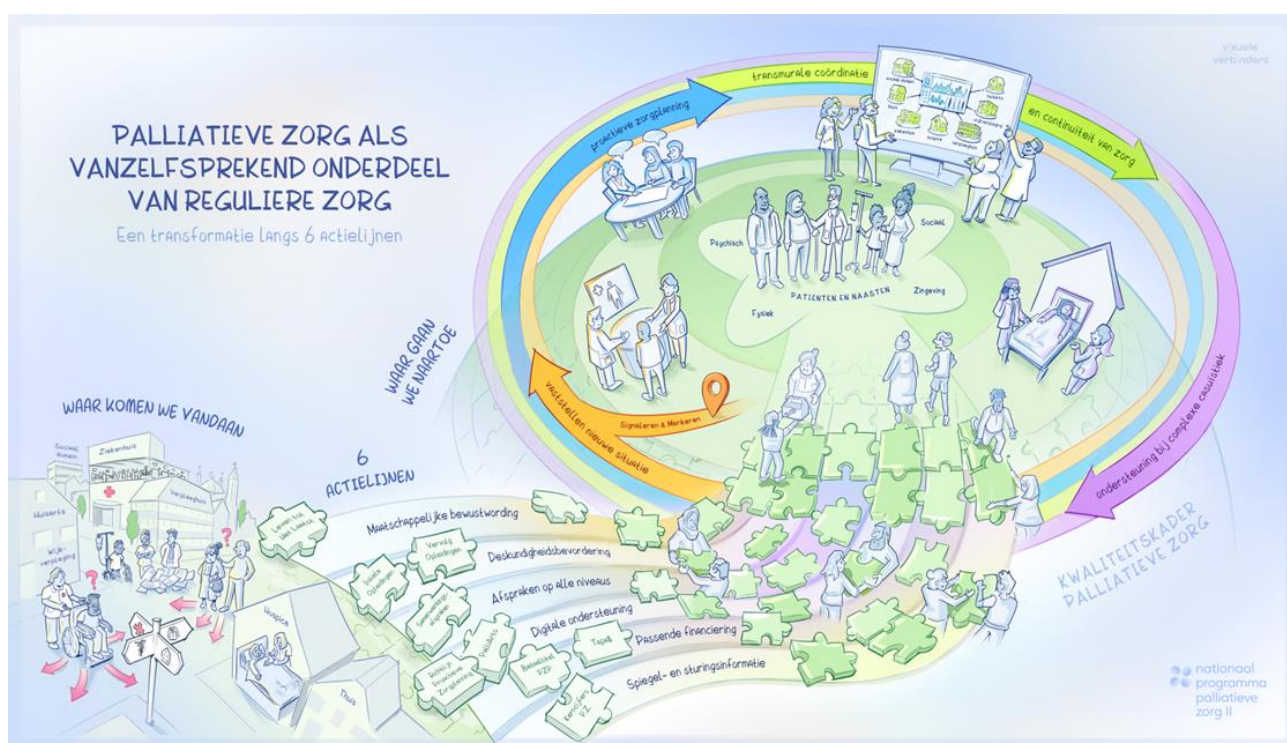


Transformatieplan palliatieve zorg Maastricht-Heuvelland

"Palliatieve zorg: We kunnen het maar één keer goed doen!"



Envida

Thuiszorgroot Limburg



BUURTZORG

burgerkracht Limburg

steunpunt mantelzorg zuid



NETWERK PALLIATIEVE ZORG HEUVELLAND

PUBLIEKSVERSIE

27 augustus 2025

Voorwoord

“Palliatieve zorg is voor veel patiënten en hun naasten een emotionele en intensieve fase. Ze zijn zich erg bewust dat er afscheid genomen moet worden van elkaar en het leven.

Hoe mooi is het om dan te mogen ervaren dat de transmurale zorg optimaal is afgestemd en intensief samenwerkt met maar één doel. Op basis van een proactief zorgpad passende, betekenisvolle zorg bieden die volledig afgestemd op de wensen en grenzen van de patiënt. Exact dat is waar het transformatieplan palliatieve zorg voor staat. Een transformatie plan dat niet alleen voor de patiënt maar samen met de patiënt tot stand is gekomen.”

Dimitry Hensgens, Voorzitter Patiëntenpanel Maastricht Comprehensive Cancer Center.

“Betere zorg in Zuid-Limburg

Momenteel krijgt 34% van de palliatieve patiënten in Nederland potentieel ongepaste zorg in de laatste levensmaand. Wanneer tijdig palliatieve zorg wordt gestart worden 5x minder patiënten blootgesteld aan deze potentieel ongepaste zorg. Het kwaliteitskader Palliatieve Zorg beschrijft hoe de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de laatste levensfase kan verbeteren.

Na jaren pionieren en ontwikkelen van diverse vormen van palliatieve consultatie, na 2 nationale programma's palliatieve zorg met het vergroten van de maatschappelijke bewustwording en visie-ontwikkeling: Juiste Zorg, op de Juiste Plek, op het Juiste Moment, door de Juiste Zorgverleners en met de Juiste Bekostiging is het nu tijd voor inbedding van de palliatieve zorg in de reguliere zorg.

Transmuraal en voor iedereen toegankelijk.

Met dit transformatieplan wordt de weg ingeslagen naar goede palliatieve zorg voor alle inwoners van het Heuvelland, zonder toename in de kosten.”

Marieke van den Beuken, Hoogleraar Palliatieve Geneeskunde, MUMC+

“Veel zorgprofessionals, onderwijsgevers- en makers, netwerkcoördinatoren, beleidsmakers, managers, bestuurders, vrijwilligers en patiëntvertegenwoordigers, hebben deelgenomen aan werksessies om te komen tot het voorliggende concept. Wij willen alle betrokkenen heel erg bedanken voor hun expertise en inzet bij het tot stand komen van dit breedgedragen transformatieplan.

Wij hebben het volste vertrouwen dat deze voorgestelde transformatie en doen dit in nauwe samenwerking met de Mijnstreek, want: Palliatieve zorg: We kunnen het maar één keer goed doen!”

Het Kernteam

Lucas Kuipers, Nationaal programma NPPZ II, voorzitter

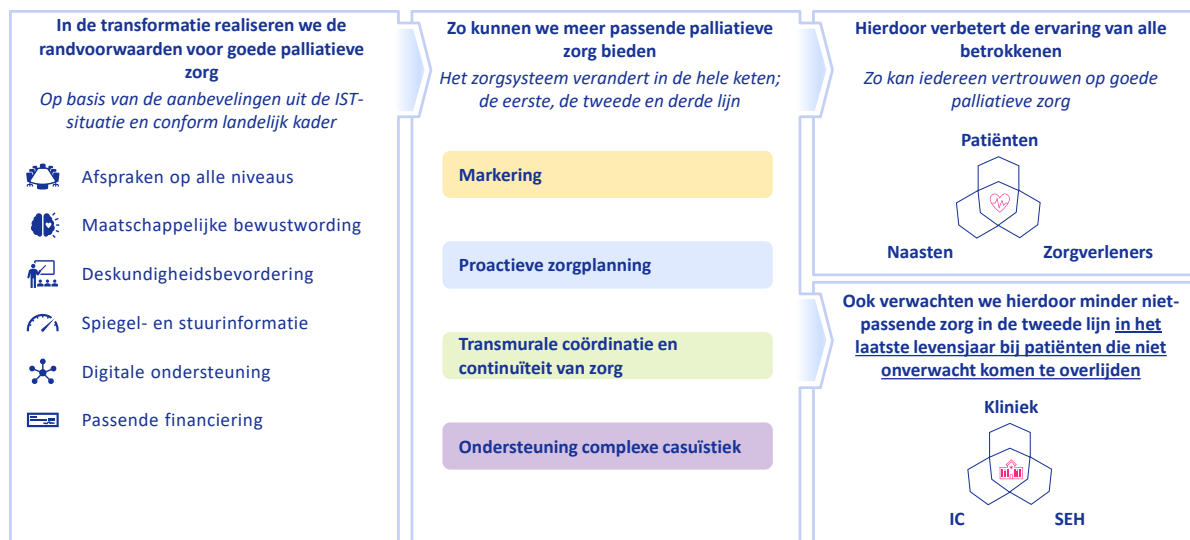
Annemie Courtens, Coördinator Expertisecentrum Palliatieve Zorg MUMC+

Veron Schrijnemaekers, Coördinator Netwerk Palliatieve Zorg Maastricht-Heuvelland

Sandra Boots, Regio adviseur Palliatieve Zorg Nederland

Samenvatting en leeswijzer

Het transformatieplan Palliatieve Zorg in de Regio Maastricht-Heuvelland beschrijft het plan van aanpak voor de transformatieperiode 2025 – 2027 (Figuur 1).



Figuur 1: Samenvatting transformatieplan palliatieve zorg

Met de transformatie palliatieve zorg realiseren we de randvoorwaarden voor goede palliatieve zorg langs 6 actielijnen. Hiermee sluit de transformatie in Maastricht-Heuvelland aan bij de landelijke kaders vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) evenals de voorziene programmastructuur voor de transformatie palliatieve zorg in de Mijnstreek.

Per actielijn (maatschappelijke bewustwording, afspraken op alle niveaus, deskundigheidsbevordering, spiegel- en stuurinformatie, digitale ondersteuning en passende financiering) is samen met inhoudelijke experts een plan van aanpak ontwikkeld. In deze plannen van aanpak staat beschreven welke wijze 11 producten worden ontwikkeld die samen de randvoorwaarden opleveren voor het beoogde palliatieve zorgsysteem. In [hoofdstuk 3](#) en [bijlage III](#) staan de plannen van aanpak uitgewerkt, in [hoofdstuk 4](#) staat de beoogde programmastructuur om deze beweging te ondersteunen verder uitgewerkt. In [hoofdstuk 8](#) is het borgingsplan opgenomen.

Het werk langs deze actielijnen zorgt ervoor dat we meer passende palliatieve zorg zullen bieden, in lijn met het beoogde palliatieve zorgsysteem. Het beoogde palliatieve zorgsysteem geeft lokaal invulling aan het landelijk Kwaliteitskader Palliatieve Zorg en is in lijn met het beoogde zorgsysteem dat voor de transformatie palliatieve zorg in de Mijnstreek is uitgewerkt. In [hoofdstuk 2](#) staat het beoogde palliatieve zorgsysteem verder uitgewerkt.

Zorgverleners zullen vanaf de start van de palliatieve fase inzetten op proactieve zorgplanning om de wensen en grenzen van een patiënt proactief in kaart te brengen. Hier zal transmuraal over worden afgestemd, onder anderen in wijkgerichte MDO's. Zo kan de continuïteit van de zorg geborgd worden. Daarnaast zullen we eraan werken dat

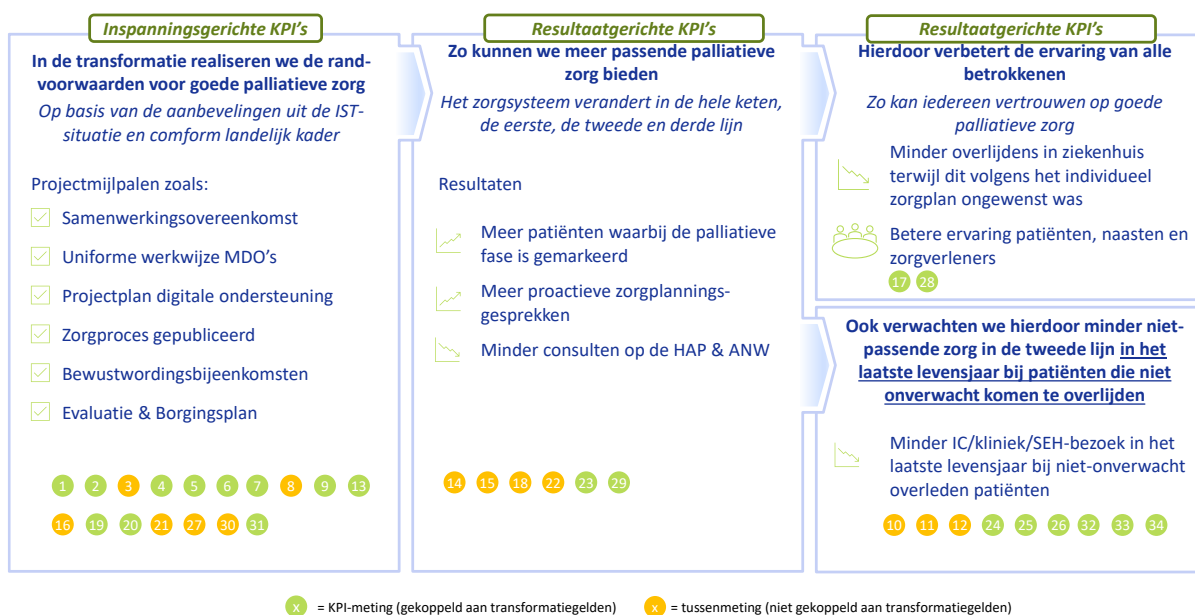
generalisten de weg naar ondersteuning bij complexe casuïstiek eerder weten te vinden. [Bijlage II](#) beschrijft de uitgangspunten voor het beoogde zorgsysteem in meer detail. Inzichten over het huidige zorgsysteem (zie [Hoofdstuk 1](#) en [bijlage I](#), de IST) onderschrijven dat dit nog niet vanzelfsprekend is en dat dit dus om een (gedrags-)verandering van het palliatieve zorgsysteem in de hele keten vraagt.

Als gevolg van deze verandering verbetert de ervaring van alle betrokkenen. Patiënten en naasten kunnen vertrouwen op de juiste ondersteuning in deze kwetsbare fase en zorgverleners voelen zich in staat om de patiënt en diens naasten op de juiste manier bij te staan. [Hoofdstuk 5](#) gaat verder op de te verwachten effecten in.

Ook verwachten we hierdoor minder niet-passende zorg in de tweede lijn in het laatste levensjaar bij patiënten die niet onverwacht komen te overlijden. Onderzoeken op het gebied van palliatieve zorg laten zien dat patiënten die passende palliatieve zorg hebben ontvangen (zoals proactieve zorgplanningsgesprekken), met name in de laatste 30 dagen voor het overlijden, aanzienlijk minder vaak op de IC, kliniek en de SEH komen.

In [hoofdstuk 5](#) becijferen we de potentiële reductie van niet-passende zorg voor Maastricht-Heuvelland in meer detail op basis van een analyse van declaratiedata in samenwerking met CZ. Wanneer alle patiënten die niet onverwacht overlijden goede palliatieve zorg ontvangen bespaart dit tot 2.250 klinische ligdagen, 450 IC-ligdagen en 300 SEH-bezoeken in het laatste levensjaar. Verreweg het grootste deel van deze aantallen valt in de laatste 30 levensdagen. In de transformatieperiode committeren we ons aan een realistisch ingroeiscenario richting deze totaalaantallen. De reductie in klinische ligdagen vertaalt zich naar 4.0 potentieel te besparen fte verpleegkundigen en de reductie in IC-ligdagen leeft een mogelijke besparing op van 2.6 IC-verpleegkundigen.

De voortgang van de transformatie wordt gemonitord middels 34 KPI's, 21 daarvan zijn gekoppeld aan transformatiegelden.



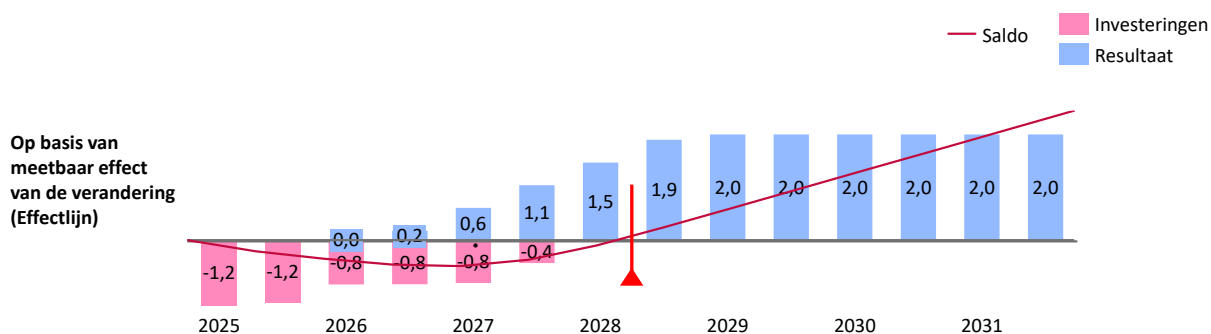
Figuur 2 – De voortgang en de resultaten monitoren we aan de hand van KPI's – deze zijn zowel inspannings- als resultaatgericht

In [hoofdstuk 6](#) staat uitgebreid beschreven hoe de voortgang van de transformatie precies gemonitord zal worden middels KPI's. In bijgevoegd Excel-document "Specificatie begroting, KPI's en BC van Transformatie PZ Maastricht-Heuvelland" zijn de uitgeschreven KPI's en de daaraan gekoppelde transformatiemiddelen te vinden. **In totaal is 39 procent van de totale budgetaanvraag (in euro's) gekoppeld aan resultaatgerichte KPI's en 61 procent aan inspanningsgerichte KPI's.**

Aan het begin van de transformatieperiode zijn de KPI's voornamelijk inspanningsgericht (ook wel PPI's genoemd in Zuid-Limburg), hiermee monitoren we of het lukt om de belangrijkste projectmijlpalen te realiseren. In het tweede en derde jaar van de transformatie zal de focus verschuiven naar meer resultaatgerichte KPI's. Deze vallen in te delen in drie groepen: 1) KPI's waarmee we monitoren of het lukt om meer passende palliatieve zorg te bieden; 2) KPI's waarmee we monitoren of de ervaring van betrokkenen verbeterd en 3) KPI's waarmee we monitoren of het lukt om minder niet-passende zorg in de tweede lijn in het laatste levensjaar te leveren bij patiënten die niet onverwacht komen te overlijden. De KPI's zijn zoveel mogelijk gelijk aan die van de Mijnstreek opgesteld om het proces rondom beoordeling zo gemakkelijk mogelijk te maken.

Het transformatieplan kent een positieve maatschappelijke business case. Voor de transformatieperiode 2025 – 2027 vraagt de regio Maastricht-Heuvelland tot EUR 5.2 miljoen aan transformatiemiddelen aan (zie [hoofdstuk 7](#)).

Naast alle niet in euro's uit te drukken baten gerelateerd aan de ervaring van patiënt, naasten en zorgverleners, leidt de transformatie palliatieve zorg naar verwachting ook tot een netto zorgkostenbesparing van tot EUR 4.1 miljoen per jaar (2,0 per half jaar). **De terugverdientijd van de investering is naar verwachting ~ 3 jaar, gerekend vanaf april 2025.**



Figuur 3 Investerings en impact van de transformatie over tijd [EUR mln.]

Het transformatieplan kent eenzelfde aanpak als het transformatieplan palliatieve zorg in de Mijnstreek, we verkennen momenteel een gezamenlijke aanpak. Het beoogde zorgsysteem, de zes actielijnen en de te verwachten impact en bijbehorende KPI's komen bijna volledig overeen. Het ligt dan ook voor de hand om gezamenlijk op te trekken. Zoals in [hoofdstuk 4](#) beschreven vinden er momenteel gesprekken plaats tussen beide programmamanagement-teams om te onderzoeken onder welke voorwaarden dit mogelijk is.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting en leeswijzer	2
Inleiding.....	7
H 1 Waarom is een transformatieplan palliatieve zorg in de regio Maastricht-Heuvelland nodig?	9
1.1 Inleiding.....	9
1.2 Wat wordt er gedaan op het gebied van palliatieve zorg in de regio Maastricht-Heuvelland?	9
1.3 Waarom dan toch een transformatie palliatieve zorg?	10
H 2 Het beoogde palliatieve zorgsysteem voor Maastricht-Heuvelland	12
2.1 Inleiding.....	12
2.2 Werken volgens de vier kernelementen van het Kwaliteitskader.....	12
2.3 Het beoogde palliatieve zorgsysteem aan de hand van 10 inhoudelijke thema's	13
H 3 Hoe gaan we de transformatie palliatieve zorg in de regio Maastricht-Heuvelland aanpakken?	17
3.1 Inleiding.....	17
3.2 De transformatie palliatieve zorg zet in op zes verschillende actielijnen	17
3.3 Voor de actielijnen zijn verschillende doelstellingen bepaald	19
3.4 Voor elk van de actielijnen is een plan van aanpak opgesteld.....	21
H 4 Programmastructuur	27
4.1 Structuur van de transformatie.....	27
4.2 Programmamanagementteam	28
4.3 Stuurgroep.....	29
4.4 Patiënt- en inwonerparticipatie	29
4.5 Projectleiders actielijnen	30
4.6 Transformatieaanjagers	30
4.7 Afstemming en samenwerking met de zorgverzekeraars	31
H 5 Beoogde impact van de transformatie palliatieve zorg in Maastricht-Heuvelland	32
5.1 Wat willen we bereiken?	32
5.2 Kwantitatieve onderbouwing van de te verwachten impact	34

5.3	Deze transformatie heeft een positieve (maatschappelijke) business case.....	36
5.4	Impact van de transformatie ten aanzien van duurzaamheid in de zorg.....	37
H 6	KPI's: wat is succes en hoe meten we dit?	39
6.1	Inleiding.....	39
6.2	Samenhang tussen de transformatie en KPI's.....	39
6.3	Inspanningsgerichte KPI's (PPI's).....	40
6.4	Resultaatgerichte KPI's	41
6.5	Samenhang tussen verschillende soorten KPI's en budgetaanvraag	43
H 7	Begroting: welke investeringen zijn nodig voor de transformatie?	44
7.1	Inleiding.....	44
7.2	Uitgangspunten begroting.....	45
7.3	Financieel beheer en de verantwoording.....	46
H 8	Borging van de transformatie	47
	Lijst met terugkerende begrippen en afkortingen.....	49
	Bijlage I: Huidige situatie in Maastricht-Heuvelland (IST)	51
	Bijlage II: Beoogd zorgsysteem in Maastricht-Heuvelland (SOLL)	60
	Bijlage III: Plannen van Aanpak per Actielijn	68
	Bronnenlijst.....	79

Inleiding

Samen werken aan een sterke toekomst voor palliatieve zorg is de ambitie van de indienende organisaties van het voorliggende Transformatieplan Palliatieve Zorg Maastricht-Heuvelland. Een plan dat wordt gedreven door veel betrokken professionals en door de wensen en de ervaringen van mensen in de palliatieve fase in Maastricht-Heuvelland. De kern is samen te vatten in één zin:

“Palliatieve zorg: We kunnen het maar één keer goed doen!”

Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en hun naasten. Het richt zich op het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aardⁱ. Het is in beginsel zorg die alle zorg- en welzijnsprofessionals moeten kunnen bieden én die voor iedere patiënt, waarvoor dit relevant is, toegankelijk moet zijn.

In 2017 hebben vertegenwoordigers van patiënten en naasten, zorgverleners en zorgverzekeraars het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (KKPZ) ontwikkeldⁱⁱ. Het doel van het KKPZ is om continue kwaliteit van palliatieve zorg te kunnen bieden aan patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Het beschrijft wat patiënten, hun naasten, zorgverleners en zorgverzekeraars onder goede palliatieve zorg verstaan.

Bijna driekwart van de mensen in Nederland overlijdt niet onverwacht. In Maastricht-Heuvelland gaat dit om 1.547 inwoners per jaar (waarvan ~1000 geen Wlz-indicatie heeft)ⁱⁱⁱ. Hoewel palliatieve zorg integraal onderdeel van het reguliere zorgproces zou moeten zijn voor deze grote groep patiënten, is dit vaak nog niet het geval. Veel van hen krijgen nog geen, of niet-optimale, palliatieve zorg. De consequenties hiervan kunnen zowel voor patiënten als voor hun naasten – op emotioneel, fysiek, spiritueel en sociaal vlak – groot zijn. Mensen sterven daardoor bijvoorbeeld niet op een plek waar ze zich thuis voelen en/of hebben onnodig veel pijn, onrust, angst of andere te voorkomen (ziekte)last. Naasten en nabestaanden nemen deze ervaringen mee en dat kan weerslag hebben op hun verwerking en veerkracht. Daarbij is er in de laatste levensfase nog regelmatig sprake van niet-passende zorg, zoals: acute ziekenhuis-, SEH-, of IC-opnames, met tussenkomst van o.a. huisartsen- en ambulancezorg^{iv}. Dit legt een aanzienlijk beslag op zorgfuncties waar capaciteit krap is. Voor zorgprofessionals ontstaat onrust in het zorgproces als juist op de meest kritieke momenten de wensen van de patiënt en diens naasten niet of onvoldoende bekend zijn of als zij hierin onvoldoende professioneel kunnen ondersteunen. Dit laatste heeft weerslag op de werkdruk en het werkplezier.

In het voorliggende document leest u de uitwerking van een Transformatieplan Palliatieve Zorg voor de regio Maastricht-Heuvelland in het kader van het Integraal Zorgakkoord. Hoofdstuk 1 beschrijft de huidige situatie en de noodzaak tot een transformatie palliatieve zorg. In hoofdstuk 2 volgt de beoogde verandering ten aanzien van palliatieve zorg. Hoofdstuk 3 beschrijft wat we concreet gaan doen in de regio. Hoofdstuk 4 geeft de programmastructuur weer die nodig is om deze transformatie te realiseren. Hoofdstuk 5 beschrijft de beoogde impact van de transformatie, inclusief een kwantitatieve

onderbouwing van de verwachte effecten. De Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI's) waarmee de voortgang en resultaten van de transformatie gemeten worden, staan in hoofdstuk 6. In hoofdstuk 7 wordt de begroting van de transformatie gepresenteerd. Tenslotte volgt in hoofdstuk 8 het borgingsplan.

In de bijlagen wordt aanvullend op deze hoofdstukken extra informatie gegeven. Bijlage I is een beschrijving van de huidige situatie (IST) en bijlage II geeft het beoogde zorgsysteem (SOLL) weer aan de hand van tien belangrijke thema's¹. In bijlage III is per actielijn uitgewerkt welke stappen binnen de transformatieperiode² gezet worden.

¹ 1) Markering & proactieve zorgplanning (PZP), 2) aansluiting van palliatieve zorg in MDO's in de wijk en 3) het ziekenhuis, 4) inzet van specialisten palliatieve zorg, 5) palliatieve zorg binnen de acute zorgketen, 6) het sociaal domein, 7) de farmacie, 8) specifieke doelgroepen, 9) capaciteit en kwaliteit hospicezorg en 10) het versterken van de informele zorg.

² 2025 - 2027

H 1 **Waarom is een transformatieplan palliatieve zorg in de regio Maastricht-Heuvelland nodig?**

1.1 Inleiding

Het rapport “[De olifant de kamer uit](#)” liet op landelijk niveau zien dat het werken volgens het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg nog geen gemeengoed is. Ondanks de successen die in onze regio al geboekt zijn, is ook hier het werken volgens het kwaliteitskader nog niet altijd gangbaar. De groep patiënten die geen of niet-volledige palliatieve zorg heeft ontvangen, gebruikt in de laatste maanden voor het overlijden aanzienlijk meer tweedelijns zorg, dan de groep die dit wel heeft gekregen^v.

Het regiobeeld^{vi} laat zien dat de gezondheid van de inwoners in Zuid-Limburg verslechtert, terwijl tegelijkertijd de vergrijzing fors toeneemt en de druk op de arbeidsmarkt groter wordt. De uitdagingen op het gebied van gezondheidszorg in Maastricht-Heuvelland zijn groot en complex. Om de zorg in de regio toegankelijk, goed en betaalbaar te houden, hebben inwoners, zorg- en welzijnsorganisaties, gemeenten, provincie, en zorgverzekeraars de handen ineengeslagen.

De regio ziet een netwerkaanpak, gezonde leefstijl, sterke sociale basis, innovaties en transformaties, toekomstbestendige arbeidsmarkt en toegankelijkheid van passende zorg als de thema's voor de komende jaren. Er zijn meerdere projecten gestart waarvoor transformatieplannen worden opgesteld. Dit transformatieplan palliatieve zorg is daar één van.

In dit hoofdstuk lichten we toe wat er al gedaan wordt op het gebied van palliatieve zorg in de regio Maastricht-Heuvelland en onderbouwen we waarom er dan toch een transformatie palliatieve zorg noodzakelijk is.

