

## Palliatieve zorg in Arnhem en omgeving - Schets van de huidige situatie (IST)

### Inleiding

Per jaar overlijden in Arnhem en de Liemers ongeveer 5433 mensen, waarvan ongeveer 3611 mensen niet onverwacht (2022).<sup>1</sup> De transformatie palliatieve zorg is erop gericht om te borgen dat voor al deze mensen goede palliatieve zorg onderdeel kan worden van het reguliere zorgproces.

Het [Netwerk Palliatieve Zorg regio Arnhem en de Liemers](#), opgericht in 1998, is een regionaal samenwerkingsverband van verschillende organisaties die palliatieve zorg bieden. Ons doel is om ervoor te zorgen dat elke inwoner in de regio toegang heeft tot hoogwaardige palliatieve zorg, met een focus op toegankelijkheid, beschikbaarheid, kwaliteit en continuïteit. De samenwerking tussen generalisten en specialisten staat centraal, waarbij ieders kwaliteiten optimaal worden benut. Het doel van samenwerken over de grenzen van de eigen organisatie heen (transmuraal) is om de continuïteit en kwaliteit van zorg te verbeteren in het belang van de patiënt en hun naasten.

Het werkgebied van het netwerk bestaat uit de gemeente Arnhem en de omliggende gemeenten Doesburg, Duiven, Lingewaard, Montferland (voor ½ Arnhem en de Liemers, voor ½ regio Achterhoek), Overbetuwe, Rheden, Rijnwaarden, Rozendaal (Gld.), Westervoort en Zevenaar en plaatsen Oosterbeek, Wolfheze, Doorwerth en Heveadorp (gemeente Renkum). Er wonen +/- 430.000 mensen in de regio. Deze regio komt grotendeels overeen met het adherentiegebied van het Rijnstate Ziekenhuis en het werkgebied van Onze Huisartsen en het programma Samen in de Wijkzorg (samenwerkende thuiszorgorganisaties). De samenwerkingsafspraken zijn opgenomen in een Samenwerkingsovereenkomst van de Stichting Netwerk Palliatieve Zorg Regio Arnhem en De Liemers 2022-2026.

In de regio zijn ruim 200 huisartsen actief. Er bestaan vijf middelgrote V&V organisaties die allerlei vormen van intra- en extramurale zorg aanbieden. Maar er zijn ook kleinere zorgorganisaties. De regio kent ongeveer 30 thuiszorgaanbieders; sommige werken lokaal, terwijl anderen landelijk georganiseerd zijn. De samenwerking tussen deze thuiszorgorganisaties is de laatste jaren geoptimaliseerd in het programma Samen in de Wijkzorg.

Er zijn vier high care hospices actief met een totaal van 34 bedden. De Coöperatieve Apothekersvereniging regio Arnhem oftewel CAA is sinds een aantal jaren aangesloten (37 apothekers). Binnen de regio zijn diverse GGZ-aanbieders actief. Hetzelfde geldt voor aanbieders die zorg en ondersteuning bieden aan mensen met een verstandelijke beperking. Met diverse aanbieders zijn contacten en wordt op basis van deze doelgroepen samengewerkt, maar (nog) niet met alle. Er zijn verschillende vrijwilligersorganisaties actief en in de regio wordt geestelijke verzorging thuis geboden vanuit een Centrum voor Levensvragen. Op de website van het Netwerk is het zorgaanbod op het gebied van palliatieve zorg opgenomen.

De afgelopen jaren is in meerdere initiatieven integraal gewerkt aan (verbetering van) de zorg voor deze kwetsbare groep. Diverse betrokken stakeholders (zoals het ziekenhuis, thuiszorg, huisartsen, zorgverzekeraar) vinden elkaar al goed, er wordt intensiever en met steeds meer succes samengewerkt aan domein overstijgende vraagstukken. Echter vaak zijn de initiatieven nog wel losstaand, terwijl dezelfde mensen en organisaties zijn betrokken. Hierdoor zitten dezelfde mensen en organisaties aan (vele) overlegtafels, met deels overlappende vraagstukken.

Ook specifiek in de palliatieve zorg zien we samenwerking en gelijktijdig versnippering. Op netwerkniveau zijn verschillende professionals en vrijwilligers werkzaam. Deze verschillende

---

<sup>1</sup> Bron: Kerncijfers palliatieve zorg ([link](#))

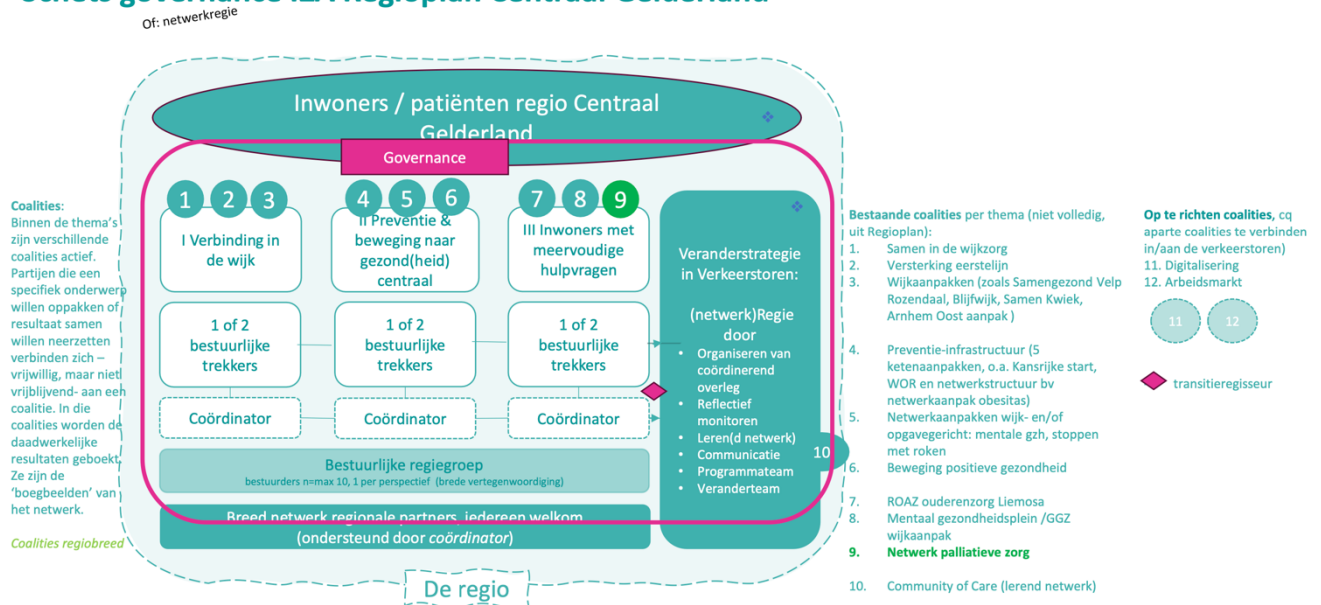
disciplines werken al samen binnen het Netwerk, maar vaak nog op persoonlijke titel en zonder samenwerkingsafspraken en borging in de regio. Onze ambitie is om in januari 2026 een Regionaal Kenniscentrum palliatieve zorg (werktitel) te hebben, dat bestaat uit een team van gedetacheerde specialisten. Vanuit dit Kenniscentrum wordt specialistische kennis en ervaring transmuraal ontwikkeld en gebundeld voor zowel de meer complexe zorgvragen die zich voordoen als ook voor het bieden van ondersteuning op het vlak van markering, proactieve zorgplanning, PaTz-groepen, MDO's en deskundigheidsbevordering in de regio. Onderdeel van dit Kenniscentrum vormt het transmuraal ontwikkelen en verder borgen (met een duidelijke governance en passende financiering) van de consultatievoorziening palliatieve zorg. Dit centrum zal de continuïteit en kwaliteit van palliatieve zorg in de regio verder borgen, met een duidelijke positionering voor het huidige PZNL-consultatieteam en de inzet van specialisten palliatieve zorg bij complexe casuïstiek.

### Governance

Het Netwerk Palliatieve Zorg regio Arnhem en de Liemers heeft als zelfstandige Stichting een eigen dagelijks- en algemeen bestuur. Afspraken over borging en governance zijn onderdeel van de [Samenwerkingsovereenkomst 2022-2026](#). Het Netwerk streeft continu naar optimalisatie en innovatie van de regionale transmurale palliatieve zorg in de breedste vorm (zorg, onderwijs en onderzoek) en werkt hierin samen met bestaande structuren en samenwerkingsverbanden (waaronder Samen in de Wijkzorg, Netwerken dementie). De bestuurders van de lidorganisaties van het Netwerk Palliatieve Zorg en het daarvan onderdeel uitmakende dagelijks bestuur zijn ook allen aangesloten bij de ontwikkeling van het Regioplan Centraal Gelderland 2023 - 2027. Veel van deze bestuurders zijn ook al direct betrokken bij de bestuurlijke domeinoverstijgende regiotafel, die de regierol oppakt om het regioplan op de bouwen en de governancestructuur te ontwikkelen.

In beeld ziet de governancestructuur van het IZA Regioplan Centraal Gelderland 2023-2027 er als volgt uit:

### Schets governance IZA Regioplan Centraal Gelderland



### Samen gezond voor elkaar

De ontwikkelingen in de palliatieve zorg zijn belegd in het Regioplan een plaats in Thema III: Inwoners met meervoudige hulpvragen. Binnen dit Thema zijn op dit moment 3 coalities voorzien, waarvan het Netwerk Palliatieve Zorg er één is. Dit betekent, dat het Transformatieplan Palliatieve Zorg vorm

krijgt binnen deze coalitie en daarmee ook verankerd wordt binnen de governance structuur zoals momenteel opgebouwd wordt binnen het Regioplan Centraal Gelderland.

