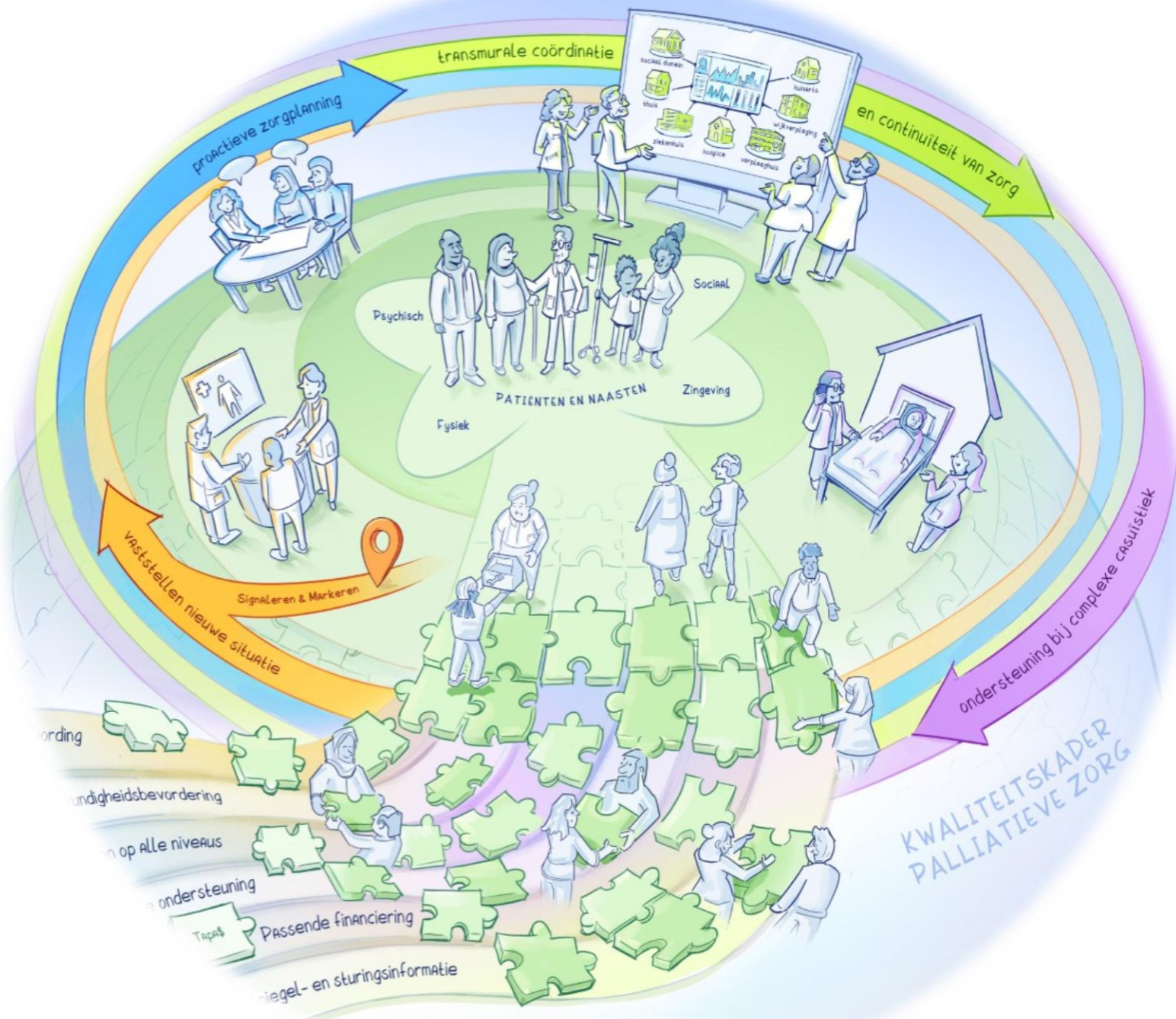


Transformatieplan Palliatieve Zorg Friesland

Palliatieve zorg als vanzelfsprekend onderdeel van reguliere zorg



Voorwoord

Soms hoor je dat iemand op 'een waardige manier' is gestorven. Vaak houdt dat een overlijden in omgeven door naasten, met zorgverleners die uitstekend samenwerkten en de zorg in de laatste levensfase goed met elkaar afstemden. Dat zorgverleners tijdig op de hoogte waren van de wensen van de patiënt en de familie. En dat de zorg die werd verleend, kwaliteit en rust uitstraalde. Er was sprake van goede palliatieve zorg.

Uit onderzoek blijkt dat mensen die goede palliatieve zorg krijgen zich beter voelen in de laatste fase van hun leven. Ze zijn vaak minder somber en angstig, hebben minder last van andere klachten en problemen, hoeven minder vaak (plotseling) naar het ziekenhuis en dierbaren kunnen het verlies beter verwerken.

Toch krijgt één op de drie mensen in hun laatste levensfase niet de gewenste zorg. Dat komt door een gebrek aan kennis, ervaring en kunde, maar ook door ons complexe zorgsysteem waarin palliatieve zorg niet de aandacht krijgt, die het verdient.

“...aandacht voor doodnormale zorg...”

In opdracht van de Bestuurlijke regiegroep van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) heeft Gupta Strategists in 2023 het rapport 'De olifant de kamer uit' geschreven. Daaruit komt naar voren wat de potentie van proactieve transmurale palliatieve zorg is, hoe het kan bijdragen aan de transformatiedoelen in het Integraal Zorgakkoord én wat dat vraagt op het gebied van zorginkoop. Het rapport sluit uitstekend aan op de Friese ambitie om palliatieve zorg een sterker onderdeel te laten zijn van de reguliere zorg en vormde daarmee het uitgangspunt voor dit 'Transformatieplan Palliatieve Zorg Friesland'.

Het plan geeft ons een extra impuls om, met alle betrokken partijen, gezamenlijk het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg te implementeren; om transmurale samen te werken aan proactieve zorgplanning en om kennis en bewustwording rondom palliatieve zorg in Friesland te bevorderen. Met behulp van het Transformatieplan Palliatieve Zorg Friesland willen we ervoor zorgen dat palliatieve zorg een doodnormaal en vanzelfsprekend onderdeel wordt van onze maatschappij. Zodat uiteindelijk alle inwoners hun leven goed, waardig en omgeven door hun naasten kunnen afsluiten.

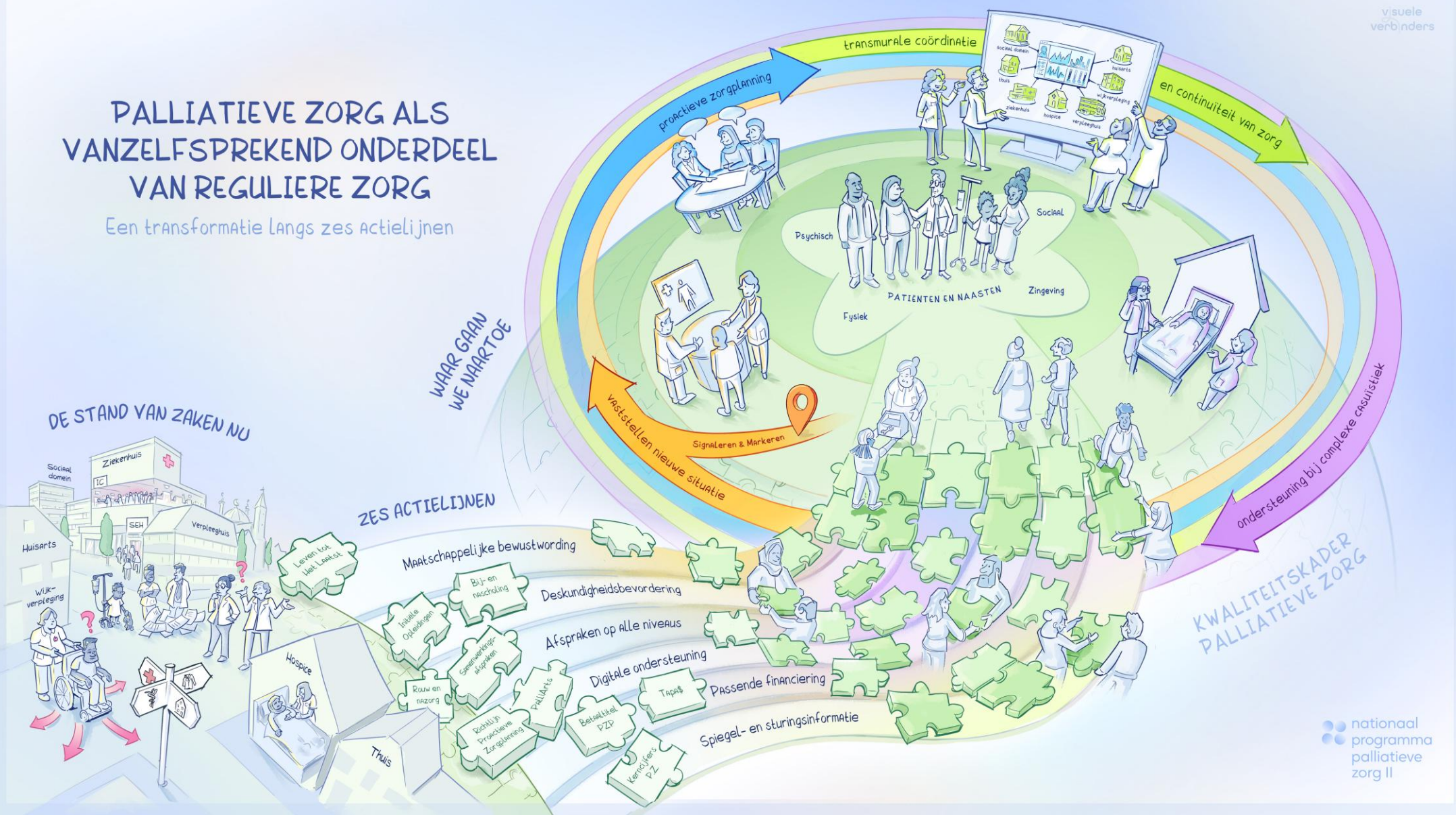
Klaus Boonstra

Voorzitter Transformatieplan Palliatieve Zorg Friesland

PALLIATIEVE ZORG ALS VANZELFSPREKEND ONDERDEEL VAN REGULIERE ZORG

Een transformatie langs zes actielijnen

visuele
verbinders



nationaal
programma
palliatieve
zorg II

Inhoudsopgave

Samenvatting en leeswijzer	6
H 1 Waarom een transformatieplan palliatieve zorg?	10
1.1 De noodzaak van betere palliatieve zorg	10
1.2 De noodzaak van transformatie	13
1.3 Vertrekpunt: het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg	14
1.4 De voordelen van het werken volgens het kwaliteitskader	16
1.5 We kiezen voor een regionale aanpak	18
1.6 Regio Friesland profiteert van een sterke netwerkstructuur	18
1.7 Een sterke basis voor implementatie: ons plan sluit aan op de doelen en activiteiten van de Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân	21
1.8 De verschillende regio's in Nederland profiteren van elkaars inzichten door de samenwerking met NPPZ II	22
H 2 Friesland in 2030: palliatieve zorg als regulier onderdeel van het zorgproces ...	23
2.1 Werken volgens de kernelementen van het KKPZ: het gedroomde zorgpad	23
2.2 'Markering' van het laatste levensjaar en 'Proactieve Zorgplanning'	24
2.3 'Transmurale Coördinatie en continuïteit van zorg'	24
2.4 'Ondersteuning Complexe Casuïstiek'	26
2.5 De zes actielijnen voor het realiseren van goede palliatieve zorg	27
H 3 Wat gaan we concreet doen in Friesland?	31
3.1 Inleiding	31
3.2 Doelen op regionaal niveau	32
3.3 Producten en activiteiten voor het realiseren van de doelen	34
3.4 Overzicht van onze aanpak	41
3.5 Planning	42
H 4 Programmastructuur	43
4.1 Programmamanagementteam	43
4.2 Bestuurlijke regiegroep	45
4.3 Klankbordgroep	46
4.4 Projectleiders Actielijnen	46
4.5 Implementatiecoach	47
4.6 De Zorgtafel: Periodiek voortgangsoverleg met Zilveren Kruis en de bestuurlijke regiegroep	48

H 5	Beoogde impact van de transformatie palliatieve zorg in Friesland.....	49
5.1	Doel: integratie van palliatieve zorg in het reguliere zorgproces.....	49
5.2	Strategische agenda transformatie palliatieve zorg: Wat willen we bereiken? ..	50
5.3	Kwantitatieve onderbouwing.....	52
5.4	(Maatschappelijke) business case.....	55
5.5	Duurzaamheid.....	57
H 6	Kritische Prestatie-indicatoren: wat is succesvol en hoe wordt dit gemeten? ...	59
6.1	Samenhang tussen de transformatie en KPI's	61
6.2	Inspanningsgerichte KPI's.....	61
6.3	Resultaatgerichte KPI's.....	63
6.4	Samenhang tussen verschillende soorten KPI's en budgetaanvraag.....	65
H 7	Begroting: welke investeringen zijn nodig voor de transformatie?	66
7.1	Begroting	66
7.2	Uitgangspunten begroting	67
7.3	Financieel beheer en de verantwoording	68
H 8	Aanpak borging	69
8.1	Waarom borging cruciaal is.....	69
8.2	Borgingsprincipes	69
8.3	Borgingsacties.....	70
8.4	Verantwoordelijkheden	71
8.5	Monitoring en evaluatie	72
8.6	Blik op de toekomst	72
	Bijlage I: Afkortingen en begrippen	73
	Bijlage II: IST	76
	Bijlage III: Casuïstiek	94
	Bijlage IV: Werken volgens de kernelementen van het KKPZ – Het gedroomde zorgpad	96
	Bijlage V: Transformatieopdrachten.....	98
	Bijlage VI: Thema's voor werkafspraken onder Afspraken op alle niveaus	112

Samenvatting en leeswijzer

Het transformatieplan Palliatieve Zorg in de Regio Friesland beschrijft het plan van aanpak voor de transformatieperiode 2025 – 2027 (Figuur 1).



Figuur 1: Samenvatting transformatieplan palliatieve zorg.

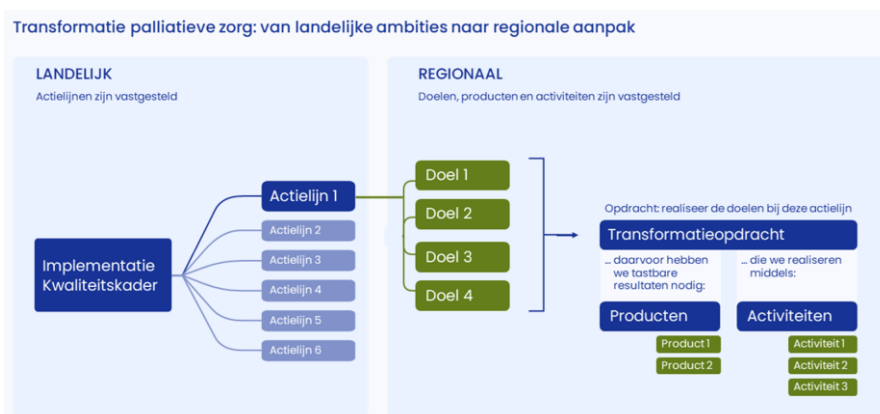
We streven met deze transformatie de implementatie van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg na. Met de transformatie palliatieve zorg realiseren we de randvoorwaarden voor goede palliatieve zorg langs 6 actielijnen. Hiermee sluit de transformatie in Friesland aan bij de landelijke kaders vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) en bij de in Friesland reeds ingezette lijn met het Stappenplan Proactieve Zorgplanning.

Het werk langs deze actielijnen zorgt ervoor dat we meer passende palliatieve zorg zullen bieden, in lijn met het beoogde palliatieve zorgsysteem. Het beoogde palliatieve zorgsysteem geeft lokaal invulling aan het landelijk Kwaliteitskader Palliatieve Zorg en is in lijn met het Stappenplan Proactieve Zorgplanning Friesland uitgewerkt. In H 2 staat het beoogde palliatieve zorgsysteem verder uitgewerkt.

Zorgverleners zullen vanaf de start van de palliatieve fase inzetten op proactieve zorgplanning om de wensen en grenzen van een patiënt proactief in kaart te brengen. Hier zal transmurale over worden afgestemd. Op deze manier kan de continuïteit van de zorg geborgd worden. Daarnaast zullen we eraan werken dat generalisten de weg naar ondersteuning bij complexe casuïstiek eerder weten te vinden. Inzichten over het huidige zorgsysteem (zie H 1 en bijlage II, de IST) onderschrijven dat dit nog niet vanzelfsprekend is en dat dit dus om een (gedrags-)verandering van het palliatieve zorgsysteem in de hele keten vraagt.

Per actielijn (afspraken op alle niveaus, maatschappelijke bewustwording, deskundigheidsbevordering, digitale ondersteuning, passende financiering en spiegel- en stuurinformatie) zijn doelen geïdentificeerd met de zorginhoudelijke vertegenwoordigers van de betrokken instellingen. Het behalen van deze doelen stelt ons in staat om na deze transformatie te kunnen werken volgens de vier kernelementen uit het Kwaliteitskader

Palliatieve Zorg. Per actielijn zijn vervolgens samen met inhoudelijke experts ‘transformatieopdrachten’ (plannen van aanpak) ontwikkeld om deze doelen te gaan realiseren. In deze transformatieopdrachten staat beschreven wat we gedurende de transformatie gaan doen. Langs de zes actielijnen levert ons dit de randvoorwaarden op voor het beoogde palliatief zorgsysteem. NB: Tijdens de transformatieperiode zal de focus liggen op het realiseren van zoveel mogelijk doelen. Sommige doelstellingen zijn echter afhankelijk van externe ontwikkelingen buiten de directe invloedssfeer van dit traject. Waar mogelijk wordt hier proactief op ingespeeld.



Figuur 2: De aanpak gedurende de transformatieperiode biedt ons per actielijn de randvoorwaarden voor het beoogde palliatief zorgsysteem.

In H 3 staan deze transformatieopdrachten uitgewerkt; in H 4 staat de beoogde programmastructuur om deze beweging te ondersteunen verder uitgewerkt. In H 8 is het borgingsplan opgenomen.

