

Indieningsformat: Voorstel impactvolle zorgtransformatie voor snelle toets

Dit indieningsformat kunnen indieners en beoordelaars van een voorstel voor impactvolle zorgtransformatie gebruiken om snel inzichtelijk te maken of een transformatievoorstel aan de criteria en voorwaarden voldoet voor een impactvolle zorgtransformatie. Het format kan worden gebruikt als oplegger bij het transformatievoorstel en geeft een beknopte samenvatting van de onderdelen van het voorstel.

Voor indieners: Vul hieronder in de naam van het plan, indienende partijen inclusief handtekening en contactpersoon
Naam van het plan: Transformatie Palliatieve Zorg Friesland
De indienende partijen doen dit in samenspraak met de leden van de Provinciale Regiegroep Palliatieve Zorg Fryslân, bestaande uit de volgende partijen: Antonius, Friese Huisartsen Vereniging, Ligare, KwadrantGroep, Medisch Centrum Leeuwarden, Nij Smellinghe, ROS Friesland, Thuiszorg Het Friese Land, Tjongerschans, VPTZ Zuidwest Friesland, Zilveren Kruis en Zorggroep Sint Maarten.
Indieners: <ul style="list-style-type: none"> o Ziekenhuizen: Antonius, MCL, Nij Smellinghe en Tjongerschans o Huisartsenorganisatie: Friese Huisartsen Vereniging o VVT: KwadrantGroep, Noorderbreedte/Thuiszorg Het Friese Land en Zorggroep Sint Maarten o ROS Friesland
Handtekening per indienende partij: zie addendum 2 op blz. 8 voor het tekenblad
Contactpersoon namens indienende partijen (naam, organisatie, emailadres en telefoonnummer): Elzaline Schraa, NPZF, e.schraa@rosfriesland.nl , 0615426422

Eerste snelle toets

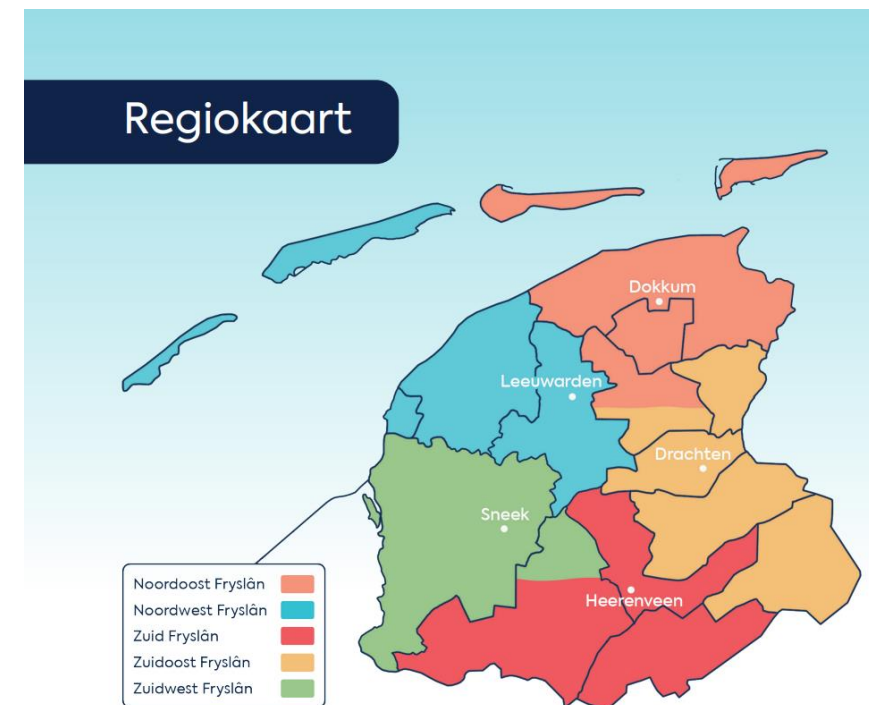
De eerste stap in het beoordelingsproces is het door middel van een snelle toets bepalen of er sprake is van een impactvolle transformatie die succesvol kan zijn en voldoet aan de aan de voorwaarden uit IZA en Mededingingswet. In het beoordelingskader is afgesproken dat de 'snelle toets' ook gebruikt kan worden voor het aanvragen van voortzetting van ingezette transformaties onder het HLA 2019-2022.

De indienende partij(en) heeft/hebben vóór indiening voor de snelle toets altijd contact met de coördinerend zorgverzekeraar; dit om af te stemmen over het over het indienings- en beoordelingsproces, de aanpak van het opstellen van een transformatieplan en andere aspecten waar ze rekening mee moeten houden. Op www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl is te zien welke zorgverzekeraar in welke regio de coördinerende rol vervult.

Beoordelingskader: Criterium/ voorwaarde	Toelichting:	Voor indieners: Licht hier beknopt toe op welke manier in het plan wordt voldaan aan het criterium/ de voorwaarde	Voor beoordelaars: Geef hieronder aan of wordt voldaan
Bij de beoogde transformatie is sprake van een substantiële impact (conform IZA-doelen) op een of meerdere van de onderstaande aspecten: <ol style="list-style-type: none"> 1. Het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet; 2. Regionale en/of landelijke herverdelingsvraagstukken (profielkeuzes); 3. De inzet van personeel; 4. De omvang van zorgvastgoed (in relatie tot de omvang van de zorgaanbieder). 	<p><i>Toelichting: Met profielkeuzes wordt bijvoorbeeld bedoeld: verschuivingen van patiëntenstromen met als doel het voorkomen van (zwaardere) zorg en/of optimale inzet van capaciteit binnen de regionale dan wel landelijke context.</i></p> <p><i>Met substantiële impact op de inzet van personeel wordt bedoeld dat de transformatie leidt tot substantieel minder en/of effectiever inzetten van schaars personeel (in aansluiting op de regionale arbeidsmarkt). Hieronder kan ook bij/nascholing vallen, waardoor personeel effectiever zorg kan verlenen.</i></p>	<p>Implementatie van het kwaliteitskader Palliatieve Zorg (PZ) heeft impact op het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet en de inzet van personeel.¹ Inwoners van Friesland raken meer bekend met de mogelijkheden van palliatieve zorg en kunnen hier beter gebruik van maken. De zorg sluit beter aan op de wensen en grenzen van patiënten en naasten in de laatste levensfase. We voorkomen hiermee niet-passende zorg.</p> <p>We lichten navolgend toe wat de transformatie inhoudt en wat de substantiële impact is op de gevraagde aspecten. Tot slot lichten we toe waarom we denken aan 'een gefaseerde aanpak'. Alle benoemde onderwerpen werken we verder uit in het transformatieplan waarbij we naast alle betrokken aanbieders ook graag de zorgverzekeraars betrekken.</p> <p>Transformatie: implementatie van het kwaliteitskader Het proces van proactieve, transmurale palliatieve zorg bestaat grofweg uit markering, proactieve zorgplanning, transmurale coördinatie & continuïteit en ondersteuning bij complexe casuïstiek. Proactieve, transmurale palliatieve zorg vergroot de kwaliteit van leven en sterven en zorgt dat er gehandeld wordt naar de wensen van de patiënt.</p> <p>Om deze transformatie ook daadwerkelijk te kunnen realiseren voorzien we een aanpak langs zes verschillende actielijnen (addendum 1 op blz.7</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afspraken op alle niveaus 	

2. Maatschappelijke bewustwording
3. Deskundigheidsbevordering
4. Digitale ondersteuning
5. Passende financiering
6. Spiegel- en sturingsinformatie

Het idee van het voorliggende plan is om voor de gehele 'regio' Friesland aan de slag te gaan. Friesland is groot en omvat de vijf 'subregio's' van de Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân.