1.2 Wat wordt er gedaan op het gebied van palliatieve zorg in de regio Maastricht-Heuvelland?

In Maastricht-Heuvelland zijn veel organisaties actief bezig met het verbeteren van de palliatieve zorg en proactieve zorgplanning (PZP) binnen de eigen organisaties. In bijlage I is een beschrijving van de huidige situatie opgenomen. Hierin is opgenomen hoe de palliatieve zorg bij huisartsen, wijkverpleging, ziekenhuis, informele zorg, verpleeghuizen, hospices, apotheken en burgerparticipatie binnen de regio momenteel georganiseerd is.

Het kwaliteitskader palliatieve zorgⁱⁱ beschrijft wat we in Nederland onder goede palliatieve zorg verstaan. De Netwerken Palliatieve Zorg in Limburg hebben de afgelopen jaren gewerkt aan de implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg. Er is veel ontwikkeld ten aanzien van burger- en patiëntinformatie. Aan maatschappelijke bewustwording van burgers en deskundigheidsbevordering van zorgprofessionals en vrijwilligers in de palliatieve zorg wordt al langer gewerkt. Er is een basis aanwezig waarop verder gebouwd kan worden.

In de regio zijn vanuit het palliatieteam van het Expertisecentrum Palliatieve Zorg MUMC+ (EPZM) gepassioneerde specialisten PZ werkzaam. Hiermee is een structuur aanwezig voor ondersteuning bij complexe casuïstiek. Het EPZM heeft ook een belangrijk rol in deskundigheidsbevordering, in het initiële onderwijs en in bij- en nascholingen van zorgprofessionals.

De Netwerken Palliatieve Zorg in Limburg en het EPZM maken deel uit van het Consortium Palliatieve Zorg Limburg en Zuidoost Brabant. Er is veel samenwerking tussen de netwerken van Maastricht-Heuvelland en die van de Westelijke Mijnstreek en Oostelijk Zuid-Limburg. Het Onderwijsknooppunt palliatieve zorg maakt deel uit van het Consortium. Tevens wordt er samengewerkt met het Centrum voor Levensvragen en Hulp bij Dementie. Er is zoveel mogelijk afstemming met andere transformatieplannen in de regio zoals het transformatieplan palliatieve zorg in de Mijnstreek, het Deltaplan, Pluswijken en de Academie voor zelfzorg.

1.3 Waarom dan toch een transformatie palliatieve zorg?

Goede palliatieve zorg is nog niet vanzelfsprekend voor de inwoners van Maastricht-Heuvelland. Een verkennende analyse die is uitgevoerd in samenwerking met zorgverzekeraar CZ laat op basis van declaratiedata zien dat ruim 70% van patiënten die niet onverwacht overlijdt in Maastricht-Heuvelland nog geen of niet-volledig passende palliatieve zorg heeft gekregen.

Voor complete implementatie en borging van het KKPZ in organisaties en de transmurale samenwerking ten aanzien van palliatieve zorg rondom patiënten en naasten is een extra impuls nodig. Het samenwerken in het netwerk palliatieve zorg binnen Maastricht-Heuvelland vraagt om een verdiepingsslag. Het is belangrijk dat (informele) zorg- en welzijnsverleners binnen de palliatieve zorg meer, beter en volgens dezelfde uitgangspunten gaan samenwerken en dat zij de specialisten PZ inzetten. Hiervoor is een optimalisatie van de (regionale) samenwerking van zorg- en welzijnsverleners over sectoren en domeinen heen nodig.

Markering	Proactieve zorgplanning	Transmurale coördinatie en continuïteit	Ondersteuning complexe casuïstiek
• Er is meer aandacht nodig voor markeren en het maken van goede afspraken wie wat hoe en waar doet • De palliatieve fase wordt nog niet overal expliciet gemarkeerd • Het is niet altijd duidelijk wanneer de aandacht naar palliatieve zorg moet verschuiven als een patiënt al langer chronische zorg ontvangt	• Slechts een deel van de zorgverleners zet in op PZP-gesprekken • Er is geen eenduidige werkwijze omtrent PZP en de registratie en overdracht hiervan • De uitkomst van PZP-gesprekken is nog niet altijd inzichtelijk op andere plekken • Passende structurele bekostiging is nodig om proactieve zorgplanning te verankeren	• Er zijn onvoldoende regionale afspraken over de coördinatie en continuïteit van zorg in de palliatieve fase • Communicatie tussen zorgverleners en richting patiënten en naasten loopt niet altijd naar wens, mede door een gebrek aan digitale ondersteuning • Regelzaken zijn vaak omslachtig en veeleisend • Er gaat geregeld informatie verloren bij transmurale overdracht • Er is geregeld een gebrek aan capaciteit door onverwachte pieken in de zorgvraag van patiënten in de palliatieve fase • Hospicecapaciteit is niet altijd toereikend • Vrijwilligers en aangrenzende gebieden zoals de ggz en het sociaal domein zijn niet altijd voldoende aangesloten op de palliatieve zorg	• Nog niet alle zorgverleners hebben voldoende kennis over palliatieve zorg en inschakelen van expertise is niet vanzelfsprekend • Er is behoefte aan duidelijke indicaties voor de verschillende manieren waarop en wanneer specialistische palliatieve zorg kan worden ingezet • Er zijn nog niet overal genoeg specialisten in de palliatieve zorg

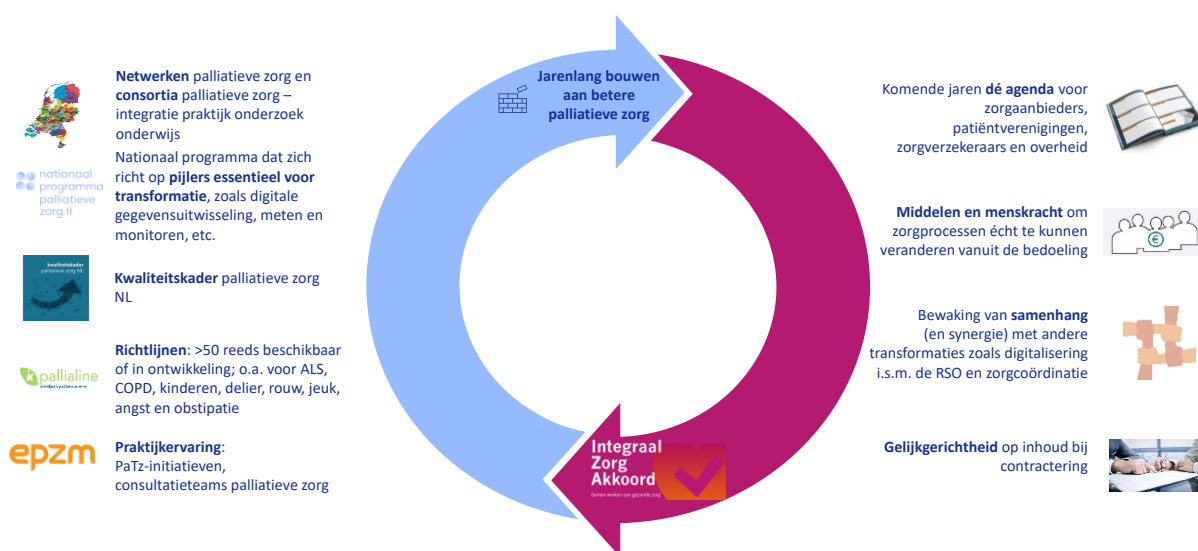
Figuur 4: Genoemde mogelijkheden tot verbetering t.o.v. het kwaliteitskader palliatieve zorg

In bijlage I wordt de huidige situatie (IST) van de palliatieve zorg beschreven. Deze beschrijving van de huidige situatie is tot stand gekomen na werksessies met alle

betrokken partners. Hieruit blijkt dat er ten aanzien van het werken volgens de vier kernelementen van het kwaliteitskader palliatieve zorg nog verbeterpunten zijn (Figuur 4).

Zo zet slechts een deel van de zorgverleners in op PZP-gesprekken of loopt de communicatie tussen zorgverleners en richting patiënten en naasten nog niet altijd naar wens, mede door een gebrek aan digitale ondersteuning. De samenvatting van de belangrijkste mogelijkheden tot verbetering uit bijlage I zijn samengevat in Figuur 4. Deze mogelijkheden zijn door experts uit de betrokken organisaties aangedragen en vormen de basis voor het beoogde zorgsysteem, welke in hoofdstuk 2 wordt beschreven.

De uitkomsten van regionale projecten wijzen duidelijk in de richting van het steeds meer realiseren van passende palliatieve zorg. Maar tot nu toe worden niet alle patiënten, naasten en zorg- en welzijnsprofessionals bereikt. Bij de mensen die deze zorg wel ontvangen worden evenmin de optimale effecten van passende palliatieve zorg bereikt. Voor het realiseren van significante impact is het essentieel dat zorgprocessen juist ook daar veranderen waar palliatieve zorg normaal gesproken niet op de voorgrond van de eigen activiteiten of aandachtsgebieden staat. Het IZA-transformatieplan palliatieve zorg geeft momentum om passende palliatieve zorg verder te integreren, of beter nog, te normaliseren in het reguliere zorgproces.



Figuur 5: Het IZA geeft momentum om proactieve transmurale palliatieve zorg verder te integreren in het reguliere zorgproces

H 2 Het beoogde palliatieve zorgsysteem voor Maastricht-Heuvelland

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft het beoogde palliatieve zorgsysteem voor Maastricht-Heuvelland. Met andere woorden: welk samenhangend geheel van afspraken om passende palliatieve zorg te bieden aan alle patiënten die niet onverwacht komen te overlijden is er nodig?

Dit beoogde palliatieve zorgsysteem is samen met inhoudelijke experts uitgewerkt in verschillende sessies. Het zorgsysteem is gestructureerd aan de hand van de vier kernelementen van het KKPZ en verder uitgedacht voor 10 verschillende inhoudelijke thema's. In dit hoofdstuk is het beoogde zorgsysteem bondig toegelicht, in bijlage II is voor de verschillende thema's verder uitgewerkt hoe deze samenwerking eruit zou moeten zien.

2.2 Werken volgens de vier kernelementen van het Kwaliteitskader

Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg richt zich net zoals dit transformatieplan op patiënten in het laatste levensjaar en kent vier kernelementen (Figuur 6): Markering, Proactieve Zorgplanning, Transmurale coördinatie en continuïteit en Ondersteuning Complexe Casuïstiek. De best passende uitvoering wordt bepaald door de organisatie van zorg in de regio en specifiek de ondertekenaars van voorliggend transformatieplan.



Figuur 6: Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg kent vier kernelementen

In Figuur 7 is samenvattend weergegeven hoe werken volgens de vier kernelementen van het KKPZ eruit zal zien in Maastricht-Heuvelland. Dit is gericht op een transformatie binnen de Zvw, in zowel de eerste als de tweede lijn, en ook in samenwerking met partijen uit de Wlz, het sociaal domein en de informele zorg.

Markering	- Iedereen die een (versnelde) achteruitgang bij een patiënt met een ongeneeslijke aandoening of kwetsbaarheid waarneemt bespreekt dit met de patiënt en naasten en met de (hoofd)behandelaar - Behandelaar markeert op basis van surprise question en voert een gesprek met de patiënt (en naasten), dit is de start van de PZP-gesprekken en het signaleren cq monitoren van palliatieve zorgbehoeften op de 4 dimensies
Proactieve zorgplanning	Behandelaar en andere zorgverleners voeren een of meerdere PZP-gesprekken en leggen de uitkomsten van deze gesprekken vast in het individuele zorgplan (IZP)
Transmurale coördinatie en continuïteit van zorg	- In een bestaand MDO in de wijk/woonzorgzone of bij de huisarts vindt de coördinatie van zorg voor patiënten in de palliatieve fase plaats, er worden zo min mogelijk nieuwe MDO's opgericht - De coördinator PZ (bijv. wijkverpleegkundige, HA, POH) brengt patiënten in binnen het MDO. Patiënten worden besproken in het geval van veranderde palliatieve zorgbehoeften. Er wordt langs de vier dimensies vooruit gekeken. In het MDO worden het team en aanspreekpunt van de patiënt bepaald (met diens medeweten en instemming) - Indien de patiënt in een ziekenhuis MDO (palliatieve zorg) is besproken wordt de uitkomst gedeeld met de huisarts. Op indicatie wordt de huisarts uitgenodigd voor dit MDO, dit kan digitaal
Ondersteuning complexe casuïstiek	Voor Maastricht Heuvelland is een specialisten PZ-team verantwoordelijk voor: 1) telefonische of bedside consultatie 2) vragen overdag 3) casemanagement voor complexe casuïstiek 4) deelname aan MDO's

Dit is een sterk versimpeld overzicht van het beoogde palliatieve zorgsysteem in Maastricht-Heuvelland, zie bijlage II voor de verder uitgewerkte uitgangspunten voor de vier kernelementen en de samenhang met overige thema's (o.a. acute zorg, farmacie)

Figuur 7: Beoogd palliatief zorgsysteem Maastricht-Heuvelland

De beoogde inrichting van de palliatieve zorg in Maastricht-Heuvelland sluit aan bij de ideeën over de inrichting van de palliatieve zorg in de Mijnstreek, zoals beschreven in het Transformatieplan Palliatieve Zorg van de Mijnstreek^{vii}. De beide regio's zullen op vergelijkbare wijze gaan werken aan de implementatie van de vier kernelementen van het KKPZ, te weten: markering, proactieve zorgplanning, transmurale coördinatie en continuïteit van zorg, ondersteuning complexe problematiek.

In beide regio's zullen MDO's in de wijk het centrale coördinatiepunt voor zorgverleners vormen, waar de Mijnstreek werkt vanuit het Zuyderland Medisch Centrum (TOPAT), is in Maastricht-Heuvelland het Expertisecentrum Palliatieve Zorg MUMC+ (EPZM) het betrokken palliatieteam voor specialistische consultatie en begeleiding. Beide regio's maken gebruik van een hybride model waarin fysieke (*bedside*) en telefonische consultatie zal bijdragen aan flexibele en toegankelijke specialistische palliatieve zorg, ook buiten het ziekenhuis. Daarnaast zal worden samengewerkt op het gebied van maatschappelijke bewustwording, deskundigheidsbevordering en hospice zorg. In hoofdstuk 4 hebben we geconcretiseerd hoe we deze samenwerking vormgeven.

2.3 Het beoogde palliatieve zorgsysteem aan de hand van 10 inhoudelijke thema's

Het beoogde zorgsysteem is met alle betrokken partijen uitgewerkt voor een top 10 aan inhoudelijke thema's:

- 1) Markering en proactieve zorgplanning;
- 2) Aansluiting palliatieve zorg in MDO's in de wijk/kernteams;
- 3) MDO's PZ in het ziekenhuis;
- 4) Inzet van specialisten PZ;
- 5) Aansluiten acute zorg;
- 6) Aansluiten sociaal domein;
- 7) Aansluiten farmacie;
- 8) Werkafspraken rondom specifieke doelgroepen;
- 9) Capaciteit en kwaliteit van hospicezorg;

10) Versterken inzet informele zorg.

Voor elk van deze inhoudelijke thema's hebben we een opdracht voor het ontwikkelen van de werkaafspraken geformuleerd. Hierin staat gedefinieerd op welke werkaafspraken er ontwikkeld moeten worden, volgens welke uitgangspunten dit moet gebeuren en welke partijen hier ten minste bij betrokken moeten worden. In bijlage III staan alle thema's verder uitgewerkt. In onderstaand kader hebben we de uitwerking van één van de thema's als voorbeeld ingevoegd.

Tabel 1: Voorbeeld uitwerking Markering & Proactieve Zorgplanning (PZP)

Voorbeeld uitwerking Markering & Proactieve Zorgplanning (PZP)

In deze opdracht hebben we het over markering van de palliatieve fase na het waarnemen van achteruitgang (met behulp van de surprise question), proactieve zorgplanning en het signaleren van palliatieve zorgbehoeften op 4 dimensies (lichamelijk, psychisch, sociaal, zingeving).

Opdracht voor ontwikkeling werkaafspraken

Ontwikkel de werkaafspraken voor het markeren, de proactieve zorgplanning (PZP) en het signaleren van palliatieve zorgbehoeften op de 4 dimensies. Er moet tenminste duidelijk zijn:

- 1) Welke zorgverlener voor welke patiënten op welk moment verantwoordelijk is voor de markering, de start van de PZP en het signaleren van de palliatieve zorgbehoeften.
- 2) Wie in welke fase de PZP-gesprekken voert.
- 3) Hoe en door wie de uitkomsten van PZP-gesprekken vastgelegd worden in het Individueel zorgplan (IZP).
- 4) Hoe het IZP (inclusief uitkomsten PZP en doelen en interventies m.b.t. de palliatieve zorgbehoeften), met toestemming van de patiënt of wettelijk vertegenwoordiger, inzichtelijk wordt gemaakt voor alle betrokken zorgverleners.
- 5) Of en hoe er gewerkt kan worden met één vast aanspreekpunt voor een patiënt in de laatste levensfase en diens naasten³.

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkaafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1) Markering en de start van de PZP-gesprekken vinden plaats na waarnemen Van (versnelde) achteruitgang bij een patiënt met een ongeneeslijke aandoening of kwetsbaarheid. Deze waargenomen achteruitgang wordt samen/in overleg met de patiënt en naasten besproken met de (hoofd)behandelaar. Niet alle betrokkenen (bijvoorbeeld de huishoudelijke hulp) rapporteren dit rechtstreeks naar de (hoofd)behandelaar. Zij rapporteren aan de betrokken (wijk)verpleegkundigen en/of casemanagers dementie (CMD).

³ In de patiëntverkenning 'Een kwestie van geluk' van netwerken palliatieve zorg Utrecht Stad en Zuidoost-Utrecht komt het belang van één vast aanspreekpunt (casemanager) naar voren. Hier zijn wij enthousiast over en we willen verkennen hoe dit in Maastricht-Heuvelland vorm kan krijgen. Hierbij is het vertrekpunt dat dit niet een nieuwe functie of functionaris is, maar een functionaliteit: een casemanager of andere professional die reeds betrokken is bij de patiënt wordt aangemerkt als vast aanspreekpunt.

- 2) De behandelaar markeert op basis van de surprise question: Als de behandelaar naar aanleiding van de signalen niet verbaasd zou zijn als de patiënt binnen een jaar komt te overlijden, start de behandelaar met de PZP-gesprekken en het signaleren c.q. monitoren van palliatieve zorgbehoeften op de 4 dimensies.
- 3) Er is bij markering altijd een PZP-gesprek met een behandelaar als het gaat om NR/geen IC beleid/invasieve beademing/stoppen ICD. Andere behandel- en zorgwensen kunnen ook door andere zorgverleners besproken worden, bijvoorbeeld POH, (wijk)verpleegkundige, verpleegkundig specialist, PA of CMD.
- 4) Communicatie tussen de eerste en tweede lijn over de markering, PZP en palliatieve zorgbehoeften (IZP) wordt tijdig en gestructureerd opgestart.
- 5) De PZP-gesprekken zijn één of (meestal) meerdere gesprekken tussen zorgverleners en de patiënt en diens naasten over de wensen en grenzen in de palliatieve fase. Het invullen van het IZP-format gebeurt door de behandelaar (medisch specialist, SO of huisarts,) afhankelijk van de situatie van de patiënt, samen met de patiënt.
- 6) De behandelaar is verantwoordelijk voor het informeren van patiënt en naasten over de mogelijkheden en onmogelijkheden van formele en informele zorg en ondersteuning. Indien mogelijk wordt er gewerkt met één vast aanspreekpunt.
- 7) De volgende zorgverleners kunnen, na markering, gesprekken proactieve zorgplanning voeren met de patiënt en diens naasten:
 - a. Huisartsenpraktijk: Huisarts, verpleegkundig specialist & POH;
 - b. Wijk: (wijk)verpleegkundige en casemanager dementie (CMD)
 - c. Ziekenhuis: Medisch specialist, verpleegkundig specialist, en verpleegkundige, psychosociale medewerkers (geestelijk verzorger, maatschappelijk werker, psycholoog);
 - d. Verpleeghuis: Specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, verpleegkundige, psychosociale medewerkers (geestelijk verzorger, psycholoog, maatschappelijk werker).
- 8) De volgende professionele zorgverleners kunnen na markeren palliatieve zorgbehoeften signaleren op de 4 dimensies:
 - a. Huisartsenpraktijk: Huisarts, verpleegkundig specialist & POH, MMW, paramedici;
 - b. Wijk: Verpleegkundigen, verzorgenden IG, casemanager dementie (CMD), paramedici, maatschappelijk werker en geestelijk verzorger;
 - c. Ziekenhuis: Medisch specialisten, verpleegkundig specialisten, PA's en verpleegkundigen, psychosociale medewerkers (geestelijk verzorger, maatschappelijk werker, psycholoog);
 - d. Verpleeghuis: Specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, verpleegkundigen, verzorgenden, IG, Psychosociale medewerkers (geestelijke verzorging, psycholoog, maatschappelijk werk);
 - e. Hospice: Specialist ouderengeneeskunde, huisarts, verpleegkundige, verzorgende, psychosociale medewerkers, paramedici.
- 9) Wanneer de PZP-gesprekken in het ziekenhuis plaatsvinden heeft de patiënt de mogelijkheid een 'time out'-gesprek met de eigen huisarts te voeren om keuzemogelijkheden in beleid en behandeling te bespreken.
- 10) Er zijn tijdige en structurele evaluaties en eventueel aanpassingen van het IZP, op basis van PZP-gesprekken met de patiënt/ naasten en de palliatieve zorgbehoeften

(doelen en interventies daarop) met terugkoppeling naar de betrokken zorgverleners (waaronder het MDO).

- 11) Het IZP is, met toestemming van de patiënt of wettelijk vertegenwoordiger, inzichtelijk voor alle betrokken zorgverleners (onder andere het relevante MDO).
- 12) We ontwikkelen een signaleringskaart en PZP-stappenplan om als standaardtools te gebruiken in de regio, hierbij bouwen we voort op goede voorbeelden uit eigen of andere regio's.
- 13) Alle partijen in de regio werken volgens dezelfde methode op het gebied van markeren, PZP, het signaleren van palliatieve zorgbehoeften en het uitwisselen van/toegang tot het IZP.
- 14) Wanneer de patiënt behoort tot een bijzondere doelgroep (bijvoorbeeld ggz, vg, migratieachtergrond, taalachterstand etc.) wordt hier zorgvuldig mee omgegaan en indien nodig ondersteuning bij gevraagd.

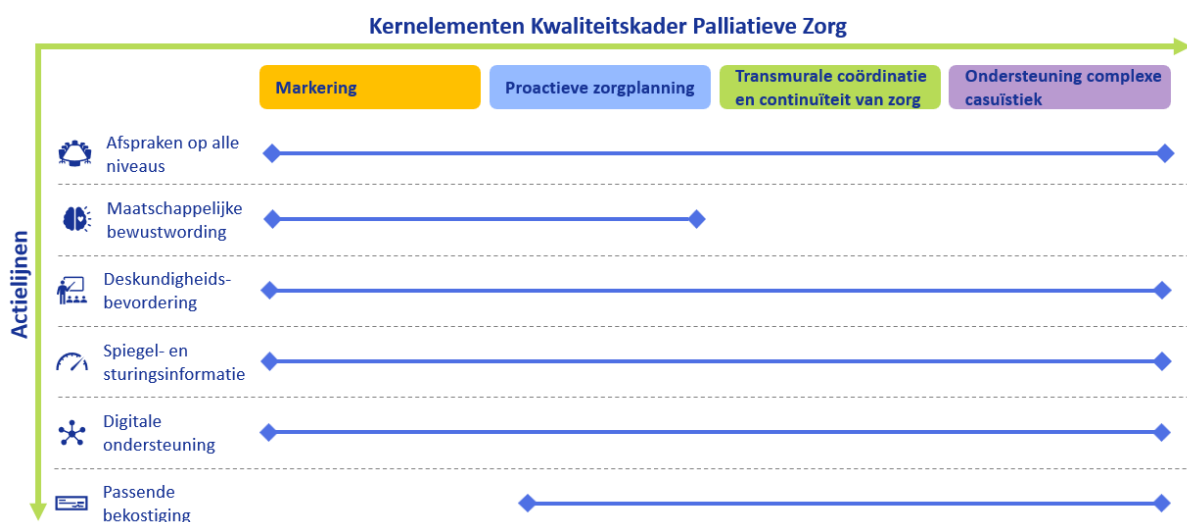
Betrokken partijen: ZIO, VVT-organisaties, MUMC+, Patiëntvertegenwoordiging.

Samengevat sluiten we bij de ontwikkeling van alle transmurale afspraken aan bij landelijke richtlijnen en streven we naar een samenhangend netwerk. Specialist PZ zijn beschikbaar voor afstemming met en ondersteuning van andere zorgverleners. Er wordt eveneens voorzien in een patiënten loket waar patiënten en hun naasten terecht kunnen met vragen over palliatieve zorg. We zijn voornemens dit te integreren in bestaand(e) loket(ten). Transformatie-aanjagers, verder toegelicht in Tabel 3, zullen in alle betrokken organisaties zorgen voor een vertaalslag van het beoogde zorgsysteem naar de dagelijkse praktijk.

H 3 Hoe gaan we de transformatie palliatieve zorg in de regio Maastricht-Heuvelland aanpakken?

3.1 Inleiding

Het transformatieplan bestrijkt een periode van 3 jaar waarin we werken langs 6 actielijnen, elk met een eigen plan van aanpak (Figuur 8). Met deze aanpak realiseren we de randvoorwaarden voor het leveren van goede palliatieve zorg die in lijn is met het beoogde zorgsysteem beschreven in het vorige hoofdstuk. Daar waar mogelijk, wordt eveneens afstemming gezocht met andere IZA-transformatieregio's in Nederland, zodat opgedane kennis en ervaring optimaal benut wordt.



Figuur 8: Samenhang actielijnen implementatie en het Kwaliteitskader PZ

3.2 De transformatie palliatieve zorg zet in op zes verschillende actielijnen

- **Afspraken op alle niveaus: strategisch, tactisch en operationeel**

Goede palliatieve zorg leunt in belangrijke mate op goede coördinatie tussen lokale aanbieders van welzijn-ondersteuning/sociaal domein, informele en professionele zorgaanbieders. Welke professionals zijn verantwoordelijk voor het markeren van de palliatieve fase en specifiek het laatste levensjaar van en met hun patiënten en diens naasten? Welke professionals maken samen met de patiënt en naasten een proactief zorgplan? Hoe wordt in de regio bewerkstelligd dat op de juiste plek, de juiste professional of informele zorgverlener beschikbaar is? Waar kunnen patiënten en naasten en ook (in)formele zorgverleners terecht met hun vragen?

Het is belangrijk dat dergelijke aspecten worden afgesproken zodat iedere professional en informele zorgverlener haar rol en verantwoordelijkheden kent. Dit zijn in de eerste

plaats afspraken op operationeel niveau, maar deze kunnen alleen beklijven als ze ook op tactisch en bestuurlijk niveau met elkaar worden onderschreven en vormkrijgen.

- **Maatschappelijke bewustwording**

Het uitgangspunt is dat inwoners en patiënten zoveel mogelijk zelf regie hebben op hun laatste levensfase en het zorgproces dat daarbij past. Regionale bewustwordingscampagnes en lokale publieksbijeenkomsten zijn nodig om burgers via lokale kanalen aan te moedigen om stil te staan bij hun waarden, wensen en grenzen in de laatste levensfase. De bewustwording is zowel gericht op het laagdrempelig spreken met naasten over achteruitgang in gezondheid en het naderende levenseinde, het aangaan van het proactieve zorgplanningsgesprek met zorgverleners en welzijnswerkers en de ondersteuningsmogelijkheden in de laatste fase, zoals inzet van vrijwilligers thuis of verblijf in een hospice. Er wordt toegewerkt naar het normaliseren van het spreken over het levenseinde en in het voor elkaar klaar staan in straten en wijken in die laatste levensfase. Verbinding in de samenleving op dit thema met inwoners, informele zorg en professionele zorg is wat nagestreefd wordt in deze transformatie. Er wordt daarbij aangesloten bij het Sociaal Domein en de gemeente-specifieke structuren.

