

Transformatieplan palliatieve zorg

Implementatie Kwaliteitskader palliatieve zorg (inclusief ACP)
in Drenthe & Steenwijkerland



VERSIE 2.2 – publieksversie

Versie 0.2	2024.03.22	eerste versie
Versie 0.5	2024.04.30	eerste versie t.b.v. delen met betrokken partijen
Versie 0.6	2024.06.13	tweede versie met aanpassingen n.a.v. feedback partijen
Versie 1.0	2024.06.28	versie t.b.v. indiening bij zorgverzekeraars
Versie 2.0	2024.11.20	aangepaste versie n.a.v. feedback zorgverzekeraars
Versie 2.1	2024.12.04	aangepaste versie n.a.v. feedback zorgverzekeraars
Versie 2.2	2024.12.20	aangepaste versie n.a.v. feedback zorgverzekeraars

Voorwoord

Juni 2024

Als huisarts ben je bij het hele leven van je patiënten betrokken; van geboorte tot overlijden. In iedere fase wil je je patiënt de beste zorg en kwaliteit van leven bieden, dus ook in de laatste levensfase. Dat is een waardevol onderdeel van ons vak.

Een aantal jaren geleden zagen we dat patiënten soms behandelingen kregen, terwijl ze dat eigenlijk niet meer wilden. “Maar ja, de dokter in het ziekenhuis zegt het, dus moet het maar.”

Als huisarts heb ik dat wel eens bespreekbaar gemaakt met de behandelend arts. In mijn rol als bestuurder heb ik zicht gekregen op het hele plaatje. Dat we in het gehele zorglandschap moeten zorgen dat zorg op de juiste plek wordt gegeven, rekening houdend met de wensen van de patiënt. Dat vraagt om transformatie in de zorg, waarvan dit plan onderdeel is.

Drie jaar geleden zijn we begonnen met ACP (Advance Care Planning). Huisartsen, samen met het ziekenhuis, de VVT en het sociaal domein maken de dood bespreekbaar. Alle zorgverleners hebben een belangrijke rol in de palliatieve zorg, met natuurlijk een belangrijke rol in de eerste lijn voor de huisarts en de wijkverpleging. In de jaren negentig was dit al de tandem, later werd het groter, moest het efficiënter voor de thuiszorg. Je ziet dat we nu weer teruggrijpen naar de werkwijze van toen. De wijkzorg is de ogen, oren en handen van de huisarts. Dat moeten we in stand houden.

Van snelle toets naar volledig transformatieplan

“Na drie jaar hadden we met het ACP-project een goede aanzet gegeven om de zorg voor patiënten in de laatste levensfase op de juiste plek en manier te organiseren. Het was alleen nog niet af, terwijl de subsidie wel op was. Een vervolg is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat deze goede ontwikkeling gaat beklijven.

Gelukkig kwam het PZNL-Gupta rapport ‘De olifant de kamer uit’. In dit rapport werd onze visie door getallen ondersteund en dus onderbouwd.” In Drenthe en Steenwijkerland stelde de Stuurgroep palliatieve zorg Drenthe-Steenwijkerland een voorstel op voor een impactvolle transformatie, die de snelle toets heeft doorstaan. Met dit uitgewerkte Transformatieplan palliatieve zorg en ACP als resultaat. Meer dan 100 inwoners en medewerkers uit formele en informele zorg hebben aan dit plan gewerkt, ondersteund door experts van PZNL.

Ik ben blij en trots dat het ons lukt om op deze manier samen te werken. Dat iedereen in de goede modus zit en het belang inziet van deze transformatie.

Ron Wissink

Voorzitter RvB Dokter Drenthe

Voorzitter stuurgroep palliatieve zorg en ACP Drenthe-Steenwijkerland

Huisarts

Inhoud

Voorwoord	2
1. Waarom een transformatieplan palliatieve zorg en ACP?	6
1.1 Waarom is regionaal het juiste niveau van organisatie voor deze transformatie?	7
1.2 Uit ons regiobeeld blijkt dat palliatieve zorg ook in onze regio beter kan en moet	7
1.3 De ambitie: goede palliatieve zorg voor al onze inwoners	8
1.4 Het realiseren van goede palliatieve zorg voor al onze inwoners vraagt actie op meerdere fronten	9
1.6 In Drenthe & Steenwijkerland doen we al veel op gebied van proactieve palliatieve zorg	10
1.7 Waarom is er dan toch een transformatie nodig?	11
1.8 Synergie door landelijke samenwerking en ondersteuning door Stichting PZNL	12
2. Beoogde verandering in het zorgproces: palliatieve zorg in Drenthe & Steenwijkerland over vijf jaar	13
2.1 Werken volgens de kernelementen van het Kwaliteitskader	13
2.2 Kernteams rond de huisartspraktijken	14
2.3 Specialistisch team ondersteuning en consultatie PZ (STOP)	15
3. Programmastructuur	16
3.1 Programmamanagementteam (PMT)	16
3.2 Stuurgroep netwerken PZ & ACP en dagelijks bestuur (DB)	16
3.3 Werkgroep Zorginhoud	17
3.4 Werkgroep(en) en projectleiders Actielijnen Benodigdheden	17
3.5 Projectleiders implementatie	18
4. Wat gaan we concreet doen in onze regio?	19
4.1 Uitwerking kaders (niveau Drenthe & Steenwijkerland)	19
4.2 Vertaling naar werkafspraken per subregio	20
4.3 Implementatie per subregio	21
4.4 Samenvatting werkprogramma	22
4.5 Tijdslijn werkprogramma	23
5. Beoogde impact van de transformatie	24
5.1 Wat willen we bereiken?	24
5.2 Kwantitatieve onderbouwing van de verwachte impact	26
5.3 Deze transformatie heeft een positieve (maatschappelijke) business case	28
5.4 Impact van de transformatie ten aanzien van duurzaamheid in de zorg	30

6. KPI's: wat is succes en hoe meten we dit?	31
6.1 Inspanningsgerichte KPI's	32
6.2 Resultaatgerichte KPI's	33
6.3 Samenhang tussen verschillende soorten KPI's en budgetaanvraag	35
7. Begroting: welke investeringen zijn nodig voor de transformatie?	36
7.1 Uitgangspunten begroting	36
7.2 Begroting	37
7.3 Financieel beheer en de verantwoording	37
8. Borging van de transformatie	39
Bijlage I: Afkortingen en begrippen	40
Bijlage II: Toelichting op implementatie kwaliteitskader	41
1. Wat betekent "implementatie van het Kwaliteitskader" precies?	42
2. Markering	42
3. Proactieve zorgplanning	43
4. Transmurale coördinatie & continuïteit	43
5. Ondersteuning complexe casuïstiek	43
Bijlage III: Palliatieve zorg in Drenthe & Steenwijkerland op dit moment (IST)	44
1. Patiënten in de palliatieve fase en hun naasten	44
2. Huisartsen	44
3. Wijkverpleging	45
4. Ziekenhuizen	45
5. Informele zorg	46
6. Verpleeghuizen	47
7. Hospices	47
8. Specialisten palliatieve zorg	48
9. Het sociaal domein	48
10. Overige zorgpartners op het gebied van palliatieve zorg	48
Bijlage IV: opdrachten voor werkgroepen bij aanvang van transformatie	50
1. Afspraken op alle niveaus	50
2. Maatschappelijke Bewustwording	64
3. Deskundigheidsbevordering	65
4. Digitale ondersteuning	66
5. Passende financiering	68
6. Spiegel- en stuurinformatie	69



Bijlage V: Mogelijkheden om de capaciteit in de eerste lijn effectiever in te zetten en te verruimen.....	71
Bijlage VI Profiel projectleider implementatie	76

1. Waarom een transformatieplan palliatieve zorg en ACP?

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

Bijna driekwart van de mensen in Nederland overlijdt niet onverwacht. In Drenthe & Steenwijkerland gaat dit om 4.163 inwoners per jaar, waarvan ~3.100 geen Wlz-indicatie hebben¹. Hoewel palliatieve zorg integraal onderdeel van het reguliere zorgproces zou moeten zijn voor deze grote groep inwoners, is dit vaak nog niet het geval. Veel van hen krijgen nog geen, of niet-optimale, palliatieve zorg.

De consequenties hiervan voor de inwoner en naasten zijn op emotioneel, fysiek, spiritueel en sociaal vlak groot. Mensen sterven daardoor niet op de een plek van voorkeur, waar ze zich thuis voelen en, of, hebben onnodig veel pijn, onrust, angst of andere onnodige ziektelast. Naasten en nabestaanden nemen deze ervaringen mee, en dat kan zijn weerslag hebben op hun veerkracht (positieve gezondheid). Daarbij is er vaak in deze laatste levensfase nog sprake van niet-passende zorg, zoals acute ziekenhuis-, SEH-, of IC-opnames, met tussenkomst van o.a. huisartsen- en ambulancezorg. Het legt een aanzienlijk beslag op zorgfuncties waar capaciteit krap is, zoals HAP, IC en SEH. Voor zorgprofessionals ontstaat onrust in het zorgproces als juist op de meest kritieke momenten de wensen van de patiënt en zijn naasten niet of onvoldoende bekend zijn. Dit laatste heeft uiteraard zijn weerslag op het werkplezier.

In het voorliggende plan leest u de uitwerking van een Transformatieplan Palliatieve Zorg en ACP voor de regio Drenthe & Steenwijkerland in het kader van het Integraal Zorgakkoord.

Hoofdstuk 1 zal vooral de landelijke structuur beschrijven alsook het voortraject van de regio op het gebied van samenwerking bij palliatieve zorg. Vervolgens volgt in hoofdstuk 2 de beoogde verandering als basis voor de transformatie. Hoofdstuk 3 beschrijft de programmastructuur om deze transformatie te realiseren, waarna hoofdstuk 4 beschrijft wat we concreet gaan doen in de regio. Hoofdstuk 5 beschrijft de beoogde impact van de transformatie, inclusief een kwantitatieve onderbouwing van de verwachte effecten. De Kritische Prestatie Indicatoren waarmee het meten en monitoren wordt vormgegeven staan in hoofdstuk 6. In hoofdstuk 7 wordt de begroting van het transformatieprogramma palliatieve zorg gepresenteerd. Tenslotte volgt in hoofdstuk 8 het borgingsplan.

¹ Op basis van kerncijfers 2022

1.1 Waarom is regionaal het juiste niveau van organisatie voor deze transformatie?

Landelijk is het niet mogelijk om het kwaliteitskader palliatieve zorg te implementeren. Voor de implementatie is het nodig dat (informele) zorg- welzijnsverleners anders gaan handelen, meer en beter gaan samenwerken en specialisten PZ in gaan zetten. Hiervoor is optimalisering van de (regionale) samenwerking van zorgaanbieders over sectoren en domeinen heen nodig. Het is van belang dat aanbieders elkaar kennen en vertrouwen. Het samenwerken in de vier netwerken palliatieve zorg binnen Drenthe & Steenwijkerland vraagt om een verdiepingsslag. De verdere implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg hoort onlosmakelijk bij een reeks succesvolle projecten, waaronder implementatie van ACP en voorbereiding laatste levensfase ([Voorbereiding Laatste Levensfase Drenthe](#)). De regionale partijen bouwen hierop voort. De bewustwording van urgentie om proactieve zorgplanning (ACP) toe te passen is inmiddels breed geland in de regio.

1.2 Uit ons regiobeeld blijkt dat palliatieve zorg ook in onze regio beter kan en moet

Deze transformatie sluit aan op het regiobeeld en –plan [Gezonde Marke](#) waarin partijen streven naar meer passende zorg. Uit het regiobeeld volgt dat de gezondheid van de inwoners in Drenthe & Steenwijkerland verslechtert, terwijl de vergrijzing fors toeneemt en de druk op de arbeidsmarkt groter wordt. De uitdagingen in Drenthe & Steenwijkerland zijn groot en complex. Om de zorg in Drenthe & Steenwijkerland toegankelijk, goed en betaalbaar te houden, hebben inwoners, zorg- en welzijnsorganisaties, gemeenten, provincie, en zorgverzekeraars de handen ineengeslagen. Het doel is voor alle inwoners van Drenthe & Steenwijkerland het welzijn en welbevinden te versterken. Daarom wordt domein overstijgend samengewerkt, geïnvesteerd in gezondheid, leefomgeving en veerkracht van inwoners.

De regio ziet netwerkaanpak, gezonde leefstijl, sterke sociale basis, innovaties en transformaties, toekomstbestendige arbeidsmarkt en toegankelijkheid van zorg als de thema's voor de komende jaren. Er zijn meerdere projecten gestart waarvoor transformatieplannen worden opgesteld. Het transformatieplan implementatie kwaliteitskader palliatieve zorg en ACP heeft borging gekregen binnen het thema 'Vitaal ouder worden' (in de wetenschap dat palliatieve zorg en dit transformatieplan alle leeftijden betreft).

Het bieden van passende en zinnige acute zorg is een thema in zowel het ROAZ-plan Noord-Nederland² als het ROAZ-plan Zwolle^{3,4}. Genoemd wordt onder andere: "[...] Dit omvat het vermijden van overbodige diagnostiek, procedures of behandelingen die niet bijdragen aan de gezondheid van de patiënt" en "Het beperken van de (onnodige) acute zorgvraag en

² [PowerPoint-presentatie \(acutezorgnetwerk.nl\)](#)

³ <https://www.dejuistezorgopdejuistestep.nl/.uc/f53678a9c01024df6b30070edf501410f82794a3a404500/ROAZ-plan%20ROAZ-regio%20Zwolle%202023.pdf>

⁴ Dit transformatieplan beslaat Drenthe en Steenwijkerland. Drenthe valt binnen het ROAZ-plan Noord Nederland en Steenwijkerland onder het ROAZ-plan Zwolle.

voorkomen van de (onnodige) instroom in de acute zorg (wachttijden/wachttijden beperken)”. Deze uitgangspunten sluiten aan bij het kwaliteitskader palliatieve zorg. Samenwerking en afstemming van actielijnen is onderdeel van de transformatie.

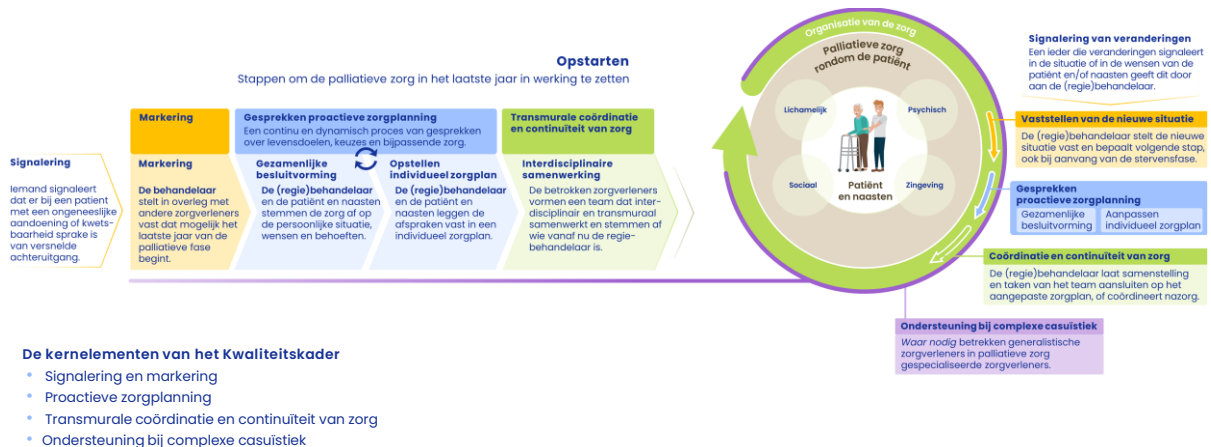
1.3 De ambitie: goede palliatieve zorg voor al onze inwoners

De ambitie van de transformatie palliatieve zorg en ACP is dat in 2030 iedere inwoner van Drenthe & Steenwijkerland tenminste in het laatste levensjaar kan rekenen op kwalitatief goede, transmuraal georganiseerde, proactieve palliatieve zorg. Op geleide van iemands persoonlijke keuzes en het (wel en niet te verwachten) verloop van de laatste levensfase wordt op empathische wijze passende steun, begeleiding, behandeling en zorg geboden.

Daartoe zorgen we binnen alle sectoren van zorg, en waar nodig daarbuiten, voor implementatie en structurele inbedding van de vier kernelementen van het Kwaliteitskader:

- Markering
- Proactieve Zorg Planning (ACP)
- Transmurale coördinatie en continuïteit en
- Ondersteuning bij complexe casuïstiek.

Zie **Figuur 1** voor een visualisatie van het laatste jaar in de palliatieve fase. In **Bijlage II** is in meer detail toegelicht uit welke elementen goede palliatieve zorg volgens het Kwaliteitskader bestaat en waarom dit belangrijk is.

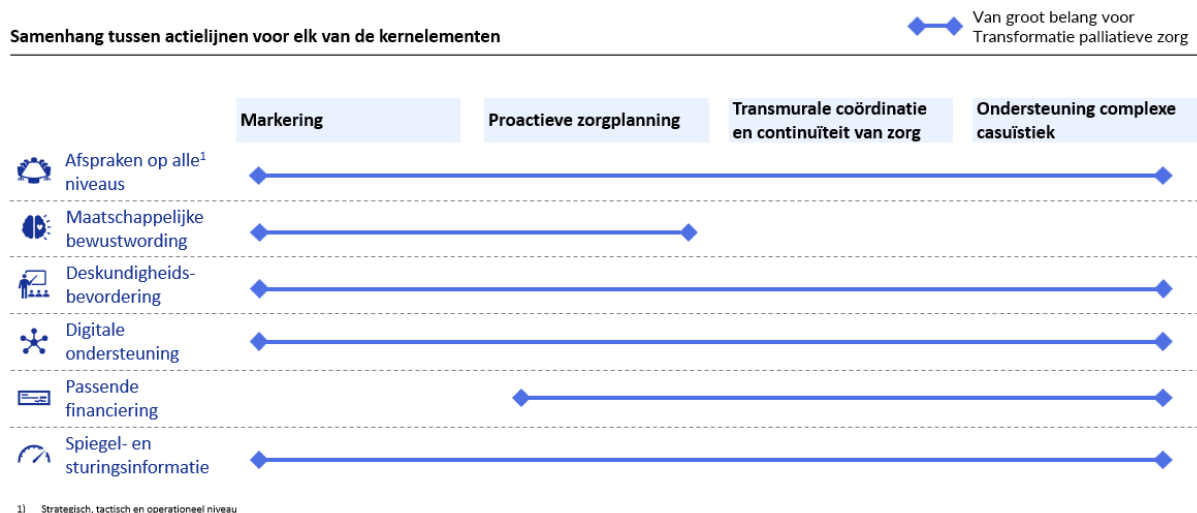


Figuur 1 Overzicht van het laatste jaar in de palliatieve fase

Dit plan is gericht op palliatieve zorg. ACP is ook bij andere groepen inwoners passende zorg, zoals mensen met een chronische ziekte of kwetsbare inwoners. Wij gaan ervan uit dat als ACP goed geïmplementeerd is bij palliatieve patiënten dezelfde werkwijze ook bij deze groepen gehanteerd kan worden. Het werken volgens het Kwaliteitskader heeft daarom naar verwachting een uitstraling naar andere groepen niet-palliatieve patiënten, zoals kwetsbare ouderen.

1.4 Het realiseren van goede palliatieve zorg voor al onze inwoners vraagt actie op meerdere fronten

In de recent opgestelde Strategische Agenda Transformatie Palliatieve Zorg hebben landelijke partijen samen vastgesteld dat voor succesvolle implementatie van het Kwaliteitskader in een regio afspraken en investeringen nodig zijn op meerdere fronten.



Figuur 2 Samenhang actielijnen implementatie en kernelementen palliatieve zorg

Op de volgende fronten zijn afspraken en investeringen nodig:

- **Afspraken op strategisch, tactisch en operationeel niveau:** goede palliatieve zorg leunt in belangrijke mate op goede coördinatie tussen lokale zorg- en welzijnsaanbieders en informele zorgaanbieders. Welke professionals worden geacht de palliatieve fase te markeren met hun patiënt? Welke professionals maken samen met de patiënt het proactief zorgplan? Hoe zorgen we dat dit in onze regio altijd op de juiste plek, de juiste professional of informele zorgverlener beschikbaar is? Het is belangrijk dat dergelijke aspecten worden afgesproken zodat iedere professional en informele zorgverlener haar rol en verantwoordelijkheden kent. Dit zijn in de eerste plaats afspraken op operationeel niveau, maar deze kunnen alleen beklijven als ze ook op bestuurlijk en op tactisch niveau met elkaar worden onderschreven.
- **Bewustwording van inwoners en patiënten:** uitgangspunt is dat inwoners en patiënten zelf regie hebben op hun laatste levensfase en het zorgproces dat daarop volgt. Regionale bewustwordingscampagnes zijn nodig om burgers via lokale kanalen aan te moedigen om stil te staan bij hun wensen en grenzen in de laatste levensfase en tijdens chronisch ziek zijn. De bewustwording is zowel gericht op het laagdrempelig spreken met naasten over achteruitgang in gezondheid en het levenseinde, het aangaan van het proactieve zorgplanningsgesprek met zorgverleners en welzijnswerkers en de mogelijkheden in de laatste fase, zoals inzet van vrijwilligers of verblijf in een hospice. Ook willen we ook werken aan het normaliseren van het spreken over het levenseinde en in het voor elkaar klaar staan in wijken en dorpen in de laatste levensfase. Verbinding in de samenleving op dit thema met inwoners, informele zorg en professionele zorg is waar we naar streven in deze transformatie.

Daar sluiten we aan op de ontwikkeling van het Domein Overstijgend Samenwerken (DOS) in Drenthe.

- **Deskundigheidsbevordering:** het is belangrijk om niet alleen landelijk, maar juist ook in de regio te investeren in kennisontwikkeling omtrent ACP en palliatieve zorg bij zorgprofessionals en welzijnsmedewerkers. Denk aan kennis over signalering, markering, de richtlijn proactieve zorgplanning, de inzet van specialisten palliatieve zorg en het bespreekbaar maken van het levenseinde met inwoners en patiënten. Het gaat hierbij om alle disciplines zoals huishoudelijk medewerkers, welzijnswerkers, artsen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden, casemanagers dementie en andere relevante zorgprofessionals in de regio. De opgave ten aanzien van kennisontwikkeling is dus groot.
- **Digitale ondersteuning:** Investeringsen zijn nodig om de benodigde transmurale samenwerking en het palliatieve zorgproces digitaal te ondersteunen. Transmurale gegevensuitwisseling is een belangrijk onderdeel, maar daarnaast kunnen ook afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld de wijze waarop een MDO of onderlinge communicatie digitaal wordt ondersteund.
- **Passende financiering:** Implementatie van het Kwaliteitskader leidt tot meer (passende) zorg eerder in het zorgproces, en minder (niet-passende) zorg in de periode vlak voor overlijden. Delen van het gewenste zorgproces zijn (nog) geen onderdeel van de contractering. Daarnaast zijn er veranderingen die zowel tot afspraken over meer- als minderzorg kunnen leiden. Gelijkerichtheid op inhoud tussen zorgverzekeraars is hierbij essentieel om te voorkomen dat de transformatie afgeremd wordt en/of dat freerider gedrag⁵ ontstaat.
- **Spiegel- en stuurinformatie:** het is cruciaal dat betrokken organisaties en zorgprofessionals, welzijnsmedewerkers en informele zorgverleners ervaringen uitwisselen om van elkaar te kunnen leren. Wat werkt goed, wat niet? Daarom is het belangrijk dat een blijvende cultuur van spiegelen en verbeteren wordt ingericht. Inzichten over wat wel en niet werkt worden verzameld en verspreid. Het is tevens waardevol dat betrokkenen uit verschillende regio's met elkaar regelmatig lessons learned kunnen uitwisselen. Dit laatste wordt gecoördineerd vanuit het NPPZ II programma Transformatie.