We gebruiken de komende periode daarom om een meerjarenplan te maken waarbij we deelonderwerpen prioriteren en gefaseerd onderbrengen in het transformatieplan (zie laatste alinea).

Als het kwaliteitskader geïmplementeerd is, is er een verwacht effect op:

- Betere kwaliteit van leven²
- Meer inwoners sterven op plek voorkeur – thuis/hospice i.p.v. ziekenhuis, verpleeghuis²
- Meer rust in het zorgpad, en minder ad-hoc regelwerk
- Minder SEH bezoeken, minder spoedopnames, en minder IC opnames¹
- Minder beroep op ziekenhuiszorg – minder doorbehandelen²
- Minder contacten huisartsenpost (HAP)
- Betere kwaliteit van zorg op SEH en HAP als PZP-afspraken vastgelegd zijn
- Betere inzet informele zorg (zoals meer inzet VPTZ vrijwilligers)

Impact op zorggebruik in de zorgverzekeringswet (zie addendum 3 op blz.9)

Een eerste impactanalyse geeft als verwachting dat de transformatie duidelijk positieve impact heeft op capaciteit van kliniek (tot -6% punt), IC (tot -11% punt) en SEH (tot -2% punt) in Friesland. Daar staat tegenover dat de vraag naar eerstelijnszorg en wijkverpleging enigszins zal toenemen. Ondertekenende partijen werken hiervoor mitigerende maatregelen uit in het transformatieplan.

De verwachting is dat de transformatie daarnaast leidt tot EUR 0-4 miljoen jaarlijkse netto besparing op Zvw-zorgkosten. Hieronder ligt ten grondslag een structurele uitbreiding van

² Boddaert, et al. Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study


		<p>palliatieve zorg van € 3 miljoen t.b.v. meer tijd voor de patiënt (voor ACP), transmurale coördinatie, en ondersteuning bij complexe casuïstiek, die een besparing tussen de € 3 en 7 miljoen kan opbrengen door minder zorggebruik in de laatste levensfase. In de definitieve impactanalyse zullen wij ook de impact op de ambulancezorg meenemen.</p> <p>Inzet van personeel Dat betekent dat we de zorgcapaciteit in de tweede lijn ontlasten en de toegankelijkheid tot zorg vergroten door transmurale, proactieve palliatieve zorg. Passende palliatieve zorg kan tot toename van zorgvraag in de eerste lijn leiden. We nemen daarom in het project mee hoe we dit op een zodanige manier kunnen organiseren dat de gevraagde inzet met zo veel mogelijk gelijkblijvende capaciteit in de eerste lijn geleverd kan worden.</p> <p>Omvang van zorgvastgoed We verwachten dat de transformatie leidt tot minder niet-passende zorg en daarmee mogelijk ook een impact kan hebben op het zorgvastgoed. In dit stadium is deze impact nog niet duidelijk, we werken dit verder uit in het transformatieplan.</p> <p>Zie de bijgevoegde dia's voor een toelichting op deze cijfers. De impactinschatting voor Friesland analoog aan die in rapport "De Olifant de Kamer uit". Deze zal waar nodig nader worden gespecificeerd in het transformatieplan. Ook het aanscherpen van de KPI's en de afbakening van de betreffende patiëntengroep t.b.v. de metingen zullen onderdeel uitmaken van het transformatieplan.</p> <p>We stellen een gefaseerde aanpak met deelbegrotingen voor Deze snelle toets sorteert voor op het transformatieplan palliatieve zorg. Het gaat om een impactvolle transformatie in een omvangrijke regio. We denken daarom aan een fasegewijze aanpak met deelbegrotingen om het kwaliteitskader in te voeren. De komende tijd gebruiken we om te besluiten of we het project direct regionaal zullen starten of vanuit 1 of 2 subregio's starten en vervolgens opschalen.</p> <p>In de aanpak die we voorzien gaan we uit van één structuur voor heel Friesland gebaseerd op de zes actielijnen voor de transformatie palliatieve zorg (zie addendum 1 op blz.7). Waar dit kan zullen we werken naar een uniform proces voor de verschillende subregio's, waar dit nodig is hebben de verschillende subregio's de ruimte processen zelf in te regelen. Zo maken we zoveel mogelijk gebruik van regionale ervaring en sluiten we zoveel mogelijk aan bij lopende initiatieven en samenwerkingsverbanden. We werken dit verder uit in het transformatieplan en gaan hierover graag in gesprek met de zorgverzekeraars.</p>	
<p>De beoogde transformatie is in lijn met de feitelijke en openbare regiobeelden/plannen, de ROAZ-beelden/plannen en/of de visie en plan van aanpak voor de eerstelijnszorg voor 2030; voor zover die reeds vorm hebben gekregen.</p>	<p><i>Toelichting: Indien er geen of geen concrete relaties zijn gelegd met bovengenoemde plannen, dan wordt in het voorstel toegelicht waarom daarvan geen sprake is. Wanneer er nog geen regiobeeld- of plan is, is het ook mogelijk dat een transformatieplan los van een regioplan tot stand komt.</i></p>	<p>De beoogde transformatie palliatieve zorg brengt een beweging van een focus op gesegmenteerde ziektegerichte behandeling naar proactieve transmurale behandeling in nauwe samenwerking met de patiënt op gang. Naast de verbetering van zorgkwaliteit in het laatste levensjaar beogen we hiermee ook de personele zorgcapaciteit te ontlasten, zorggebruik in de Zvw te reduceren en de efficiency in van de klinische bedbezetting te verhogen.</p> <p>De transformatie palliatieve zorg sluit hiermee direct aan bij de belangrijkste conclusies en inzichten van het regiobeeld en de opgaven zoals beschreven in het regioplan. Elementen uit het kwaliteitskader palliatieve zorg worden expliciet genoemd in het regioplan. Daarnaast sluit de transformatie aan bij al bestaande samenwerkingsplannen rondom palliatieve zorg in de regio.</p> <p>Deze transformatie is in lijn met het regiobeeld Friesland. De elementen van het kwaliteitskader palliatieve zorg komen bij diverse onderwerpen naar voren. Onder punt 16 wordt palliatieve zorg specifiek toegelicht op de pagina's 151 t/m 155 Regiobeeld Friesland versie 4 juli 2023 (1).pdf</p> <p>Het regiobeeld stelt vast dat Friesland te maken heeft met grote uitdagingen wat betreft het bereikbaar houden van het zorgaanbod. Friesland kent een dubbele vergrijzing & hogere demografische druk, zorgkosten en personeelstekorten in de sector zorg en welzijn</p>	

