



**Vervolgbijeenkomst Transformatie Palliatieve Zorg Friesland**

22 oktober 2024

2024



netwerken  
palliatieve zorg  
fryslân




nationaal  
programma  
palliatieve  
zorg II

1

**Agenda**

<b>Welkom en introductie</b>	<b>15:00 – 15:05</b>
1. Implementatieplan Kwaliteitskader Palliatieve Zorg en urgentie daartoe	15:05 – 15:15
2. Uitwerken SOLL: gedroomde toekomstige zorgpad	15:15 – 16:10
3. Uitwerken SOLL: actielijnen en behoeften om aan te beantwoorden	16:10 – 16:45
Vervolgstappen en afsluiting	16:45 – 17:00



netwerken  
palliatieve zorg  
fryslân

2

2

## Het implementeren van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg doen we met alle NPZF-partijen; we betrekken uiteraard ook anderen, o.a. GGZ en patiënten

### NPZF-deelnemersorganisaties



### Aanvullende organisaties

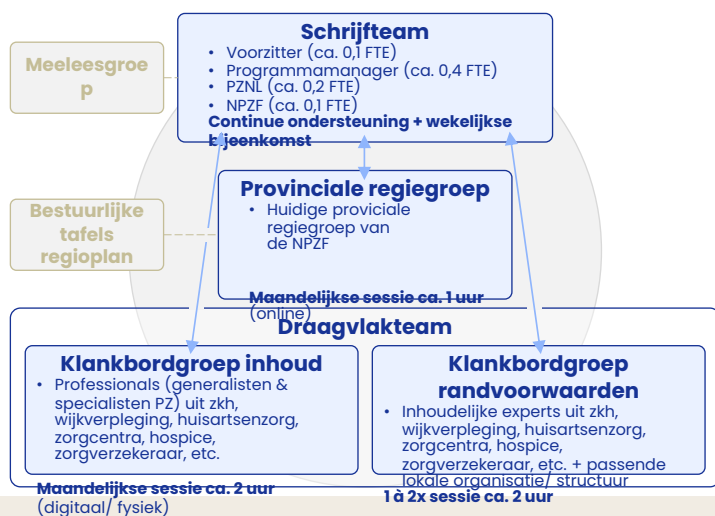
We betrekken ook buiten NPZF-organisaties met een belangrijke rol met betrekking tot palliatieve zorg, waaronder:



## Een schrijfteam werkt op basis van input van het draagvlakteam het transformatieplan PZ uit; de provinciale regiegroep keurt de plannen goed

Regio Friesland

### Voorgestelde projectstructuur voor schrijven transformatieplan



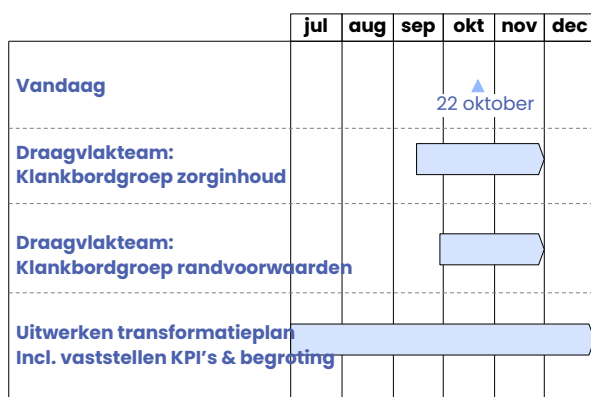
Het **schrijfteam** is de spil in het opstellen van het transformatieplan. Zij zijn verantwoordelijk voor het uitwerken van de stukken, voor het voorbereiden van de sessies en voor het coördineren van de projectgroepen

De **Provinciale regiegroep** is verantwoordelijk voor het goedkeuren van strategische en tactische keuzes en voor de verbinding met de regiotafels

Het **draagvlakteam** is verantwoordelijk voor draagvlak onder de zorgprofessionals. Het bestaat uit een **klankbordgroep zorginhoud**, die meedenkt en adviseert over het zorgpad en de afstemming met werkvloer en uit een **klankbordgroep randvoorwaarden**, die vanuit expertise een plan van aanpak uitwerkt voor elk van de afdelingen van het kwaliteitskader PZ