In het Meerjarenplan 2022-2026 van het Netwerk Palliatieve Zorg regio Arnhem en de Liemers staan drie beloften centraal:

#### Welke belofte doen wij aan de inwoners van regio Arnhem en de Liemers?

Over drie jaar heeft iedereen in onze regio die (niet plotseling) komt te overlijden de kans gehad/gekregen om stil te staan bij de eindfase van zijn/haar leven. De mens heeft zich uitgenodigd gevoeld om zich daarover te uiten. Als hij/zij zich daarover heeft geuit dan is er ook het besef dat wensen en behoeften kunnen veranderen. De mens ervaart dat de kring die voor hem/haar zorgt en ondersteuning biedt dit op een voor hem/haar passende wijze doet, dat verlangens worden getoetst en dat men daar ook naar handelt. De mens ervaart tijdige en passende palliatieve zorg.

#### Welke belofte doen wij aan de werkzame vrijwilligers en professionals in regio Arnhem en de Liemers?

Over drie jaar heeft iedere vrijwilliger en professionals werkzaam in de palliatieve zorg de kans gehad/gekregen om deskundigheid en vaardigheden eigen te maken op het gebied van proactieve zorgplanning. Professionals en vrijwilligers zijn uitgenodigd tot een bewustwordingsproces waarin passende palliatieve ondersteuning en/of zorg, in samenwerking met elkaar, centraal staat. Er is een breed ondersteunings- en scholingsaanbod beschikbaar.

#### Welke belofte doen wij als Netwerkpartners aan elkaar in de regio Arnhem en de Liemers?

Over drie jaar werken wij rondom de inzet van specialistische palliatieve zorg samen in het "Kenniscentrum Palliatieve Zorg Arnhem e/d Liemers" ten behoeve van de aanvulling en ondersteuning van de generalistische zorgverlening. Hierbij maken wij optimaal gebruik van elkaars ervaring, kennis en kunde en wordt de palliatieve zorg op een passende wijze ondersteund en vormgegeven. We delen onze kennis, ontwikkelen met elkaar regionale samenwerkingsafspraken en dragen bij aan een gezamenlijk leer- en ontwikkelingsaanbod. Iedere organisatie neemt daarin vanuit de eigen authenticiteit de verantwoordelijkheid een steentje bij te dragen, waarbij het eigen belang ondergeschikt is aan de gezamenlijke bedoeling. Dat wat wij verwachten van onze professionals en vrijwilligers laten wij zien in onze samenwerking. We leveren palliatieve zorg samen, proactief en vanuit kwaliteit!

De implementatie van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg is in lijn met de uitgangspunten zoals beschreven in het Regiobeeld Arnhem 2023. De implementatie brengt een beweging op gang van een focus op gesegmenteerde mensgerichte behandeling richting een proactieve transmurale behandeling in nauwe samenspraak met de patiënt. Het is nodig om op een slimme manier om te gaan met de beperkte capaciteit van met name huisartsen en wijkverpleging in de regio, bijvoorbeeld door het goed organiseren van de inzet en kwaliteit van de hospicezorg en het gebruik van bestaande digitalisering/technologie. Bij de ontwikkeling van het transformatieplan is het zaak, hier met elkaar concrete afspraken hierover maken. Hierbij zal ook gekeken worden naar een betere samenwerking en verbinding met gemeentes, welzijn, huishoudelijke hulp etc. Ook de verbinding met informele zorg en expliciet de vrijwilligersondersteuning kent een belangrijke positie in de transformatie (hoe zorgen we voor een vitale sociale omgeving en beschikbare ondersteuning).

## Cijfers palliatieve zorg

Via de website Palliaweb-kerncijfers palliatieve zorg <https://palliaweb.nl/publicaties/kerncijfers-behoefte-aan-palliatieve-zorg> zijn voor de regio van het Netwerk belangrijke cijfers op te vragen. Een aantal cijfers:

AANTAL OVERLEDENEN IN 2022		
	Nederland	Arnhem En De Liemers
Totaal overledenen	169.075	5.433
Acuut overleden	57.612 <sup>i</sup>	1.822 <sup>i</sup>
Behoefte aan palliatieve zo...	111.463	3.611

## Locatie van overlijden in Nederland en Arnhem En De Liemers

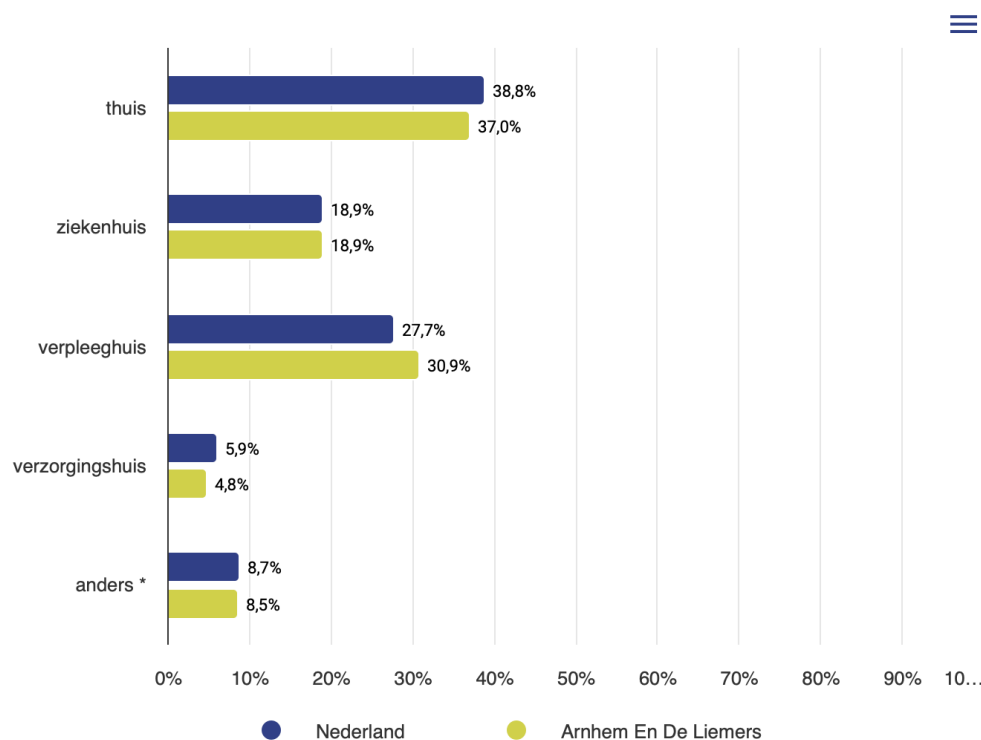
van overledenen met behoefte aan palliatieve zorg

GEKOZEN FILTERS:

2022

Aantallen

Percentages



De vier high care hospices in de regio monitoren samen de beddenscapaciteit, instroom en verwijzing. In 2022 hebben de hospices samen een digitaal [rapportagesysteem](#) ontwikkeld. Een aantal rapportage gegevens:

	2020	2021	2022	2023
Aantal opgenomen patiënten	320	313	396	500
Aantal verpleegdagen	8.702	9.204	10.972	10.252
Gemiddelde verblijfsduur (dagen)	27	29	28	21
Aantal plaatsen	32	34	34	34
Leeftijdscategorie				
Jonger dan 20 jaar	0	0	1	0
20 tot 40 jaar	0	0	0	1
40 tot 65 jaar	0	0	54	63
65 tot 80 jaar	0	0	160	183
80 jaar of ouder	0	0	176	230
Bezetting	74%	78%	88%	83%

In opdracht van Rijnstate Ziekenhuis, STMG, Santé Partners, Onze Huisartsen en Menzis (mede mogelijk gemaakt door subsidiegelden ZonMw i.h.k.v. De Juiste Zorg op de Juiste Plek) heeft Proscop in 2021 een [regiobeeld Arnhem en de Liemers](#) uitgegeven. In het regiobeeld wordt de sociale en gezondheidssituatie van inwoners in kaart gebracht met aandacht voor de prevalentie van chronische ziekten. Ook relevante samenwerkingspartners op het gebied van welzijn, ondersteuning en zorg zijn in kaart gebracht. Het regiobeeld levert een bijdrage aan de dialoog in het vormen van een regiovisie over de zorg en ondersteuning aan de doelgroep chronisch zieken. Daarmee levert het direct ook een bijdrage aan de verdere ontwikkeling van thema's als proactieve zorgplanning, de inzet van verpleegkundig specialisten palliatieve zorg in de regio en consultatie palliatieve zorg. Een aantal belangrijke uitkomsten:

- De groep ouderen groeit tussen nu en 2050 in bijna alle gemeenten harder dan gemiddeld in Nederland. Uitschieters zijn Doesburg en Duiven.
- Het aantal nieuwe ziektegevallen per jaar ligt het hoogst bij hartfalen. Daarna volgt COPD, dementie en als laatste Parkinson. Kijkend naar de demografische ontwikkelingen, is er een schatting gemaakt in de veranderingen in voorkomen van diverse ziektebeelden. Hieruit kunnen we concluderen dat het voorkomen van hartfalen, dementie en de ziekte van Parkinson zeer sterk (>60%) zal stijgen tussen 2015 en 2040. Voor COPD wordt een stijging van 20-40% verwacht.
- De zorguitgaven per ziektebeeld liggen bij dementie veruit het hoogst en zijn op hogere leeftijd bij vrouwen veel hoger dan bij mannen. Dit laatste geldt ook voor hartfalen. Bij COPD worden de meeste uitgaven gemaakt in de ouderenzorg, daarna ziekenhuiszorg, genees- en hulpmiddelen en eerstelijnszorg. De kosten voor dementie liggen nagenoeg alleen in de ouderenzorg. Bij hartfalen worden er met name kosten gemaakt in de ziekenhuiszorg en ouderenzorg. Bij de ziekte van Parkinson worden de meeste kosten gemaakt in de ouderenzorg, daarna genees- en hulpmiddelen, eerstelijnszorg en ziekenhuiszorg.