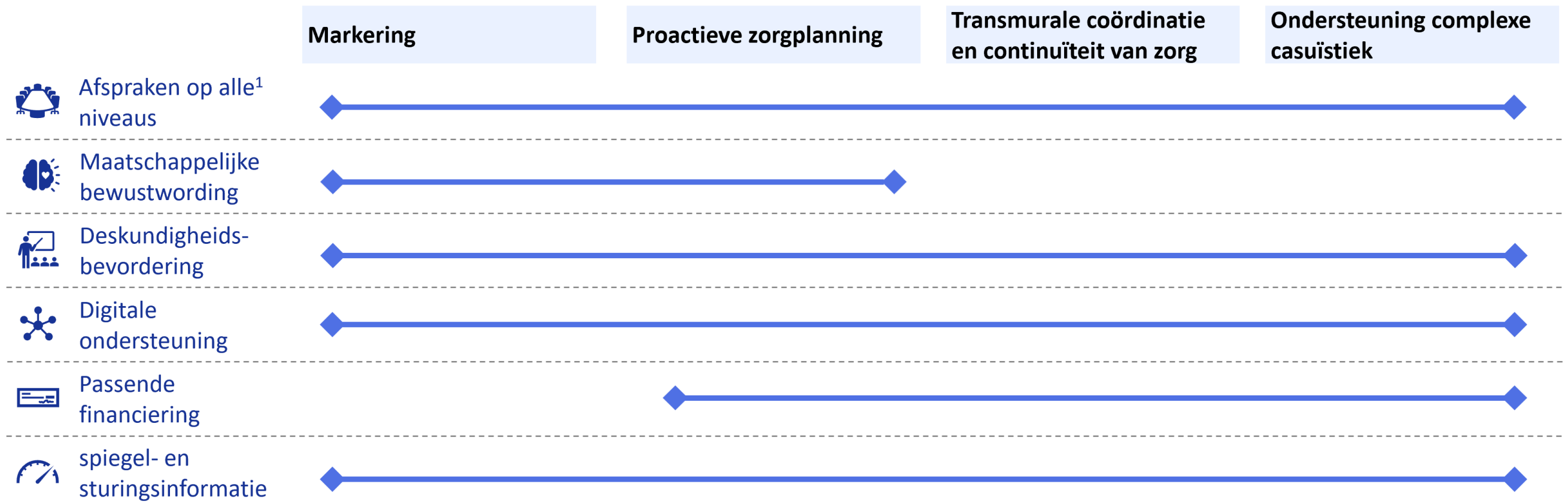
		<p>dan de rest van Nederland. Het transformatieplan kan aan de oplossing van al deze uitdagingen een bijdrage leveren:</p> <p>Gezondheid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Friesland heeft te maken met dubbele vergrijzing van de bevolking: er komen steeds meer ouderen en zij worden ook steeds ouder. • De ervaren gezondheid van Friese inwoners ligt hoger dan het landelijk gemiddelde, terwijl de levensverwachting in lijn ligt met het landelijk gemiddelde. Toch is er wel een dalende trend te zien in de ervaren gezondheid. <p>Kosten</p> <ul style="list-style-type: none"> • De demografische druk neemt toe in de periode 2023-2040 van 78,8% naar 100,6% en is daarmee hoger dan gemiddeld in Nederland. • De gemiddelde zorgkosten in Friesland zijn 96 euro (4%) hoger dan het Nederlands gemiddelde. <p>Medewerkers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het personeelstekort binnen de sector zorg en welzijn in de regio Friesland loopt op van 4,5% in 2021 naar 9,4% in 2030. Het personeelstekort in de regio ligt boven het Nederlands gemiddelde. • De huisartsenzorg in Friesland ervaart knelpunten met het opvullen van de huisartsenposities. Dit percentage ligt ver boven het landelijk gemiddelde. Dit probleem geldt tevens voor het vinden van waarnemers. • Uit werknemersenquête van afgelopen jaar van het CBS AZW blijkt dat de werktevredenheid is gedaald van 80,8% in het eerste kwartaal van 2021 naar 73,7% in het tweede kwartaal van 2022. <p>Op basis van het regiobeeld wordt in Friesland gewerkt met het regioplan Friesland. De ambitie "Van zorg naar gezondheid en welbevinden door het versterken van de Mienskip" wordt gerealiseerd langs twee benaderingen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sterke sociale basis 2. Passende en toegankelijke zorg <p>De beoogde transformatie kan een bijdrage leveren aan de toekomstbestendige medisch specialistische zorg (MSZ), een van de vier opgaven beschreven in het regioplan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Kansrijk opgroeien & gezond leven</i>: Het uitgangspunt voor het regioplan is het verhogen van de ervaren en algemene gezondheid en het welbevinden van de inwoners van Friesland. Daarvoor is het belangrijk dat inwoners in Friesland kansrijk opgroeien in een gezonde en veilige samenleving, veerkrachtig zijn en voorbereid zijn op een zelfstandig en gezond leven. 2. <i>Gezond ouder worden</i>: Friesland kent een dubbele vergrijzing, doordat er meer ouderen bij komen en de ouderen ook langer leven. Daarmee wordt het beroep op zorg en ondersteuning in de ouderenzorgketen vergroot. Inzetten op gezond ouder worden en wegnemen van de knelpunten in de ouderenzorg zijn daarom van belang. 3. <i>Mentale gezondheid en veerkracht</i>: Door de huidige wachtlijstproblematiek is het niet langer vanzelfsprekend voor inwoners die psychische hulp nodig hebben om deze (tijdig) te kunnen ontvangen. Ook is het versterken van de mentale gezondheid en veerkracht van inwoners in lijn met de ambitie om de ervaren en algemene gezondheid te verhogen. Het wegnemen van de knelpunten en versterken van de mentale gezondheid en veerkracht is daarmee een belangrijk thema. 4. <i>Toekomstbestendige medische specialistische zorg (MSZ)</i>: De toegankelijkheid van MSZ zorg staat onder druk door een groeiende zorgvraag, sterke vergrijzing en een toename van chronisch zieken. Er zijn op dit moment al lange wachttijden voor meerdere behandelingen en specialismes en het realiseren van kwaliteitseisen is, zeker bij oplopende volumennormen, moeilijk haalbaar. Daarom moeten we inzetten op de beweging waarbij inwoners zijn verzekerd van de best passende medisch specialistische zorg, nu en in de toekomst. <p>Elementen uit het kwaliteitskader palliatieve zorg komen logischerwijs naar voren in hierboven genoemde opgaven en fundamenten van het regioplan Friesland.</p>	
--	--	--	--