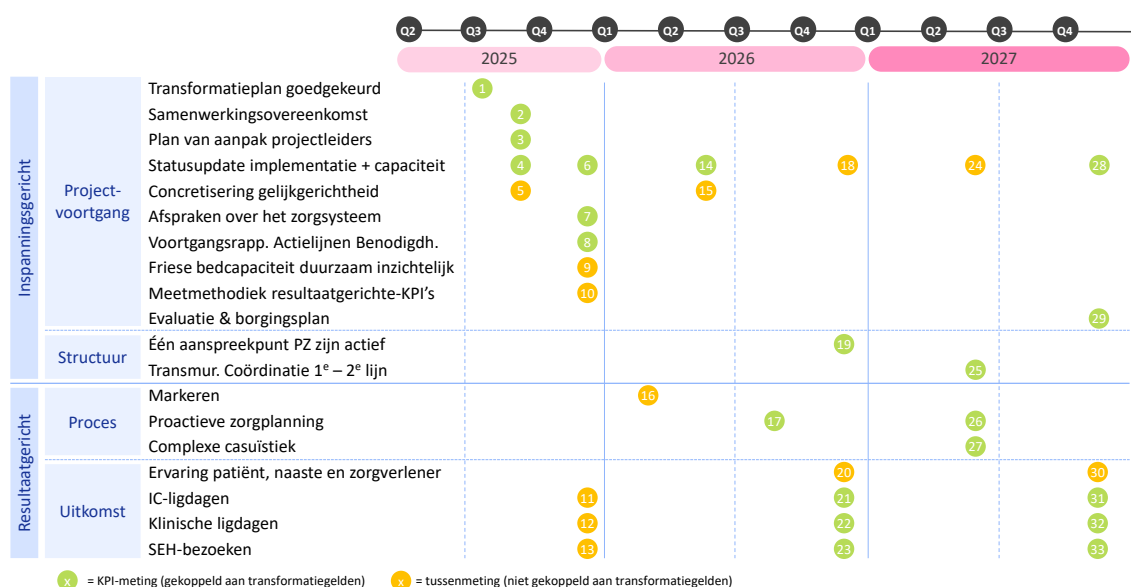
Als gevolg van deze verandering verbetert de ervaring van alle betrokkenen. Patiënten en naasten kunnen vertrouwen op de juiste ondersteuning in deze kwetsbare fase en zorgverleners voelen zich in staat om de patiënt en diens naasten op de juiste manier bij te staan. H 5 gaat verder op de te verwachten effecten in.

We verwachten hierdoor meer passende zorg die aansluit op de behandelwensen en -grenzen van patiënten, naasten en zorgverleners. Daarbij verwachten we ook de inverse: minder niet-passende zorg in de tweede lijn in het laatste levensjaar bij patiënten die niet onverwacht komen te overlijden. Onderzoeken op het gebied van palliatieve zorg laten zien dat patiënten die passende palliatieve zorg hebben ontvangen (zoals proactieve zorgplanningsgesprekken), met name in de laatste 90 dagen voor het overlijden, aanzienlijk minder vaak op de IC, kliniek en de SEH komen.

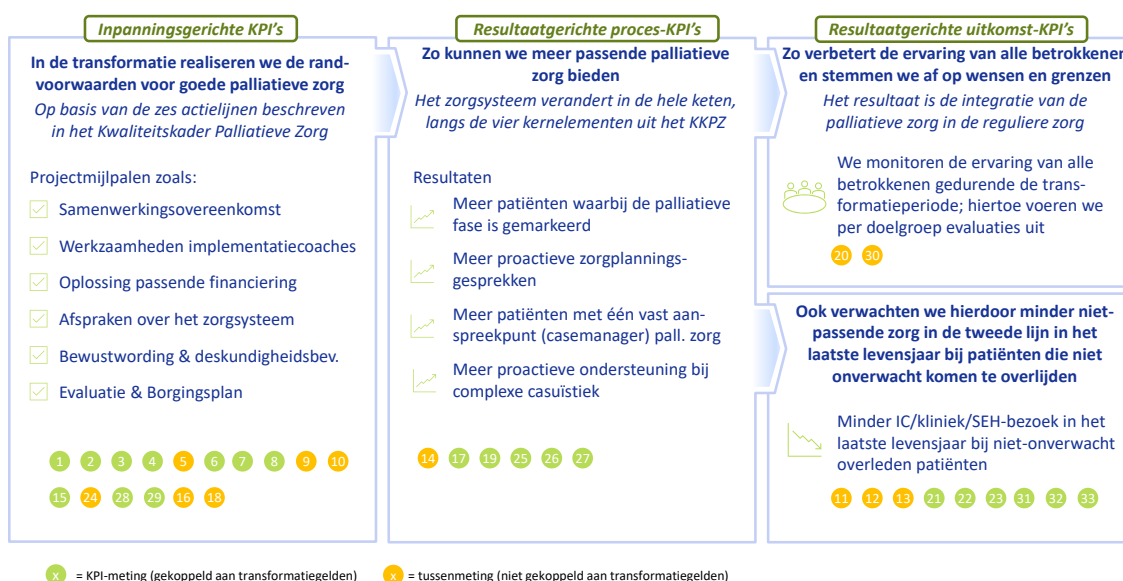
In hoofdstuk 5 berekenen we de potentiële reductie van niet-passende zorg voor Friesland in meer detail op basis van een analyse van declaratiedata in samenwerking met de grootste verzekeraar in marktaandeel in Friesland Zilveren Kruis. Naar verwachting zullen er 11.100 klinische ligdagen, 1.000 IC-ligdagen en 900 SEH-bezoeken in het laatste levensjaar verschuiven, wanneer alle patiënten die niet onverwacht overlijden palliatieve zorg ontvangen. Verreweg het grootste deel van deze aantallen valt in de laatste 90 levensdagen. In de transformatieperiode committeren we ons aan een realistisch

ingroeiscenario richting deze totaalaantallen. Omdat onze doelgroep – het grote merendeel daarvan – patiënten betreft in het laatste levensjaar, duurt het 12 maanden voordat de volledige effecten van de transformatie meetbaar zijn. Om deze reden houden we rekening met een meetvertraging van 12 maanden tussen interventie en meetbaar effect.

De voortgang van de transformatie wordt gemonitord middels 33 KPI's, 21 daarvan zijn gekoppeld aan transformatiegelden.



Figuur 3: Overzicht van de 33 KPI's over de looptijd van de transformatie PZ. Uitbetaling van de transformatie-middelen (aangevraagd budget, zie hoofdstuk 7) is gekoppeld aan het behalen van de KPI's met een groen nummer. Aan de KPI's met oranje nummers zijn geen transformatiegelden gekoppeld.



Figuur 4: De voortgang en de resultaten monitoren we aan de hand van KPI's – deze zijn zowel inspannings- als resultaatgericht.

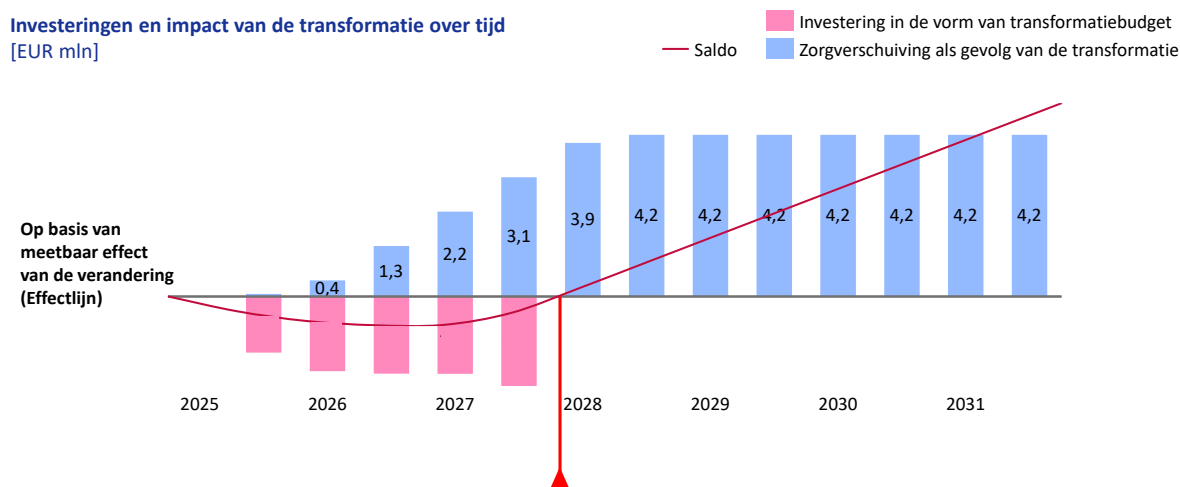
In H 6 staat uitgebreid beschreven hoe de voortgang van de transformatie precies gemonitord zal worden middels KPI's. In bijgevoegd Excel-document "Specificatie begroting,

KPI's en BC van Transformatie PZ Friesland" zijn de uitgeschreven KPI's en de daaraan gekoppelde transformatiemiddelen te vinden. In totaal is ~ 45 procent van de totale budgetaanvraag gekoppeld aan resultaatgerichte KPI's en ~55 procent aan inspanningsgerichte KPI's.

Aan het begin van de transformatieperiode zijn de KPI's voornamelijk inspanningsgericht, hiermee monitoren we of het lukt om de belangrijkste projectmijlpalen te realiseren. In het tweede en derde jaar van de transformatie verschuift de focus naar meer resultaatgerichte KPI's. Deze KPI's zijn in twee groepen te verdelen: 1) KPI's waarmee we monitoren of het lukt om meer passende palliatieve zorg te bieden; 2) KPI's waarmee we monitoren of het lukt om minder niet-passende zorg in de tweede lijn in het laatste levensjaar te leveren bij patiënten die niet onverwacht komen te overlijden.

Het transformatieplan kent een positieve maatschappelijke business case. Voor de transformatieperiode 2025 – 2027 vraagt de regio Friesland tot EUR [...] miljoen aan transformatiemiddelen aan (zie H 7 en de bijgevoegde Excel "Specificatie begroting, KPI's en BC van Transformatie PZ Friesland").

Naast alle niet in euro's uit te drukken baten gerelateerd aan de ervaring van patiënt, naasten en zorgverleners, leidt de transformatie palliatieve zorg naar verwachting ook tot een netto zorgkostenbesparing van tot EUR 8.3 miljoen per jaar (4,2 miljoen per half jaar). De terugverdientijd van de investering is naar verwachting ~ 3 jaar, gerekend vanaf september 2025. Zie onderstaand figuur.



Figuur 5: Investerings en impact van de transformatie over tijd [EUR mln.]

H 1 Waarom een transformatieplan palliatieve zorg?

1.1 De noodzaak van betere palliatieve zorg

In Friesland sterven elk jaar meer dan 4.700 personen aan een aandoening die gepaard gaat met een behoefte aan palliatieve zorg, de zogenaamde 'niet-onverwachte overlijdens'. Dit zijn aandoeningen waarbij, voordat men overlijdt, een ziekteverloop plaatsvindt, zoals kanker, orgaanfalen, dementie, cerebro vasculair accident (CVA), neurologische ziekten en het bewust stoppen met eten en drinken.

Hoewel palliatieve zorg integraal onderdeel van het reguliere zorgproces zou moeten zijn is dit nu vaak nog niet het geval. Veel mensen ontvangen niet de optimale zorg tijdens de palliatieve fase. In Friesland sterven jaarlijks ca. 4.780 patiënten 'niet onverwacht'. Daarbij zijn er gemiddeld drie naasten per patiënt. In totaal gaat het dus over 18.900 Friese inwoners¹ per jaar die te maken hebben met palliatieve zorg.

1.1.1 Passende palliatieve zorg

Passende palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van leven én de kwaliteit van sterven van patiënten en hun naasten ondersteunt. Het is zorg die is gebaseerd op de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en zijn naasten. Niet alleen lichamelijke zorg, maar ook psychische, sociale, en zorg op het gebied van zingeving. Door vroegtijdige signalering en door een zorgvuldige beoordeling en behandeling draagt goede palliatieve zorg bij aan het voorkomen en verlichten van lijden.

Het is in de kern generalistische zorg, waarvan alle welzijns- en zorgprofessionals kennis moeten hebben en weten waar zij met vragen terecht kunnen. **Het doel is dat palliatieve zorg voor iedere patiënt voor wie dit relevant is toegankelijk is.** Palliatieve zorg is onafhankelijk van tijd en plaats: patiënten met een ongeneeslijke ziekte kunnen soms jarenlang in de palliatieve fase verkeren (ook wel "tussenland" genoemd²) en zullen daarmee op uiteenlopende momenten en plaatsen ondersteuning en zorg moeten krijgen. Zulke zorg beslaat een breed spectrum aan formele en informele zorg.

In de landelijke transformatieplannen palliatieve zorg van het Integraal Zorgakkoord (IZA) richten we ons op *passende palliatieve zorg in het laatste levensjaar*³: het perspectief van

¹ In dit plan spreken we over patiënten en inwoners. Hiermee wordt ook bedoeld: zorgvragers, cliënten, bewoners, familie, geliefden, mantelzorgers, etc.

² Oskam, J. (2021). *Tussenland: over leven met de dood in je schoenen*. Uitgeverij de Graaff.

³ Hiermee dekken we het merendeel van de patiënten in de palliatieve fase. We zijn ons ervan bewust dat sommige patiënten zich langer dan één jaar in de palliatieve fase bevinden.

waaruit ook het rapport '[De olifant de kamer uit](#)' is geschreven. Dit rapport bouwt voort op het [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg](#) (KKPZ) waarin beschreven is wat patiënten, naasten en zorgverleners beschouwen als goede palliatieve zorg. Het in 2017 verschenen KKPZ beschrijft wat patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars onder goede palliatieve zorg verstaan. Het gaat in op alle aspecten ervan. Doel van het kwaliteitskader is de palliatieve zorgverlening vanuit de beleving van de patiënt en zijn naaste(n) te verbeteren.

We streven naar zorg op de juiste plek, omdat dit het beste aansluit bij de behoeften van de patiënt. Wanneer niet-passende zorg binnen een organisatie wordt georganiseerd omdat dit elders niet mogelijk is, belemmert dit de werking van de gehele passende zorgketen. Door nu de focus te leggen op palliatieve zorg, willen we inzicht krijgen in de huidige situatie en de knelpunten binnen zowel de eerste als de tweede lijn.

Het uitgangspunt is dat palliatieve zorg in de basis in de eerste lijn gerealiseerd wordt, omdat dit veelal ook de uitdrukkelijke wens is van de cliënt/patiënt en diens naasten. Op deze manier wordt voorkomen dat deze patiënten onnodig klinisch worden opgenomen in de tweede lijn. Dit is belangrijk om de beschikbare klinische bedden in de tweede lijn te kunnen behouden voor medische specialistische zorg, die daar thuishoort en niet elders geleverd kan worden.

1.1.2 *Niet-passende zorg in de palliatieve fase*

Wanneer de zorg niet aansluit bij de behandelwensen en -grenzen van de patiënt, of wanneer een (transmuraal) proactief zorgplan en bijbehorend gesprek ontbreken, neemt de kans op niet-passende zorg toe.

Niet-passende zorg in de palliatieve fase kan grote gevolgen hebben op fysiek, psychisch, sociaal en zingevingsvlak. Patiënten sterven bijvoorbeeld niet op een plek waar ze zich thuis voelen of ervaren onnodig pijn, onrust en angst. Een ander voorbeeld is dat palliatieve patiënten regelmatig op de spoedeisende hulp (SEH) of zelfs op de intensive care (IC) belanden, vaak na tussenkomst van huisartsen of ambulancezorg. Een van de oorzaken is dat op de meest kritieke momenten de wensen én grenzen van de patiënt niet of onvoldoende bekend zijn en zijn gecommuniceerd.

Door het gebrek aan palliatieve zorg wordt onrust in het zorgproces ervaren – niet alleen bij patiënten, maar ook bij hun naasten, mantelzorgers en de betrokken zorgprofessionals. Het tijdig voeren van het goede gesprek over het levenseinde – proactieve zorgplanning (pzp) – is daarom een belangrijke stap. Uit het rapport '[De olifant de kamer uit](#)' blijkt dat patiënten die wél palliatieve zorg ontvangen, aanzienlijk minder vaak gebruikmaken van acute tweedelijnszorg⁴.

⁴ In H5 is becijferd wat het aandeel potentieel niet-passende zorg is op de t(otale capaciteit in de regio Friesland: Klinische ligdagen: 4% van de totale capaciteit; IC-ligdagen: 10% van de totale capaciteit; SEH-opnames: 2% van de totale capaciteit

Niet-passende zorg leidt tot extra druk op de (toch al schaarse) capaciteit van acute zorgaanbieders zoals huisartsenposten (HAP), (dienst)apotheken, SEH's en IC's. Door demografische ontwikkelingen zal deze druk naar verwachting alleen maar toenemen. Zo wordt in Friesland een stijging van 5% in Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in ziekenhuizen voorspeld tussen 2025 en 2030⁵. Andere voorbeelden van niet-passende zorg in het laatste ziektejaar zijn overbodige medicatie en invasieve behandelingen (zie ook hoofdstuk H 5).

Het principe van 'de juiste zorg op de juiste plek' vraagt om heldere afspraken en gedeelde verantwoordelijkheid, zodat de cliënt/patiënt vanuit de eerste lijn – passend bij zijn of haar wens – de laatste levensfase niet in het ziekenhuis hoeft door te brengen of daar overlijdt. Door tijdig markering van de palliatieve fase en het voeren van proactieve zorggesprekken, kunnen we met elkaar voorkomen dat ziekenhuizen zorg leveren die niet passend is binnen hun zorgdomein.

Uitgangspunt is dat passende zorg per domein wordt georganiseerd, waarbij de juiste expertise op de juiste plek wordt ingezet: palliatieve zorg in de eerste lijn en medisch specialistische zorg in de tweede en derde lijn. Dit voorkomt overbelasting van ziekenhuizen en zorgt ervoor dat zij zich kunnen blijven richten op specialistische zorg waarvoor opname noodzakelijk is. Zo blijft de gehele zorgketen toegankelijk, doelmatig en patiëntgericht.

1.1.3 Onze ambitie: passende palliatieve zorg voor alle inwoners

Met dit transformatieplan streven we – conform de landelijke en regionale ambities – naar verdere verbetering van samenwerking, zorg en ondersteuning voor mensen in de palliatieve fase. Het doel is om palliatieve zorg structureel te verankeren in de reguliere zorg in Friesland. Inwoners moeten erop kunnen vertrouwen dat passende palliatieve zorg en de gewenste eigen regie voor iedereen bereikbaar en toegankelijk is. De basis hiervoor is de integrale implementatie van de kernelementen van het KKPZ (zie paragraaf 1.3).

De ambitie van de transformatie palliatieve zorg is dat op het einde van de beoogde transformatieperiode (2025 t/m 2027) iedere inwoner van Friesland in het laatste levensjaar kan rekenen op goede, transmuraal georganiseerde, passende palliatieve zorg vanuit professionaliteit, empathie, betrokkenheid en verantwoordelijkheid.

⁵ Regiobeeld, RIVM, via [Zorggebruik | Medisch specialistische zorg | Regiobeeld](#)

1.2 De noodzaak van transformatie

Door vergrijzing, een groeiende zorgvraag en personeelstekorten staat het Nederlandse zorgstelsel onder (financiële) druk. De transformatie is nodig om de zorg toekomstbestendig te maken, met meer samenwerking, focus op preventie, passende zorg en het efficiënter organiseren van zorg.