In 2023 is het [regioplan en regiobeeld Centraal Gelderland](#) gepubliceerd. De regiobeelden en ROAZ-beelden vormen de basis om gezamenlijk richting te geven aan de noodzakelijke acties.

**Tabel 17 Percentage van de palliatieve populatie per doodsoorzaak met minstens één ziekenhuisopname een bepaalde tijd voorafgaand aan het overlijden**

	Laatste jaar tot overlijden	Laatste 6 mnd tot overlijden	Laatste 3 mnd tot overlijden	Laatste maand tot overlijden	Laatste week tot overlijden
Alzheimer	18,1	12,72	8,55	4,36	1,42
COPD	68,79	60,98	54,26	43,45	25,52
CVA	62,1	56,29	51,79	43,25	27,07
Hartaandoeningen	54,81	48,18	51,23	32,42	18,02
Kanker	76,6	67,88	57,72	37,4	12,75
Leveraandoeningen	86,36	81,58	76,79	61,91	28,43
Mot. Neur./ Hunt.	53,45	42,54	32,1	22,79	11,72
MS	40,43	33,42	27,49	22,37	13,48
Nieraandoeningen	62,16	54,78	47,32	35,42	15,94
Parkinson	32,67	25,55	20,97	14,29	6,09

Het Regiobeeld en de bijbehorende cijfers bieden inzicht in de huidige situatie.

Het rapport 'De olifant de kamer uit'<sup>2</sup> liet op landelijk niveau zien dat het werken volgens het Kwaliteitskader nog geen gemeengoed is. De regio Arnhem en de Liemers is landelijk gezien een van de koplopers op het vlak van transformatie palliatieve zorg. Ondanks de successen die in onze regio al geboekt zijn is ook hier het werken volgens het Kwaliteitskader nog niet gangbaar. Het doel van deze transformatie is, aansluitend op de landelijke Strategische Agenda Transformatie Palliatieve Zorg<sup>3</sup>, om de integratie van palliatieve zorg in het reguliere zorgproces te versnellen.

De beweging die we in de regio Arnhem in het Netwerk Palliatieve Zorg maken in samen groeien is weergegeven in onderstaande Infographic. De uitwerking van de huidige situatie geven we vorm aan de hand van de vier richtinggevende thema's en zes actielijnen.

Deze thema's zijn de kernelementen, waaruit het Kwaliteitskader Palliatieve zorg is opgebouwd:

- Signaleren en markeren
- Proactieve zorgplanning
- Coördinatie en continuïteit van zorg
- Ondersteuning bij complexe problematiek.

Om deze kernelementen goed binnen de regio te kunnen toepassen en implementeren is het van belang professionals, vrijwilligers en burgers in de hele regio hierbij te betrekken. Om dat voor elkaar te krijgen worden deze kernelementen via zes actielijnen verder inhoud en vormgegeven. In de regio Arnhem de Liemers kiezen we ervoor om twee van deze actielijnen afzonderlijk toe te lichten/te duiden.

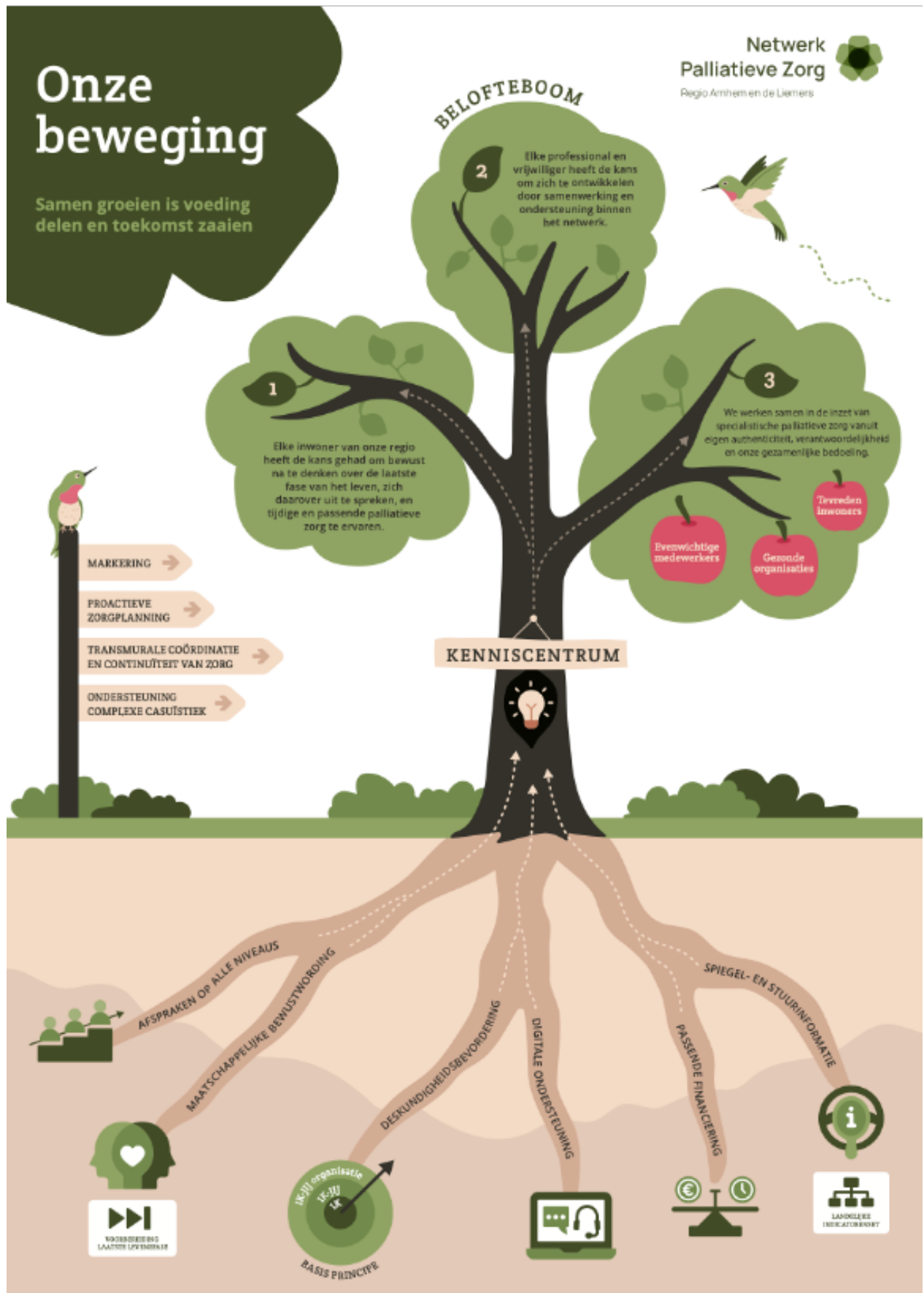
- Afspraken op alle niveaus
- Passende bekostiging
- Digitale ondersteuning
- Spiegel- en stuurinformatie.

<sup>2</sup> Bron: Gupta Strategists ([link](#))

<sup>3</sup> Bron: Strategische Agenda Transformatie Palliatieve Zorg ([link](#))

En:

- Maatschappelijke bewustwording
- Deskundigheidsbevordering





## Signaleren & markeren

Voor succesvolle implementatie van het Kwaliteitskader zijn gecoördineerde, meerjarige afspraken en investeringen nodig op meerdere fronten. Dit vraagt een impuls met een programmatische aanpak.

De eerste stap in het proces van burgers in relatie tot palliatieve zorg is het tijdig signaleren van problematiek en het duidelijk markeren van de palliatieve fase. Dit maakt het mogelijk om tijdig met elkaar na te denken over de wensen en grenzen aan zorg en welzijn, de mogelijkheden die er zijn en de ondersteuning die daarbij nodig en wenselijk zijn. De huidige situatie op de actielijnen werken we hier verder uit. Ook worden de succes- en faalfactoren beschreven.

### Afspraken op alle niveaus

Over de markering zelf hebben we nog onvoldoende afspraken gemaakt. Althans, niet formeel wie deze markering oppakt, wie daarin welke rol en verantwoordelijkheid neemt. We hebben wel een Regionale Samenwerkingsafpraak (RSA) Proactieve Zorgplanning opgesteld, waar op bestuurlijk niveau binnen het netwerk commitment op is. Echter, verschillende partijen hanteren nog steeds hun eigen werkwijze, zoals men dat al dan niet gewend was te doen. Er is nog geen eigenaarschap op en niet helder wat van medewerkers verwacht mag worden.

De PaTz-groepen die in de regio actief zijn, hebben in deze fase een belangrijke rol. Dat is een werkwijze, waarbij binnen de eerste lijn de signalering en markering structureel in de praktijk wordt ingebed. Dit is nog geen gemeengoed in de regio. We hebben dus inzet en ondersteuning nodig, op maat in organisaties en faciliteren van de organisaties, om dit verder te borgen.

### Digitale ondersteuning

Nog even los van de bestaande PaTz-groepen (waar de digitale ondersteuning (deels) wel is vormgegeven) is signalering en markering nog geen gemeengoed om te registreren, laat staan te delen met andere betrokken professionals. Daar is nog een wereld te winnen. Binnen de bestaande dossiers wordt markering individueel geregistreerd. Dit wordt niet standaard gedeeld met andere betrokken zorgprofessionals.