		<p>Specifiek wordt bij 'Gezond ouder worden' genoemd dat Advance Care Planning regionaal moet worden ingebed en het gedachtegoed reablement, bij inwoners en professionals. (blz 68). Bij het fundament Inwonerparticipatie & bewustwording wordt het volgende benoemd: Meer aandacht is nodig voor onderwerpen zoals de noodzaak van behandelingen en een menswaardig levenseinde, waarbij samen beslissen tussen cliënt/patiënt en professional nog belangrijker is. Wil de cliënt/patiënt nog wel alle mogelijke (medisch specialistische) interventies ondergaan? Om het samen beslissen goed te kunnen doen, moet de inwoner ook handvatten hebben om het gesprek met de professional goed aan te kunnen gaan (blz 49) Regio-plan Friesland versie 22 december 2023 (2).pdf</p> <p>Jaarlijks sterven in Friesland ongeveer 7000 mensen. Bij een groot deel van deze mensen komt het overlijden niet onverwacht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Van de verwachte overledenen is ruim 67% 75 jaar of ouder. • In Friesland hebben jaarlijks ongeveer 4.800 mensen behoefte aan palliatieve zorg, waarvan er ongeveer 3.000 géén Wlz-indicatie hebben • Kijkend naar de doodsoorzaken van de verwachte sterfgevallen binnen de provincie, staat kanker op nummer één (39-44%). Gevolgd door orgaanfalen (30-34%) en dementie (11-17%). <p>Het transformatieplan 'Implementatie kwaliteitskader palliatieve zorg' bouwt voort op verschillende reeds bestaande samenwerkingsrelaties en plannen in de regio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmurale Friese samenwerkingsrelaties die zijn ontstaan sinds de start van het project tapa\$; • Wijkgericht werken, waar Advance Care Planning een belangrijk onderdeel is; • <i>Proactieve zorgplanning op de Friese werkvloer</i> dat sinds 2020 wordt geïmplementeerd. Deze bottom-up benadering heeft ervoor gezorgd dat Advance Care Planning bij zorgmedewerkers uit alle vijf netwerken palliatieve zorg in Friesland bekend is. Kijk voor een overzicht en een beeld van de deelnemende partijen op Proactieve Zorgplanning op de Friese werkvloer - Netwerk Friesland (palliaweb.nl) 	
<p>Er is sprake van een aantoonbare en gedeelde urgentie bij de benodigde partijen.</p>	<p><i>Toelichting: Dit betekent dat de beoogde impactvolle transformatie wordt gedragen door alle partijen die bepalend zijn voor het kunnen realiseren van de transformatie. Er mag geen sprake zijn van afwenteling op partijen die wel direct worden geraakt, maar niet worden betrokken. Zorgaanbieders, zorginkopers, zorgprofessionals en patiënten(verenigingen) zijn/worden actief betrokken.</i></p> <p><i>Urgentie kan bijvoorbeeld worden onderbouwd dat de toegankelijkheid van zorg in het geding is (wachtlijsten, patiënten die geen eigen huisartsen hebben, tekort aan personeel).</i></p>	<p>Partijen zien urgentie in het realiseren van de beoogde transformatie palliatieve zorg (het verhogen van de kwaliteit en normaliseren van palliatieve zorg) vanwege groeiende zorgvraag door dubbele vergrijzing, toename van het aantal chronisch zieken, afname van de beschikbare zorgprofessionals en verschuiving naar de eerste lijn.</p> <p>We verwachten dat de implementatie van het kwaliteitskader leidt tot meer passende zorg. Dat komt ook naar voren uit de impactanalyse. De mate waarin patiënten nu passende zorg ontvangen is sterk afhankelijk van de zorgvraag, situatie en betrokken zorgverleners. Door palliatieve zorg integraal onderdeel te laten zijn van reguliere zorg, maken we palliatieve zorg voor iedereen toegankelijk. We verwachten daarmee dat veel meer mensen passende zorg ontvangen en voorkomen daarmee niet passende zorg zoals hiervoor beschreven bij de vraag over impact.</p> <p>De partijen vragen voorliggende snelle toets aan omdat ze de implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg zien als een belangrijke kwaliteitsverbetering van de zorg. Dit leidt tot meer passende zorg en sluit daarmee ook aan op de urgentie van de steeds groeiende zorgvraag en de daarbij achterblijvende (of zelf afnemende) capaciteitsgroei (zie hiervoor ook het regiobeeld). Daarom moeten we onnodige (niet passende) zorg voorkomen, slimmer organiseren, de informatie rondom de patiënt optimaal benutten, zelfredzaamheid vergroten, en meer inzetten op informele zorg zoals de inzet van vrijwilligers palliatief terminale zorg.</p> <p>Voor implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg is samenwerking van alle huisartsen, ziekenhuizen en zorg- en welzijnsorganisaties nodig in de regio. Hierbij zullen we ook de verbinding leggen met andere relevante partijen in het zorgveld zoals de 1^e lijns-apotheken en hulpmiddelenleveranciers.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>

<p>Er is onderbouwd waarom gelijkgerichtheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars noodzakelijk is om de doelstellingen te behalen.</p>	<p><i>Toelichting: Dit is een vraag met het oog op de Mededingingswet. Beschrijf hier waarom gelijkgerichtheid noodzakelijk is en door reguliere concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de transformatie niet effectief kan worden gerealiseerd.</i></p>	<p>Gelijkgerichtheid tussen zorgverzekeraars is ook van groot belang. Goede palliatieve zorg vraagt een andere manier van werken en zorgverlening, en moet een gedeelde intentie zijn voor alle patiënten in Friesland – ongeacht waar ze verzekerd zijn.</p> <p>Zorgverzekeraars spelen een rol omdat zij in de contractering de andere manier van werken kunnen faciliteren: er is sprake van langere consulten voor de PZP-gesprekken, meer indirecte patiëntenzorg en niet-patiëntgebonden activiteiten, soms ook voor patiënten niet in zorg bij de eigen zorgorganisatie. Daarbij komt dat er naar verwachting minder niet-passende zorg plaatsvindt in het ziekenhuis. Samen met de zorgverzekeraars moet voor dit geheel aan veranderingen de financiering passend gemaakt worden. Hoewel zorgverzekeraars hun (financiële) contractafspraken met zorgaanbieders naar eigen inzicht blijven maken is gelijkgerichtheid tussen zorgverzekeraars op de inhoud een voorwaarde voor brede implementatie.</p> <p>We willen dat alle inwoners toegang hebben tot goede palliatieve zorg en dat lukt niet zonder deelname van alle zorgverzekeraars aan het transformatieplan. Immers het helpt niet als de ene zorgverzekeraar wel proactieve zorgplanning mogelijk maakt door meer tijd met de patiënt te financieren en de ander niet. Of de ene zorgverzekeraar wel transmurale samenwerking stimuleert met middelen om coördinatie en samenwerking te financieren en andere(n) niet. We werken de passende financiering graag verder met de betrokken zorgverzekeraars uit als onderdeel van het transformatieplan.</p> <p>Goede palliatieve zorg zorgt voor verandering in de zorgvraag (vermindering van de zelijszorg). Dit is alleen te bereiken door een nauwe samenwerking tussen zorgaanbieders en goede passende financiële afspraken met de zorgverzekeraars, waarbij de contractuele afspraken van alle zorgverzekeraars gelijkgericht zijn.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
--	--	--	---