1.6 In Drenthe & Steenwijkerland doen we al veel op gebied van proactieve palliatieve zorg

In Drenthe & Steenwijkerland zijn veel organisaties actief bezig met het verbeteren van de zorgverlening van palliatieve zorg en ACP binnen de werkingssfeer van de eigen organisaties. Belangrijk vervolg hierop is (het uitbreiden van) het transmuraal samenwerken; een vast agendapunt van de netwerken palliatieve zorg Drenthe & Steenwijkerland. In de regio zijn veel gepassioneerde specialisten PZ werkzaam. Het daadwerkelijk transmuraal inzetten van hun kennis dichtbij patiënt, naasten en generalisten is een gewenste vervolgstap.

⁵ Dit gebeurt als alleen deelnemende zorgverzekeraars niet-patiëntgebonden kosten dragen

Ook behoeft de samenwerking met ziekte specifieke netwerken (zoals netwerk Dementie Drenthe, Parkinson, oncologie etc.) aandacht. De palliatieve zorg is bij deze doelgroepen een belangrijk onderdeel van de zorg.

Aan maatschappelijke bewustwording en deskundigheidsbevordering van betrokken medewerkers en vrijwilligers in de palliatieve zorg wordt al langer gewerkt. Er is een basis aanwezig waarop verder gebouwd wordt.

De vier netwerken palliatieve zorg binnen Drenthe & Steenwijkerland hebben de afgelopen jaren succesvol samengewerkt ten behoeve van de implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg en ACP (proactieve zorgplanning, voorbereiding laatste levensfase). Er is veel ontwikkeld, zoals burger- en patiëntinformatie. Voor complete implementatie en borging in organisaties en de transmurale samenwerking rondom patiënten en naasten is een extra impuls nodig.

Er is afstemming met de volgende samenwerkingsverbanden:

- Programmaraad Gezonde Marke, waaronder het thema Vitaal ouder worden en het Lerend Netwerk Transformatieplannen
- Transformatieprogramma Medische Generalistische Zorg (MGZ)
- Transformatieprogramma Hart voor elkaar
- De ontwikkeling van het Domein Overstijgend Samenwerken (DOS) in Drenthe
- ROAZ-plannen Acute Zorgnetwerk Noord Nederland en Netwerk Acute Zorg Regio Zwolle
- Netwerk Dementie Drenthe
- Drentse Alliantie met ouderen
- Netwerk palliatieve zorg van VG-organisaties (werkgroep Groningen, Friesland, Drenthe)
- Parkinson netwerk
- Netwerk voor Levensvragen Groningen en Drenthe
- Consortium Ligare en het onderwijsknooppunt palliatieve zorg Ligare

1.7 Waarom is er dan toch een transformatie nodig?

Het rapport "[De olifant de kamer uit](#)" liet op landelijk niveau zien dat het werken volgens het Kwaliteitskader nog geen gemeengoed is. Ondanks de successen die in onze regio al geboekt zijn is ook hier het werken volgens het Kwaliteitskader nog niet gangbaar. Een verkennende analyse die is uitgevoerd in samenwerking met Zilveren Kruis laat zien dat ruim 75% van patiënten die niet onverwachts overlijden in Drenthe & Steenwijkerland (op basis van declaraties) geen palliatieve zorg hebben gekregen. In de groep patiënten zonder tekenen van palliatieve zorg komen in de laatste 30 dagen voor overlijden IC-opnames, klinische ligdagen, SEH-opnames en ambulanceritten zeer regelmatig voor. Eigen steekproef van de HAP's in voorjaar 2024 laat zien dat ongeveer 20% van de bezoeken gaat om patiënten die in de palliatieve fase zitten maar waar geen proactieve afspraken of ACP-plan beschikbaar was op de HAP.

De uitkomsten van lopende projecten en pilots wijzen wel duidelijk in de richting van beoogde doelen (juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste hulpverlener, op het juiste moment, met de juiste financiering). Maar in projecten en pilots worden tot nu toe niet alle patiënten, naasten en zorg- en welzijnsprofessionals bereikt. Voor impact op schaal is het essentieel dat zorgprocessen juist ook veranderen daar waar palliatieve zorg normaalgesproken niet op de voorgrond van activiteiten of aandachtsgebieden ligt.

Als een patiënt niet gemarkeerd wordt, is het lastiger ACP op te starten. Als transmurale coördinatie niet goed loopt heeft proactieve zorgplanning veel minder impact. Voor succesvolle implementatie van het Kwaliteitskader zijn dan ook gecoördineerde, meerjarige afspraken en investeringen nodig op meerdere fronten. Om hiermee de volledige implementatie van het Kwaliteitskader bij alle betrokkenen in de regio Drenthe & Steenwijkerland na te streven. Met die volledige implementatie van het Kwaliteitskader wordt er een substantiële bijdrage geleverd aan de ambities van het regioplan.

Daarmee is dit een complexe, impactvolle zorgtransformatie die een geïntegreerde aanpak vraagt.

1.8 Synergie door landelijke samenwerking en ondersteuning door Stichting PZNL

Onze regio loopt landelijk voorop in de transformatie palliatieve zorg en ACP en is transparant over het proces en uitkomsten richting andere regio's om maximale lering mogelijk te maken. Er is aanhaking bij het NPPZ II via substantiële ondersteuning door Stichting Palliatieve Zorg Nederland (PZNL). Hierdoor kan de regio Drenthe & Steenwijkerland profiteren van de inzichten die landelijk zijn opgedaan en gebruik maken van de expertise en producten vanuit NPPZ II. Lessen die worden opgedaan in onze regio, en producten die worden ontwikkeld gedurende deze transformatie (inclusief dit transformatieplan) zullen zoveel mogelijk met andere regio's worden gedeeld zodat maximale synergie ontstaat om de transformatie op landelijke schaal mogelijk te maken. In de Landelijke Strategische Agenda Transformatie Palliatieve Zorg is afgesproken dat het NPPZ II transformatieteam hierin een coördinerende rol speelt.

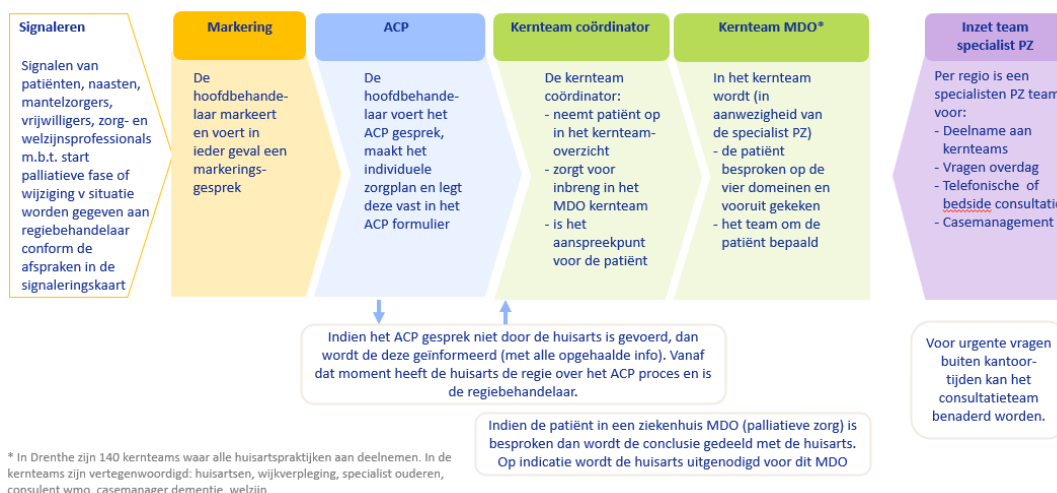
2. Beoogde verandering in het zorgproces: palliatieve zorg in Drenthe & Steenwijkerland over vijf jaar

In het kwaliteitskader staat beschreven wat goede palliatieve zorg is. Palliatieve zorg is bovenal netwerkzorg: samenwerking rondom en mét de patiënt en diens naasten is cruciaal.⁶ Dit hoofdstuk beschrijft vooral de “Soll”: hoe ziet palliatieve zorg en ACP er in Drenthe & Steenwijkerland in de toekomst uit. Om dit te kunnen schetsen was eerst een grondig begrip nodig van hoe palliatieve zorg en ACP op dit moment is ingericht in onze regio en welke knelpunten daarbij optreden. Deze inventarisatie, belangrijke input als vertrekpunt voor de transformatie, is weergegeven in **Bijlage III**.

De transformatie palliatieve zorg en ACP is gericht op de implementatie van de kernelementen van het Kwaliteitskader, waarbij het gewenste zorgproces op hoofdlijnen is uitgedacht (paragraaf 2.1). Daarnaast wordt in dit hoofdstuk verder ingegaan op twee belangrijke pijlers onder de toekomstige werkwijze: de huisartsenpraktijken en de inzet van het Specialisten PZ team.

2.1 Werken volgens de kernelementen van het Kwaliteitskader

In onderstaande **Figuur 3** is weergegeven hoe werken volgens de kernelementen van het Kwaliteitskader eruit zal zien in Drenthe & Steenwijkerland. Palliatieve zorg is generalistische zorg die door alle bij de patiënt betrokken zorgverleners vanuit hun eigen taak en rol uitgevoerd wordt. Als nodig worden specialisten palliatieve zorg betrokken.⁷



Figuur 3 gewenste palliatieve zorg in Drenthe en Steenwijkerland

⁶ Bij mensen die niet (compleet) wilsbekwaam zijn, zoals met dementie of gehandicapten is de mentor/ naaste een belangrijke partner.

⁷ Zorgverleners met een aanvullende opleiding voor palliatieve zorg conform de landelijke vereisten. Deze groep wordt ook wel in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners genoemd. Voor de leesbaarheid is gekozen voor de aanduiding specialisten PZ.

Dit transformatieplan is gericht op transformatie binnen de ZVW in samenwerking met partijen uit de WLZ, sociaal domein en informele zorg.

2.2 Kernteams rond de huisartspraktijken

Binnen Drenthe & Steenwijkerland is de laatste jaren voortvarend gewerkt aan de uitrol van kernteams bij de huisartsenpraktijken, met in eerste instantie de taak om het MDO-ouderenzorg vorm en inhoud te geven, ondersteund door een SO (specialist ouderengeneeskunde). Middels het project Target wordt nu gewerkt aan het upgraden van deze kernteams naar persoonsgerichte en integrale teams waarbij alle kwetsbare en chronisch zieke inwoners in beeld worden gebracht. Hierbij wordt laag complexe zorg zo efficiënt mogelijk georganiseerd zodat er voldoende ruimte is voor zorg aan patiënten met complexe problematiek. Bij deze vorm is het in de gewenste situatie mogelijk om ook de chronisch zieke, kwetsbare inwoners en palliatieve patiënten te markeren, registreren en monitoren vanuit het kernteam.



Figuur 4: werkwijze kernteams

Door de multidisciplinaire insteek zullen patiënten vanuit diverse invalshoeken besproken en geadviseerd kunnen worden op de vier dimensies van palliatieve zorg. De Coördinator Kernteams, veelal een POH'er, kan de rol krijgen om ook deze patiënten te monitoren en op de agenda van het kernteam te bespreken. Deze Coördinator Kernteams kan in nauw contact staan met de specialist PZ en deze ook uitnodigen voor het kernteamoverleg. Met elkaar kan dan het eerste aanspreekpunt en het juiste team rondom patiënt en naasten worden bepaald. Hierbij is aandacht voor het medische en het sociale team. Er is aandacht voor de draagkracht van de mantelzorg en mogelijke noodzaak tot ondersteuning vanuit de informele zorg.

2.3 Specialistisch team ondersteuning en consultatie PZ (STOP)

In de eerstelijns zijn specialisten palliatieve zorg in de regio Drenthe & Steenwijkerland ook buiten hun eigen organisatie inzetbaar en kan hun kennis en expertise ingezet worden bij o.a. het vooruitplannen in het MDO en als ondersteuning bij complexe casuïstiek. Deze specialisten zijn georganiseerd in het specialistisch team ondersteuning en consultatie PZ (STOP).

Figuur 5 geeft de organisatie van de teams specialisten PZ in de gewenste situatie in Drenthe en Steenwijkerland weer. Belangrijkste wijziging ten opzichte van de huidige situatie is dat er een duidelijke organisatie is, gelieerd aan de vier subregio's. Zo zijn de specialisten beter aangesloten bij de kernteams, en wordt hun zichtbaarheid en bereikbaarheid vergroot.



* Coördinatie, administratie en declaratie van werkzaamheden verloopt vanuit Dokter Drenthe voor de vier teams 1^e lijns specialisten PZ

Figuur 5 Organisatie van specialisten palliatieve zorg in Drenthe & Steenwijkerland

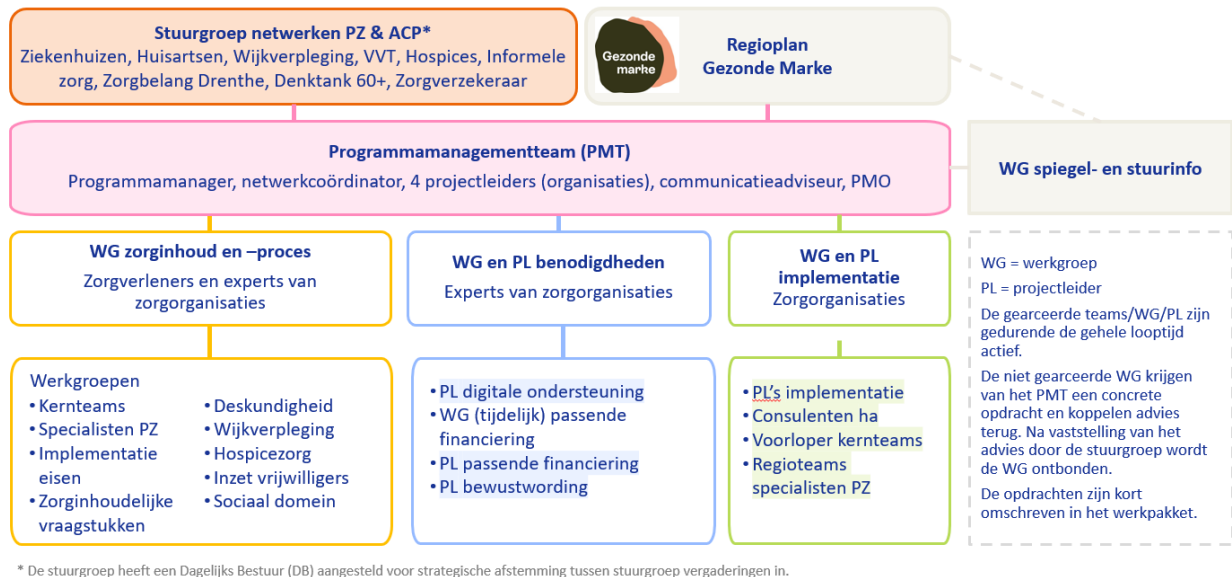
In de gewenste situatie worden de specialisten PZ uit het STOP team en het PACT tijdig ingezet. Uit een recent artikel van het NTVG blijkt dat specialisten uit PACT in Noordwest Nederland te laat worden ingezet, waardoor ACP niet meer mogelijk was en mensen niet meer op de gewenste plek konden overlijden⁸. De verwachting is dat dit ook in Drenthe een verbeterpunt is.

Als onderdeel van de transformatie medisch generalistische zorg (MGZ) wordt het coördinatiecentrum tijdelijk verblijf Drenthe geprofessionaliseerd en uitgebreid. In de toekomst kan er via het centrum een specialist ouderengeneeskunde (SO) bereikt worden als de eigen SO niet beschikbaar is. Onderdeel van het transformatieplan palliatieve zorg en ACP is om te onderzoeken of het centrum ook ingezet kan worden als schakel naar het STOP team.

⁸ [‘Consultatie palliatieve zorg komt vaak te laat’ | NTVG](#)

3. Programmastructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de programmastructuur om deze transformatie, zoals geschetst in het vorige hoofdstuk, te realiseren. De programmastructuur staat weergegeven in **Figuur 6** en wordt in de volgende paragrafen nader toegelicht.



Figuur 6 Programmastructuur implementatie kwaliteitskader PZ in Drenthe en Steenwijkerland

3.1 Programmamanagementteam (PMT)

Het programmamanagementteam is de spil in de uitvoering van de transformatie. Het team wordt geformeerd door een fulltime programmamanager, de netwerkcoördinator, een communicatieadviseur, programma-ondersteuning en projectleiders implementatie. Dit is een actief, zelfstandig team dat wekelijks overlegt. Door deze samenstelling en werkwijze is het mogelijk om lijnen tussen de verschillende organisaties en het transformatieprogramma zo kort mogelijk te houden.

Dit team houdt de regie en het overzicht over de voortgang van de implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg. Het team geeft de kaders en randvoorwaarden mee aan werkgroepen, projectleiders van werkgroepen en projectleiders bij de deelnemende zorgorganisaties. Ook monitort het PMT op regionaal niveau de voortgang van de implementatie, en houdt het PMT zicht op de impact van de implementatie op capaciteit in de eerstelijns. Het team legt ook de verbinding met het overkoepelende regioteam Gezonde Marke.

3.2 Stuurgroep netwerken PZ & ACP en dagelijks bestuur (DB)

Het programmamanagementteam rapporteert aan de stuurgroep. Deze is verantwoordelijk voor het sturen, begeleiden en toezicht houden op de transformatie palliatieve zorg. De

stuurgroep accordeert tussen- en eindproducten en stelt vast of KPI's zijn gerealiseerd. Betrokken organisaties zijn verantwoordelijk voor een gemandateerde afvaardiging aan de stuurgroep. De stuurgroep heeft een slagvaardig Dagelijks Bestuur ingesteld met afgevaardigden vanuit ziekenhuizen, wijkverpleging/VVT, huisartsen, beleidsparticipatie ouderen, vrijwilligers/hospices, en welzijn. De DB-leden hebben structureel en op indicatie afstemming met hun achterban. Het programmamanagementteam heeft minimaal vier keer per jaar afstemming met het DB.

De stuurgroep vindt tenminste twee keer per jaar plaats. Evaluatie van de programmastructuur vindt minimaal één keer per jaar plaats binnen het DB en de stuurgroep.

3.3 Werkgroep Zorginhoud

De Werkgroep Zorginhoud, bestaande uit zorgprofessionals vanuit zorgorganisaties en afvaardiging vanuit informele zorg uit Drenthe & Steenwijkerland werken samen met (afgevaardigden van) het programmamanagementteam de kaders voor de gewenste zorgprocessen palliatieve zorg uit en buigt zich over specifieke zorginhoudelijke vraagstukken die spelen bij implementatie van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg in de regio.

De werkgroep krijgt concrete opdrachten van het PMT, waarover zij een advies formuleren. De uitgewerkte uitgangspunten in bijlage IV zijn gebaseerd op werksessies tijdens het schrijfproces van dit transformatieplan. Deze uitwerkte adviezen van de werkgroep worden door het PMT aan de stuurgroep voorgelegd. Na acceptatie van het advies wordt de betreffende werkgroep ontbonden.

In **Bijlage IV** worden de opdrachten aan de werkgroepen nader beschreven.

3.4 Werkgroep(en) en projectleiders Actielijnen Benodigdheden

Voor de benodigdheden worden, net als voor zorginhoud- en proces, (tijdelijke) werkgroepen georganiseerd door het programmamanagementteam. Niet in alle gevallen is gedurende de gehele looptijd een werkgroep nodig: soms is het zinniger om een projectleider te benoemen die intensief betrokken is en waar nodig schakelt met relevante inhoudsexperts vanuit de betrokken organisaties (zoals op het onderwerp passende financiering waarbij de werkgroep alleen in de beginperiode actief om de kaders te schetsen, waarna een projectleider aanspreekpunt blijft). **Figuur 6** hierboven geeft hiervan een overzicht.

Werkgroepen komen op initiatief van het programmamanagementteam samen om deelonderwerpen uit te werken. Per werkgroep wordt een projectleider aangesteld die verantwoordelijk is voor de voortgang en de resultaten. Bijvoorbeeld, voor financiering wordt een tijdelijke werkgroep gevormd die het kader voor aanpassingen in de contractafspraken uitwerkt. Op verschillende onderwerpen worden samenwerkingen met bestaande netwerken en initiatieven opgezet, in ieder geval: voor scholing en deskundigheidsbevordering en patiënten- en naastenparticipatie met Ligare en voor digitale ondersteuning met RIVO Noord en met het project individueel zorgplan/ACP plan van IKNL die informatiestandaarden uitwerkt.

3.5 Projectleiders implementatie

De implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg vraagt om implementatie bij alle betrokken zorg- en welzijnsorganisaties van de zorgprocessen palliatieve zorg en de bijbehorende samenwerkingsafspraken. Zorgorganisaties stellen zelf een interne projectleider en werkgroep aan. Voor ondersteuning van zorgorganisaties die zelf geen interne projectleider hebben worden in Drenthe & Steenwijkerland projectleiders implementatie aangesteld die zorgorganisaties ondersteunen bij implementatie en borging en bij het opstellen, implementeren en borgen van transmurale werkafspraken.

Dit komt neer op de volgende projectleiders implementatie voor Drenthe & Steenwijkerland:

- 4 fte ziekenhuizen en transmurale werkafspraken (Treant, WZA en Isala ziekenhuis)
- 1 fte Dokter Drenthe
- 2 fte wijkzorgorganisaties Icare, Buurtzorg, hospices
- 2 fte minder grote wijkzorgorganisaties, VVT-organisaties met een aantal wijkteams
- 2 fte sociaal domein
- 2 fte vrijwilligers terminale zorg, farmacie, ambulancedienst en overige organisaties.

De projectleiders implementatie zijn verantwoordelijk voor de implementatie in de betreffende organisatie(s), het opzetten van de transmurale samenwerkingen en het optreden als aanspreekpunt voor het programmamanagementteam. De projectleiders hebben periodiek projectleidersoverleg waarbij voortgang, lessen en ervaringen gedeeld worden. Zij rapporteren halfjaarlijks aan de stuurgroep over de voortgang van de implementatie van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg in hun organisatie.

Uitgangspunt is continuïteit in projectleiders, waarbij dit waar mogelijk dezelfde personen zijn als de projectleiders die de werkgroepen begeleiden. Dat wat in de (sub)regionale werkgroepen uitgewerkt en in de stuurgroep vastgesteld is, wordt door de implementatie projectleiders in uitvoering gebracht in de betrokken organisaties. Dit is een belangrijke stap die de afspraken van het papier krijgen en in de praktijk geïntegreerd. Ter illustratie geven we graag het volgende voorbeeld mee:

Binnen Drenthe en Steenwijkerland zijn er 140 praktijken met verschillende disciplines (assistent, POH, VS, huisartsen) en samenwerkingspartners in de kernteams. Deze moeten allemaal geïnformeerd en overtuigd worden mee te werken. Ze willen instructie krijgen hoe palliatieve zorg en ACP te implementeren, samen te werken en informatie te delen. Dit vraagt mankracht om ze te begeleiden. Huisartspraktijken vragen om een implementatieplan waarin ze op uitvoeringsniveau instructie krijgen wat te doen van signaleren, markeren tot gespreksvoering, vastleggen van info in het ACP-plan en delen van info en afstemming met de 2e lijn en hoe samen proactief te werken rondom een patiënt. Het kennisniveau over palliatieve zorg en ACP is nog zeer laag in veel praktijken. Er is mankracht nodig om praktisch in de praktijk van de hele keten binnen alle domeinen om met palliatieve zorg en ACP aan de slag te gaan. Ook gaan projectleiders intern in ziekenhuizen, wijkzorgorganisaties etc. aan de slag om daar alle disciplines mee te krijgen in de implementatie van palliatieve zorg en ACP, in de samenwerking met andere organisaties en huisartsen en met het realiseren van een acceptabel kennisniveau van medewerkers. Wij zijn van mening dit met de dertien fulltime projectleiders de voorliggende drie jaar adequaat te kunnen bewerkstelligen.