## We mikken op eind 2024 om het transformatieplan in te dienen; hierin staan de opdrachten voor de transformatieperiode 2025 – 2027

Globale planning uitwerken transformatieplan palliatieve zorg



Vandaag houden we de validatiebijeenkomst over de SOLL:

- Valideren van de gewenste toekomst wb. werken volgens KKPZ
- Valideren van de behoeften / aandachtspunten per actielijn
- Vaststellen van de opdrachten tijdens de implementatieperiode van de transformatie (~2025 – 2027)
- Uitwerken van de transformatieopdrachten voor de rand-voorwaarden (bijv. digitalisering)
- Schrijven van het integrale transformatieplan op basis van uitwerking door draagvlakteam
- Opstellen van indicatoren, impactanalyse en begroting
- Ophalen van input en aanvullingen bij meeleeesgroep en regiegroep

5

## Agenda

Welkom en introductie	15:00 – 15:05
<b>1. Implementatieplan Kwaliteitskader Palliatieve Zorg en urgentie daartoe</b>	<b>15:05 – 15:15</b>
2. Uitwerken SOLL: gedroomde toekomstige zorgpad	15:15 – 16:10
3. Uitwerken SOLL: actielijnen en behoeften om aan te beantwoorden	16:10 – 16:45
Vervolgstappen en afsluiting	16:45 – 17:00

6

## Het IZA en NPPZ II geven het momentum om de integratie van palliatieve zorg in het reguliere zorgproces te versnellen



**Kwaliteitskader palliatieve zorg NL**



Nationaal programma dat zich richt op **pijlers essentieel voor transformatie**, zoals digitale gegevensuitwisseling, meten en monitoren, etc.



**Netwerken palliatieve zorg en consortia palliatieve zorg**



**Richtlijnen:** 28 reeds beschikbaar of in ontwikkeling; o.a. voor ALS, COPD, kinderen, delier, rouw, jeuk, angst en obstipatie



**Praktijkervaring:** PaTz-initiatieven, TAPAS pilots, inkoopontwikkeling Bernhoven, etc.

nationaal programma palliatieve zorg II

Integraal Zorg Akkoord

Komende jaren **dé agenda** voor zorgaanbieders, patiëntverenigingen, zorgverzekeraars en overheid



**Middelen en menskracht** om zorgprocessen écht te kunnen veranderen



Bewaking van **samenhang** (en synergie) met andere transformaties, kaders en richtlijnen



**Gelijkgerichtheid** op inhoud bij contractering



netwerken palliatieve zorg Fryslân

7

7

## Met de transformatie palliatieve zorg versnellen we de integratie van de palliatieve zorg in het reguliere zorgproces

### Wat willen we hiermee bereiken?

Uit de Strategische Agenda Transformatie Palliatieve Zorg



#### Optimale afstemming op wensen en grenzen

- Patiënten, naasten en zorgprofessionals durven het gesprek over wensen en grenzen te voeren
- Zorg wordt hierop optimaal afgestemd

#### Optimale beleving voor de zorgprofessional

- Minder ad hoc situaties en last-minute regelwerk
- Meer autonomie om zelf keuzes te maken

#### Zoveel mogelijk arbeidsneutraal

- Inzet op juiste zorg en ondersteuning op de juiste plaats (bijvoorbeeld: inzet hospices en vrijwilligers kan wijkverpleging ontlasten)
- Digitaal als het kan en fysiek als het moet

#### Meer passende zorg

- Meer passende zorg eerder in het zorgproces
- Voorkomen van niet-passende zorg (bijv. IC, SEH, Chemo) later in het zorgproces
- Effecten zijn samen minimaal kostenneutraal

netwerken palliatieve zorg Fryslân

8

8

## Dit doen wij door middel van de implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg

### De 4 kernelementen uit het kwaliteitskader palliatieve zorg

Dankzij...