Het rapport '[De olifant de kamer uit](#)'⁶ liet zien dat het volledig werken volgens het KKPZ nergens in het land gemeengoed is. Ondanks jarenlange inspanningen vanuit de Friese netwerken (zie Bijlage II voor een overzicht hiervan) is ook hier het werken volgens het KKPZ nog niet overal gangbaar (Figuur 1-1). De doelen en ambities van NPZF uit 2023 reflecteren dit ook (zie paragraaf 1.7).

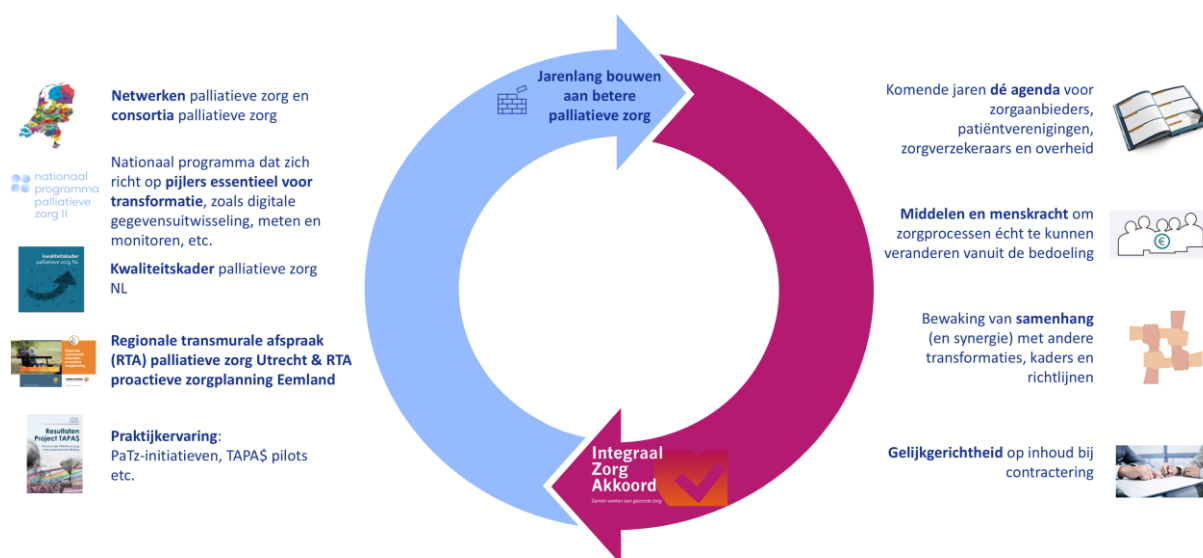
Markering	Proactieve zorgplanning	Transmurale coördinatie en continuïteit	Ondersteuning complexe casuïstiek
• Er is meer aandacht nodig voor markeren en het maken van goede afspraken wie wat hoe en waar doet • Het is niet altijd duidelijk wanneer de focus naar palliatieve zorg moet verschuiven als een patiënt al langer chronische zorg ontvangt • Patiënten geven aan het gevoel te hebben 'losgelaten' te worden door het ziekenhuis als wordt uitgesproken dat geen genezing meer mogelijk is, de huisarts wordt niet altijd (snel en passend/ warm) ingelicht	• Slechts een deel van de zorgverleners zet in op pzp-gesprekken • De uitkomst van pzp-gesprekken is nog niet altijd inzichtelijk op andere plekken • Initiatieven en afspraken rondom palliatieve zorg (zoals het voeren van pzp-gesprekken) bereiken vooral zorgverleners met een specialisatie of interesse in palliatieve zorg en nog minder de meer generalistische zorgverleners	• Er zijn onvoldoende regionale afspraken over coördinatie en continuïteit van zorg in de palliatieve fase • Communicatie tussen zorgverleners en richting patiënten en naasten loopt niet altijd naar wens, een vast aanspreekpunt ontbreekt geregeld • Er is geregeld een gebrek aan capaciteit in de zorg & wijkverpleging door onverwachte pieken in de zorgvraag van patiënten in de palliatieve fase • Deelname aan transmurale samenwerking komt moeilijk van de grond, er is niet voldoende tijd om deel te nemen en/of financiering ontbreekt • Het is niet altijd duidelijk wie hoofdbehandelaar is • Het is niet altijd duidelijk wie regiebehandelaar is • Het is niet altijd duidelijk hoe en wanneer zorgverleners elkaar kunnen bereiken • Vrijwilligers, de ggz en het sociaal domein zijn niet altijd voldoende aangesloten op de palliatieve zorg	• In Friesland is niet duidelijk op welke manier men van elkaars expertise gebruik kan maken bij complexe casuïstiek • Nog niet alle zorgverleners hebben voldoende kennis over pz en inschakelen van expertise is niet vanzelfsprekend • Mdo's rondom patiënten in de palliatieve fase (waarvan PaTZ een goed voorbeeld is) zijn nog niet overal goed vormgegeven • Vvt-organisaties hebben behoefte aan meer kennis over de palliatieve zorg

Figuur 1-1 De vier kernelementen van het KKPZ (verder besproken in paragraaf 1.3), met onder elk element de uitdagingen m.b.t. de implementatie van het KKPZ.

Een verkennende analyse (zie hoofdstuk 5) die is uitgevoerd in samenwerking met zorgverzekeraar Zilveren Kruis laat op basis van declaratiedata zien dat ruim 79% van patiënten in Friesland die behoefte zouden kunnen hebben aan palliatieve zorg dit nog niet of niet volledig heeft ontvangen. Deze groep krijgt in de laatste maanden voor het overlijden vaak aanzienlijk meer tweedelijns zorg aangeboden ('consumeert' in verzekeraarsterminologie) dan de groep die wel palliatieve zorg heeft gekregen. In hoofdstuk 5 gaan we hier dieper op in.

Voor een significante impact is het essentieel dat zorgprocessen daar veranderen waar palliatieve zorg niet op de voorgrond van de eigen activiteiten of aandachtsgebieden staat. Het IZA-transformatieplan palliatieve zorg geeft momentum om passende palliatieve zorg verder te integreren, of beter nog, te verankeren in het reguliere zorgproces. Deze inzichten komen samen in Figuur 1-2.

⁶ Gupta Strategists, april 2024. *De olifant de kamer uit: Een einde aan het taboe rondom het voeren van het gesprek in de laatste levensfase.*



Figuur 1-2 Hoe IZA momentum creëert om transmurale palliatieve zorg te integreren in het reguliere zorgproces.

1.2.1 Primaire doelgroep transformatieplan: palliatieve patiënten in de Zorgverzekeringswet

Dit transformatieplan richt zich op patiënten in de palliatieve fase met bijzondere aandacht voor het laatste levensjaar⁷. Conform het IZA concentreren we ons binnen deze groep op de populatie waar de impact het grootst is. Dit betekent dat de focus in dit transformatieplan ligt op de effecten op het zorggebruik m.b.t. de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Patiënten met recht op zorg via de Wet langdurige zorg (Wlz-indicatie, ongeveer 1.550 van de 4.780 inwoners die jaarlijks niet-onverwacht sterven in de regio) behoren *niet* tot de primaire doelgroep van dit plan. Vanzelfsprekend hebben deze patiënten, met name in de intramurale Wlz, ook behoefte aan en recht op goede palliatieve zorg. Er lijkt echter nauwelijks verschil in het Zvw-gebruik tussen ontvangers van palliatieve zorg en patiënten die geen palliatieve zorg kregen in deze groep. Onder patiënten in de Wlz lijkt daarmee het aandeel niet-passende zorg in het laatste levensjaar (aanzienlijk) kleiner.

Ongeveer 67% van de inwoners (3.230 van de 4.780 inwoners) heeft geen Wlz-indicatie; op deze groep richt dit transformatieplan zich.

1.3 Vertrekpunt: het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg

Om de transformatie structureel te verankeren, is een gezamenlijke werkwijze nodig met duidelijke uitgangspunten. Vier kernelementen uit het KKPZ vormen hiervoor een richtinggevend kader. Deze kernelementen (Figuur 1-3) zijn:

- Markering
- Proactieve Zorgplanning

⁷ De analyses die volgen in latere hoofdstukken zijn gemaakt op basis van het laatste levensjaar, analoog aan het rapport 'De olifant de kamer uit'.

- Transmurale coördinatie en continuïteit
- Ondersteuning bij complexe casuïstiek

Het KKPZ is erop gericht de ervaring van patiënten, naasten en zorgverleners te verbeteren en zo de palliatieve zorg naar een hoger niveau te tillen.

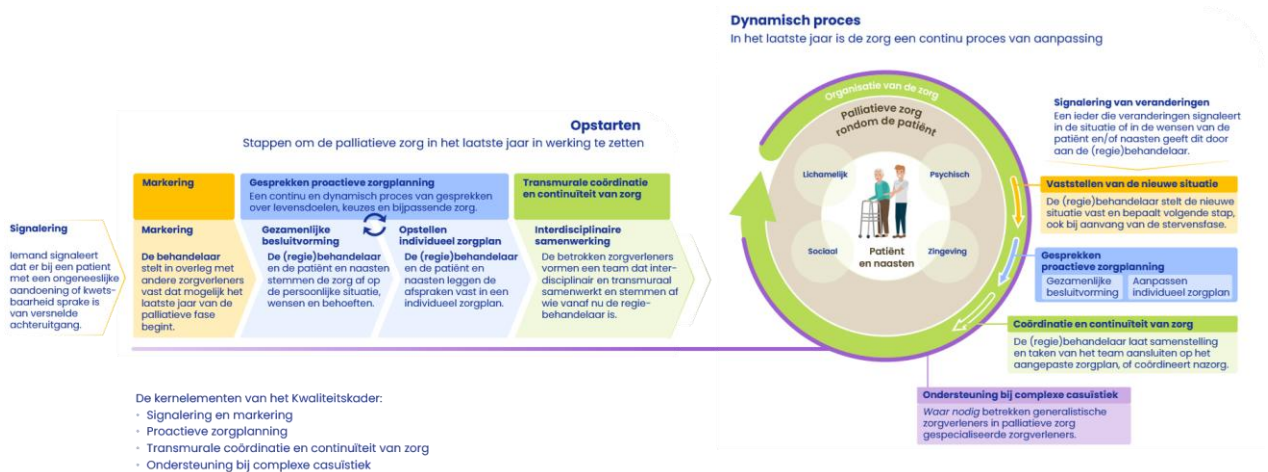


Figuur 1-3 De vier kernelementen uit het KKPZ.

Het uitgangspunt is dat palliatieve zorg zoveel mogelijk plaatsvindt in de eerste lijn, met oog voor de context van de eigen leefomgeving en beschikbare mantelzorg van de patiënt. Daarbij draait het om het kennen en communiceren van persoonlijke wensen en grenzen als basis voor de best passende zorg, behoud van waardigheid en de eigen regie in het laatste levensjaar. Nauwe betrokkenheid vanuit de eerste lijn is hierbij cruciaal, met een centrale rol voor de huisartsenpraktijken als coördinator.

De palliatieve zorg in het laatste levensjaar is een continu proces van signalering, besluitvorming en zorgcoördinatie (Figuur 1-2). Het begint met vroegtijdige herkenning van de behoeften van de patiënt en naasten, gevolgd door gezamenlijke besluitvorming en het opstellen van een individueel zorgplan. Wanneer de situatie verandert worden wensen en behoeften opnieuw geëvalueerd en het zorgplan aangepast. Tijdens dit proces van proactieve zorgplanning is aandacht voor medische, psychische, sociale en zingevingsaspecten. Transmurale samenwerking en coördinatie van zorg waarborgen de continuïteit en kwaliteit van ondersteuning.

Bij complexe casuïstiek wordt gespecialiseerde ondersteuning ingezet. Zo ontstaat een geïntegreerde en afgestemde aanpak die bijdraagt aan passende en waardige zorg in de laatste levensfase.



Figuur 1-4 Stappen om de palliatieve zorg in het laatste jaar in werking te zetten.

1.4 De voordelen van het werken volgens het kwaliteitskader

1.4.1 Algemene voordelen

Zoals aangetoond in het rapport '[De olifant de kamer uit](#)' biedt het werken volgens het KKPZ in de praktijk verschillende belangrijke voordelen voor patiënten, naasten en zorgprofessionals. We noemen er een aantal:

- **Verbetering van de kwaliteit van leven en sterven in de laatste levensfase**, o.a. door het voorkomen en verlichten van lijden;
- **Verhoogde toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg**;
- **Efficiëntere inzet van middelen en potentiële kostenbesparing**:
Door het vermijden van niet-passende zorg en een betere coördinatie kan de implementatie van het KKPZ leiden tot een efficiëntere inzet van zorgmiddelen en zelfs tot een netto zorgkostenbesparing;
- **Ondersteuning van de doelen van het IZA**.

1.4.2 Voordelen die zorgprofessionals raken

- **Meer passende zorg** met efficiëntere inzet van personeel;
- **Voorkomen van niet-passende zorg** zoals overbodige medicatie, invasieve behandelingen, onnodige ziekenhuisopnames, SEH-bezoeken en IC-opnames in het laatste ziektejaar;
- **Handvatten voor alle zorg- en welzijnsprofessionals**: Het KKPZ biedt een eenduidig beeld van wat goede palliatieve zorg inhoudt en geeft handvatten aan alle betrokken professionals over hoe te handelen in de palliatieve fase;
- **Ondersteuning bij complexe casuïstiek**: Het KKPZ regelt de mogelijkheid om gespecialiseerde palliatieve zorgverleners in te schakelen wanneer de complexiteit de deskundigheid van de generalist overstijgt. Dit zorgt voor de juiste expertise op het juiste moment;

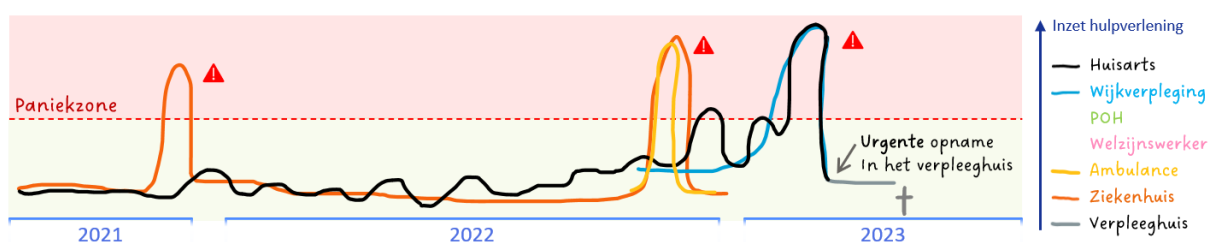
- **Vermindering van onzekerheid en stress:** Het KKPZ, met de nadruk op proactieve zorgplanning en duidelijke communicatie, kan leiden tot minder ad-hoc situaties en minder onduidelijkheid over de wensen van de patiënt in kritieke momenten.

De verwachting is dat de laatstgenoemde voordelen leiden tot een hogere arbeidstevredenheid onder zorgverleners en daarmee bijdragen aan het behoud van personeel in de zorg. Kortom, het werken volgens het KKPZ leidt tot een betere en potentieel efficiëntere palliatieve zorg wat ten goede komt aan alle betrokkenen.

1.4.3 Enkele voorbeelden uit de praktijk

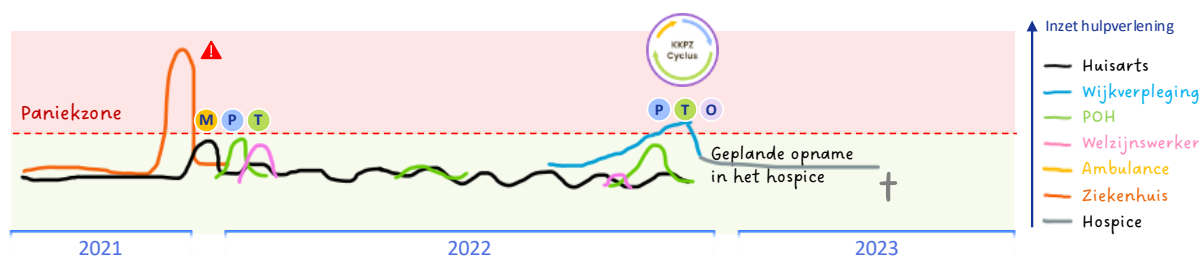
Het werken volgens het KKPZ leidt tot concrete voordelen die de dagelijkse praktijk van zorgprofessionals positief beïnvloeden, zoals de casuïstiek in Bijlage III illustreert.

Casus 1 laat zien dat in de huidige situatie (Figuur 1-5) onduidelijkheid over de wensen van de patiënt kan leiden tot herhaalde spoedopnames en een hoge belasting voor de dienstdoende arts en de wijkverpleging. Dit geldt echter ook voor de apotheek, die bij het opstarten van palliatieve sedatie vaak op korte termijn moet schakelen en middelen beschikbaar moet stellen, wat de situatie tot een haastklus maakt.



Figuur 1-5 Casus 1 – werkdruk en interventies in de traditionele situatie.

In de gewenste situatie (Figuur 1-6) resulteert proactieve zorgplanning volgens het KKPZ in een duidelijker zorgplan en minder acute interventies, wat de werkdruk en stress bij de arts aanzienlijk vermindert. Daarnaast bevordert het KKPZ een betere afstemming tussen de huisarts, thuiszorg en de palliatief verpleegkundige, waardoor de coördinatie van zorg efficiënter verloopt en individuele zorgverleners minder (indirecte) tijd kwijt zijn aan het achterhalen van informatie of het oplossen van onduidelijkheden.



Figuur 1-6 Casus 1 – werkdruk en interventies in de gewenste situatie.

Het gevolg van de verschuiving door te werken volgens het KKPZ is te zien in Tabel 1-1. Natuurlijk is dit een fictieve, hypothetische uitwerking op een bestaande casus. Ook is niet alle potentiële impact verwerkt, bijvoorbeeld die in de apotheek. Toch geeft het wel goed de mogelijke impact weer op verlaging van de werkdruk, een aspect waarop in het

Aanvullende Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) meer dan voorheen (IZA) de nadruk op wordt gelegd.

Zorgaspect	Werkelijke casus	Gewenste situatie	Vershil
Inzet huisarts (uur)	7	2	-5 uur
Inzet wijkverpleging (uur)	225	100	-125 uur
Inzet POH (uur)	0	2	+2 uur
Inzet welzijnswerker (uur)	0	2	+2 uur
Aantal ritten ambulance	2	0	-2 ritten
Aantal bezoeken SEH	2	1	-1 rit
Opname	Urgente opname in verpleeghuis	Geplande opname in hospice	

Tabel 1-1 Gevolgen van het werken volgens de KKPZ (POH = praktijkondersteuner huisarts).