4. Wat gaan we concreet doen in onze regio?

Voor de uitwerking en implementatie van deelonderwerpen binnen het transformatieplan PZ en ACP Drenthe en Steenwijkerland hanteren we een standaard werkwijze met als uitgangspunt: generiek wat kan, specifiek wat moet. De werkgroepen gaan steeds volgens hetzelfde stramien aan de gang (zie **Figuur 7**).



Figuur 7 Uitwerking en implementatie van deelonderwerpen volgens een generieke werkwijze

4.1 Uitwerking kaders (niveau Drenthe & Steenwijkerland)

De Werkgroep Zorginhoud krijgt bij aanvang een set aan uitgangspunten en minimeisen mee die de basis vormen voor hun opdracht. Bijvoorbeeld, voor de subonderdeel "Aansluiting PZ in kernteams" ziet dit er als volgt uit:

- Uitgangspunten
 - Voor de implementatie van het kwaliteitskader PZ worden geen nieuwe eerstelijns MDO's ingericht maar wordt aangesloten bij bestaande MDO's van de kernteams bij de huisartsenpraktijken.
 - De MDO's spelen een centrale rol in de coördinatie en continuïteit van ACP en palliatieve zorg op de vier dimensies van palliatieve zorg.
 - De uitkomsten van onderzoeken, behandelingen, markering van de palliatieve fase en ACP-gesprekken die in de 2^e lijn zijn gevoerd worden gecommuniceerd naar de huisarts, vanaf dat moment is de huisarts de regiebehandelaar PZ.
 - Uitgangspunt is monitoring van de palliatieve patiënt en een adequate samenwerking en communicatie tussen de 0e, 1e en 2e lijn ontstaat.
 - Als huisartsen een patiënt markeren als palliatief dan starten zij communicatie op naar de 2e lijn als de patiënt daar onder behandeling is.
 - De bestaande signaleringskaart, het stappenplan ACP en het kwaliteitskader palliatieve zorg vormen het startpunt voor de kernteams. Vervolgens zijn de tools op www.voorbereidinglaatstelevensfase.nl beschikbaar en op www.palliaweb.nl de richtlijn en gesprekskaart proactieve zorgplanning.
 - Deskundigheidsbevordering gesprekstechnieken ACP worden door het NPZ Drenthe & Steenwijkerland of op maat voor organisaties georganiseerd

- Door bereikbaarheid en beschikbaarheid van specialisten PZ voor de kernteams is tijdig advies en consultatie bij casuïstiek van laag-complex tot complex geborgd.
- In de werkwijze van de kernteams wordt de inzet van geestelijk verzorgers (www.nvl.nu) meegenomen.
- In de werkwijze van kernteams wordt de inzet van vrijwilligers terminale zorg (informele zorg) bij palliatieve patiënten opgenomen.
- Ook het monitoren van overbelasting mantelzorgers krijgt een plaats in de werkwijze kernteams huisartspraktijken.
- Het opzetten van een (transmuraal) moreel beraad in de subregio's wordt verkend.
- Minimale eisen uitwerking kaders
 - Opdracht: Uitwerking minimale verantwoordelijkheden, activiteiten en versterking van de kernteams en de kernteamcoördinator door de werkgroep Kernteams, inclusief adequate samenwerking met 2^e lijn en inzet vrijwilligers (informele zorg). Hierbij is oog en aandacht voor draagkracht en het gevoel van leiderschap/ eigenaarschap in het kernteam
 - Deelnemende partijen: huisartsenpraktijken, Dokter Drenthe, specialisten PZ (1^e lijn en 2^e lijn), coördinatoren kernteams, wijkverpleging, 2^e lijn

Op basis hiervan maakt de Werkgroep op elk subonderdeel de kaders voor hoe goede palliatieve zorg er in de regio Drenthe & Steenwijkerland er straks uitziet. De Werkgroep baseert zich hierbij op het Kwaliteitskader PZ, maar maakt deze concreter waar nodig. Op het subonderdeel "Aansluiting PZ in kernteams" werkt de Werkgroep bijvoorbeeld uit op welke wijze *alle* ~140 kernteams in de regio straks zorg voor palliatieve patiënten organiseren en hoe zij samenwerken met 2^e lijn, 0^e lijn, VVT en vrijwilligers.

Naast de Werkgroep Zorginhoud worden projectleiders aangesteld op de Actielijnen Benodigdheden (maatschappelijke bewustwording, deskundigheidsbevordering, digitale ondersteuning, passende financiering, en spiegel- en stuurinformatie).

Bij uitwerking van dit transformatieplan zijn concept uitgangspunten en minimeisen voor elk de Werkgroep Zorginhoud en de projectleiders Actielijnen Benodigdheden geformuleerd zodat zij direct een vliegende start kunnen maken en de samenhang tussen de verschillende werkgroepen bij aanvang is geborgd. Zie Bijlage IV voor alle relevante details hieromtrent.

De activiteiten worden geïnitieerd en gecoördineerd door het programmamanagement-team. Zij zijn tevens verantwoordelijk voor het borgen van de samenhang en fasering. De kaders die door elk van de werkgroepen worden aangeleverd worden vastgesteld door de stuurgroep.

4.2 Vertaling naar werkafspraken per subregio

De volgende stap is dat de kaders die op regionaal niveau worden vastgesteld waar nodig worden vertaald naar concrete werkafspraken. Het is belangrijk dat deze werkafspraken zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande praktijken en werkrelaties. Daarom worden deze werkafspraken op het niveau van de vier subregio's gemaakt.

Uit de subregionale werkafspraken moet duidelijk worden wie, waar, wanneer voor verantwoordelijk is. Bijvoorbeeld, als op regionaal niveau als minimumeis voor de “Aansluiting van PZ in kernteams” wordt afgesproken dat alle patiënten die in het ziekenhuis besproken zijn in een MDO PZ ook worden geregistreerd in het MDO-systeem van het kernteam, dan maken de werkafspraken duidelijk hoe dit concreet wordt geborgd in de betreffende subregio.

Ook voor de vertaling naar werkafspraken zijn alvast uitgangspunten meegegeven in **Bijlage IV**.

De subregionale werkafspraken die door de Werkgroep Zorginhoud worden aangeleverd worden vastgesteld door de stuurgroep.

4.3 Implementatie per subregio

De werkafspraken worden vervolgens daadwerkelijk geïmplementeerd in alle deelnemende organisaties in de regio. De projectleiders implementatie (zie paragraaf 3.5) zijn hiervoor primair verantwoordelijk. Zij vormen de brug tussen de individuele organisaties en het PMT. Omdat zij ook betrokken zijn in de Werkgroep Zorginhoud kunnen zij hiervoor, naar eigen inzicht en in afstemming met het programmamanagementteam, al voorwerk verrichten – het is niet altijd nodig om te wachten op formele vaststellingen in de stuurgroep. Zo sluit implementatie zowel inhoudelijk als procesmatig maximaal aan bij het uitwerken van kaders en werkafspraken.

4.4 Samenvatting werkprogramma

Deze paragraaf geeft een samenvatting voor het werkprogramma voor elk van de werkgroepen, gesorteerd naar de actielijnen zoals weergegeven in **Figuur 2** (paragraaf 1.4). De opdracht voor elk van de werkgroepen is in meer detail uitgewerkt in **Bijlage IV**.

Uitwerking en vaststelling "wat, wie, hoe, wanneer"			Implementatie & borging
Afspraken hele regio		Subregionale inbedding (waar nodig)	
Afspraken op alle niveaus	✓ Zorgpad alle doelgroepen	✓ Operationele vertaling	✓ Nieuwe werkwijze inbedden
Maatschappelijke bewustwording	✓ Communicatieplannen inwoners en professionals		✓ Uitvoering communicatieplannen
Deskundigheidsbevordering	✓ Opleidingsplan generalisten		✓ Uitvoering opleidingsplan
Digitale ondersteuning	✓ Benodigde minimale ondersteuning	✓ Operationele vertaling (tussen)oplossing	✓ Uitvoering tussenoplossing, lobby eindoplossing
Passende Financiering	✓ Benodigde aanpassingen contractering		
Spiegel- en stuurinformatie	✓ Meetplan		✓ Uitvoering meetplan

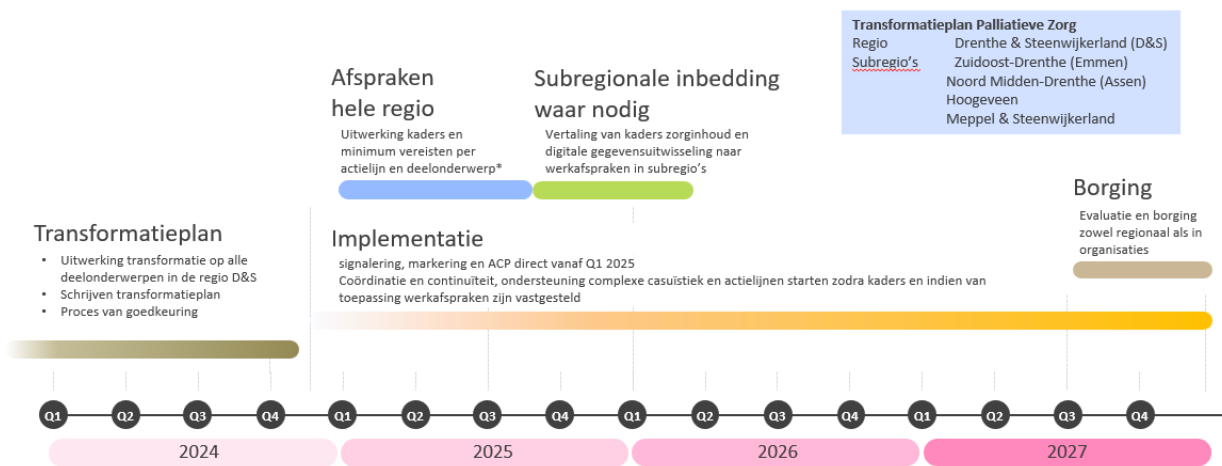
Figuur 8 werkprogramma transformatie palliatieve zorg Drenthe & Steenwijkerland

Uitwerking en vaststelling "wat, wie, hoe, wanneer"			Implementatie & borging
Afspraken hele regio		Subregionale inbedding (waar nodig)	
Proces Palliatieve fase Zorg primair	✓ Generalisten: verantwoordelijkheid en afstemming MS, Ha, POH, <u>wkvl</u> , kernteam	✓ Operationele vertaling	✓ Nieuwe werkwijze inbedden
	✓ Specialist PZ: Activiteiten en organisatie		✓ Nieuwe werkwijze inbedden
Ondersteunend	✓ Rol sociaal domein en vrijwilligers		✓ Nieuwe werkwijze inbedden
Uitwerking Specifieke aandachtspunten	✓ Wijkverpleging vereisten Capaciteit hospicezorg Knelpunten farmacie Acute zorg keten		✓ Nieuwe werkwijze inbedden
Doelgroepen	✓ Gehandicapten GGZ 18-/18+		✓ Nieuwe werkwijze inbedden

Figuur 9 uitsplitsing activiteiten op de actielijn "afspraken op alle niveaus"

4.5 Tijdslijn werkprogramma

De tijdslijnen van het werkprogramma zijn aangepast. De startdatum is tussen versie 1.0 en versie 2.0 gewijzigd naar 1 januari 2025. Daarnaast gingen we in versie 1.0 van het transformatieplan uit van een start van de implementatie na het uitwerken van afspraken en subregionale inbedding. De uitwerking van afspraken en subregionale inbedding is niet op alle onderdelen van het kwaliteitskader noodzakelijk. Dit is al gebeurd voor signalering, markering en ACP. Voor deze drie onderdelen kan de implementatie gelijk starten. Zie **Figuur 10** voor een visuele weergave van de overall planning.



Figuur 10 Planning Transformatie Palliatieve Zorg

5. Beoogde impact van de transformatie

5.1 Wat willen we bereiken?

De doelen van deze transformatie sluiten volledig aan bij de doelen zoals geformuleerd in de landelijke Strategische Agenda Transformatie Palliatieve Zorg.

De integratie van palliatieve zorg en ACP in het regulier zorgproces geeft naar verwachting inzicht in de **wensen en grenzen** van patiënten en hun naasten, en ook op de **beleving van professionals**. Hoewel door verbetering van de palliatieve zorg en ACP naar verwachting meer mensen zorg thuis ontvangen, zijn er voldoende mogelijkheden om deze transformatie **zoveel mogelijk arbeidsneutraal** in te richten. Daarmee is de gedeelde ambitie dat de transformatie bijdraagt aan **meer passende zorg** voor patiënten in de laatste levensfase.

5.1.1 Optimale afstemming op wensen en grenzen

- De ambitie is dat inwoners, patiënten, hun naasten, en zorg- en welzijnsprofessionals met deze transformatie uitgerust worden met bewustzijn van mogelijkheid om het gesprek over de laatste levensfasen, het levenseinde en de wensen en grenzen aan te gaan, en de kennis, kunde en durf om dit daadwerkelijk te doen. Daarbij is de ambitie ook dat patiënten en naasten mee hebben kunnen denken over de mogelijkheden die er zijn en dat er waar nodig nieuwe structuren worden opgezet, op basis van de behoeften.
- Dit maakt het mogelijk om in de leefomgeving van de inwoners en in het zorgproces aan te sluiten bij de gemaakte keuzes. Dat betekent dat zo goed mogelijk rekening wordt gehouden met de besproken wensen en grenzen, in goede afstemming met en tussen naasten, informele zorg en alle betrokken professionals, daarbij wordt in mogelijkheden gedacht. Dat komt in het laatste levensjaar een optimale kwaliteit van leven en sterven ten goede.

5.1.2 Optimale beleving voor zorgprofessionals

- De ambitie is om in de transformatie gericht aan de slag te gaan met het verminderen en slimmer organiseren van logistieke zaken, zodat er tijd vrijkomt voor de werkwijze volgens het Kwaliteitskader.
- De verwachting is dat daardoor meer rust in het zorgproces ontstaat, niet alleen voor patiënten en hun naasten, maar zeker ook voor de betrokken professionals.

5.1.3. Zoveel mogelijk arbeidsneutraal

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

- Wij verwachten dat arbeidsneutraliteit mogelijk is. Naast de verhoging van de direct tijdsinzet bij wijkverpleging en huisartsenzorg, verwachten wij minder gedoe en urgente situaties die in de praktijk belastend zijn. Indirecte tijd zal naar verwachting afnemen. Ook optimalisatie van inzet hospicecapaciteit en verbetering van inzet van mantelzorg en sociaal domein zal voor verlichting in eerste lijn zorgen. De partijen in de regio hebben op basis hiervan vertrouwen in de haalbaarheid van de transformatie.
- Deze transformatie sluit aan bij principes zoals ook in het Integraal Zorgakkoord zijn vastgelegd: digitaal als het kan, fysiek als het moet, en inzet op de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plaats.
- Er zijn allerlei mogelijkheden om de effectiviteit van de inzet van eerstelijns (palliatieve) zorg te vergroten. Een werkgroep in onze regio heeft hiertoe een eerste inventarisatie gemaakt (zie Bijlage V). We zien oplossingen in categorieën:
 - o Technologie & hulpmiddelen
 - o Personele inzet
 - o Samenwerking & coördinatie
 - o Inzet van de rest van het zorglandschap, zoals vrijwilligers en sociaal domein
- Deze mogelijkheden worden meegegeven aan de relevante werkgroepen ter inspiratie bij uitwerking van de regionale kaders. Impactvolle ideeën die haalbaar zijn, maar niet passend binnen dit transformatieplan, worden gedeeld met de samenwerkende partijen binnen het regioplan 'De Gezonde Marke'.
- Het programmamanagementteam heeft vertegenwoordigers vanuit alle grotere betrokken zorgorganisaties en houdt zo vinger aan de pols m.b.t. mogelijke capaciteitsknelpunten.

5.1.4 Meer passende zorg

- De transformatie leidt ertoe dat inwoners en patiënten hun wensen en grenzen eerder kunnen bespreken met naasten, de informele zorg en zorgprofessionals, en dat de ondersteuning en zorg hierop wordt aangepast. Daarmee wordt het ondersteunings- en zorgproces meer passend. Dit proces van proactieve zorgplanning vraagt meer tijd van zorgprofessionals eerder in het zorgproces. Informele zorg of specialisten palliatieve zorg kunnen op tijd worden ingezet.
- Op basis van eerdere pilots is het de verwachting dat implementatie van het kwaliteitskader en ACP leidt tot een substantiële vermindering van potentieel niet-passende zorg in het laatste levensjaar zoals SEH-bezoeken, chemotherapie en opnames op kliniek of IC – vooral in de laatste 30 dagen voor overlijden. Door de inzet van proactieve, transmurale palliatieve zorg zullen patiënten ook minder vaak in het ziekenhuis overlijden. Mogelijk leidt de transformatie ook tot aanvullende inzichten m.b.t. tot effecten op potentieel niet-passende zorg die in eerdere pilots niet zijn onderzocht.
- Eerder is al becijferd dat deze effecten (voor deze patiëntpopulatie) gezamenlijk naar verwachting tot een netto kostenverlaging kunnen leiden: de kostenverlagende effecten zijn waarschijnlijk groter dan de kostenverhogende effecten. De mate waarin een netto kostenverlaging daadwerkelijk leidt tot lagere zorgkosten hangt, naast het succes van de transformatie zelf, ook af van externe factoren zoals demografische

ontwikkelingen.

De gedeelde ambitie is dat de transformatie netto tenminste kostenneutraal wordt ingericht.

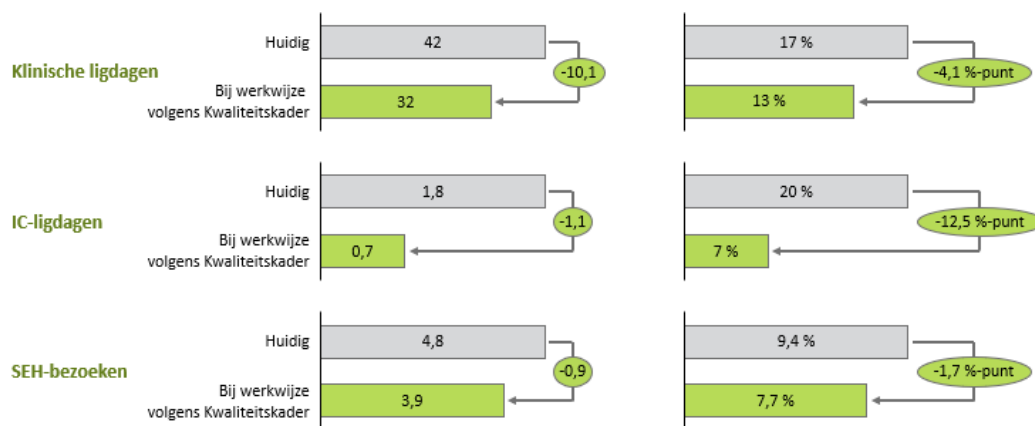
5.2 Kwantitatieve onderbouwing van de verwachte impact

De integratie van palliatieve zorg en ACP in het reguliere zorgproces geeft naar verwachting meer inzicht in de wensen en grenzen van patiënten en hun naasten en heeft mede daardoor ook een positieve invloed op de beleving van professionals. Hoewel door verbetering van de palliatieve zorg naar verwachting meer mensen zorg thuis ontvangen, zijn er voldoende mogelijkheden om deze transformatie zoveel mogelijk arbeidsneutraal in te richten. Daarmee is de gedeelde ambitie dat de transformatie bijdraagt aan meer passende zorg voor patiënten in de laatste levensfase.

Om te kunnen inschatten hoe groot de verschuiving van zorg in de regio is wanneer alle patiënten zorg ontvangen volgens het Kwaliteitskader is er in samenwerking met Zilveren Kruis een data-analyse uitgevoerd op declaratiedata van personen die niet onverwacht zijn overleden in 2022 in de regio Drenthe & Steenwijkerland. Binnen deze populatie zijn op basis van palliatieve prestatiecodes⁹ twee patiëntgroepen te onderscheiden: patiënten die wel en niet meer dan 3 maanden voor overlijden palliatieve zorg hadden ontvangen. Op basis van de uitgevoerde analyse verwachten we dat er per jaar potentieel 10.000 klinische ligdagen, 1.100 IC-ligdagen en 900 SEH-bezoeken bespaard worden als het Kwaliteitskader breed geïmplementeerd is (Figuur 11).¹⁰

Impact van transformatie op totale zorggebruik van patiënten met verwacht overlijden in laatste levensjaar [# x 1.000, 2022]

Impact van transformatie op regionale capaciteit [% van jaarlijkse capaciteit]



Figuur 11: Impact van transformatie op zorggebruik en -capaciteit.

⁹ Als basis voor de lijst palliatieve prestatiecodes is de selectie van de studie van Boddaert et al. gebruikt.

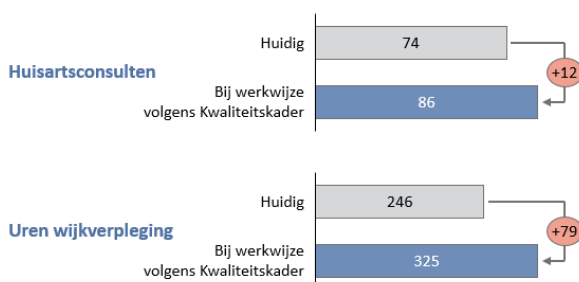
¹⁰ Kanttekening bij deze methodiek is dat de huidige populatie palliatieve zorg in deze analyse mogelijk complexer is dan de gehele populatie; de impact zou een overschatting kunnen zijn. Wel is de impact zoals geschat via deze methode redelijk congruent met eerdere pilots uitgevoerd in Nederland (TAPA\$, PaTZ)

Zonder transformatieplannen stijgt de vraag naar tweedelijnszorg (DBC's) in Drenthe tot 2040 met 6%.¹¹ Tegelijkertijd loopt het arbeidstekort voor de zorg- en welzijnssector op tot 10% van het personeelsbestand in 2032, bijna een verdrievoudiging ten opzichte van 2023. De transformatie palliatieve zorg zal de toename van de zorgvraag in de tweede lijn dempen en daarmee de vacaturedruk verlagen. Omdat de groei van de zorgvraag groter is dan de hieronder beschreven zorgverschuiving zal de transformatie niet direct leiden tot een afbouw van capaciteit in de tweede lijn; wel biedt dit ruimte voor een effectievere benutting hiervan.

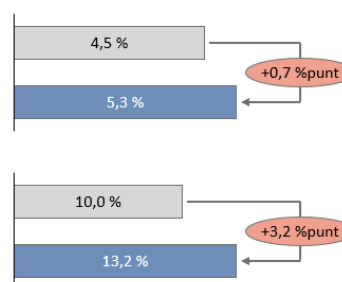
Zoals in paragraaf 5.1 beschreven implementeren we mitigerende maatregelen om de transformatie zoveel als mogelijk arbeidsneutraal in de eerste lijn te realiseren. We streven dus naar geen impact op fte in de eerste lijn. Wel hebben we een schatting gemaakt van de extra zorgvraag die opgevangen moet worden door de mitigerende maatregelen (Figuur 12). De 12.000 extra huisartsconsulten zouden zich zonder mitigerende maatregelen vertalen naar extra benodigde inzet van 0,7% van de huidige regionale capaciteit. De 79.000 extra uren wijkverpleging zouden zich zonder mitigerende maatregelen vertalen naar extra benodigde inzet van 3,2% van de huidige regionale capaciteit.

De aan deze transformatie deelnemende zorgorganisaties zien echter ook mogelijkheden om de effectiviteit van de inzet van (palliatieve) zorg te vergroten, en zijn ervan overtuigd dat deze transformatie binnen de huidige capaciteit moet kunnen worden opgevangen. Naast het dempende effect van mitigerende maatregelen, die zullen worden verkend in de relevante werkgroepen, ligt het voor de hand dat een deel van de hier geschatte extra zorgvraag eerste lijn in praktijk elders wordt ingevuld, bijvoorbeeld via mantelzorg of in hospices. Daarvan is nu geen afzonderlijke inschatting gemaakt, maar mogelijkheden hiervoor worden wel meegenomen door de Werkgroep Zorginhoud.