OZOverbindzorg wordt als communicatietool in de regio gebruikt voor met name kwetsbare ouderen en de laatste tijd ook voor enkele andere kwetsbare groepen. Binnen de omgeving van OZO kan ook de markering worden vormgegeven, echter hierover zijn geen structurele afspraken gemaakt. Ook is OZOverbindzorg nog niet regiobreed binnen alle domeinen geïmplementeerd en is het draagvlak in de regio niet helder.

### Passende financiering

Passende financiering speelt in de reguliere signalering en markering geen rol, omdat dit feitelijk onderdeel is van de reguliere bekostiging en contractering van zorg. Wanneer de signalering en markering meer structureel in multidisciplinair verband wordt georganiseerd kan dat bijvoorbeeld in de vorm van PaTz-groepen. Daarvoor is de reguliere financiering niet toereikend. De extra inzet van uren, organisatie en inzet van een specialist palliatieve zorg binnen het PaTz-overleg moet passend gefinancierd en geregeld worden.

### Spiegel- en sturingsinformatie

Om zicht te hebben en te houden op verschillende niveaus van ondersteuning (individueel op casus niveau, per beroepsgroep, regionaal, etc.) is het van belang om de markeringen van palliatieve zorg te registreren. Dat gebeurt nu deels op dossier niveau. Deze data zijn nog niet ontsloten en beschikbaar. Op regionaal niveau zijn deze data niet bekend. Om zicht te hebben op de mate van tijdige markering enerzijds, maar vooral ook om op patiënt niveau afstemming tussen professionals en organisaties te stroomlijnen in het kader van passende zorg is het van belang om hierop te kunnen sturen.

Succesfactoren	Faalfactoren
Sterk ambassadeurschap PaTz vanuit aantal verpleegkundig specialisten en huisartsen.	PaTz wordt onvoldoende ondersteund/gemonitord vanuit het Netwerk vanwege andere prioritering. Ook is er onvoldoende aandacht voor verbinding met wijkverpleegkundigen en palliatieve zorg verpleegkundigen om de PaTz te kunnen faciliteren en verder te brengen.
<a href="#">Levenspad palliatieve zorg</a> met inzicht in taken, rollen en informatie voor zowel professional, naaste als zorgvragers zelf.	Taken en verantwoordelijkheden zijn niet duidelijk genoeg. Dit maakt het een 'probleem' van iedereen, en daarmee ook van niemand. Geen geformaliseerde afspraken over signaleren en markeren
Samenwerking met OZO verbindzorg waarbij de inwoner zelf centraal staat.	Vanuit het Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ) hebben wij nu geen directe toegang tot spiegel- en sturingsinformatie op het gebied van signaleren en markeren.

### Proactieve zorgplanning

In de regio Arnhem en de Liemers werken zorgorganisaties en professionals samen volgens de Regionale Samenwerkingsafspraken Proactieve Zorgplanning (RSA PZP, 2024, <https://palliaweb.nl/netwerk-arnhem/zorgverleners/proactieve-zorgplanning>). Dit richt zich op het integreren van proactieve zorgplanning in het zorgproces voor patiënten met ernstige chronische aandoeningen en patiënten in de palliatieve fase.

#### Afspraken op alle niveaus

Binnen de regio zijn op bestuurlijk niveau afspraken gemaakt over hoe om te gaan met proactieve zorgplanning. Deze afspraken zijn vastgelegd in de Regionale Samenwerkingsafspraken proactieve zorgplanning. Hierin is ook vastgelegd, welk instrumentarium daarbij gebruikt kan worden. Deze afspraken zijn feitelijk een meer concrete uitwerking van de eerder in de regio ontwikkelde 'Blauwdruk Toekomstige Zorgplanning' (2022, ZonMW-project). Binnen de uitwerking is ook een Stappenplan Proactieve zorgplanning vormgegeven. De toepassing van deze regionale afspraken in de dagelijkse praktijk vraagt nog aandacht. Binnen de verschillende domeinen is hier wel toenemend aandacht voor, worden werkafspraken gemaakt en worden de afspraken ingebed in de werkwijzen op de verschillende werkplekken. De ontwikkelingen in de verschillende organisaties lopen nog niet synchroon, vragen nog afstemming op elkaar en ook binnen de organisaties zelf. Het delen van deze afspraken is een punt van aandacht. Kortom, de basis ligt er, vraagt ook om geregelde evaluatie op

gebruik, maar de toepassing binnen de diverse domeinen, settingen en de onderlinge afstemming hierover vraagt nog veel aandacht. Er wordt veel aan PZP-gespreksvoering gedaan, maar vaak nog impliciet. De uitwisseling met andere professionals komt nog beperkt tot stand.

### **Digitale ondersteuning**

De uitkomsten van het markeringsgesprek en de PZP-gesprek(ken) worden transmuraal gedeeld met alle bij zorgvrager direct betrokken zorgverleners. Dit gebeurt, naast de eigen werkwijze in bijvoorbeeld de ontslagbrief, door (de inhoud van) het 'Formulier Uniform vastleggen proactieve zorgplanning', voorzien van een versienummer en datum te delen in het betrokken netwerk. In de regio Arnhem en De Liemers wordt hierbij gebruik gemaakt van OZO verbindzorg. Het ingevulde formulier wordt hierin geüpload onder de knop 'PZP-formulier'. Dit dient uiterlijk binnen 14 dagen na het PZP-gesprek plaats te vinden. De zorgvrager wordt gevraagd om betrokken professionals hierin deelgenoot te maken. Binnen het huisartsendomein worden de uitkomsten van het PZP-gesprek vastgelegd in het dossier, met een link naar VIP-live, zodat deze gegevens ook bekend zijn bij de huisartsenpost. Het delen van dossierinformatie met andere betrokken professionals vraagt aandacht. Ook met het oog op (dubbele) registraties, administratieve handelingen en dergelijke.

### **Passende financiering**

Het voeren van gesprekken rondom proactieve zorgplanning vraagt naast de inhoudelijke vaardigheden rondom gespreksvoering en het documenteren van de resultaten, vooral meer tijd voor professionals om deze uit te kunnen voeren. Deze gesprekken passen niet binnen de reguliere consulttijden die gangbaar zijn, vraagt ook het nodige rondom de bedrijfsvoering en planning in de zorgpraktijken. Om deze extra inzet in tijd financieel mogelijk te maken is op dit moment nog geen passende financiering beschikbaar. Voor medisch specialistische zorg kan gebruik gemaakt worden van betaalmodules ('Time to talk'), waarvoor per specialisme en per zorgverzekeraar contracten moeten worden afgesloten. Voor de huisartsen geldt min of meer hetzelfde, ook daar moeten separate afspraken worden gemaakt met zorgverzekeraar in het kader van 'Meer tijd voor de patiënt', om dit proces binnen de praktijken te kunnen faciliteren en uit te voeren. Dit vraagt aandacht. Op landelijk niveau bestaat vanaf 2025 de mogelijkheid om PZP-gesprekken voor de medisch specialistische zorg in te kopen, via een reguliere inkoopmodule. Daarmee wordt de financiering voor deze sector meer passend gemaakt. Dit moet nog wel in de praktijk een plek gaan krijgen. De verwachting is, dat de module 'Meer tijd voor de patiënt' voor de huisartsen vanaf onderdeel wordt van de reguliere huisartsenfinanciering binnen Segment 1 van de huisartsenfinanciering. Tot die tijd zijn gerichte en separate afspraken met zorgverzekeraars nodig, om de financiering op dit onderdeel passend te maken. Binnen de regio Arnhem is het niet duidelijk, of deze financiering de komende jaren als overbrugging geregeld is.

### **Spiegel- en sturingsinformatie**

Om zicht te hebben en te houden op verschillende niveaus van ondersteuning (individueel op casus niveau, per beroepsgroep, regionaal, etc.) is het van belang om de uitgevoerde PZP-gesprekken te registreren. Dat gebeurt nu deels op dossierniveau. Deze data zijn nog niet ontsloten en beschikbaar. Op regionaal niveau zijn deze data niet bekend. Het zicht hebben op de mate van uitvoering van de PZP-gesprekken, door welke discipline deze worden uitgevoerd, welke effecten deze gesprekken hebben maakt het mogelijk om te kunnen sturen op de implementatie van de gemaakte afspraken, maar ook om feedback te kunnen geven aan professionals en burgers over de voortgang en de

ervaringen. Dat helpt ook om eventuele verbeteringen in de aanpak te kunnen aanbrengen. In de regio Arnhem zijn nog geen eenduidige KPI's afgesproken die helpen om deze informatiestroom in te richten (nog even los van de vraag of de systemen daartoe nu voldoende zijn toegerust). Wel is het PZP-gesprek onderdeel van de transformatie 'Samen in de Wijkzorg' en is er een KPI opgenomen die gaat om monitoren van de geregistreerde PZP gesprekken in OZO.

Succesfactoren	Faalfactoren
Formalisatie in RSA. Deze RSA is ontwikkeld vanuit de werkvloer. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Regionale Samenwerkingsafspraken</u> (RSA) Palliatieve zorg versie 1.2</li> <li>• <u>Stappenplan PZP</u></li> </ul>	Rol van dagelijks bestuur in uitrol en implementatie RSA is niet helder.
Aanbod aan ondersteuning bij werken volgens de RSA: scholing, coaching van organisaties. Onderdeel van een regionaal Leer- en ontwikkelprogramma.	PZP in eerste instantie aangevlogen vanuit het Netwerk PZ, dit had direct breder verbonden kunnen worden met o.a. dementie en Samen in de Wijkzorg.
Samenwerking met transformatie Samen in de wijkzorg. Er is zijn een aantal KPI's rondom PZP opgenomen.	Geen toegang tot informatie in VIPlive, waar mogelijk te zien is welke zorgvragers een PZP hebben en zouden moeten hebben.
Samenwerking OZO.	Ontoereikende financiering. Mogelijkheid voor betaaltitel PZP-gesprekken voor huisartsen niet in de regio beschikbaar. Als onderdeel van MTVP is dit niet passend.