#### ...markering...

...zijn **alle** patiënten in de palliatieve fase in beeld

#### ...proactieve zorgplanning...

... zijn de wensen en grenzen van **alle** patiënten besproken

#### ...transmurale coördinatie en continuïteit van zorg...

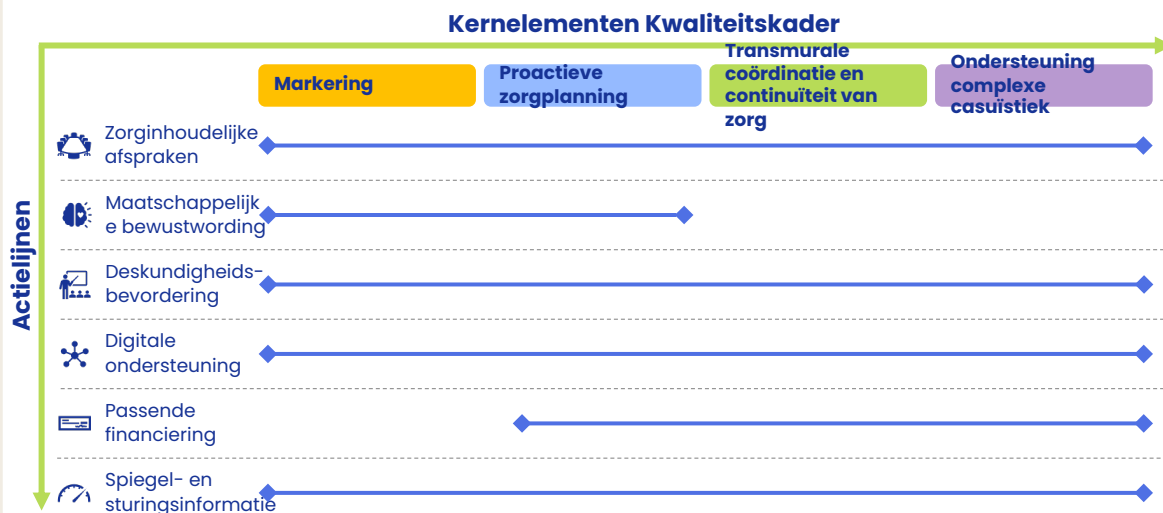
...wordt er **transmuraal samengewerkt** om invulling te geven aan de wensen en grenzen van patiënten

#### ...ondersteuning van complexe casuïstiek...

...krijgen generalisten voor de **meest complexe gevallen** ook ondersteuning buiten het ziekenhuis

9

## We werken een transformatieplan uit op basis van de vier kernelementen en zes actielijnen van het kwaliteitskader palliatieve zorg



10

# Agenda

Welkom en introductie	15:00 – 15:05
1. Implementatieplan Kwaliteitskader Palliatieve Zorg en urgentie daartoe	15:05 – 15:15
<b>2. Uitwerken SOLL: gedroomde toekomstige zorgpad</b>	<b>15:15 – 16:10</b>
<b>Uitwerken SOLL</b>	<b>15:15 – 15:55</b>
Pauze	Tussendoor
Terugkoppeling (plenair)	15:55 – 16:10
3. Uitwerken SOLL: actielijnen en behoeften om aan te beantwoorden	16:10 – 16:45
Volgstappen en afsluiting	16:45 – 17:00

# We hebben ingevulde formulieren verwerkt tot een samenvatting; vandaag valideren het gewenste zorgpad en stellen vast wie waar een rol heeft

**Verantwoordelijkheden**

**Vertaling naar activiteiten**  
 Verdeel oktober 2024, eerste voorstel, ter discussie  
 Groen: Verantwoordelijk, gaaf dan met een rol in het discussieveld van, leurt vanzelf dekke  
 Geel: Niet verantwoordelijk voor deze activiteiten