Impact van transformatie op totale zorggebruik van patiënten met verwacht overlijden in laatste levensjaar [# x 1.000, 2022]



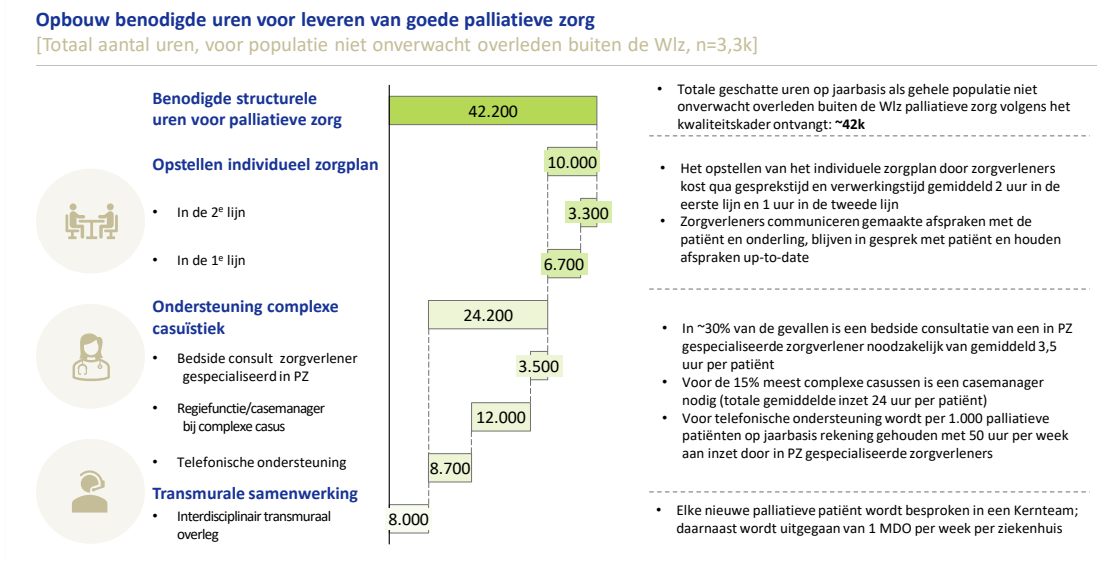
Impact van transformatie op regionale capaciteit [% van jaarlijkse capaciteit]



Figuur 12: geschatte extra zorgvraag in eerste lijn (zonder effect van mitigerende maatregelen)

Structurele uitbreiding van palliatieve zorg en ACP leidt ook tot meer zorg door meer tijd voor de patiënt t.b.v. proactieve zorgplanning, transmurale coördinatie & continuïteit en ondersteuning bij complexe casuïstiek. Het geschatte totaal aantal benodigde uren voor deze onderdelen is te zien in Figuur 13.

¹¹ Zie: [Regiobeeld Drenthe](#)



Figuur 13: Benodigde uren voor ACP, transmurale coördinatie & continuïteit en ondersteuning bij complexe casuïstiek. NB: deze analyse is bedoeld om maat en getal te geven aan de verwachte impact van de transformatie; de precieze werkwijzen en samenwerkingsverbanden (bijvoorbeeld tussen 1^e en 2^e lijn) worden tijdens de eerste fase van de transformatie in de betreffende werkgroepen uitgewerkt.

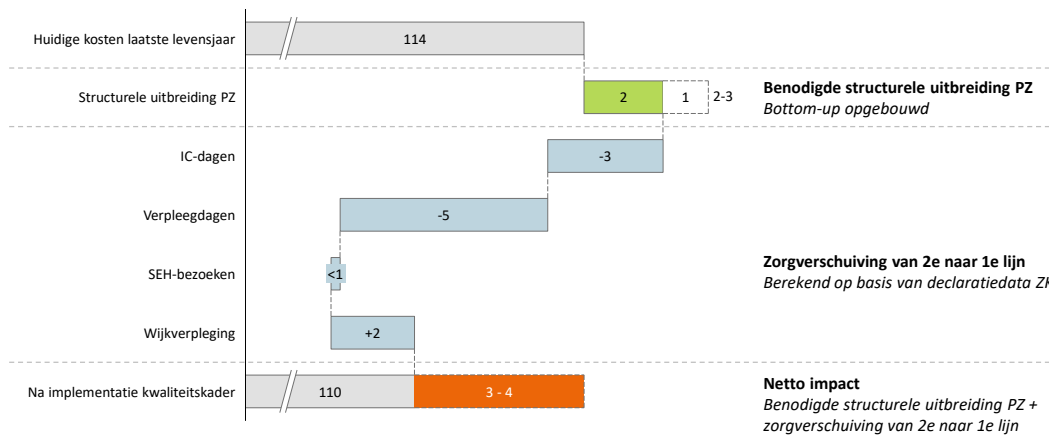
Een deel van deze tijd wordt nu al besteed – implementatie van het Kwaliteitskader en proactieve zorgplanning loopt immers al geruime tijd in onze regio. De transformatie zal ervoor zorgen dat de bestede tijd maximaal effect bereikt, bijvoorbeeld doordat het individueel zorgplan ook voor andere zorgverleners inzichtelijk is, en doordat de specialisten PZ bij de juiste casussen worden ingezet. De berekende benodigde uren-uitbreiding t.o.v. de huidige situatie betreft de ~3.300 uur voor ACP in de 2^e lijn, ongeveer 6.700 uur voor ACP in de 1^e lijn en uitbreiding van de bestaande MDO-structuur (~8.000 uur verdeeld over de 1^e en 2^e lijn). Hoe dit straks in de praktijk zal uitpakken, ook in verdeling tussen 1^e en 2^e lijn, hangt af van de kaders en werkafspraken op regionaal en subregionaal niveau als onderdeel van deze transformatie.

Gezien de voorziene activiteiten die uitgevoerd worden door specialisten PZ moet een eerste inschatting gemaakt worden van of er meer specialisten PZ nodig zijn. Dit is onderdeel van de werkzaamheden van de werkgroep specialisten PZ (zie **bijlage IV**, paragraaf 1.2.2), waarbij zij ook de opdracht krijgen om vooruit te kijken en rekening te houden met verwacht verloop vanwege pensioneringen.

5.3 Deze transformatie heeft een positieve (maatschappelijke) business case

De transformatie palliatieve zorg heeft meerdere maatschappelijke baten, waaronder: betere kwaliteit van palliatieve zorg, betere kwaliteit van leven voor patiënten en naasten, betere beleving van zorgverleners en meer passende zorg voor patiënten in de palliatieve fase. Voor dit type baten is de opbrengst niet goed in euro's uit te drukken, maar dit maakt ze niet minder belangrijk. Voorbeelden van kwalitatieve effecten bij deze baten zijn: patiënten overlijden vaker op de plek van voorkeur, zorgverleners blijven behouden voor de sector. Daarnaast leidt de transformatie palliatieve zorg naar verwachting ook tot een netto zorgkostenbesparing van ongeveer 3-4 miljoen euro per jaar (zie **Figuur 14**).

Netto kostenbesparing na transformatie: EUR 3-4 MLN
[Analyse o.b.v. uitgangsjaar 2022 in EUR MLN]



Figuur 14: Netto zorgkostenbesparing per jaar na transformatie

De bandbreedte die in **Figuur 14** te zien is wordt veroorzaakt door de telefonische consultatie door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners. Momenteel wordt de telefonische consultatie uit VWS-subsidiegelden via Stichting PZNL gefinancierd. Het is nog onduidelijk of deze subsidie op de lange termijn beschikbaar blijft. De telefonische consultatie is een belangrijk hulpmiddel in de ondersteuning bij complexe casuïstiek, dus bij wegvallen van de subsidie zal deze vanuit de Zvw bekostigd moeten worden om te borgen dat telefonische consultatie mogelijk blijft. De business case is conservatief omdat de berekende toename in de eerste lijn 1-op-1 is vertaald naar meerkosten; dit kan in de praktijk anders uitpakken, omdat er de overtuiging is dat de transformatie capaciteitsneutraal moet kunnen plaatsvinden in de eerste lijn (onder andere door winst van indirecte tijd – minder “gedoe” in het zorgproces).

Op basis van de hierboven beschreven te verwachten kostenbesparing is de terugverdientijd van de transformatie ingeschat. In de **Figuur 15** zijn de investeringen in het roze afgezet tegen de verwachten impact in het licht blauw. Zie voor een nadere toelichting op de investeringen hoofdstuk 7 Begroting. De rode lijn in de figuur laat het cumulatieve saldo over de jaren zien, dus de optelling van het de baten –/– de investeringen voor de betreffende jaren. Het moment dat de rode lijn nul is, is het break-even punt van de transformatie.

In de figuur is onderscheid gemaakt tussen de gerealiseerde verandering (inspanningslijn) en het meetbare effect van de verandering (effectlijn). Het voeren van een ACP gesprek met een palliatieve patiënt (de verandering) heeft later in het zorgproces een effect. Het effect van deze verandering is ongeveer een jaar later zichtbaar. De terugverdientijd van de investering is naar verwachting ~ x-x jaar, gerekend vanaf januari 2025.

Figuur 15 is niet beschikbaar in de publieksversie van het transformatieplan

Figuur 15: Investerings en impact van de transformatie over tijd [EUR mln]

Zoals in dit hoofdstuk te lezen is, heeft de transformatie palliatieve zorg substantiële impact op drie van de vier IZA-doelen: het zorggebruik in de Zvw, de inzet personeel en regionale herverdeling van zorg.

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

De transformatie palliatieve zorg heeft naar verwachting een positieve impact op de belangrijkste thema's uit de Green Deal Duurzame Zorg: het verminderen van CO₂-uitstoot, terugdringen van afvalproductie en reductie van geneesmiddelresten in water. Met name de verwachte vermindering van het aantal IC-ligdagen en SEH-bezoeken in het laatste levensjaar heeft een grote positieve invloed op zowel CO₂-uitstoot als afvalproductie. De SEH en IC hebben binnen het ziekenhuis een grote bijdrage aan de milieu-impact. Ter illustratie: één dag intensive care-zorg in het Erasmus MC staat qua vervuiling gelijk aan 2.000 km autorijden, kap van 200 m² bos en het gebruik van minstens 15.000 liter water. Daarnaast produceert de IC van het Erasmus MC jaarbasis 247.000 kg afval. Dit is 17 kg per IC-patiënt per dag. Patiënten in Drenthe & Steenwijkerland met verwacht overlijden brengen in hun laatste levensjaar naar schatting gezamenlijk 1.800 dagen door op de IC. De verwachte reductie van 1.100 IC-ligdagen in het laatste levensjaar door de transformatie, zoals becijferd in de impactanalyse, levert daarmee jaarlijks al een besparing op van 176.000 kg CO₂ en 18.700 kg afval. Als we enkel de reductie van IC-ligdagen in de laatste 30 dagen voor overlijden in ogenschouw nemen, dan gaat het om een besparing van 140.800 kg CO₂ en 15.000 kg afval. Het netto hoger worden van het aantal reisbewegingen (minder reisbewegingen van en naar het ziekenhuis, maar meer reisbewegingen door personeel in de wijkverpleging) en de verhoogde afvalproductie in de wijkverpleging wegen hier niet tegenop. De ICT benodigd voor gegevensuitwisseling kan een lichte toename in CO₂-uitstoot veroorzaken ten opzichte van de huidige IT-infrastructuur.

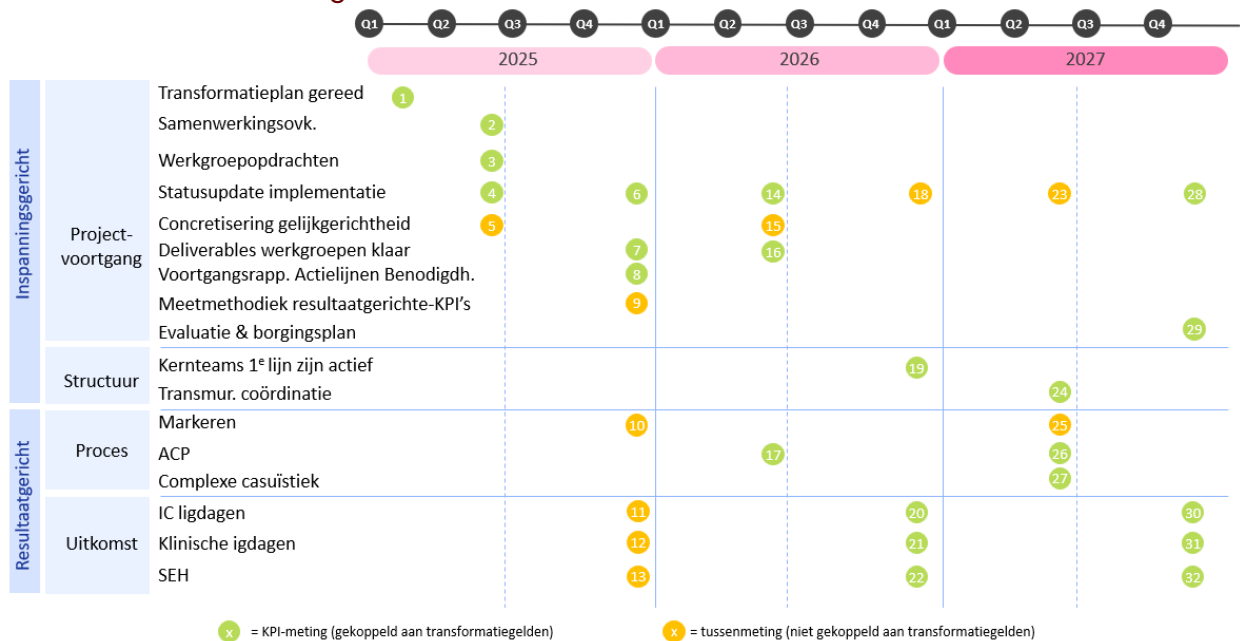
De transformatie palliatieve zorg biedt ook de mogelijkheid om bij te dragen aan het verminderen van medicijnverspilling en reductie van geneesmiddelen in water. Het terugbrengen van niet-passend gebruik van cytostatica, preventieve medicatie (zoals cholesterolverlagers) en anderszins niet langer zinvol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

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

Om de transformatie te kunnen monitoren, zijn Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's) opgesteld. Zoals beschreven in Hoofdstuk 4 wordt voor deze transformatie een Werkgroep Zorginhoud geformeerd die op verschillende subonderdelen aan het werk gaan. Daarnaast gaan projectleiders aan de slag op de Actielijnen Benodigdheden en krijgen in dit kader concrete opdrachten van het PMT mee die uitgewerkt en vastgelegd worden. Nadat de uitwerking is goedgekeurd door de stuurgroep volgt implementatie. Op signalering, markering en ACP wordt direct gestart met implementatie, aangezien deze onderdelen al uitgewerkt zijn in het eerdere ACP project in de regio. Implementatieprojectleiders binnen de grotere zorgorganisaties zijn verantwoordelijk voor implementatie binnen hun organisaties, waarover zij halfjaarlijks aan de stuurgroep rapporteren, en vormen tevens de Werkgroep Zorginhoud.

Als resultaat van al deze inspanningen verwachten we meer passende zorg eerder in het zorgproces, namelijk palliatieve zorg volgens het Kwaliteitskader. Daarnaast verwachten we minder potentieel niet-passende zorg, in het bijzonder vlak voor overlijden. Die verwachting is gebaseerd op de vergelijking van zorggebruik tussen patiënten met en zonder palliatieve zorg die is uitgevoerd in het kader van wetenschappelijk onderzoek in Nederland, pilots (in het kader van het TAPA\$ project) en onderzoek dat samen met Zilveren Kruis is verricht op declaratiedata ten behoeve van dit transformatieplan (dit laatste is ook de basis voor de maatschappelijke impact zoals beschreven in hoofdstuk 5 van het transformatieplan).

De KPI's voor deze transformatie zijn zo gekozen dat ze de programma-opzet en verwachte resultaten weerspiegelen. We onderscheiden inspanningsgerichte KPI's en resultaatgerichte KPI's, zie onderstaande **Figuur 16**.



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

De volgende paragrafen geven per hoofdgroep van KPI's een korte toelichting. De complete lijst met KPI's is opgenomen in het bijgeleverde Excel "Specificatie begroting, KPI's en BC van Transformatie PZ D&S versie 2.0".

6.1 Inspanningsgerichte KPI's

Deze groep KPI's geeft inzicht in de algemene voortgang van de transformatie. Deze begint bij het hebben van een goedgekeurd transformatieplan. Hierna volgt een samenwerkingsovereenkomst tussen alle aan de transformatie deelnemende partijen.

Voor het uitwerken van regionale afspraken (en voor sommige onderwerpen subregionale inbedding) wordt een Werkgroep Zorginhoud geformeerd. De werkgroep krijgt concrete en door de stuurgroep geaccordeerde opdrachten van het PMT. Daarnaast gaan projectleiders aan de slag op de Actielijnen Benodigdheden en krijgen in dit kader concrete opdrachten van het PMT mee die uitgewerkt en vastgelegd worden. Oplevering van alle deliverables door de werkgroep en projectleiders op de Actielijnen Benodigdheden is een belangrijke KPI voor de voortgang van de transformatie.

De grootste inspanning voor deze transformatie vindt plaats op de werkvloer. Bij alle grotere organisaties voorziet het transformatieplan in een implementatieprojectleider. Deze projectleiders zijn verantwoordelijk voor implementatie van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg binnen hun organisaties. Zij rapporteren halfjaarlijks aan de stuurgroep over hun voortgang en vervolgstappen. Deze worden nauw met elkaar gecoördineerd via het PMT, en volgen de inhoud zoals wordt afgesproken in de Werkgroep Zorginhoud (waarin deze projectleiders ook deelnemen).

Een belangrijke volgende stap in de projectvoortgang is het overeenkomen van een meetmethodiek voor de resultaatgerichte KPI's. Aan deze KPI is geen uitbetaling gekoppeld, maar deze belangrijke mijlpaal is wel opgenomen in het KPI-overzicht. Waarom is dit nodig? De resultaatgerichte KPI's zijn geformuleerd op basis van de aanname dat deze gemeten kunnen worden op basis van gegevens van ziekenhuizen en huisartspraktijken (via Dokter Drenthe). Tijdens het schrijven van het transformatieplan is verkend of deze meetwijze mogelijk is, en dit lijkt het geval. Dit maakt het ook mogelijk om instelling-specifieke dashboard te maken, die betreffende implementatiemanagers kan ondersteunen tijdens deze transformatie. De precieze verantwoordelijkheden (wie levert wat, wanneer aan, hoe worden subgroepen afgebakend in lijn met landelijke kaders vanuit NPPZ II, etc.) worden in dit meetplan uitgewerkt. Indien bij deze nadere uitwerking blijkt dat meting aan de bron (bij de zorgaanbieder) toch onpraktisch of onwerkbaar blijkt, kan de stuurgroep besluiten om terug te vallen op gegevens van de zorgverzekeraar (waar de gegevens sowieso beschikbaar zijn maar met vertraging) en eventueel waardes bij de betreffende KPI's hierop aanpassen. In de meetmethodiek wordt ook afgesproken hoe om te gaan met verfijnde complexiteiten die kunnen optreden, zoals tussentijdse veranderingen in capaciteit op de SEH.

Ook uitgelicht in deze KPI's is het concretiseren van gelijkgerichtheid door de werkgroep financiering, die uiterlijk 1 juli 2025 samen met verzekeraars tot regiobrede kaders voor financiële afspraken over de consequenties van deze transformatie moet leiden, zodat dit

meegenomen kan worden in de contractafspraken 2026. Op 1 juli 2026 vindt mogelijk een update plaats omdat uitwerking niet tot in detail te maken is in 2025. In het eerste half jaar van 2025 vindt de precieze uitwerking van de kaders plaats. Deze KPI is niet gekoppeld aan uitbetaling maar wel opgenomen aangezien duurzame financiering nodig is voor (de borging van) goede palliatieve zorg in de regio.

De laatste projectvoortgangs-KPI's worden gehaald als evaluatie heeft plaatsgevonden, leidend tot een inventarisatie van behoeften voor duurzame borging van de transformatie.

Tenslotte zijn twee structuur-KPI's opgenomen. Uit de eerste KPI moet blijken dat de multidisciplinaire Kernteams, de ruggengraat van goede palliatieve zorg, goed functioneren. Eind 2026 wordt gemeten of het zorgproces is veranderd. Dit wordt gedaan door middel van een steekproef, die meet of de kernteams hun werkzaamheden hebben uitgebreid met palliatieve patiënten. Als proxy voor de mate van transmurale samenwerking wordt er gekeken of er minimaal een huisarts, wijkverpleegkundige en specialist palliatieve zorg heeft deelgenomen aan het overleg.

Via de tweede structuur-KPI wordt in kaart gebracht in hoeverre patiënten die zijn besproken in het MDO-PZ van de deelnemende ziekenhuizen ook bekend zijn in het MDO-systeem van de betreffende Kernteams. Zo wordt voorkomen dat patiënten wel als palliatief in beeld zijn in de 2^e, maar niet in de 1^e lijn.

6.2 Resultaatgerichte KPI's

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

De werkgroep spiegel- en stuurinformatie werkt de precieze meetmethodiek voor de kwantitatieve KPI's uit, en is verantwoordelijk voor vergaring van de hiervoor benodigde informatie tijdens de transformatie. Een omschrijving van de werkzaamheden van deze werkgroep is te lezen in bijlage IV (Paragraaf 6). Het programmamanagementteam coördineert hierin, en is verantwoordelijk voor rapportages omtrent de KPI's aan de stuurgroep. De stuurgroep stelt, op basis van deze rapportages, vast of en wanneer aan KPI's is voldaan.

6.2.1. Proces KPI's

De intentie is dat als gevolg van deze transformatie bij alle patiënten die overlijden aan een niet-onverwachte doodsoorzaak, en voor wie dit redelijkerwijs kan, markering en proactieve zorgplanning plaatsvindt in het jaar voor overlijden.

Het % gemarkeerde patiënten van de niet-onverwacht overledenen wordt vastgesteld op basis van het % patiënten dat in de MDO-tool geregistreerd is. Het is op moment van schrijven niet zeker of dit inderdaad meetbaar is. Om deze reden is hier geen uitbetaling aan gekoppeld.

Tijdige ondersteuning bij complexe casuïstiek is essentieel voor goede palliatieve zorg. Hoewel ad-hoc inzet mogelijk is en blijft, is de verwachting dat ook ten aanzien van de inzet van experts palliatieve zorg de rust in het zorgproces gebaat is bij tijdige betrokkenheid. Hier is een KPI op geformuleerd.

