

Concept IZA-transformatieplan palliatieve zorg Friesland

[naam van ons TP n.t.b.]

Transformatieplan palliatieve zorg Friesland | Waar staan we?



Palliatieve Zorg Friesland | Terug naar het begin: waarom willen we transformeren?

In 2023 formuleerden de NPZF al de doelstellingen in lijn met het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg



Wat belangrijk is voor mensen: welbevinden, kwaliteit van leven, rouwen, sterven en 'het verder leven' voor nabestaanden

Ambitie van de NPZF | Voor Friesland de palliatieve zorg als een vanzelfsprekend onderdeel te integreren in de reguliere zorg

Met deze activiteiten gaat NPZF dat van 2023 tot 2027 bereiken:

Maatschappelijke bewustwording



NPZF streeft naar een maatschappij waarin palliatieve zorg bespreekbaar is, door:

- o Publieksvoorlichting bij bestaande initiatieven (zoals Alzheimer café, bibliotheken en Vrouwen van Nu) door onze netwerkleiden
- o www.overpalliatievezorg.nl
- o www.palliaweb.nl/netwerk-friesland
- o Verbinding met samenwerkingspartners en stakeholders, zoals Sichtpunt en FHV
- o Samenwerking met de regionale media

Metten en monitoren



NPZF volgt en maakt inzichtelijk wat de impact van onze activiteiten is op de patiënt, op onze samenwerking en op de organisatiestructuur zoals:

- o Een hospiceonderzoek met ROS Friesland
- o Een onderzoek naar het effect van het wensenboekje met Zorgbelang Fryslân
- o Regionale (nu)metingen van de werkgroepen van NPZF zelf.

Opgedane inzichten kunnen worden gedeeld op het leerwerkplatform van NPPZ II

Proactieve zorgplanning



NPZF maakt een vertaalslag van het theoretische kwaliteitskader naar de praktijk door:

- o Regionale werkgroepen die zelf hun doelstellingen bepalen en passende instrumenten ontwikkelen, met directe impact op de patiënt.
- o Het provinciaal implementeren en borgen van interventies vanuit de regionale pilots "Proactieve zorgplanning op de Friese werkvloer".
- o Friese samenwerking rond proactieve zorgplanning/ACP met partijen als NDF, VNN en Ketenzorg Friesland en programma's als "Wijkgericht werken" en "Positieve gezondheid".

Projecten consortia



We implementeren in Noordoost Nederland goede proactieve zorg en ondersteuning, waarbij het perspectief van de patiënt leidend is en patiëntparticipatie voorwaardelijk. Met ondersteuning van NPPZ II werkt NPZF binnen het consortium Ligare aan:

- o De borging van projecten die bewezen effectief zijn en voor opschaling in aanmerking komen
- o De opschaling van kansrijke projecten en methoden middels een stappenplan
- o Het doorontwikkelen van projecten die net gestart zijn en later als kansrijk kunnen worden ingeschat

Vanaf 2027 zijn we niet meer afhankelijk van subsidie.

Palliatieve zorg is een vanzelfsprekend onderdeel binnen bestaande structuren in Friesland

Deskundigheidsbevordering



Alle zorgprofessionals in Friesland krijgen een professionele scholing over palliatieve zorg. We werken samen, maken gebruik van de bestaande kennis en vinden niet opnieuw het wiel uit.

- o Basisscholing
- o Speciale trainingen
- o Themabijeenkomsten
- o Symposia
- o Webinars

Versterken Friese samenwerking



NPZF wil de samenwerking in de palliatieve zorg versterken door:

- o Het agenderen van de thema's bij bestaande Friese programma's en bestuurlijke overleg-structuren in Friesland.
- o Passende (landelijke) bekostiging die bijdraagt aan proactieve transmurale palliatieve zorg.