1.5 We kiezen voor een regionale aanpak

Palliatieve zorg betekent netwerkworg; samenwerking mét en rondom de patiënt en diens naasten voor het inrichten van passende palliatieve zorg. De regiospecifieke diversiteit aan demografische en populatiekenmerken in Friesland vraagt een eigen 'couleur locale'. Kijkend naar het aanbod van welzijn en zorg met de capaciteitsvraagstukken daarbinnen, de bestaande verbanden daartussen en binnen gemeenten, op bestuurlijke tafels en door professionals.

Landelijk kunnen de 'Waarom' en 'Wat' vragen vorm krijgen. De beantwoording van de 'Hoe' vragen worden ingekleurd door de lokale en regionale cultuur, relaties, capaciteit en perspectieven van samenwerking. De implementatie van passende palliatieve zorg vanuit het KKPZ moet daarom regionaal vorm krijgen. Vertrouwen in elkaar en het 'hogere doel' spelen misschien wel de grootste rol in de hier voorgestelde regionale transformatie. Dit plan wil met zijn transparantie bijdragen aan het faciliteren van de bedoeling en het vertrouwen; de verantwoordelijkheid moet hierin gezamenlijk gedragen worden en leggen we tevens vast in een samenwerkingsovereenkomst. Om optimaal te kunnen bepalen of we onze gezamenlijke doelen behalen en of we zo nodig moeten bijsturen committeren alle partijen die betrokken zijn bij het geven van palliatieve zorg zich met dit plan aan het leveren en gebruiken van spiegel- en stuurinformatie.

1.6 Regio Friesland profiteert van een sterke netwerkstructuur

In de regio Friesland wonen ongeveer 660.000 mensen, verspreid over 18 gemeenten. Elk jaar overlijden in Friesland ongeveer 7.100 personen, waarvan 4.780 niet-onverwacht⁸. Uitgesplitst naar de netwerkregio's binnen Friesland zien we de behoefte aan palliatieve zorg in 2022 als volgt:

- Noordoost 838 personen

⁸ Kerncijfers behoefte aan palliatieve zorg in 2022 voor de zorgkantorregio Friesland.

- Noordwest 1.387 personen
- Zuid 618 personen
- Zuidoost 859 personen
- Zuidwest 1.076 personen

Mensen met behoefte aan palliatieve zorg en ondersteuning kunnen terecht bij vier ziekenhuizen (bestuurlijk inmiddels drie ziekenhuizen), één regionale huisartsenorganisatie, waarbij circa 580 huisartsen, verdeeld over 170 praktijken, zijn aangesloten, en meer dan 16 organisaties voor wijkverpleging. Al deze partijen werken al jarenlang nauw samen binnen de netwerken palliatieve zorg, in de vijf Friese regio's: Noordoost, Noordwest, Zuid, Zuidoost en Zuidwest, samengebracht binnen de Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân (NPZF, Figuur 1-7). Er bestaan veel dwarsverbanden en relaties in deze regio.



Figuur 1-7 Betrokken partijen binnen de Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân.

Sinds 2014 bestaat ook het consortium palliatieve zorg [Ligare](#)⁹ waarin de (18) netwerken palliatieve zorg in de regio Noordoost-Nederland bovenregionaal samenwerken, innoveren en samen leren. Het Expertisecentrum palliatieve zorg van het Universitair Medisch Centrum Groningen verzorgt het voorzitterschap. Het kenniscentrum kinderpalliatieve zorg is eveneens vertegenwoordigd in dit consortium. Tot slot vertegenwoordigen Hogeschool VIAA

⁹ Binnen Ligare zijn 18 netwerken palliatieve zorg vertegenwoordigd, waaronder de drie netwerken Groningen, de vier netwerken Drenthe/Steenwijkerland, de drie netwerken Twente/Salland en de twee netwerken IJssel/Vecht & Noordoost Overijssel.

en Hogeschool Windesheim de onderwijsinstellingen (in het onderwijsknooppunt) en zijn patiënten- en naastenbelangenorganisaties betrokken.

In Friesland zijn veel verschillende partijen actief in de palliatieve zorg en ondersteuning; dit typeert de complexiteit van dit deel van het land. De ziekenhuizen hebben soms een groter werkgebied dan alleen de provincie Friesland.

1.7 Een sterke basis voor implementatie: ons plan sluit aan op de doelen en activiteiten van de Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân

De beweging richting een transformatie palliatieve zorg sluit op een natuurlijke manier aan op de ambities en doelen van de NPZF. De implementatie van het KKPZ staat al jaren centraal in Friesland. De Provinciale Regiegroep¹⁰ is verantwoordelijk voor het goedkeuren van strategische en tactische keuzes en voor de verbinding met de regiotafels. Op basis van een verkenning binnen de regio Friesland publiceerde de Provinciale Regiegroep reeds in 2023 de doelstellingen en de benodigde activiteiten om de ambitie 'Palliatieve zorg voor iedereen overal en altijd beschikbaar' te bereiken. Dit geheel in lijn met de doelen vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) (Figuur 1-8).



Figuur 1-8 Doelen, ambities en voorgenomen activiteiten tijdens 2023-2027 voor de NPZF. *Een vertaalslag van het NPPZ II naar de NPZF.

1.8 De verschillende regio's in Nederland profiteren van elkaars inzichten door de samenwerking met NPPZ II

Friesland stelt als 'regio' een transformatieplan op voor de palliatieve zorg binnen het NPPZ II van Palliatieve Zorg Nederland (PZNL). Hierbij wordt gebruikgemaakt van inzichten uit andere transformatieregio's om onderlinge kennisuitwisseling te bevorderen. Zo leren we bijvoorbeeld in het traject rondom het schrijven van dit transformatieplan van regio Drenthe en Steenwijkerland en regio Mijnstreek, waar reeds transformatieplannen palliatieve zorg zijn ingediend. Het landelijke transformatieteam bij PZNL speelt een coördinerende rol en biedt expertise en producten ter ondersteuning. De ambitie is om in heel Nederland patiënten in de palliatieve fase en hun naasten optimaal te ondersteunen met passende zorg op het juiste moment, door de juiste zorgverleners, met de juiste informatie en financiering.

¹⁰ De Provinciale Regiegroep bestaat uit vertegenwoordigers van de deelnemende NPZF-partijen, Zilveren Kruis, ROS Friesland en Palliatieve Zorg Nederland (PZNL).

H 2 Friesland in 2030: palliatieve zorg als regulier onderdeel van het zorgproces

In het vorige hoofdstuk is 'het waarom' van de transformatie palliatieve zorg beschreven. Dit hoofdstuk beschrijft 'het wat' van het beoogde transmurale zorgsysteem: het samenhangend geheel van afspraken om in Friesland passende palliatieve zorg te bieden aan alle patiënten die dat nodig hebben.

2.1 Werken volgens de kernelementen van het KKPZ: het gedroomde zorgpad

In Friesland is tijdens gezamenlijke sessies gewerkt aan een gedroomd zorgpad, opgebouwd rond de vier kernelementen van het KKPZ. Voor elk kernelement zijn op generalistisch niveau processtappen uitgewerkt, waarbij per stap in kaart is gebracht wie daarbij een rol kan spelen – van patiënt en naaste tot formele en informele zorgverleners, vrijwilligers en andere betrokkenen. Een overzicht van alle partijen en hun mogelijke rollen en taken vind je in de matrix in Bijlage IV.

Het gedroomde zorgpad per kernelement bouwt voort op het **Stappenplan Proactieve Zorgplanning Friesland** (Figuur 2-1) en de ambitie van NPZF: palliatieve zorg als vanzelfsprekend onderdeel binnen de bestaande structuren.



Figuur 2-1 Stappenplan Proactieve Zorgplanning Friesland in samenhang met de vier kernelementen van het KKPZ.

2.2 ‘Markering’ van het laatste levensjaar en ‘Proactieve Zorgplanning’

Voor de *markering* (en signalering vooraf) van het laatste levensjaar en *pzp* binnen het palliatieve zorgpad wordt – conform het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg – voortgebouwd op het bestaande *Stappenplan Proactieve Zorgplanning Friesland*.

Tijdens de transformatieperiode die met dit plan wordt ingezet, werken we verder aan de vervolgstappen: het duurzaam verankeren van deze werkafspraken in de werkwijze van zorg- en hulpverleners, vrijwilligers en informele zorgverleners, evenals binnen de verschillende zorg- en welzijnsinstellingen. Dit houdt in dat iedereen het laatste levensjaar in de palliatieve fase tijdig kan signaleren en, in overleg met de patiënt en naasten, moet markeren. Vervolgens worden de *pzp*-gesprekken gevoerd.

Gesprekken over behandelwensen en -grenzen kunnen uiteraard al eerder in de palliatieve fase hebben plaatsgevonden. In dat geval wordt de markering van de laatste levensmaanden integraal meegenomen in de voortgangsgesprekken. Zorgverleners leggen de uitkomsten van deze gesprekken vast in het gestandaardiseerde *pzp*-formulier, dat we tijdens de transformatieperiode verder transmuraal implementeren¹¹.

2.3 ‘Transmurale Coördinatie en continuïteit van zorg’

Voor *Transmurale coördinatie en continuïteit van zorg* ligt het voor de hand om voort te bouwen op het *Stappenplan Proactieve Zorgplanning*, waarin de overdracht na *pzp* al is uitgewerkt. Voor verdere invulling van dit kernelement zijn er verschillende punten die aandacht verdienen om de effectiviteit en toepassing te optimaliseren.

- **Een ‘vast aanspreekpunt’ per patiënt in de palliatieve fase**

Uit de gezamenlijke bijeenkomsten onder zorgverleners in Friesland kwam de wens naar voren voor een ‘vast aanspreekpunt’ voor patiënten in de palliatieve fase. Zo’n aanspreekpunt is essentieel voor een eenduidige toegang tot transmurale zorgcoördinatie en continuïteit. Per patiënt is er één zorgverlener die fungeert als centraal aanspreekpunt voor alle vragen van patiënten en naasten. Onderzocht moet worden hoe hier invulling aan te geven bijvoorbeeld of dit iemand kan zijn vanuit een huisartsenpraktijk of andere organisatie. Voor deze rol moet in ieder geval een betaaltitel komen. In de ideale situatie is dit vaste aanspreekpunt bovendien verbonden aan één regionaal loket, dat digitaal, telefonisch en fysiek toegankelijk is. Dit loket biedt laagdrempelige ondersteuning en informatie over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van palliatieve zorg.

- **Multidisciplinair overleg**

Veel ongeneeslijk zieke patiënten brengen het grootste deel van hun ziekte thuis door, waarbij ze vaak contact hebben met de huisarts, apotheek en/of (wijk-)verpleegkundige.

¹¹ Zie [Handleiding Proactief Zorgplan Palliatieve Zorg](#).

De begeleiding van deze patiënten en hun naasten kan complex zijn door medische complicaties, psychosociale problemen, het organiseren van zorg, het omgaan met eigen emoties en zingevingsvraagstukken. In de zorgketen bestaat de behoefte aan multidisciplinair palliatief overleg. Hierbij zal gekeken moeten worden naar een structuur die zowel dienend als bewezen effectief is, en waarvoor financiering beschikbaar is.

- **Hechte Wijkverbanden**

In de transformatieperiode werken we in Friesland op het onderdeel 'afspraken op alle niveaus' het voorgenomen toekomstig zorgpad uit tot concrete werkafspraken, met het doel een duurzaam implementatietraject voor heel Friesland vorm te geven. Daarbij wordt aansluiting gezocht bij bestaande initiatieven, zoals het ZonMw-traject Hechte wijkverbanden.

- **Hospicezorg in Friesland**

Tot slot krijgt ook de toekomstbestendige hospicezorg expliciete aandacht. Hierbij draait het zowel om de kwaliteit als de capaciteit. Op verschillende niveaus zijn hiervoor onderzoeken uitgevoerd:

- **Landelijk en regionaal onderzoek**

In opdracht van het NPPZ II voerde Berenschot begin 2024 een [onderzoek](#)¹² uit naar de huidige hospicebeddencapaciteit en ontwikkelde daarbij scenario's voor de toekomstige behoefte. Dit met inzichten op zowel landelijk als regionaal niveau.

- **Bovenregionaal onderzoek**

Naar aanleiding van het rapport van Berenschot is op Ligare-niveau een verdiepend onderzoek uitgevoerd. Dit resulteerde in het rapport '*Capaciteitsonderzoek passende (hospice)zorg*'¹³, gericht op het versterken van passende hospicezorg.

- **Regionaal onderzoek Friesland**

In opdracht van het NPZF is in 2023 het [rapport 'Het hospice: 'De voorpoort naar de hemel''](#)¹⁴ opgesteld door Regionaal ondersteuningsstructuur (ROS) Friesland. Dit rapport geeft een gedetailleerd beeld van de Friese hospicezorg.

Op basis van deze drie rapporten is in Friesland inmiddels een start gemaakt met een Friese actieagenda hospicezorg. Deze vormt het vertrekpunt voor verdere actie, waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van de opgedane inzichten. In de transformatiefase zorgen we voor het optimaal aansluiten bij de uitkomsten uit deze reeds uitgevoerde

¹² Berenschot, versie november 2024. *Versterken Hospicezorg: Onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit.*

¹³ Bureau HHM in opdracht van Consortium Ligare, 2025. *Capaciteitsonderzoek passende (hospice)zorg. Verdiepend onderzoek voor versterken van passende (hospice)zorg.*

¹⁴ ROS Friesland, mei 2023. *Het hospice: 'De voorpoort naar de hemel'. Onderzoek naar hospicezorg in Nederland.*

onderzoeken. Hiernaast is de regio Friesland goed aangehaakt bij het traject 'Versterken Hospicezorg' vanuit NPPZ ii. Tot slot zorgen we voor expliciete aansluiting van de Friese hospices door 1) het uitwerken van de gevolgen op de capaciteit en kwaliteit van de hospicezorg, o.a. middels werkafspraken (zie ook bijlage IV) en 2) via de implementatiecoaches (zie ook H4 voor verdere uitleg), coördinerend voor de hospices en in de regionale samenwerking via de implementatiecoaches per netwerkregio.

- **Apotheekzorg**

De openbare apotheek is doorgaans bereikbaar van acht uur 's ochtends tot half zes 's middags. Buiten deze tijden wordt de apotheek(spoed)zorg overgenomen door de dienstapotheek. Het maken van goede afspraken tussen de openbare apotheek en de lokale dienstapotheek kan veel rust en duidelijkheid brengen voor de patiënt en diens naasten. Daarnaast kan een standaardprotocol Palliatieve Zorg, waarin de minimaal benodigde en bij voorkeur altijd beschikbare medicatie is vastgelegd, bijdragen aan de continuïteit van zorg.

2.4 'Ondersteuning Complexe Casuïstiek'

Voor de 'Ondersteuning Complexe Casuïstiek' zetten we in op de doorontwikkeling van de huidige consultatiefunctie, die we in Friesland hebben.

Binnen de ziekenhuizen in Leeuwarden, Sneek, Heerenveen en Drachten wordt er met palliatieve teams gewerkt: Team Ondersteunende en Palliatieve Zorg (TOPZ) en Palliatief Advies Team (PAT). Deze teams bestaan uit medisch specialisten, verpleegkundig specialisten, gespecialiseerd verpleegkundigen (ziekenhuis en thuiszorg), geestelijk verzorgers en, specialisten ouderengeneeskunde. Palliatieve patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen kunnen bespreken wat hun wensen zijn en welke ondersteuning of zorg nodig is. Indien gewenst kan de consulent palliatieve zorg (in overleg met de huisarts) een huisbezoek brengen.

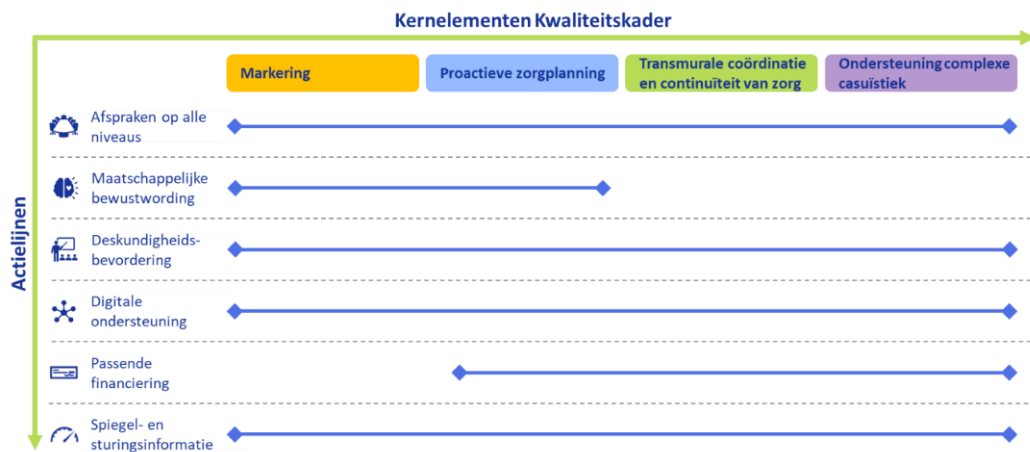
Daarnaast hebben we in Friesland het Palliatief Consultatie Team Fryslân (PCTF), dat een provinciale consultmogelijkheid biedt voor zorgverleners met vragen op palliatief gebied. Het team is (in samenwerking met collega's uit het land) 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor palliatief overleg of advieszaken. Verder bestaat er de Consultatiedienst van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN), waar medici (huisartsen, specialisten), apothekers en paramedici (verloskundigen, psychologen, verpleegkundigen) 24 uur per dag, 7 dagen per week een verslavingsarts kunnen consulteren over hun palliatieve patiënt, cliënt of bewoner.

Kortom, we kennen in Friesland een goede basis voor ondersteuning bij complexe casuïstiek. We zetten ons in om deze verder te ontwikkelen zodat het gebruik van dergelijke diensten in Friesland na de transformatie gemeengoed wordt.

2.5 De zes actielijnen voor het realiseren van goede palliatieve zorg

In het eerdergenoemde NPPZ II hebben landelijke partijen¹⁵ samen vastgesteld dat voor succesvolle implementatie van het KKPZ in een regio **afspraken en investeringen op alle niveaus** nodig zijn. Concreet verwijzen die afspraken en investeringen naar datgene wat zorg- en welzijnsorganisaties gaan doen om anders samen te werken zodat inwoners passende palliatieve zorg ontvangen in het laatste levensjaar.

Naast de actielijn '**afspraken op alle niveaus**', zijn er nog vijf andere actielijnen waarin regionale inspanningen en investeringen nodig zijn om de kernelementen van het KKPZ goed te kunnen realiseren. Het is belangrijk om te benadrukken dat er geen volgorde zit in de actielijnen; de nummering dient uitsluitend ter structurering en overzicht, en niet als prioritering van activiteiten. Een overzicht hiervan is te vinden in Figuur 2-2, met een toelichting op de afzonderlijke actielijnen in de paragrafen erna.