6.2.2. Uitkomstgerichte KPI's

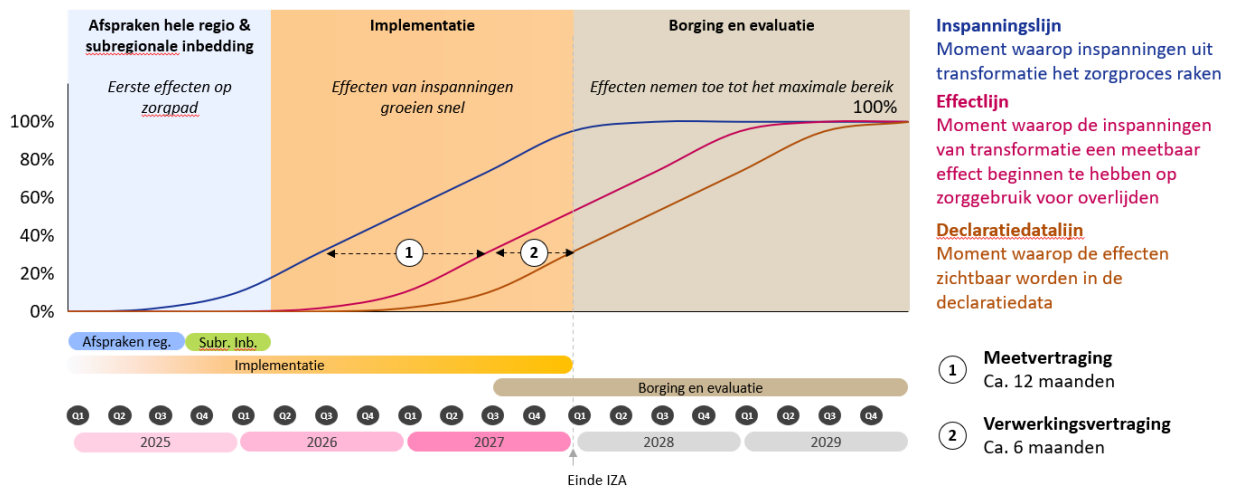
Uiteindelijk verwachten we dat de implementatie van het Kwaliteitskader leidt tot meetbaar minder niet-passende zorg, met name in de laatste 30 dagen voor overlijden. In landelijk onderzoek is deze kwaliteitsverbetering meetbaar via de criteria omtrent zorggebruik in de laatste 30 dagen voor overlijden zoals opgesteld door Earle et al. Met deze indicatoren wordt ook in Nederlands onderzoek gewerkt. Het gaat om de volgende indicatoren: overlijden in ziekenhuis, ≥ 2 SEH-bezoeken, ≥ 2 ziekenhuisopnames, > 14 ligdagen, IC-opname, en het gebruik van chemotherapie. Earle indicatoren worden landelijk bepaald en gepubliceerd op Palliaweb¹². In aanvulling op deze indicatoren bepalen we binnen dit transformatieplan ook het aantal IC-ligdagen, klinische ligdagen en SEH-bezoeken in de laatste 30 dagen voor overlijden.¹³

De KPI's die voor dit transformatieplan worden gehanteerd zijn de directe drijvers onder de maatschappelijke business case zoals beschreven in Hoofdstuk 5 van het transformatieplan. Het gaat om het aantal IC dagen, klinische ligdagen, en SEH-opnames in de laatste 30 dagen voor overlijden.

De waardes die zijn opgenomen in de uitkomstgerichte KPI's zijn bepaald op basis van de verwachte impact en de timing waarop deze impact meetbaar is. Dit is visueel gemaakt in **Figuur 17**. Het effect van de inspanningen zijn met vertraging zichtbaar in de uitkomsten. Goede palliatieve zorg begint immers al geruime tijd voor overlijden (indicatief: 12 maanden), maar het effect hiervan is pas na het overlijden meetbaar in de uitkomst KPI's. De waardes van de uitkomst KPI's in december 2027 zijn vastgesteld op het niveau van de roze effectlijn. Om iets te kunnen zeggen over het realiseren van de blauwe inspanningslijn wordt de indicator "ACP" (KPI nrs. 17 en 26) gemeten op huisartsendata.

¹² Zie [link](#)

¹³ De Earle indicatoren gebruiken we om de afname van niet-passende zorg in de laatste 30-dagen in beeld te brengen. De afname van het 2^e lijns zorggebruik in de laatste 30 dagen voor overlijden hoeft zich niet direct te vertalen in een afname van zorg op de SEH, IC of opname voor het gehele ziekenhuis. De totale hoeveelheid zorg is onder andere afhankelijk van de toename van de zorgvraag voor de gehele patiëntenpopulatie in Drenthe en Steenwijkerland en de demografische ontwikkeling.



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

6.3 Samenhang tussen verschillende soorten KPI's en budgetaanvraag

Figuur 18 geeft een overzicht van de samenhang tussen de hierboven beschreven soorten KPI's en de aan deze KPI's gekoppelde budgetaanvraag¹⁴. Vroeg in het project hebben de inspanningsgerichte KPI's de overhand, terwijl richting het eind van de transformatie het budget juist voornamelijk afhangt van resultaatgerichte KPI's.

In het bijgeleverde Excel overzicht "Specificatie begroting, KPI's en BC van Transformatie PZ D&S v2.2" staan alle KPI's afzonderlijk gedetailleerd, inclusief het daaraan gekoppelde bedrag.

Figuur 18 is niet beschikbaar in de publieksversie van het transformatieplan

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

¹⁴ De budgetaanvraag is gebaseerd op de geschatte kosten van de transformatie welke nader zijn uitgewerkt in hoofdstuk 7. De bedragen kunnen bij de jaarlijkse vaststelling van de jaarbegroting in de stuurgroep, in samenspraak met de marktleidende verzekeraars, eventueel worden bijgesteld.

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

Zorgorganisaties in Drenthe & Steenwijkerland investeren, met hulp vanuit regionale en landelijke organisaties, zelf in de transformatie palliatieve zorg. Deze transformatie bouwt rechtstreeks voort op het project ACP Drenthe. Vanuit de Netwerken palliatieve zorg wordt het werken volgens het Kwaliteitskader in breedste zin ondersteund. En vanuit samenwerkingen zoals met het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II, RIVO Noord en Ligare wordt gericht ingezet op het invullen van randvoorwaarden, zoals maatschappelijke bewustwording, deskundigheidsbevordering en digitale ondersteuning.

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

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

7.1 Uitgangspunten begroting

De begroting is gebaseerd op de benodigde middelen voor het uitvoeren en het managen van het werkprogramma zoals omschreven in hoofdstuk 4 en gedetailleerd uitgewerkt in bijlage IV. Bij het opstellen van de begroting zijn een aantal uitgangspunten gehanteerd:

- De kosten per programmaonderdeel zijn ingeschat op basis van kosten projectleider, vacatiegelden voor deelneming van zorg- of welzijnspersoneel en materiële kosten.
- Er zijn alleen kosten opgenomen in de begroting voor personeel dat extra aangetrokken of vrijgespeeld wordt ten behoeve van de transformatie PZ. De kosten van de werkzaamheden die worden uitgevoerd door bestaand personeel zijn niet ingeschat en niet opgenomen in de begroting.
- De daadwerkelijke inzet van projectleiders, (communicatie)adviseurs en dergelijken vindt altijd plaats in afstemming met en onder goedkeuring van het PMT. Deze stemt periodiek (halfjaarlijks) de realisatie ten opzichte van de begroting af met de stuurgroep.
- Kosteninschattingen zijn de beste nu mogelijke inschattingen voor de komende jaren.
- Er is sprake van cofinanciering, vanuit de NPPZII-middelen en eigen financiering vanuit deelnemende organisaties. Bij het opstellen van de snelle toets en dit transformatieplan zijn bijvoorbeeld transformatie-adviseurs en experts beschikbaar gesteld door PZNL, gefinancierd vanuit NPPZII middelen. Deelname van de netwerkcoördinator is vergoed vanuit de netwerksubsidie.
- De uitbetaling is gekoppeld aan KPI's. Op basis van de looptijd en de grootte van de transformatie is gekozen voor vaststelling en uitbetaling per half jaar. In de eerste periode zijn de indicatoren KPI's met een inspanningsverplichting. Mocht (een van)

deze door omstandigheden niet behaald zijn, dan volgt uitbetaling op het eerstvolgende uitbetaalmoment dat deze KPI wel behaald is.¹⁵

7.2 Begroting

Onderstaande tabel toont de begroting voor het transformatieplan PZ en ACP in Drenthe & Steenwijkerland. De gedetailleerde begroting en toelichting is opgenomen in het meegeleverde Excel “Specificatie begroting, KPI’s en BC van Transformatie PZ D&S v2.2”.

Tabel 1 Begroting transformatieplan palliatieve zorg (dzt, €)

Programmaonderdeel	2025	2026	2027	Totaal
Programma Management				
Implementatie				
Werkgroepen zorginhoud				
Actielijnen benodigdheden				
Totaal				

7.3 Financieel beheer en de verantwoording

Vergoeding voor inzet van het PMT, projectleiders voor de actielijnen op benodigdheden (zoals digitale gegevensuitwisseling) en vergoedingen voor werksessies en materiële kosten verlopen via de kassier (dokter Drenthe). Voor de inzet van de projectleiders implementatie verloopt de financiering zoveel mogelijk direct van Zilveren Kruis naar de zorgorganisaties die de betreffende inzet leveren. Voor zorgorganisaties die niet over een agb-code beschikken verloopt de vergoeding via dokter Drenthe. Voor deze personele kosten is BTW opgenomen. Deze afspraken worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst.

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

In het bijgeleverde Excel overzicht “Specificatie begroting, KPI’s en BC van Transformatie PZ D&S v2.2” is een uitbetalingsschema opgesteld naar instelling.

Dokter Drenthe treedt op als kassier van de transformatie en verzorgt de inhuur van het projectmanagement en het in dienst nemen van de projectleiders voor deelnemende organisaties zonder agb-code. Deze inzet is veelal voor andere segmenten dan voor huisartsenzorg. Het uitbetalingsschema is hierdoor geen realistische basis voor een verdeelsleutel over de segmenten ten behoeve van de landelijke verantwoording. Voor dit

¹⁵ Waarbij de maximale looptijd van de IZA-afspraken niet kan worden overschreden.

doel is een verdeling op basis van de aantallen implementatieprojectleiders een betere proxy.

Tabel 2 Verdeling transformatiemiddelen over segmenten (dzd, €)

Segment	Transformatiemiddelen
Huisartsenzorg	
Ziekenhuiszorg	
Wijkverpleging	
Diversen ZVW	
Welzijn en vrijwilligers	
Totaal	

8. Borging van de transformatie

Het kwaliteitskader palliatieve zorg is de basis van de transformatie palliatieve zorg. Daarmee is de transformatie palliatieve zorg een natuurlijk vervolg op de stappen die er reeds gezet zijn de afgelopen jaren met het project voorbereiding laatste levensfase Drenthe e.o.

De implementatie van het kwaliteitskader PZ en ACP is gericht op het veranderen van het zorgproces van generalistische zorgverleners en wordt niet als “iets nieuws” naast het bestaande neergezet. Er is sprake van integratie in het reguliere zorgproces. Bij deze transformatie is er aandacht voor educatie en deskundigheidsbevordering van zowel de burger en naasten als de zorgverleners en welzijnswerkers. De reeds ontwikkelde en succesvolle website [Voorbereiding Laatste Levensfase Drenthe](#) vormt een stevige basis en blijft toegankelijk.

Er is nadrukkelijk aandacht voor:

- het vastleggen en toepassen van de samenwerkingsafspraken,
- het borgen in de regionale structuur, inclusief de rol van de Netwerken Palliatieve Zorg Drenthe & Steenwijkerland,
- het passend maken van de financiering, waarbij de elementen van het kwaliteitskader een plek krijgen in de reguliere financiering en
- de korte en lange termijn oplossingen voor digitale gegevensuitwisseling.

Tactische inbedding van het Kwaliteitskader PZ en ACP wordt geborgd door het afspraken maken over en opnemen van het onderwerp palliatieve zorg en ACP in beleidsplannen van alle stakeholders. Daarnaast spreken wij met alle betrokken organisaties af dat zij minimaal 1x per 5 jaar de zelfevaluatie PZ uitvoeren, ondersteund door de Netwerk Palliatieve Zorg Drenthe & Steenwijkerland, ook na 2027.

Het laatste half jaar van 2027 staat in het teken van evaluatie en borging. Lessen voortkomend uit evaluaties worden indien van toepassing opgenomen in de werkafspraken en er wordt nagedacht of er aanvullende acties nodig zijn om de per subregio gemaakte werkafspraken ook na de transformatie te blijven uitvoeren.

We werken in ieder geval met een PDCA-cyclus waarbij vanuit vertrouwen en verbinding tussen de stakeholders wordt gewerkt aan het uitvoeren van de het transformatieplan PZ en ACP, het monitoren van de impact en het bijdragen aan de regiodoelen. We zullen in deze cyclus de activiteiten bijstellen als dit nodig blijkt, om te zorgen dat we de integratie in het reguliere zorgproces realiseren. We zijn voornemens om de uitkomstindicatoren ook ná 2027 te blijven monitoren.

Bijlage I: Afkortingen en begrippen

Voor een compleet overzicht van de begrippen rondom palliatieve zorg verwijzen wij naar het begrippenkader Palliatieve Zorg van PZNL [Begrippenkader \(bijlage van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland\) – Palliaweb](#).

Afkorting	Begrip	Uitleg
ACP	Advance Care Planning	ACP en PZP zijn synoniemen voor hetzelfde gesprek. Proactieve zorgplanning is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.
PACT	Palliatief advies & consultatieteam	Team specialisten PZ in ziekenhuizen beschikbaar voor MDO palliatieve zorg, consultatie en deskundigheidsbevordering
POH-S	Praktijkondersteuner somatiek huisarts	
PZP	Proactieve zorgplanning	ACP en PZP zijn synoniemen voor hetzelfde gesprek.
	PZP Leidraad	https://palliaweb.nl/publicaties/leidraad-proactieve-zorgplanning-(1)
SO	Specialist ouderengeneeskunde	
Specialisten PZ		Zorgverleners met een aanvullende opleiding voor palliatieve zorg conform de landelijke vereisten. Deze groep wordt ook wel in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners genoemd. Voor de leesbaarheid is gekozen voor de aanduiding specialisten PZ.
STOP	Specialistisch team ondersteuning en consultatie PZ	1e lijns specialisten PZ team voor deelname aan kernteam, ter ondersteuning van de generalisten en deskundigheidsbevordering
WV	Wijkverpleging	
MGZ	Medisch generalistische zorg	In Drenthe vindt parallel een transformatie medisch generalistische zorg plaats.

Bijlage II: Toelichting op implementatie kwaliteitskader

Palliatieve zorg is in beginsel zorg die alle zorgprofessionals¹⁶ moeten kunnen bieden, en die voor iedere patiënt (waarvoor dit relevant is) toegankelijk moet zijn. Na duidelijke markering van de palliatieve fase (zorg in het laatste levensjaar¹⁷) door de behandelend arts, in samenspraak met andere betrokken zorgprofessionals, verschuift de focus in het zorgproces van ziektegerichtheid naar symptoomgerichtheid (Figuur 19). In de palliatieve fase van het zorgproces staat kwaliteit van leven en sterven voorop, en worden de voor- en nadelen van curatieve en palliatieve behandelkeuzes in het licht daarvan tegen elkaar afgewogen.



Figuur 19: De palliatieve fase van het zorgproces

Het expliciet signaleren en markeren van de palliatieve fase is generalistische zorg, maar vraagt veel van zorgprofessionals én patiënten: bewustwording over de waarde van duidelijke markering, durf om het gesprek aan te gaan, en kennis over hoe vervolgens het zorgproces in te richten naar de wensen en grenzen van de patiënt. Waarden, wensen en behoeften van patiënten en hun naasten gaan niet alleen over (bestrijden van) symptomen en behandelwensen. Ze gaan heel vaak over versterken en benutten van veerkracht en inzet op wat wél kan en goed gaat.

In een context waarin steeds meer verschillende zorg- en welzijnsprofessionals betrokken zijn bij het zorgproces is het vervolgens cruciaal dat de wensen en gemaakte keuzes bij alle betrokkenen bekend zijn, en dat hiernaar in goede afstemming met elkaar wordt gehandeld.

De implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg is een middel om dit doel te bereiken. Het Kwaliteitskader palliatieve zorg geeft handvatten aan alle zorg- en welzijnsprofessionals over hoe goede zorg eruitziet in het laatste levensjaar. Het beschrijft wat professionals kunnen doen om de palliatieve fase te signaleren, markeren, en hoe zij vervolgens kunnen handelen. Ook beschrijft het kwaliteitskader wanneer meer specialistische ondersteuning nodig kan zijn, en hoe deze eruitziet. De vier kernelementen van het Kwaliteitskader staan toegelicht op de volgende pagina.

¹⁶ Waar dit document spreekt over 'alle zorgprofessionals' wordt bedoeld: alle artsen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en andere betrokkenen bij zorg voor de patiënt in de palliatieve fase van het zorgproces

¹⁷ De lengte van de palliatieve fase kan variëren, bijvoorbeeld afhankelijk van de onderliggende aandoening, maar om pragmatische redenen wordt deze vaak afgebakend tot het laatste levensjaar. In deze strategische agenda hanteren we daarom ook het laatste levensjaar als focus van de transformatie.

1. Wat betekent “implementatie van het Kwaliteitskader” precies?

We lichten navolgend toe wat het betekent om het Kwaliteitskader palliatieve zorg te implementeren. Dat doen we aan de hand van vier kernelementen waaruit het Kwaliteitskader bestaat (Figuur 20). Hiermee maken we duidelijk wat het inhoudt, maar ook wat de transformatie vervolgens omvat.

Markering	Proactieve zorgplanning		Transmurale coördinatie en continuïteit van zorg	Ondersteuning bij complexe casuïstiek
Markering De behandelaar stelt in overleg met andere zorgverleners vast dat mogelijk het laatste jaar van de palliatieve fase begint.	Gezamenlijke besluitvorming De (regie)behandelaar en de patiënt en naasten stemmen de zorg af op de persoonlijke situatie, wensen en behoeften	Opstellen individueel zorgplan De (regie)behandelaar en de patiënt en naasten leggen de afspraken vast in een individueel zorgplan.	De betrokken zorgverleners vormen een team dat interdisciplinair en transmuraal samenwerkt en stemmen af wie vanaf nu de regiebehandelaar is.	Waar nodig betrekken generalistische zorgverleners in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners.

Figuur 20: Kernelementen Kwaliteitskader Palliatieve zorg

Om concreet te maken wat de transformatie inhoudt, maken we op elk van deze kernelementen inzichtelijk waar we nu staan en wat nodig is en onderdeel van voorliggende transformatie is. In Bijlage II staat een gedetailleerde beschrijving van de IST en de SOLL op elk van deze kernelementen in onze regio.

2. Markering

Markering in de palliatieve zorg is het expliciet vaststellen van de overgang naar een zorgfase waarin de kwaliteit van leven en sterven centraal staat, i.p.v. de primaire focus op de genezing.

Voorafgaand aan de markering vindt signalering plaats. Signalen kunnen toenemende kwetsbaarheid of achteruitgang bij een duidelijke (palliatieve) diagnose betreffen. Betrokken bij signalering zijn zowel de patiënt zelf als ook de naasten en medewerkers uit het voorliggend veld (denk aan mantelzorg-ondersteuners, huishoudelijke medewerkers, verzorgenden, helpenden, vrijwilligers etc.). Binnen Drenthe en Steenwijkerland is een signaleringskaart ontworpen om medewerkers handvatten te geven voor duiding van het niet-pluis gevoel, het opmerken van de signalen en het delen hiervan. De signaleringskaart moet nog breed geïmplementeerd worden.

De beslissing van signaleren naar markeren weerspiegelt een fundamentele verschuiving in de doelstellingen en behandelaanpak. Iedere zorgverlener kan signaleren & markeren door de zichzelf de *surprise question* te stellen: ‘Zou het mij verbazen wanneer deze patiënt in de komende 12 maanden komt te overlijden?’. Samenwerking tussen alle domeinen is cruciaal om tijdig op basis van signalen de palliatieve fase te markeren. Daarbij is de bewustwording van de voorbereiding op de laatste levensfase van groot belang.

Het ervoor zorgen dat artsen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden zich bewust zijn van het belang van markering, en ook weten wat dit inhoudt, vergt veel aandacht.

Naar aanleiding van de markering van de palliatieve fase onderneemt de zorg-welzijnsprofessional acties om de palliatieve zorg op te starten.

3. Proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken met patiënten en naasten over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes, en over welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.

In Drenthe & Steenwijkerland zijn jaarlijks ongeveer 4.163 patiënten die niet onverwachts overlijden. De ambitie is dat er uiteindelijk voor al deze patiënten een individueel zorgplan wordt gemaakt.

4. Transmurale coördinatie & continuïteit

Transmurale coördinatie en continuïteit van zorg zijn nodig om alle beschikbare kennis en kunde optimaal en tijdig te benutten in de palliatieve fase. Voor de patiënt betekent dit dat hij op basis van de gemaakte keuze de juiste zorg en ondersteuning ontvangt. Bij continuïteit van zorg is er sprake van een ononderbroken samenhang van alle elementen waaruit het gehele zorgproces is opgebouwd. Bij transmurale continuïteit gaat het om communicatie en samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende zorgsettings om op die manier zorg op elkaar aan te laten sluiten.

De coördinatie van de zorg is erop gericht om beschikbare voorzieningen en expertise te benutten en in te schakelen en noodzakelijke transfers naadloos te laten verlopen. Hierbij zijn verschillende zorgprofessionals betrokken. De multidimensionale benadering van de patiënt en zijn zorgvragen in de palliatieve fase vraagt om kennis en betrokkenheid van meerdere disciplines die in een interdisciplinair werkend team verenigd zijn. De betrokken zorgverleners zien elkaars kwaliteiten en perspectieven als complementair en waardevol. Dit interdisciplinair team werkt in wisselende intensiteit op basis van het individueel zorgplan, waarbij de regiebehandelaar de verbindende schakel is. Door de transmurale coördinatie sluit de zorg en ondersteuning naadloos op elkaar aan.

Om dit te regelen maken we hierbij zoveel mogelijk gebruik van al bestaande samenwerkingsstructuren.

5. Ondersteuning complexe casuïstiek

In Nederland wordt palliatieve zorg beschouwd als generalistische zorg, die door iedere zorgverlener in elke setting gegeven moet kunnen worden. Wanneer de complexiteit de deskundigheid en vaardigheid van de generalist overstijgt, wordt er verwacht dat de generalist een specialist PZ kan consulteren om aan de zorgvraag te voldoen. In Drenthe & Steenwijkerland is in september 2022 een lerend netwerk van specialisten PZ van start gegaan. Deze start vraagt om verdieping naar daadwerkelijke transmuraal inzet. De in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners zijn middels een erkende opleiding in palliatieve zorg gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg. Veelal is de specialist palliatieve zorg, vanuit zijn functie werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg frequent deel uit.

Bijlage III: Palliatieve zorg in Drenthe & Steenwijkerland op dit moment (IST)

Binnen de Netwerken Palliatieve Zorg werken de zorgpartners al jarenlang samen aan de verbetering van de palliatieve zorg. De regio is trots op hetgeen al is bereikt. Toch is verdere verdieping en schaalvergroting van de bereikte resultaten van groot belang. Vanuit het perspectief van de partijen in onze regio die betrokken zijn bij de ontwikkeling van het transformatieplan schetsen we in deze bijlage de verbeterpunten in de huidige situatie.

1. Patiënten in de palliatieve fase en hun naasten

In Drenthe & Steenwijkerland overleden in 2022 in totaal 6.288 mensen. Hiervan overleden 2.124 mensen acuut; bij 4.163 personen was het overlijden niet onverwacht. Bij deze personen kan worden aangenomen dat er in meer of mindere mate behoefte was aan palliatieve zorg.

Patiënten in de palliatieve fase missen momenteel nog regelmatig essentiële informatie over hun situatie omdat markeringsgesprekken nog niet altijd op het juiste moment en binnen alle zorgsectoren plaatsvindt. Palliatieve zorg blijft onbekend voor velen, ondanks inspanningen om de bekendheid te vergroten. Belangrijke begrippen zoals palliatief, terminaal, palliatieve sedatie en euthanasie zijn worden niet goed begrepen. Patiënten hebben vaak geen toegankelijke voorlichting over behandelingen, waardoor besluitvorming moeilijk is. Veel mensen hebben hun wensen niet vastgelegd voor toekomstige behandelingen. Er is zeker niet voor iedereen een proactief zorgplan dat inzichtelijk is voor zowel patiënt als alle betrokken zorgverleners.

Er is behoefte aan betere afstemming op persoonlijke behoeften en communicatiestijlen. Coördinatie en continuïteit in de zorg zijn nodig, inclusief naadloze gegevensoverdracht en bereikbaarheid voor vragen. Regelzaken zijn vaak omslachtig en veeleisend en informele zorg wordt niet altijd gevonden. De specialist palliatieve zorg wordt niet altijd ingezet bij complexe casuïstiek waardoor mensen soms onnodig lijden.