- **Deskundigheidsbevordering**

Het is belangrijk om te investeren in kennisontwikkeling omtrent palliatieve zorg en proactieve zorg planning bij zorgprofessionals en welzijnsmedewerkers. Denk aan kennis over signaleren, markeren, de landelijke richtlijn proactieve zorgplanning^{viii}, de inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners en het bespreekbaar maken van het levenseinde met burgers. De bevordering van kennis richt zich op alle ondersteuners en zorgdisciplines van huishoudelijk medewerkers en welzijnswerkers tot verzorgenden, verpleegkundigen, huisartsen, medisch en verpleegkundig specialisten, geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers, casemanagers dementie en andere relevante zorgprofessionals in de regio. De opgave ten aanzien van kennisontwikkeling in het sociaal domein, op MBO-, HBO- en WO-niveau is dus breed en daarmee groot. Bij- en nascholing moet eveneens worden ingericht om kennis en vaardigheden te blijven actualiseren alsook om hulp- en zorgverleners te blijven motiveren.

- **Digitale ondersteuning**

Investerings zijn nodig om de benodigde transmurale samenwerking en het palliatieve zorgproces digitaal te ondersteunen. Transmurale gegevensuitwisseling is een belangrijk onderdeel; hiermee wordt relevante informatie ontsloten voor de betrokken zorgprofessionals. Door het ontsluiten van deze informatie kan de geboden zorg beter worden afgestemd op de wensen en behoeften van patiënt en naasten. Daarnaast moeten ook afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld de wijze waarop een multi-/interdisciplinair overleg (MDO/IDO), 'warme' overdracht of onderlinge communicatie digitaal wordt ondersteund. Het gesprek over inzagerechten hoort hier vanzelfsprekend bij en vraagt ook gerichte inzet.

- **Spiegel- en stuurinformatie**

Het is cruciaal dat betrokken organisaties en zorgprofessionals, welzijnsmedewerkers en informele zorgverleners ervaringen uitwisselen om van elkaar te kunnen leren. Wat werkt goed, wat niet? Daarom is het belangrijk dat een blijvende cultuur van spiegelen en verbeteren wordt ingericht. Inzichten over wat wel en niet werkt worden verzameld en verspreid, gebruik makend van de data aan de bron die op dit moment al beschikbaar zijn. Het is tevens waardevol dat betrokkenen uit verschillende regio's met elkaar regelmatig de geleerde lessen kunnen uitwisselen, zodat er ook een landelijk leereffect ontstaat. Dit laatste wordt gecoördineerd vanuit het NPPZ II-programma Transformatie en de daarbij horende landelijke peilingen van 'de stand van het land'.

- **Passende financiering**

Implementatie van het Kwaliteitskader leidt tot meer (passende) zorg eerder in het zorgproces, en minder (niet-passende) zorg in de periode vlak voor overlijden. Bepaalde onderdelen van het beoogde zorgproces zijn nu nog geen onderdeel van de contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast zijn er veranderingen die zowel tot afspraken over meer- als minderzorg kunnen leiden. Gelijkgerichtheid onder de zorgverzekeraars bij het maken van de contractafspraken is hierbij essentieel zodat dat de transformatie gestimuleerd en gefaciliteerd wordt.

3.3 Voor de actielijnen zijn verschillende doelstellingen bepaald

De basis voor de plannen van aanpak is gelegd in 23 doelstellingen. Hierin wordt beschreven wat beoogd wordt met de transformatie palliatieve zorg. In Tabel 2 staan de doelstellingen voor de transformatie palliatieve zorg weergegeven.

Tabel 2: Doelstellingen transformatie palliatieve zorg



Afspraken op alle niveaus

Zodat alle patiënten optimale zorg krijgen in de laatste levensfase

- 1 Er is een beoogd palliatief zorgsysteem o.b.v. het Kwaliteitskader palliatieve zorg, gedragen door zorgprofessionals, specialisten PZ, patiëntvertegenwoordigers, managers.
- 2 Er is bestuurlijk commitment op de te verwachten zorgverschuiving
- 3 Het beoogd palliatief zorgsysteem is vertaald naar werkafspraken
- 4 De werkafspraken zijn geïmplementeerd daar waar de zorg plaatsvindt



Maatschappelijke bewustwording

Zodat bespreken van wensen en grenzen in het laatste levensfase normaal wordt

- 1 Burgers weten wat palliatieve zorg is
- 2 Burgers weten dat het gesprek over kwaliteit van leven¹ met zorgverleners gevoerd kan worden
- 3 Burgers weten waarom deze gesprekken waardevol zijn
- 4 Burgers weten dat ze deze gesprekken zelf kunnen initiëren

1) Leven, afscheid, sterven en bijbehorende behandelgrenzen en -wensen



Deskundigheidsbevordering

Zodat iedere zorgverlener kan werken volgens het Kwaliteitskader palliatieve zorg

- 1 Zorgverleners zijn vaardig in het signaleren van de start palliatieve fase
- 2 Zorgverleners zijn vaardig in het voeren van PZP-gesprekken
- 3 Er zijn voldoende in PZ gespecialiseerde zorgverleners in de regio
- 4 Zorgverleners worden structureel bij- of nageschoold op het gebied van PZ
- 5 Palliatieve zorg is verankerd in het initiële onderwijs in de regio



Spiegel- en stuurinformatie

Zodat de voortgang op de transformatie inzichtelijk is

- 1 Er is inzicht in de mate van passende zorg eerder in het zorgproces
- 2 Er is inzicht in de mate van potentieel niet-passende zorg in laatste levensmaand
- 3 Er is inzicht in beleving van patiënt en zorgverlener rondom het zorgproces
- 4 Er is inzicht in kosten van zorg in de palliatieve fase
- 5 Aansluiting op landelijke voortgangsmeter met spiegelinformatie tussen regio's



Digitale ondersteuning

Zodat transmurale samenwerking eenvoudiger en veiliger wordt

- 1 Er is digitaal inzicht in welke zorgverleners betrokken zijn bij een patiënt
- 2 Er is inzicht in onderlinge bereikbaarheid.
- 3 Afspraken rond Proactieve Zorgplanning en het Individuele zorgplan zijn digitaal eenvoudig te delen
- 4 Het multidisciplinair overleg (MDO) wordt digitaal gefaciliteerd
- 5 Digitaal inzicht in de capaciteit van andere zorgorganisaties voor betere coördinatie van patiëntstromen



Passende financiering

Zodat de tijd die besteed wordt ook betaald wordt

- 1 De gemaakte afspraken nodigen uit om passende palliatieve zorg te leveren en ontmoedigen niet-passende zorg
- 2 De partijen committeren zich aan regionaal gekozen oplossingen voor lacunes en/of obstakels in de reguliere financiering
- 3 Alle partijen (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) weten welke aanpassingen in de contracten hiervoor nodig zijn²

2) Het aanpassen van de contractafspraken is een bilaterale aangelegenheid. Dit valt buiten de scope van het transformatieplan.

3.4 Voor elk van de actielijnen is een plan van aanpak opgesteld

Om aan de hierboven beschreven doelstellingen te voldoen is voor elke actielijn een plan van aanpak opgesteld. Hierin omschrijven we wat we gaan realiseren gedurende de transformatieperiode (producten) en hoe we dat gaan doen (activiteiten). Over de inhoud van de actielijnen is interactief afgestemd met bestuurders en zorginhoudelijke experts van de betrokken zorgorganisaties uit Maastricht-Heuvelland. In bijlage III staan de plannen van aanpak beschreven. In Tabel 3 laten we zien hoe we dit hebben gedaan voor de actielijn 'Afspraken op alle niveaus'. Wanneer het aan het einde van de transformatieperiode is gelukt om deze producten te realiseren, verwachten we dat inwoners in Maastricht-Heuvelland kunnen vertrouwen op goede palliatieve zorg. In Tabel 4 staan de producten en activiteiten kort beschreven.

Tabel 3: Plan van aanpak 'Afspraken op alle niveaus'

1. Plan van Aanpak: 'Afspraken op alle niveaus'

... zodat alle patiënten optimale zorg krijgen in de laatste levensfase

Inleiding

Goede palliatieve zorg leunt in belangrijke mate op goede coördinatie tussen lokale zorg- en welzijnsorganisaties en informele zorgaanbieders. Welke professionals markeren de palliatieve fase, of voeren proactieve zorgplanningsgesprekken met de patiënt en naasten? Hoe worden gegevens gedeeld? Hoe en door wie worden patiënten multidisciplinair besproken? Hoe zorgen we dat dit in onze regio altijd op de juiste plek, de juiste professional of informele zorgverlener beschikbaar is? Het is belangrijk dat dergelijke aspecten worden afgesproken, zodat iedere professional en informele zorgverlener haar/zijn rol en verantwoordelijkheden kent.

Dankzij de juiste afspraken, kunnen alle patiënten in Maastricht-Heuvelland vertrouwen op het krijgen van goede zorg in de laatste levensfase, die aansluit bij hun wensen en grenzen. Dit zijn in de eerste plaats afspraken op operationeel niveau. Belangrijk is dat deze afspraken alleen beklijven als ze ook op bestuurlijk en op tactisch niveau met elkaar worden onderschreven. Er zijn vier doelstellingen opgesteld voor de actielijn 'afspraken op alle niveaus':

1. er is een beoogde palliatieve zorgsysteem o.b.v. het kwaliteitskader PZ, gedragen door experts en bestuurders,
2. er is bestuurlijk commitment op de daaruit voortvloeiende zorgverschuiving,
3. de streefsituatie is vertaald naar lokale werkafspraken,
4. de werkafspraken zijn geïmplementeerd op de werkvloer.

Producten

Over de streefsituatie en daaruit voortvloeiende zorgverschuiving (doelstelling 1 & 2) is in de ontwikkeling van het transformatieplan uitvoerig afgestemd met alle partners in de regio.

In de transformatieperiode (2025 – 2027) leveren we twee producten op:

Lokale werkafspraken over het beoogde palliatieve zorgsysteem

Dit zijn transmurale werkafspraken waarin beschreven wordt hoe palliatieve zorg in Maastricht-Heuvelland georganiseerd en geleverd wordt in lijn met het beoogd palliatieve zorgsysteem, zoals beschreven in hoofdstuk 2. De werkafspraken worden weergegeven in een beknopt document dat zoveel mogelijk voortbouwt op wat al bestaat. De werkafspraken bieden ruimte om binnen kaders tot eigen processen te komen, passend bij lokale werkwijzen.

Geïmplementeerde werkafspraken in de betrokken organisaties

De concretisering van de transmurale werkafspraken zijn in de processen van de organisaties versleuteld en in elke organisatie wordt de nieuwe werkwijze 'aangejaagd', zodat alle zorgverleners de werkafspraken in de praktijk volgen.

Activiteiten

Voor deze actielijn zetten we in op drie, hieronder beschreven activiteiten. Voor elk van de inhoudelijke onderwerpen waarnaar gerefereerd wordt, hebben we een set aan uitgangspunten ontwikkeld, deze staan in bijlage II weergegeven.

Het ontwikkelen van de werkafspraken

In fase 1 ontwikkelt een projectleider samen met een groep experts de lokale werkafspraken rondom palliatieve zorg in Maastricht-Heuvelland. Dit doet deze groep aan de hand van de kaders voor 10 inhoudelijke onderwerpen die zijn opgesteld bij het ontwikkelen van het transformatieplan (zie bijlage II).

Het ontwikkelen van deze werkafspraken doen we zo efficiënt mogelijk en met zo min mogelijk belasting voor de zorgprofessional. Zo zorgen we ervoor dat de hoeveelheid aan impactvolle transformaties in Maastricht-Heuvelland behapbaar blijft voor de betrokken zorgorganisaties.

Daarom kiezen we ervoor een “projectleider werkafspraken” (hierna: projectleider) een eerste voorstel voor de werkafspraken uit te werken. Dit doet de projectleider na een aftrapbijeenkomst in samenwerking met het kernteam, voortbouwend op de uitgangspunten en voorbeelddocumenten uit eigen en vergelijkbare regio's. Zo voorkomen we onnodige consultatierondes en belasting van betrokken zorgverleners.

Om ervoor te zorgen dat de uiteindelijke werkafspraken aansluiten bij de inhoudelijke denkrichting die we tijdens het schrijven van dit transformatieplan overeen zijn gekomen, hebben we de kaders per onderwerp uitgewerkt in bijlage II. In deze kaders hebben we de volgende 3 punten opgenomen.

1. Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken: Welke werkafspraken moeten er op dit onderwerp worden ontwikkeld?
2. Uitgangspunten bij het ontwikkelen: Welke uitgangspunten moeten bij het ontwikkelen in acht worden genomen? Deze hebben we nu vast uitgewerkt om ervoor te zorgen dat de oplossingen vanuit de andere actielijnen ook aansluiten bij de te ontwikkelen werkafspraken.
3. Betrokken partijen: Welke partijen moeten deelnemen aan het ontwikkelen van de werkafspraken?

In fase 2 zullen de concept werkafspraken breed gedeeld worden onder alle betrokken organisaties om hier schriftelijk input over op te halen. Zo kunnen de projectleider en het kernteam snel en laagdrempelig in kaart brengen over welke elementen er consensus is en waar nog bespreekpunten liggen. De projectleider zal middels interviews met experts uit de praktijk de bespreekpunten toetsen en het voorstel voor de werkafspraken aanscherpen op basis van de uitkomsten van deze interviews.

Vervolgens zullen de projectleider en het kernteam een heisessie/uitwerkdag organiseren met alle betrokken partijen om de definitieve versie van de werkafspraken af te ronden. In deze bijeenkomst worden de openstaande discussiepunten afgehecht. Het resultaat van deze bijeenkomst is een set aan werkafspraken waarin de werkwijze voor de volgende thema's staat beschreven:

1. markering en proactieve zorgplanning,
2. aansluiting PZ in MDO's in de wijk/kernteams,
3. MDO's PZ in het ziekenhuis,
4. inzet van specialisten PZ (zie begrippenlijst in bijlage I),
5. palliatieve zorg binnen de acute zorgketen,
6. palliatieve zorg en het sociaal domein,

7. rol van farmacie binnen de palliatieve zorg,
8. werkafspraken rondom specifieke doelgroepen,
9. capaciteit en kwaliteit hospicezorg,
10. versterken inzet informele zorg.

Tot slot zal in de stuurgroep het bestuurlijk akkoord op de set aan werkafspraken gevraagd worden om de werkafspraken te bekrachtigen.

Het implementeren van de werkafspraken

Ervaring met het ontwikkelen van (transmurale) werkafspraken leert, dat het veranderen van een werkwijze meer vraagt dan alleen het vastleggen van de nieuwe werkafspraken. Een gedragsverandering moet van binnenuit de organisaties actief aangejaagd worden.

Daarom stelt elke zorgorganisatie een (deeltijd) aanjager palliatieve zorg aan. De transformatieaanjagers zijn verantwoordelijk voor de implementatie in de betreffende organisatie(s), het opzetten van de transmurale samenwerking en het optreden als aanspreekpunt voor het kernteam. De aanjagers hebben een periodiek aanjagersoverleg waarbij voortgang, lessen en ervaringen gedeeld worden.

Hoe groter de organisatie, des te groter zal het dienstverband zijn. Het is mogelijk dat aanjagers met deeltijd dienstverbanden voor meerdere organisaties aan de slag gaan, maar idealiter zijn aanjagers afkomstig uit de eigen organisatie en ook betrokken bij de implementatie van vergelijkbare transmurale werkwijzen zoals het generiek kompas ouderenzorg of andere transformatieplannen.

Het periodiek evalueren, herzien en borgen van de werkafspraken

Na de implementatiefase is het cruciaal dat de werkafspraken geëvalueerd, herzien en waar nodig geborgd worden binnen de dagelijkse praktijk van zorgorganisaties. Dit proces zorgt ervoor dat de afspraken blijven aansluiten op de behoeften van patiënten en zorgverleners, en dat de kwaliteit van palliatieve zorg continu wordt verbeterd.

Elke organisatie voert een periodieke evaluatie uit om de effectiviteit van de geïmplementeerde werkafspraken te beoordelen. Gedurende de implementatie heeft het kernteam contact met de aanjagers palliatieve zorg en ontvangt zij signalen waar en waarom de werkafspraken aangepast moeten worden. Hiervoor wordt een PDCA-cyclus ingericht.

Op basis van deze input bereidt het kernteam voorgenomen aanpassingen voor. In 2^e en 3^e jaar na de aanvang wordt er een evaluatiemoment georganiseerd waarin de voorgenomen herzieningen aan de manier van werken worden afgestemd en afgerond. Na de evaluatie worden de definitieve werkafspraken verankerd in de werkwijzen, protocollen en richtlijnen van de organisaties.

Tabel 4: De producten en activiteiten van de transformatie palliatieve zorg Maastricht-Heuvelland

	Afspraken op alle niveaus
Product	1 Lokale werkafspraken over het beoogd palliatieve zorgsysteem 2 Geïmplementeerde werkafspraken in de betrokken organisaties
Activiteit	1 Ontwikkelen van werkafspraken over het “wat” en “waarom” door projectleider afspraken op alle niveaus i.s.m. organisaties 2 Implementeren van werkafspraken door bij alle participerende zorgorganisaties transformatieaanjagers te faciliteren 3 Periodiek evalueren, herzien en borgen van werkafspraken
	Maatschappelijke bewustwording
Product	1 Publieksbijeenkomsten en campagnes
Activiteit	1 Communicatieplan t.b.v. bewustwording palliatieve zorg op maat voor de verschillende doelgroepen 2 Voorbereiding en uitvoering communicatieplan met netwerkpartners 3 Borging, onderhoud en evaluatie
	Deskundigheidsbevordering
Product	1 Bij- en nascholing van bestaande zorgverleners op het gebied van palliatieve zorg 2 Borging van scholing PZ binnen & tussen organisaties en het initiële en specialistisch onderwijs PZ
Activiteit	1 Ontwikkelen bij- en nascholingsplan 2 Uitvoeren bij- en nascholingsplan 3 Maken van afspraken bij- en nascholen binnen en tussen organisaties 4 Extra ondersteuning Onderwijsknooppunt PZ

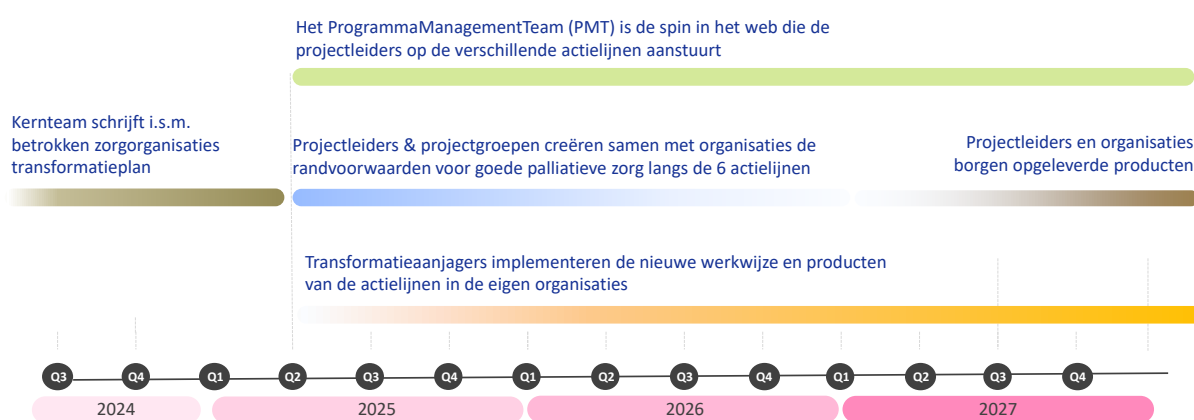
	Spiegel- en stuurinformatie
Product	1 Meetplan en verwerkingsafspraken tussen alle organisaties 2 Dashboard & cyclisch inzicht in voortgang op KPI's en extra inzichten
Activiteit	1 Meetplan en verwerkingsafspraken ontwikkelen 2 Dashboard opzetten en ontsluiten voor relevante partijen 3 Dashboard periodiek vullen middels data-uitvraag bij organisaties 4 Inzichten duiden i.s.m. alle betrokken organisaties
	Digitale ondersteuning
Product	1 Continue transmuraal digitaal toegang tot individueel zorgplan 2 Optimaliseren digitale ondersteuning van het MDO
Activiteit	1 Ontwikkelen uitrolplan 2 Ontwikkelen digitaliseringsoplossing 3 Opschalen digitaliseringsoplossing
	Passende financiering
Product	1 Advies oplossingen hiaten in financiering en bekostiging 2 Jaarlijkse notitie gelijkgerichtheid met zorgverzekeraars
Activiteit	1 Onderzoekstraject passende financiering 2 Jaarlijks vaststellen notities gelijkgerichtheid zvv & aanbieders

H 4 Programmastructuur

4.1 Structuur van de transformatie

Dit hoofdstuk beschrijft de programmastructuur om de transformatie, zoals geschetst in de voorgaande hoofdstukken, te realiseren. De programmastructuur staat schematisch weergegeven in Figuur 10 en wordt in de volgende paragrafen nader toegelicht.

De in hoofdstuk 3 en bijlage III gepresenteerde plannen van aanpak vragen om een inzet langs 3 verschillende werkstromen (Figuur 9).



Figuur 9: Het werkprogramma van de transformatie palliatieve zorg is op te delen in drie werkstromen

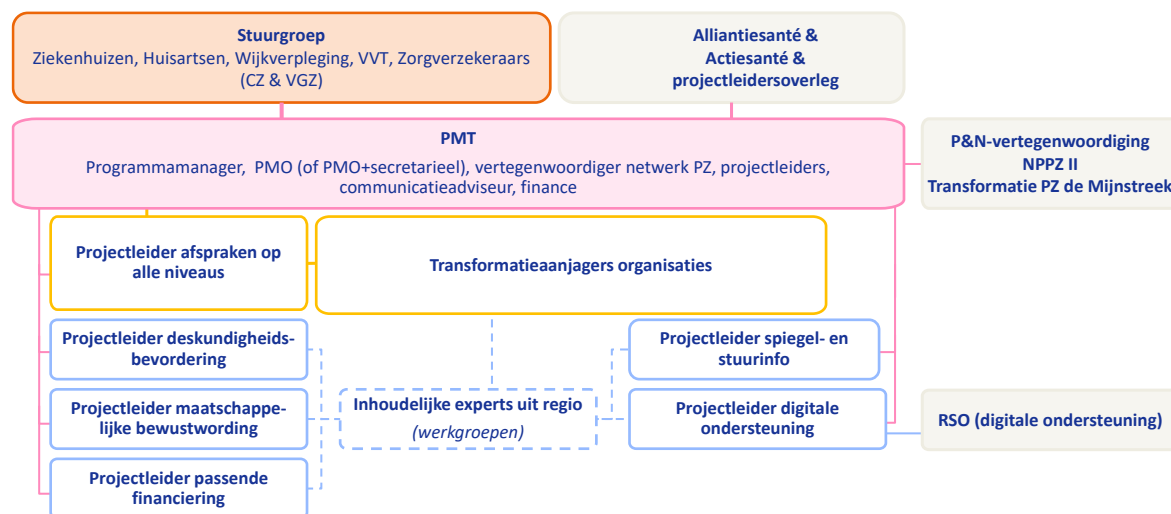
Gedurende de transformatie acteert een programmamanagementteam (PMT) als spin in het web. Het programmamanagementteam is verantwoordelijk voor het bewaken van de voortgang van de transformatie en het aansturen van de projectleiders op de verschillende actielijnen. Zo zorgt het programmamanagementteam voor één integrale aanpak waarbij de actielijnen elkaar versterken.

Op elk van de actielijnen werken projectleiders met inhoudelijke kennis samen met projectgroepen om de in hoofdstuk 3 beschreven producten te verwezenlijken. Op deze manier worden de randvoorwaarden voor goede palliatieve zorg in samenspraak met de betrokken organisaties gerealiseerd. Het zwaartepunt van het ontwikkelen van de producten ligt aan het begin van de transformatieperiode. Richting het einde van de transformatieperiode zal de focus richting het borgen van de opgeleverde producten worden verlegd.

De derde werkstroom zijn de transformatieaanjagers die in alle betrokken zorgorganisaties aan de slag gaan om de nieuwe werkwijze en de producten van de actielijnen te implementeren

Het PMT en daaronder de projectleiders en de transformatieaanjagers zullen onder een stuurgroep met alle betrokken organisaties en patiëntvertegenwoordiging functioneren. Daarnaast zal het PMT regelmatig afstemmen met de regionale tafels zoals de Alliantiesanté, Actiesanté en het projectleidersoverleg. Tot slot stemt het PMT af met

klankbordgroepen zoals de patiënt & naastenvertegenwoordiging, het NPPZ II en de transformatie palliatieve zorg in de Mijnstreek, (Figuur 10).



Figuur 10: De programmastructuur voor de transformatie palliatieve zorg in Maastricht-Heuvelland

In de Mijnstreek (de andere regio binnen Zuid-Limburg) vindt er momenteel ook een transformatie palliatieve zorg plaats volgens een sterk vergelijkbare programmastructuur. Er vinden gesprekken plaats tussen beide programmamanagementteams om te onderzoeken of en hoe beide plannen gezamenlijk op kunnen trekken. Het volledig samenvoegen van de twee transformatieplannen is niet haalbaar vanwege de beperkte overlap tussen beide zorgketens. Gezamenlijk projectleiderschap is mogelijk wel een optie. Hierover zullen beide PMT's afstemmen met de stuurgroepen van beide transformatieplannen. Wanneer er synergie gevonden wordt door samenwerking zal dubbele bekostiging te allen tijde voorkomen worden.

4.2 Programmamanagementteam

Het programmamanagementteam (PMT) is de spil in de uitvoering van de transformatie en heeft als opdracht het coördineren van het programma en het uitzetten van opdrachten. Het PMT bestaat uit een programmamanager, een programmamanagement ondersteuner (PMO), een vertegenwoordiger van de netwerken palliatieve zorg en ondersteuning op het gebied van communicatie en financiering. Waar nodig sluiten de projectleiders op de verschillende actielijnen aan bij het PMT.

Het PMT is een zelfstandig team dat periodiek samenkomt. Door de samenstelling en werkwijze is het mogelijk om de lijnen tussen de verschillende stakeholders en de ontwikkelingen binnen het transformatieprogramma te combineren en aan te sturen.

Het team geeft kaders en randvoorwaarden aan de projectleiders en de transformatieaanjagers bij de deelnemende zorgorganisaties (zie paragraaf 4.4 en 4.5). Ook monitort het PMT op regionaal niveau de uitkomsten van de implementatie en rapporteert periodiek op de gestelde KPI's. Daarnaast houdt het PMT zicht op de impact van de implementatie op capaciteit in de eerste lijn. Ook onderhoudt het PMT de verbinding met overkoepelende organisaties zoals de bestuurlijke regiegroep Zuid-

Limburg, de regionale tafels, de zorgverzekeraars en het transformatieplan palliatieve zorg in de Mijnstreek.

4.3 Stuurgroep

Het PMT rapporteert aan de stuurgroep. Deze stuurgroep bestaat uit een vertegenwoordiging van bestuurders vanuit het MUMC+, ZIO, de VVT-organisaties en de preferente zorgverzekeraars CZ en VGZ. De stuurgroep is formeel verantwoordelijk voor het besturen, begeleiden en toezicht houden op de voortgang van de transformatie en het monitoren van de KPI's.

De stuurgroep accordeert op strategisch niveau de tussen- en eindproducten en stelt vast of KPI's zijn gerealiseerd. Betrokken organisaties zijn verantwoordelijk voor een gemandateerde afvaardiging aan de stuurgroep, zodat gedragen besluitvorming kan plaatsvinden. De leden van de stuurgroep hebben structureel en indien nodig incidenteel afstemming met hun achterban via bestuurlijke tafels. Het PMT rapporteert in 2025 minimaal eenmaal per kwartaal aan de stuurgroep. In de vervolgjaren kan de frequentie indien gewenst worden bijgesteld. Evaluatie van de programmastructuur vindt minimaal één keer per jaar plaats binnen het PMT en de stuurgroep. Daarna kan zo nodig bijstelling in de werkwijze plaatsvinden.