De NPZF sluiten hierbij aan bij de landelijke ambitie



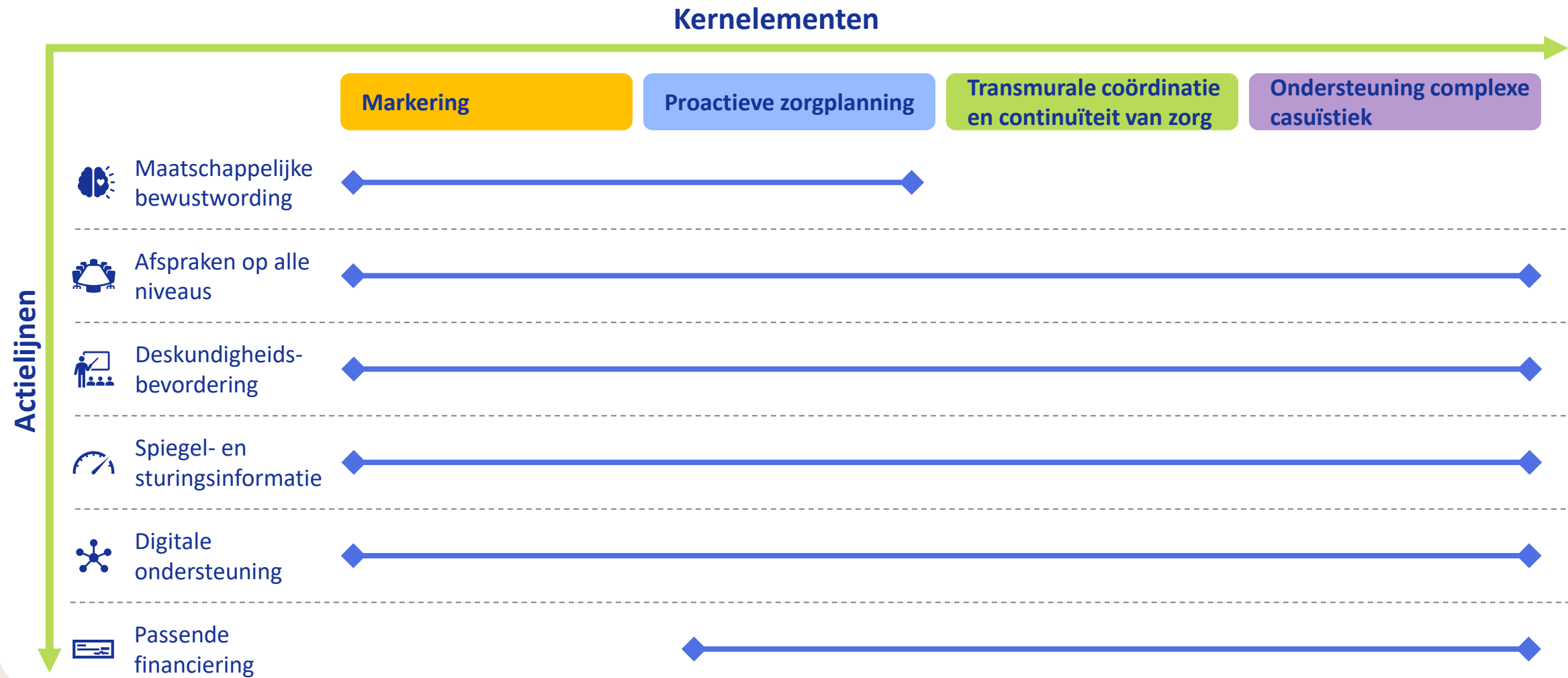
- Alle relevante landelijke koepelorganisaties hebben onderschreven:
- Kwaliteitskader Palliatieve Zorg
- Strategische Agenda Palliatieve Zorg

*Een vertaalslag van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) naar de Friese Netwerken Palliatieve Zorg (NPZF)

Kijk voor meer informatie op [Netwerk Friesland - Netwerk Friesland \(palliaweb.nl\)](http://NetwerkFriesland - Netwerk Friesland (palliaweb.nl))



Kwaliteitskader Palliatieve Zorg | Kernelementen en Actielijnen



KKPZ Kernelementen | Wat is de gedroomde manier van werken in Friesland?

Valt reeds binnen het Stappenplan Proactieve Zorgplanning Friesland

Signalering

Signalen van patiënten, naasten, mantelzorgers, vrijwilligers, zorg- en welzijns-professionals m.b.t. start palliatieve fase¹ of wijziging van situatie worden direct of indirect aan de behandelend arts (vaak de huisarts) doorgegeven

Markering

Alle (zorg)professionals kunnen markeren: de wijkverpleging, de huisartsenpraktijk, de casemanager dementie, het ziekenhuis, het verpleeghuis, verslavingszorg, GGZ, verstandelijke gehandicaptenzorg, sociaal domein, welzijnswerk etc. Ook de familie, mantelzorgers en de patiënt zelf kunnen markeren. Dit wordt direct of indirect aan de behandelend arts (vaak de huisarts) doorgegeven

Proactieve Zorgplanning

Vorbereidende gesprekken over PZP kunnen vanuit alle disciplines, familie en mantelzorgers met de patiënt worden gevoerd.