Actielijnen voor de transformatie palliatieve zorg

 Van groot belang voor transformatie palliatieve zorg



1) Strategisch, tactisch en operationeel niveau

Addendum 2. Ondertekenblad

Overzicht van indieners	
<p>Initiatiefnemer en indiener: Antonius Naam tekenbevoegde: M.C.M. Kuin Datum: 1-5-2024 Plaats: Sneek Handtekening: </p>	<p>Indiener: Friese Huisartsen Vereniging Naam tekenbevoegde: M. Talsma Datum: 11 mei 2024 Plaats: Burgum Handtekening: </p>
<p>Indiener: KwadrantGroep Naam tekenbevoegde: M.J.M. Nuijens Datum: 30.4.2024 Plaats: Drachten Handtekening: </p>	<p>Indiener: Medisch Centrum Leeuwarden Naam tekenbevoegde: W.J.M. Lenglet Datum: 30 april 2024 Plaats: Leeuwarden Handtekening: </p>
<p>Indiener: Nij Smellinghe Naam tekenbevoegde: B. Kleinlugtenbeld Datum: 16/5/2024 Plaats: Drachten Handtekening: </p>	<p>Indiener: Noorderbreedte/Thuiszorg Het Friese Land Naam tekenbevoegde: M. Kirchner Datum: 16 april 2024 Plaats: Leeuwarden Handtekening: </p>
<p>Indiener: Tjongerschans Naam tekenbevoegde: J.M. Wijnsma Datum: 16/4/24 Plaats: Heerenveen Handtekening: </p>	<p>Indiener: Zorggroep Sint Maarten Naam tekenbevoegde: J.P.A Bangma Datum: 18-04-2024 Plaats: Denekamp Handtekening: </p>
<p>Indiener: ROS Friesland Naam tekenbevoegde: A.P. Scherstra Datum: 2 mei 2024 Plaats: Heerenveen Handtekening: </p>	

Impactanalyse Friesland

Analyse van de 5 netwerken palliatieve zorg in de provincie Friesland



In samenwerking met



nationaal
programma
palliatieve
zorg II

Februari 2024

Agenda

Samenvatting van impact transformatie palliatieve zorg in Friesland

Impact op kwaliteit van leven en sterven – Landelijke onderzoeken

Impact op zorgcapaciteit Friesland

Financiële impact Friesland

Transformatie van palliatieve zorg leidt tot meer passende zorg met meerwaarde voor patiënt & gunstig effect op capaciteit & zorgkosten

CONCEPT

Impact van transformatie palliatieve zorg

[Analyse o.b.v. uitgangsjaar 2022]

- **Per jaar overlijden in Friesland ongeveer 4.800 personen niet onverwacht¹.** Deze groep komt in aanmerking voor palliatieve zorg. Ongeveer 3.000 van deze personen hebben geen Wlz-indicatie.
- **Het transformatieplan beoogt dat uiterlijk eind 2027 alle zorgprofessionals in de regio werken volgens het Kwaliteitskader palliatieve zorg,** en dat de randvoorwaarden hiervoor dan zijn ingevuld. Het transformatieplan zal beschrijven hoe dit bereikt wordt.
- **Werken volgens het Kwaliteitskader leidt tot een betere kwaliteit van leven en sterven en dus meer passende zorg.** Dit is o.a. terug te zien in het percentage patiënten dat overlijdt in het ziekenhuis. Uit landelijk onderzoek blijkt dat dit kan afnemen met 70%², voor Friesland betekent dit een afname van 17,0% naar 5,0%.
- **Werken volgens het Kwaliteitskader zorgt ook voor minder klinische ligdagen, IC ligdagen en SEH bezoeken** in de 30 dagen voor overlijden. Dit maakt zorgcapaciteit vrij en verlaagt de zorgkosten.
- **Door de daling in ziekenhuiszorggebruik stijgt naar verwachting het aantal huisartsconsulten en uren wijkverpleging.** In het transformatieplan worden mitigerende maatregelen beschreven om deze stijgingen te minimaliseren, bijv. door meer inzet hospicezorg.
- **Structurele uitbreiding van palliatieve zorg leidt ook tot meerzorg** door meer tijd voor de patiënt t.b.v. proactieve zorgplanning, transmurale coördinatie & continuïteit en ondersteuning bij complexe casuïstiek.
- **De netto kostenbesparing van de implementatie van palliatieve zorg volgens het Kwaliteitskader is € 0-4 MLN** voor alle relevante patiënten buiten de Wlz.²

Eerste inschattingen van impact op capaciteit en kosten zijn op basis van rapport "De Olifant de Kamer uit". Bij een transformatieplan palliatieve zorg worden deze analyses gedetailleerder uitgewerkt

1) Kerncijfers behoefte aan palliatieve zorg ([link](#))

2) Boddaert, et al. Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study ([link](#))

Agenda

Samenvatting van impact transformatie palliatieve zorg in Friesland

Impact op kwaliteit van leven en sterven – Landelijke onderzoeken

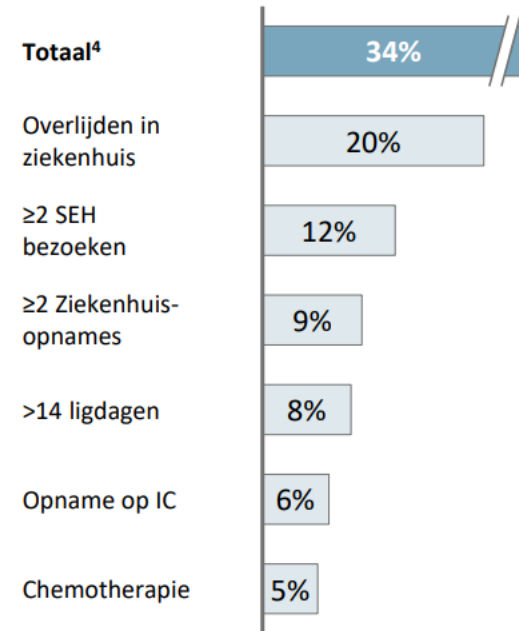
Impact op zorgcapaciteit Friesland

Financiële impact Friesland

Recente landelijke onderzoeken tonen aan dat goede PZ kwaliteit van leven en sterven verhoogt door minder niet-passende zorg

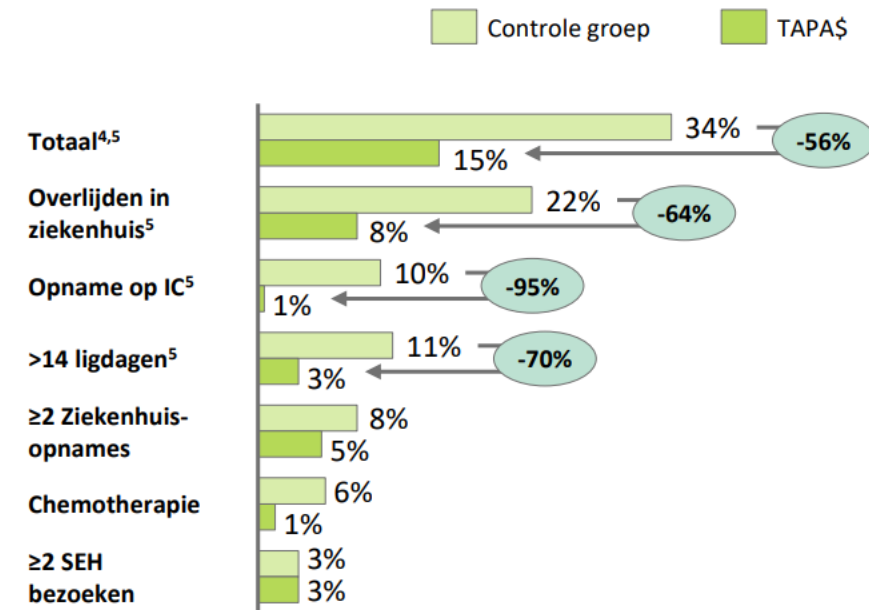
CONCEPT

Indicatoren potentieel niet-passende zorg bij kankerpatiënten
[% van totaal, laatste 30 dagen, 2019, landelijk]