4.4 Patiënt- en inwonerparticipatie

In de transformatie palliatieve zorg staat inwoner- en patiëntparticipatie centraal. Bij de ontwikkeling van werkafspraken en de implementatie in de organisaties, zullen inwoners, patiënten en naasten worden geraadpleegd om hun ervaringen en inzichten te delen. Naast de ervaringskennis die inwoners hebben, kunnen zij ook mogelijkheden en oplossingen aandragen. Dit gebeurt via de patiënten- en naastenraad van het netwerk palliatieve zorg, maar ook via de patiënten- en cliëntenraden van de betrokken organisaties. In de actielijn afspraken op alle niveaus zullen via co-creatie inwoners geraadpleegd worden om te zorgen dat de werkafspraken aansluiten bij de dagelijkse praktijk van de inwoners. Deze geïntegreerde aanpak zorgt ervoor dat de zorg continu wordt afgestemd op de behoeften en wensen van de doelgroep, waardoor er draagvlak ontstaat en de zorg aansluit op de dagelijkse praktijk van de inwoners. Er wordt van uitgegaan dat de input van betrokkenen leidt tot een zorgproces dat zowel menselijk als innovatief is, waarbij de stem van de patiënt niet slechts een bijkomstigheid is, maar een essentieel onderdeel van het transformatieproces. Met deze aanpak willen wij een fundament leggen voor een zorgsysteem dat zowel de kwaliteit als de betrokkenheid waarborgt, zodat iedere inwoner en patiënt in de regio verzekerd is van zorg die écht aansluit bij hun leven en wensen.

4.5 Projectleiders actielijnen

Voor de plannen van aanpak worden door het PMT projectleiders aangesteld. Projectleiders zijn verantwoordelijk voor de uitwerking, implementatie en borging van de gemaakte afspraken. Voor elke actielijn zullen projectleiders met inhoudelijke expertise op het gebied van de desbetreffende actielijn worden geworven. Elke projectleider stuurt per opdracht een projectgroep aan met daarin inhoudelijke experts vanuit diverse betrokken organisaties en partijen. De PMT's van de transformaties palliatieve zorg in de Mijnstreek en Maastricht-Heuvelland verkennen of en onder welke voorwaarden het gezamenlijk aanstellen van projectleiders leidt tot synergievoordelen. Wanneer dit mogelijk is zal de begroting herijkt worden en zal dit besproken worden met de beoordelend zorgverzekeraars. Zo wordt dubbele bekostiging in alle gevallen voorkomen.

Op verschillende onderwerpen wordt door de projectleider samenwerking met bestaande netwerken en initiatieven opgezet. De projectleider initieert en coördineert deze samenwerking, totdat borging heeft plaatsgevonden. Dit is voor scholing en deskundigheidsbevordering in ieder geval met het Onderwijsknooppunt. Voor patiënten- en naastenparticipatie en voor digitale ondersteuning in elk geval de RSO. Daarnaast worden ook andere domeinen zoals de informele zorg, de hospicezorg, de apothekers en het sociaal domein betrokken als samenwerkingspartners. Voor de actielijnen afspraken op alle niveaus, maatschappelijke bewustwording en deskundigheidsbevordering zal actief de samenwerking met patiëntvertegenwoordiging worden gezocht.

Het PMT van de transformatie palliatieve zorg onderhoudt warme banden met de RSO Zuid-Limburg. Samen met de vertegenwoordigers van de RSO wordt regelmatig afgestemd over het plan van aanpak van de RSO op het gebied van digitale ondersteuning. Na goedkeuring van het transformatieplan zal de projectleider digitale ondersteuning deze rol op zich nemen en als bruggenhoofd tussen beide transformaties optreden. Op deze manier zorgen we dat de onderlinge afhankelijkheden geborgd zijn en geborgd blijven.

4.6 Transformatieaanjagers

Voor het MUMC+, ZIO, en de (grote) thuiszorgorganisaties worden transformatieaanjagers aangesteld. De formatie hiervan is gebaseerd op de omvang en complexiteit van de organisatie.

De transformatieaanjagers zorgen ervoor dat gemaakte afspraken in de organisatie vorm en inhoud krijgen. Zij coachen medewerkers in de organisatie en koppelen terug als randvoorwaarden voor een goede implementatie en borging ontbreken, zodat afspraken bijgesteld kunnen worden als dit nodig is. De projectleider 'Afspraken op alle niveaus' biedt ondersteuning aan de transformatieaanjagers. De transformatieaanjagers houden de verbinding met de bestaande en nieuw te vormen samenwerkingen in de regio zoals het netwerk palliatieve zorg. De transformatieaanjagers kunnen de deelnemer van de organisatie aan het netwerk zijn, maar dit is niet strikt noodzakelijk.

In overleg met de betrokken organisaties is er gekozen voor de volgende formatie:

- MUMC+: 1.0 fte

- ZIO: 0.7 fte
- Envida: 1.0 fte
- Sevagram: 0.25 fte
- Thuiszorg groot Limburg: 0.5 fte
- Buurtzorg: 0.5 fte

De transformatieaanjagers stemmen periodiek gezamenlijk met elkaar (in het transformatieaanjagersoverleg) en het PMT af. Zo leren de aanjagers van elkaars aanpak en heeft het PMT een beter gevoel voor de behoeftes uit de verschillende betrokken organisaties.

4.7 Afstemming en samenwerking met de zorgverzekeraars

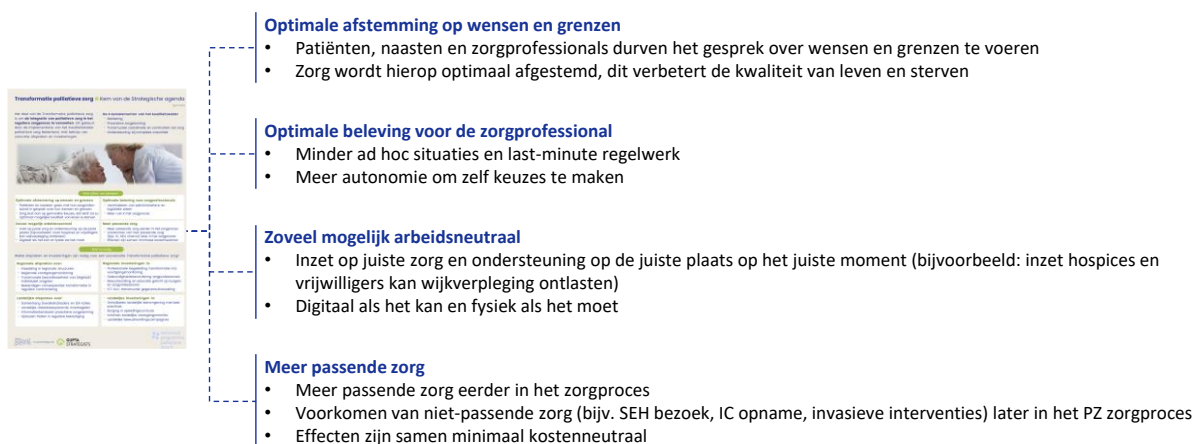
De indieners van het transformatieplan palliatieve zorg werken graag goed samen met de (beoordelend) zorgverzekeraars. Zowel gedurende de transformatieperiode als de periode hierna. Zowel de indieners als de verzekeraars delen het beeld dat de wenselijke vorm en frequentie van samenwerking kan veranderen gedurende de transformatie. De basisafpraak is dat het PMT en inkopers van de zorgverzekeraar periodiek afstemmen om ervoor te zorgen dat cocreatie ontstaat en dat een afgevaardigde van de zorgverzekeraars deelneemt aan de stuurgroep.

De indieners en de beoordelend zorgverzekeraars hebben afgesproken dat de wenselijke vorm en frequentie van deze momenten elk half jaar zal worden vastgesteld. Deze afspraak is ook opgenomen in de inspanningsgerichte KPI (PPI) "Evaluatie partners en zvv" (zie Hoofdstuk 6).

H 5 Beoogde impact van de transformatie palliatieve zorg in Maastricht-Heuvelland

5.1 Wat willen we bereiken?

De doelen van deze transformatie palliatieve zorg sluiten evenals die in de regio's Drenthe, de Mijnstreek en Midden-Nederland volledig aan bij de doelen zoals geformuleerd in de landelijke Strategische Agenda Transformatie Palliatieve Zorg^{ix}: betrouwbare passende zorg voor mensen in de laatste levensfase en hun naasten. De agenda is tot stand gekomen in samenspraak met de landelijke Stuurgroep van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg⁴. Samengevat ziet dit er als volgt uit:



Figuur 11: Wat willen we bereiken met de transformatie palliatieve zorg?

5.1.1 Optimale afstemming op wensen en grenzen

De ambitie is dat burgers, patiënten, hun naasten, en zorg- en welzijnsprofessionals met deze transformatie uitgerust worden om de laatste levensfase en de dood bespreekbaar te maken. Het streven is dat het bewustzijn van mogelijkheden om het gesprek over de laatste levensfase, het levenseinde en de wensen en grenzen aan te gaan, te vergroten. De kennis, kunde en durf om dit daadwerkelijk te doen wordt ondersteund door de de transmurale samenwerking met gedeelde verantwoordelijkheden.

De actieve rol van de in de regio georganiseerde patiënt- en naastenvertegenwoordiging gaat daadwerkelijke patiëntenparticipatie in de uitvoering van het plan concretiseren langs de (on)mogelijkheden die er in de praktijk van alledag (door)ontwikkeld kunnen worden. Dit alles maakt het mogelijk om de kwaliteit van leven, rouwen en sterven persoonsgericht en op de individuele zorgomgeving (zorgcontext) leidend te laten zijn voor de best passende ondersteuning en zorg.

⁴ Patiëntenfederatie NL, KNMG, V&VN, ActiZ, Stichting Kind & Ziekenhuis, Integraal Kankercentrum Midden Nederland, Palliactief, Expertisecentra Palliatieve Zorg, Landelijk Overleg Consortia palliatieve zorg, Vereniging Palliatieve Zorg NL, Vereniging Netwerken Palliatieve Zorg

5.1.2 Optimale ervaring voor zorgprofessionals

De ambitie is om in de transformatie ook gericht aan de slag te gaan met het verminderen en slimmer organiseren van logistieke zaken, zodat er tijd vrijkomt voor de werkwijze volgens het Kwaliteitskader en het opvolgen van de regionale aanbevelingen. De verwachting is dat daardoor meer rust in zorgprocessen ontstaat, niet alleen voor patiënten en hun naasten, maar zeker ook voor de betrokken vrijwilligers en professionals. Die rust door een andere focus op de hulp- en zorgverlening zal leiden tot meer autonomie om zelf deskundige keuzes te maken die aansluiten bij het nagestreefde vertrouwen.

5.1.3 Zoveel mogelijk arbeidsneutraal

De verwachting is dat implementatie van het Kwaliteitskader zal leiden tot meer palliatieve zorg in de laatste levensfase, met name op het gebied van wijkverpleging en huisartsenzorg maar ook in de 0^{de} lijn. Door de krapte op de arbeidsmarkt en de huidige druk op de eerste lijn is de ambitie om de transformatie zoveel als mogelijk arbeidsneutraal in de eerste lijn te realiseren.

Deze transformatie sluit aan bij principes zoals ook in het Integraal Zorgakkoord zijn vastgelegd: digitaal als het kan, fysiek als het moet, en inzet op de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plaats. Er zijn allerlei mogelijkheden om de effectiviteit van de inzet van eerstelijns (palliatieve) zorg te vergroten. Er worden oplossingen nagestreefd in vier categorieën: technologie & hulpmiddelen; personele inzet; samenwerking & coördinatie en inzet getrainde vrijwilligers en ondersteuning vanuit het sociaal domein.

Deze mogelijkheden worden meegegeven aan de relevante projectgroepen ter inspiratie bij uitwerking van de regionale kaders. Impactvolle ideeën die haalbaar zijn, maar niet passend binnen dit transformatieplan, worden gedeeld met de samenwerkende partijen binnen Maastricht-Heuvelland. Het programmamanagementteam heeft vertegenwoordigers vanuit alle grotere betrokken zorgorganisaties en houdt zo vinger aan de pols m.b.t. mogelijke capaciteitsknelpunten.

Bovenstaand beschouwend is de verwachting vanuit het landelijke NPPZ II Transformatieteam dat arbeidsneutraliteit mogelijk is. Naast de verhoging van de directe tijdsinzet bij wijkverpleging en huisartsenzorg, wordt er minder praktijkbelasting verwacht door ongepland 'gedoe' en urgente situaties. Ook de acute zorg belasting kan door besluit van ambulanceverpleegkundigen om een patient niet mee te nemen naar het ziekenhuis op basis van de behandelgrenzen van de patient afnemen. Vroegtijdige betrokkenheid van het sociaal domein kan voor verlichting van de eerste lijn zorgen wanneer dit wordt versterkt door verbetering van inzet van mantelzorg. Daarnaast wordt verwacht dat optimalisatie van de inzet van hospicecapaciteit (waaraan wordt gewerkt vanuit het NPPZ II) mede vormgeeft aan het verminderen van de overbelasting in de eerste lijn.

5.1.4 Meer passende zorg

Op basis van pilots elders in het land (Mijnstreek, Oss) is het de verwachting dat implementatie van markering van de palliatieve fase en daaruitvolgende PZP leidt tot een substantiële vermindering van potentieel niet-passende zorg in het laatste levensjaar zoals SEH-bezoeken, opnames in het ziekenhuis voor invasieve therapie en/of IC opname in vooral in de laatste 30 dagen voor overlijden. Door de inzet van proactieve, transmurale

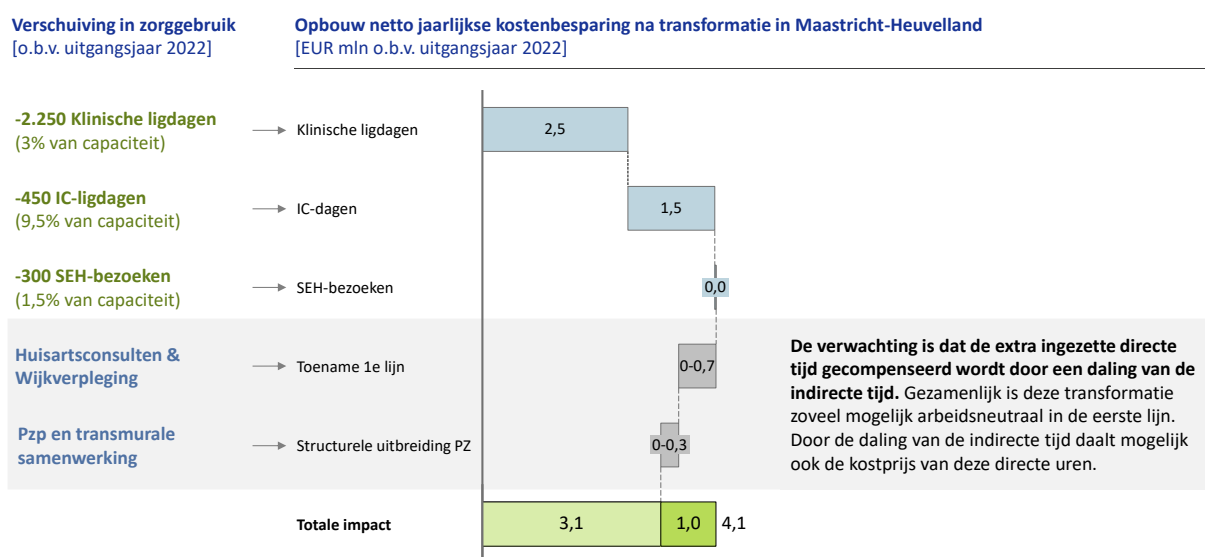
palliatieve zorg zullen patiënten naar verwachting ook minder vaak in het ziekenhuis overlijden.

Landelijk is eerder becijferd dat de bovengenoemde effecten voor patiënten in de laatste maand van het leven (dus niet het gehele laatste jaar zoals de doelpopulatie van deze transformatie is) gezamenlijk naar verwachting tot een netto kostenverlaging kunnen leiden: de kostenverlagende effecten zijn waarschijnlijk groter dan de kostenverhogende effecten. De mate waarin een netto kostenverlaging daadwerkelijk leidt tot lagere zorgkosten hangt, naast het succes van de transformatie zelf, ook af van externe factoren zoals demografische, sociaal-economische, technologische, ecologische en politieke ontwikkelingen zoals die o.a. ook in de recent gepubliceerde Toekomstscenario's Palliatieve Zorg van het RIVM^x beschreven.

5.2 Kwantitatieve onderbouwing van de te verwachten impact

Om te kunnen inschatten hoe groot de verschuiving van zorg in de Maastricht-Heuvelland is wanneer alle patiënten zorg ontvangen volgens het Kwaliteitskader, is er in samenwerking met CZ een data-analyse uitgevoerd op declaratiedata van personen die niet onverwacht zijn overleden in 2022 in de regio Maastricht-Heuvelland. De impactanalyse is volgens dezelfde methode als de impactanalyse van de transformatie palliatieve zorg in de Mijnstreek opgesteld.

Binnen deze populatie zijn op basis van palliatieve prestatiecodes twee patiëntgroepen te onderscheiden: patiënten die wel en niet meer dan 3 maanden voor overlijden palliatieve zorg hadden ontvangen. Op basis van de uitgevoerde analyse verwachten we dat er in deze regio per jaar potentieel 300 SEH-bezoeken, 2.250 klinische ligdagen en 450 IC-ligdagen bespaard worden als markering, proactieve zorgplanning, transmurale coördinatie en continuïteit en inzet van specifieke expertise breed geïmplementeerd is in de zorg voor mensen in het laatste levensjaar (Figuur 6).



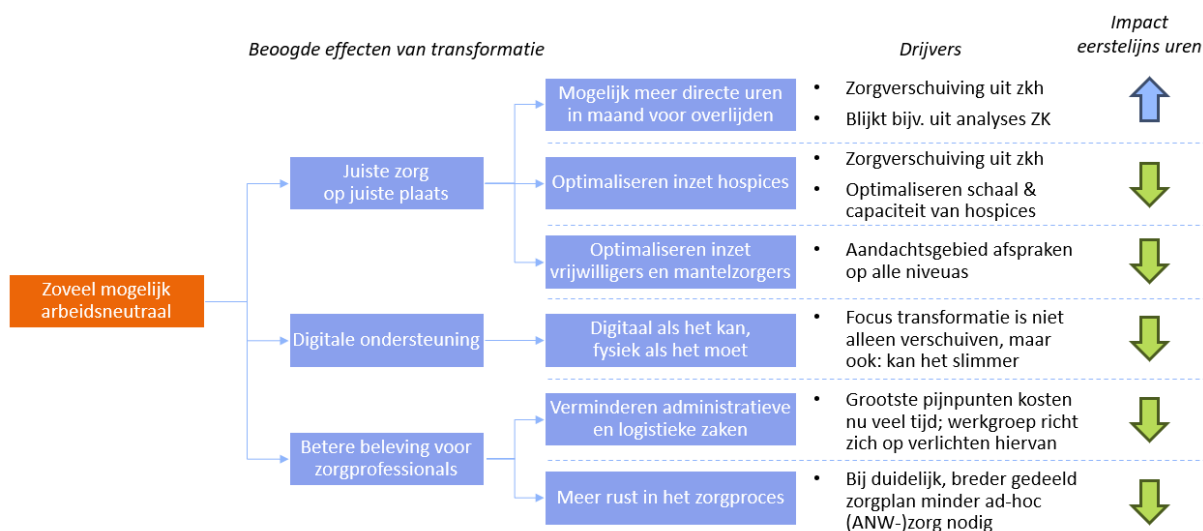
Figuur 12: Impact van transformatie op zorggebruik en -capaciteit in Maastricht-Heuvelland

De transformatie leidt naar verwachting tot meer directe tijd in de eerste lijn. De verwachte netto kostenverhoging in de eerste lijn bedraagt 0 tot 0,7 miljoen euro. Structurele uitbreiding van palliatieve zorg en PZP leidt ook tot meer directe zorg door meer tijd voor de patiënt. De verwachte netto kostenverhoging als gevolg van uitgebreide PZP en transmurale samenwerking bedraagt 0 tot 0,3 miljoen euro. Een deel van deze tijd wordt nu al besteed aan de proactieve zorgplanningsprojecten die afgelopen jaren vanuit het netwerk palliatieve zorg zijn geïnitieerd. De transformatie zal ervoor zorgen dat de bestede tijd maximaal effect bereikt, bijvoorbeeld doordat het individueel zorgplan ook voor andere zorgverleners inzichtelijk is, en doordat de specialisten PZ alleen nog bij de juiste patiëntsituaties worden ingezet.

De berekende benodigde uren-uitbreiding t.o.v. de huidige situatie betreft de 500 uur voor PZP in de 2^e lijn, 500 uur voor PZP in de 1^e lijn en inrichting van de MDO-structuur en doorontwikkeling van scholing (150 uur verdeeld over de 1^e en 2^e lijn). Hoe dit straks in de praktijk zal uitpakken, ook in verdeling tussen 1^e en 2^e lijn, hangt af van de kaders en werkafspraken op regionaal en sub-regionaal niveau als onderdeel van deze transformatie.

Zoals in paragraaf 5.1 beschreven wordt ernaar gestreefd de transformatie zoveel als mogelijk arbeidsneutraal in de eerste lijn te realiseren. De verwachting is dat dit mogelijk is door de sterke afname in de benodigde indirecte tijd in de eerste lijn tijdens de palliatieve fase. Met de transformatie palliatieve zorg wordt de druk de eerste lijn langs drie wegen verlicht:

- 1 De juiste zorg op de juiste plaats: werkgroepen gaan aan de slag met het optimaliseren van de inzet van de hospices en de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers. Deze twee oplossingsrichtingen hebben als resultaat dat eerstelijns zorgverleners efficiënter en effectiever kunnen werken.
- 2 Het resultaat van de actielijn digitale ondersteuning, slimmer werken met de juiste digitale middelen bespaart met name in de eerste lijn veel indirecte tijd. Zo zorgt de mogelijkheid om asynchroon met elkaar te communiceren ervoor dat zorgverleners minder in de wacht hoeven te staan om met elkaar af te stemmen. Momenteel neemt dit bij zorg voor patiënten in de palliatieve fase een groot deel van de bestede tijd per patiënt in beslag.
- 3 Het verbeteren van de beleving van de zorgprofessional. Werken volgens het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg levert meer rust op in het zorgproces: een duidelijk, breder gedeeld zorgplan zorgt voor minder ad-hoc regelwerk en ANW-zorg, en voorkomt daarnaast ongewenste zorg in de eerste lijn. Daarnaast is het uitgangspunt van de transformatie om de administratieve en logistieke zaken te verminderen.



Figuur 13: De transformatie kan in de eerste lijn zoveel mogelijk arbeidsneutraal worden uitgevoerd

Indirecte tijd is niet goed meetbaar en de eerstelijns zorg voor palliatieve patiënten is ten opzichte van het totaal te klein om dit betekenisvol te proberen te meten. Daarom blijven we de ervaring van zorgprofessionals gedurende de transformatie monitoren.

De reductie in klinische ligdagen vertaalt zich naar 4.0 potentieel te besparen fte verpleegkundigen en de reductie in IC-ligdagen leeft een mogelijke besparing op van 2.6 IC-verpleegkundigen⁵. Gezien de stijging van het personeelstekort binnen de sector zorg en welzijn van 5,2% in 2021 naar 11,0% in 2030^{vi} is de transformatie palliatieve zorg in dit opzicht een gunstige ontwikkeling. De transformatie zal de toename van de zorgvraag in de tweede lijn dempen en daarmee de vacatureddruk verlagen. Het aantal te besparen SEH-bezoeken bedraagt slechts 1.5% van alle SEH-bezoeken in de regio en heeft daarmee naar verwachting geen directe personele impact.

Wanneer er vanuit de transformatieaanjagers toch signalen worden opgevangen dat het onvoldoende lukt om de transformatie vanuit de eerste lijn arbeidsneutraal in te steken zal het PMT in samenspraak met de betrokken organisaties verkennen welke arbeidsbesparende maatregelen kunnen worden ingezet. Het transformatieteam vanuit het NPPZ II heeft hier in samenspraak met de IZA-transformaties palliatieve zorg in de Mijnstreek en Drenthe-Steenwijkerland een lijst met mogelijke interventies voor opgesteld.

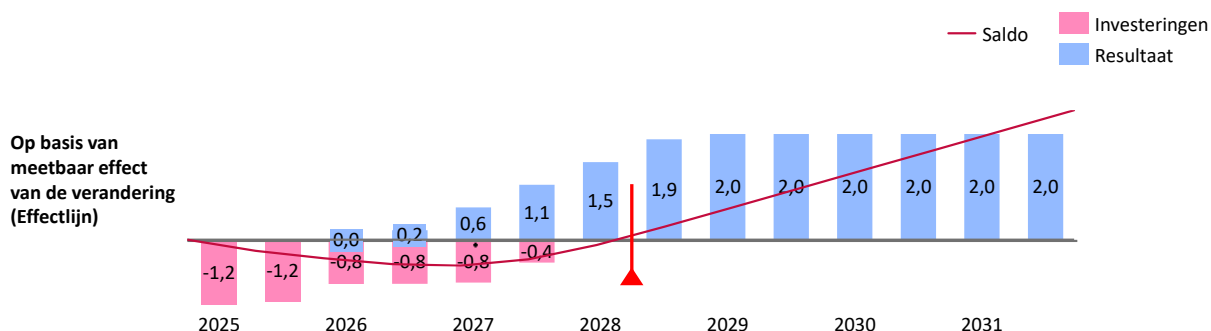
5.3 Deze transformatie heeft een positieve (maatschappelijke) business case

De transformatie palliatieve zorg heeft meerdere maatschappelijke baten, waaronder: bespreekbaarheid van de dood, betere bereikbaarheid en beschikbaarheid van palliatieve zorg, betere zorgervaring en kwaliteit van leven voor patiënten en naasten, betere ervaring van zorgverleners. Alles samenkomend in meer passende zorg voor patiënten met een levensverwachting van een jaar of korter.

⁵ Op basis van hetzelfde ratio fte: klinische/IC-ligdag als gehanteerd in het transformatieplan palliatieve zorg in de Mijnstreek

Voor dit type baten is de opbrengst niet goed in euro's uit te drukken, maar dit maakt ze niet minder belangrijk. Voorbeelden van kwalitatieve effecten bij deze baten zijn: patiënten overlijden vaker op de plek van voorkeur; mantelzorgers ervaren passende rouw en vallen niet uit van werk; zorgverleners ervaren minder frustratie en meer bevrediging in hun werk en blijven behouden voor de sector. Daarnaast leidt de transformatie palliatieve zorg naar verwachting ook tot een netto zorgkostenbesparing van ongeveer 4.1 miljoen euro per jaar (Figuur 12).

Op basis van de hierboven beschreven te verwachten kostenbesparing is de terugverdientijd van de transformatie ingeschat. In Figuur 7 zijn de investeringen in het roze afgezet tegen de verwachten impact in het lichtblauw. Zie voor een nadere toelichting op de investeringen hoofdstuk 7 Begroting. De rode lijn in de figuur laat het cumulatieve saldo over de jaren zien, dus de optelling van het de baten –/– de investeringen voor de betreffende jaren. Het moment dat de rode lijn nul is, is het break-even punt van de transformatie. De terugverdientijd van de investering is naar verwachting ~ 3 jaar, gerekend vanaf april 2025.



Figuur 14: Investerings- en impact van de transformatie over tijd [EUR mln.]

Onderliggende cijfers en berekeningen zijn opgenomen in het meegestuurd Excel "Specificatie begroting, KPI's en BC van transformatie PZ Maastricht-Heuvelland".

5.4 Impact van de transformatie ten aanzien van duurzaamheid in de zorg

De transformatie palliatieve zorg heeft naar verwachting een positieve impact op de belangrijkste thema's uit de Green Deal Duurzame Zorg: het verminderen van CO₂-uitstoot, terugdringen van afvalproductie en reductie van geneesmiddelresten in water. Met name de verwachte vermindering van het aantal SEH-bezoeken en IC-ligdagen in het laatste levensjaar heeft een grote positieve invloed op zowel CO₂-uitstoot als afvalproductie. De SEH en IC hebben binnen het ziekenhuis een grote bijdrage aan de milieu-impact. Ter illustratie: één dag intensive care-zorg in het Erasmus MC staat qua vervuiling gelijk aan 2.000 km autorijden, kap van 200 m² bos en het gebruik van minstens 15.000 liter water. Daarnaast produceert de IC van het Erasmus MC jaarbasis 247.000 kg afval^[xi]. Dit is 17 kg per IC-patiënt per dag.