Figuur 2-2 De vier kernelementen van het KKPZ (zie gekleurde blokken bovenin) worden geïmplementeerd via zes actielijnen transformatie.

• Afspraken op alle niveaus: strategisch, tactisch en operationeel

Goede palliatieve zorg is in belangrijke mate afhankelijk van uitstekende coördinatie en communicatie tussen de patiënt, zorg- en welzijnsprofessionals en de informele zorg. Het is belangrijk om afspraken te maken, zodat iedereen de rollen en verantwoordelijkheden kent. Dit zijn in de eerste plaats afspraken op operationeel niveau, maar deze kunnen alleen bekijken als ze op tactisch en bestuurlijk niveau worden onderschreven, geïmplementeerd en geborgd. Afspraken die nodig zijn:

- Welke personen zijn verantwoordelijk voor het markeren van hun patiënten in de palliatieve fase?
- Welke personen kunnen samen met de patiënt en naasten een proactief zorgplan invullen?
- Hoe wordt in de regio bewerkstelligd dat op de juiste plek, de juiste professional of informele zorgverlener beschikbaar is?

¹⁵ Patiëntenfederatie, KNMG, V&VN, ActiZ, Palliactief, Vereniging Netwerken Palliatieve Zorg, Vereniging Palliatieve Zorg Nederland, Expertisecentra Palliatieve Zorg, Landelijk Overleg Consortia Palliatieve Zorg.

- Waar kunnen patiënten en naasten en ook (in)formele zorgverleners terecht met hun vragen?
- Hoe zorgen we ervoor dat ook andere disciplines en domeinen goed zijn betrokken, zoals apothekers, geestelijk verzorgers, medewerkers uit het sociaal domein (bijvoorbeeld welzijnswerkers) of informele zorgverleners (denk bijvoorbeeld aan vrijwilligers of mantelzorgers) en dat er aandacht is voor specifieke patiëntdoelgroepen (bijvoorbeeld laaggeletterden of niet-Nederlandssprekenden)?

Afspraken maken is één ding, weten dat ze bestaan is minstens zo belangrijk – en vormt daarmee de logische volgende stap.

• **Maatschappelijke bewustwording**

Een open gesprek over het levenseinde is essentieel voor goede palliatieve zorg. Het is onze missie om een samenleving te creëren waarin mensen zonder taboes spreken over wat voor hen belangrijk is in deze laatste levensfase. Dit vraagt om bewustwording onder inwoners van Friesland: hoe zorgen we ervoor dat gesprekken over het levenseinde vanzelfsprekend worden? Uitgangspunt is dat inwoners van Friesland zoveel mogelijk zelf regie hebben op de laatste levensfase en het (zorg)proces dat daarbij past en dat zij ook zélf een gesprek kunnen initiëren bij zorgverleners of welzijnswerkers. We zijn ons ervan bewust dat het niet voor iedereen even makkelijk is om te praten over het levenseinde. En als het de wens van de inwoner is om het er niet over te hebben moet ook die worden gerespecteerd.

Regionale bewustwordingscampagnes en lokale publieksbijeenkomsten zijn nodig om inwoners via lokale kanalen aan te moedigen om stil te staan bij hun waarden, wensen en grenzen in de laatste levensfase. De bewustwordingscampagnes zijn gericht op laagdrempelige gespreksvoering over achteruitgang in gezondheid en het naderende levenseinde, het aangaan van het proactieve zorgplanningsgesprek met zorgverleners en welzijnswerkers en de ondersteuningsmogelijkheden in de laatste fase (zoals de inzet van vrijwilligers thuis, een euthanasieverklaring of verblijf in een hospice). De bewustwordingscampagnes richten zich op 'het voor elkaar klaar staan rondom de laatste levensfase' in dorpen, buurten en wijken. Het streven van deze transformatie is de verbinding in de samenleving op dit thema met inwoners, informele zorg en professionele zorg. Hierbij sluiten we met dit transformatieplan aan bij het sociaal domein en de gemeentespecifieke structuren.

• **Deskundigheidsbevordering**

Alle zorg- en welzijnsmedewerkers in Friesland zouden basiskennis over palliatieve zorg moeten hebben. Dit vraagt om continue scholing en bewustwording, met als doel dat zorg- en welzijnsmedewerkers zich voldoende bekwaam voelen en volledig bevoegd zijn. Het is belangrijk om te investeren in kennis- en competentie-ontwikkeling omtrent palliatieve zorg, uitgaande van het KKPZ. Denk aan kennis over signaleren, markeren, de landelijke richtlijn proactieve zorgplanning, de inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners en gespreksvoering over het levenseinde. De bevordering van kennis richt zich op alle ondersteuners en zorgdisciplines: van huishoudelijk medewerkers en welzijnswerkers tot

verzorgenden, verpleegkundigen, huisartsen, apothekers, medisch en verpleegkundig specialisten (of physician assistants), geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers, psychologen en casemanagers dementie. De opgave ten aanzien van kennisontwikkeling op MBO-, HBO- en WO-niveau is breed en daarmee groot. Bij- en nascholing moet eveneens worden ingericht om kennis en vaardigheden te blijven actualiseren alsook om hulp- en zorgverleners te blijven motiveren. Bovendien is het van belang dat palliatieve zorg een structurele plek krijgt in het initieel onderwijs. In de basiscurricula wordt door het ROC en de hogeschool mondjesmaat, soms impliciet, aandacht besteed aan palliatieve zorg en wordt niet voorzien in een doorlopende leerlijn. Palliatieve zorg is nog niet altijd inpasbaar in de basiscurricula. Hier valt veel winst te behalen. Uiteraard bouwen we voort op de bestaande initiatieven en samenwerkingsverbanden in Friesland.

- **Digitale ondersteuning**

Investerings in digitale ondersteuning zijn nodig om (transmurale) gegevensuitwisseling mogelijk te maken. Door noodzakelijke informatie adequaat te ontsluiten voor de betrokken zorgprofessionals kan de zorg beter worden afgestemd op de wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten. Niet alleen moet het proactief zorgplan in te zien zijn, maar de (zorg)professional moet er ook in kunnen werken. Ook moeten afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld de wijze waarop een multi/interdisciplinair overleg, 'warme' overdracht of onderlinge communicatie digitaal wordt ondersteund. Het gesprek over inzagerechten hoort hier vanzelfsprekend bij en vraagt ook gerichte inzet, parallel aan de landelijke discussies rondom wetgeving over dit onderwerp.

De behoefte aan deze vorm van digitale ondersteuning speelt breder in de zorg in Friesland, waarvoor al enkele initiatieven lopen. Uiteraard zoeken wij hierbij afstemming, onder andere via de regionale RSO GERRIT.

- **Passende financiering**

Implementatie van het KKPZ leidt tot meer (passende) zorg eerder in het zorgproces en minder (niet-passende) zorg in de periode vlak voor overlijden (paragraaf 1.3). Bepaalde onderdelen van het gewenste zorgproces zijn nu nog geen onderdeel van de contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hiertoe dienen landelijke afspraken gemaakt te worden met alle zorgverzekeraars om de financiering aan te laten sluiten op de gewenste manier van werken volgens het KKPZ. Dit zijn dan ook landelijke discussies, die vanuit de praktijk in de regio worden gevoed. Daarnaast zijn afspraken met de verzekeraars over situaties waarin mogelijke meer- of minderzorg passend wordt gefinancierd van belang. Denk hierbij aan de afspraak van Zilveren Kruis (preferente zorgverzekeraar van Friesland) om in sommige gevallen geen contractplafond te hanteren of het vergoeden van Palliakit. Tot slot is *gelijkgerichtheid* onder de zorgverzekeraars bij het maken van de contractafspraken essentieel, zodat de transformatie wordt gestimuleerd en gefaciliteerd. Daarbij is het ook wenselijk dat de financiering richting de verschillende zorgverleners transparant is.

- **Spiegel- en stuurinformatie**

Het is cruciaal dat betrokken organisaties, zorgprofessionals, welzijnsmedewerkers en informele zorgverleners ervaringen uitwisselen om van elkaar te kunnen leren. Wat werkt goed, wat niet? Daarom is het belangrijk dat we een structuur van spiegelen en verbeteren inrichten door de hele keten. Om deze reden verzamelen en verspreiden we inzichten over wat wel en niet werkt, gebruikmakend van de data die op dit moment al beschikbaar zijn. Het is daarbij waardevol dat betrokkenen, regionaal én landelijk, ervaringen delen, zodat een landelijk leereffect ontstaat. Dit laatste wordt mede gecoördineerd vanuit het landelijke transformatieteam (NPPZ II) en de daarbij horende landelijke peilingen van het 'Beeld van het land' dat wordt vormgegeven in samenwerking met de landelijke Vereniging van Netwerken Palliatieve Zorg (VNPZ). Samen met het NPPZ-II team 'Meten en monitoren' richten we een meetplan in om stuur- en spiegelinformatie te verzamelen en te kunnen evalueren. Meetplannen zoals deze worden momenteel getoetst in andere regio's die een transformatie palliatieve zorg uitvoeren.

H 3 Wat gaan we concreet doen in Friesland?

De vorige hoofdstukken behandelden het 'waarom?' en het 'wat?'. In dit hoofdstuk gaan we in op de praktische invulling van het KKPZ.

3.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 zijn zes actielijnen beschreven, te weten:

- Afspraken op alle niveaus,
- Maatschappelijke bewustwording,
- Deskundigheidsbevordering,
- Digitale ondersteuning,
- Passende financiering,
- Spiegel- en sturingsinformatie.

Dit zijn randvoorwaarden die aangeven op welke gebieden actie moet worden ondernomen om het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg integraal te implementeren. We gaan dit nu vertalen naar concrete stappen in Friesland. Dit hebben we als volgt gedaan¹⁶:

Doelen: We hebben met regionale zorginhoudelijke experts voor elke actielijn een aantal doelen geformuleerd (in totaal 27).

Producten: Vervolgens hebben we met deze experts per actielijn gekeken welke concrete eindresultaten, c.q. producten, we nodig hebben om deze doelen te realiseren (aantal: 1 tot 3).

Activiteiten: Aansluitend hebben we met dezelfde experts vastgesteld welke activiteiten nodig zijn om deze producten – en daarmee onze doelen – te realiseren (aantal: 1 tot 4).

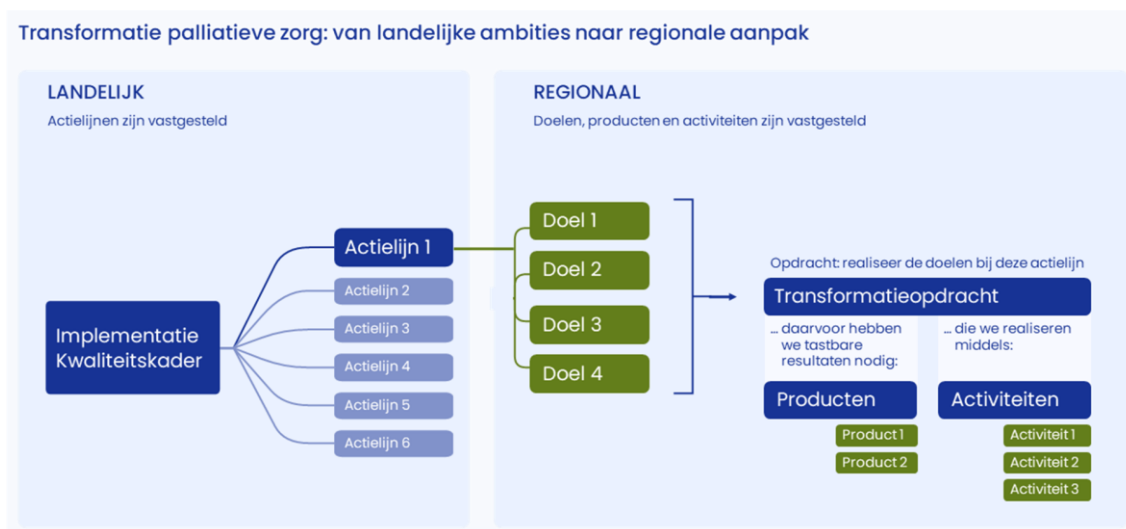
Bij het vaststellen hiervan zijn betrokken zorgorganisaties schriftelijk geconsulteerd.

Met de doelen per actielijn vertalen we de ambities op landelijk niveau naar de regionale context. De producten en activiteiten behorend bij een actielijn noemen we samen een **transformatieopdracht**. Deze transformatieopdrachten zijn te beschouwen als de regionale plannen van aanpak bij de betreffende actielijnen. De betreffende producten en activiteiten zijn zo concreet geformuleerd dat we ze kunnen meten en monitoren.

¹⁶ De doelen per actielijn zijn vastgesteld en gevalideerd in door de Friese zorginhoudelijke experts betrokken bij dit plan en middels schriftelijke consultatie met leden van de Provinciale Regiegroep van NPZF. De daaruit voortvloeiende transformatieopdrachten (producten en activiteiten per actielijn) zijn opgesteld in samenwerking met inhoudelijke experts per actielijn in aparte afspraken ter afstemming en in schriftelijke consultatie met betrokken zorgorganisaties.

Let op: sommige van de geformuleerde doelen zullen naar verwachting niet (volledig) behaald worden binnen de looptijd van deze transformatie. Toch kiezen we ervoor om deze doelen op te nemen in het transformatieplan, om zo onze gezamenlijke ambitie volledig tot uitdrukking te brengen. De producten en activiteiten die per actielijn zijn geformuleerd, zijn indicatief en niet uitputtend. Ze geven richting aan de uitvoering, maar laten ruimte voor aanvulling of bijstelling gedurende de looptijd van de transformatie.

In onderstaande Figuur 3-1 staan de stappen om het landelijk Kwaliteitskader regionaal te implementeren in chronologie weergegeven.



Figuur 3-1 De aanpak gedurende de transformatieperiode biedt ons per actielijn de randvoorwaarden voor het beoogde palliatief zorgsysteem.

In de volgende paragraaf benoemen we voor elke actielijn de geformuleerde doelen, producten en activiteiten.

3.2 Doelen op regionaal niveau

De basis voor de transformatieopdrachten is gelegd in 27 doelen, weergegeven in onderstaande tabel (Tabel 3-1).

Actielijn: Afspraken op alle niveaus

Zodat alle patiënten optimale en passende zorg krijgen in de laatste levensfase

- Doelen:**
1. Er is een eenduidig palliatief zorgsysteem o.b.v. het KKPZ, gedragen door experts & bestuurders
 2. Er is bestuurlijk commitment op de te verwachten zorgverschuiving
 3. Het palliatief zorgsysteem is vertaald naar werkafspraken
 4. De werkafspraken zijn geïmplementeerd op de werkvloer, of daar waar de zorg plaatsvindt

Actielijn: Maatschappelijke bewustwording

Zodat het bespreken van behandelwensen en -grenzen in het laatste levensjaar normaal wordt

- Doelen:**
1. Inwoners weten dat ze het gesprek over de kwaliteit van leven (en bijbehorende behandelwensen en -grenzen) kunnen voeren, ook als ze zelf niet ziek zijn
 2. Inwoners weten waarom deze gesprekken waardevol zijn
 3. Inwoners weten dat ze deze gesprekken zelf kunnen initiëren
 4. Inwoners weten waar ze informatie kunnen vinden over palliatieve zorg
 5. Inwoners weten wat palliatieve zorg inhoudt, en dat het breder is dan terminale zorg

Actielijn: Deskundigheidsbevordering

Zodat zorg- en welzijnsmedewerkers weten wat hun rol is binnen het werken volgens het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg

- Doelen:**
1. Zorgverleners zijn vaardig in het signaleren van de start palliatieve fase en weten hoe te handelen en wie ze kunnen doorverwijzen.
 2. Zorg- en welzijnsmedewerkers weten wat hun rol is bij proactieve zorgplanning
 3. Er zijn voldoende in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners in de regio
 4. Zorgverleners worden structureel bij- of nageschoold op het gebied van PZ
 5. Palliatieve zorg is verankerd in het initiële onderwijs in de regio

Actielijn: Digitale ondersteuning

Zodat transmurale samenwerking eenvoudiger en veiliger wordt

- Doelen:**
1. Er is digitaal inzicht in welke zorgverleners betrokken zijn bij een patiënt
 2. Er is inzicht in onderlinge bereikbaarheid en dit wordt digitaal gefaciliteerd
 3. Patiëntgegevens zijn digitaal eenvoudig te delen
 4. Het multidisciplinair overleg wordt digitaal gefaciliteerd
 5. Er is digitaal inzicht in de bedcapaciteit per zorgorganisatie

Actielijn: Passende financiering

Zodat het werken in lijn met het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg financieel vergoed wordt

Doelen:	1. Hiaten in de bekostiging van passende zorg (pzp, coördinatie, bereikbaarheid, etc.) zijn geïdentificeerd en vinden hun oplossing in structurele financiering. 2. De contractuele afspraken sluiten aan bij de beoogde verandering 3. De contractuele afspraken zijn operationeel uitvoerbaar
Actielijn:	Spiegel- en stuurinformatie <i>Zodat duidelijk is waar verandering slaagt en waar sturing nodig is</i>
Doelen:	1. Er is inzicht in de mate van passende zorg in het zorgproces gedurende het laatste levensjaar 2. Er is inzicht in de mate van potentieel niet-passende zorg in laatste levensmaand 3. Er is inzicht in de beleving van de patiënt, diens naasten en de zorgverlener rondom het zorgproces 4. Er is inzicht in de verwachte zorgverschuiving door (en kosten van zorg in) de palliatieve fase 5. Er is aansluiting op de landelijke voortgangsmonitor met spiegelinformatie tussen regio's.

Tabel 3-1 De doelen per actielijn voor de transformatie palliatieve zorg in Friesland

3.3 Producten en activiteiten voor het realiseren van de doelen

Om tijdens de transformatieperiode de doelen uit Tabel 3-1 te realiseren, hebben we per actielijn producten en activiteiten uitgewerkt. Samen vormen deze producten en activiteiten steeds de transformatieopdracht per actielijn, welke in onderstaand overzicht staan uitgewerkt. Hierbij herhalen we steeds de doelen om zo de relatie tussen de doelen enerzijds en producten en activiteiten anderzijds te kunnen zien. Onder leiding van een projectleider per actielijn gaat de regio tijdens de transformatieperiode aan de hand van deze transformatieopdrachten aan de slag.