34% van kankerpatiënten ontvangt in de laatste 30 dagen potentieel niet-passende zorg¹ (bij andere ziektegroepen is beeld vergelijkbaar²)

Voorbeeld: impact TAPA\$-initiatieven op indicatoren niet-passende zorg in de laatste levensmaand



TAPA\$

Regionale projecten gericht op interdisciplinaire transmurale samenwerking voor het realiseren van optimale palliatieve zorg voor de patiënten met ontwikkeling van drie innovatieve prestaties³

1) O.b.v. Boddaert et al. – “Inappropriate-end-of-life-cancer-care” (2022, [link](#)) 2) Nivel factsheets palliatieve zorg ([link](#), [link](#), [link](#)) 3) De 3 innovatieve prestaties zijn: Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg, Steun en Consultatie Palliatieve zorg (SCOP), Regiefunctie complexe palliatieve Zorg, 4) Totaal = minimaal 1 van de indicatoren aanwezig bij een individuele patiënt, 5)) Statistisch significant verschil
Bron: PZNL ([link](#)), Rapport resultaten TAPA\$ ([link](#)), interviews experts, analyse Gupta Strategists

Agenda

Samenvatting van impact transformatie palliatieve zorg in Friesland

Impact op kwaliteit van leven en sterven – Landelijke onderzoeken

Impact op zorgcapaciteit Friesland

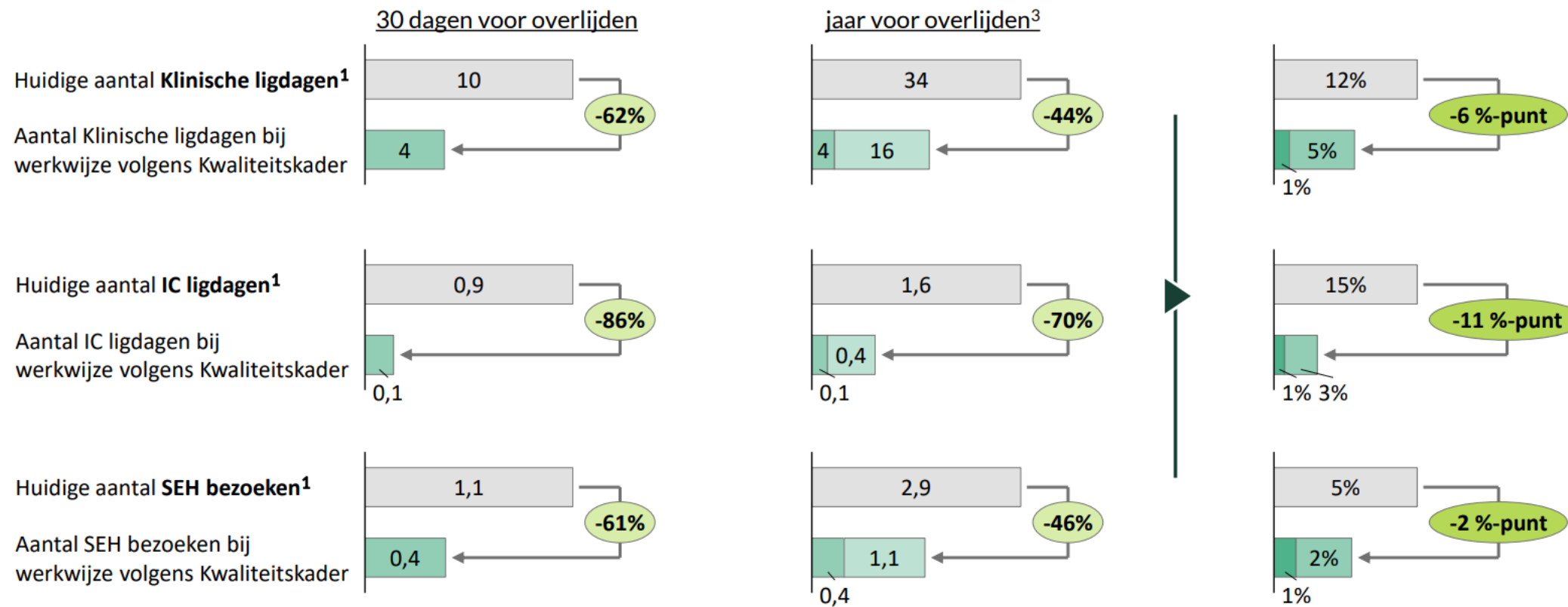
Financiële impact Friesland

Implementatie van Kwaliteitskader in Friesland leidt tot minder gebruik van (schaarse) capaciteit op kliniek, IC en SEH

CONCEPT

Impact transformatie op regionaal ziekenhuiszorggebruik van patiënten met verwacht overlijden in 30 dagen en jaar voor overlijden [# x 1.000 Klinische ligdagen, IC ligdagen en SEH bezoeken², 2022]

Impact regionale capaciteit [% van jaarlijkse capaciteit⁴]



Data voor andere kwaliteitsindicatoren nu nog niet beschikbaar (bijv. chemotherapie)

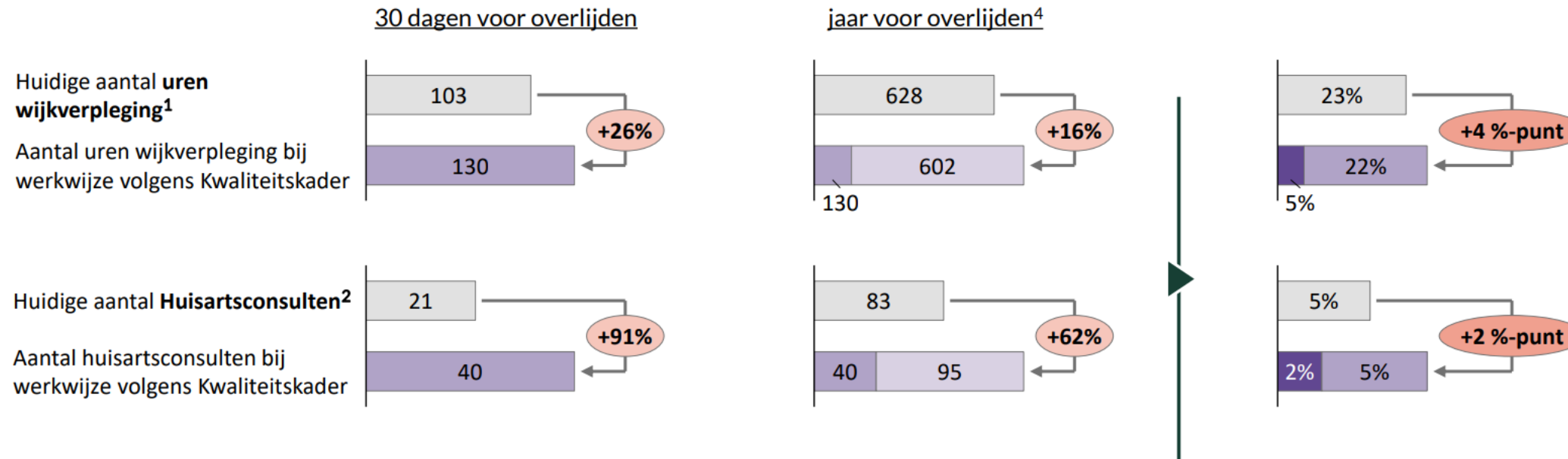
1) Afmeting gebaseerd op studie: Boddaert, et al. Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study ([link](#)) 2) Waar mogelijk specifiek cijfers van de provincie Friesland genomen 3) Zorg in het jaar van overlijden is opgesplitst in zorg in de laatste 30 dagen en zorg in de rest van het jaar 4) regionale capaciteit op basis van provincie Friesland, Data KO-ligdagen (2022) en SEH-bezoeken (2021) van RIVM, Data IC-ligdagen (2021) van ministerie VWS