De markeerder gaat in overleg met de juiste hulpverlenende instantie (huisartsen- praktijk, ziekenhuis, verpleeghuis, GGZ, ...) over het in kaart brengen van de wensen en behoeften.

Als de wensen, afspraken en behoeften in kaart zijn gebracht, wordt dit schriftelijk vastgelegd in het PZP-formulier²

Transmurale coördinatie & continuïteit van zorg

In het MDO wordt (indien nodig in aanwezigheid van de specialist PZ):

- **de patiënt besproken op de vier domeinen** (psychisch, sociaal, lichamelijk en spiritueel) en vooruit gekeken
- **het team en aanspreekpunt voor de patiënt bepaald.**

Indien de patiënt in een ziekenhuis-MDO (palliatieve zorg) is besproken dan wordt de conclusie gedeeld met de huisarts. Op indicatie wordt de huisarts uitgenodigd voor dit MDO

Ondersteuning Complexe Casuïstiek

- In Friesland is per ziekenhuis een PAT of TOPZ team actief voor patiënten, naasten en professionals van binnen en buiten het ziekenhuis.
- Er is een PCTF voor provinciale consultatie overdag³.
- Er is extra ondersteuning en coaching voor patiënten met complexe casuïstiek, waarbij transmuraal wordt afgestemd.
- Er zijn PaTz-groepen of MDO's voor palliatieve casuïstiek bij huisartsen, samen met o.a. verpleegkundigen en geestelijk verzorgers.
- Mensen weten waar en bij wie ze terecht kunnen.

Stappenplan Proactieve Zorgplanning Friesland

In Friesland werken allemaal samen we aan de hand van het Stappenplan Proactieve Zorgplanning, aan de hand van vijf stappen:

1. Markeren
2. In kaart brengen van wensen en grenzen
3. Vastleggen
4. Overdracht
5. Checkmomenten

[Stappenplan-Proactieve-Zorgplanning-spreads.pdf](#)



1) Vanuit pragmatisch oogpunt hanteren we hier het laatste levensjaar; 2) Binnen de NPZF is een uniform formulier voor het PZP ontwikkeld (zie: [link](#)) en de handleiding (zie: [link](#)); 3) Palliatief Consultatie Team Friesland

KKPZ Kernelementen | Wie heeft welke rol en activiteit in de gedroomde manier van werken?

Uitwerking gedroomde toekomstige situatie (SOLL-matrix)

Werken volgens de vier kernelementen met rollen en verantwoordelijkheden per activiteit