3.3.1 Actielijn 'Afspraken op alle niveaus'

Actielijn:	Afspraken op alle niveaus
Doelen:	1 Er is een eenduidig palliatief zorgsysteem o.b.v. het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg, gedragen door experts & bestuurders 2 Er is bestuurlijk commitment op de te verwachten zorgverschuiving 3 Het palliatief zorgsysteem is vertaald naar werkafspraken 4 De werkafspraken zijn geïmplementeerd op de werkvloer, of daar waar de zorg plaatsvindt
Transformatie-opdracht:	Realiseer afspraken op alle niveaus
Producten:	1 Lokale werkafspraken over het beoogd palliatieve zorgsysteem 2 Geïmplementeerde werkafspraken in en tussen organisaties (zorginstellingen, verzekeraars, sociaal- en welzijnsdomein)
Activiteiten:	1 Ontwikkelen afspraken over het 'wat' en 'waarom' onder leiding van een projectleider 'afspraken op alle niveaus' i.s.m. organisaties 2 Implementeren van werkafspraken door bij alle participerende organisaties transformatieaanjagers te faciliteren 3 Periodiek evalueren en herzien van werkafspraken

Tabel 3-2 Uitwerking actielijn 'Afspraken op alle niveaus'.

3.3.2 Actielijn 'Maatschappelijke bewustwording'

Actielijn:	Maatschappelijke bewustwording
Doelen:	1 Inwoners weten dat ze het gesprek over de kwaliteit van leven (en bijbehorende behandelwensen en -grenzen) kunnen voeren, ook als ze zelf niet ziek zijn 2 Inwoners weten waarom deze gesprekken waardevol zijn 3 Inwoners weten dat ze deze gesprekken zelf kunnen initiëren 4 Inwoners weten waar ze informatie kunnen vinden over palliatieve zorg 5 Inwoners weten wat palliatieve zorg inhoudt, en dat het breder is dan terminale zorg
Transformatie-opdracht:	Realiseer maatschappelijke bewustwording
Producten	1 Publieksbijeenkomsten (lokaal) en campagnes (regionaal)
Activiteiten	1 Ontwikkelen communicatieplan t.b.v. bewustwording van alle inwoners (waaronder dus ook vrijwilligers en zorg- en welzijnsmedewerkers in Friesland) 2 Uitvoeren communicatieplan met kernpartners (NPZF) 3 Borgen bewustwordingsactiviteiten

Tabel 3-3 Uitwerking actielijn 'Maatschappelijke bewustwording'.

3.3.3 Actielijn 'Deskundigheidsbevordering'

Actielijn:	Deskundigheidsbevordering
Doelen:	1 Zorgverleners zijn vaardig in het signaleren van de start palliatieve fase en weten hoe te handelen en hoe en naar wie ze kunnen doorverwijzen 2 Zorg- en welzijnsmedewerkers weten wat hun rol is bij proactieve zorgplanning 3 Er zijn voldoende in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners in de regio 4 Zorgverleners worden structureel bij- of nageschoold op het gebied van PZ 5 Palliatieve zorg is verankerd in het initiële onderwijs in de regio
Transformatie-opdracht:	Realiseer deskundigheidsbevordering
Producten:	1 Bij- en nascholing palliatieve zorg van bestaande zorg- en welzijnsverleners op het gebied van pz 2 Structurele inbedding van bij- en nascholing palliatieve zorg binnen en tussen zorgorganisaties ondersteund door het regionale Onderwijsknooppunt PZ
Activiteiten:	1 Ontwikkelen bij- en nascholingsplan 2 Uitvoeren bij- en nascholingsplan 3 Maken van afspraken transmurale bij- en nascholingen binnen en tussen organisaties 4 Ondersteunen van Onderwijsknooppunt PZ

Tabel 3-4 Uitwerking actielijn 'Deskundigheidsbevordering'.

3.3.4 Actielijn 'Digitale ondersteuning'

Actielijn:	Digitale ondersteuning
Doelen:	1 Er is digitaal inzicht in welke zorgverleners betrokken zijn bij een patiënt 2 Er is inzicht in onderlinge bereikbaarheid en dit wordt digitaal gefaciliteerd 3 Patiëntgegevens zijn digitaal eenvoudig te delen 4 Het multidisciplinair overleg (MDO) wordt digitaal gefaciliteerd 5 Er is digitaal inzicht in de bedcapaciteit per zorgorganisatie
Transformatie-opdracht:	Realiseer digitale ondersteuning
Producten:	1 Transmuraal inzicht in dossier & PZP via viewer, op basis van het Friese PZP 2 Betere digitale ondersteuning van het MDO 3 Tweewegcommunicatie tussen zorgverleners
Activiteiten:	1 Ondersteunen van de RSO door middel van een projectleider digitale ondersteuning palliatieve zorg

Tabel 3-5 Uitwerking actielijn 'Digitale ondersteuning'.

3.3.5 Actielijn 'Passende financiering'

Actielijn:	Passende financiering
Doelen:	1 Hiaten in de bekostiging van passende zorg (PZP, coördinatie, bereikbaarheid, etc.) zijn geïdentificeerd en opgelost 2 De contractuele afspraken sluiten aan bij de beoogde verandering 3 De contractuele afspraken zijn operationeel uitvoerbaar
Transformatie-opdracht:	Realiseer passende financiering
Producten:	1 Advies oplossingen hiaten in financiering en bekostiging 2 Notities gelijkgerichtheid zorginkoop in samenspraak met zorgverzekeraars
Activiteiten:	1 Uitvoeren van een onderzoekstraject passende financiering 2 Jaarlijks vaststellen notities gelijkgerichtheid zvv & aanbieders

Tabel 3-6 Uitwerking actielijn 'Passende financiering'.

3.3.6 Actielijn 'Spiegel en sturingsinformatie'

Actielijn:	Spiegel- en stuurinformatie <i>Zodat duidelijk is waar verandering slaagt en waar sturing nodig is</i>
Doelen:	1 Er is inzicht in de mate van passende zorg in het zorgproces gedurende het laatste levensjaar 2 Er is inzicht in de mate van potentieel niet-passende zorg in laatste levensmaand 3 Er is inzicht in de beleving van de patiënt, diens naasten en de zorgverlener rondom het zorgproces 4 Er is inzicht in de verwachte zorgverschuiving door (en kosten van zorg in) de palliatieve fase 5 Er is aansluiting op de landelijke voortgangsmonitor met spiegelinformatie tussen regio's
Transformatie-opdracht:	Realiseer spiegel- en stuurinformatie
Producten:	1 Meetplan en verwerkingsafspraken 2 Dashboard & duidings-cyclus met inzicht in voortgang op KPI's + extra inzichten
Activiteiten:	1 Ontwikkelen meetplan en verwerkingsafspraken 2 Opzetten en ontsluiten dashboard voor betrokken partijen 3 Periodiek vullen dashboard middels data-uitvraag bij organisaties 4 Duiden inzichten i.s.m. alle betrokken organisaties

Tabel 3-7 Uitwerking actielijn 'Spiegel- en stuurinformatie'.

De transformatieopdrachten gedeeld per actielijn zijn opgesomd en gevisualiseerd in Figuur 3-2.

3.4 Overzicht van onze aanpak



Figuur 3-2 De transformatieopdrachten per actielijn.

3.5 Planning

De transformatie naar betere palliatieve zorg verloopt van eind 2024 tot en met 2027 in vier fasen:

1. Voorbereiding (Q4 2024 – Q2 2025)

Het kernteam schrijft samen met zorgorganisaties het transformatieplan.

2. Indienen transformatieplan en opstarten programma (Q3 2025)

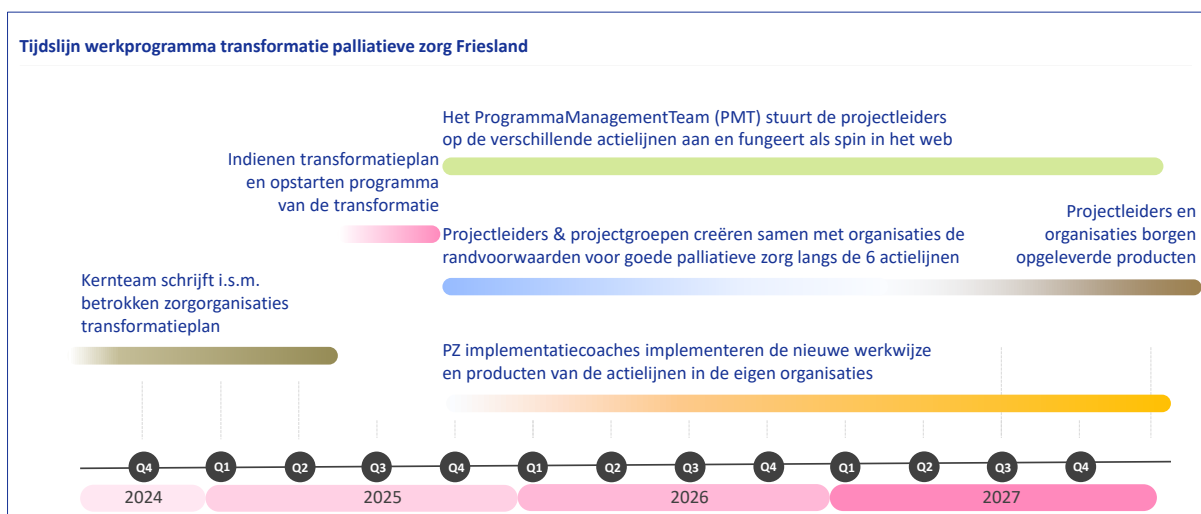
Transformatieplan wordt ingediend en periode van bespreking met zorgverzekeraar volgt. Bij akkoord start het samenstellen van het programmateam.

3. Ontwikkeling (Q4 2025 – Q4 2026)

Projectleiders en projectgroepen ontwikkelen samen met organisaties de randvoorwaarden en producten binnen zes actielijnen. Implementatiecoaches starten met het invoeren van de nieuwe werkwijze binnen en tussen de eigen organisaties.

4. Borging (2027)

Projectleiders en organisaties verankeren de opgeleverde producten en werkwijzen in hun structuren en processen.

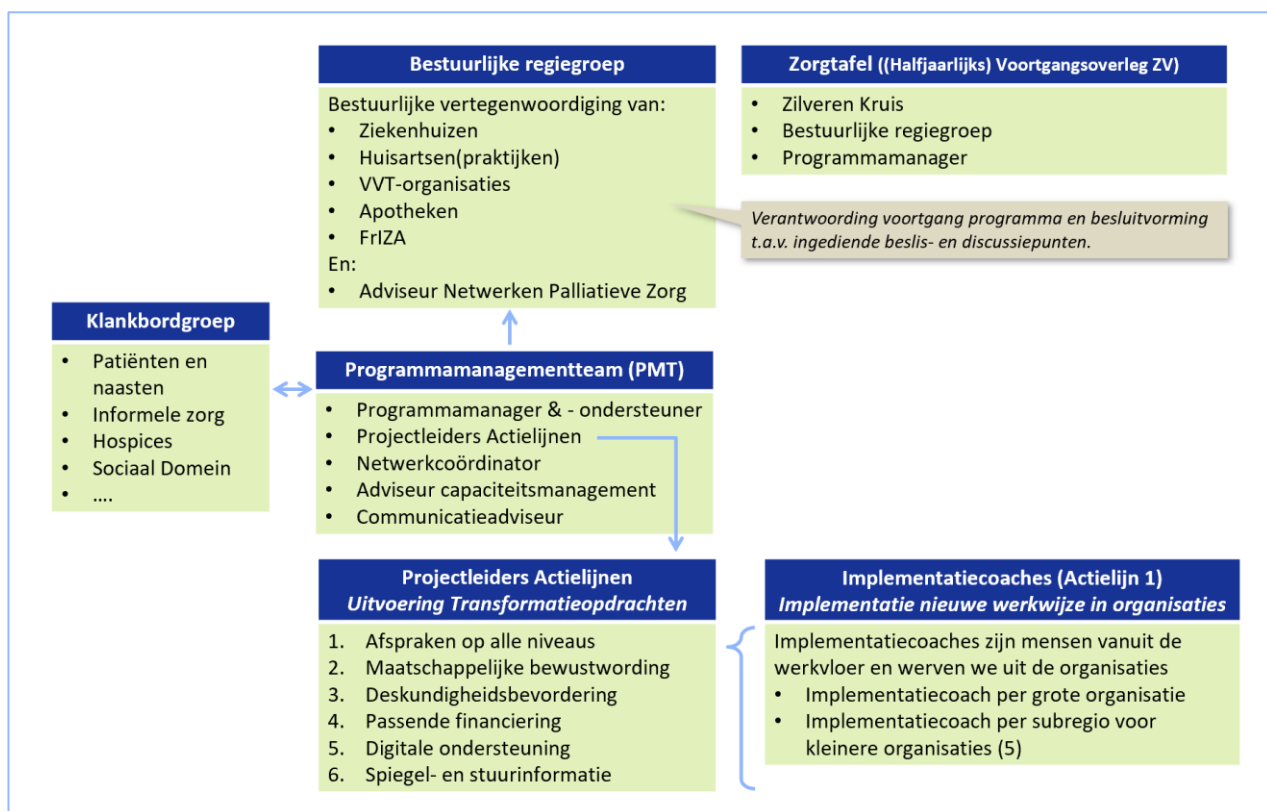


Figuur 3-3 Het werkprogramma van de transformatie palliatieve zorg.

H 4 Programmastructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de programmastructuur die nodig is om de transformatie van palliatieve zorg in Friesland te realiseren. Deze structuur zorgt voor effectieve coördinatie tussen alle betrokken partijen en waarborgt dat de doelen uit de voorgaande hoofdstukken worden behaald.

De voorgenomen programmastructuur staat weergegeven in *Figuur 4-1* en wordt in de volgende paragrafen nader toegelicht. De programmastructuur blijft gedurende de transformatieperiode actief, ten minste tot en met eind 2027.



Figuur 4-1 Programmastructuur transformatie palliatieve zorg in Friesland.

4.1 Programmamanagementteam

4.1.1 Samenstelling

Als opdrachtgever van het transformatieplan zal de bestuurlijke regiegroep een programmamanager aanstellen. Het is de verantwoordelijkheid van de programmamanager om een programmamanagementteam (PMT) te installeren. Het PMT

ondersteunt de transformatie. Zij coördineren, faciliteren en organiseren, ten behoeve van de uitvoering. Het team bestaat uit:

- Programmamanager (geeft het programma vorm, stuurt aan en draagt zorg dat het programma wordt uitgevoerd);
- Programmaondersteuner (secretariële en organisatorische ondersteuning);
- Projectleider 'afspraken op alle niveaus' (coördineert realisatie werkafspraken);
- Projectleiders van de overige vijf actielijnen (zie 4.4.2);
- Netwerkcoördinator (bewaakt verbindingen tussen netwerken en programma);
- Communicatieadviseur (verantwoordelijk voor in- en externe communicatie);
- Financieel adviseur (bewaakt financiële kaders);
- Adviseur capaciteitsmanagement (Adviseert en monitort zorgcapaciteit in de eerste en tweede lijn).

4.1.2 Taken en verantwoordelijkheden

Het PMT vormt de spil binnen een programma en draagt de verantwoordelijkheid voor de algehele aansturing, coördinatie en bewaking van de voortgang van het programma.

1. Strategische aansturing

- Zorgt voor concrete programma- en projectdoelen;
- Stemt de programmastrategie af met opdrachtgever, bestuurlijke regiegroep en andere stakeholders;
- Bewaakt de onderlinge samenhang tussen projecten en thema's binnen het programma.

2. Coördinatie en afstemming

- Coördineert de werkzaamheden van projectleiders binnen de verschillende transformatielijnen;
- Faciliteert samenwerking tussen projectgroepen, zorginstellingen en externe partners;
- Stimuleert kennisdeling en kruisbestuiving tussen de verschillende projecten.

3. Monitoring en rapportage

- Bewaakt de voortgang, kwaliteit en resultaten van het programma op hoofdlijnen;
- Stelt programmatische voortgangsrapportages op voor de bestuurlijke regiegroep;
- Signaleert risico's, knelpunten en afhankelijkheden en stelt mitigerende maatregelen voor.

4. Ondersteuning van projectleiders

- Biedt inhoudelijke en procesmatige ondersteuning aan projectleiders;

- Zorgt voor passende hulpmiddelen en formats (zoals projectplannen, dashboards, evaluatiekaders);
- Verbindt de operationele uitvoering met het strategisch niveau van het programma.

5. Stakeholdermanagement en communicatie

- Onderhoudt contacten met interne en externe stakeholders zoals klankbordgroep, patiëntenvertegenwoordiging, zorgverzekeraar, het consortium Ligare en PZNL;
- Ontwikkelt en coördineert de communicatiestrategie rond het programma;
- Stimuleert draagvlak en betrokkenheid door actieve communicatie en participatie.

6. Budgetbeheer en resourceplanning

- Draagt zorg voor het beheer van het programmabudget;
- Ziet toe op een efficiënte inzet van mensen en middelen over de verschillende projecten heen;
- Rapporteert over besteding en resultaat van de financiële middelen;
- Rapporteert op de gestelde Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI's);
- Houdt toezicht op de gevolgen van de implementatie voor de capaciteit binnen de eerstelijnszorg.

4.2 Bestuurlijke regiegroep

4.2.1 Samenstelling

De bestuurlijke regiegroep bestaat uit de bestuurlijke vertegenwoordiging van:

- Ziekenhuizen,
- Huisartsen,
- VVT-organisaties,
- Apothekers
- FriZA-netwerkteam

En:

- Adviseur Palliatieve Zorg Friesland.

4.2.2 Taken en verantwoordelijkheden

De bestuurlijke regiegroep is verantwoordelijk voor het toezicht op de voortgang van het programma en besluitvorming over voorgelegde beslis- en discussiepunten. Daarnaast beoordeelt de bestuurlijke regiegroep of de vastgestelde KPI's zijn gerealiseerd. Ieder lid van de Bestuurlijke Regiegroep stemt structureel af met de achterban, waarmee in dit verband wordt bedoeld: de sector en/of de organisaties die het betreffende lid binnen de Bestuurlijke Regiegroep vertegenwoordigt. De Bestuurlijke Regiegroep heeft een vertegenwoordigende functie richting deze achterbannen.

Het PMT legt via voortgangsrapportages verantwoording af aan de bestuurlijke regiegroep tijdens de tweemaandelijks vergaderingen. Indien nodig kan deze frequentie worden aangepast. Minimaal eenmaal per jaar evalueren het PMT en de bestuurlijke regiegroep gezamenlijk de programmastructuur, waarbij wordt vastgesteld wat wel en niet werkt.

4.3 Klankbordgroep

De klankbordgroep fungeert als adviserend orgaan binnen het programma. Zij denkt kritisch en constructief mee over inhoudelijke vraagstukken, signaleert knelpunten vanuit de praktijk en toetst de uitvoerbaarheid van voorgenomen plannen. De klankbordgroep vormt daarmee een brug tussen het programmateam en het veld. Inbreng vanuit de klankbordgroep wordt, waar relevant, meegenomen in de besluitvorming door het PMT en de bestuurlijke regiegroep.