Implementatie Kwaliteitskader in Friesland vraagt meer capaciteit 1^e lijn in de vorm van wijkverpleging en huisartsconsulten

CONCEPT

Impact transformatie op regionaal zorggebruik in 1^e lijn van patiënten met verwacht overlijden in 30 dagen en jaar voor overlijden [# x 1000 uren wijkverpleging, huisartsconsulten³, 2022]

Impact regionale capaciteit [% van jaarlijkse capaciteit⁵]



1) Qua zorgvraag staat een klinische ligdag (IC en klinisch) gelijk aan 4 uur wijkverpleging 2) De intensiteit van huisartsenzorg in de laatste maand wordt verhoogd naar dezelfde intensiteit tijdens laatste 7 dagen voor overlijden 3) Waar mogelijk specifiek cijfers van Friesland genomen, huisartsconsulten zijn nog steeds gebaseerd op landelijke gemiddelde, uren wijkverpleging bij huidige werkwijze ook 4) Zorg in het jaar van overlijden is opgesplitst in zorg in de laatste 30 dagen en zorg in de rest van het jaar 5) regionale wijkverpleging- en huisartsconsultencapaciteit op basis van provincie Friesland, data van RIVM (2022)

Agenda

Samenvatting van impact transformatie palliatieve zorg in Friesland

Impact op kwaliteit van leven en sterven – Landelijke onderzoeken

Impact op zorgcapaciteit Friesland

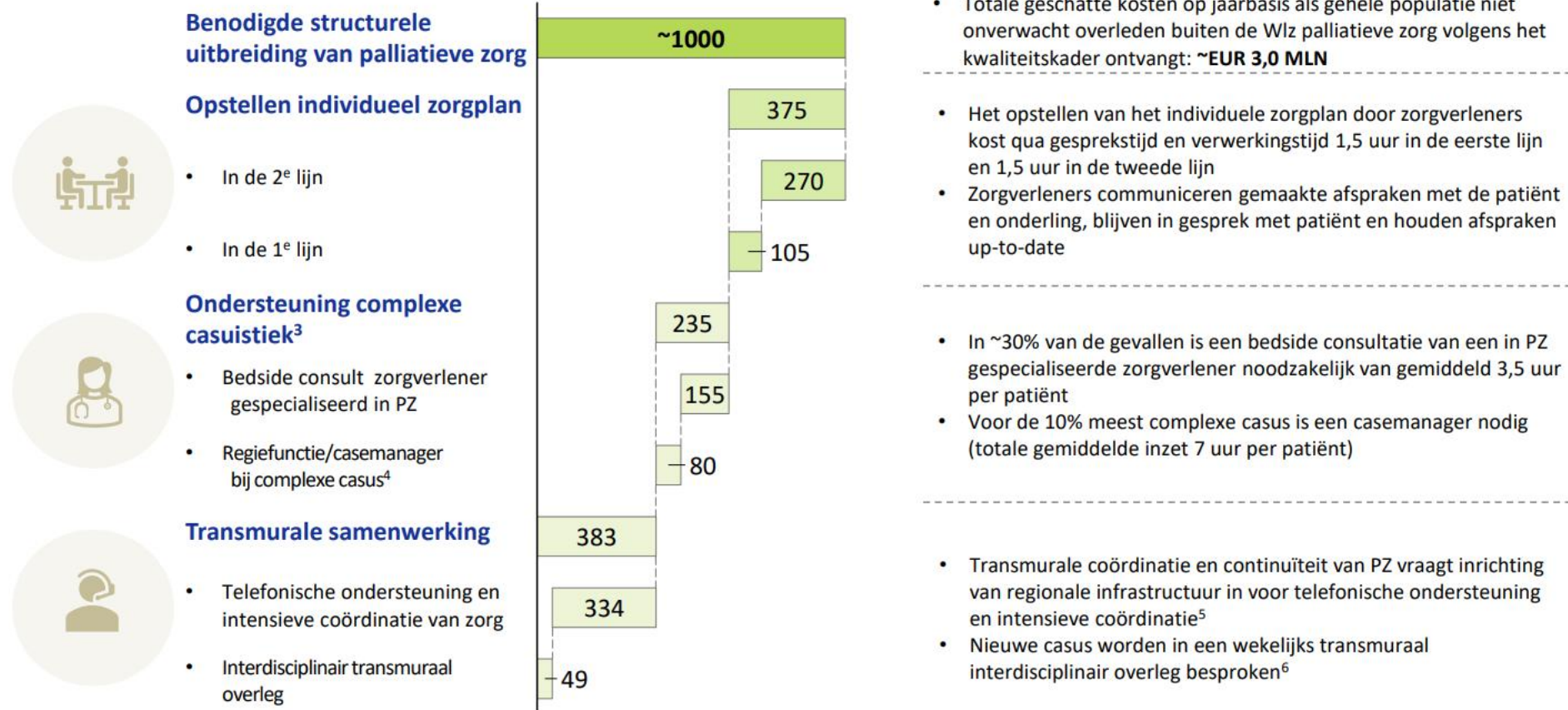
Financiële impact Friesland

De structurele uitbreiding van palliatieve zorg leidt naar verwachting tot ~1.000 EUR meerkosten per patiënt

CONCEPT

Opbouw meerkosten voor benodigde structurele uitbreiding van palliatieve zorg¹

[EUR per gemiddelde patiënt, voor populatie niet onverwacht overleden buiten de Wlz, n=3,0k²]



- Totale geschatte kosten op jaarbasis als gehele populatie niet onverwacht overleden buiten de Wlz palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader ontvangt: **~EUR 3,0 MLN**
- Het opstellen van het individuele zorgplan door zorgverleners kost qua gesprekstijd en verwerkingstijd 1,5 uur in de eerste lijn en 1,5 uur in de tweede lijn
- Zorgverleners communiceren gemaakte afspraken met de patiënt en onderling, blijven in gesprek met patiënt en houden afspraken up-to-date
- In ~30% van de gevallen is een bedside consultatie van een in PZ gespecialiseerde zorgverlener noodzakelijk van gemiddeld 3,5 uur per patiënt
- Voor de 10% meest complexe casus is een casemanager nodig (totale gemiddelde inzet 7 uur per patiënt)
- Transmurale coördinatie en continuïteit van PZ vraagt inrichting van regionale infrastructuur in voor telefonische ondersteuning en intensieve coördinatie⁵
- Nieuwe casus worden in een wekelijks transmuraal interdisciplinair overleg besproken⁶