		= Verantwoordelijk, geef aan met een 2 in het desbetreffende vak, kleurt vanzelf groen		= Niet verantwoordelijk voor deze activiteiten																																																					
		Patiënt		Huisarts		Wijkverpleging		Ziekenhuis		Verpleeghuis		VG sector		Hospice		GGZ		Overige																																							
		Patiënt	Naaste	Mantelzorg	Huisarts	POH	VS/PA	(Wijk)verpleegkundige	Verzorgende	Palliatief Verpleegkundige	Technisch Thuis team	Medisch specialist	Verpleegkundige	PA / VS	Palliatief team	SEH/ Ambulance	SO	VS, VPK, 24 uurs VP	Verzorgende	Palliatief team	VG arts	Gedragdeskundige	Persoonlijke begeleider	Regelverpleegkundige	Palliatieve Zorg	SO/HA	Verpleegkundige	Verzorgende	Vrijwilligers	Arts	Verpleegkundige	Verzorgende	Vrijwilligers	Intermed. zorg (incl. VPTZ)	Gemeente	Weldin																					
Activiteiten	Signaleren	Signaleert een (versnelde) achteruitgang bij een patiënt met een ongeneeslijke aandoening of kwetsbaarheid																																																							
	Markering	Geeft het signaal door aan de hoofdbehandelaar. Mogelijk gevolg hierbij is het aanvragen van een familiegesprek. Markeert als regelbehandelaar de palliatieve fase aan de hand van de Surprise Question en bespreekt dit met de patiënt en naaste(n) en noteert dit in het dossier, waar mogelijk vindt het gesprek plaats in samenwerking met andere betrokken zorgverleners. Brengt gemarkeerde patiënten in, in het MDO (bijv. PATZ, MDO kwetsbare ouderen), indien wenselijk in aanwezigheid van een consulent PZ. Stelt betrokken zorgverleners die niet in het MDO zitten, maar wel betrokken zijn bij de patiënt op de hoogte van markering, markeringsgesprekken en afspraken.																																																							
Proactieve zorgplanning	Proactieve zorgplanning	Initieert en voert een of meerdere PZP-gesprekken, waarna eventueel een aanpassing van het zorgplan volgt en eventueel ook van de indicatiestelling. Rapporteert volgens het Stappenplan PZP. (Zie: https://palliaweb.nl/getmedia/3583df32-dcb2-4e28-88cc-9206c5874f43/Stappenplan-informeert-de-patiënt,-naasten-en-mantelzorgers-tijdig-over-de-(on)mogelijkheden-van-formele-en-informele-zorg-en-ondersteuningsmogelijkheden-in-afstemming-met-andere-zorgverleners) Informeert de patiënt, naasten en mantelzorgers tijdig over de (on)mogelijkheden van formele en informele zorg en ondersteuningsmogelijkheden in afstemming met andere zorgverleners. Initieert indien noodzakelijk een MDO om behandelafspraken af te stemmen. Verwijst voor een belangrijke beslissing de patiënt (en naasten) naar de huisarts voor een 'time out' gesprek om keuzemogelijkheden in beleid en behandeling te bespreken																																																							
	Coördinatie en Continuïteit van zorg	Deelt gegevens / conclusies van de pzp-gesprekken / volgens Het Stappenplan PZP met alle betrokken formele zorgverleners. NB: wanneer iemand anders dan de HA hoofdbehandelaar blijft draagt hij/zij extra zorg voor delen gegevens met HA ten behoeve van bespreking in MDO. Raadpleegt de resultaten van de PZP (Stappenplan PZP) van patiënten in zorg als dit door een ander gemaakt is. Verwijst elke palliatieve zorgbehoefte op de 4 dimensies en geeft deze door aan de hoofdbehandelaar of bespreekt deze in het MDO. Signaleert palliatieve zorgbehoefte op de 4 dimensies en geeft deze door aan de hoofdbehandelaar of bespreekt deze in het MDO. Bespreekt alle patiënten in palliatieve fase/bewoners regelmatig in een (eerstelijns/ziekenhuis) overlegstructuur. (MDO/kernteam/PaTz met alle betrokken met informele zorg, mantelzorgondersteuning, het vvt-team en gespecialiseerde (wijk)verpleegkundigen)																																																							
Signalering achteruitgang	Signalering achteruitgang	Organiseert sprekkuren rondom PZ. Draagt zorg voor adequate overdracht bij ontslag of overplaatsing / doorverwijzing via centraal loket (zorgpunt) (nog te ontwikkelen)																																																							
	Ondersteuning complexe casuïstiek	Neemt contact op met de hoofdbehandelaar als hij/zij aanleiding ziet om het behandelbeleid aan te passen en plant de patiënt zo nodig in voor een MDO (heroverweg stappen onder PZP en TCC) Kaderhuisarts, aandachtverleners, ... of bij expertiseteam (palliatief team) van de eigen organisatie (indien aanwezig). Vraagt consultatie aan bij het consultatieteam van de regio (voor consultatie medische vraagstukken is afstemming met hoofdbehandelaar wenselijk) Vraagt in pz gespecialiseerde zorgverlener om aan te sluiten bij een MDO Benoemt één vast aanspreekpunt in geval van complexe casuïstiek Sluit aan bij MDO's in de wijk of in het ziekenhuis																																																							

Eind 2024 hebben we met elkaar de SOLL-matrix aangepast, ingevuld en gevalideerd

- De gevalideerde uitwerking is nog niet rondgestuurd; dit doen we op korte termijn alsnog
- Aanscherping is ten minste noodzakelijk vanuit het perspectief van de huisartsen

In Friesland hebben we het **Stappenplan Proactieve Zorgplanning**. Deze SOLL-matrix bouwt hierop voort en is daarmee een verrijking van wat we al hebben!