## Transmurale coördinatie en continuïteit van zorg

In de regio zijn verschillende partijen actief op het gebied van palliatieve zorg. Palliatieve zorg wordt verleend vanuit verschillende professionals en vrijwilligers vanuit VVT, hospices, thuiszorg, huisartsenzorg, ziekenhuis en vrijwilligersorganisaties. Voor een overzicht van het totale zorgaanbod wordt verwezen naar de website van het Netwerk. De huidige kennis en beschrijving van het Netwerk Palliatieve Zorg brengt niet de inhoud en eigenheid van de mantelzorg en de door zorgvrijwilligers geboden aandacht, hulp, ondersteuning, noch het samenspel tussen deze twee vormen van zorg en ondersteuning met de formele zorg in beeld.

In de regio zijn meerdere initiatieven succesvol. Zo wordt in het Netwerk gewerkt aan de afstemming binnen de werkgroep [farmaceutische palliatieve zorg](#) en neemt het Netwerk deel in de ontwikkelingen binnen het programma [Samen in de Wijkzorg](#). Eind 2021 heeft het Netwerk een [regiovisie](#) gepresenteerd op het gebied van generalistische en specialistische palliatieve zorg; met de focus op de thuiszorg.

Daarnaast wordt in de regio ervaring opgedaan met het werken met patiënt reizen en is eerder een Levenspad palliatieve zorg ontwikkeld, dat als basis dient om verdere afstemming rondom continuïteit te stroomlijnen. Voor meer complexe problematiek is dit al verder uitgewerkt in enkele projecten, zoals de inzet van specialisten palliatieve zorg via consultatie en de ontwikkeling van het concept PZ-coach (zie hiervoor ook het onderdeel 'Inzet bij complexe problematiek'). Deze ontwikkelingen kunnen goed gebruikt worden, om ook bij minder complexe, meer generieke zorgvragen goede afstemming te realiseren. Hierbij gaat het om het delen van kennis, (vooral tijdig) inschakelen van meer expertise bij complexe zorg, etc.

In de organisatie en logistiek werken we samen met 'Samen in de wijkzorg'. Hierin zijn ook de palliatieve zorg verpleegkundigen en de verpleegkundig specialisten palliatieve zorg opgenomen. Met deze groep wordt ook verbinding gezocht met het huidige PZNL-consultatieteam palliatieve zorg in de regio en wordt een nieuwe werkwijze voor een regionaal expertiseteam als onderdeel van het te ontwikkelen Regionaal Kenniscentrum Palliatieve Zorg opgezet. Dit ook met het oog om de zorglogistiek beter te organiseren en aan te laten sluiten bij bestaande (verwijs)modules vanuit huisartsen en ziekenhuis.

### **Afspraken op alle niveaus**

In de regio werken we samen aan een regionaal Kenniscentrum palliatieve zorg. Om tot passende zorg te komen, zijn impactvolle zorgtransformaties noodzakelijk (Integraal Zorgakkoord IZA, 2022). In 2022 is in het Netwerk Palliatieve Zorg regio Arnhem en de Liemers gestart met de transitie van de proactieve inzet van de specialisten in de palliatieve zorg, onder andere ingegeven vanuit de transitie van de (landelijke) PZNL eerstelijns-telefonische consultatie palliatieve zorg. Naast de ontwikkeling en inbedding middels een regionaal transmuraal Expertiseteam Palliatieve zorg wordt gewerkt aan de brede implementatie van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg en in het bijzonder de Proactieve Zorgplanning en maatschappelijke bewustwording. Dit past in de verdere doorontwikkeling en professionalisering van het Netwerk Palliatieve Zorg en sluit naadloos aan bij de ambitie, veranderstrategie en thema's in het regioplan 'Centraal Gelderland' en Transformatieplan 'Samen in de wijkzorg'. Er is, op basis van het Kwaliteitshandboek van het PZNL-eerstelijns consultatieteam, een Handboek voor het regionale transmuraal Expertiseteam palliatieve zorg in ontwikkeling.

De huidige partners binnen het Netwerk Palliatieve Zorg, lopende projecten en regionale samenwerkingsafspraken (RSA's) (farmaceutische palliatieve zorg & Proactieve zorgplanning, ascitesbehandeling thuis) zijn opgenomen op de website [www.palliaweb.nl/netwerk-arnhem](http://www.palliaweb.nl/netwerk-arnhem).

Voor het bespreken van meer complexe zorgvragen, of casussen die zich meer complex ontwikkelen is vaak aanvullend overleg aangewezen. Dat gebeurt nu vaak op individuele wijze, op basis van partners die elkaar kennen en middels verschillende PaTz-groepen, het MDO vanuit het PZNL-consultatieteam en MDO binnen Rijnstate. Om meer proactief te kunnen handelen, waarmee onnodige zorg en ondersteuning voorkomen kan worden, nodige zorg (nog) beter afgestemd op het juiste niveau met de juiste inzet van mensen zijn nog aanvullende afspraken nodig. Dit gaat dan onder andere om triage, kennisnetwerk ontwikkelen, overlegstructuren faciliteren zowel in de eerste lijn als ook transmuraal. Bijvoorbeeld in de vorm van meer structurele MDO's in de eerstelijns en transmurale MDO's.

### Samen in de wijkzorg

In de regio Arnhem en de Liemers zijn verschillende initiatieven actief rondom aanspreekbare wijkverpleging basisteams en gespecialiseerde verpleging binnen het programma Samen in de Wijkzorg. Zo ook voor de palliatieve zorg verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg. Door met elkaar de samenwerking op te zoeken en te leren, is er 1 duidelijke instroom voor gespecialiseerde palliatieve zorg gerealiseerd. Ook werken we samen rondom de verwijzing naar de verpleegkundig specialist palliatieve zorg bij hoogcomplexiteit inzet bij bijvoorbeeld diagnostiek en uitvoering ascites in de thuissituatie en rondom de huidige PZNL-consultatievoorziening palliatieve zorg (naar het toekomstige transmuraal expertiseteam palliatieve zorg).

### **Digitale ondersteuning**

Om coördinatie en continuïteit in de samenwerking over domeinen en zorgorganisaties heen

(transmurale samenwerking) goed uit te kunnen voeren is het belangrijk dat betrokken patiënten, mantelzorgers en (zorg)professionals van elkaar weten, wat er gebeurt en wat is afgesproken. Wie is betrokken, waar is zorgaanbod beschikbaar indien nodig, welke zorginhoudelijke afspraken zijn op patiënt niveau gemaakt, etc. Veel informatie wordt op individueel niveau vastgelegd in dossiers en individuele zorgplannen. Om dat ook makkelijk toegankelijk te maken voor andere betrokkenen die betrokken zijn, is digitale ondersteuning nodig. Dat voorkomt het onnodig en dubbel moeten vertellen en delen van informatie, voort kunnen gaan op de ingeslagen weg, afspraken aan te kunnen scherpen of aanpassen, voortgang te kunnen monitoren. Dat is nu niet vanzelfsprekend. Diverse databronnen worden nu gebruikt, naast de zorgdossiers die de individuele zorgprofessionals ook bijhouden voor eigen administratie en declaraties. Enkele van de in de regio gebruikte systemen zijn:

- Het huidige PZNL consultatieteam palliatieve zorg registreert in PRADO.
- We leggen op verschillende manieren verbinding met OZO.
- Tussen zorgprofessionals wordt onderling ook over zorgaanbod gecommuniceerd in SILO.
- De verpleegkundig specialisten die transmuraal werken registreren deze zorg in Lorio.
- Overdracht van zorg en behandeling wordt toenemend in de regio via Zorgdomein gedaan.
- We onderzoeken de mogelijkheden in de logistiek van Samen in de Wijkzorg.
- We hebben een overzicht van de beschikbare specialisten palliatieve zorg in de regio via een dashboard.
- Hospices werken samen rondom de vrije bedden applicatie in PalliArts.
- Hospices werken samen in een [regionale rapportage](#).
- MDO's worden steeds meer toegepast. Digitale ondersteuning hiervoor is nodig, om de planning en de uitvoering te faciliteren. Bijvoorbeeld met beeldverbindingen, apps, etc. Mogelijk toewerken naar een keuze in welke applicaties gebruikt worden. Goed beveiligd, goed toegankelijk, etc.

Het met elkaar laten 'communiceren' en delen van relevante informatie om de continuïteit van zorg en coördinatie in de transmurale samenwerking is een uitdaging. Er is vanuit het Netwerk geen aandacht voor het organiseren van passende zorg door zorgtechnologie zoals beeldzorg. Diverse (landelijke) ontwikkelingen kunnen hierbij helpen. Keuzes voor systemen en de manier van werken hiermee zijn nog niet gemaakt.

### **Passende financiering**

Veel van de uitvoering van palliatieve zorg is via reguliere bekostiging geregeld. Binnen de zorginkoop kunnen afspraken met zorgverzekeraars gemaakt worden over inzet van professionals. Wanneer het gaat over (transmuraal) overleg, afstemming, organisatie van zorg is dit wat minder vanzelfsprekend. Ook wanneer het gaat om de transmurale inzet van verpleegkundig specialisten en phisian assistents is er nog geen sprake van passende financiering. Wanneer in de regio Arnhem vormgegeven wordt aan een zogenaamd transmuraal- of netwerk coördinatie en kenniscentrum vraagt dit nadrukkelijk wel aandacht.