Activiteiten	Verantwoordelijkheden													
	Patiënt	Huisarts	Huisarts	Huisarts	Huisarts	Huisarts	Huisarts	Huisarts	Huisarts	Huisarts	Huisarts	Huisarts	Huisarts	Huisarts
Signaleert een (verwilde) achtervolging bij een patiënt met een ongewenste aandoening of kwetsbaarheid														
Creëft het signaal door aan de hoofdbehandelaar, de arts en/of registratiebeheerder de patiëntovername van de hand van de Surplus Question en bespreekt dit met de patiënt en naastzij en noemt dit in het dossier, waar mogelijk vindt het gesprek plaats in samenwerking met andere betrokken zorgverleners.														
Verzorgt gespreksmomenten in het MDO (bijv. PAST, MDO kwetsbare ouderen), indien wettelijk in aanwezigheid van een consulent PZ.														
Maakt afspraken met zorgverleners die niet in het MDO zitten, maar wel betrokken zijn bij de patiënt op de hoogte van markering, markeringgesprekken en afspraken.														
Inteert en voert een of meerdere PZ-gesprekken. Rapportiert volgens het Stappenplan PZ (zie: <a href="https://palliatieweb.nl/getmedia/3583d72-dc32-4c28-88cc-0206c5244545/Opstellen%20palliatieve%20zorgplan%20versie%2009">https://palliatieweb.nl/getmedia/3583d72-dc32-4c28-88cc-0206c5244545/Opstellen%20palliatieve%20zorgplan%20versie%2009</a> ).														
Informaat de patiënt, naasten en mantelzorgers tijdig over de (bij)mogelijkheden van formele en informele zorg en ondersteuning (mogelijkheden in de toekomst met andere partijen).														
Beoordeelt indien noodzakelijk een MDO van de hoofdbehandelaar af te dienen.														
Verzorgt voor een belangrijke beslissing de patiënt (en naasten) naar de huisarts voor een 'twee oud' gesprek om besprekingspunten in beeld en behouding te brengen.														
Maakt gesprekken / conclusies van de gesprekken / volgens Het Stappenplan PZ met alle betrokken formele zorgverleners.														
Bij wanneer iemand anders dan de HA hoofdbehandelaar bijdragt tijdszorg voor delen gegevens met HA ten behoeve van bespreking in MDO.														
Maakt de resultaten van de PZ (Stappenplan PZ) van patiënten in zorg als dit door een ander gemaakt is.														
Verzorgt alle palliatieve aspecten door een hoofdbehandelaar door een gespecialiseerde verzorgende verpleegkundige palliatieve zorgverleners voor in verband met en geeft daar aan de hoofdbehandelaar of bespreekt deze in het MDO.														
Beoordeelt de patiënten in palliatieve fase (overeenstemming in een (inter)disciplinair overlegstructuur: MDO/keuzes/PZ) met alle betrokken (speciale) zorgverleners.														
Inteert en bespreekt mogelijkheden (mogelijke ondersteuning via wettelijke aanpak met informatie zorg, ondersteuningondersteuning, bijv. MDO) van de patiënten in de palliatieve fase (overeenstemming in een (inter)disciplinair overlegstructuur).														
Organiseert een gesprek rondom PZ. Draagt zorg voor adequate overdracht bij omring of overplaatsing / doorverwijzing via centraal loket (zoogpunt) (nog te ontwikkelen).														

## Wat is onze gedroomde toekomst voor de palliatieve zorg in Friesland? In de break-outs bespreken we de uitkomsten

Uitwerkopdracht in 'break-out rooms', onder begeleiding van een kernteam-lid



Tijd per kernelement (10 min):



### Stap 1

- Het kernteam-lid deelt in de break-out room op het scherm het uitgewerkte formulier
- Bespreek iedere stap per kernelement binnen de groep
- Vraag het kernteam-lid een extra actie toe te voegen als je een activiteit mist.
- Geef bij het kernteam-lid aan als een activiteit volgens jullie niet moet worden uitgevoerd. Geef erbij aan waarom



### Stap 2

- Bedenk bij elke respectievelijke actie: welke professional voert deze actie uit?
- Bespreek de rollen en verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld die van de regiebehandelaar of casemanager
- Ben je het niet eens met een van de voorgevulde vlakjes? Vraag het kernteam-lid om dit aan te passen in het formulier