KKPZ Actielijnen | Op weg naar de gewenst toekomst in lijn met het Kwaliteitskader hebben we de de bestaande behoeften in kaart gebracht per actielijn

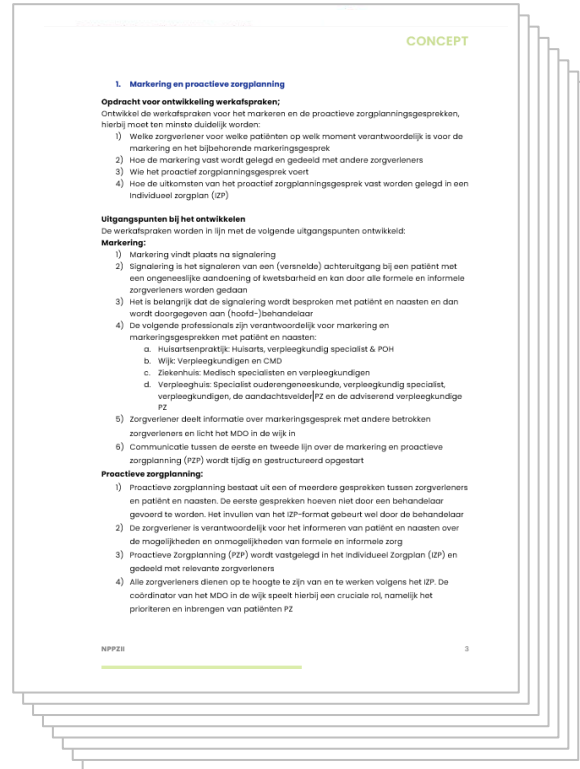
Actielijn	Doel dat we nastreven	Behoeften				
 Afspraken op alle niveaus	Zodat alle patiënten optimale en passende zorg krijgen in de laatste levensfase	1 Er is een beoogd palliatief zorgsysteem o.b.v. het KK, gedragen door experts & bestuurders	2 Er is bestuurlijk commitment op de te verwachten zorgverschuiving	3 Het beoogd palliatief zorgsysteem is vertaald naar werkafspraken	4 De werkafspraken zijn geïmplementeerd op de werkvloer	
 Maatschappelijke bewustwording	Zodat bespreken van wensen en grenzen in het laatste levensjaar normaal wordt	1 Inwoners weten dat ze het gesprek over de kwaliteit van leven ¹ kunnen voeren, ook als ze zelf niet ziek zijn	2 Inwoners weten waarom deze gesprekken waardevol zijn	3 Inwoners weten dat ze deze gesprekken zelf kunnen initiëren	4 Inwoners weten waar ze informatie kunnen vinden over palliatieve zorg	5 Inwoners weten wat palliatieve zorg inhoudt, en dat het breder is dan terminale zorg
1) En bijbehorende behandelgrenzen en -wensen						
 Deskundigheidsbevordering	Zodat iedere zorgverlener, formeel en informeel, kan werken volgens het KKPZ	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
 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 en deze wordt digitaal gefaciliteerd	3 Patiëntgegevens zijn digitaal eenvoudig te delen	4 Het multidisciplinair overleg (MDO) wordt digitaal gefaciliteerd	5 Er is digitaal inzicht in de capaciteit van andere zorgorganisaties
 Passende Financiering	Zodat het werken in lijn met het KKPZ financieel vergoed wordt	1 Hielen in bekostiging van passende zorg (pzp, transm. samenwerking, coördinatie, etc.) zijn opgelost	2 De contractuele afspraken sluiten aan bij de beoogde verandering	3 De contractuele afspraken zijn operationeel uitvoerbaar		
 Spiegel- en stuurinformatie	Zodat duidelijk is waar verandering slaagt, en waar sturing nodig is	1 Er is inzicht in mate van passende zorg eerder in het zorgproces	2 Er is inzicht in mate van potentieel niet-passende zorg in laatste levensmaand	3 Er is inzicht in beleving van patiënt en zorgverlener rondom zorgproces	4 Er is inzicht in de verwachte zorgverschuiving (en kosten van zorg) in palliatieve fase	5 Er is aansluiting op de landelijke voortgangsmeter ² met spiegelinformatie tussen regio's

2) Kwaliteitsindicatoren (Earle)



Zorginhoudelijke afspraken op alle niveau's | Afgelopen november zijn we met elkaar aan de slag gegaan met de eerste actielijn

We hebben een tiental zorginhoudelijke thema's gekozen...