### **Spiegel- en sturingsinformatie**

Registratie en verslaglegging van de consultatie palliatieve zorg vindt zoals beschreven in het Kwaliteitshandboek PZNL consultatie plaats in PRADO. Daarnaast is het goed om te benoemen dat een (groot) deel van de consultatie plaatsvindt zonder deze in PRADO op te nemen (dit blijft dus onder de radar). Een deel van deze consultatie wordt opgenomen in de patiëntgebonden registratie

en een deel wordt niet geregistreerd. Vanuit de samenwerking PaTz vindt registratie plaats in het PaTz-portal.

Succesfactoren	Faalfactoren
Binnen het Netwerk is een betrokken groep van specialisten actief binnen o.a. het PZNL-consultatieteam en projecten als PZ-coach en afstemming farmaceutische afstemming palliatieve zorg. In deze samenwerking wordt de praktijk gedeeld en met elkaar verbeterpotentieel besproken. Ondertussen worden met kleine stappen werkprocessen in kaart gebracht en verbeterd, zoals rondom de inzet farmaceutische zorg.	Waar liggen de knelpunten in de regionale continuïteit van zorg? Weten we hoeveel mensen sterven op hun plek van voorkeur? Weten we hoe mensen de zorg in de palliatieve fase ervaren, waar vanuit patientenperspectief verbeterpotentieel zit? Weten we of het aantal mensen dat op de SEH of HAP komt in de laatste fase van het leven daar terecht gebruik van maakt, of dat ook anders kan? Met uitzondering van de patienten die geïnccludeerd zijn in het project Palliatieve Zorg-coach weten we eigenlijk heel weinig over de reguliere inzet en ontwikkelingen rondom coördinatie en continuïteit van zorg. Gaat dit goed, wat kan beter? Hoeveel MDO's zijn er in een regio? We hebben beperkt zicht op heel belangrijke gegevens.
Structureel aandacht in het Leer- en ontwikkelprogramma. Er worden standaard casuïstiekbesprekingen georganiseerd.	Er bestaan verschillende financieringsmogelijkheden in het transmuraal domein, maar deze zijn niet vanzelfsprekend en ook maatwerk op dit moment. Tegelijkertijd is deze randvoorwaarde wel van belang, omdat tot nu toe onder andere de (gebrekkige transmurale) financiering een belemmerende factor is, om dit in de regio goed te organiseren.
Er is inzicht in huidige inzet consultatieteam.	

## Ondersteuning complexe casuïstiek

Reguliere palliatieve zorg wordt verleend door reguliere zorgprofessionals, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen, medisch specialisten, etc. Dat kan ook prima bij  $\pm 70\%$  van de mensen die zorg nodig hebben in de palliatieve fase. Bij de overige  $\pm 30\%$  is sprake van meer complexiteit, om welke reden dan ook. Een toename van complexiteit die vraagt om nadere inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde professionals, die hier ook beschikbaar voor zijn.

In verschillende initiatieven, waaronder in het project [Palliatieve zorg-coach](#), is in de afgelopen jaren bijgedragen aan de ondersteuning bij complexe palliatieve zorg. Daarnaast waren de ervaringen in de pilot palliatieve zorg-coach bij zowel patiënten, naasten als professionals positief en droegen ze bij aan betere ervaren kwaliteit van zorg, beduidend minder niet-passende zorg en meer inzicht in of een [ombuiging van de kosten](#).

**€ 900 geschatte besparing per patiënt**  
(obv kosten van kenmerken end of life score niet passende zorg)

- ✓ Berekening landelijke end-of-life-score ten opzichte van pilot populatie
- ✓ Tarieven per opnamedag, IC-dag, SEH-bezoek gebaseerd op gegevens TAPAS-onderzoek

- ✓ Nog niet alle vermijdbare zorg meegenomen: bv aparte verrichtingen bij opname, poli- of SEH-bezoek, vervoerskosten, kosten voor chemotherapie.
- ✓ Bedrag is een grove raming, conservatief. Nadere analyse volgt.

In de regio Arnhem en de Liemers is de PZNL consultatievoorziening palliatieve zorg transmuraal georganiseerd. Daarnaast is het belangrijk om te benoemen dat de consultatie palliatieve zorg niet alleen plaatsvindt vanuit het consultatieteam, maar dat specialisten ook direct en via een informele lijn benaderd worden en consultatie verlenen. In 2022 is gestart met de transitie van de proactieve inzet van de specialisten in de palliatieve zorg, onder andere ingegeven vanuit de transitie van de (landelijke) PZNL telefonische consultatie. De afgelopen jaren hebben we gewerkt aan de transitie naar een proactieve inzet van specialisten binnen de palliatieve zorg. Dit team, welke nu nog werkt als consultatieteam onder de vlag van PZNL, wordt het komende jaar (2025-2026) verder geïmplementeerd in de regio Arnhem de Liemers (als onderdeel van de transformatie palliatieve zorg en opbouw van het regionaal Kenniscentrum Palliatieve zorg). Naast de telefonische consultatie zal dit team ook activiteiten oppakken die verder bijdragen aan de proactieve en passende inzet van gespecialiseerde palliatieve zorg. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld scholing, innovatie, onderzoek, ondersteuning PaTz-groepen, uitvoeren ascitespuncties thuis, participatie in MDO's in de regio. In de organisatie en logistiek werken we samen met 'Samen in de wijkzorg'.

Op netwerkniveau zijn verschillende teams werkzaam, zoals het transmuraal PZNL consultatieteam, PaTz groepen (samenwerking huisartsen en wijkverpleegkundigen), het COPZ-team van Rijnstate, palliatieve zorg verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten palliatieve zorg en kaderartsen palliatieve zorg. Deze verschillende professionals/teams kunnen beter samen optrekken binnen het Netwerk om in meer samenhang de zorg te organiseren en ook financieel en juridisch te borgen.

### Afspraken op alle niveaus

Op dit moment wordt de inzet van consultants binnen het ziekenhuis team geregeld op basis van SONCOS-normen, daarbij behorende DBC-systematiek en binnen ziekenhuis Rijnstate vormgegeven binnen de afdeling COPZ. Hierbij worden patiënten gezien op de poli, worden binnen het ziekenhuis consultaties aan bed gegeven, transmuraal MDO's georganiseerd en bijdragen geleverd aan verbeterprojecten binnen het ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld het ontwikkelen van de APU (acute palliatieve unit). Daarnaast worden specialisten van dit team toegevoegd aan transmuraal projecten en initiatieven rondom inzet complexe palliatieve zorg in de regio. Het PZNL-consultatieteam functioneert op basis van contracten rondom inzet van specialisten palliatieve zorg, dat is geregeld via overeenkomsten tussen PZNL en de betrokken werkgever/zorgaanbieder. De consultants zijn 24/7 bereikbaar via een centraal telefoonnummer voor telefonische consultatie in de eerste lijn. In de ANW-uren wordt dit opgepakt door een bovenregionaal- of landelijk team.

De inzet van specialisten PZ is gefragmenteerd georganiseerd. Ook worden specialisten betrokken bij allerlei projecten, initiatieven, onderwijs, ontwikkelingen in de regio, die wel passen bij hun expertise, maar lang niet altijd bij hun rol in de organisatie of de regio. Het organisatiebelang en regiobelang lopen hierin ook niet altijd parallel, waardoor de betreffende specialist in dubio zit.



Hierdoor kan efficiënte en effectieve inzet van de in de regio beschikbare expertise niet goed plaatsvinden.

Om te komen tot een meer efficiënte en effectieve inzet van de in de regio beschikbare expertise is een Regionaal Kenniscentrum wenselijk/noodzakelijk, waarbij niet alleen kennis beschikbaar komt, maar ook praktisch ingezet en gecoördineerd kan worden binnen de regio. Los van waar de betreffende specialist werkzaam is, maar ten dienste van alle burgers en organisaties in de regio Arnhem en De Liemers.

### **Digitale ondersteuning**

Op dit moment wordt gebruik gemaakt van de volgende digitale ondersteuning:

- Consultatieteam palliatieve zorg: registratie in PRADO. PRADO betreft een landelijk systeem gefaciliteerd vanuit PZNL.
- Project Palliatieve Zorg-coach: registratie van inzet (a.d.h.v. een minimale dataset) in een digitaal dashboard, Lorio. Dit systeem is op maat gebouwd voor de regio.
- Er is digitale sociale kaart beschikbaar met overzicht van de specialisten palliatieve zorg in de regio, welke geactualiseerd moet worden en beschikbaar gesteld.

### **Passende financiering**

De financiering van de inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde professionals binnen consultatieteams is complex. De consultatie binnen het ziekenhuis is passend gefinancierd via de DBC Palliatieve zorg. Echter, dit betreft alleen de binnen het ziekenhuis benodigde consultatie. De consultatie in de eerste lijn wordt tot nu toe gefinancierd door PZNL via een landelijke subsidieregeling vanuit het Ministerie van VWS. Aangekondigd is, dat deze eindig is. Continuïteit hiervan is op landelijk niveau nog niet geregeld. Ook betreft het hier alleen de telefonische consultatie. Bedside consultatie, deelname aan MDO's en andere taken die gelieerd zijn aan inzet van specialisten vallen hier niet onder.

Er zijn op landelijk niveau wel mogelijkheden gecreëerd om passend te financieren op basis van zogenaamde TAPAŞ-betaaltitels. Het project Palliatieve Zorg-coach maakt vanaf 1 juli 2024 gebruik van één van deze betaaltitels. Denklijn hierbij is, om in het verlengde daarvan in de regio ook de andere betaaltitels in te gaan zetten voor onder andere de organisatie van coördinatie en continuïteit van de palliatieve zorg, de telefonische en bedside consultaties, het uitvoeren van MDO's in eerste lijn en transmuraal domein. Hierbij kan aangesloten worden op het landelijke experiment, dat hiervoor loopt en waar het project PZ-coach ook al op aangesloten is. Voordat dit in gang kan worden gezet is het aan de orde om hierover eerst in de regio verdere afspraken rondom inzet en samenwerking te maken.