14

## Agenda

Welkom en introductie	15:00 – 15:05
1. Implementatieplan Kwaliteitskader Palliatieve Zorg en urgentie daartoe	15:05 – 15:15
<b>2. Uitwerken SOLL: gedroomde toekomstige zorgpad</b>	<b>15:15 – 16:10</b>
Uitwerken SOLL	15:15 – 15:55
<b>Pauze</b>	<b>Tussendoor</b>
Terugkoppeling (plenair)	15:55 – 16:10
3. Uitwerken SOLL: actielijnen en behoeften om aan te beantwoorden	16:10 – 16:45
Vervolgstappen en afsluiting	16:45 – 17:00

15

## Agenda

Welkom en introductie	15:00 – 15:05
1. Implementatieplan Kwaliteitskader Palliatieve Zorg en urgentie daartoe	15:05 – 15:15
<b>2. Uitwerken SOLL: gedroomde toekomstige zorgpad</b>	<b>15:15 – 16:10</b>
Uitwerken SOLL	15:15 – 15:55
Pauze	Tussendoor
<b>Terugkoppeling (plenair)</b>	<b>15:55 – 16:10</b>
3. Uitwerken SOLL: actielijnen en behoeften om aan te beantwoorden	16:10 – 16:45
Vervolgstappen en afsluiting	16:45 – 17:00

16

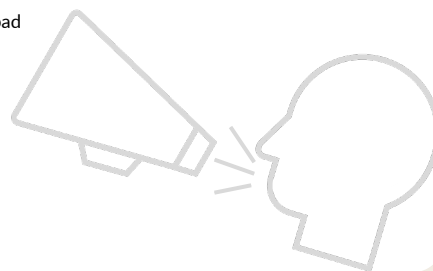
## Terugkoppeling van de inzichten

Elk groepje kiest de 3 voor hen meest belangrijke punten uit de discussie:

Ter inspiratie:

- Een stap binnen een van de kernelementen
- Een samenwerkingsstructuur (bijvoorbeeld een MDO, PaTz-groep, ...)
- Een afspraak (bijvoorbeeld: we spreken af wie de 'regiebehandelaar' is)
- De betrokkenheid van een bepaalde categorie zorgverlener bij een stap uit het zorgpad
- ...

Plenair koppelt per groepje één persoon deze punten terug



17



## Agenda

Welkom en introductie	15:00 – 15:05
1. Implementatieplan Kwaliteitskader Palliatieve Zorg en urgentie daartoe	15:05 – 15:15
2. Uitwerken SOLL: gedroomde toekomstige zorgpad	15:15 – 16:10
<b>3. Uitwerken SOLL: actielijnen en behoeften om aan te beantwoorden</b>	<b>16:10 – 16:45</b>
Uitwerken actielijnen	16:10 – 16:30
Terugkoppeling	16:30 – 16:45
Vervolgstappen en afsluiting	16:45 – 17:00

18

## Enkele aandachtspunten staan in de weg om te kunnen werken volgens het gedroomde zorgpad; vandaag valideren we de behoeften naar deze toekomst