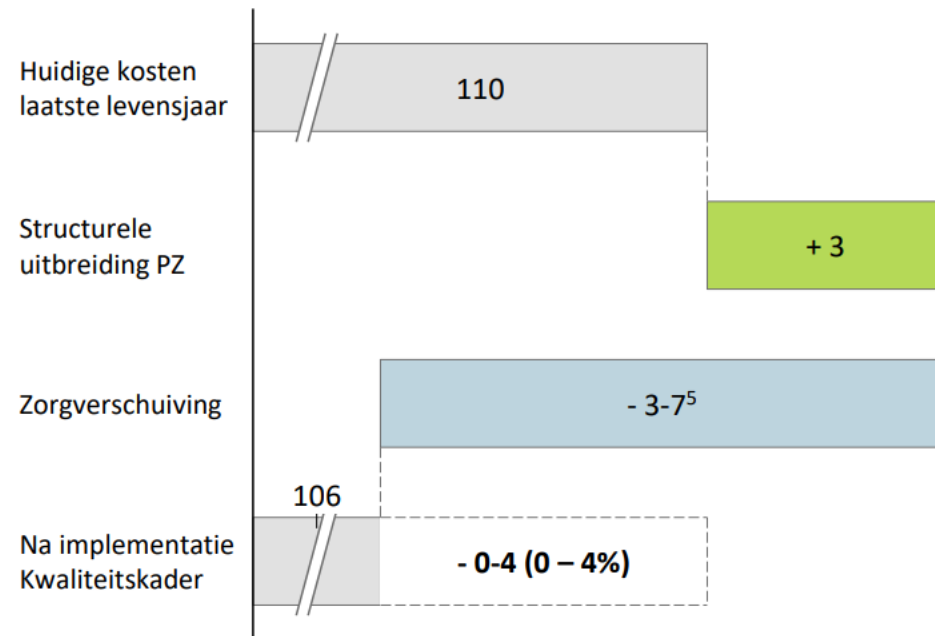
1) Gepresenteerde doorrekening is een eerste inschatting van de kosten voor structurele uitbreiding van palliatieve zorg en vormt daarmee een vertrekpunt. Daarnaast vindt momenteel doorontwikkeling plaats t.a.v. de financiering die impact kan hebben op uiteindelijke tarieven. Ook dient concrete invulling van uitbreiding van PZ rekening te houden met lokale situatie. Gehanteerde NZa-tarieven bevatten opslag voor overhead, maar deze kan niet dekkend zijn voor benodigde infrastructuur en ondersteuning van zorgverleners in de uitvoering van hun taken 2) Bron: NZa, met schaling naar 2022 3) In dit geval worden dus zorgverleners die generalistische palliatieve zorg verlenen ondersteund door zorgverleners gespecialiseerd in palliatieve zorg. Hierbij wordt rekening gehouden met inzet van verpleegkundig specialisten of artsen gespecialiseerd in palliatieve zorg 4) Casemanagers (bijv. in de vorm van verpleegkundig specialisten) zijn bewezen effectief in de praktijk. Zie uitkomsten Proscop-onderzoek ([link](#)) 5) Per 1.000 palliatieve patiënten op jaarbasis wordt rekening gehouden met de volgende benodigde inzet: 40 uur per week aan inzet door verpleegkundig specialisten en 10 uur per week aan inzet van een arts gespecialiseerd in PZ 6) In de doorrekening wordt rekening gehouden met situatie dat 3 zorgverleners elke week deelnemen aan een 2 uur durend overleg. Dit overleg kan ook enkel binnen eerste lijn plaats vinden volgens PaTz systematiek Bron: NZa, Interviews met experts palliatieve zorg, NZa uurtarieven ([link](#), [link](#), [link](#)). Voor tarief van verpleegkundig specialist is het tarief voor gespecialiseerde verpleging verhoogd met 10%. Analyse Gupta Strategists

Andere werkwijze in 1^e en 2^e lijn conform kwaliteitskader leidt tot een besparing van EUR 0-4 MLN

CONCEPT

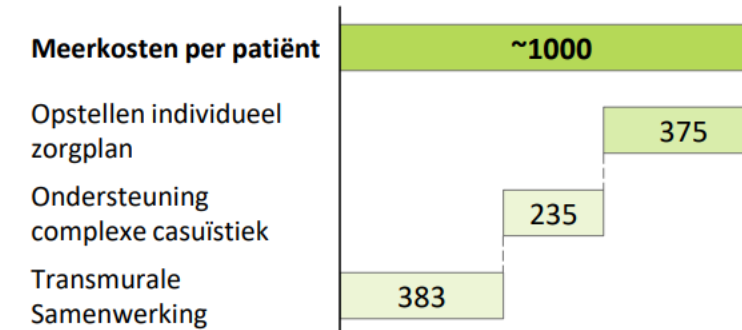
Netto kostenbesparing na transformatie: EUR 0-4 MLN

[Analyse o.b.v. uitgangsjaar 2022 in EUR MLN]



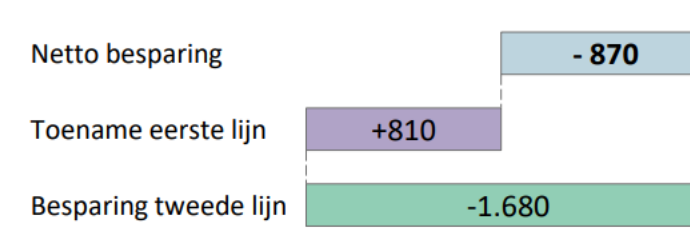
Opbouw meerkosten structurele uitbreiding van PZ⁶

[EUR per gemiddelde patiënt, n=3,0k⁷]



Impact zorgverschuiving op kosten^{1,2,3,4}

[EUR per gemiddelde patiënt, n=3,0k⁷]



Netto besparing per patiënt bij lineaire extrapolatie naar het gehele laatste levensjaar: ~ EUR 2.400

1) Afname ratio gebaseerd op studie: Boddaert, et al. Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study ([link](#)) 2) Qua zorgvraag staat een klinische ligdag (IC en klinisch) gelijk aan 4 uur wijkverpleging 3) De intensiteit van huisartsenzorg in de laatste maand wordt verhoogd naar dezelfde intensiteit tijdens laatste 7 dagen voor overlijden 4) Tarieven gebaseerd op "Prestatie en tariefbeschikkingen 2023" NZa ([link](#)) & Zorgwijzer ([link](#)) 5) EUR 3 MLN o.b.v. impact in de laatste maand, EUR 7 MLN bij lineaire extrapolatie naar het gehele laatste levensjaar 6) Doorrekening is een eerste inschatting van de kosten voor structurele uitbreiding van palliatieve zorg en vormt daarmee een vertrekpunt 7) Bron: NZa, met schaling naar 2022. Bron: Analyse Gupta Strategists