### **Spiegel- en sturingsinformatie**

Huidige spiegel- en sturingsinformatie kunnen we ophalen via het PRADO-systeem en eigen dashboard voor de inzet van de palliatieve zorg-coaches (Lorio).

<b>Succesfactoren</b>	<b>Faalfactoren</b>
Samenwerking met een partij (Lorio) die op maat systemen bouwt t.b.v. onze digitale ondersteuning en spiegel- en sturingsinformatie.	Onbekendheid met bestaande digitale systemen die kunnen bijdragen aan de logistiek en organisatie van ondersteuning bij complexe problematiek.
Transitie van de huidige consultatievoorziening is in gang gezet.	Afhankelijkheid van landelijke (tijdelijke) subsidieregels en het registratiesysteem PRADO.
Team van betrokken specialisten die naast de inhoud ook een bijdrage leveren aan de procesontwikkeling en organisatie in de regio.	Inzicht (bewustwording) professionals: wanneer is er sprake van een complexe situatie?

## Maatschappelijke bewustwording

Informatie voor zowel burger als professional is bij elkaar gebracht en inzichtelijk gemaakt. Dit is te vinden via de website: [www.vorbereidinglaatstelevensfase.nl](http://www.vorbereidinglaatstelevensfase.nl), een samenwerking tussen ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen, wijkverpleging, welzijnswerk, patiënten- en ouderenorganisaties in de provincies Drenthe en Groningen, regio Arnhem en de Liemers, en regio Vitale Gelderse Vallei. Voordat burgers en generalistisch zorgverleners gebruik maken van deze informatie en met elkaar hierover ook gericht in gesprek gaan is het belangrijk, dat bewustwording hierop toeneemt. De visie dat palliatieve zorg tijdig aan de orde gesteld moet worden, ook goed kan bestaan naast ziektegerichte behandeling is nog geen gemeengoed. Op landelijk niveau worden hiervoor campagnes ontwikkeld voor burgers, waarbij ook campagnes voor generalistisch zorgprofessionals en professionals in het sociaal domein in ontwikkeling zijn. Binnen de regio Arnhem is in toenemende mate aandacht voor. Deze bewustwording is de basis om tijdige, passende zorg te kunnen ontwikkelen en keuzes te kunnen (helpen) maken met burgers, met het sociaal domein en ook binnen de samenwerking tussen de verschillende zorgprofessionals.

Acties die in het kader van maatschappelijke bewustwording al worden ondernomen zijn:

- Café Doodgewoon
- Theater Dansen met dood met aftermovie
- Folder De laatste levensfase. Bent u erop voorbereid?
- Wensenboekje
- Uitgave Pal voor U met regionaal overzicht en themaboekjes
- Publieksbijeenkomsten 'Vorbereiding laatste levensfase'
- [Levenspad Palliatieve Zorg](#)

Deze acties zijn deels structureel vormgegeven vanuit het Netwerk Palliatieve zorg, deels ook incidenteel, bijvoorbeeld om gesprek, beeldvorming, bewustwording in de regio op gang te brengen. Ook op de website <https://palliaweb.nl/netwerk-arnhem/patienten-en-naasten> is nog publieksinformatie te vinden. De bedoeling is dat alle publieksinformatie verbonden gaat worden met de website Vorbereiding laatste levensfase.

Input vanuit sociaal domein, communitys in de regio rondom het thema laatste levensfase, palliatieve zorg, het meer positief en opbouwend framen van deze begrippen staat in de regio nog in de kinderschoenen. Meer aandacht voor dit onderwerp bij burgers, medewerkers in het sociaal domein, vrijwilligers, maar ook hulpverleners is nodig, om onnodige zorg te voorkomen en meer preventief te kunnen werken.

Succesfactoren	Faalfactoren
Samenwerking met de al bestaande website <a href="http://www.vorbereidinglaatstelevensfase.nl">www.vorbereidinglaatstelevensfase.nl</a> Voortborduren op goede voorbeeld elders, deze vertalen naar onze regio en de beschikbare kennis delen.	De beschikbare publieksinformatie is lang niet altijd bekend bij de zorgverleners en vrijwilligers in de regio. Deze informatie is ook versnipperd aangeboden en niet goed en makkelijk te vinden.
Breed aanbod van publieksmateriaal wat afgestemd kan worden op wat nodig is voor de inwoner/zorgvrager.	Minimale betrokkenheid vanuit patiënt en inwoner perspectief.
Team van betrokken specialisten die naast de inhoud ook een bijdrage leveren aan de procesontwikkeling en organisatie in de regio.	Communicatie richting burgers en patiënten vindt weinig gestructureerd plaats.
Samenwerking vast communicatiebureau.	Verbinding landelijke campagnes beperkt.

## Deskundigheidsbevordering

Een actuele vraag is hoe we het beste deskundigheid op het gebied van palliatieve zorg kunnen benutten, organiseren en financieren. Het netwerk streeft ernaar om zorgprofessionals vanuit verschillende zorgdomeinen en disciplines samen te brengen, zodat zij van en met elkaar kunnen leren. We geloven dat door het samenbrengen van zorgprofessionals, kennis en vaardigheden worden uitgewisseld en samenwerking wordt bevorderd. Dit wordt mogelijk gemaakt door transmurale en interdisciplinaire scholingen waarin kennisdeling en samenwerking centraal staan. Daarmee hoopt het Netwerk Palliatieve Zorg zorgverleners te stimuleren om over de grenzen van hun eigen organisatie en discipline heen te kijken, om de kijk op palliatieve zorg te verbreden en samenwerking in de regio te versterken. Door structureel in te zetten op interprofessionele scholing en kennisdeling, werken we samen aan een zorgnetwerk waarin continu leren en verbeteren centraal staan. Daarnaast staan wij nauw in contact met [het onderwijsknooppunt](#) binnen ons consortium PalZo om de koppeling te maken tussen onderwijs, onderzoek en praktijk. We leren en ontwikkelen vanuit de beweging IK, IK-JIJ en WIJ. In de [regionale agenda](#) zijn onze scholingen en bijeenkomsten opgenomen.

### Ontwikkelpad

De ontwikkeling van het netwerk en de regio kan gezien worden als een pad, een reis van 'ik-zelf', via 'ik en jij' naar 'ik, jij en de organisatie'. Een toelichting:

Een organisatie beweegt als de mensen erin bewegen. Het startpunt van ieder ontwikkelpad ligt daarom bij aandacht voor het in beweging zetten van het individu. In dit kader zowel de bestuurder/manager, de zorgprofessional en vrijwilliger als de burger/patiënt/bewoner. Hiervoor is het nodig om te weten waar de mensen staan ten opzichte van de gewenste beweging en een beeld te hebben van de in te zetten krachten, kwaliteiten maar ook de belemmeringen. Leidende vragen zijn hier:

- wat is mijn achtergrond?
- waar ligt mijn drive, trots en plezier?
- wat zijn mijn voorkeuren?
- waarvoor/-over kan ik overtuigd zeggen 'ik ben verantwoordelijk'?

**IK**

**IK-JIJ**

**WIJ**

Uiteindelijk gaat het om het wij, de gezamenlijke prestatie van het samenspel tussen ik, jij en de organisatie. Alleen dan worden doelen en resultaten gerealiseerd. De leidende vragen:

- hoe zorg ik dat mijn collega verder kan (en de zorgvrager op de eerste plaats natuurlijk)?
- realiseren wij onze verantwoordelijkheid?
- hoe grijpen taken/bevoegdheden/verantwoordelijkheden in elkaar?;
- wat is er nodig aan structuur, organisatie, acties en besluiten?
- hoe zorgen we in de bestaande krachtenvelden voor succes, realisatie van de beloftes en continue presteren?

Als we elkaar niet kunnen vertellen waarom-wat-hoe we de dingen doen, wordt het ondoenlijk om te verbeteren. En gericht op de burger/patiënt/bewoner relatie: je weet pas waar je met je zorg naar toe moet in de betrekking met de ander. Interactie met die ander speelt dus een cruciale rol in met elkaar ontwikkelen. Het is van belang om inzicht te hebben in de mechanismes van het samenspel. Of nog concreter, de vaardigheid van communiceren. Leidende vragen zijn:

- hoe ga ik om met zowel mijn burger/patiënt/bewoner als mijn professionele collega?
- hoe ga ik om met mijn dokter/zorgverlener?
- hoe ziet de interactie eruit?
- ben ik bewust van mijn impact?
- wat is mijn effectiviteit?

Voor veel zorgprofessionals is palliatieve zorg onderdeel van hun reguliere zorg. In de basisopleiding van veel zorgprofessionals zoals huisartsen, medisch specialisten, wijk- en ziekenhuisverpleegkundigen is slechts marginaal aandacht voor deze zorg ingericht. De ontwikkelingen hierin gaan ook snel en de doelgroep groeit fors. Bovendien is de visie op wat palliatieve zorg is, fors aan verandering onderhevig. Veel professionals en organisaties zijn zich nog onvoldoende bewust van de impact van wat goede palliatieve zorg is en hoe dat vorm en inhoud te geven in de regio. De behoefte aan ophalen en uitbreiden van de basiskennis is groot. Nu wordt in de regio hier aandacht aan gegeven via bijvoorbeeld casuïstiekbespreking. Ook binnen PaTz-groepen vindt deskundigheidsbevordering plaats, dat is integraal onderdeel van deze werkwijze. Verder is deskundigheidsbevordering gefragmenteerd geregeld. Binnen de regio is gerichte aandacht voor

deskundigheidsbevordering aan de orde, vooral ook om de toekomstige zorgvraag en toekomstige ontwikkelingen in de passende palliatieve zorg vorm te kunnen blijven geven.