Voor invulling van de klankbordgroep kan gedacht worden aan mensen die in de voorbereiding van dit plan hebben deelgenomen aan de inhoudelijke uitwerksessies. Daarnaast is het van belang hier de participatie van patiënten en naasten via consortium Ligare, in samenwerking met Zorgbelang Fryslân te realiseren. Facultatief kunnen vertegenwoordigers van andere partijen aansluiten, bijvoorbeeld vanuit het landelijke NPPZ-programmateam, PZNL, ROS Friesland, of andere Friese stakeholders. De frequentie en wijze van afstemming zal op basis van de input van de eerste periode worden uitgewerkt.

4.4 Projectleiders Actielijnen

4.4.1 *Projectleider & begeleider 'Afspraken op alle niveaus'*

De projectleider 'Afspraken op alle niveaus' is verantwoordelijk voor de totstandkoming en implementatie van de werkafspraken. De projectleider wordt hierin ondersteund door een begeleider. De begeleider 'Afspraken op alle niveaus' coördineert de zorginhoudelijke werkafspraken tussen instellingen, zowel binnen als tussen de Friese subregio's. Hij of zij zorgt voor afstemming tussen implementatiecoaches en bewaakt de aansluiting bij bestaande samenwerkingsafspraken die relevant zijn voor dit transformatieplan.

De projectleider draagt zorg voor de afstemming van deze actielijn binnen het PMT en onderhoudt de verbinding en afstemming op bestuurlijk niveau binnen de Friese zorgorganisaties. Bij het opstellen van de werkafspraken wordt gebruikgemaakt van bestaande inzichten, aangevuld met bevindingen uit interviews en focusgroepen met professionals uit zorgorganisaties én vertegenwoordigers van de informele zorg.

4.4.2 *Projectleiders overige vijf actielijnen*

Parallel aan de projectleider 'afspraken op alle niveaus' worden er ook voor de vijf andere actielijnen projectleiders aangesteld:

- Projectleider Maatschappelijke bewustwording,
- Projectleider Deskundigheidsbevordering,
- Projectleider Passende Financiering,
- Projectleider Digitale Ondersteuning,
- Projectleider Spiegel- en Stuurinformatie.

Elke projectleider stelt een projectgroep samen en begeleidt deze bij het uitvoeren van de activiteiten binnen de transformatieopdracht.

Waar mogelijk wordt aangesloten op bestaande initiatieven in de regio Friesland waaronder:

- [Maatschappelijke bewustwording](#) via NPZF,
- [Scholing en deskundigheidsbevordering](#) via NPZF,
- [Proactieve zorgplanning](#) via NPZF,
- [Patiënten- en naastenparticipatie](#) in samenwerking met Ligare en Zorgbelang Friesland,
- [Toekomstbestendig hospicezorg 2030](#) via Ligare
- [Digitale ondersteuning](#) in samenwerking met RSO Stichting GERRIT,
- [Samenwerking in de zorgketen](#) in samenwerking ROS Friesland en via NPZF,
- [Experts palliatieve zorg](#) aansluiting bij de functies vanuit ziekenhuizen, VVT en huisartsenpraktijken.

De projectgroepen worden ontbonden op het moment dat hun rol erop zit, waarbij de projectleider als aanspreekpunt blijft fungeren.

4.5 Implementatiecoach

De (middel-)grote zorgorganisaties uit Friesland stellen tijdens de transformatieperiode een implementatiecoach palliatieve zorg aan. Deze implementatiecoaches hebben de verantwoordelijkheid om alles dat op Friesland-niveau, maar ook subregionaal binnen het kader van deze Transformatie wordt ontwikkeld door de eigen organisatie te verspreiden en in de transmurale samenwerkingsverbanden te delen. Implementatiecoaches zijn, bij grote voorkeur, werknemers van de eigen organisaties met ervaring op de werkvloer. Deze praktijkkennis en ervaring binnen de eigen organisatie vergroot de effectiviteit van deze personen. In de praktijk zal elke instelling moeten afwegen of ze met de geoormerkte transformatiemiddelen (een) eigen medewerker(s) kunnen vrijspelen en of er aanvullende werknemers aangetrokken moeten worden.

Naast implementatiecoaches per zorgorganisatie, is er ook in de begroting budget opgenomen voor enkele implementatiecoaches die een overstijgende rol vervullen. Zo is een implementatiecoach coördinerend namens de apothekers, en andere coördinerend namens de verschillende hospices, en is per netwerkregio implementatiecoach-capaciteit gebudgetteerd om de subregionale samenwerking binnen de Transformatie te blijven stimuleren en de implementatie binnen de netwerkregio te coördineren.

De implementatiecoaches zijn verantwoordelijk voor het vertalen van de bedoeling en het creëren van vertrouwen, om in te zetten op het vertalen van de nieuwe werkafspraken naar de interne processen, het stimuleren van het werken volgens de nieuwe werkwijze, het inzetten op transmurale samenwerkingen. Daarnaast fungeert de implementatiecoach als de ogen en oren voor het PMT, door signalen vanuit de praktijk op te vangen en belangrijke informatie terug te koppelen. Dit stelt het PMT in staat om beter geïnformeerde beslissingen te nemen en bij te sturen waar nodig.

Grote organisaties stellen elk een implementatiecoach palliatieve zorg aan vanuit de transformatiemiddelen. De grootte van de aanstelling varieert afhankelijk van het formaat en de complexiteit van de organisatie. Grote en middelgrote organisaties stellen elk (een) implementatiecoach(s) aan voor 0.5 tot 2.5 FTE. Voor kleine aanbieders wordt er per subregio een implementatiecoach aangesteld die een groep van organisaties ondersteunt in de transformatie.

Indien in de transformatieperiode blijkt dat een andere vorm de behoefte van partijen beter vervult dan het aanstellen van één of enkele implementatiecoaches, is hier ruimte voor. Belangrijk is in zo'n geval dat de alternatieve vorm wél het doel dient waarvoor we in eerste instantie implementatiecoaches aanstellen. Daarnaast kunnen uit IZA-middelen géén (directe) zorgtaken worden bekostigd.

4.6 De Zorgtafel: Periodiek voortgangsoverleg met Zilveren Kruis en de bestuurlijke regiegroep

Gedurende de transformatieperiode vindt, conform het Nza-verantwoordingskader minimaal halfjaarlijks overleg plaats tussen de zorgverzekeraar Zilveren Kruis, de bestuurlijke regiegroep en de programmamanager. Tijdens deze overleggen wordt de voortgang van de implementatie besproken, alsmede de uitkomsten en effecten. De KPI's vormen een belangrijk element in deze gesprekken, evenals de daaraan gekoppelde afspraken met betrekking tot de uitbetaling van de tranches uit de IZA-gelden.

H 5 Beoogde impact van de transformatie palliatieve zorg in Friesland

De transformatie van de palliatieve zorg in Friesland is erop gericht om de zorg en ondersteuning voor mensen in de laatste levensfase wezenlijk te verbeteren. Niet door enkel nieuwe initiatieven te starten, maar vooral door bestaande werkwijzen met elkaar te verbinden, te versterken en toekomstbestendig te maken.

In dit hoofdstuk beschrijven we welke positieve veranderingen deze transformatie beoogt. We verwachten impact op meerdere niveaus:

- **De beleving en ervaring** van patiënten, naasten en zorg- en hulpverleners
- **De arbeidsmarkt**, door andersoortige inzet van professionals en taakverschuivingen
- **De organisatie van zorg**, via betere samenwerking, afstemming en integratie
- **Het maatschappelijk bewustzijn** over palliatieve zorg en het levenseinde
- **Duurzaamheid**, onder andere door reductie van CO₂-uitstoot, afvalproductie en geneesmiddelenresten

In de volgende paragrafen lichten we de verwachte impact van deze transformatie op de Friese context verder toe.

5.1 Doel: integratie van palliatieve zorg in het reguliere zorgproces

Het streven naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek voor alle patiënten in de palliatieve fase wordt breed gedragen in de gezondheidszorg. Het doel is dat palliatieve zorg een integraal onderdeel wordt van de reguliere zorgpraktijk. De implementatie van het KKPZ geeft hier op concrete wijze invulling aan en sluit naadloos aan bij de ambities van het IZA.

Voor regio's die werken aan de implementatie van het kwaliteitskader is het van groot belang dat deze regionale transformaties niet op zichzelf staan. Ze dienen onderdeel te zijn van een overkoepelende strategische agenda die ook door landelijke partijen wordt onderschreven. Vanuit NPPZ II is het initiatief gekomen om dit –in samenspraak met de landelijke Bestuurlijke regiegroep¹⁷– tot stand te brengen.

¹⁷ Patiëntenfederatie Nld, KNMG, V&VN, ActiZ, Stichting Kind & Ziekenhuis, Integraal Kankercentrum Midden-Nederland, Palliatief, Expertisecentra Palliatieve Zorg, Landelijk Overleg Consortia palliatieve zorg, Vereniging Palliatieve Zorg Nld, Vereniging Netwerken Palliatieve Zorg

5.2 Strategische agenda transformatie palliatieve zorg: Wat willen we bereiken?

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

Deze uitgangspunten uit de strategische agenda leiden tot drie concrete doelstellingen:

- De ervaring van ontvangen steun en zorg sluit optimaal aan bij de wensen en grenzen van patiënten en hun naasten
- Formele en informele zorgverleners ervaren meer rust in het zorgproces doordat ze beter kunnen inspelen op individuele behoeften
- De benodigde capaciteit in de directe patiëntenzorg blijft behouden door betere inzichtelijkheid van wat nodig is

De volgende paragrafen geven een nadere toelichting op de vier uitgangspunten van de strategische agenda transformatie palliatieve zorg.

5.2.1 *Optimale afstemming op wensen en grenzen*

We willen dat iedereen – inwoners, patiënten, hun naasten als ook zorg- en welzijnsprofessionals – gemakkelijker en tijdiger over de dood en het naderende levenseinde kan praten. We willen als deel van deze transformatie het bewustzijn vergroten over mogelijkheden om het gesprek aan te gaan over de wensen- en grenzen, de laatste levensfase en het levenseinde. Hiervoor moeten we nauw samenwerken met alle zorg- en welzijnsorganisaties in Friesland. Door de actieve betrokkenheid van het consortium Ligare, in samenwerking met Zorgbelang Fryslân zorgen we ervoor dat patiënten en naasten daadwerkelijk deelnemen aan het plan en dat hun belangen effectief worden vertegenwoordigd.

5.2.2 *Optimale ervaring en rust bij patiënt en zorgprofessional*

Met de transformatie gaan we gericht aan de slag met het verminderen van administratieve druk en het slimmer organiseren van logistieke zaken, zodat er tijd vrijkomt voor de werkwijze volgens het Kwaliteitskader. Naar verwachting zal dit leiden tot meer rust in het zorgproces, niet alleen voor patiënten en hun naasten, maar ook voor de betrokken vrijwilligers en professionals. Denk hier bijvoorbeeld aan het tegemoet komen aan de wens van de patiënt om thuis te sterven en geen ziekenhuisopname te regelen. Proactieve zorgplanning zal leiden tot meer bewustwording, autonomie en een andere rouwverwerking bij mantelzorgers.

5.2.3 Zoveel mogelijk arbeidsneutraal

De implementatie van het Kwaliteitskader zal naar verwachting leiden tot meer passende palliatieve zorg in het laatste levensjaar. Dit zal zijn effect hebben op de wijkzorg, de huisartsenpraktijk en de nulde lijn. Enerzijds betekent dit een toename in direct patiëntcontact. Anderzijds is het aannemelijk dat er een afname plaatsvindt in acute situaties die direct handelen vereisen. Met name de indirecte tijd neemt dan af, zoals het moeten rondbellen naar een beschikbaar verpleeghuis- of hospicebed, of het lang in de wacht hangen voor ad-hoc intercollegiaal overleg.

Daarnaast kan vroegtijdige betrokkenheid van het sociaal domein verlichting brengen voor de eerste lijn door de versterkte inzet van (vervangende) mantelzorg (getrainde vrijwilligers) en welzijnswerkers. Bovendien verwachten we dat optimalisatie van de inzet van hospicecapaciteit (bovenregionaal en regionaal –zie paragraaf 2.3) bijdraagt aan het verminderen van de overbelasting van de eerste lijn. Om te zien hoe groot het effect kan zijn van een zorgverschuiving op de werkdruk, zie de casus die behandeld wordt in paragraaf 1.4.2.

Tevens is het noodzakelijk om de effectiviteit van de eerstelijns palliatieve zorg te vergroten. Dit doen we via vier oplossingsrichtingen:

- Technologie & hulpmiddelen;
- Optimale personele inzet (bijv. POH-inzet in plaats van huisartsinzet waar mogelijk);
- Verbeterde transmurale samenwerking & coördinatie;
- Gerichte inzet van getrainde vrijwilligers en ondersteuning vanuit het sociaal domein (bijv. welzijnsmedewerkers).
-

5.2.4 Meer passende zorg, minder werkdruk

[Pilots in de Mijnstreek en Oss](#)¹⁸ tonen aan dat vroeger markering van de palliatieve fase en proactieve zorgplanning via het PZP leidt tot een substantiële vermindering van potentieel niet-passende zorg in het laatste levensjaar. Een vermindering – en dus ook van werkdruk – door:

- Minder acute situaties die direct handelen vereisen;
- Afname van ongeplande SEH-bezoeken;
- Vermindering van (spoedeisende) ambulanceritten;
- Minder last-minute ziekenhuisopnames;
- Afname van IC-opnames in de laatste 30 dagen.

Landelijk is eerder becijferd dat de bovengenoemde effecten voor patiënten in *de laatste maand van hun leven* gezamenlijk naar verwachting tot een netto kostenverlaging kunnen leiden⁶. Berekeningen laten zien dat de kostenverlagende effecten van deze transformatie groter zijn dan de kostenverhogende effecten. De mate waarin dit leidt tot daadwerkelijk lagere zorgkosten voor de regio Friesland hangt mede af van externe factoren. In de recent gepubliceerde *Toekomstscenario's Palliatieve Zorg* van het RIVM worden deze

¹⁸ Stichting PZNL, 2022. *Resultaten project TAPA\$: TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende beko\$ting.*

demografische, sociaaleconomische, technologische, ecologische en politieke factoren beschreven. Voor Friesland volgt uit dit rapport onder andere – als gevolg van demografie – een verwachte toename in klinische ligdagen van zo’n 5,5% in 2040 t.o.v. 2023¹⁹. Reëel is om te denken dat de transformatie hoogstens tot een afbuiging van deze toename leidt. Deze afbuiging is gestoeld op de verwachting dat er in de tweede lijn capaciteit vrijkomt n.a.v. de transformatie palliatieve zorg.

5.3 Kwantitatieve onderbouwing

Om een inschatting te kunnen maken van de potentiële zorgverschuiving in Friesland bij volledige implementatie van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg, is in samenwerking met Zilveren Kruis een data-analyse uitgevoerd. Hiervoor zijn declaratiedata gebruikt van personen die in 2022 in Friesland zijn overleden en van wie het overlijden niet onverwacht was.

Binnen deze populatie zijn op basis van palliatieve prestatiecodes²⁰ twee patiëntgroepen te onderscheiden: patiënten die wel 3 maanden voor overlijden palliatieve zorg hadden ontvangen en patiënten die dit niet hebben ontvangen.

5.3.1 Verschuiving tweede lijn

Op basis van de uitgevoerde analyse is de verwachting dat er in deze regio per jaar potentieel 11.100 klinische ligdagen, 1.000 IC-ligdagen en 900 SEH-bezoeken, aan potentieel niet-passende zorg wegvallen wanneer markering, proactieve zorgplanning, transmurale coördinatie en continuïteit en inzet van specifieke expertise breed geïmplementeerd zijn. Deze

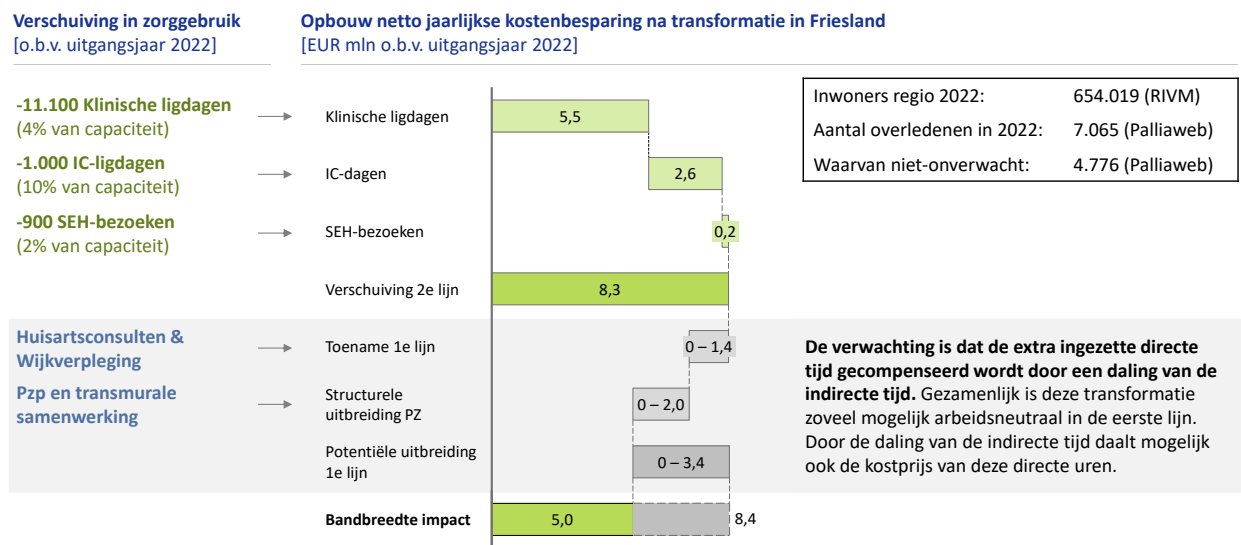
Verwachte jaarlijkse besparingen in Friesland na volledige implementatie in aantallen (en % jaarlijkse capaciteit):

- 11.100 minder klinische ligdagen (4%)
- 1.000 minder IC-ligdagen (10%)
- 900 minder SEH-bezoeken (2%)

¹⁹ Regiobeeld, RIVM, op basis van verwachte procentuele toename in DBC's, zie [link](#).

²⁰ Als basis voor de lijst palliatieve prestatiecodes is de selectie van de studie van Boddaert et al. (2022) gebruikt. Boddaert, M.S. (2022). *Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study*. BMJ Support Palliat Care.

inschatting is op basis van zorggebruik onder mensen in het laatste levensjaar in Friesland (



Tegelijkertijd neemt het arbeidstekort in de zorg- en welzijnssector fors toe: in 2032 wordt een tekort van 5.900 fte verwacht – dat is ruim tweeënhalf keer zoveel als in 2023 en komt neer op 9,4% van het totaal aantal werknemers in de sector.

De groei van de zorgvraag is groter dan de beoogde zorgverschuiving, waardoor de transformatie niet zal leiden tot een directe afbouw van capaciteit in de tweede lijn. Wel ontstaat er ruimte voor effectievere inzet van deze capaciteit. Dit maakt het mogelijk om zo veel mogelijk arbeidsneutraal de toenemende zorgvraag op te vangen en de druk op vacatures te verlagen.