Patiënten in Maastricht-Heuvelland met verwacht overlijden brengen in hun laatste levensjaar naar schatting gezamenlijk 1.000 dagen door op de IC. De verwachte reductie

van 800 IC-ligdagen in het laatste levensjaar door de transformatie, zoals becijferd in de impactanalyse, levert daarmee jaarlijks al een besparing op van 61.600 kg CO² en 13.600 kg afval. Het netto hoger worden van het aantal reisebewegingen (minder reisebewegingen van en naar het ziekenhuis, maar meer reisebewegingen door personeel in de wijkverpleging) en de verhoogde afvalproductie in de wijkverpleging wegen hier niet tegenop. De ICT benodigt voor gegevensuitwisseling kan een lichte toename in CO²-uitstoot veroorzaken ten opzichte van de huidige IT-infrastructuur.

De transformatie palliatieve zorg biedt ook de mogelijkheid om bij te dragen aan het verminderen van medicijnverspilling en reductie van geneesmiddelen in water. Het terugbrengen van niet-passend gebruik van dure geneesmiddelen, preventieve medicatie en anderszins niet langer zinvol geachte medicatie in de laatste levensfase draagt bij aan de doelstelling van het reduceren van geneesmiddelresten in water. De hoeveelheid niet-gebruikte medicatie die weggegooid moet worden kan teruggebracht worden door de markering van de stervensfase te koppelen aan het verkorten van de aflevertermijnen van medicijnen aan deze patiënten.

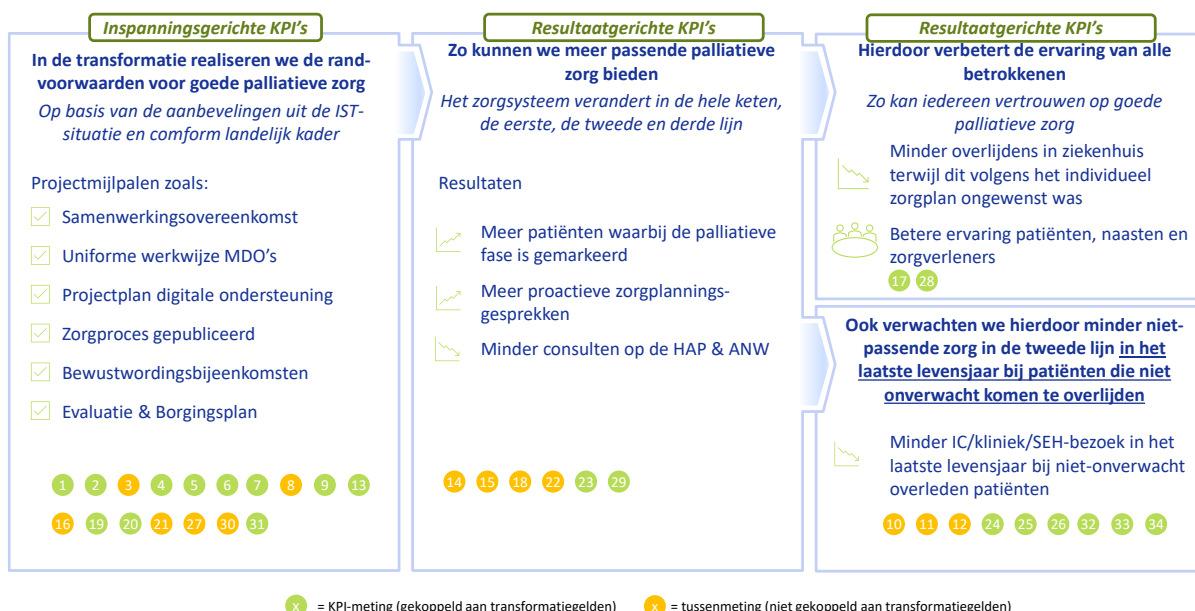
H 6 KPI's: wat is succes en hoe meten we dit?

6.1 Inleiding

Om de voortgang en resultaten van de transformatie te kunnen monitoren, zijn Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI's) opgesteld waaraan een uitbetaling is gekoppeld. Hiermee volgen we of de inspanningen tijdens de transformatie volgens plan worden uitgevoerd en of hiermee de te verwachten zorgverschuiving wordt gerealiseerd.

6.2 Samenhang tussen de transformatie en KPI's

De KPI's voor deze transformatie zijn zo gekozen dat ze de programma-opzet en verwachte resultaten weerspiegelen. We onderscheiden inspanningsgerichte KPI's en resultaatgerichte KPI's, zie onderstaande Figuur 15.

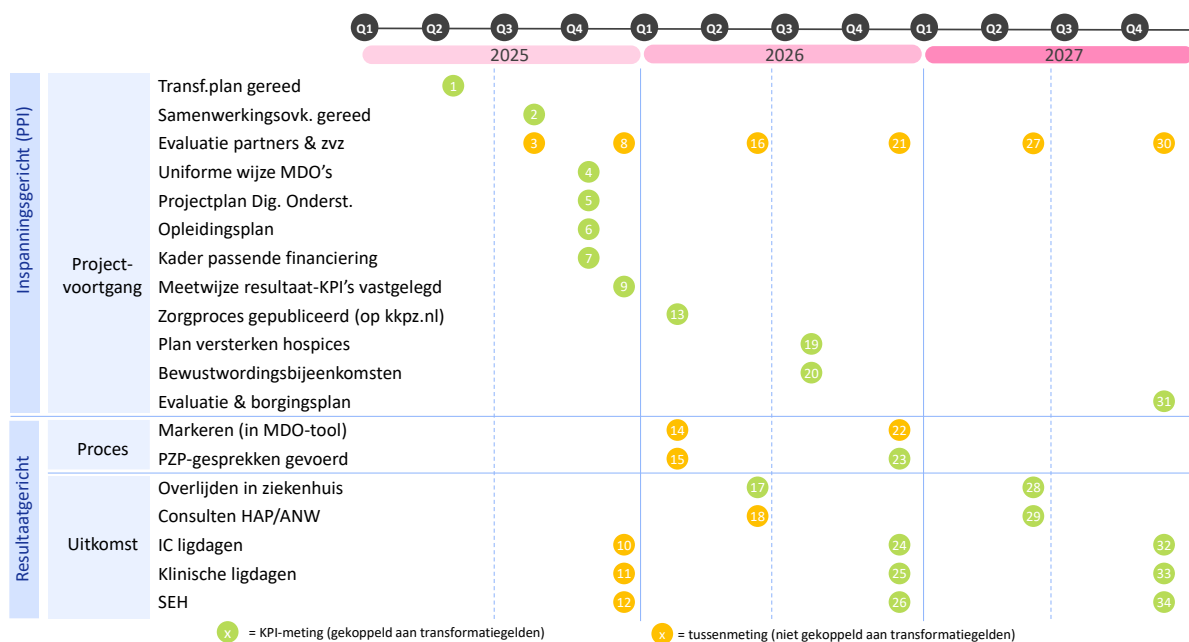


Figuur 15: De voortgang en de resultaten monitoren we aan de hand van KPI's – deze zijn zowel inspannings- als resultaatgericht

Zoals in hoofdstuk 4 beschreven volgt het PMT de voortgang van de transformatie en rapporteert deze aan de stuurgroep en de zorgverzekeraars op afgesproken momenten. De projectleiders zorgen ervoor dat de opdrachten worden uitgevoerd en de transformatie aanjagers dragen zorg voor toezicht op de implementatie en borging van de gemaakte afspraken.

De voortgang van de hierboven beschreven inspanningen monitoren we aan de hand van **inspanningsgerichte KPI's** (paragraaf 6.3).

We verwachten beter passende zorg eerder dan de palliatieve terminale fase in het zorgproces en daardoor is de verwachting dat er minder niet-passende zorg in de laatste weken en dagen voor overlijden zal zijn. Dit monitoren we aan de hand van de **resultaatgerichte KPI's** (paragraaf 6.4).



Figuur 16: Planning van de KPI's over de looptijd van de transformatie PZ. Aan de oranje KPI's zijn geen transformatiegelden gekoppeld

6.3 Inspanningsgerichte KPI's (PPI's)

Deze groep KPI's (in Zuid-Limburg ook wel process performance indicators, PPI's genoemd) geeft inzicht in de algemene voortgang van de processen tijdens de transformatie.

De eerste KPI in deze groep is de oplevering van een goedgekeurd transformatieplan (zie Figuur 13), gevolgd door het ondertekenen van de bijbehorende samenwerkingsovereenkomst. Hierna zullen we direct beginnen met de inhoudelijke uitwerking van de actielijnen. Na het eerste halfjaar van de transformatie zullen de uitkomsten van deze inspanningen zichtbaar worden door het behalen van de eerste inspanningsgerichte KPI's. We committeren ons aan het vaststellen van een uniforme wijze van vastlegging voor de MDO's, het opleveren van het projectplan voor de projectgroep digitale ondersteuning en het opleidingsplan voor onze regio. Daarnaast zullen we het kader passende financiering opgeleverd hebben. Alle bovengenoemde stukken moeten geaccordeerd zijn door de stuurgroep voor uitbetaling.

Daarnaast zullen we halfjaarlijks de transformatie met de coördinerende zorgverzekeraars evalueren. Dit zijn momenten waarbij het PMT, de zorgverzekeraar en de betrokken partners terug- en vooruitkijken. Hierbij wordt vastgesteld of en hoe er bijgestuurd moet worden. Tijdens deze momenten worden in ieder geval de volgende onderwerpen in kaart gebracht:

- Voortgang van de transformatie
- Commitment in de keten op de transformatiedoelen
- Capaciteit in de 1^e lijn om te werken volgens het beoogde zorgsysteem, met hierbij aandacht op het effect van de transformatie op de indirecte tijd van professionals

- Eventuele aanpassingen aan de begroting in het geval van synergievoordelen door samenwerking met de IZA-transformatie palliatieve zorg in de Mijnstreek
- De gewenste frequentie en vorm van samenwerking en afstemming met de coördinerende zorgverzekeraars

Aan het einde van het eerste transformatiejaar verwachten we dat we de meetmethodiek (wie levert welke informatie aan, hoe wordt de analyse uitgevoerd en vastgelegd, etc.) voor de resultaatgerichte KPI's hebben vastgelegd en dat we de werkwijzen behorend bij de acties in het zorgproces hebben geaccordeerd voor op kkpz.nl. Een half jaar later zullen we het plan voor het versterken van de hospices ontwikkeld en geaccordeerd hebben, en zijn op verschillende plekken bewustwordingsbijeenkomsten georganiseerd. Eind 2027 zullen we de transformatieperiode afsluiten met het opleveren van het evaluatie- en borgingsplan. Aan al deze projectmijlpalen koppelen we transformatiegelden.

6.4 Resultaatgerichte KPI's

Er wordt onderscheid gemaakt in KPI's die veranderingen in het aangepaste zorgproces meten (proces-KPI's) en KPI's die de meetbare uitkomsten van de transformatie in beeld brengen.

De projectgroep spiegel- en stuurinformatie werkt de precieze meetmethodiek voor de kwantitatieve KPI's uit. Deze projectgroep is verantwoordelijk voor het verkrijgen van de benodigde informatie tijdens de transformatie. Een omschrijving van de werkzaamheden van deze projectgroep is te lezen in bijlage III. Het PMT is verantwoordelijk voor rapportages over de KPI's aan de stuurgroep. De stuurgroep stelt, op basis van deze rapportages, vast of en wanneer aan KPI's is voldaan.

Daarnaast zullen het PMT en de werkgroep duiding van de KPI's jaarlijks de ervaring van patiënt, naasten en zorgverleners in kaart brengen en hierover rapporteren. In samenspraak met de werkgroepen uit transformatieregio's elders in het land zullen we hiervoor een passende methodiek ontwikkelen.

6.4.1 Proces KPI's

Het aandeel gemarkeerde patiënten t.o.v. de niet-onverwacht overledenen wordt vastgesteld op basis van de registratie in Epic en het HIS. Het is op moment van schrijven niet zeker of dit inderdaad meetbaar is, omdat niet in alle EPD's een module palliatieve zorg is ingericht (danwel ingericht kan worden). Om deze reden is aan deze KPI geen uitbetaling gekoppeld.

Daarnaast zullen we meerdere malen in beeld brengen of het aandeel niet onverwacht overleden patiënten met een individueel zorgplan – als uiting van proactieve zorgplanningsgesprekken – lopende de transformatiejaren toeneemt.

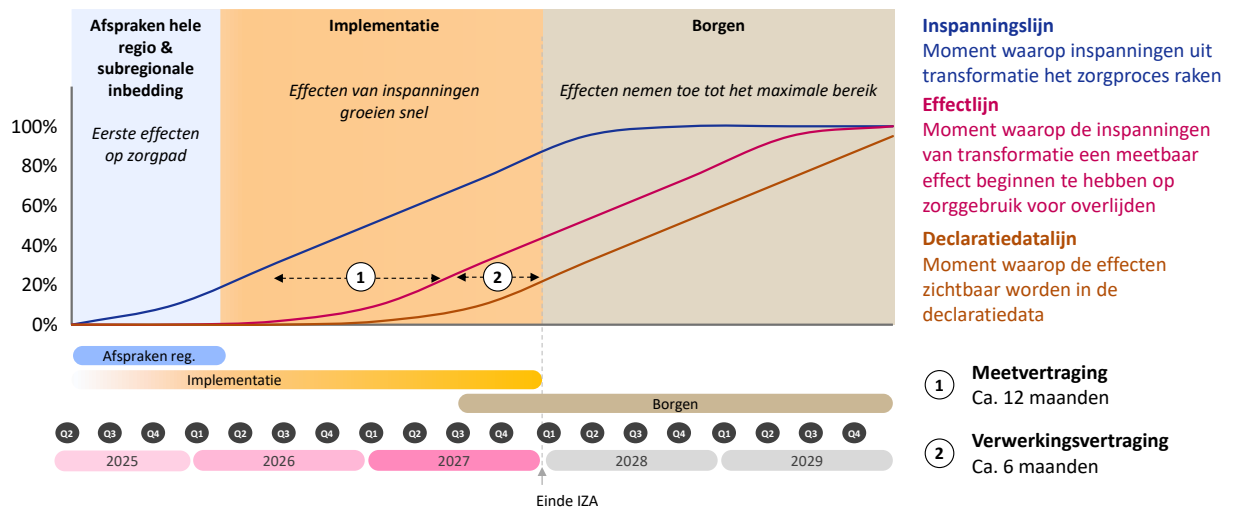
Tijdige ondersteuning bij complexe casuïstiek is essentieel voor passende palliatieve zorg bij een deel van deze populatie. Hoewel ad-hoc inzet mogelijk is en blijft, is de verwachting dat de ad-hoc inzet van specialisten PZ minder frequent nodig is, omdat 'rust' in het zorgproces gebaat is bij tijdige betrokkenheid. Hier is een KPI op geformuleerd.

6.4.2 Uitkomstgerichte KPI's

De primaire uitkomst van dit plan is de verbetering van de ervaring van patiënten, naasten en zorgverleners. Bij het ontwikkelen van het meetplan zullen we definitief vaststellen hoe we deze ervaring zullen volgen gedurende de transformatie. Het is nog niet mogelijk om hier vooraf een SMART doelstelling voor te bepalen. Zodoende koppelen we deze KPI's niet aan een uitbetaling.

We verwachten dat de implementatie van het KKPZ leidt tot meetbaar minder niet-passende zorg, in met name de laatste 30 dagen voor overlijden. In landelijk onderzoek is deze kwaliteitsverbetering meetbaar via de criteria omtrent zorggebruik in de laatste 30 dagen voor overlijden zoals opgesteld door Earle et al^{xii}. De KPI's die voor dit transformatieplan worden gehanteerd zijn de directe drijvers onder de maatschappelijke business case zoals beschreven in Hoofdstuk 5 van dit transformatieplan. Het gaat om het aantal SEH-bezoeken, klinische ligdagen en IC opnames in de laatste 30 dagen voor overlijden.

De waarden die zijn opgenomen in de uitkomstgerichte KPI's zijn bepaald op basis van de verwachte impact en de timing waarop deze impact meetbaar is. Dit is visueel gemaakt in Figuur 17 met drie gekleurde lijnen. Het effect van de inspanningen is met vertraging zichtbaar in de uitkomsten. Goede palliatieve zorg begint immers al geruime tijd voor overlijden en voor dit plan indicatief in de laatste 12 maanden, maar het effect hiervan is pas na het overlijden meetbaar in de uitkomst KPI's. De waarden van de uitkomst KPI's in december 2027 zijn vastgesteld op het niveau van de roze effectlijn.

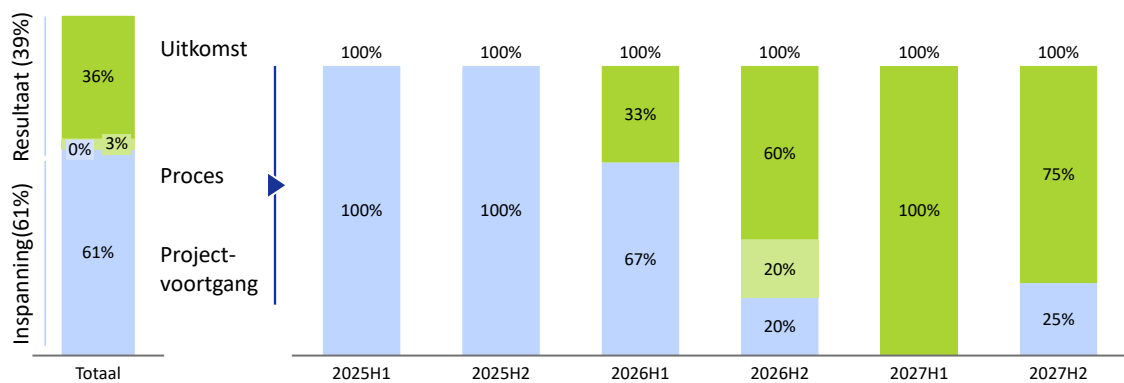


Figuur 17: Deel van het maximale effect dat gerealiseerd wordt (%)

Daarnaast gaan de streefwaardes uit van gelijkblijvende omstandigheden. De projectgroep spiegel- en stuurinformatie zal naast de waarden op de resultaatgerichte uitkomst-KPI's, ook de onderliggende drijvers monitoren en waar nodig hiervoor corrigeren. Wanneer bijvoorbeeld het jaarlijks aantal niet-onverwacht overleden patiënten sterk toeneemt, zullen we de streefwaardes hiervoor corrigeren in samenspraak met de beoordelend zorgverzekeraar.

6.5 Samenhang tussen verschillende soorten KPI's en budgetaanvraag

Figuur 18 geeft een overzicht van de samenhang tussen de hierboven beschreven soorten KPI's en de aan deze KPI's gekoppelde budgetaanvraag⁶. Vroeg in het project hebben de inspanningsgerichte KPI's de overhand, terwijl richting het eind van de transformatie het budget juist voornamelijk afhangt van resultaatgerichte KPI's. In totaal is 39 procent van de totale budgetaanvraag gekoppeld aan resultaatgerichte KPI's en 61 procent aan inspanningsgerichte KPI's.



Figuur 18: Samenhang tussen soorten KPI's en daaraan gekoppeld transformatiebudget over tijd

⁶ De budgetaanvraag is gebaseerd op de geschatte kosten van de transformatie welke nader zijn uitgewerkt in hoofdstuk 7. De bedragen kunnen bij de jaarlijkse vaststelling van de jaarbegroting in de stuurgroep, in samenspraak met de marktleidende verzekeraars, eventueel worden bijgesteld.

H 7 Begroting: welke investeringen zijn nodig voor de transformatie?

7.1 Inleiding

Zorgorganisaties in Maastricht-Heuvelland investeren, met hulp vanuit regionale en landelijke organisaties, zelf in de transformatie palliatieve zorg. Vanuit de Netwerken palliatieve zorg en het consortium wordt het werken volgens het Kwaliteitskader in breedste zin ondersteund. Vanuit samenwerkingen zoals met het NPPZ II wordt gericht ingezet op het invullen van randvoorwaarden, zoals maatschappelijke bewustwording, deskundigheidsbevordering en digitale ondersteuning.

Duidelijk is evenwel dat voor een succesvolle transformatie additionele financiële middelen, zowel personeel als materieel, nodig zijn. Om volledige uitvoering, opschaling en versnelling van de transformatie mogelijk te maken zijn IZA transformatiegelden noodzakelijk.

In dit hoofdstuk worden de kosten voor de transformatie en de gevraagde bijdrage vanuit IZA-transformatiegelden inzichtelijk gemaakt. Allereerst worden de uitgangspunten van de begroting beschreven. Tenslotte komen ook het financieel beheer en de verantwoording aan bod.

Onderstaande Tabel 5 toont de begroting voor het transformatieplan palliatieve zorg in Maastricht-Heuvelland.

Tabel 5: Begroting transformatie palliatieve zorg Maastricht-Heuvelland [EUR x 1.000]

Kostensoort			2025	2026	2027	Totaal
Interne personeelskosten			.....	.....	.....	.....
Externe inhuur personeel			.....	.....	.....	.....
Vacatiegelden			.....	.....	.....	.....
Materiële kosten	Externe aankoop	IT	.....	.....	.....	.....
Materiële kosten	Externe aankoop	Materialen	.....	.....	.....	.....
Materiële kosten	Externe aankoop	Opleidingskosten	.....	.....	.....	.....
Materiële kosten	Interne doorbelastingen	Materialen	.....	.....	.....	.....
Totaal			.....	.....	.....	.....

7.2 Uitgangspunten begroting

De begroting is gebaseerd op de benodigde middelen voor het uitvoeren en het managen van de actielijnen, zoals omschreven in hoofdstuk 3. Bij het opstellen van de begroting zijn een aantal uitgangspunten gehanteerd:

- De kosten per programmaonderdeel zijn ingeschat op basis van kosten projectleiders en transformatieaanjagers, vacatiegelden voor deelneming van zorg- of welzijnspersoneel en materiële kosten.
- Er zijn alleen kosten opgenomen in de begroting voor personeel dat extra aangetrokken of vrijgespeeld wordt ten behoeve van de transformatie PZ (o.a. werkgroepen). Dubbele bekostiging wordt te allen tijde voorkomen. De kosten van de werkzaamheden die worden uitgevoerd door bestaand personeel zijn niet ingeschat en niet opgenomen in de begroting.
- De daadwerkelijke inzet van projectleiders, (communicatie)adviseurs en dergelijken vindt altijd plaats in afstemming met en onder goedkeuring van het PMT. Deze stemt periodiek (halfjaarlijks) de realisatie ten opzichte van de begroting af met het PMT.
- Kosteninschattingen zijn de beste nu mogelijke inschattingen voor de komende jaren.
- Er is sprake van cofinanciering, vanuit de NPPZ II-middelen en eigen financiering vanuit deelnemende organisaties. Bij het opstellen van de snelle toets en dit transformatieplan zijn bijvoorbeeld transformatie-adviseurs en experts beschikbaar gesteld door PZNL, gefinancierd vanuit NPPZ II-middelen. Deze kosten zijn niet opgenomen in de transformatieaanvraag en begroting om dubbele bekostiging te voorkomen.
- De uitbetaling is gekoppeld aan KPI's. Op basis van de looptijd en de grootte van de transformatie is gekozen voor vaststelling en uitbetaling per half jaar. In de eerste periode zijn de indicatoren KPI's met een inspanningsverplichting. Mocht (een van) deze door omstandigheden niet behaald zijn, dan volgt uitbetaling op het eerstvolgende uitbetaalmoment dat deze KPI wel behaald is.⁷
- De regio ziet goede spiegel- en stuurinformatie als een cruciaal element voor de transformatie. Het vertalen van data uit de regio naar een gedragen feitenbasis vraagt specialistische kennis. Hier is momenteel een externe projectleider voor begroot. Daarnaast zal een werkgroep duiding van de KPI's in de context aan de slag gaan om deze feitenbasis te vertalen naar inzichten om op te sturen voor de regio, de zorgverzekeraars en het PMT. Dit budget en aanpak is afgestemd met DOT-ZL. Wanneer blijkt dat de daadwerkelijke realisatie goedkoper uitvalt, bijvoorbeeld door ondersteuning vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II of door de samenwerking met de andere regio's, zal dit besproken worden met de zorgverzekeraars en zal de begroting herijkt worden om zo dubbele bekostiging te voorkomen. Het PMT is zich bewust van de verantwoordelijkheid dat alle acties vanuit publiek geld bekostigd worden dus zal continu zoeken naar schaalvoordelen waar dit kan.

⁷ Waarbij de maximale looptijd van de IZA-afspraken niet kan worden overschreden.

Verdeeld over de verschillende actielijnen en kostensoorten levert dit de volgende begroting op.

Tabel 6: Begroting verdeeld over de verschillende actielijnen en kostensoorten [EUR x 1.000]

Kostensoort	Programmanagement (algemeen)	Afspraken op alle niveaus	Maatschappelijke bewustwording	Deskundigheidsbevordering	Digitale ondersteuning	Passende financiering	Spiegel- en sturingsinformatie	Totaal transformatieplan PZ	Netwerkondersteuning Zuid- Limburg	Grand totaal
Interne personeelskosten										
Externe inhuur personeel										
Vacatiegelden										
Materiële kosten										
Totaal										

7.3 Financieel beheer en de verantwoording

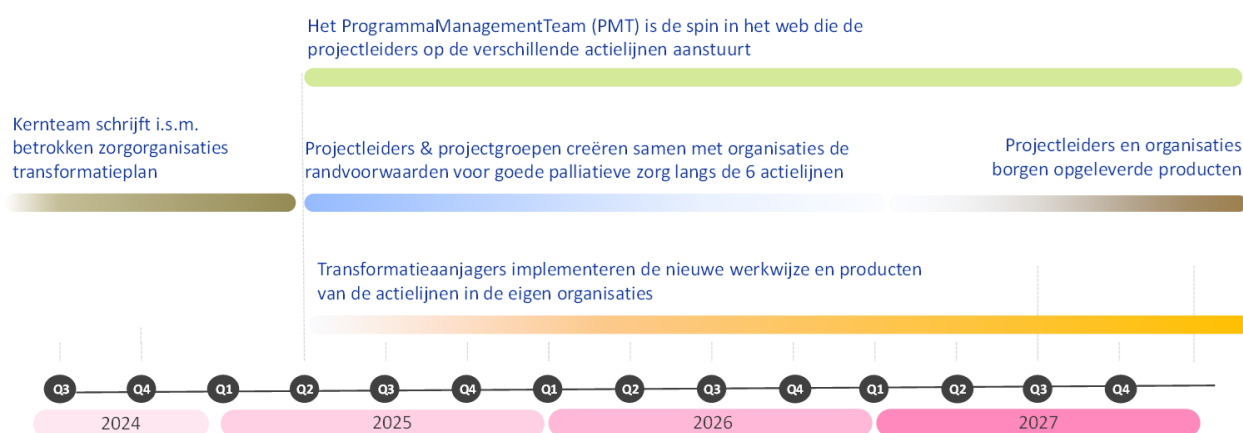
Vergoeding voor inzet van het PMT, projectleiders voor de actielijnen en vergoedingen voor werksessies en materiële kosten verlopen via de kassier (MUMC+). Voor de inzet van de projectleiders implementatie verloopt de financiering zoveel mogelijk direct van de zorgverzekeraars naar de zorgorganisaties die de betreffende inzet leveren. Deze afspraken worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst.

Het PMT levert periodiek (in ieder geval halfjaarlijks) geactualiseerde overzichten van de begroting en de realisatie aan. Op basis van deze overzichten en tussenmetingen door de werkgroep meten en monitoren houdt het PMT-overzicht. Zij monitort de voortgang, eventuele risico's en, of, knelpunten en handelt hierop. Het PMT is verantwoordelijk voor het goedkeuren van (voorgenomen) inzet door deelnemende zorgaanbieders en het monitoren en bijsturen op de begroting.

H 8 Borging van de transformatie

Aan het einde van de transformatieperiode is het de bedoeling dat de nieuwverworven kennis, vaardigheden en samenwerkingsverbanden verankerd zijn in de praktijk van alledag. De nieuwe werkwijze moet normaal worden en ook blijvend zijn. Over die opdracht gaat dit hoofdstuk.

De uitwerking van alle actielijnen (zie ook bijlage III) is op dezelfde wijze opgebouwd. Het eerste jaar van de transformatieperiode staat in het teken van ontwikkelen en het uitwerken van de actielijnen, het tweede jaar staat in het teken van implementeren in de dagelijkse praktijk en het derde jaar van elke actielijn staat in het teken van bijstellen en borgen.