Het tijdig signaleren en markeren van de palliatieve fase is (nog) geen gemeengoed bij professionals in de regio. Wanneer en hoe dit te doen, op basis van welke uitgangspunten, met welk instrumentarium, op welke manier (bijvoorbeeld gespreksvoering) en met wie vraagt nog om verdere uitwerking en opname in bij- en nascholing in de regio. Eerste aanzet daartoe is wel gegeven, maar vraagt nog veel uitwerking.

Rondom deskundigheidsbevordering over proactieve zorgplanning is een scholingsprogramma gericht op generalisten ontwikkeld en in de praktijk getoetst. Hierbij wordt waar mogelijk interdisciplinair en multidisciplinair geschoold. Hierbij wordt nauw samengewerkt met de initiatieven die vanuit Onze Huisartsen hierin worden ondernemen, samen met het programma Samen in de Wijkzorg. Deze scholing is essentieel om de implementatie van de afspraken mogelijk te maken binnen en tussen organisaties. Het scholingsprogramma staat aan het begin van uitvoering, vraagt ook veel inzet van mensen, tijd en planning. Deze inzet is nu een groot knelpunt voor zorgaanbieders. De kosten voor deze scholingen zijn relatief hoog en er staat veel druk op de beschikbaarheid van de professionals voor deze activiteiten.

Succesfactoren	Faalfactoren
Visie van ik, ik-jij en wij. Dit komt steeds terug in de bijeenkomsten met vrijwilligers en professionals.	Beperking aan focus, we willen alles doen. Het ontwikkelen en uitvoeren van scholing vraagt veel tijd. Is het Netwerk hiervoor de aangewezen partij?
We zijn met een commissie Leren en ontwikkelen gestart, zodat de inhoud en toetsing vanuit de praktijk plaats vindt.	Beperkte samenwerking met andere scholingsprogramma's (denk aan andere Netwerken) en academies vanuit de organisaties zelf.
Ontwikkeling van het leer-en ontwikkelprogramma. Verkenning samenwerking HAN.	Niet alle bij palliatieve zorg betrokken professionals zijn op de hoogte van de laatste inhoudelijke ontwikkelingen rondom palliatieve zorg, zoals richtlijnen, vertaling naar regionale afspraken. Daarnaast weten ook veel generalistische zorgprofessionals onvoldoende hoe en wanneer de beschikbare expertise in de regio te benaderen.
Samenwerking binnen onderwijsknooppunt Consortium PalZo voor deskundigheidsbevordering van de specialisten palliatieve zorg.	Ook is het van belang, om bij professionals in zowel zorg- als sociaal domein de impact van tijdige palliatieve zorg onder de aandacht te brengen. Daar ligt nu nog een vraagstuk in visie en beeldvorming. Samenwerking sociaal domein is beperkt.

## **Schrijfgroep Transformatieplan palliatieve zorg**

Bert Buizert - programmamanager

Pauline Poel (tot eind 2024) – Adviseur PZNL

Christiaan de Vries – Adviseur PZNL

Ronja Driebergen – Adviseur PZNL

Erna Lindhout – Huisarts, medisch consulent palliatieve zorg

Maurice van der Vorst – Internist-oncoloog, kaderarts PZ, bestuurslid NPZ

Henk-Jan de Winter – Adviseur NPZ

Bo van Aalst – Coördinator NPZ

## **Netwerkpartners Netwerk Palliatieve Zorg regio Arnhem en de Liemers**

Attent Zorg en behandeling  
PZNL Consultatieteam Palliatieve Zorg  
Coöperatieve Apothekersvereniging regio Arnhem  
D3rde Verdieping  
Driegasthuisgroep/Thuiszorg Groot Gelre  
Driestroom  
Eenplus  
Liemerije  
Onze Huisartsen  
ParaGo  
Pleyade  
Rijnstate ziekenhuis  
Santé Partners  
Sensire  
Siza  
Stichting Hospice Rozenheuvel  
Stichting Nabij  
STMG  
VPTZ Arnhem  
VPTZ Midden-Gelderland  
VPTZ Betuwe  
Zinzia zorggroep  
Zorg & Welzijn Arnhem  
Vilente  
Vitaal thuiszorg  
BaasZorg  
Innoforte

## **Samenwerkingsverbanden Netwerk Palliatieve Zorg regio Arnhem en de Liemers**

Consortium PalZo  
Hogeschool Arnhem-Nijmegen  
Liemosa  
Netwerken Dementie Arnhem e.o.  
Netwerk Integrale Kindzorg Zuidoost NL  
Proscoop  
PZNL  
Samen in de Wijkzorg

## Samenvatting

### Mogelijkheden tot verbetering op belangrijkste thema's uit onze snelle toets in de regio Arnhem en De Liemers.

---

Het onderwerp 'Signaleren' nemen we apart. Dat vraagt met name om bewustwording. Bij burgers, patiënten, mantelzorgondersteuners, wijkcoaches, buurtcentra, zorgprofessionals.

#### Signalering

- Iedereen kan signaleren. Maar daarvoor is meer bewustwording nodig bij inwoners in de regio, inclusief vrijwilligers, medewerkers in het sociaal domein zoals wijkcoaches, buurthuizen/-centra en (zorg)professionals.
- Palliatieve zorg wordt nog te vaak gezien als 'eindelevenzorg', de volle omvang en impact van goede palliatieve zorg is nog onbekend
- Het is belangrijk dat we nog veel meer inwoners bereiken via o.a. Praat vandaag over morgen, diverse manieren om te werken aan cultuur omslag, taboe doorbrekend.
- Inwoners weten nu nog onvoldoende waar zij terecht kunnen.



### Mogelijkheden tot verbetering op belangrijkste thema's uit onze snelle toets in de regio Arnhem en De Liemers.

Markering	Proactieve zorgplanning	Transmurale coördinatie en continuïteit	Ondersteuning complexe casuïstiek
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaak te late markering.</li> <li>• Onduidelijk wie verantwoordelijk is voor markering.</li> <li>• Verwachtingen in rol- en taakverdeling zijn niet helder.</li> <li>• PaTz-methodiek onvoldoende ingebed en uitgezet in de regio.</li> <li>• Digitale ondersteuning vindt gefragmenteerd plaats, geen regionale sturing. Draagvlak in de regio is niet helder.</li> <li>• Bij- en nascholing is gefragmenteerd vormgegeven.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionale Samenwerkingsafpraak (RSA) PZP onvoldoende ingebed in organisaties.</li> <li>• Gespreksvoering vindt impliciet wel plaats, uitwisseling is beperkt. Bij veel patiënten hun wensen en grenzen nog niet vastgelegd.</li> <li>• Toepassing RSA PZP in de dagelijkse praktijk vraagt nog aandacht in de vorm van transmurale werkafspraken.</li> <li>• Behoefte aan aandacht voor maatschappelijke bewustwording: eenduidige informatie voor burgers, informele zorg en professionals.</li> <li>• Uitvoering leer- en ontwikkelprogramma vraagt nog veel tijd en aandacht.</li> <li>• Financiering tijd en implementatie in organisaties ontbreekt.</li> <li>• De uitkomst van pzp-gesprekken met gebruik van o.a. OZOverbindzorg formulier en delen van het wensenboekje is niet overal inzichtelijk.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levenspad palliatieve zorg kan nog meer gebruikt worden voor verdere ontwikkeling van initiatieven in de regio.</li> <li>• Regio en werkwijzen: gefragmenteerde inzet van specialisten PZ. Onduidelijkheid in taal en terminologie.</li> <li>• Nog geen sluitende financiering op coördinatie en inzet van specialisten in transmuraal domein.</li> <li>• Communicatie tussen zorgverleners en richting patiënten en naasten – waaronder gegevensoverdracht en bereikbaarheid - is nog niet goed geregeld. Regelzaken zijn nu nog te omslachtig en veeleisend.</li> <li>• De huidige kennis en beschrijving van het NPZ brengt de inhoud en eigenheid van de mantelzorg en de door zorgvrijwilligers geboden aandacht, hulp, ondersteuning, noch het samenspel tussen deze twee vormen van zorg en ondersteuning met de formele zorg niet in beeld.</li> <li>• Het capaciteitsvraagstuk is onvoldoende inzichtelijk, duidelijk is wel dat er ook in deze regio tekorten zijn waardoor de continuïteit van zorg in gedrang komt.</li> <li>• Niet alle VVT organisaties hebben beleid op palliatieve zorg.</li> <li>• Nog onvoldoende post hbo-opgeleide verpleegkundigen. Aantal kaderopgeleide artsen vraagt aandacht.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De specialist palliatieve zorg wordt niet altijd ingezet bij complexe casuïstiek waardoor mensen soms onnodig lijden en hun laatste levensfase niet op plek van voorkeur door kunnen brengen.</li> <li>• Er is behoefte aan duidelijke kaders, regionale werkafspraken en financiering voor de verschillende manieren waarop en wanneer specialistische palliatieve zorg kan worden geconsulteerd en/of ingezet.</li> <li>• Consultteam wordt nu nog vergoed vanuit een VWS subsidie die eindig is.</li> <li>• Transitie consultatieteam PZNL naar team in de regio uitwerken en verbinden met PZ-coach, team gespecialiseerde thuiszorg en Samen in de Wijkzorg binnen een Kennis- en coördinatiecentrum.</li> </ul>

1) Het kwaliteitskader is richtinggevend, niet normerend