Afspraken op alle niveaus	Zodat zorgaanbod goed aansluit op wensen en grenzen van patiënten	1. Gedragen transmurale zorgpad is opgesteld o.b.v. Kwaliteitskader PZ	2. Het transmurale zorgpad is vertaald naar werksafspraken	3. De werksafspraken zijn geïmplementeerd op de werkvloer	4. De verwachte zorgverschuiving na implementatie transmurale zorgpad is in kaart gebracht	5. Er is bestuurlijk commitment op het transmurale zorgpad
Maatschappelijke bewustwording	Zodat praten over palliatieve zorg normaal wordt	1. Inwoners van FR weten wat palliatieve zorg inhoudt, en dat het breder is dan terminale zorg	2. Inwoners van FR weten waar ze informatie kunnen vinden over palliatieve zorg	3. Inwoners van FR weten dat ze een pzp-gesprek met een zorgverlener kunnen starten	4. Inwoners van FR weten waarom het waarde-val is het pzp-gesprek te starten	5. Inwoners van FR weten hoe ze een pzp-gesprek kunnen voeren
Deskundigheidsbevordering	Zodat iedere zorgverlener kan werken volgens het Kwaliteitskader PZ	1. Zorgverleners zijn vaardig in het markeren van start laatste levensjaren	2. Zorgverleners zijn vaardig in het voeren van pzp-gesprekken	3. Zorgverleners worden structureel bij- of nageschoold op werken volgens Kwaliteitskader PZ	4. Werken volgens het Kwaliteitskader PZ is verankerd in het initiele onderwijs	5.
Digitale ondersteuning	Zodat transmurale samenwerking eenvoudig wordt	1. Digitaal inzicht in welke zorgverleners betrokken zijn bij een patiënt	2. Inzicht in onderlinge beschikbaarheid wordt digitaal gefaciliteerd	3. Patiëntgegevens zijn digitaal eenvoudig te delen	4. Het multidisciplinair overleg (MDO) wordt digitaal gefaciliteerd	5. Digitaal inzicht in de capaciteit van andere zorgorganisaties
Passende financiering	Zodat financiering het werken volgens het transmurale zorgpad ondersteunt	1. PZP-gesprekken zijn onderdeel van contractering	2. Transmurale samenwerking is onderdeel van contractering	3. Ondersteuning bij complexe casuïstiek is onderdeel van contractering	4. De verwachte zorgverschuiving is onderdeel van contractering	5.
Spiegel- en stuurinformatie	Zodat duidelijk is waar verandering slaagt, en waar sturing nodig is	1. Het aantal PZP-gesprekken in 1 <sup>o</sup> en 2 <sup>o</sup> lijn is meetbaar en transparant	2. Aantal patiënten besproken in 1 <sup>o</sup> en 2 <sup>o</sup> -lijn MDO's is meetbaar en transparant	3. De gerealiseerde zorgverschuiving is meetbaar en transparant	4. Kwaliteitsindicatoren (Early) zijn meetbaar en transparant	5.

19

## Agenda

Welkom en introductie	15:00 – 15:05
1. Implementatieplan Kwaliteitskader Palliatieve Zorg en urgentie daartoe	15:05 – 15:15
2. Uitwerken SOLL: gedroomde toekomstige zorgpad	15:15 – 16:10
<b>3. Uitwerken SOLL: actielijnen en behoeften om aan te beantwoorden</b>	<b>16:10 – 16:45</b>
<b>Uitwerken actielijnen</b>	<b>16:10 – 16:30</b>
Terugkoppeling	16:30 – 16:45
Vervolgstappen en afsluiting	16:45 – 17:00

20

## We hebben de ingevulde formulieren uitgewerkt; nu loopt elk groepje één actielijn langs, bespreekt de reacties en valideert de uitkomsten

### Ruimte voor op- of aanmerkingen per instelling

*Uitwerking van de behoeften van de eerste vier randvoorwaardelijke actielijnen van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg op basis van ervaring in verschillende netwerken PZ in Nederland*

#### Instructie:

1. Bedenk wat er nodig is om te kunnen werken volgens het KKPZ (signaleren, markeren, proactieve zorgplanning, transmurale coördinatie en continuïteit van zorg, ondersteuning complexe casuïstiek)
2. Lees per actielijn de behoefte / wens door
3. Bevestig of keur deze behoefte af door een X in te vullen in de betreffende kolom
4. Geef indien oewenst reactie op de behoefte