...en deze samen uitgewerkt om structuur en richting mee te geven aan de nog te schrijven werkaafspraken

1. Kaders voor latere ontwikkeling van werkaafspraken:
Waar moeten we afspraken over maken?

2. Uitgangspunten bij het ontwikkelen:
Welke uitgangspunten nemen we in acht bij de uitwerking?

3. Deelnemende partijen:
Welke partijen willen we laten deelnemen aan het ontwikkelen van de werkaafspraken?

We hebben als feedback het verzoek ontvangen het plan zo concreet mogelijk te maken
Graag stellen we voor om de overige actielijnen uit te werken in vorm van producten en activiteiten

De transformatieopdracht op de 6 actielijnen is gevat in producten; deze producten leveren we op in de transformatieperiode

Producten

Voorstel, ter discussie

	Afspraken op alle niveaus	Werkafspraken kernelementen kwaliteitskader & overige ketens (acuut, farmacie, ...)	Implementatie van werkafspraken in organisaties	
	Maatschappelijke bewustwording	Communicatieplan Friesland	Bijeenkomsten	Publieksvoorlichting
	Deskundigheidsbevordering	Bij- en nascholing van zorgverleners op het gebied van pz met Firda, Experticecentrumen NHL	Borging van bij- en nascholing pz	Onderwijsplan initieel onderwijs met Firda, en NHL
	Digitale ondersteuning	Transmuraal inzicht in dossier & PZP via viewer i.s.m. andere initiatieven in Friesland	Bilaterale communicatie tussen zorgverleners i.s.m. andere initiatieven in Friesland	
	Passende financiering	Advies oplossingen hiaten in financiering en bekostiging	Notities gelijkgerichtheid zorginkoop in samenspraak met zorgverzekeraars	
	Spiegel- en sturingsinformatie	Meetplan en verweringsafspraken	Dashboard & duidings-cyclus met inzicht in voortgang op KPI's + extra inzichten	

Alle actielijnen worden ondersteund en aangestuurd door het IZA PZ programmamanagementteam om de voortgang en samenhang te borgen

Naast de producten formuleren we activiteiten per actielijn; samen vormen zij per actielijn de 'transformatieopdrachten' die we na goedkeuring uitwerken

Activiteiten

Voorstel, ter discussie

	Afspraken op alle niveaus	Ontwikkelen werkafspraken door projectleider i.s.m. organisaties	Implementeren van werkafspraken aan de hand van transformatieaanjagers	Periodiek evalueren en herzien van werkafspraken	
	Maatschappelijke bewustwording	Communicatieplan t.b.v. bewustwording ontwikkelen	Uitvoering communicatieplan	Borging activiteiten	
	Deskundigheidsbevordering	Ontwikkeling bij- en nascholingsplan	Uitvoeren bij- en nascholingsplan	Maken afspraken bij- en nascholing binnen en tussen organisaties	Extra ondersteuning onderwijsknooppunt
	Digitale ondersteuning	Ondersteuning middels trajectleider digitale ondersteuning			
	Passende financiering	Onderzoekstraject passende financiering	Jaarlijks vaststellen notities gelijkgerichtheid zvv & aanbieders		
	Spiegel- en sturingsinformatie	Meetplan en verwerkingsafspraken ontwikkelen	Dashboard opzetten en ontsluiten voor betrokken partijen	Dashboard periodiek vullen middels data-uitvraag bij organisaties	Inzichten duiden i.s.m. alle betrokken organisaties

Alle actielijnen worden ondersteund en aangestuurd door het IZA PZ programmamanagement-team om de voortgang en samenhang te borgen

Vooruitkijkend hebben we nog een aantal belangrijke zaken om met elkaar af te stemmen

Hoe kijken we aan tegen de resterende periode richting het afschrijven van ons transformatieplan?