Voor naasten van patiënten in de palliatieve fase is het vaak een zware taak om steun te bieden en tegelijkertijd voor zichzelf te zorgen. Het is niet terecht om patiënten en naasten altijd in één adem te noemen. De naaste staat naast de patiënt maar heeft een eigen perspectief. Het is daarom essentieel dat zorgverleners het gesprek aangaan met zowel de patiënt als met de naasten en het perspectief van deze naasten betrekken bij het proces van ACP en goede tijdige palliatieve zorg. Anders is de kans op overbelasting van de naasten groot. Dit heeft niet alleen effect op hun welzijn maar zeker ook op dat van de patiënt, het zorgsysteem en de maatschappij als geheel.

2 Huisartsen

Dokter Drenthe is de organisatie van, voor en door huisartsen in Drenthe-Steenwijkerland. Dokter Drenthe organiseert de ketenzorg, de Centrale Huisartsendienst Drenthe en de

spoedzorg in de ANW-uren voor 134 huisartspraktijken. Met zo'n 150 collega's wordt samengewerkt om de huisartsenzorg 24x7 te organiseren.

Iedere huisartsenpraktijk werkt met een **kernteam** kwetsbare inwoners waar maandelijks een multidisciplinair overleg wordt gehouden met wijkteams, specialist ouderengeneeskunde, welzijn, wmo.

De huisartsen zijn de spil in de zorgverlening aan ongeneeslijk zieke patiënten. Zij zijn in de regio betrokken bij lopende projecten rond markering en ACP. De volledige implementatie van een proactief zorgplan is nog beperkt tot een selecte groep. Eenmaal geïntegreerd in de werkwijze wordt ACP niet als tijdrovend ervaren. De gemaakte afspraken kunnen, zo nodig na aanpassingen, later in het ziekteproces worden nageleefd.

Regionale afspraken over de coördinatie en continuïteit van zorg op grote schaal ontbreken nog, mede door een gebrek aan digitale ondersteuning voor gegevensuitwisseling en afstemming. Het consulteren van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners (specialisten PZ) neemt toe en in een aantal kernteams worden specialisten PZ ingezet voor ondersteuning bij complexe casuïstiek. Er is echter behoefte aan duidelijke **kaders** voor de verschillende manieren waarop en wanneer specialistische palliatieve zorg kan worden geconsulteerd en/of ingezet. Zorgen bestaan over de capaciteit bij huisartsen bij verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn.

3 Wijkverpleging

Er zijn in Drenthe & Steenwijkerland 21 bij de Netwerken PZ aangesloten thuiszorgorganisaties actief in de palliatieve zorg met ieder in meer of mindere mate een eigen werkwijze en financiering een aantal ook met intramurale zorg en/of met een overlappend werkgebied. Er is aandacht voor palliatieve zorg binnen deze organisaties zowel intern als transmuraal. Een groot deel heeft, soms met de zelfevaluatie palliatieve zorg, beleid en werkafspraken opgesteld. Een aantal kent een commissie/werkgroep/vakgroep palliatieve zorg voor beleidsmatige zaken, contacten met de kennisdragers en multidisciplinaire teams en soms inhoudelijke ondersteuning bij casuïstiek. Continuïteit van zorg met ook één aanspreekpunt is een ambitie, maar wordt door de huidige arbeidsmarktkrapte minder vanzelfsprekend. Transmurale gegevensuitwisseling gaat de tijdinvestering aan onderlinge overdrachten verminderen. De expertise omtrent palliatieve zorg bij verpleegkundigen en verzorgenden wordt op meerdere plekken ondersteund door een palliatief verpleegkundige of Verpleegkundig Specialist Palliatieve Zorg. De inzet van de specialist PZ is punt van aandacht in dit transformatieplan en zal ook het werkveld wijkverpleging effectiever gaan ondersteunen.

4 Ziekenhuizen

Treant heeft drie locaties; één acuut en complex centrum in Emmen, en twee weekziekenhuizen (Hoogeveen, Stadskanaal). Het WZA heeft haar hoofdlocatie in Assen. Isala heeft een vestiging in Meppel.

Er wordt gewerkt aan de structurele implementatie van transmurale ACP met het project “voorbereiding laatstelevensfase Drenthe e.o.” sinds 2021. Echter, palliatieve patiënten ondervinden lang nog niet allemaal tijdige markering en ACP: slechts een aantal hiervan heeft momenteel een proactief zorgplan. Er is behoefte aan eenduidige kaders uitgewerkt in transmurale werkafspraken, digitale ondersteuning en passende financiering voor coördinatie en continuïteit van de uitvoering en bijstelling van het IZP. Lang niet alle artsen en verpleegkundigen (i.o.) die in aanraking komen met palliatieve patiënten hebben de kennis en kunde die nodig is voor goede palliatieve zorg op generalistisch niveau zoals beschreven in het Kwaliteitskader. De specialist PZ wordt gevonden voor ondersteuning bij complexe casuïstiek, maar wordt ook nog steeds ingezet voor in de basis generalistische zorg, en niet alle patiënten die wel baat zouden hebben bij een palliatief consult krijgen specialistische palliatieve zorg. Mensen die sterven in het ziekenhuis krijgen niet op alle afdelingen de zorg zoals in door het Kwaliteitskader beoogd.

5 Informele zorg

In Drenthe & Steenwijkerland zijn twee organisaties vrijwilligers palliatief terminale zorg (VPTZ) actief:

- Acanthis in heel Drenthe
- Terminale thuishulp in de gemeente Steenwijkerland

De VPTZ-vrijwilligers ondersteunen mantelzorgers van en begeleiden patiënten in hun laatste levensfase. Hierdoor kunnen mantelzorgers tijdelijk ontlast worden waardoor ze bijvoorbeeld kunnen blijven werken, deel kunnen blijven nemen aan sociale bezigheden of gewoon er even op uit kunnen om bij te tanken.

Door inzet van vrijwilligers wordt het voor inwoners beter mogelijk om thuis te sterven. Mantelzorgers raken door inzet van vrijwilligers minder overbelast en houden de zorg voor hun naaste beter vol. Het ervaren van meer steun vergroot de draagkracht en vermindert de draaglast van patiënten waardoor de behoefte aan professionele steun op alle dimensies van palliatieve zorg waarschijnlijk afneemt. Als mantelzorgers niet of weinig overbelast raken keren zij na het overlijden makkelijker terug in de maatschappij/het arbeidsproces.

De inzet van vrijwilligers terminale zorg blijft in Drenthe achter ten opzichte van landelijke cijfers. Er zijn voldoende vrijwilligers maar zij worden niet ingezet of veel te laat ingezet; pas in de laatste dagen voor overlijden. Inwoners en zorgverleners zijn onvoldoende bekend met de mogelijkheid van VPTZ-vrijwilligers. Zorgverleners hebben vaak moeite met het bespreekbaar maken van de mogelijkheid van het inzetten van een vrijwilliger.

In 2023 werden in Drenthe 86 inwoners begeleid door een vrijwilliger. Op basis van landelijke cijfers zou dit rond de 150 inwoners kunnen zijn. In de transformatie willen we toewerken naar die 150 inzetten op jaarbasis in 2026.

Naast de specifieke inzet van vrijwilligers in de terminale zorg zijn in iedere gemeente informele zorg organisaties actief. Met deze organisaties is weinig tot geen contact vanuit de palliatieve zorg. Mogelijk spelen zij wel een rol bij inwoners die kwetsbaar zijn, chronisch ziek of inwoners die in de palliatieve fase van hun leven komen. In de transformatie willen we de

mogelijkheden van samenwerking en uitwisseling van kennis tussen de verschillende organisaties in de informele zorg verkennen en vergroten zodat er voor patiënten een soepele overgang van informele zorg in het voorveld naar informele zorg in de terminale fase plaatsvindt en andersom als patiënten niet terminaal blijven.

6 Verpleeghuizen

In Drenthe & Steenwijkerland zijn 13 verschillende verpleeghuiszorgorganisaties actief. Verpleeghuizen huisvesten steeds vaker cliënten met veel zorgbehoeften, waarbij het grootste deel bij verhuizing al aangemerkt kan worden als patiënt in de palliatieve fase. De gemiddelde verblijfsduur tot aan overlijden is 5-9 maanden. Net als binnen de thuiszorgorganisaties kennen diverse verpleeghuisorganisaties in toenemende mate een interne commissie ter bevordering van palliatieve zorg.

Gesprekken met cliënten over markering en ACP vinden niet altijd expliciet plaats voorafgaand aan indicering, en worden niet altijd vastgelegd in een IZP. De zorgplannen in verpleeghuizen zijn voornamelijk gericht op het functioneren van de patiënt/cliënt, met vaak minder aandacht voor de andere dimensies zoals in het Kwaliteitskader beschreven. De expertise van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) op het gebied van ouderenzorg en gerelateerde problematiek wordt nog niet optimaal benut binnen het zorgnetwerk, vooral voor vragen in de eerste lijn (transmuraal).

7 Hospices

In Drenthe zijn vier hospices (Bijna Thuis Huizen) en twee Palliatieve Units. De hospices zijn gevestigd in Hoogeveen, Emmen, Meppel en Assen. De Palliatieve Units zijn gevestigd in Beilen (Icare) en Emmen (Treant). In Steenwijkerland is één hospice aanwezig (Het Riemkehuis).

De Hospices leveren gespecialiseerde palliatieve zorg in kleinschalige voorzieningen. De hospices zijn stichtingen die worden aangestuurd door een vrijwillig bestuur. De hospices in Emmen, Hoogeveen en Meppel werken intensief samen. Zij hebben een samenwerkingsafspraken met Acanthis (VPTZ) voor de coördinatie in de hospices en het werven, opleiden en begeleiden van vrijwilligers, en met Icare voor het leveren van de wijkzorg. In de hospices levert de eigen huisarts de (medische) zorg. Het hospice in Assen werkt ook samen met Icare maar organiseert intern zelf de coördinatie en vrijwilligers. In Het Riemkehuis Steenwijkerland wordt samengewerkt met Zorggroep Oude en Nieuwe Land.

De palliatieve units zijn onderdeel van de verpleeghuizen van Icare en Treant. In Drenthe & Steenwijkerland is geen high care hospice. Meerdere zorgorganisaties geven aan een aantal palliatieve unit bedden te willen.

Financiering en de hoogte van een eigen bijdrage voor patiënten verschilt per organisatie. Voor patiënten die naar een hospice of palliatieve unit gaan heeft in principe markering en ACP plaatsgevonden, maar er is geen uniform IZP over de lijnen heen. Daarnaast verloopt het proces van toewijzing niet altijd uniform. In Drenthe is behoefte aan een (supra-)regionaal plan voor toekomstbestendige hospice zorg die aansluit bij de demografische ontwikkelingen. In het plan is aandacht voor capaciteit, indicaties, wachttijden en

kwaliteitsbeleid, behoud en aanwas van voldoende vrijwilligers en transparante financiering voor de dag en nachtzorg.

8 Specialisten palliatieve zorg

Binnen Drenthe & Steenwijkerland zijn zo'n 55 specialisten palliatieve zorg bekend. Zij zijn o.a. werkzaam in de wijkverpleging, ziekenhuizen, huisartsenzorg. Deze zorgverleners kunnen zowel in het consultatieteam eerste lijn (PCTD) werkzaam zijn als in hun organisatie. De zorgverleners binnen het ziekenhuis werken veelal ook in het Palliatief Advies en Consultatieteam (PACT) Daarvan kennen we er drie. In 2022 is het lerend netwerk van specialisten PZ van start gegaan om consultatie, samenwerking en advies en deskundigheidsbevordering vorm en inhoud te geven. Dit lerend netwerk kan beter gepositioneerd en gefaciliteerd worden. De kernteams bij alle huisartsenpraktijken kunnen de palliatieve zorg registreren, monitoren en borgen voor de betreffende patiënten en naasten. Aldaar dient palliatieve expertise bereikbaar en beschikbaar te zijn bij laagcomplex tot aan complexe casuïstiek.

9 Het sociaal domein

Onder sociaal domein wordt verstaan het veld dat uitvoering geeft aan de Jeugdwet, Participatiewet, Wmo en deels de Wet Publieke Gezondheid. Hierin werken gemeenten en maatschappelijke organisaties samen aan gezondheid, welzijn en veiligheid. Hoewel dit wel wenselijk is, zijn het sociaal domein en gemeenten momenteel nog niet structureel betrokken bij de afstemming over de organisatie van palliatieve zorg in de regio. Goede voorbeelden zoals DOS (Domein overstijgend samenwerken) zijn al wel geïnitieerd in een aantal gemeenten.

10 Overige zorgpartners op het gebied van palliatieve zorg

Een aparte plek wordt ingenomen door de apotheken. Zij zijn een belangrijke speler in het zorgnetwerk en ook betrokken bij diverse initiatieven in de regio voor een betere ondersteuning van patiënten en zorgverleners in de palliatieve fase, waaronder het leveren van medicatie in acute situaties en de uitrol van de Palliakit in 2024. Toch komt het helaas voor dat patiënten al zijn overleden en dit niet is doorgegeven aan de apotheek, waardoor er nog medicatie wordt bezorgd voor de al overleden patiënt. Het meldsysteem via gemeenten werkt te traag, de apotheken moeten worden meegenomen in de zorgketen. Apothekers geven aan vanuit hun expertise proactief betrokken te willen worden bij de palliatieve patiënten.

Ook de ambulancezorg heeft regelmatig te maken met palliatieve patiënt zij nemen een belangrijke rol in het palliatieve zorgproces in. Inzage in het ACP-plan is een grote wens van deze partijen.

Binnen de Netwerken Palliatieve Zorg zijn nog andere zorgpartners te onderscheiden: psychiatrie, verslavingszorg, gehandicapten zorg, kinderpalliatieve zorg. Omdat het hier gaat om andere doelgroepen loopt de ontwikkeling van palliatieve zorg niet gelijk op met de

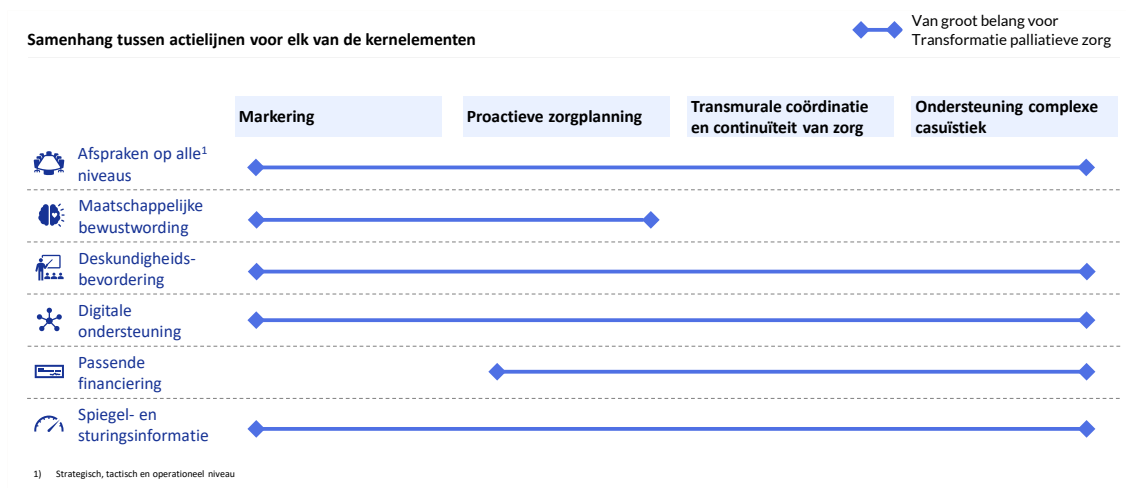
ontwikkeling in de andere sectoren. Ook vraagt het een andere aanpak. We signaleren binnen de netwerken palliatieve zorg dat er steeds meer samenwerking ontstaat in de palliatieve fase met de reguliere zorg. Binnen een deel van de netwerken sluiten deze organisaties reeds aan voor samenwerking, deskundigheidsbevordering en leren van casuïstiek. In de toekomst zal in samenwerking met deze zorgpartners worden bekeken hoe de palliatieve zorg in deze sector kan worden verbeterd, afgestemd op hun doelgroepen.

Bijlage IV: opdrachten voor werkgroepen bij aanvang van transformatie

In Hoofdstuk 4 staat beschreven hoe deze transformatie vorm krijgt via de Werkgroep Zorginhoud en de projectleiders Actielijnen Benodigdheden. Deze Werkgroep en projectleiders werken eerst de regionale kaders uit, bestaande uit een set uitgangspunten en minimumeisen, die gezamenlijk definiëren hoe goede palliatieve zorg volgens het Kwaliteitskader er in onze regio uit moet zijn. Na vaststelling in de Stuurgroep vertalen zij deze, waar nodig, vervolgens op subregionaal niveau naar concrete werkafspraken.

Om een vliegende start te creëren, en om samenhang tussen de activiteiten bij aanvang al direct te borgen, zijn voor elk van de deelonderwerpen een start set aan uitgangspunten en minimale eisen geformuleerd. Ook zijn globale implementatiestappen, tijdlijnen, en mogelijke raakvlakken met lopende trajecten uitgewerkt. Gezamenlijk geeft dit de “opdracht” waarmee de Werkgroep Zorginhoud en de projectleiders Actielijnen Benodigdheden direct aan de slag kan. Bij aanvang van het project zullen deze waar nodig worden aangepast en aangescherpt, leidend tot concrete opdrachten voor de Werkgroep en de projectleiders.

De opdrachten voor elk van de werkgroepen staat samengevat in deze bijlage, gesorteerd per actielijn zoals weergegeven in **Figuur 2** (paragraaf 1.4, volledigheidshalve hieronder nogmaals weergegeven).



1 Afspraken op alle niveaus

1.1 Aansluiting PZ in kernteams

1.1.1 Uitgangspunten

- Voor de implementatie van het kwaliteitskader PZ worden geen nieuwe eerstelijns MDO's ingericht maar wordt aangesloten bij bestaande MDO's van de kernteams bij de huisartspraktijken.

- De MDO's spelen een centrale rol in de coördinatie en continuïteit van ACP en palliatieve zorg op de vier dimensies van palliatieve zorg.
- De uitkomsten van onderzoeken, behandelingen, markering van de palliatieve fase en ACP-gesprekken die in de 2^e lijn zijn gevoerd worden gecommuniceerd naar de huisarts, vanaf dat moment is de huisarts de regiebehandelaar PZ.
- Als huisartsen een patiënt markeren als palliatief dan starten zij communicatie op naar de 2e lijn als de patiënt daar onder behandeling is.
- Uitgangspunt is monitoring van de palliatieve patiënt en een adequate samenwerking en communicatie tussen de 0e, 1e en 2e lijn ontstaat.
- De bestaande signaleringskaart, het stappenplan ACP en het kwaliteitskader palliatieve zorg vormen het startpunt voor de kernteams. Vervolgens zijn de tools op www.voorbereidinglaatstelevensfase.nl beschikbaar en op www.palliaweb.nl de richtlijn en gesprekskaart proactieve zorgplanning.
- Deskundigheidsbevordering gesprekstechnieken ACP worden door het NPZ Drenthe & Steenwijkerland of op maat voor organisaties georganiseerd
- Door bereikbaarheid en beschikbaarheid van specialisten PZ voor de kernteams is tijdig advies en consultatie bij casuïstiek van laag-complex tot complex geborgd.
- In de werkwijze van de kernteams wordt de inzet van geestelijk verzorgers (www.nvl.nu) meegenomen.
- In de werkwijze van kernteams wordt de inzet van vrijwilligers terminale zorg (informele zorg) bij palliatieve patiënten opgenomen.
- Ook het monitoren van overbelasting mantelzorgers krijgt een plaats in de werkwijze kernteams huisartspraktijken.
- Het opzetten van een (transmuraal) moreel beraad in de subregio's wordt verkend.

1.1.2 Minimale eisen uitwerking kaders

- Opdracht: Uitwerking minimale verantwoordelijkheden, activiteiten en versterking van de kernteams en de kernteamcoördinator door de werkgroep Kernteams, inclusief adequate samenwerking met 2^e lijn en inzet vrijwilligers (informele zorg). Hierbij is oog en aandacht voor draagkracht en het gevoel van leiderschap/ eigenaarschap in het kernteam
- Regio: Drenthe & Steenwijkerland
- Deelnemende partijen: huisartsenpraktijken, Dokter Drenthe, specialisten PZ (1e lijn en 2e lijn), coördinatoren kernteams, wijkverpleging, 2^e lijn

1.1.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

- Per subregio vertalen minimaal 2 koploper kernteams de minimale verantwoordelijkheden en activiteiten naar samenwerkingsafspraken in de betreffende subregio.
- Uit de samenwerkingsafspraken blijkt duidelijk:
 - o wie, wanneer, waarvoor verantwoordelijk is
 - o hoe informatie gedeeld wordt

1.1.4 Implementatiestappen regionaal

- Per subregio uitrol van samenwerkingsafspraken over betreffende kernteams door consulenten ha en de coördinator van de kernteams met voldoende aandacht voor deskundigheidsbevordering ("Patz"/ hoe palliatieve patiënten te bespreken) en de beschikbare softwaretool (Patzportal)
- Op de implementatie volgt een evaluatie met indien nodig een herziening van de samenwerkingsafspraken
- De werkzaamheden worden geborgd in het reguliere werkproces voor de periode na afloop van de implementatie.

1.1.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Target via Dokter Drenthe
- Reeds gestart met 10 praktijken voor implementatie Patz portal
- Transformatieplan MGZ (medisch generalistische zorg)

1.1.6 Tijdslijn

- Kaders uitwerken: q3q4 2024
- Vertaling naar subregionale werkafspraken: 2025
- Implementatie van werkafspraken: 2026, h1 2027
- Evalueren, herzien en borging werkafspraken: h2 2027

1.2 Inzet van specialisten PZ

1.2.1 Uitgangspunten

- Markering van de palliatieve fase wordt geregistreerd bij de huisartsenpraktijken. Het kernteam benoemt in samenspraak met specialisten PZ het team en eerste aanspreekpunt voor de patiënt en naasten.
- De specialisten PZ zijn vindbaar, bereikbaar en beschikbaar voor de generalisten per subregio.
- Vanuit het transformatieplan MGZ wordt het coördinatiecentrum tijdelijk verblijf geprofessionaliseerd en uitgebreid, zodat dat het punt wordt dat je kunt bellen als je eigen SO niet beschikbaar is. Het coördinatiecentrum kan mogelijk ook een rol spelen in de bereikbaarheid van specialisten PZ.
- De specialisten PZ zijn beschikbaar voor afstemming met en ondersteuning van de generalist bij het verlenen van de palliatieve zorg. Ze zijn specifiek beschikbaar voor ondersteuning bij complexe casuïstiek door het verlenen van telefonische of bedside consultatie en (tijdelijke) regiefunctie. De consultatie wordt binnen kantoortijden per subregio ingericht en voor ANW-uren regio breed. Dit laatste voornamelijk in samenwerking met Ligare en PZNL
- De landelijke richtlijnen voor welke zorgverleners zich specialist PZ mag noemen worden aangehouden.
- De inzet van de specialist PZ is gebaseerd op de activiteiten-set zoals benoemd in de Tapa\$ trajecten.

1.2.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht:

- Regio breed worden over de inzet van de specialist PZ de minimale verantwoordelijkheden en activiteiten beschreven.
- Er wordt een ruwe inschatting gemaakt van het aantal benodigde specialisten PZ (als dit nog niet op landelijk niveau berekend is)
- Er wordt een vergelijking gemaakt met het aantal beschikbare specialisten PZ en het verwachte verloop van deze groep (i.v.m. pensioneringen). Indien een gat tussen beschikbaar en gewenst geconstateerd wordt, wordt een plan gemaakt hoe dit te dichten.
- Verkenning van een mogelijke rol voor het coördinatiecentrum tijdelijk verblijf bij de bereikbaarheid van specialisten PZ.

Regio: Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen: Deelnemers van het lerend netwerk van specialisten PZ, coördinatoren kernteams, deelnemers kernteams, generalisten uit de diverse werkomgevingen

1.2.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht: Per subregio vertalen van de minimale verantwoordelijkheden en activiteiten naar transmurale samenwerkingsafspraken in de betreffende subregio.