Figuur 19: De drie werkstromen voor de transformatie palliatieve zorg

Het borgen van verandering van een transmuraal zorgsysteem gaat niet vanzelf. De basis moet staan en op onderdelen moet naar financiering gezocht worden om zaken doorgang te laten vinden, zoals: vasthouden van aanjagers die blijven inspireren, meten en monitoren van de KPI's en ontwikkelingen blijven doorvoeren.

Heel concreet gaan we aandacht geven aan:

- Vastleggen en toepassen van de samenwerkingsafspraken op basis van de bestaande visie voor Zuid-Limburg.
- Aanjagers blijven operationeel bij de betrokken organisaties, zodat de geïmplementeerde werkwijze kritisch gevolgd blijft worden en zodat medewerkers gevoed blijven worden vanuit nieuwe ontwikkelingen in de PZ.
- Het onderwijsknooppunt blijft de samenhang volgen tussen onderwijs, werkveld en onderzoek.
- Samenwerkingsvormen en het versterken van de (boven)regionale structuren vanuit de rol van de Netwerken Palliatieve Zorg blijven van kracht.
- Patiënt gerapporteerde uitkomstmaten en peilingen onder burgers en zorgverleners vormen een periodiek instrument om de voortgang te blijven volgen.
- De knelpunten vanuit alle actielijnen worden in het bestuurlijk overleg besproken, zodat cyclisch aanpassingen gedaan kunnen blijven worden.

Tot slot zijn we voornemens om de uitkomstindicatoren ook ná 2027 te blijven monitoren en bestuurders te vragen het gesprek over de uitkomsten te blijven faciliteren.

Toevalligheid en ervaren gebrek aan veiligheid mogen geen deel meer uitmaken van ervaringen van patiënten, naasten en zorgverleners van de toekomst. Als we dat kunnen bereiken, dan is de transformatie geslaagd, want:

“Palliatieve zorg: We kunnen het maar één keer goed doen!”

Lijst met terugkerende begrippen en afkortingen

Voor een compleet overzicht van de begrippen rondom palliatieve zorg verwijzen wij naar het begrippenkader Palliatieve Zorg van PZNL^{xiii}.

Tabel 7: Lijst met terugkerende begrippen en afkortingen

Afktorting	Begrip	Uitleg
ACP	Advance Care Planning	ACP en PZP zijn synoniemen voor hetzelfde gesprek. Proactieve zorgplanning is het proces van vooruitdenken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.
AVPZ	Adviserend Verpleegkundige Palliatieve Zorg	Verpleegkundige met verdiepende opleiding palliatieve zorg t.b.v. ondersteuning reguliere zorgteams (intra- en extramuraal)
DBC	Diagnose Behandel Combinatie	Ziekenhuizen registreren de diagnose, behandeling en kosten in een zogenaamde Diagnose Behandel Combinatie
DOT	DBC's op weg naar Transparantie	Methodiek van registratie en declaratie in ziekenhuizen
DOT-ZL	Data Ondersteunings Team Zuid-Limburg	Team van data-experts die thema's ondersteunen in meten en monitoren
EPD	Elektronisch patiëntendossier	
Epic		Epic is een EPD-leverancier
EPZM	Expertisecentrum Palliatieve Zorg MUMC+	
HIS	Huisarts Informatie Systeem	Het EPD-systeem voor huisartsen
IST		Huidige situatie
IZA	Integraal Zorg Akkoord	
IZP	Individueel zorgplan	
KKPZ	Kwaliteitskader palliatieve zorg	
KPI	Kritieke Prestatie Indicator	
MDO	MultiDisciplinair Overleg	
MUMC+	Maastricht Universitair Medisch Centrum+	Het MUMC+ is een samenwerkingsverband van het academisch ziekenhuis Maastricht en de Faculty of Health, Medicine & Life Sciences van de Universiteit Maastricht.
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit	
NPPZ II	Nationaal Programma Palliatieve Zorg II	

PACT	Palliatief advies & consultatieteam	<i>Team specialisten PZ in ziekenhuizen beschikbaar voor MDO palliatieve zorg, consultatie en deskundigheidsbevordering</i>
Palliatieve fase	Laatste levensfase	<i>In het transformatieplan spreken we van de palliatieve fase en de laatste levensfase. Hiermee wordt hetzelfde bedoeld.</i>
PMT	Programma Management Team	<i>Regievoerend team dat het transformatieplan uitwerkt en coördineert op basis van inspanningen van de regio</i>
POH	Praktijkondersteuner huisarts	
PZ	Palliatieve Zorg	
PZNL	Stichting Palliatieve Zorg Nederland	
PZP	Proactieve zorgplanning	<i>ACP (advance care planning) en PZP zijn synoniemen voor hetzelfde.</i>
RSO	Regionale Samenwerkingsorganisatie	
SO	Specialist ouderengeneeskunde	
SOLL		<i>Beoogd zorgsysteem</i>
Specialisten PZ		<i>Zorgverleners met een aanvullende opleiding voor palliatieve zorg conform de landelijke vereisten. Deze groep wordt ook wel in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners genoemd. Voor de leesbaarheid is gekozen voor de aanduiding specialisten PZ.</i>
TOPAT	Transmuraal Ondersteunend Palliatie Advies Team	
Transformatie-aanjager		<i>Interne projectleider transformatie palliatieve zorg voor een van de (grote) betrokken organisaties. Verantwoordelijke voor de implementatie van het transformatieplan palliatieve zorg in binnen een organisatie</i>
VG	Verstandelijk gehandicapten	
VVT	Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg	
Wlz	Wet langdurige zorg	
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning	

Bijlage I: Huidige situatie in Maastricht-Heuvelland (IST)

In deze bijlage is de huidige situatie (IST) ten aanzien van de zorg- en dienstverlening rondom PZ vanuit verschillende belanghebbende partijen uitgewerkt. Deze IST-situatie is een weergave van de stand van zaken van augustus en september 2024. Inmiddels kunnen er zaken veranderd zijn.

Huisartsen

ZIO is een eerstelijnszorgorganisatie die huisartsen ondersteunt. ZIO heeft als doel de huisartsenpraktijken te ondersteunen in het gezamenlijk realiseren van toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige multidisciplinaire zorg voor hun patiënten. Een belangrijke taak van ZIO is bijvoorbeeld de ondersteuning bij de ketenzorgprogramma's (denk aan chronische aandoeningen en complexe ouderenzorg). Bij ZIO zijn ruim 87 huisartsen aangesloten, die werken in 51 huisartsenpraktijken. ZIO en de kaderhuisarts palliatieve zorg zijn vertegenwoordigd in het Netwerk Palliatieve Zorg Maastricht-Heuvelland.

De huisartsenpraktijken zijn de spil in de zorgverlening aan ongeneeslijk zieke patiënten. De huisarts behandelt de specifieke problemen in de palliatieve/ terminale fase, anticipeert op de vaak complexe problemen en klachten tijdens de palliatieve/terminale fase, organiseert de palliatieve en terminale zorg, stuurt andere zorgverleners aan en is aanspreekpunt voor de patiënt en zijn omgeving.

Er zijn in Maastricht-Heuvelland 16 Pluspraktijken die verschillende interventies hebben geïmplementeerd. Proactieve Zorgplanning (PZP) was daar een van. De meeste huisartsen en POH'ers van deze praktijken zijn geschoold over PZP door het Expertisecentrum Palliatieve Zorg van het MUMC+ of door de (enige) kaderhuisarts Palliatieve Zorg in de regio.

Bijna alle praktijken (85%) in Maastricht Heuvelland doen mee in het ketenzorg programma complexe ouderenzorg. In het tarief dat zij ontvangen voor de keten ouderenzorg, wordt een vergoeding verrekend voor het organiseren van een periodiek Multidisciplinair Overleg (MDO), het voeren en aandacht hebben voor het gesprek in het kader van Proactieve Zorgplanning, een medicatiebeoordeling (MBO) door huisarts en apotheker en het opstellen van een individueel Zorgplan (IZP).

Enkele huisartsen in de regio zijn betrokken bij lopende projecten rond markering en PZP, zoals de PaTz-groepen en het 'huisartsenproject' waarbij consultants Palliatieve Zorg en geestelijk verzorgers aansluiten bij het MDO kwetsbare ouderen of de transmurale werkgroep proactieve zorgplanning.

Op initiatief van enkele huisartsen is een patiënten folder over 'Advance Care Planning' ontwikkeld die ook door de andere partners in het Netwerk Palliatieve Zorg Maastricht-Heuvelland wordt gebruikt^{iv}. Deze heeft een update/aanpassing. Er bestaat nog geen communicatieplan om deze informatie of folder verder te verspreiden.

ZIO, het MUMC+ en Envida werken samen aan digitale gegevensuitwisseling, onder andere van gegevens rond PZP. Er is nog geen eenduidige werkwijze rond PZP en de registratie en overdracht daarvan. Regionale afspraken over de coördinatie en continuïteit van zorg op

grote schaal ontbreken nog, mede door een gebrek aan digitale ondersteuning voor gegevensuitwisseling en afstemming.

Van de 87 huisartsen maken 77 gebruik van de consultfunctie van het Palliatieteam van het Expertisecentrum Palliatieve Zorg MUMC+. Sommigen bellen incidenteel, anderen zijn regelmatig afnemer van een consult. Er is behoefte aan duidelijke indicaties voor de verschillende manieren waarop en wanneer specialistische palliatieve zorg kan worden ingezet en hoe de huisartsen nog beter ondersteund kunnen worden.

Vanuit de huisartsen is er ook een regionaal protocol palliatieve sedatie ontwikkeld en gedeeld met alle huisartsen, het ziekenhuis en thuiszorgorganisaties.

Zorgen bestaan over de capaciteit bij huisartsen en wijkzorg bij verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn.

De manier waarop proactieve zorgplanning impliciet is verwerkt in de tarieven van Segment 1 (S1), ervaren zorgaanbieders nu als ontoereikend. De afgelopen periode hebben zorgverzekeraars binnen S2 en S3 verschillende aanvullende afspraken gemaakt, waarvan proactieve zorgplanning impliciet en/of expliciet onderdeel is. Het is onduidelijk of alle huisartsen in de regio hier gebruik van maken. Passende structurele bekostiging is nodig om proactieve zorgplanning in de huisartsenzorg te verankeren. Mogelijk bieden de aangekondigde wijzigingen vanuit de NZa per 1-1-2027 hier een oplossing voor.¹

Wijkverpleging

Er zijn in de Maastricht-Heuvelland twee – bij het Netwerken Palliatieve Zorg aangesloten – thuiszorgorganisaties actief met ieder in meer of mindere mate een eigen werkwijze en financiering, en soms met een overlappend werkgebied: Envida en Thuiszorg Groot Limburg. Buiten het netwerk zijn nog een aantal kleine thuiszorgorganisaties actief.

De wijkverpleegkundigen werken met huisartsen die aangesloten zijn bij ZIO en krijgen veel overdrachten vanuit het MUMC+. Wijkverpleegkundigen in de regio Gulpen en Vaals werken daarentegen met huisartsen van de HOZL en krijgen ook veel verwijzingen vanuit Zuyderland. Daarom werken we zoveel mogelijk overeenkomende werkprocessen uit.

Wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden spelen een belangrijke rol in de palliatieve zorg. Zij signaleren, bieden zorg en ondersteuning, voeren (PZP) gesprekken, coördineren zorg, geven informatie over zorgmogelijkheden etc.

Binnen de thuiszorgorganisaties in de regio is er aandacht voor palliatieve zorg. Beide organisaties maken gebruik van een commissie of werkgroep die palliatieve zorg intern op de agenda zet en beide organisaties hebben specifiek geschoolde Aandachtsfunctionarissen Palliatieve Zorg (AFPZ).

Envida laat jaarlijks een breed geselecteerde groep (wijk/kwaliteitsverpleegkundigen, verzorgende IG, paramedische vakgroepen, casemanagers dementie) als Aandachtsfunctionarissen scholen door het Expertisecentrum Palliatieve Zorg van het MUMC+. Deze groep maakt deel uit van het lerend netwerk palliatieve zorg van Envida. Zij worden geacht het “palliatieve gedachtengoed” uit te rollen in hun team en kleine verbeterprojecten op te zetten. Daarnaast worden aparte trainingen georganiseerd voor Specialisten Ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en psychologen. In beide organisaties zijn enkele (wijk)verpleegkundigen opgeleid tot Adviserend Verpleegkundige

Palliatieve Zorg (AVPZ). In deze post-hbo opleiding worden verpleegkundigen opgeleid om palliatieve zorg in hun organisatievorm te geven als katrekker en inspirator.

Enkele wijkverpleegkundigen maken ook deel uit van de eerdergenoemde PaTz groepen, de MDO's kwetsbare ouderen of de Sociale Teams in de wijk.

De wijkverpleging heeft veel contact met cliënten en naasten en heeft daarbij behoefte aan meer deskundigheid op het gebied van signaleren, markeren, symptoombestrijding, communicatie, zingeving en PZP. Vanwege het ontbreken van transmurale digitale ondersteuning bij gegevensuitwisseling is er verbetering mogelijk op het gebied van de communicatie, afstemming en overdracht tussen verschillende zorgverleners.

Wijkverpleegkundigen hebben te maken met veel verschillende huisartsen die wisselende deskundigheid hebben in de palliatieve zorg.

Naast de wijkverpleegkundigen en verzorgenden zijn er ook bijna 30 casemanagers dementie actief in de regio. Alle Casemanagers Dementie werken onafhankelijk vanuit de keten Hulp bij Dementie Maastricht en Heuvelland. Zij werken samen met alle huisartsen, (zorg)instellingen en zorgprofessionals in de regio. Als keten Hulp bij Dementie ondersteunen ze mensen in het vormgeven van een zo fijn mogelijk leven met dementie, waarin ze aansluiting en betekenis ervaren.

Aan de huisartsenpraktijken zijn zoveel mogelijk vaste wijkverpleegkundigen, casemanagers dementie en specialisten ouderengeneeskunde verbonden.

Behandelafspraken of medicatieoverdrachten uit het ziekenhuis bereiken geregeld niet of niet tijdig de thuiszorg. Het achterhalen van overdrachten en het bereiken van andere zorgverleners kost veel tijd. De medicatieoverdracht tussen huisartsen en wijkverpleging verloopt niet altijd goed. Hierdoor zijn er al calamiteiten ontstaan. Huisartsen vinden die overdracht een taak van de apotheker. Maar ook de overdracht van thuiszorg naar het ziekenhuis, hospice of verpleeghuis verloopt niet vlekkeloos.

Door de krappe arbeidsmarkt is continuïteit van zorg, maar ook nachtzorg zeker door één vast aanspreekpunt, geen vanzelfsprekendheid.

Eenduidigheid in beleid, kennis en kunde bij zowel verzorgenden als verpleegkundigen is van groot belang. Wijkverpleegkundigen of verzorgenden maken weinig gebruik van de consultfunctie van het palliatieteam. Een mogelijke oorzaak is wellicht de onbekendheid met het palliatieteam maar ook dat de verpleegkundige/ verzorgende eerst met de behandelend arts wil overleggen.

In het Thuiszorgpunt komen alle nieuwe vragen voor thuiszorg in Maastricht-Heuvelland centraal binnen en vindt de inzet van thuiszorg gecoördineerd plaats waarbij zoveel als mogelijk rekening wordt gehouden met de voorkeur van de cliënt.

Voor uitbreiding van reeds bestaande zorg moet de aanvrager bij de organisatie zijn waar de patiënt/cliënt al in zorg is.

Binnen Envida is er een werkgroep die zich bezighoudt met de uitbreiding van mogelijkheden voor terminale zorg thuis. Door inzet van het VTT-team, inzet van nachtzorg en inzet van vrijwilligers van Steunpunt Mantelzorg wordt gezien of patiënten/cliënten langer thuis kunnen blijven als zij dat wensen.

Wijkverpleegkundigen zijn ook actief in de woonzorgzones die deel uitmaken van het Deltaplan van Envida (goedgekeurde snelle toets).

De basis van de woonzorgzones is veilig wonen. In samenwerking met de wooncoöperaties wordt een veilige woonomgeving voor ouderen gecreëerd, waarin "zorgen voor elkaar" vorm krijgt of informele zorg kan worden ingezet. Tenslotte wordt in de woonzorgzone professionele zorg en ondersteuning geboden en kan er beroep worden gedaan op een "schil" van experts, bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde of verpleegkundig specialist. Proactieve Zorgplanning en gegevensdeling maken nadrukkelijk deel uit van deze plannen, dit om te voorkomen dat er niet Passende Zorg wordt geboden.

Ziekenhuis

Het MUMC+ heeft 715 bedden. In 2022 zijn er 23.361 opnamen geweest, 361.007 poliklinische consulten en 31.347 SEH bezoeken. In 2022 overleden 755 patiënten in het MUMC+.

Aan hoeveel palliatieve patiënten in het MUMC+ palliatieve zorg verleend is, is niet bekend omdat deze fase als zodanig niet gemarkeerd wordt. Er wordt op de meeste afdelingen nog niet gewerkt met de surprise question of een ander markeringsinstrument. In een flashmobstudie uit 2021 bleek dat 30% van de opgenomen patiënten gemarkeerd kon worden als palliatief. Het percentage voor patiënten die op de poli's of functieafdelingen komen is niet bekend.

Vanaf november 2024 wordt gewerkt met een nieuw EPD, waarbij de aanvraag is gedaan om de surprise question op te nemen in het EPD. Het Utrechts Symptomen Dagboek (USD) en het Zorgpad Stervensfase zijn hierin al geïmplementeerd.

Samen Beslissen is een van de thema's van het team Persoonsgerichte zorg. Binnen het MUMC+ lopen diverse initiatieven op het gebied van samen beslissen, zowel ziekenhuis breed als in de spreekkamer (zoals de 3 goede vragen bij de afsprakenbrief, keuzehulpen, MDO's, scholingen etc.). Er is echter onvoldoende inzicht in de mate waarin zorgprofessionals en patiënten Samen Beslissen over de best passende zorg en wat hierbij de belemmerende en bevorderende factoren zijn.

PZP-gesprekken vinden vaak niet plaats en zijn erg afhankelijk van de individuele arts en/of verpleegkundige. Vaak is er alleen over niet reanimeren/ geen IC/ geen beademing gesproken.

Er zijn meestal geen afspraken over andere behandel- en zorgwensen c.q. grenzen zoals hoe te handelen in crisissituaties of wanneer geen overleg meer mogelijk is, wie de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt is etc. Er is geen vaste plek in het dossier waarin staat dat gestart is met proactieve zorgplanning en waar wensen en behoeften zijn beschreven.

In 2019 is een transmurale werkgroep Proactieve Zorgplanning (PZP) gestart, eerst georganiseerd vanuit de huisartsen (ZIO), later vanuit het MUMC+, waar verschillende disciplines uit het MUMC+, vertegenwoordigers van ZIO (huisartsen) en Envida zitting hebben alsmede een ICT-projectleider, een geestelijk verzorger, dienst communicatie en persoonsgerichte zorg. Doelen van deze werkgroep zijn:

1. Het vergroten van het bewustzijn van het belang van PZP bij burgers en zorgprofessionals
2. Het vergroten van de deskundigheid en vaardigheden van zorgprofessionals m.b.t. PZP
3. Het zorgdragen voor overdracht tussen MUMC+ eerste lijn, tweede lijn en VVT-sector en een vast plek in het EPD voor afspraken die er gemaakt zijn
4. Het starten van een poli PZP bij COPD-patiënten en deze verder uitrollen binnen het MUMC+.

Er zijn diverse trainingen PZP met simulatiepatiënten georganiseerd waaraan artsen en verpleegkundigen kunnen deelnemen, voor AIOS en VS – en is er een dagdeel over Proactieve Zorgplanning (Discipline Overstijgend Onderwijs). Er worden door het MUMC+ geen eisen gesteld aan de benodigde basiskennis en vaardigheden op het gebied van de palliatieve zorg.

Via de 'Community of Practice' Palliatieve zorg, lezingen, klinische lessen, symposium, Discipline Overstijgend Onderwijs Pijn en Palliatieve zorg en Discipline Overstijgend Onderwijs over Proactieve Zorgplanning en casuïstiekbespreking wordt er geschoold. In de vervolgopleidingen van de oncologieverpleegkundigen en dialyseverpleegkundigen zit een klein onderdeel palliatieve zorg.

AIOS, HAIOS en SOG i.o. lopen 6 weken tot 3 maanden stage bij het consultatieteam Palliatieve zorg.

Er zijn in 2023 slechts 3 kaderopgeleide medisch specialisten palliatieve zorg in het MUMC+, een medisch oncoloog is in november 2023 met de opleiding begonnen.

Er zijn 7 specialisten die de 8 of 9-daagse specialistencursus hebben gevolgd.

Er zijn 15 verpleegkundigen op, in totaal 4, verpleegafdelingen (onco, long, neuro, cardio) die de 10-daagse leergang palliatieve zorg van de Zuyd Hogeschool hebben gevolgd. Andere verpleegafdelingen hebben geen specifieke deskundigheid over palliatieve zorg in huis.

Er wordt geen apart IZP palliatieve zorg gehanteerd.

Patiënten beschikken over een hoofdbehandelaar. Deze kan echter verschillen per fase waar een patiënt doorheen gaat. De poliarts is vaak niet dezelfde als de zaalsupervisor. Omdat het een academisch ziekenhuis is, hebben mensen vaak te maken met AIOS. Sommige zorglijnen hebben een verpleegkundig casemanager of VS die gedurende het ziekteproces het vaste aanspreekpunt is.

Alle professionals hebben de beschikking over de consultatiefunctie van het palliatieteam. In het palliatieteam hebben een hoogleraar, een longarts en een medisch oncoloog zitting (samen 1 fte) daarnaast nog 3 verpleegkundig specialisten palliatieve zorg en 1 gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg (samen 2,8 fte) en een geestelijk verzorger (0,1 fte), allen met specifieke deskundigheid en expertise op het gebied van palliatieve zorg.

Er zijn binnen het MUMC+ ongeveer 450 consulten op jaarbasis, vaak zeer laat in het ziekteproces. Daarnaast zijn er ongeveer jaarlijks 300 consulten van buiten het ziekenhuis, met name van huisartsen en er is een poli palliatieve zorg voor ambulante patiënten. Bedside consulten buiten het ziekenhuis zijn mogelijk tijdens kantooruren.

Er is een groot MDO palliatieve zorg waarin alle consulten van het palliatieteam worden besproken en op enkele verpleegafdelingen (long, cardio, onco, dialyse) zijn MDO's of casuïstiek besprekingen over palliatieve patiënten. Bij het MDO van het palliatieteam sluiten ook twee kaderopgeleide huisartsen, een specialist ouderengeneeskunde en pijnartsen aan.

Voor patiënten met COPD en patiënten met hartfalen zijn er poli's PZP en palliatieve zorg ingericht waarin palliatief geschoolde verpleegkundigen behandel- en zorgwensen gesprekken voeren met patiënten en naasten.

In oktober 2024 begint met behulp van subsidie van ZonMw de implementatie van het COMPASSION-materiaal, dit gaat over PZP bij COPD-patiënten.

In 2024 zijn in het MUMC+ 16 nieuwe ambassadeurs voor DEDICATED getraind: palliatieve zorg voor mensen met dementie.

Er is behoefte aan eenduidige werkafspraken en digitale ondersteuning. Daarnaast is er behoefte aan deskundigheidsbevordering, structurele symptoommonitoring en een eenduidige werkwijze ten aanzien van PZP inclusief de overdracht van gegevens naar eerste lijn en VVT-sector. Ook is er behoefte aan een passende bekostiging voor PZP en voor continuïteit en consultatie. Mogelijk bieden de aangekondigde wijzigingen vanuit de NZa per 2025 hier deels een oplossing voor.²

Informele zorg

In Maastricht zijn verschillende informele zorgpartners actief zoals: het Toon Hermanshuis Maastricht, Humanitas, Steunpunt Mantelzorg, Trajekt, Mee, Buurtplatforms. Alleen het Steunpunt Mantelzorg en het Toon Hermanshuis maken deel uit van het netwerk Maastricht-Heuvelland.

Deze organisaties bieden – al dan niet met behulp van vrijwilligers – psychosociale en praktische ondersteuning aan o.a. patiënten in de palliatieve fase en hun naasten.

Deze ondersteuning fungeert als aanvullende steun gedurende het hele zorgproces, deels gebaseerd op lotgenotencontact. Het ervaren van meer steun vergroot de draagkracht en vermindert de draaglast van patiënten, waardoor de behoefte aan professionele steun op alle dimensies van palliatieve zorg waarschijnlijk afneemt. De informele zorg wordt echter nog lang niet altijd (tijdig) gevonden en deze organisaties missen soms de aansluiting bij de formele zorg.

Verpleeghuizen

In de Maastricht-Heuvelland regio zijn twee grote verpleeghuiszorgorganisaties actief. Envida met 17 verpleeghuislocaties, woon-zorgcomplex Gerlachus, een afdeling voor acute PG, en een hospice en Sevagram met 9 locaties en twee hospices. Daarnaast zijn er nog een aantal kleinere organisaties waaronder de Beyart, Martha Flora, Nobamacare, de Elsresidentie en Keerderberg.

Verpleeghuizen huisvesten steeds vaker cliënten met complexe zorgbehoeften, waarbij het grootste deel bij verhuizing al aangemerkt kan worden als client/bewoner in de palliatieve

fase. De gemiddelde verblijfsduur tot aan overlijden is circa negen maanden. Net als binnen de thuiszorgorganisaties, kennen diverse verpleeghuisorganisaties in toenemende mate een interne commissie of werkgroepen ter bevordering van palliatieve zorg (programma palliatieve zorg) en aandachtsfunctionarissen palliatieve zorg als onderdeel van het lerend netwerk.

Gesprekken met cliënten over markering en PZP vinden niet altijd expliciet plaats voorafgaand aan indicering en worden niet altijd vastgelegd in een IZP. De zorgplannen in verpleeghuizen zijn voornamelijk gericht op het functioneren van de patiënt/cliënt, met vaak minder aandacht voor de andere dimensies zoals in het KKPZ beschreven.

De expertise van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) op het gebied van ouderenzorg en gerelateerde problematiek wordt nog niet optimaal benut binnen het zorgnetwerk, vooral voor vragen in de eerste lijn (transmuraal). Specialisten Ouderengeneeskunde en verpleegkundigen, verzorgenden uit de verpleeghuizen maken weinig gebruik van de specifieke expertise van het Palliatieteam van het MUMC+.

Bij Envida zijn zowel in de wijk als in de verpleeghuizen aandachtsfunctionarissen getraind voor DEDICATED: palliatieve zorg voor mensen met dementie.

Hospices

Er zijn in Maastricht Heuvelland vier hospices. Deze hospices leveren gespecialiseerde palliatieve zorg in kleinschalige voorzieningen variërend van 6 tot 10 plaatsen. In totaal betreffen het 31 plaatsen. In het netwerk zijn capaciteitsproblemen, wachtlijsten, toegang voor specifieke doelgroepen en verkeerde bedden problematiek vaak onderwerp van gesprek. 3 van de 4 hospices werken in avond-/ nacht-/ weekend met de 3 huisartsenposten uit de regio samen. De woonplaats van de patiënt/cliënt is bepalend van waar het dossier is ondergebracht, dus bij iedere patiënt/ cliënt moet afzonderlijk gekeken worden van waar hij/zij komt, dit leidt vaker tot verwarring en onnodig telefoonverkeer voor zorgmedewerkers van de hospices als ze een huisartsenpost nodig hebben. Het zou gemakkelijker zijn als de hospices worden gekoppeld aan één huisartsenpost.

Er is een toename aan vraag naar complementaire zorg binnen hospices en verpleeghuizen. Er is onvoldoende kennis, ervaring en budget om aan deze vraag te kunnen voldoen.

Samenwerking met het Expertisecentrum Euthanasie komt steeds meer voor. De vraag daarbij is hoe je deze expertise moet inzetten.

Soms blijft de eigen huisarts de hoofdbehandelaar, soms wordt dit uitgevoerd door een specialist ouderengeneeskunde. De financiering en de hoogte van een eigen bijdrage voor patiënten verschilt per organisatie.

Voor patiënten die naar een hospice gaan, heeft in principe markering en PZP al plaatsgevonden, maar er is geen uniform IZP over de lijnen heen.