Nieuwe programmamanager

- Sinds het nieuwe jaar is Yvonne Dijksterhuis onze nieuwe programmamanager
- Wij werken samen richting het afschrijven van het transformatieplan palliatieve zorg voor Friesland
- **Vraag: welke zaken geven jullie ons graag mee voor de komende periode?**

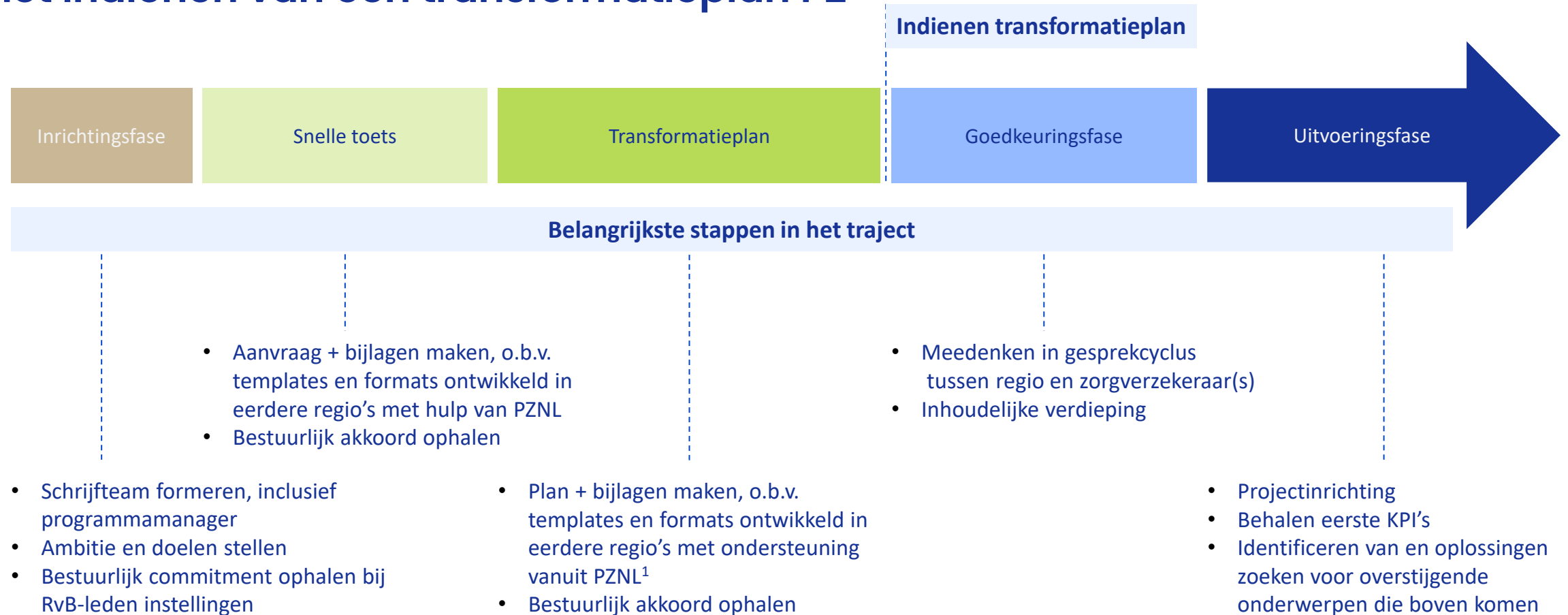
Afstemming met de zorgverzekeraar

- Het transformatieplan palliatieve zorg voor Drenthe&Steenwijkerland is net goedgekeurd door ZK en VGZ
- Als wij ons plan dit kwartaal (Q1 2025) kunnen indienen bij ZK is de kans groot dat dezelfde personen bij ZK ons plan beoordelen
- **Vraag: willen we wel of niet versnellen?**

Aanhaken van de bestuurders van onze instellingen

- Op dit moment vervult de Provinciale Regiegroep de functie van stuurgroep
- De bestuurders van onze instellingen zullen ons plan ook moeten ondertekenen voor indiening
- **Vraag: willen we (enkele van) onze bestuurders in een nieuwe stuurgroep samenbrengen?**

De transformatie palliatieve zorg bestaat uit vijf fases, wij werken nu toe naar het indienen van een transformatieplan PZ



1) IST, SOLL (gewenste toekomstsituatie wanneer we werken volgens het Kwaliteitskader PZ), zorginhoudelijke behoeften per actielijn, plannen-van-aanpak per actielijn, ...