Uit de samenwerkingsafspraken blijkt duidelijk:

- wie, wanneer, waarvoor verantwoordelijk is
- hoe informatie gedeeld wordt

Deelnemende partijen: minimaal 2 specialisten PZ, coördinator(s) kernteam(s), generalisten uit de diverse werkomgevingen

1.2.4 Implementatiestappen regionaal

Per subregio uitrol van samenwerkingsafspraken over de inzet van de specialisten PZ

1.2.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Transmurale inzet VS PZ WZA/Icare
- Target project Dokter Drenthe
- Transformatieplan MGZ

1.2.6 Tijdslijn

- Kaders uitwerken: q3q4 2024
- Vertaling naar subregionale werkafspraken: 2025
- Implementatie van werkafspraken: 2026, h1 2027

Evaluëren, herzien en borging werkafspraken: h2 2027

1.3 Verbinding sociaal domein en gemeenten

1.3.1 Uitgangspunten

- Sociaal domein is vertegenwoordigd in de stuurgroep/ DB
- Sociaal domein is vertegenwoordigd in de kernteams
- De rol van het sociale domein moet nog verder uitgewerkt worden (in de hele palliatieve fase). We denken hierbij in ieder geval aan de rol sociaal domein:
 - o in de kernteams op het onderwerp palliatieve zorg,
 - o in de verbinding tussen organisaties in de informele (terminale) zorg,
 - o m.b.t. bewustwording en mantelzorgondersteuning
- Geleerde lessen van landelijke en regionale pilots worden meegenomen

1.3.2 Minimale eisen uitwerking kaders

- Opdracht: uitwerken rol sociaal domein in palliatieve zorg, inclusief draagvlak bij betrokken gemeentes. Hierbij wordt ook meegenomen wat de rol is van gemeenten bij bewustwording van inwoners en WMO-consulenten en of/hoe gemeenten opdracht geven aan het sociaal domein
- Regio: Drenthe & Steenwijkerland
- Deelnemende partijen: afvaardiging kernteams, huisartsen, wijkverpleging, sociaal domein, projectleider sociaal domein, beleidsadviseurs gemeenten

1.3.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

- Opdracht: Duidelijke verdeling van de taken en verantwoordelijkheden van de kaders naar de regio specifieke situatie en partijen
- Per subregio: lokale afvaardiging huisartspraktijken, wijkverpleging, sociaal domein
- Deelnemende partijen: afvaardiging huisartspraktijken, wijkverpleging, sociaal domein, projectleider sociaal domein

1.3.4 Implementatiestappen regionaal

- Opdracht: per subregio uitrol van samenwerkingsafspraken omtrent sociaal domein door projectleider sociaal domein
- Op de implementatie volgt een evaluatie met indien nodig een herziening van de samenwerkingsafspraken
- De werkzaamheden worden geborgd in het reguliere werkproces voor de periode na afloop van de implementatie.

1.3.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Domein overstijgend samenwerken (DOS)

1.3.6 Tijdslijn

- Kaders uitwerken: q3q4 2024
- Vertaling naar subregionale werkafspraken: 2025
- Implementatie van werkafspraken: 2026, h1 2027
- Evalueren, herzien en borging werkafspraken: h2 2027

1.4 Acute zorg

1.4.1 Uitgangspunten

- Markering en registratie van de palliatieve fase bij de huisartsenpraktijken leidt tot proactieve zorgplanning, met inzet van de specialist PZ bij markering en proactieve zorgplanning en complexe casuïstiek waarmee acute achteruitgang gesignaleerd gaat worden.
- Gegevens over ACP-afspraken worden vastgelegd en zijn inzichtelijk voor de HAP, de ambulancedienst en de SEH
- Bij vastgelegde ACP-afspraken wordt de patiënt en naasten verzocht in eerste instantie bij acute achteruitgang de HAP te bellen i.p.v. 112.
- Bij (complexe) palliatieve casuïstiek waarbij (hoofd)behandelaarschap ligt bij de medisch specialist in het ziekenhuis is er nauw contact met de huisartsenpraktijk over mogelijke complicaties en risico's.

1.4.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht: Regio breed worden minimale verantwoordelijkheden en activiteiten beschreven om tijdig het ontstaan van acute situaties te signaleren en te voorkomen en/of op ACP-afspraken te anticiperen.

Regio: Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen: ROAZ, ziekenhuizen (SEH), huisartsenpraktijken (HAP), specialisten PZ, wijkverpleging

1.4.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht: Per subregio vertalen genoemde betrokkenen de minimale verantwoordelijkheden en activiteiten naar samenwerkingsafspraken per subregio

Uit de samenwerkingsafspraken blijkt duidelijk:

- Wie, wanneer, waarvoor verantwoordelijk is
- Hoe informatie gedeeld wordt

Per subregio deelnemende partijen: ROAZ, ziekenhuizen (SEH), huisartsenpraktijken (HAP), specialisten PZ, wijkverpleging

1.4.4 Implementatiestappen regionaal

- Per subregio uitrol van samenwerkingsafspraken omtrent acute palliatieve situaties en betrokkenheid acute zorg
- Op de implementatie volgt een evaluatie met indien nodig een herziening van de samenwerkingsafspraken
- De werkzaamheden worden geborgd in het reguliere werkproces voor de periode na afloop van de implementatie.

1.4.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- ROAZ

1.4.6 Tijdspad

- Kaders uitwerken: q3q4 2024
- Vertaling naar subregionale werkafspraken: 2025
- Implementatie van werkafspraken: 2026, h1 2027
- Evalueren, herzien en borging werkafspraken: h2 2027

1.5 Wijkverpleging

1.5.1 Uitgangspunten

- Patiënten ontvangen van de betrokken organisatie palliatieve zorg conform het kwaliteitskader palliatieve zorg
- Om palliatieve zorg van goede kwaliteit te leveren is het noodzakelijk dat wijkverpleging organisaties aan bepaalde minimumeisen voldoen
- Organisaties moeten aantoonbaar kunnen laten zien op welke wijze zij kwalitatieve palliatieve zorg verlenen.
- Het moet voor verwijzers (huisartsen, ziekenhuizen) inzichtelijk zijn welke organisaties in de Drenthe & Steenwijkerland voldoen aan de minimale eisen tot het leveren van kwalitatief goede palliatieve zorg

1.5.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht: regio breed worden de (kwaliteits)eisen voor leveren van palliatieve zorg uitgewerkt voor organisaties die wijkverpleging leveren

Regio: Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen: Organisaties wijkverpleging, specialisten PZ, zorgverzekeraars

1.5.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht:

- per subregio wordt geïnventariseerd welke wijkverpleging organisaties voldoen aan de (kwaliteits)eisen voor het leveren van palliatieve zorg
- op welke manier deze informatie beschikbaar komt voor verwijzers (huisartsen, medisch specialisten)
- of en op welke wijze de vindbaarheid van beschikbare wijkverpleging PZ versimpeld kan worden, bijvoorbeeld door aan te sluiten bij zorgcoördinatiecentra

Deelnemende partijen: organisaties wijkverpleging, dokter Drenthe, huisartsen

1.5.4 Implementatiestappen regionaal

Uitvoering van de onder 4.1.5.4 uitgewerkte afspraken, waarbij verwijzers in ieder geval over de benodigde informatie beschikken naar welke wijkverplegingsorganisatie verwezen kan worden en waar mogelijk ondersteuning krijgen hierin (bijv. door coördinatiecentra).

1.5.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- regionale samenwerkingsverbanden zoals Samen Zorg Assen, Samen Sterk in de regio

1.5.6 Tijdsfad

- Kaders uitwerken: q3q4 2024
- Vertaling naar subregionale werkafspraken: 2025
- Implementatie van werkafspraken: 2026, h1 2027
- Evalueren, herzien en borging werkafspraken: h2 2027

1.6 Specifieke doelgroepen

1.6.1 Uitgangspunten

- Patiënten ontvangen van de betrokken organisatie kwalitatieve palliatieve zorg conform het kwaliteitskader palliatieve zorg
- De overgang van kinderpalliatieve zorg naar de volwassen palliatieve zorg gaat op het moment van 18-/18+ naadloos over voor kind en ouders/verzorgers. Voor de naadloze transitie zijn aanvullende samenwerkingsafspraken nodig.
- Ook voor andere specifieke doelgroepen kan het nodig zijn om aanvullende samenwerkingsafspraken te maken, zoals ggz en verstandelijk gehandicapten.
- Voor goede palliatieve zorg aan inwoners met een andere achtergrond of cultuur is het belangrijk te weten hoe goed het gesprek aan te kunnen gaan en wat passend is bij de achtergrond van de persoon.
- Bij patiënten die niet volledig wilsbekwaam zijn wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de rol van mentoren/ naasten.

1.6.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht:

- per specifieke doelgroep (ggz, verstandelijk gehandicapten, 18-/18+, andere culturen) wordt geadviseerd of aanvullende kaders t.b.v. verantwoordelijkheden en activiteiten nodig zijn.
- Indien aanvullende kaders nodig zijn, dan worden deze uitgewerkt.
- Voor de doelgroep 18-/18+ wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan een soepele overgang van jeugd naar volwassenenzorg

Regio: Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen: per doelgroep worden partijen betrokken die (palliatieve) zorg leveren aan de betreffende groep, daarnaast ook in ieder geval specialisten PZ, zorgverzekeraars, netwerk kinderpalliatieve zorg, gemeenten

1.6.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Per subregio worden de eisen voor leveren van palliatieve zorg vertaald voor organisaties die zorg aan de specifieke doelgroepen leveren en/of kinderen in de overgang van 18-/18+ waarbij de minimale verantwoordelijkheden en activiteiten beschreven zijn en vertaald naar samenwerkingsafspraken in de betreffende subregio.

Uit de samenwerkingsafspraken blijkt duidelijk:

- Wie, wanneer, waarvoor verantwoordelijk is
- Hoe informatie gedeeld wordt

1.6.4 Implementatiestappen regionaal

Per subregio uitrol van samenwerkingsafspraken omtrent het leveren van palliatieve zorg door organisaties die specifieke doelgroepen zorg en/of kinderpalliatief (18-/18+) verlenen

1.6.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- netwerk kinderpalliatieve zorg Noordoost Nederland
- werkgroep VG (verstandelijk gehandicaptenzorg) Groningen, Friesland, Drenthe

1.6.6 Tijdspad

- Kaders uitwerken per doelgroep een kwartaal in: q3q4 2024 en q1 2025
- Vertaling naar subregionale werkafspraken per doelgroep een kwartaal in: 2025
- Implementatie van werkafspraken: 2026, h1 2027
- Evalueren, herzien en borging werkafspraken: h2 2027

1.7 Capaciteit en kwaliteit hospice zorg

1.7.1 Uitgangspunten

- De huidige hospices en palliatieve units in Drenthe werken volgens het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- De huidige hospices en palliatieve units gaan samenwerken aan de vraagstukken die er liggen op gebied van capaciteit, kwaliteit en financiering. De huidige voorzieningen moeten voorbereid zijn op de toekomstige vraagstukken en samen uitwerken wat de benodigde capaciteit is in de komende vijf á tien jaar en hoe dat gerealiseerd zou kunnen worden. Hierbij houden ze ook rekening met doelgroepen, zoals VG en GGZ. Op Ligare niveau wordt afgestemd of voor deze doelgroepen een aparte hospice voorziening gewenst is en op welk regio niveau.
- Er wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van al uitgevoerde onderzoeken, zoals het rapport Berenschot naar capaciteit hospicezorg dat in mei 2024 opgeleverd wordt.
- De hospices en palliatieve units pakken hun rol op in signalering van verbeterpunten in het palliatieve zorgproces voordat een patiënt opgenomen is. Hun bevindingen en verbeterpunten geven zij terug aan de verwijzers zodat er een lerend effect ontstaat m.b.t. palliatieve zorg en proactieve zorgplanning.

1.7.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht:

- Advies over capaciteit hospicezorg in Drenthe & Steenwijkerland en indien van toepassing de benodigde uitbreiding hiervan.
- Kaders t.b.v. onderlinge samenwerking en mogelijke signalerende rol hospices en palliatieve units ten aanzien van het individueel zorgplan van aangemelde patiënten

Regio: Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen: De vier hospices en twee palliatieve units, Icare, huisartsen, Acanthis

1.7.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

- Indien capaciteitsuitbreiding nodig is, wordt een plan van aanpak voor deze uitbreiding uitgewerkt.
- Uitwerken van samenwerkingsafspraken t.a.v. signalerende rol hospices en palliatieve units als het gaat om kwaliteit van het individueel zorgplan van aangemelde patiënten.

1.7.4 Implementatiestappen regionaal

- Implementatie van samenwerkingsafspraken t.a.v. signalerende rol hospices en palliatieve units, met bijvoorbeeld het organiseren van training voor coördinatoren om goed te kunnen signaleren, evalueren en feedback geven op het proces van proactieve zorgplanning, de inzet van zorg op 4 domeinen en de ondersteuning van mantelzorgers voordat de patiënt bij hen binnenkomt. Doel is om nog beter samen te werken met de verwijzers, goed terug te geven wat er gemist wordt als patiënten en naasten binnenkomen. Verwijzers kunnen hiervan leren en patiënten kunnen op termijn op een beter moment, met betere informatie en betere mantelzorgondersteuning binnenkomen (minder onjuiste verwijzingen, betere passende zorg etc.).
- Uitvoering van het plan van aanpak capaciteitsuitbreiding

1.7.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Opstart subsidie Consortium Ligare mei 2024-december 2024 versterken samenwerking hospice voorzieningen per Zorgkantoor regio.

1.7.6 Tijdslijn

- Kaders uitwerken: q3q4 2024
- Vertaling naar subregionale werkafspraken: 2025
- Implementatie van werkafspraken: 2026, h1 2027
- Evalueren, herzien en borging werkafspraken: h2 2027

1.8 Versterken inzet vrijwilligers

1.8.1 Uitgangspunten

- In de kernteams huisartspraktijken wordt bij iedere palliatieve patiënt: de inzet van vrijwilligers terminale zorg (VPTZ) besproken en overbelasting van mantelzorgers die zorgen voor een naaste die palliatief is gemonitord. De uitwerking hiervan valt onder 1.1.
- Ook op andere plekken in het zorgproces van palliatieve patiënten is aandacht voor inzet vrijwilligers terminale zorg nodig, zoals bijvoorbeeld bij MDO van het ziekenhuis.

- Verbinding van VPTZ-organisaties met het sociale domein is nodig; informele zorg om verwijzingen heen en weer te kunnen realiseren, kennis te delen en mogelijk samen te werken in het kader van werven en opleiden van vrijwilligers.

1.8.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht:

- Uitwerken van mogelijke inzet van vrijwilligers terminale zorg bij palliatieve patiënten, met in ieder geval wat en wanneer de inzet mogelijk is (m.u.v. kernteam, dit valt onder 1.1). Resultaten van de pilot inzet intramuraal (Interzorg) worden meegenomen
- Uitwerking benodigde samenwerking sociaal domein, waaronder uitwerking van minimale benodigde samenwerking tussen VPTZ en gemeenten om doorverwijzing vanuit het sociaal domein richting VPTZ-vrijwilligers en andersom te bewerkstelligen. Beide kanten op is van belang mochten patiënten op termijn toch niet terminaal blijken en ondersteuning nodig hebben van het voorliggend veld.

Regio: Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen: Acanthis, Terminale Thuishulp Steenwijkerland, Welzijnsorganisaties, gemeenten, kernteams huisartspraktijken, ziekenhuizen

1.8.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

- Per subregio uitwerking van kader inzet van vrijwilligers terminale zorg bij palliatieve patiënten naar samenwerkingsafspraken en werkwijzers van ziekenhuizen en ander zorgorganisaties, door o.a. na te denken over mogelijkheden bij mdo palliatief, transferpunten, andere mdo's waar patiënten besproken worden die van curatief naar de palliatieve fase gaan.
- Per subregio vertaling van minimale samenwerking sociaal domein en VPTZ naar (samenwerkings)afspraken
- Per subregio wordt kennis gemaakt met andere informele zorgorganisaties om te verkennen hoe samen te werken en werkwijzers af te stemmen.

1.8.4 Implementatiestappen regionaal

- Per subregio uitrol van werkafspraken door projectleider informele zorg, waarbij nadrukkelijk ook aandacht is voor kennismaking tussen zorgverleners, organisaties en gemeenten met vrijwilligers en training van zorgverleners t.b.v. signaleren en aanpakken van overbelasting bij mantelzorgers.

De VPTZ-organisaties plannen in vier regio's twee werksessies met andere informele zorgorganisaties om kennis te maken, te verkennen hoe samen te werken en werkwijzers af te stemmen.

1.7.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Informele zorg Gezonde Marke

1.7.6 Tijdslijn

- Kaders uitwerken: q3q4 2024
- Vertaling naar subregionale werkafspraken: 2025
- Implementatie van werkafspraken: 2026, h1 2027
- Evalueren, herzien en borging werkafspraken: h2 2027

1.9 Implementatie proactieve zorgplanning en transmurale samenwerking

1.9.1 Uitgangspunten

- Alle zorg- en welzijnsorganisaties implementeren het kwaliteitskader palliatieve zorg. Hiervoor wordt een projectleider en werkgroep aangesteld en gefaciliteerd door de organisaties. In bijlage VI is ter illustratie een profiel voor de functie projectleider opgenomen.
- Elke organisatie stelt een implementatieplan op met aandacht voor het strategische, tactische en operationele niveau.
- Dit plan ontwikkelt zich over de tijd. De verantwoordelijkheden en activiteiten van de organisaties vloeien uit de werkafspraken en uitkomsten van werkgroepen komen samen in de plannen van aanpak.
- Het implementeren van het kwaliteitskader palliatieve zorg en proactieve zorgplanning wordt opgenomen in de jaarplannen en beleidscyclus van de organisaties.
- De organisaties werken mee aan de uitwerking van dit transformatieplan en stellen een aanspreekpunt voor het programmamanagementteam aan.

1.9.2. Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht: er wordt uitgewerkt wat de minimale eisen van implementatie zijn voor de verschillende type zorgorganisaties (ziekenhuizen, wijkverpleging, etc.). In de minimale eisen worden in ieder geval alle elementen uit het kwaliteitskader, de signaleringskaart, het stappenplan ACP en de in dit transformatieplan benoemde behoeften meegenomen. Specifiek is er aandacht voor de tijdigheid van de inzet van de specialisten PZ.

Regio: Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen: projectleiders binnen PMT op basis van input uit de betreffende werkgroepen

1.9.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht:

- De minimale eisen van implementatie worden aangevuld met de uitwerking van subregionale afspraken van de werkwijze van de kernteams, specialisten PZ, acute zorg, wijkverpleging, specifieke doelgroepen, kwaliteit hospice zorg en versterken inzet vrijwilligers. Dit vormt tezamen een subregionale minimale set van eisen voor de implementatie en de transmurale werkafspraken in de subregio.
- Updates en wijzigingen worden meegenomen in de subregionale minimale set van eisen voor de implementatie en de transmurale werkafspraken.

- In Samenzorg Assen regio zijn transmurale werkafspraken al opgesteld. Deze worden indien nodig aangevuld o.b.v. uitkomsten van de werkgroepen. De andere regio's zullen een vergelijkbaar proces doorlopen.
- Er worden communicatiematerialen gemaakt voor vastleggen transmurale werkafspraken en hier wordt actief over gecommuniceerd.

Regio: per subregio

Deelnemende partijen: projectleiders binnen PMT op basis van input uit de betreffende werkgroepen

1.9.4 Implementatiestappen regionaal

- Alle betrokken organisaties werken vanuit een door hen zelf opgesteld implementatieplan aan implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg en ACP. Hierbij kunnen de projectleiders van de organisaties ondersteuning ontvangen van de voor het TP aan te stellen projectleiders implementatie.
- De basis voor dit implementatieplan is de subregionale minimale set van eisen voor implementatie en transmurale werkafspraken.
- In iedere regio van 2024-2026 wordt per kwartaal een werksessie voor projectleiders georganiseerd om implementatie van proactieve zorgplanning per organisatie te volgen, vraagstukken van organisaties te duiden en op te pakken. Ook kunnen hier ervaringen en geleerde lessen gedeeld worden.
- Op de implementatie volgt een evaluatie met indien nodig een herziening van de samenwerkingsafspraken en minimale eisen.
- De werkzaamheden worden geborgd in het reguliere werkproces voor de periode na afloop van de implementatie.

1.9.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Nog nader in kaart te brengen

1.9.6 Tijdslijn

- Kaders uitwerken: q1 2025
- Opstellen subregionale Eisen en samenvoeging transmurale werkafspraken q2q3 2025
- Opstellen plan van aanpak organisaties q3 2025
- Implementatie 2026, h1 2027
- Evalueren, herzien en borging werkafspraken: h2 2027

1.10 Farmacie

1.10.1 Uitgangspunten

- De palliakit is onlangs opgenomen in de zorginkoop. Het maken van lokale werkafspraken en implementatie hiervan verloopt voorspoedig.
- Naast implementatie van de palliakit worden in de samenwerking met apotheken ook andere knelpunten ervaren. Bekende knelpunten zijn:

- Niet snel genoeg medicatie kunnen leveren wegens drukte
- Recept van de huisarts willen ontvangen, terwijl indicierend wijkverpleegkundige ook bevoegd en bekwaam zijn (veel gedoe met bellen naar huisarts en apotheek).
- Omslachtige indicatiestelling voor incontinentiemateriaal e.d.
- Niet up-to-date zijnde medicijnlijsten
- Een eerste inventarisatie van deze knelpunten geeft beeld dat een gedeelte van de knelpunten samenhangen met (financiële en inhoudelijke) afspraken van apotheken met zorgverzekeraars.
- Apothekers hebben aangegeven proactief betrokken te willen worden bij actuele ACP-afspraken, zodat zij tijdig en adequaat kunnen adviseren over passende medicatie.

1.10.2. Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht:

- Inventarisatie van de ervaren knelpunten in de samenwerking met apotheken in het palliatieve zorg proces, inclusief een prioritering naar impact op de dagelijkse praktijk
- In kaart brengen van wenselijke oplossingsrichtingen van de grootste knelpunten

Regio: Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen: huisartsen, wijkverpleging, apotheken, zorgverzekeraars

1.10.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht: vertaling van de gekozen oplossingsrichtingen naar werkafspraken in de vier subregio's.

Deelnemende partijen: huisartsen, wijkverpleging, apotheken

1.10.4 Implementatiestappen regionaal

- Opdracht: per subregio uitrol van samenwerkingsafspraken omtrent oplossingsrichtingen farmacie
- Op de implementatie volgt een evaluatie met indien nodig een herziening van de samenwerkingsafspraken
- De werkzaamheden worden geborgd in het reguliere werkproces voor de periode na afloop van de implementatie.

1.10.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Nog nader in kaart te brengen

1.10.6 Tijdslijn

- Kaders uitwerken: q3q4 2024
- Vertaling naar subregionale werkafspraken: 2025
- Implementatie van werkafspraken: 2026, h1 2027
- Evalueren, herzien en borging werkafspraken: h2 2027

2 Maatschappelijke Bewustwording

2.1 Uitgangspunten

- Praten over het levenseinde wordt genormaliseerd; het hoort bij het leven. De dood is uit de pot in Drenthe.
- We werken aan het vergroten van bewustwording bij inwoners in Drenthe e.o. over het belang van voorbereiden op de laatste levensfase. Hierbij maken we gebruik van de reeds ontwikkelde materialen www.voorbereidinglaatstelevensfase.nl. Deze materialen ontwikkelen we verder samen met inwoners, patiënten, naasten en zorgverleners. Samen met inwoners, patiënten, naasten en zorgverleners.
- Bij deze doorontwikkeling wordt naast het vergroten van het bewustzijn van de (aankomende) patiënt en zijn/haar netwerk ook nagedacht hoe patiënten verder te motiveren om ook het gesprek te starten.
- Inwoners, patiënten en naasten kunnen meedenken over de invulling van de mogelijkheden die er zijn op het gebied van ACP-gesprekken en palliatieve zorg. Waar nodig kunnen nieuwe structuren worden opgezet op basis van de behoeften. Daarnaast is er verbinding met het projectplan patiënten- en naastenparticipatie van Ligare/Zorgbelang Groningen.