#### Deskundigheidsbevordering

Zodat iedere zorgverlener kan werken volgens het Kwaliteitskader

#### Behoefte / wens

#### Reactie vanuit instelling [Vul hier reactie in]

		Bevestigen Vul in: X	Arkeuren Vul in: X
Zorgverleners zijn vaardig in het signaleren van start palliatieve fase	> Dit is nodig om proactieve zorgplanning goed uit te zetten.		
	> Erg belangrijk		
	> Het betreft hierbij alle zorgmedewerkers die genoemd zijn in bijlage A en ze weten ook wat palliatieve zorg inhoudt. > In de huidige situatie zie je verschil in vaardigheid tussen vakgroepen > Hier wordt binnen het verzorgingshuis en het verpleeghuis veel meer op gestuurd, door middel van de palliatieve fasen in ONS. In de wijkzorg wordt hier nog niet mee gewerkt en zijn de meeste zorgverleners hier nog niet vaardig in.	12	0
Zorgverleners zijn vaardig in het voeren van pzp-gesprekken	> Athankelijk van functie.		
	> Erg belangrijk		
	> Gericht naar functie! > Een deel van de zorgverleners wie de pzp-gesprekken voert (zie bijlage A) en worden hierin ook structureel bij- of nageschoold. > Niet iedere zorgverlener hoeft dit te kunnen, belangrijk is dat ze weten wie ze hiervoor kunnen benaderen > Het is van belang om de zorgverleners vanuit de organisatie een training aan te bieden rondom het voeren van pzp-gesprekken. > De wijkverpleegkundigen en sommige va de MBO-verpleegkundigen kunnen dit in de wijkzorg wel.	11	1
Er zijn voldoende in pz gespecialiseerde zorgverleners in de regio	> Erg belangrijk		
	> Eens		
	> Niet voor iedere organisatie haalbaar daarom op consultbasis in te zetten > Binnen onze organisatie zijn er in onze regio 2, de samenwerking met anderen zou vergroot moeten worden. > Veranker in organisatie beleid is noodzakelijk. > In alle marktoorkere haalbaar het is	12	0

21

## Agenda

Welkom en introductie	15:00 – 15:05
1. Implementatieplan Kwaliteitskader Palliatieve Zorg en urgentie daartoe	15:05 – 15:15
2. Uitwerken SOLL: gedroomde toekomstige zorgpad	15:15 – 16:10
<b>3. Uitwerken SOLL: actielijnen en behoeften om aan te beantwoorden</b>	<b>16:10 – 16:45</b>
Uitwerken actielijnen	16:10 – 16:30
<b>Terugkoppeling</b>	<b>16:30 – 16:45</b>
Vervolgstappen en afsluiting	16:45 – 17:00

22

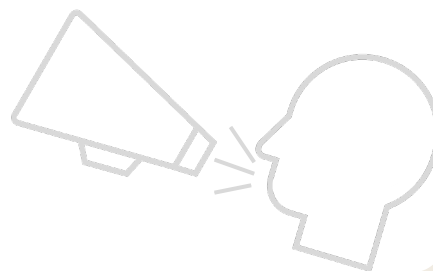
## Terugkoppeling van de inzichten

Elk groepje koppelt voor hun besproken actielijn terug wat de behoeften richting de toekomst zijn:

Ter inspiratie:

- Een nieuwe behoefte, toegevoegd voor de Friese situatie
- Een verwijderde behoefte, die niet leeft of waar al aan beantwoord is
- Belangrijke ontwikkelingen binnen het kader van de actielijn
- ...

**Plenair koppelt per groepje één persoon deze punten terug**



23

## Agenda

Welkom en introductie	15:00 – 15:05
1. Implementatieplan Kwaliteitskader Palliatieve Zorg en urgentie daartoe	15:05 – 15:15
2. Uitwerken SOLL: gedroomde toekomstige zorgpad	15:15 – 16:10
3. Uitwerken SOLL: actielijnen en behoeften om aan te beantwoorden	16:10 – 16:45
<b>Vervolgstappen en afsluiting</b>	<b>16:45 – 17:00</b>

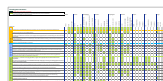
24

## De komende weken werken we toe naar 'veranderopdrachten' in voorbereiding op de latere implementatiefase

Wij werken de uitkomsten van vandaag uit...

... waarmee we de kaders schetsen van de opdrachten voor in de implementatiefase...

...die we in november verder uitwerken



**Gewenst toekomstig zorgpad**



**Behoeften per actielijn**



**Plan van aanpak per actielijn**

- Doelstelling
- Resultaten
- Gefaseerd plan van aanpak
- Betrokkenen
- Benodigde investering



**Implementatieopdrachten per actielijn**

- Uitgewerkt met de klankbordgroep randvoorwaarden

Op 12 november 2024 werken we de actielijn 'afspraken op alle niveau's uit

25