Het Zorgpunt Maastricht-Heuvelland bemiddelt voor huisartsen en ziekenhuizen voor de hospiceplekken. Twee keer per week is er een conference call tussen het Zorgpunt en de hospices om wachtlijsten te bespreken.

Het zorgpunt heeft voor Zuid-Limburg een overzicht van alle lege tijdelijke bedden in de regio, waaronder de hospicebedden. Onderzoek heeft uitgewezen dat 80% van de burgers het liefst thuis wil sterven. De focus ligt nu nog vaak op het uitbreiden van Hospicecapaciteit, terwijl er wellicht moet worden nagedacht over het anders organiseren van terminale zorg thuis.

Eind 2024 is er vanuit een stimuleringssubsidie een verbeterplan voor de kwaliteit en capaciteit van hospicezorg in Zuid-Limburg gemaakt. Alle hospices in Zuid-Limburg deden mee. De verbeterplannen zullen in 2025 verder worden uitgewerkt met behulp van NPPZ II middelen en worden voor het verder vervolg ondergebracht in dit transformatieplan.

Specialisten palliatieve zorg

Een groot deel van het werk van het Palliatieteam van het Expertisecentrum Palliatieve Zorg⁸ bestaat uit telefonische en bedside consultatie bij complexe casuïstiek; op de verpleegafdelingen, de polikliniek, in de thuissituatie en andere intramurale instellingen. Het team bestaat uit kaderopgeleide artsen, verpleegkundig specialisten, gespecialiseerd verpleegkundigen, een geestelijk verzorger en een coördinator, is 24/7 bereikbaar en heeft een landelijke achterwachtfunctie.

De directe contacten in het ziekenhuis worden gefinancierd binnen de DOT (Diagnose Behandel Combinaties Op weg naar Transparantie). De telefonische adviezen worden uit VWS-subsidiegelden via Stichting PZNL gefinancierd.

In het verleden is er getracht om via de zogenaamde TAPAS prestaties financiering te krijgen voor deze extramurale consulten via de zorgverzekeraars. Een ander groot deel van de werkzaamheden van het team (denk aan onderwijs, onderzoek en innovatie) worden niet structureel gefinancierd.

Jaarlijks verricht het team tussen 750 en 800 consulten waarvan 60% in het ziekenhuis en 40% daarbuiten. De consulten worden vaak pas laat in het ziekteproces aangevraagd. De consultants zijn allen actief in het geven van onderwijs in de palliatieve zorg en delen hun expertise bij MDO's zowel in het ziekenhuis als in huisartsenpraktijken.

Het sociaal domein

Onder sociaal domein wordt verstaan het veld dat uitvoering geeft aan de Jeugdwet, Participatiewet, Wmo en deels de Wet Publieke Gezondheid. Hierin werken gemeenten en maatschappelijke organisaties samen aan gezondheid, welzijn en veiligheid. In 2023 is begonnen met het verkennen van samenwerkingsrelaties met welzijnsorganisaties.

Apothekers en palliatieve zorg

Een aparte plek wordt ingenomen door de apotheken. Zij zijn eveneens een belangrijke speler in het zorgnetwerk en ook betrokken bij diverse initiatieven in de regio voor een betere ondersteuning van patiënten en zorgverleners in de palliatieve fase, er is

⁸ bestaand sinds 1999

regelmatig overleg met de apothekers over (soms schaarse) beschikbaarheid van medicatie die in de palliatieve fase vaak wordt gebruikt.

Burgerparticipatie

In de cliëntenraad van het MUMC+ is Samen Beslissen en Patiëntgerichte zorg een thema en staat palliatieve zorg op de agenda, waardoor klankbord van patiënten georganiseerd is.

Bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde vormen persoonsgerichte zorg en samen beslissen belangrijke onderzoeksthema's. (Prof. Trudy van der Weijden en Prof.dr L. van Bokhoven). Het is van belang om in de patientjourney te kijken naar de wensen en behoeften van patiënten en naasten en de knelpunten en problemen die zij ervaren in de zorg en ondersteuning.

Participatie van patiëntvertegenwoordigers/ patiënten en naasten in de werkgroep en in de themagroepen (maatschappelijke bewustwording, deskundigheidsbevordering en wijkgerichte aanpak) is wenselijk. Vanuit Burgerkracht Limburg is er ruimte om in de werkgroep te participeren.

Patiëntvertegenwoordigers voor de themagroepen worden geworven via de onderzoeksprojecten bij huisartsgeneeskunde en/of via cliëntenraden van het oncologiecentrum, hart& vaatcentrum, Envida, Sevagram.

Andere betrokken partijen

Er zijn nog een aantal andere partijen, snelle toetsen, transformatieplannen en subsidies in de regio om rekening mee te houden:

- Deltaplan ofwel Wonen, welzijn en (minder) zorg in de buurt
- Het regionale trainingscentrum ten behoeve van zelfmanagement van patiënten en naasten (Academie voor zelfzorg).
- Gegevensuitwisseling in de zorg (op aanvraag RSO) en aanvraag 'Regionale plannen Digitale zorg', MUMC+ in voorbereiding.
- Stimuleringsimpuls toekomstbestendige hospicezorg

Bijlage II: Beoogd zorgsysteem in Maastricht-Heuvelland (SOLL)

Het beoogde zorgsysteem is uitgewerkt volgens 10 uitgangspunten.

1. Markering & Proactieve Zorgplanning (PZP)

Zie het kader in paragraaf 2.3 voor de uitwerking van het beoogde zorgsysteem voor 'Markering & Proactieve Zorgplanning (PZP)'.

2. Aansluiting PZ in MDO's in wijk/ kernteams

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor het opnemen van PZ in MDO's in de wijk (ook wel de kernteams genoemd), waaruit duidelijk wordt hoe de MDO's functioneren en welke rol PZ hierin heeft. Hierin wordt in ieder geval duidelijk:

- 1) Welke overlegstructuren zullen fungeren als MDO's.
- 2) Op welk moment palliatieve patiënten worden besproken in het reguliere MDO.
- 3) Wie verantwoordelijk is voor het inbrengen van welke patiënten in het MDO.
- 4) Welke zorgverleners er minimaal aanwezig zijn bij de MDO's.
- 5) Hoe de coördinatie en beschikbaarheid van specialisten PZ wordt geregeld om tijdig advies en consultatie in te winnen bij complexe casuïstiek.
- 6) Op welke manier een follow-up-systeem binnen de kernteams wordt geïmplementeerd om de continuïteit van zorg te borgen.

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1) Het doel van deze MDO's is niet zozeer het bespreken van casuïstiek om tot beleid te komen, maar het transmuraal afstemmen over de behoeftes van de patiënt en de afspraken in het individuele zorgplan.
- 2) Er worden zo min mogelijk nieuwe MDO's opgericht, we sluiten zoveel mogelijk aan bij de reeds bestaande structuren zoals de MDO's kwetsbare ouderen.
- 3) De kernteams spelen een centrale rol in de coördinatie en continuïteit van zorg in de palliatieve fase, hierin sluiten verschillende typen zorgverleners aan die betrokken zijn bij palliatieve patiënten.
- 4) In de MDO's worden blokken tijd gereserveerd voor het bespreken van palliatieve patiënten. Deze blokken worden op een dusdanige frequentie gereserveerd dat alle nieuw gemarkeerde palliatieve patiënten besproken kunnen worden.
- 5) Elk kernteam heeft een coördinator PZ die verantwoordelijk is voor het bijhouden van een follow-up-systeem waarmee bepaald wordt welke patiënten PZ er besproken worden, vergelijkbaar met een triagesysteem.
- 6) Door bereikbaarheid en beschikbaarheid van specialisten PZ voor de MDO's is tijdig advies en consultatie bij casuïstiek van laag-complex tot complex geborgd.
- 7) In de werkwijze van de MDO's wordt de inzet van geestelijk verzorgers meegenomen.

- 8) In de werkwijze van de MDO's wordt de inzet van vrijwilligers terminale zorg (informele zorg) bij palliatieve patiënten meegenomen.
- 9) Het monitoren van overbelasting mantelzorgers krijgt een plaats in de werkwijze van de MDO's, steunpunt mantelzorg wordt betrokken.

Betrokken partijen: ZIO, VVT, Patiëntvertegenwoordiging, VPTZ, steunpunt mantelzorg.

3. MDO's PZ in het ziekenhuis

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel werkafspraken voor de multidisciplinaire overleggen (MDO's) palliatieve zorg in het ziekenhuis. Deze afspraken moeten duidelijk maken:

- 1) Hoe vaak, wanneer en op welke afdelingen MDO's plaatsvinden in relatie tot PZ.
- 2) Welke zorgverleners betrokken zijn bij deze MDO's (bijv. specialisten, verpleegkundigen, geestelijk verzorgers).
- 3) Hoe patiënten geselecteerd worden voor bespreking in het MDO.
- 4) Hoe de uitkomsten van het MDO worden vastgelegd en gedeeld met alle betrokken partijen.
- 5) Hoe de eerste lijn bij MDO's PZ in het ziekenhuis betrokken worden.

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 6) De MDO's moeten zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande MDO-structuren waar mogelijk.
- 7) Palliatieve patiënten worden tijdig besproken om zorg te kunnen afstemmen op hun behoeften.
- 8) Er is de mogelijkheid dat de huisarts van een patiënt wordt uitgenodigd bij het MDO. Vanwege de regio-overstijgende rol van het MUMC+ is het van belang dat dit ook digitaal kan en bij voorkeur tussen 16 en 17 uur.

Betrokken partijen: MUMC+, ZIO & VVT, patiëntvertegenwoordiging in consultatiefunctie.

4. Inzet van specialisten PZ

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor de inzet van specialisten palliatieve zorg. De werkafspraken moeten duidelijk maken:

- 1) Hoe specialisten PZ vindbaar zijn voor andere zorgverleners.
- 2) Welke kaders er zijn voor het invoeren van een specialist PZ, wanneer neem je contact op en wanneer niet?
- 3) Hoe consultatie en advies van specialisten PZ georganiseerd wordt, zowel binnen als buiten kantooruren (dienstenstructuren).
- 4) Hoe de samenwerking tussen specialisten PZ en andere zorgverleners verloopt.

- 5) Hoe de registratie en verslaglegging van de inzet en aanbevelingen van specialisten PZ worden opgenomen in het centrale zorgdossier.

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1) De specialisten PZ zijn vindbaar, bereikbaar en beschikbaar voor zorgverleners.
- 2) De specialisten PZ zijn beschikbaar voor afstemming met en ondersteuning van zorgverleners bij het verlenen van de palliatieve zorg. Ze zijn specifiek beschikbaar voor ondersteuning bij complexe casuïstiek.
 - o Specialisten PZ kunnen telefonische of 'bedside' consultatie verlenen en houden daarnaast spreekuren op een polikliniek;
 - o Een specialist PZ kan een (tijdelijke) regiefunctie vervullen.
- 3) Er is een patiëntenloket waar patiënten/naasten laagdrempelig met hun vragen (over zorg- en ondersteuningsmogelijkheden) terecht kunnen. Dit is bijvoorbeeld mogelijk in de vorm van spreekuren PZ in wijkpoli's. Hiertoe wordt een sociale kaart ontwikkeld.
- 4) De landelijke richtlijnen voor welke zorgverleners zich specialist PZ mogen noemen worden aangehouden.

Betrokken partijen: Expertisecentrum Palliatieve Zorg met ZIO & VVT-organisaties, patiëntvertegenwoordiging

5. Palliatieve zorg binnen de acute zorgketen

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor de aansluiting van palliatieve zorg binnen de acute zorg, waarbij duidelijk wordt:

- 1) Hoe er wordt gezorgd dat de behandelwensen en grenzen bekend zijn bij de ambulancedienst en SEH.
- 2) Op welke manier alle betrokkenen (formele en informele zorgverleners) op de hoogte worden gebracht van hoe te handelen in een acute situatie.
- 3) Welke protocollen gevolgd moeten worden in situaties waarin acute interventie niet meer gewenst is (bijv. niet-reanimeren).

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1) De afspraken in het IZP zijn inzichtelijk voor de HAP, de ambulancedienst en de SEH.
 - o Hierbij is het belangrijk dat informatie doorgegeven kan worden aan de ambulance en dat deze hiernaar handelt;
 - o De ambulancezorg is zich bewust van het belang van palliatieve zorg;
 - o Een idee als overbrugging tot de digitaliseringsoplossingen zijn uitgerold is het gebruikmaken van een 'yellow box' (voorbeeld Engeland) in de woning van een patiënt waarin alle informatie te vinden is bij acute situaties.
- 2) Bij vastgelegde PZP-afspraken worden de patiënt en naasten verzocht in eerste instantie bij acute achteruitgang de HAP te bellen i.p.v. 112, of in een verpleeghuis bellen de verzorgenden/verpleegkundigen de SO.

- 3) Bij (complexe) palliatieve casuïstiek waarbij (hoofd)behandelaarschap ligt bij de medisch specialist in het ziekenhuis is er nauw contact met de huisartsenpraktijk over mogelijke complicaties en risico's.
- 4) Bij ontslag uit het ziekenhuis is het belangrijk dat de thuiszorg goed geïnformeerd wordt over mogelijke complicaties.
- 5) Publieksvoorlichting over de wijze waarop wensen zoals niet-reanimeren moeten worden vastgelegd en hoe er gehandeld moet worden in acute situaties is belangrijk.

Betrokken partijen: ROAZ, ZIO, VVT-Organisaties, MUMC+, HAP, Patiëntvertegenwoordiging.

6. Palliatieve zorg en het sociaal domein

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor de samenwerking tussen de palliatieve zorg en het sociaal domein, zodat duidelijk wordt:

- 1) hoe de samenwerking met het sociaal domein en palliatieve zorg verbeterd/uitgebreid kan worden;
- 2) Hoe bewustwording van inwoners en Wmo-consulenten wordt verzorgd en wat de rol van de gemeenten daarbij is;
- 3) Hoe mantelzorgers ondersteund worden binnen het sociaal domein.
- 4) Welke diensten vanuit de gemeente (bijv. Wmo, welzijnswerk) beschikbaar zijn voor palliatieve patiënten en hun naasten;
- 5) Hoe communicatie en samenwerking verloopt tussen zorgverleners en het sociaal domein.

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1) De rol van het sociaal domein moet nog verder uitgewerkt worden (in de hele palliatieve fase). We denken hierbij in ieder geval aan de rol sociaal domein:
 - a. in of verbonden met de kernteams op het onderwerp palliatieve zorg;
 - b. in de verbinding tussen organisaties in de informele (terminale) zorg m.b.t. bewustwording en mantelzorgondersteuning.
- 2) Geleerde lessen van landelijke en regionale pilots worden meegenomen.
- 3) Er is een centraal aanspreekpunt binnen de gemeenten voor PZ-gerelateerde zaken
- 4) Mantelzorgondersteuning wordt actief meegenomen in de zorgplannen.
- 5) Samenwerking tussen de gemeente en zorginstellingen is cruciaal voor een integrale zorgaanpak.
- 6) We verwachten dat personen met een loketfunctie binnen het sociaal domein bekend zijn met PZ en de palliatieve fase, zodat ze ook hier de juiste ondersteuning proactief kunnen aanbieden.
- 7) Er wordt verbinding gezocht met het Deltaplan.

Betrokken partijen: Gemeenten, mantelzorg-, welzijnsorganisaties, ZIO, VVT, Patiëntvertegenwoordiging.

7. Rol van farmacie binnen de palliatieve zorg

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor de rol van farmacie binnen de palliatieve zorg, waarbij duidelijk wordt:

- 1) Inventariseren meerwaarde in de samenwerking met apotheken in het palliatieve zorgproces, inclusief een prioritering naar impact op de dagelijkse praktijk.
- 2) Wat wenselijke oplossingsrichtingen van de grootste knelpunten zijn.
- 3) Hoe de gekozen oplossingsrichtingen vertaald kunnen worden naar werkafspraken (per subregio).
- 4) Hoe apothekers samenwerken met artsen en verpleegkundigen in PZ-teams.
- 5) Welke protocollen gelden voor spoedmedicatie en medicatie.

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1) Patiënt en naasten moeten goed worden voorgelicht over 'medicatie-aanpassingen' in het kader van de palliatieve en/of terminale fase.
- 2) Het protocol PZ voor apothekers is het uitgangspunt.
- 3) Er is in de regio één apotheek verantwoordelijk voor PZ-medicatie en hier kan iedereen terecht.
- 4) Er worden op regelmatige basis door afgevaardigden van de partners in het netwerk knelpunten met de apothekers besproken, acties ingezet en geëvalueerd.
- 5) Een eerste inventarisatie van deze knelpunten geeft beeld dat een gedeelte van de knelpunten samenhangen met (financiële en inhoudelijke) afspraken van apotheken met zorgverzekeraars.
- 6) Apothekers hebben aangegeven proactief betrokken te willen worden bij actuele PZP-afspraken, zodat zij tijdig en adequaat kunnen adviseren over passende medicatie.
- 7) Er is tijdige beschikbaarheid van noodzakelijke medicatie, ook buiten kantooruren.
- 8) Er is duidelijke afstemming tussen artsen en apothekers over de medicatielijsten. Dit is nodig voor een soepele medicatieoverdracht tussen ziekenhuizen, huisartsen en thuiszorg.
- 9) Farmacie speelt een actieve rol in de voorlichting over medicatie aan patiënten en hun mantelzorgers.

Betrokken partijen: Apothekers, MUMC+, ZIO, VVT-organisaties, Patiëntvertegenwoordiging.

8. Werkafspraken rondom specifieke doelgroepen

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor specifieke doelgroepen binnen de palliatieve zorg, patiënten met:

- Een verstandelijke beperking;
- Behoeftes aan geestelijke gezondheidszorg;

- Een migratieachtergrond;
- 18+/18-;
- Wilsonbekwaamheid;
- Laaggeletterdheid.

De werkafspraken moeten duidelijk maken:

- 1) Hoe zorg op maat geboden wordt aan deze doelgroepen: welke specifieke zorgbehoeften en communicatievormen gelden?
- 2) Hoe informatie, kennis en deskundigheid overgedragen worden?
- 3) Welke zorgverlener op welk moment waarvoor verantwoordelijk is als het gaat om een specifieke doelgroep?

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1) Patiënten ontvangen van de betrokken organisatie palliatieve zorg conform het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- 2) De overgang van kinderpalliatieve zorg naar volwassen palliatieve zorg gaat, vanaf het moment van 18-/18+, soepel voor de jongvolwassene en diens ouders/verzorgers. Voor een soepele transitie zijn aanvullende samenwerkingsafspraken nodig.
- 3) Ook voor andere specifieke doelgroepen kan het nodig zijn om aanvullende samenwerkingsafspraken te maken, zoals bijvoorbeeld GGZ en VG.
- 4) Voor goede PZ aan inwoners met een andere achtergrond of cultuur is het belangrijk om te weten hoe goed het gesprek aan te kunnen gaan en wat passend is bij de achtergrond van de persoon of wanneer/wie hierbij om hulp te vragen.
- 5) Bij patiënten die niet volledig wilsbekwaam zijn wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de rol van wettelijk vertegenwoordigers/naasten.
- 6) De palliatieve zorg moet afgestemd zijn op culturele, cognitieve en emotionele behoeften van de patiënt.
- 7) Zorgverleners worden getraind in het herkennen van behoeften van specifieke doelgroepen en weten hoe ze kunnen helpen.
- 8) De samenwerking met gespecialiseerde zorgverleners (zoals geestelijk verzorgers of tolken) wordt actief gezocht waar nodig.
- 9) De samenwerking met regio Mijnstreek/heel Limburg en andere sectoren wordt opgezocht om mensen goed in kaart te kunnen brengen en meer samen op te gaan trekken. De schaal waarop de samenwerking wordt gezocht dient aan te sluiten bij wat er al is.
- 10) Voor mensen met laaggeletterdheid en/of een verstandelijke beperking wordt steffi.nl aangeboden/gebruikt om uitleg te geven over de te ontvangen palliatieve zorg.
- 11) Voor mensen met een migratieachtergrond wordt er gebruik gemaakt van bestaande tools. Zo zijn er bijvoorbeeld in Amsterdam een Turkse en Arabische variant van 'in gesprek met de burger' ontwikkeld⁹.

Betrokken partijen: ZIO, VVT-organisaties, ggz-aanbieders, vg-zorg, sociaal domein, patiëntvertegenwoordiging.

⁹ Implementatie In gesprek met de Burger – Palliaweb.nl

<https://palliaweb.nl/consortium-noordhollandflevoland/wat-we-doen/projecten/implementatie-in-gesprek-met-de-burger>

9. Capaciteit en kwaliteit hospicezorg

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor het borgen van capaciteit en kwaliteit binnen de hospicezorg. Dit omvat:

- 1) Kaders t.b.v. onderlinge samenwerking en mogelijke signalerende rol hospices en palliatieve units ten aanzien van het individueel zorgplan van aangemelde patiënten.
- 2) Indien capaciteitsuitbreiding nodig is, wordt een plan van aanpak voor deze uitbreiding uitgewerkt.
- 3) Uitwerken van samenwerkingsafspraken ten aanzien van signalerende rol hospices en palliatieve units als het gaat om kwaliteit van het individueel zorgplan van aangemelde patiënten.
- 4) Uitwerken van samenwerkingsafspraken tussen hospices en wijkzorg.

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1) De huidige hospices en palliatieve units in Maastricht-Heuvelland werken volgens het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- 2) De huidige hospices en palliatieve units gaan samenwerken aan de vraagstukken die er liggen op het gebied van capaciteit, kwaliteit en financiering. De huidige voorzieningen moeten voorbereid zijn op de toekomstige vraagstukken en samen uitwerken wat de benodigde capaciteit is in de komende vijf á tien jaar en hoe dat gerealiseerd zou kunnen worden. Hierbij wordt rekening gehouden met doelgroepen.
- 3) Er wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van al uitgevoerde onderzoeken, zoals het rapport Berenschot naar capaciteit hospicezorg dat in mei 2024 opgeleverd wordt.
- 4) De hospices en palliatieve units pakken hun rol op in signalering van verbeterpunten in het palliatieve zorgproces voordat een patiënt opgenomen is. Hun bevindingen en verbeterpunten geven zij terug aan de verwijzers zodat er een lerend effect ontstaat m.b.t. palliatieve zorg en proactieve zorgplanning.
- 5) De inspanningen en uitkomsten van het lopende project 'hospicezorg versterken' worden geborgd binnen de verdere ontwikkeling.

Betrokken partijen: Hospices, ZIO, MUMC+, VVT-organisaties.

10. Versterken informele zorg

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor het versterken van de inzet van vrijwilligers binnen de palliatieve zorg. Dit moet duidelijk maken:

- 1) Hoe informele zorg ingezet kan worden binnen de palliatieve zorg, met in ieder geval wat en wanneer de inzet mogelijk is (m.u.v. kernteam, dit valt onder 1.1).
- 2) Tot waar de verantwoordelijkheid van vrijwilligers over het algemeen reikt en welke aspecten bij deze overweging worden meegenomen.

- 3) Wat de benodigde samenwerking is met het sociaal domein, waaronder uitwerking van minimale benodigde samenwerking tussen VPTZ en gemeenten om doorverwijzing vanuit het sociaal domein richting VPTZ-vrijwilligers en andersom te bewerkstelligen. Beide kanten op is van belang mochten patiënten op termijn toch niet terminaal blijken en ondersteuning nodig hebben van het voorliggend veld.
- 4) Hoe het potentieel aan vrijwilligers in Maastricht-Heuvelland bereikt kan worden
- 5) Hoe mantelzorgers al vroegtijdig geïnformeerd en gesteund kunnen worden.

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1) In de kernteams wordt bij palliatieve patiënten de inzet van vrijwilligers terminale zorg (VPTZ) besproken en gemonitord of sprake is van overbelasting van mantelzorgers.
- 2) Ook op andere plekken in het PZ-proces is aandacht voor inzet vrijwilligers terminale zorg nodig, zoals bijvoorbeeld binnen een MDO PZ in het MUMC+.
- 3) Verbinding van VPTZ-organisaties met het sociale domein is nodig; informele zorg om verwijzingen heen en weer te kunnen realiseren, kennis te delen en mogelijk samen te werken in het kader van werven en opleiden van vrijwilligers.
- 4) Vrijwilligers krijgen toegang tot passende training en begeleiding.
- 5) Vrijwilligers worden waar mogelijk actief betrokken bij zorgteams om emotionele ondersteuning te bieden.
 - De inzet van vrijwilligers wordt afgestemd met andere zorgverleners om een integrale zorgaanpak te waarborgen, er wordt waar mogelijk triage gedaan.
 - Er wordt intensief samengewerkt met steunpunt mantelzorg en vrijwilligersorganisaties.

Betrokken partijen: VPTZ, hospices, ZIO, VVT-organisaties, ggz, vg, steunpunt mantelzorg, patiëntvertegenwoordiging.

Bijlage III: Plannen van Aanpak per Actielijn

1. Plan van Aanpak: 'Afspraken op alle niveaus'

... zodat alle patiënten optimale zorg krijgen in de laatste levensfase

Zie het kader in paragraaf 3.4 voor het plan van aanpak voor de actielijn 'afspraken op alle niveaus'

2. Plan van Aanpak: Maatschappelijke Bewustwording

... zodat het bespreken van wensen en grenzen in het laatste levensjaar normaal wordt

Inleiding

Tijdens ons leven doen we er alles aan om ons mooiste leven te leiden; we kiezen wat bij ons past, letten op kwaliteit en details maken het verschil. Over het einde van ons leven willen velen liever niet nadenken, maar... hoe zorgen we ervoor dat dit ook goed geregeld wordt en dat ons levenseinde past bij de manier waarop we geleefd hebben?

We streven naar een samenleving waarin palliatieve zorg bespreekbaar is. Waarin mensen met hun dierbaren en zorgverleners praten over levenswensen, behandelwensen en -grenzen. Daarom hebben we voor de transformatie de volgende doelstellingen opgesteld:

1. Burgers weten wat palliatieve zorg is;
2. Burgers weten dat het gesprek over kwaliteit van leven met zorgverleners gevoerd kan worden;
3. Burgers weten waarom deze gesprekken waardevol zijn;
4. Burgers weten dat ze deze gesprekken zelf kunnen initiëren.

Er zijn een aantal uitgangspunten die van belang zijn bij het vormgeven van de maatschappelijke bewustwording ten aanzien van palliatieve zorg in dit plan:

- We bouwen voort op dat wat er al is; activiteiten die nu al plaatsvinden in de regio worden gecontinueerd;
- Er wordt zo veel als mogelijk samengewerkt met de Mijnstreek;
- Afstemming en samenwerking wordt gezocht met zorg- en welzijnsorganisaties en het sociale domein;
- Regionale en landelijke initiatieven vormen de basis voor de maatschappelijke bewustwording.

Wanneer we het hebben over maatschappelijke bewustwording rondom palliatieve zorg zijn er vier verschillende doelgroepen te onderscheiden. In ons plan van aanpak hebben we voor elk van deze doelgroepen een eigen communicatiedoelstelling vastgesteld (zie onderstaande tabel). Per doelgroep worden de middelen afgestemd op behoefte aan informatie, leeftijd en taalgebruik.

Doelgroep	Communicatiedoelstelling
-----------	--------------------------

<i>Palliatieve patiënten</i>	Patiënten krijgen algemene of specifieke voorlichting over wat zij kunnen verwachten van het verloop in de laatste levensfase en welke keuzes hierin belangrijk zijn.
<i>Naasten/ mantelzorgers</i>	Naasten/mantelzorgers hebben de juiste informatie over de sociale kaart, verwachtingen en keuzes die gemaakt moeten worden in de palliatieve fase.
<i>Burgers Maastricht- Heuvelland</i>	Inwoners weten wat palliatieve zorg is en zijn geïnformeerd over de (on)mogelijkheden van zorg en ondersteuning in de laatste levensfase. Zij weten bij wie zij terecht kunnen om hun wensen en grenzen in de laatste levensfase te bespreken en vast te leggen.
<i>Zorg- en dienstverleners</i>	Zorg- en dienstverleners nemen het initiatief om met patiënten en naasten het gesprek te voeren in het kader van proactieve zorgplanning, zodat behandeling, zorg en ondersteuning optimaal aansluit bij diens wensen, grenzen en behoeften. Zorgverleners weten waar zijn informatie voor patiënten kunnen vinden. (Zie tevens paragraaf 1.3)

Producten

Om aan de hierboven beschreven doelstellingen te voldoen, zullen gedurende de transformatieperiode **publieksbijeenkomsten en campagnes** georganiseerd worden. Hiertoe zal eerst een communicatieplan ontwikkeld worden met een diversiteit aan communicatiemiddelen passend bij de onderscheiden doelgroepen en samenwerkingspartners (bijv.: zorg, welzijn, overheid). Dit communicatieplan wordt uitgevoerd en vervolgens waar nodig (tussentijds) bijgesteld.