2.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht:

- Er wordt een communicatieplan opgesteld voor de bewustwordingscampagne 2024-2026 voor de doelgroepen:
 - o Alle inwoners in Drenthe;
 - o Kwetsbare inwoners en hun naasten;
 - o Inwoners met een ongeneeslijke ziekte en hun naasten;
 - o Specifieke doelgroepen: laaggeletterden, inwoners met een andere culturele achtergrond;
- Voor de herkenbaarheid voor inwoners, patiënten en naasten is van belang dat alle organisaties dezelfde informatie en materialen gebruiken en dat deze aansluiten op bestaande informatie en materialen.
- Er worden voorlichters/ambassadeurs ingezet om inwoners te informeren.
- De succesvolle 'Dood uit de Pot' bijeenkomsten worden voortgezet. T/m 2027 komen er vier bijeenkomsten per gemeente.

Regio: Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen: Vertegenwoordiging communicatieadviseurs uit alle zorgsettings, gemeenten, Denktank 60+, klankbordgroep van inwoners, patiënten, naasten en zorgverleners. Voor de eenduidigheid worden communicatieadviseurs van alle organisaties en gemeenten en de adviseur van het project patiënten- en naastenparticipatie Ligare/Zorgbelang Drenthe op deze campagne aangehaakt.

2.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Niet van toepassing

2.4 Implementatiestappen regionaal

Het aan te stellen communicatieteam zal alle communicatieadviseurs voorzien van content zodat zij dat niet zelf hoeven te ontwikkelen.

- Het communicatieplan wordt Drenthe breed uitgevoerd.
- Daarnaast wordt de website www.voorbereidinglaatstelevensfase.nl en materialen actueel houden t/m 2027 en updaten indien nodig
- De website wordt tevens ingericht voor andere doelgroepen (laaggeletterden, andere culturen).
- De impact van de communicatie wordt geëvalueerd en er wordt vastgesteld of en zo ja welke onderdelen geborgd moeten worden.

2.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Trajecten vanuit het regioplan Gezonde Marke

2.6 Tijdslijn

- Kaders uitwerken (communicatieplan opstellen): q3q4 2024
- Uitvoering van communicatieplan: 2025, 2026, h1 2027
- Evalueren, herzien en borging werkafspraken: h2 2027

3 Deskundigheidsbevordering

3.1 Uitgangspunten

- Generalisten verlenen palliatieve basiszorg
- Generalisten zijn bewust onbekwaam betreffende complexe palliatieve zorg en schakelen tijdig de specialist PZ in voor bijvoorbeeld advies en consultatie
- Er is een volledig en elkaar aanvullend aanbod van reguliere scholing PZ, bij- en nascholingen PZ voor alle niveaus, waarbij het onderwijsraamwerk 2.0 geïntegreerd is.
- Per organisatie worden voldoende zorgverleners opgeleid om voldoende kritische massa te bereiken. Deze opgeleide medewerkers zijn verantwoordelijk om de opgedane kennis intern te delen, bijvoorbeeld bij teamoverleggen, overdrachten en dergelijken.

3.2 Minimale eisen uitwerking kaders

- Opdracht:
 - o een volledig aanvullend aanbod van scholingen wordt uitgewerkt vanuit de punten: verbinding, inrichting leergangen, coaching on the job, casuïstiekbesprekingen, budget en samenwerking
 - o advies over de minimale scholing voor alle niveaus die de generalisten (per type zorgverlener) nodig hebben om goede generalistische palliatieve zorg te kunnen leveren
- Regio: Drenthe & Steenwijkerland
- Deelnemende partijen: bestaande werkgroep deskundigheidsbevordering

3.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Niet van toepassing

3.4 Implementatiestappen regionaal

Implementatie vindt plaats onder “Implementatie proactieve zorgplanning en transmurale samenwerking”

3.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Ligare speerpunt deskundigheidsbevordering

3.6 Tijdslijn

- Kaders uitwerken: q3q4 2024
- Uitwerking naar werkafspraken en implementatie vindt plaats onder “Implementatie proactieve zorgplanning en transmurale samenwerking”

4 Digitale ondersteuning

4.1 Uitgangspunten

- Digitale ondersteuning is essentieel voor goede coördinatie en continuïteit en transmurale samenwerking.
- Ondersteuning van zorgverleners staat centraal. De digitale oplossingen moeten zorgverleners ondersteunen en zijn daarmee een middel en geen doel op zich. Omdat de zorgprocessen en samenwerking zich nog vormen, zullen oplossingen moeten meebewegen.
- Gebruik wat werkt voor de korte termijn. Voor de korte termijn willen we pragmatische oplossingen, die aansluiten bij de huidige zorgpraktijk van de verschillende deelnemers. We realiseren ons dat deze oplossingen niet altijd ideaal zijn, maar ze helpen om ervaring op te doen met de inrichting van onze zorgprocessen en samenwerking.
 - o In verschillende regio's in Drenthe & Steenwijkerland zijn er werkafspraken gemaakt vanuit dit uitgangspunt. Als mogelijk, wordt hiervan uitgegaan.
- Regio Drenthe & Steenwijkerland is aangesloten bij RIVO Noord. RIVO Noord zit in de testfase van de zorgviewer waarmee ziekenhuizen en huisartsen bij elkaar in de systemen kunnen kijken. Het delen van informatie uit het ACP-plan staat hoog op de agenda. De CMIO huisarts van Dokter Drenthe is actief betrokken bij de testfase van deze zorgviewer.
- Initiatieven op de digitale ondersteuning zijn in lijn met de landelijke en bovenregionale ontwikkelingen. Momenteel is er op het gebied van digitalisering landelijk veel in beweging. Regio Drenthe-Steenwijkerland heeft afspraken over delen van informatie over de voortgang project zorgviewer Rivo-Noord met het project informatiestandaard individueel zorgplan/ACP plan van IKNL. We willen mee op deze beweging en de daarbij gemaakte keuzen. Hiermee maken we bovenregionale samenwerking mogelijk en maken we duurzame keuzen.

4.2 Minimale eisen uitwerking kaders

- Opdrachten:
 - o Vaststellen minimale benodigde digitale ondersteuning in de regio, waarbij in ieder geval de volgende onderwerpen meegenomen wordt:
 - Versterken onderlinge bereikbaarheid
 - Meer inzicht in wie betrokken is in het zorgproces
 - Vergemakkelijken van patiëntoverdracht
 - (verder) Faciliteren van het MDO
 - Makkelijk kunnen delen van gegevens
 - Verkenning van mogelijkheid tot ondersteuning van zorgverleners met behulp van data of algoritmes (zoals bijvoorbeeld een indicatie voor de noodzaak tot markeren)
- Regio: Drenthe & Steenwijkerland
- Deelnemende partijen: huisartsenpraktijken, Dokter Drenthe, specialisten PZ (1e lijn en 2e lijn), coördinatoren kernteams, wijkverpleging, zorgverleners uit ziekenhuizen, afstemming over ontwikkelingen met Rivo Noord en IKNL. Gebruikmakend van het bestaande netwerk van Rivo Noord waar alle CMIO's uit Drenthe zijn aangehaakt.

4.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht: vertaling van de minimale benodigde digitale ondersteuning naar mogelijkheden in de huidige systemen op korte termijn. De subregionale werkafspraken die zijn gemaakt in o.a. de werkgroepen “aansluiting PZ in kernteams” en “inzet van specialisten PZ” worden verrijkt met afspraken voor minimale registratie en uitwisseling van gegevens binnen de mogelijkheden op de korte termijn.

4.4 Implementatiestappen regionaal

- Implementatie van de kortetermijnoplossingen vindt plaats onder “Implementatie proactieve zorgplanning en transmurale samenwerking”.
- De projectleider digitale ondersteuning treedt op als belangenbehartiger voor de palliatieve zorg in bovenregionale en landelijke werkgroepen. De projectleider agendaert en geeft urgentie en prioritering voor de wensen op digitale ondersteuning van palliatieve zorg.

4.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Ontwikkeling van zorgviewer door Rivo Noord
- Ontwikkelingen project informatiestandaarden en digitalisering ACP plan/Individueel zorgplan van IKNL

4.6 Tijdslijn

- Minimale eisen benodigde digitale ondersteuning uitwerken: Q12 2025
- Vertaling naar subregionale werkafspraken: Q3 2025
- Implementatie van werkafspraken: 2026, q1 2027 afhankelijk van landelijke en regionale ontwikkelingen

- Belangenbehartiging in bovenregionaal en landelijk: Q 2024, 2025, 2026, 2027
- Evalueren, herzien en borging werkafspraken: q2 2027

5 Passende financiering

5.1 Uitgangspunten

- Het zorgproces na de transformatie PZ moet passend gefinancierd worden.
- Financiële afspraken worden door regionale zorgaanbieders en zorgverzekeraars bilateraal gemaakt. De werkgroep adviseert over benodigde afspraken.
- Er wordt een projectleider financiering aangesteld met kennis en ervaring op gebied van financieren van zorg.

5.2 Minimale eisen uitwerking kaders

- Opdracht: Formuleer een kader met benodigde aanpassingen in de inkoop op basis van de gewenste PZ, waaronder financiering ACP, coördinatie en continuïteit, transmurale samenwerking, inzet specialist en nachturen in bijna-thuishuizen.
- Regio: Drenthe en Steenwijkerland
- Deelnemende partijen: Projectleider i.s.m. zorgverkopers van iig de ziekenhuizen, (grote) wijkverpleging, Dokter Drenthe en zorginkopers van ZK en VGZ

5.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

- Opdracht: Uitwerking van concrete aanbevelingen voor de financiering afhankelijk van het geformuleerde kader passende financiering PZ. Hierbij moet in ieder geval uitgewerkt worden:
 - o op welke wijze transmurale zorg gefinancierd wordt, waaronder of er een regionale zorgaanbieder als kassier voor de transmurale bekostiging optreedt.
 - o Welke betaaltitels in de regio gehanteerd worden voor passende bekostiging van PZ.
 - o Welke aanpassingen in de contractafspraken geadviseerd worden (financieel, procedureel en/of inhoudelijk).
- Regio: Drenthe en Steenwijkerland
- Deelnemende partijen: Projectleider i.s.m. kassier, zorginkopers van ZK en VGZ en in overleg met zorgverkopers van regionale zorgorganisaties

5.4 Implementatiestappen regionaal

- Buiten de scope van de transformatie. Contractering vindt plaats in het reguliere inkoopproces.

5.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- *Nog nader in kaart te brengen*

5.6 Tijdslijn

- Uitwerking kaders: q3 2024
- Vertaling naar werkafspraken q3 2024

6 Spiegel- en stuurinformatie

NB: De KPI's behorende bij dit transformatieplan zijn omschreven in hoofdstuk 6.

6.1 Uitgangspunten

- Op de kortere termijn wordt voortgang van de transformatie in beeld gebracht o.b.v. inspanningsgerichte KPI's.
- De stuurgroep stelt streefwaarden op de resultaatgerichte KPI's vast na een gedegen 0-meting.
- Uitkomst KPI's worden in beeld gebracht en geëvalueerd. Voor de uitkomst-KPI's geldt namelijk dat het toewerken naar het doel tijd vraagt en impact zich pas later in cijfers terug laat zien (en zelfs dan alleen mits de omstandigheden min of meer vergelijkbaar zijn).
- Er wordt aansluiting gezocht bij het meten en monitoringsteam van het regioplan "Gezonde Marke". Waar mogelijk worden de KPI's hier meegenomen. Tot duidelijk is of dit mogelijk is en hoe, wordt er uitgegaan van een eigen WG spiegel- en stuurinformatie

6.2 Minimale eisen uitwerking kaders

- Opdracht: het PMT adviseert over streefwaardes KPI's na nulmeting
- Regio: Drenthe & Steenwijkerland
- Deelnemende partijen: PMT

6.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

- Opdracht:
 - o Uitwerking van rekenregels van KPI's opgenomen in hoofdstuk 6. De rekenregels zijn helder geformuleerd en eenduidig in interpretatie
 - o Werkafspraken over hoe, wanneer en delen van uitkomsten zijn gemaakt
 - o Er wordt afgesproken welke partij de uitkomsten samenvoegt tot een rapportage
- Regio: Drenthe & Steenwijkerland
- Deelnemende partijen: Business controllers van deelnemende zorgorganisaties, analisten ZvZ

6.4 Implementatiestappen regionaal

- Opdracht:
 - o De eerste meting is de nulmeting obv 2022, 2023 en 2024
 - o Periodiek spiegel- en stuurinfo opleveren conform werkafspraken
 - o Samenvoeging van aanlevering tot een rapportage
- Regio: Drenthe & Steenwijkerland
- Deelnemende partijen: Business controllers van deelnemende zorgorganisaties

6.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Monitoringswerkgroep Gezonde Marke

6.6 Tijdslijn

Zie hoofdstuk 6

Bijlage V: Mogelijkheden om de capaciteit in de eerste lijn effectiever in te zetten en te verruimen

Werksessie Transformatieplan Palliatieve Zorg Drenthe & Steenwijkerland

19 februari 2024

Zorgverleners en beleidsadviseurs van diverse organisaties uit Drenthe & Steenwijkerland hebben samen in een werksessie nagedacht over mogelijkheden om de capaciteit in de eerste lijn effectiever in te zetten en, of, te verruimen. Deze inventarisatie is in onderstaande tabel samengevat naar thema. Het PMT monitort gedurende de transformatie PZ het effect op de beschikbare 1^e lijns capaciteit en bekijkt of actievare inzet op een van onderstaande thema's nodig is.

Technologie

1. Een gezamenlijk dossier Dit is een landelijk vraagstuk. Op korte termijn als tussenoplossing nodig:

- bestaande technologie beter gebruiken (Siilo, zorgdomein, point, VIP Live)
- toegankelijkheid / inzicht voor elke zorgverlener. Rivo Noord Zorgviewer in 2024 gereed voor delen medische spoed gegevens ACP.
- toestemming andersom regelen (patiënt kan bezwaar maken tegen delen gegevens i.p.v. toestemming verlenen voor delen)

2. Nachtzorg op afstand met bijv. gebruik beeld/horloge. Nodig:

- Anders denken eigen personeel
- Infrastructuur/ anders organiseren zorg
- Buiten de box denken: bijv. samenwerken met ambulance of HAP afhankelijk van signaal/ vraag

Meer inzet robots

Chatfunctie mantelzorger met (gespecialiseerde vpl)

Inzet handige technologie zoals oogdruppelbril

Meetinstrumenten zoals USD4 met professional die leest en reageert

Met sensoren, bijvoorbeeld in incontinentiemateriaal en matrassen & AI patronen herkennen (onrust, beweegdrang, dag-nachtritme) en daar zorg op afstemmen

Samenwerking

1. Beter samenwerken hiervoor is nodig:

- Elkaars expertise (her)kennen en gebruiken (niet zien als bedreiging), zonder overnemen van zorg.
- Per regio elkaar kennen, vertrouwen opbouwen en een eenduidige werkwijze hanteren
- Ook buiten de eigen regio's samenwerken
- Passende financiering waarin tijd voor samenwerking gefinancierd wordt (MDO, huisbezoeken)
- Goede bereikbaarheid van zorgverleners
- Overzicht van betrokken zorgverleners (& voorkomen te grote versnippering)
- Duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden, zoals pijnbestrijding in laatste periode
- Platform met inzicht van werknemers en definitie van expertise en werkinhoud (bijv. casemanager/ expert verpleegkundige)
- Een gedeeld dossier
- Een regievoerder (casemanager) met een helicopterview en verbinder 1^e en 2^e lijn

2. Warme overdracht van instelling naar huis en andersom. Hiervoor is nodig:

- Vroegtijdige signalering in het ziekenhuis
- Goed afstemmen met huisarts, ook in het "tussenland patiënt"
- Transmurale MDO's (PaTz en zkn, digitaal mogelijk, criteria en vaste procedure, deskundigen betrekken)
- Vast tijdstip op de dag voor contact met zkn en huisarts (met aanwezigheid patiënt)
- Overdracht verpleegkundigen als onderdeel vd overdracht

3. Passende markering en bekendheid hiervan. Nodig:

- Kernteams ouderen inclusief palliatieve patiënten
- POH ook coördinatietaken/ aanspreekpunt
- Uitwisseling signalen/bij markering ophalen contextuele informatie uit 1^e lijn
- Vroegtijdige markering palliatieve fase in ziekenhuis

Afspraken maken met apotheken over snelle levering medicijnen (bijv. bij benauwdheid)

Betere medicijnlijsten en uitwisseling daarvan

Sneller WMO-indicaties voor cliënt en mantelzorgers door scholing WMO-consulenten

Verbinding tussen specialist/transfer. Overdracht. Wie heeft regierol, overlegvorm MDO meenemen in ontwikkeling voorbereid aan de slag eerste lijn.

1,5 lijnszorg, gezamenlijk bezoek thuis (med spec, huisarts, vpk plus financiering)

Personele inzet

1. Rol/ betrokkenheid informele zorg versterken hiervoor is nodig

- Vrijwilligers Terminale Zorg standaard betrekken, hiervoor afspraken maken tussen wijkverpleging en VPTZ-organisatie (Acanthis en TTH Steenwijk): wijkverpleging beter laten herkennen overbelasting mantelzorgers, inzet vrijwilligers bespreken en regelen. Verkennen of bij zware wijkverpleegkundige zorg een combi gemaakt kan worden met het moment van inzet van een vrijwilliger terminale zorg die de WV kan ondersteunen bij uitvoeren van de zware zorg.
- Tijdig in beeld brengen van behoeften en mogelijkheden mantelzorgers met bijv. SOFA model, EDIZ schaal of mantelzorg balans tool
- Ondersteuning mantelzorg regelen zodat zij beter kunnen ondersteunen
- Uitbreiding hospicebedden
- Grotere rol maatschappij, bijvoorbeeld door beter zorgverlof
-

2. Arbeidsvoorwaarden wijkverpleging beter aansluiten op mogelijkheden wijkverpleegkundigen, hiervoor is nodig:

- Flexibelere werktijden
- Zelf kunnen roosteren
- Kinderopvang flexibeler of gratis, zodat extra werken financieel loont
- Personeel ziekenhuis mee in de wijk (of uitwisselen), zodat ze elkaar leren kennen en vertrouwen

3. Casemanagement organiseren, hiervoor is nodig:

- Duidelijke kaders afspreken (wie: opleiding, werktijden, achterwacht, bij welke cliënten inzetten, generalisten meenemen)
- Casemanager in 1^e lijn en 2^e lijn die samenwerken
- Ook in de verpleeghuizen voor alle inwoners beschikbaar
- POH bij de huisarts
- Vroegtijdig inzetten (palliatief of boven een bepaalde leeftijd)
- Efficiënt inzetten van rollen en expertise, af van ego's (durf over te dragen)

Betere technische hulpmiddelen om het werk van de wijkverpleging te verlichten

Ondersteuning door een helpende of vrijwilliger bij zware zorg in de wijkzorgroute (buddyroute)

Stop versnippering van organisaties: één grote thuiszorgorganisatie

Coördinatie

1. Duidelijk en klein team om de patiënt, hiervoor zijn duidelijke samenwerkingsafspraken nodig over o.a.:

- Hulpverleners makkelijker vindbaar maken (bijv. in een databank/ via één portaal zorgaanvragen verdelen/ samenwerking thuiszorgorganisaties)
- Regio's wijkverpleging verdelen/ vast klein team (huisarts en wijkverpleegkundigen)

- 1,5 lijnszorg (artsen/verpleegkundigen/SO)
- Vroegtijdige inzet casemanager/ aanspreekpunt voor persoon en naasten, deze coördineert de zorg op de vier domeinen, met verbinding 1^e en 2^e lijn (helicopterview)

2. Duidelijk plan van aanpak en dossier en inzichtelijk voor alle zorgverleners

- In het plan moet duidelijk zijn: als dit... dan dat (proactief en deskundig)

Stimuleren dat de patiënt de regie voert en zorg op maat kunnen bieden (zelf momenten kiezen, aangeven wie casemanager is)

Tijdige markering

Andere inzet zorg

1. Voorlichting/ bewustwording van burgers, patiënten, naasten en zorgmedewerkers. Hiervoor is nodig:

- Persoonlijke voorlichting (d.m.v. face-to-face ontmoetingen)
- Meer aandacht voor geloof en cultuur, ook bij preventie en uitleg ACP
- Aandacht voor bewustwording in de WMO en 1^e lijn
- Positieve gezondheid, vragen wat er nodig is
- Aanbod familiegesprek in palliatieve fase, sleutelfiguren betrekken in ACP-gesprek)
- Gezond leven belonen (sporten goedkoper maken)
- Tijd voor relatieopbouw en vertrouwen t.o.v. ACP-professional

2. Inzet vrijwilligers door vroegtijdig aandacht voor welzijn en mantelzorger. Hiervoor is nodig

- Aandacht voor informele zorg bij ACP
- Scholing zorgverleners in signalering overbelasting mantelzorgers en gespreksvoering over inzet van een vrijwilliger (bijv. bij dementie denkwerk mee naar huis)
- Samenwerking met welzijn/ mantelzorg
- Vroegtijdig inzetten sociaal domein en ondersteunen cliënt en mantelzorger(s). Ook na overlijden aandacht.

3. Wonen/ sociaal netwerk, waarbij gedacht wordt aan:

- Drempelleze overgang naar huis (beschikbaarheid van spullen & materialen, makkelijker hulpmiddelen installeren met minder regels)
 - o Minder regels voor hulpmiddelen (gemeente & zorgverzekeraars)
- Nieuwe wonen: huis waar meerdere mensen samenwonen en elkaar helpen, waardoor thuiszorg effectiever kan worden ingezet
 - o Visie op toekomstbestendig bouwen
 - o Andere woonvormen mogelijk maken door gemeente/ overheid
- Woonvormen met centrale mantelzorgpunten

- Mantelzorgwoningen makkelijker maken
- Meer koppelbedden
- Mobiele kamers voor palliatieve zorg (in/ nabij ziekenhuis)
- Meer hospice (bijna huishuizen)
- Leren van blue zones: betrokkenheid bij de maatschappij en elkaar is de basis van kwaliteit van leven. Actief blijven.
- Grotere rol voor informele netwerken of burgerinitiatieven (DOS)
- Cultuurverandering: niet alles hoeft door de zorg te gebeuren

Palliakit inzetten

Niet gebonden aan eigen organisatie kunnen werken & financiering over de schotten heen zodat zorgverlener patiënt kan volgen

Huisartspraktijken verkleinen, waardoor meer tijd voor de patiënt

Euthanasie mogelijkheden uitbreiden bij voltooid leven/ dementie

Afschaffing bureaucratie in de zorg (verantwoording)

Bijlage VI Profiel projectleider implementatie

Ter illustratie is onderstaand profiel voor de projectleiders implementatie opgesteld.¹⁸

Projectleider Implementatie

Benodigde ervaring

- ervaring met coördinatie van werkzaamheden en/of processen
- ervaring met projectmatig werken
- ervaring met projectleiding van interne projecten binnen de gezondheidszorg en bij voorkeur in [aanvullen sector]

Werk- en denkniveau

- HBO+
- WO

Opleidingsrichting en/of vakkennis

- Bij voorkeur een basisopleiding projectmanagement

Overige kennis en vaardigheden

- affiniteit met palliatieve zorg
- (kennis van) procesmanagement, omgevingsmanagement
- Kennis van en ervaring met zorgorganisaties in de regio Drenthe & Steenwijkerland is een pre

Kerncompetenties

- Organisatiesensitiviteit
- Resultaatgerichtheid
- Netwerken
- Motiveren
- Plannen-en-organiseren
- Zelfontwikkeling

¹⁸ De basis van dit profiel is de omschrijvingen voor projectleider zoals omschreven in het functiegebouw rijk, waarin functieprofielen binnen de rijksoverheid beschreven worden. Het profiel is verder aangevuld met context vanuit het transformatieplan