Activiteiten

Om de publieksbijeenkomsten en campagnes te organiseren zetten we in op 3 groepen aan activiteiten:

Ontwikkeling communicatieplan t.b.v. bewustwording

Na goedkeuring van het transformatieplan, zullen we zo veel mogelijk in samenwerking met regio Mijnstreek een projectstructuur inrichten. Deze structuur bestaat uit een projectgroep met een vertegenwoordiging vanuit de betrokken organisaties en daarnaast patiëntvertegenwoordiging voor het toetsen van ontwikkeld materiaal. Deze projectgroep wordt aangestuurd door een projectleider.

De projectgroep ontwikkelt een communicatieplan voor de transformatieperiode. De basis voor dit plan is een inventarisatie van bestaande materialen, zowel regionaal als landelijk. Het doel is om dit overzicht te gebruiken als basis om het vervolgmateriaal uit te werken. De 'campagne' voor maatschappelijke bewustwording van palliatieve zorg, krijgt een naam en een 'gezicht', waarbij één loketfunctie en eenvoudig toegankelijke informatie het uitgangspunt is. De projectgroep maakt een jaarplanning met activiteiten gebaseerd op de diverse doelgroepen.

De materialen worden getoetst en zo nodig aangepast door patiëntvertegenwoordigers.

Voorbereiding en Uitvoering communicatieplan

De projectleider coördineert de uitvoering van het communicatieplan in samenwerking met de aangestelde communicatiemedewerker. Waar mogelijk zal dit gezamenlijk met de Mijnstreek gebeuren. Het resultaat van de voorbereiding is o.a. één loketfunctie (i.s.m. het sociaal domein) en een toolkit voor burgers en verwijzers en een draaiboek voor burgerbijeenkomsten.

Tijdens de uitvoering, wordt er een pool van professionals en vrijwilligers uit verschillende organisaties getraind in het organiseren en leiden van bijeenkomsten. Gedurende de transformatieperiode worden er periodiek bijeenkomsten gericht op de verschillende doelgroepen georganiseerd. Daarnaast zullen er wekelijks berichten op social media gedeeld worden door de communicatiemedewerker van het project.

Fase 3: Borging, Onderhoud en Evaluatie

Uitgevoerde activiteiten worden in de projectgroep geëvalueerd en aangescherpt. Aan het einde van de looptijd bestaat er in de regio structurele aandacht voor praten over de laatste levensfase, doordat het voorlichtingsmateriaal eenvoudig beschikbaar en toegankelijk is en doordat bijeenkomsten volgens een vaste cyclus met structurele financiering worden voortgezet.

3. Plan van aanpak: Deskundigheidsbevordering

... zodat iedere zorgverlener kan werken volgens het kwaliteitskader

Inleiding

Het is belangrijk om niet alleen landelijk, maar juist ook in de regio te investeren in competentieontwikkeling omtrent Palliatieve Zorg (PZ) bij zorgprofessionals, welzijnsmedewerkers en informele zorgpartners. De opgave ten aanzien van competentieontwikkeling is groot en kenmerkt zich door diversiteit. De uitvoering van dit plan van aanpak zal in nauwe samenwerking met de regio Mijnstreek plaatsvinden. Hiervoor hebben we vijf doelstellingen vastgesteld:

1. zorgverleners zijn vaardig in het signaleren van de start van de palliatieve fase,
2. zorgverleners zijn vaardig in het voeren van proactieve zorgplanningsgesprekken (PZP) en het signaleren van zorgbehoeften op de vier dimensies van palliatieve zorg,
3. er zijn voldoende in de PZ gespecialiseerde zorgverleners in de regio,
4. zorgverleners worden structureel bij- of nageschoold op het gebied van PZ,
5. palliatieve zorg is verankerd in het initiële onderwijs in de regio.

Bij het uitwerken en uitvoeren van onderstaand plan van aanpak werken we volgens de volgende uitgangspunten.

- Generalisten zijn in principe alle zorgverleners met een initieel diploma. Generalisten zijn bewust onbekwaam betreffende complexe palliatieve zorg en schakelen tijdig de specialist PZ in voor bijvoorbeeld advies en consultatie.
- Er wordt gestreefd naar een volledig en elkaar aanvullend aanbod van reguliere scholing PZ (in de initiële opleidingen), bij- en nascholingen PZ voor alle niveaus, waarbij het onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 geïntegreerd is.

- Versnippering van scholingen wordt zoveel mogelijk tegengegaan. Er wordt nauw samengewerkt tussen de hogescholen, UM, ROC's en leerhuizen/zorgacademies binnen de praktijk.
- Bij de opzet van de scholingen, wordt rekening gehouden met de druk op de arbeidsmarkt en verschuivingen in niveaus 's en wordt gekeken naar alternatieve vormen van kennisoverdracht zoals onderwijsmodules via o.a.: VR brillen, online programma's met casuïstiek, e-learning modules, webinars, workshops en symposia, intervisie, moreel beraad, klinische lessen, casuïstiekbesprekingen, praktijkleren en training on the job.
- Binnen het Consortium Palliatieve Zorg Limburg Zuidoost zorgt het Onderwijsknooppunt PZ voor de verbinding tussen onderwijs, praktijk en onderzoek.

Producten

Om aan de hierboven beschreven doestellingen te kunnen voldoen zullen we ons tijdens de transformatieperiode richten op drie producten:

Bij- en nascholing van bestaande zorgverleners op het gebied van palliatieve zorg

Vanuit de transformatiegelden gefinancierde worden bij- en nascholingsactiviteiten op het gebied van PZ, gericht op zowel generalisten als specialisten PZ. Zo zorgen we dat 75% van de professionele zorgverleners (generalisten) vaardig zijn in het waarnemen van de start van de palliatieve fase en genoeg kennis en vaardigheden hebben om basis palliatieve zorg te verlenen.

Daarnaast zorgen we ervoor dat relevante professionele zorgverleners, zoals artsen, (wijk)verpleegkundigen, casemanagers dementie, verpleegkundige specialisten, vaardig zijn in het voeren van PZP-gesprekken en het signaleren en monitoren van palliatieve zorgbehoeften op de 4 dimensies.

Naast de generalisten richt de nascholing zich ook op de specialisten PZ. Als resultaat van de deskundigheidsbevorderende activiteiten zijn er na de transformatieperiode in iedere instelling/organisatie in Maastricht Heuvelland gespecialiseerde zorgverleners PZ werkzaam. Hiermee bedoelen we zorgprofessionals met een specifieke opleiding in de palliatieve zorg, zoals: de kaderopleiding, de 9-daagse specialistencursus, de 9-daagse opleiding voor VS of de Post-HBO opleiding van de HU. Bij iedere locatie waar geen specialist palliatieve zorg werkt, is een adviserend verpleegkundige PZ (zie AVPZ-opleiding Hogeschool Zuyd) werkzaam. Alle afdelingen en ieder team heeft minstens een aandachtsfunctionaris palliatieve zorg, die een leergang van de Zuyd Hogeschool (of vergelijkbaar) heeft gevolgd.

Ook zorgen we dat Informele zorgpartners, zoals vrijwilligers en mantelzorgondersteuners worden geschoold. Zo spreekt iedereen dezelfde taal en wordt de samenwerking tussen formele en informele zorg gestimuleerd. De Academie voor zelfzorg wordt hierbij betrokken.

Borging van scholing PZ binnen en tussen organisaties, in het initiële en specialistische onderwijs PZ.

Gedurende de transformatieperiode, maken we afspraken met alle betrokken organisaties over het borgen van scholing binnen en tussen organisaties en in het initiële onderwijs

(van niveau 0 t/m 8). Zo zorgen we ervoor dat de inhaalslag die er tijdens de transformatieperiode is gemaakt, ook behouden blijft.

De 9-daagse kaderopleiding voor artsen, de 9-daagse scholing palliatieve zorg voor verpleegkundig specialisten en de post-HBO opleiding tot palliatief consulent van de Hogeschool Utrecht hebben allen wachtlijsten, terwijl de vraag voor deze specialisaties groter is. Onderzocht wordt op welke wijze de capaciteit vergroot kan worden.

Activiteiten

Het plan voor deskundigheidsbevordering geldt voor 3 jaar (2025 tot en met 2027), waarbij 2025 in het teken staat van onderzoeken/inventariseren en ontwikkelen, in 2026 van uitvoeren en in 2027 van meten en borgen.

Ontwikkelen bij- en nascholingsplan

Zodra het transformatieplan is goedgekeurd, zal een projectleider deskundigheidsbevordering worden aangesteld – waar mogelijk in samenwerking met de Mijnstreek. Deze projectleider zal een projectgroep deskundigheidsbevordering werven/samenstellen.

Deze projectgroep zal starten met een inventarisatie van de minimale behoefte aan palliatieve deskundigheid per setting en organisatie in de regio. De eerste stap hierin is het inventariseren van de lokale deskundigheid t.a.v. PZ en per setting de minimale wens aan deskundigheid te bepalen. In overleg met de stuurgroep wordt bepaald of dit bestuurlijk geaccordeerd moet worden.

Tegelijkertijd wordt het huidig bij- en nascholingsaanbod geïnventariseerd. De werkgroep zal onderzoeken wat de netwerken, onderwijsinstellingen, leerhuizen EPZ, TOPAT, etc. doen aan bij- en nascholingen en wensen/lacunes concretiseren.

Op basis van de behoeftes en de eventuele lacunes in het aanbod, zullen de projectgroep en de projectleider een overzichtelijk Zuid-Limburgs scholingsplan ontwikkelen. Het uitbreiden van een docenten en simulatiepatiënten pool, een train-de-trainerscursus en het benutten en uitbreiden werkvormen, zoals VR-brillen, zullen hier onderdeel van zijn.

Uitvoeren bij- en nascholingsplan

De projectleider deskundigheidsbevordering is verantwoordelijk voor het coördineren van de uitvoering van het bij- en nascholingsplan in samenwerking met alle onderwijs- en zorgorganisaties uit de regio.

Onderdeel hiervan is het creëren van informatie- en scholingsaanbod voor patiënten en mantelzorgers. Dit zal in samenspraak met de Academie voor zelfzorg en de projectleider maatschappelijke bewustwording plaatsvinden.

Maken van afspraken bij- en nascholing binnen/tussen organisaties

Tijdens de uitvoering van het bij- en nascholingsplan faciliteert de projectleider deskundigheidsbevordering de dialoog binnen en tussen organisaties over de borging van de deskundigheidsbevorderende activiteiten binnen en tussen organisaties. Denk hierbij

aan: het verbinden van leernetwerken en '*communities of practice*' binnen en tussen de organisaties en het organiseren van intervisie, casuïstiek besprekingen en moreel beraad in organisaties.

Extra ondersteuning onderwijsknooppunt

Parallel hieraan loopt de extra ondersteuning van het onderwijsknooppunt ten behoeve van de borging van de scholing in het initiële onderwijs. Het onderwijsknooppunt PZ vormt een brug tussen onderwijs, praktijk en wetenschap en zal nauw betrokken zijn bij het uitwerken van deze actielijn.

Hiertoe zal de projectgroep een inventarisatie doen t.a.v. de initiële opleidingen per niveau (0 t/m 8). De basis hiervoor is het onderwijsraamwerk 2.0, de beroepsprofielen en de '*entrustable professional attitudes*'. De projectgroep zal inventariseren wat er momenteel in de regio wordt aangeboden en eventuele leemtes in de initiële opleidingen identificeren aan de hand van het onderwijsraamwerk. Dit wordt teruggekoppeld aan het onderwijsknooppunt en de opleidingen. Waar nodig ondersteunt de projectgroep in het ontwikkelen van oplossingen hiervoor.

Het eindresultaat is een soort 'spoorwegboekje' van opleidingsmogelijkheden per niveau.

4. Plan van Aanpak: Spiegel- en Stuurinformatie

... zodat de voortgang op de transformatie inzichtelijk is

Inleiding

Het is cruciaal dat betrokken organisaties, zorgprofessionals, welzijnswerkers en informele zorgverleners ervaringen uitwisselen om van elkaar te kunnen leren. Wat werkt goed en wat niet? Daarnaast is het voor de van groot belang dat er binnen de regio overeenstemming is over de wijze waarop de voortgang op KPI's bepaald wordt en dat er geen twijfels bestaan over de hiervoor vastgestelde waarden.

Daarom is het belangrijk dat een blijvende cultuur van spiegelen en verbeteren wordt ingericht. Inzichten over wat wel en niet werkt, worden verzameld en verspreid. Het is tevens waardevol dat betrokkenen uit verschillende regio's met elkaar regelmatig 'lessons learned' kunnen uitwisselen. Met de actielijn spiegel- en stuurinformatie richten we ons daarom primair op de resultaatgerichte KPI's en in een vervolgstadium op de volgende doelstellingen:

1. er is inzicht in de mate van niet passende zorg tijdens het laatste levensjaar,
2. er is inzicht in de mate van potentieel niet passende zorg in de laatste levensmaand,
3. er is inzicht in de beleving /tevredenheid van de patiënt en zorgverleners wat betreft het zorgproces,
4. er is inzicht in kosten van zorg in de palliatieve fase (gedefinieerd als het laatste levensjaar),
5. aansluiting op de landelijke voortgangsmonitor met spiegelinformatie tussen regio's.

Producten

Meetplan en verwerkingsafspraken.

Dit zijn afspraken op regionaal niveau over de wijze waarop de voortgang op de KPI's wordt gemeten en hoe de data daarvoor verkregen en verwerkt wordt. Uitgangspunt hierbij is het zoveel als mogelijk gebruik maken van bestaande data en declaratiestromen. Hierbij zal zo dicht mogelijk bij de bron (ziekenhuizen) gewerkt worden. Het is van belang dat er tussen het daadwerkelijk moment van zorggebruik en het beschikbaar komen van deze data minimale vertraging is, om effectieve sturing mogelijk te maken.

Dashboard en cyclisch inzicht op voortgang KPI's en extra inzichten

Een periodiek gevuld dashboard, online of in Excel-format waarin ten minste de voortgang op de resultaatgerichte KPI's te volgen zijn. In latere stadia wordt dit doorontwikkeld naar inzichten gerelateerd aan de hierboven beschreven doelstellingen. Dit doen we in nauwe samenwerking met de Mijnstreek.

Activiteiten

Meetplan en verwerkingsafspraken ontwikkelen

Een werkgroep, aangestuurd door een projectleider spiegel- en stuurinformatie, ontwikkelt in samenspraak met de regionale stuurgroep een set aan meetbare KPI's om aan doelstelling 1 tot en met 4 te kunnen voldoen. De werkgroep sluit hierbij zoveel mogelijk aan op datgene wat er op het gebied van meten en monitoren ontwikkeld wordt in de regio's die al met de transformatie zijn begonnen of regio's die al actief indicatoren monitoren. Mogelijk via de ondersteuning die vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg geboden wordt.

Hierbij besteden we in ieder geval aandacht besteed aan:

1. de selectie van KPI's voor elk van de doelstellingen;
2. de methodiek voor het verzamelen van data;
3. de rekenregels voor het bepalen van de KPI's .

De werkgroep bestaat uit BI-experts en zorginhoudelijke experts uit de verschillende zorgorganisaties. Waar nodig zal Data Ondersteuningsteam Zuid-Limburg (DOT-ZL) ook betrokken worden.

De nulmeting gaat over de jaren 2022, 2023 en 2024. Wanneer er voor die periode geen betrouwbare data beschikbaar is zal de werkgroep alternatieven voorstellen. Daarnaast werkt de werkgroep uit hoe, waar en wanneer het delen van de uitkomsten zal gebeuren en welke partij de uitkomsten samenvoegt tot een rapportage.

Dashboard opzetten

De projectleider spiegel- en stuurinformatie en de werkgroep zetten samen conform het meetplan het dashboard op. Hierbij is het meten van de resultaatgerichte KPI's de prioriteit. Vervolgens worden de overige indicatoren – in lijn met de quadruple aim – toegevoegd.

Dashboard periodiek vullen middels data-uitvraag bij organisaties

De eerste stap houdt in dat de werkgroep een nulmeting coördineert, die wordt uitgevoerd bij elk van de deelnemende organisaties. Het gaat hierbij eerst om activiteiten voor het voorbereiden van de dataverzameling, zoals: het uitzetten van dataverzoeken en het voorbereiden van patiënttevredenheidsonderzoeken.

De tweede stap is het verwerken van de data tot een betrouwbare nulmeting. Ook in deze fase zal er waar mogelijk aangesloten worden bij regio's die hier al mee bezig zijn.

Gedurende de gehele transformatieperiode leveren de deelnemende zorgorganisaties de benodigde spiegel- en sturingsinformatie aan, welke de werkgroep samenvoegt tot rapportages. Deze rapportages worden in lijn met de gemaakte afspraken gedeeld. Tijdens de transformatieperiode zorgt de projectleider spiegel- en stuurinformatie in samenspraak met de programmamanager voor de rapportage van de voortgang op de inspannings- en uitkomstgerichte KPI's richting de stuurgroep en de zorgverzekeraars. De aangesloten aanbieders leveren hiervoor op aanvraag informatie en data aan.

Inzichten duiden

Er wordt een werkgroep duiding van de KPI's in de context aangesteld met inhoudelijke experts om de kwantitatieve uitkomsten te duiden en hierover advies te geven aan het PMT en de stuurgroep.

5. Plan van Aanpak: Digitale Ondersteuning

... zodat transmurale samenwerking eenvoudiger wordt!

Inleiding

Investeringsen zijn nodig om de benodigde transmurale samenwerking en het palliatieve zorgproces digitaal te ondersteunen. Transmurale gegevensuitwisseling is een belangrijk onderdeel, maar daarnaast kunnen ook afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld de wijze waarop een MDO of onderlinge communicatie digitaal wordt ondersteund.

Omdat palliatieve zorg integraal deel uitmaakt van de reguliere zorg, wordt de invulling van digitale ondersteuning nauw afgestemd met andere regiothema's, zoals PlusWijken, Ouderen, Arbeidsmarkt, en Digitalisering. Daarom wordt de technische oplossing voor de digitale ondersteuning grotendeels ontwikkeld vanuit het transformatieplan van de Regionale SamenwerkingsOrganisatie (RSO) Zuid-Limburg.

Hierbij richten we ons op de volgende doelstellingen:

1. Makkelijk kunnen delen van gegevens;
2. Versterken onderlinge bereikbaarheid;
3. Meer inzicht in wie betrokken is bij patiënt;
4. Faciliteren van multidisciplinair overleg (MDO), ofwel voor alle zorgvragers één model en systeem;
5. Coördinatie patiëntenstroom en zorgcapaciteit.

Producten

Continue transmuraal digitaal toegang tot het individuele zorgplan

Gecoördineerd vanuit de RSO zal een gedeelde dossiervoering worden ontwikkeld. Het RSO zorgt voor data beschikbaarheid en inzagefunctionaliteiten. De ondersteuning vanuit RSO Zuid-Limburg richt zich in eerste instantie op: huisartsen, VVT, GGZ, MSZ. Op termijn kunnen hier andere sectoren als de ambulancezorg en farmacie aan toegevoegd worden. Het gezamenlijke palliatieve dossier (IZP) reist mee met de patiënt gedurende de verschillende fases van het palliatieve zorgpad en over de verschillende zorgverleners

heen. Hierdoor verbeteren zowel de bekendheid van de wensen van de patiënt als de logistieke afstemming.

Betere digitale ondersteuning van het MDO

Door digitale ondersteuning van het MDO wordt het MDO-proces uniformer en makkelijker. Hiervoor wordt dezelfde dataset als input gebruikt. Er is binnen het transformatieplan behoefte aan het versterken van de onderlinge bereikbaarheid. Deze behoefte wordt door RSO gecoördineerd en inhoudelijk vanuit het transformatieplan ondersteund. Er is reeds een inventarisatie van deelnemers en systemen gemaakt.

Activiteiten

In het plan van aanpak wordt ondersteuning geboden om digitaliseringsoplossingen te ontwikkelen. Voor elke activiteit die daarvoor nodig is, geldt dat er eerst een informatie- en/of requirementsanalyse moet worden uitgevoerd. Deze analyse gebeurt altijd in samenwerking met de betrokken organisaties en zorgverleners om in kaart te brengen welke data op welk moment in het proces nodig is. Dat proces ziet er als volgt uit:

Ontwikkeling uitrolplan

1. Informatieanalyse Regionale Proactieve Zorgplanning (PZP).
2. Requirementsanalyse "Gezamenlijke dossiervoering".
3. Systeemanalyse en advies onsluitbare informatie.
4. Bepalen participanten eerste fase.

Ontwikkeling digitaliseringsoplossing

5. Inrichten PZP-applicatie (configureren, 'embedden' in XIS).
6. Dataverbinding tot stand brengen tussen data-ecosysteem en bronsystemen.
7. Benodigde data-elementen modelleren en transformeren naar gezamenlijk datamodel (open-ehr).
8. PZP-applicatie aansluiten op data-ecosysteem.

Opschaling digitaliseringsoplossing

Start gebruik Regionale Proactieve Zorgplanning en hierna volgt verdere opschaling.

Activiteit	Verantwoordelijkheid RSO	Verantwoordelijkheid Transformatieplan Palliatieve Zorg
Ontwikkeling & beheer regionaal data-ecosysteem	x	
Specificatie zorg-, proces- en informatievraag		x
Ontwerp en ontwikkeling databeschikbaarheid	x	
Organisatie, implementatie en training van de zorg		x
Beheer en exploitatie databeschikbaarheid	x	
Verkrijgen en inrichting regionale functionaliteit (Shared CarePlan, MDO)	x	
Verkrijgen en inrichting specifieke functionaliteit voor Palliatieve Zorg		x

Applicatiediensten benodigd voor domeinoverstijgende samenwerking (e.g. toestemming, autorisatie, authenticatie, etc.)	x	
Optioneel: clinical data repository voor databeschikbaarheid	x	
Registratie in en ontsluitbaarheid van bronsystemen		x

6. Plan van Aanpak: Passende financiering

... zodat de tijd die besteed wordt betaald wordt

Inleiding

Implementatie van het Kwaliteitskader leidt tot meer passende zorg eerder in het zorgproces, en minder (niet-passende) zorg in de periode vlak voor overlijden. Delen van het gewenste zorgproces zijn (nog) geen onderdeel van de contractering. Daarnaast zijn er veranderingen die zowel tot afspraken over meer- als minderzorg kunnen leiden. Gelijkggerichtheid op inhoud tussen zorgverzekeraars is hierbij essentieel om te voorkomen dat de transformatie afgeremd wordt. Daarom werken we vanuit de actielijn passende financiering aan de volgende doelstellingen:

1. de gemaakte afspraken nodigen uit om passende palliatieve zorg te leveren, en ontmoedigen niet-passende zorg;
2. de partijen committeren zich aan regionaal gekozen oplossingen voor lacunes en/of obstakels in de reguliere financiering;
3. alle partijen (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) weten welke aanpassingen in de contracten hiervoor nodig zijn.

NB. Het aanpassen van de contractafspraken is een bilaterale aangelegenheid. Dit valt buiten de scope van het transformatieplan.

Producten

Concreet worden er binnen deze actielijn 2 producten opgeleverd:

1. Advies oplossingen hiaten in financiering en bekostiging,
2. Jaarlijkse notitie gelijkgerichtheid met zorgverzekeraars.

Activiteiten

Fase 1: Onderzoekstraject passende financiering

Een projectleider passende financiering zal samen met de regionale zorg ver- en inkopers een onderzoekstraject doorlopen om in kaart te brengen welke aanpassingen in de financiering van palliatieve zorg noodzakelijk zijn om deze zorg passend te bieden. Het vertrekpunt hiervoor is het beoogde palliatieve zorgsysteem. Hierbij trekken we zoveel mogelijk gezamenlijk op met de Mijnstreek en andere transformatieregio's. We implementeren landelijke oplossingen als het kan en zoeken naar maatwerk als het moet.

Per onderdeel of zorgactiviteit in dit beoogde zorgsysteem zal in kaart gebracht worden waarvoor geen (passende) betaaltitel beschikbaar is of waarbij de huidige

contractafspraken niet passend zijn. Voor deze blokken zullen mogelijke oplossingen uitgewerkt worden per zorgsoort waarna in samenspraak de best passende oplossing gekozen zal worden. Deze oplossing wordt verder uitgewerkt en vastgelegd in regionale kaders.

In dit traject sluiten we zoveel mogelijk aan bij landelijke ontwikkelingen, daarom zal dit project actief ondersteund worden vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ II).

Fase 2: Jaarlijks vaststellen notities gelijkgerichtheid ZVZ & aanbieders

Op basis van het advies wat volgt uit het onderzoekstraject worden afspraken gemaakt dat zorgverzekeraars bij de inhoudelijke- en procesafspraken gelijkgericht handelen. Denk bijvoorbeeld aan: afspraken over de financiering van technologie, de bekostiging middels innovatieve prestaties zoals bijvoorbeeld voor coördinerende taken, zoals: deelname aan MDO's, of de uitsluiting van palliatieve zorg in doelmatigheidsmodellen.

Na het onderzoekstraject zal met de zorgverzekeraar geïnventariseerd worden op welke onderdelen gelijkgerichtheid in de contractering noodzakelijk is. Dit wordt jaarlijks herzien en vastgelegd in een gezamenlijke notitie 'gelijkgerichtheid'.

Bronnenlijst

ⁱ Definitie palliatieve zorg, WHO, 2002

ⁱⁱ Kwaliteitskader Palliatieve zorg, Palliactief en IKNL, sept. 2017

https://palliaweb.nl/getmedia/88b32980-5c50-43ec-9e5b-145b391c8179/Kwaliteitskader-palliatieve-zorg-Nederland_IKNL-en-Palliactief_2017.pdf

ⁱⁱⁱ www.palliaweb.nl

^{iv} Boddaert, 'Association between Inappropriate End-of-Life Cancer Care and Specialist Palliative Care: A Retrospective Observational Study in Two Acute Care Hospitals', 2024.

^v NPPZII, "de Olifant de kamer uit; een einde aan het taboe random het voeren van het gesprek in en over de laatste levensfase." Gupta Strategists, april 2024

<https://palliaweb.nl/getattachment/7aa199ac-ff1f-467d-a282-2642dffacd61/Gupta-rapport-De-olifant-de-kamer-uit.pdf?lang=nl-NL>

^{vi} Regiobeeld Zuid-Limburg (pdf)

https://www.dejuistezorgopdejuistestek.nl/.uc/fb165c30c0102af1db600d774a602dbc35478213bf0e100/230701%20Samenvatting%20Regiobeeld%20Zuid-Limburg_DEFINITIEF.pdf

^{vii} Richtlijn proactieve zorgplanning, IKNL, 2023.

<https://palliaweb.nl/getmedia/fb628f4c-8651-44aa-b74d-fa83307994b8/Folder-Zio-drieluik.pdf>

^{viii} Richtlijn proactieve zorgplanning, IKNL, 2023.

<https://palliaweb.nl/getmedia/fb628f4c-8651-44aa-b74d-fa83307994b8/Folder-Zio-drieluik.pdf>

^{ix} [Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg \(april 2024\)](#) (pdf)

^x Palliatieve zorg in 2050. Drie toekomstscenario's | RIVM

<https://www.rivm.nl/publicaties/palliatieve-zorg-in-2050-drie-toekomstscenarios>

^{xi} Erasmus MC – De Groene IC <https://erasmusmcfoundation.nl/projecten/de-groene-ic/>

^{xii} Palliaweb – Kerncijfers: potentieel niet-passende zorg en inzet team palliatieve zorg

<https://palliaweb.nl/publicaties/potentieel-niet-passende-zorg-en-inzet-team-pallia>

^{xiii} Begrippenkader (bijlage van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland)

<https://palliaweb.nl/publicaties/begrippenkader-bijlage-bij-kwaliteitskader>

xiv [Advance-care-planning-Gezond-Idee-voorjaar-2022.pdf](#)