5.3.2 *Verschuiving eerste lijn*

De transformatie van de palliatieve zorg in Friesland leidt naar verwachting tot meer directe tijd in de eerste lijn.

- De verwachte **netto kostenverhoging in de eerste lijn** bedraagt €0 tot €1,4 miljoen.
- Door de structurele uitbreiding van palliatieve zorg en proactieve zorgplanning (PZP) leidt dit tot meer directe zorg aan de patiënt.
- De verwachte **netto kostenverhoging door uitbreiding van PZP en transmurale samenwerking** bedraagt €0 tot €2,0 miljoen.

Een deel van deze tijd wordt nu al besteed, aangezien de implementatie van het Kwaliteitskader en proactieve zorgplanning al langere tijd loopt in Friesland. De transformatie zorgt ervoor dat deze tijd effectiever benut wordt, bijvoorbeeld doordat:

- Het individueel zorgplan ook voor andere zorgverleners inzichtelijk is;
- Specialistische palliatieve zorg (PZ) gerichter worden ingezet, bij de juiste patiëntsituaties.

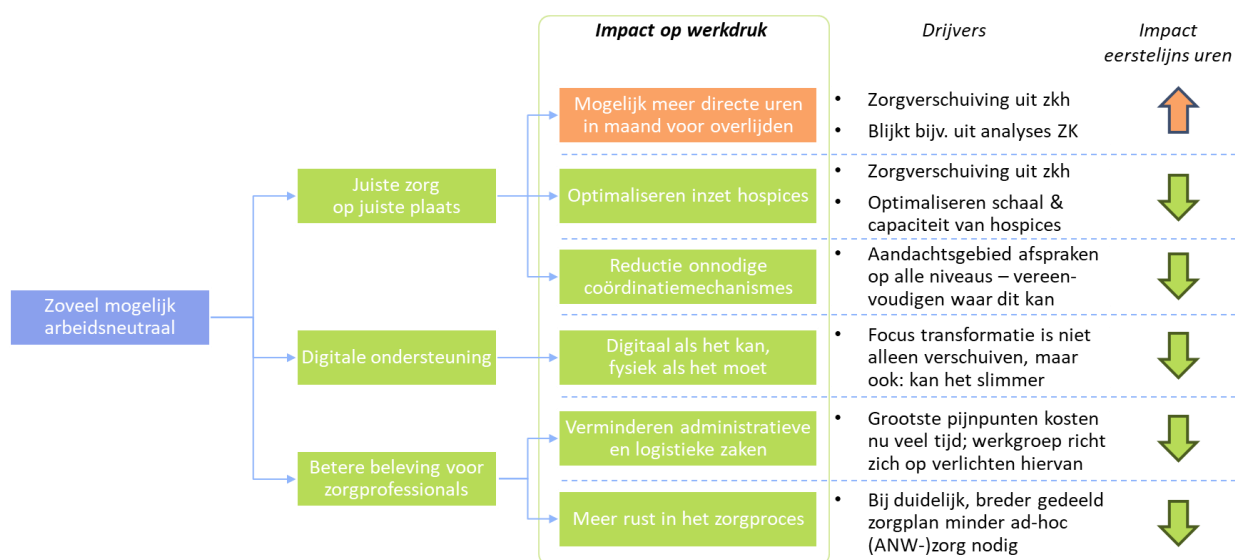
Hoe dit zich in de praktijk precies zal vertalen – en hoe de balans tussen eerste en tweede lijn uitpakt – hangt af van de regionale en subregionale kaders en werkafspraken die in het kader van deze transformatie worden vastgesteld.

Zoals in paragraaf 5.1 beschreven, streven we ernaar de transformatie zoveel als mogelijk arbeidsneutraal in de eerste lijn te realiseren. De verwachting is dat dit mogelijk is door een afname in de benodigde indirecte tijd in de eerste lijn tijdens de palliatieve fase. Met de transformatie palliatieve zorg wordt de druk op de eerste lijn langs drie wegen verlicht:

- 1 **De juiste zorg op de juiste plaats:** werkgroepen gaan onder andere aan de slag met het optimaliseren van de inzet van de hospices en de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers. Deze twee oplossingsrichtingen hebben als resultaat dat eerstelijns zorgverleners efficiënter en effectiever kunnen werken.
- 2 **Digitale ondersteuning:** Het resultaat van de actielijn digitale ondersteuning, slimmer werken met de juiste digitale middelen, bespaart met name in de eerste lijn veel indirecte tijd. Zo zorgt de mogelijkheid om asynchroon met elkaar te communiceren ervoor dat zorgverleners minder in de wacht hoeven te staan om met elkaar af te stemmen.

Momenteel neemt dit bij zorg voor patiënten in de palliatieve fase een groot deel van de bestede tijd per patiënt in beslag.

- 3 **Een betere beleving van de zorgprofessional.** Werken volgens het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg levert meer rust op in het zorgproces: een duidelijk, breder gedeeld zorgplan zorgt voor minder ad-hoc regelwerk en ANW-zorg, en voorkomt daarnaast ongewenste zorg in de eerste lijn. Daarnaast is het uitgangspunt van de transformatie om de administratieve en logistieke zaken te verminderen.



Figuur 5-1 We verwachten dat deze transformatie arbeidsneutraal kan plaatsvinden in de eerste lijn.

Indirecte tijd is niet goed meetbaar. Daarom worden de ervaringen van zorgprofessionals gedurende de transformatie blijvend gemonitord. Er wordt daarvoor aangesloten bij het vanuit het NPPZ II met de (wetenschappelijke) beroepsgroepen afgestemde kader met inhoudelijke indicatoren om de kwaliteit van de palliatieve zorg inzichtelijk te maken [NPPZ II introduceert 17 indicatoren voor de kwaliteit van palliatieve zorg – Palliaweb](#) en [Meten van de kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland – Palliaweb](#).

5.4 (Maatschappelijke) business case

5.4.1 Maatschappelijke baten

De transformatie palliatieve zorg levert meerdere maatschappelijke baten op. Denk hierbij aan:

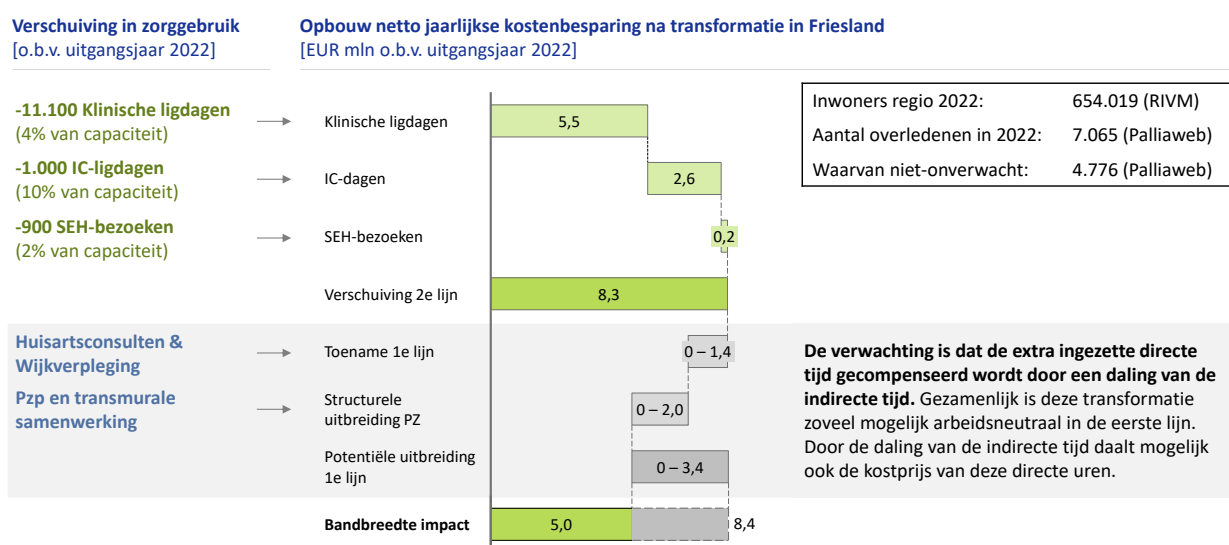
- **Meer bespreekbaarheid van de dood en het levenseinde**, zowel binnen de zorg als in de samenleving;
- **Betere bereikbaarheid en beschikbaarheid** van palliatieve zorg voor iedereen die dit nodig heeft;
- **Verbeterde zorgervaring en hogere kwaliteit van leven** voor patiënten en hun naasten;
- **Grotere tevredenheid en betere werkervaring** voor zorg- en hulpverleners.

Deze effecten dragen gezamenlijk bij aan meer passende zorg voor mensen met een levensverwachting van een jaar of korter.

Hoewel de maatschappelijke baten van de transformatie palliatieve zorg niet altijd in euro's zijn uit te drukken, doen ze qua waarde zeker niet onder voor financiële opbrengsten. De kwalitatieve effecten zijn juist van grote betekenis. Denk bijvoorbeeld aan:

- **Meer patiënten overlijden op de plek van voorkeur**, wat bijdraagt aan waardig sterven;
- **Mantelzorgers ervaren passende rouw**, blijven beter in balans en vallen minder uit op werk;
- **Zorgverleners ervaren meer rust en voldoening** in hun werk, met als gevolg minder werkdruk en minder uitval;
- **Verbeterde nazorg** zorgt bij zowel naasten als zorgverleners voor een betere verwerking van het overlijden.

Naast deze belangrijke immateriële opbrengsten, leidt de transformatie naar verwachting ook tot een jaarlijkse besparing van circa 8,3 miljoen euro aan Zvw-kosten (zie

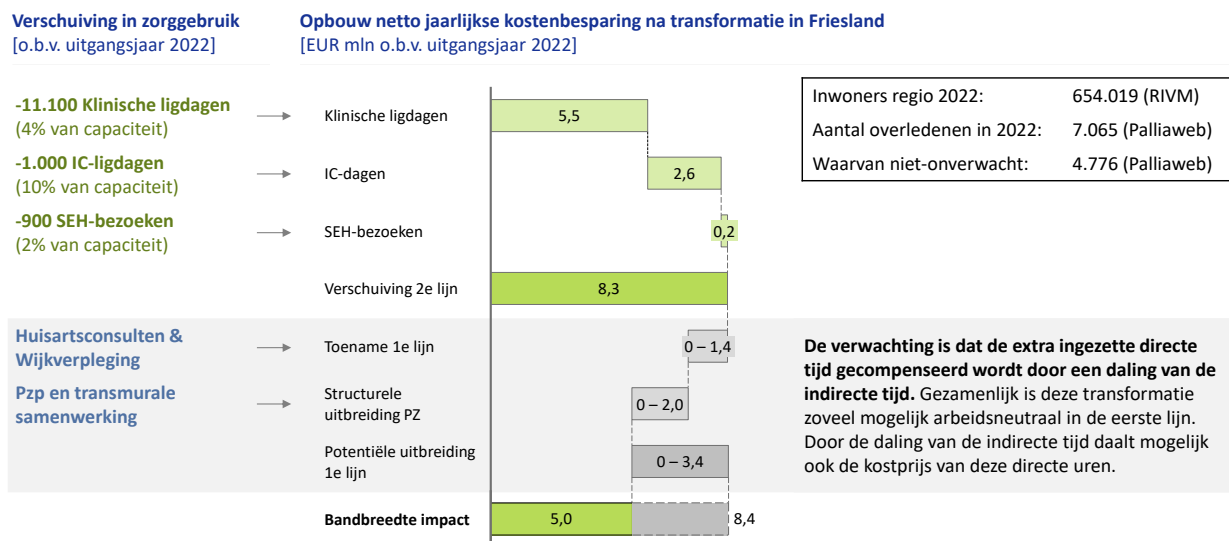


Figuur 5-1 De Impact van transformatie op zorggebruik en -capaciteit.

).

5.4.2 Terugverdientijd en bandbreedte in de businesscase

Voor de businesscase is een bandbreedte (



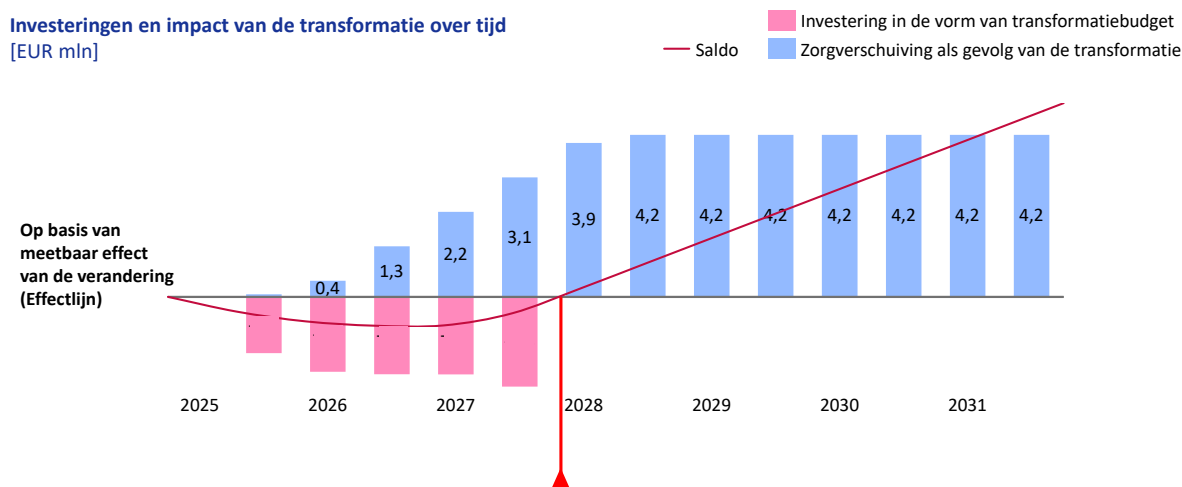
Figuur 5-1 De Impact van transformatie op zorggebruik en -capaciteit.

) opgenomen omdat de berekende kostenstijging in de eerste lijn is gebaseerd op een directe 1-op-1 vertaling van extra zorg naar meerkosten. In de praktijk kan dit anders uitpakken. De verwachting is dat de transformatie onder bepaalde voorwaarden capaciteitsneutraal kan worden doorgevoerd, onder meer door het terugdringen van indirecte tijd en administratieve lasten – minder 'gedoe' in het zorgproces.

Op basis van de verwachte besparingen, is de terugverdiëntijd van de transformatie ingeschat. In Figuur 5-2 zijn:

- de benodigde **investeringen** (in roze) afgezet tegen
- de verwachte **impact** (in lichtblauw).

De rode lijn toont het cumulatieve saldo per jaar, oftewel: de baten minus de investeringen over de tijd. Het moment waarop de rode lijn op nul uitkomt, markeert het break-even punt van de transformatie.



Figuur 5-2 Investerings en impact van de transformatie over tijd (in miljoenen euro's).

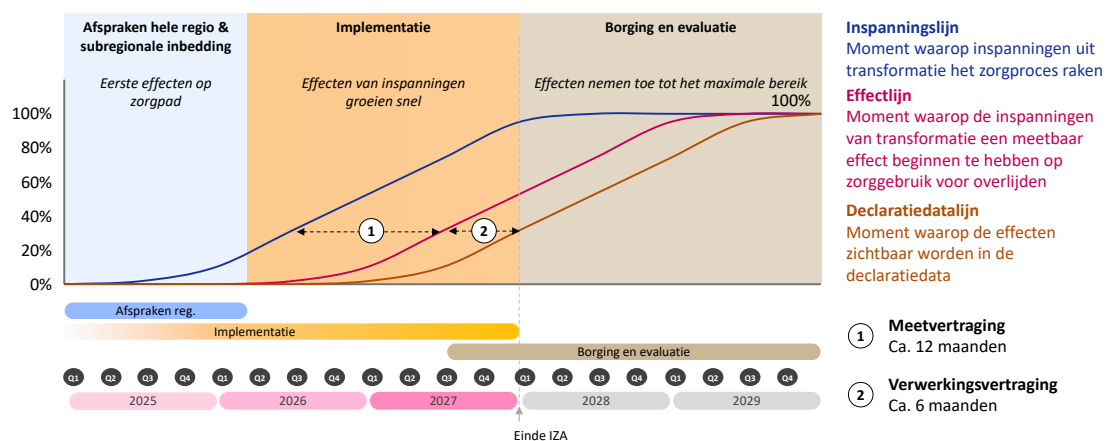
De impactanalyse is uitgevoerd op een analysegroep van personen in hun laatste levensjaar. Hiervoor is gekozen, omdat deze groep bijzonder accuraat in de data kan worden afgebakend, ook voor de metingen in de transformatieperiode. De impact van deze transformatie zal echter breder zijn dan de groep personen in hun laatste levensjaar. Denk hierbij aan patiënten in de palliatieve fase, die langer duurt dan 12 maanden. Ook voor de grote groep kwetsbare ouderen, buiten de palliatieve fase, zijn de ontwikkelingen als gevolg van deze transformatie relevant. Tot slot heeft deze transformatie effect op aanvullende typen zorg, welke nu niet zijn meegenomen in bovenstaande analyse. Zo is de verwachting dat de effecten in de apotheekzorg positief zullen zijn, met name voor patiënten in de palliatieve fase, waarbij verbeterde processen en betere transmurale coördinatie naar verwachting gaan leiden tot reductie van hulpmiddelen- en medicijnverspilling.

In de Figuur 5-2 wordt onderscheid gemaakt tussen:

- de **inspanningslijn** (de daadwerkelijke verandering, zoals het voeren van PZP-gesprekken);
- en de **effectlijn** (het meetbare effect daarvan in het zorgproces).

Er zit een vertraging tussen beide: het effect van bijvoorbeeld een PZP-gesprek wordt doorgaans een jaar later zichtbaar. Op basis van dit alles is de verwachte terugverdientijd zo'n 3 jaar, gerekend vanaf september 2025.

Deel van het maximale effect dat gerealiseerd wordt
[%]



Figuur 5-3 Ingroeien van meetbaar effect: effecten nemen niet lineair toe en zijn pas later meetbaar – resultaatgerichte KPI's zullen we stellen op een fractie van de maximale potentie.

Onderliggende cijfers en berekeningen zijn opgenomen in het meegestuurde Excel "Specificatie begroting, KPI's en BC van transformatie PZ Friesland".

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 van personeel en de regionale herverdeling van zorg.

5.5 Duurzaamheid

De transformatie palliatieve zorg draagt naar verwachting positief bij aan de belangrijkste doelstellingen van de Green Deal Duurzame Zorg, met name:

- **Vermindering van CO₂-uitstoot**
- **Terugdringen van afvalproductie**
- **Reductie van geneesmiddelresten in water**

Een belangrijke bijdrage komt voort uit de verwachte afname van SEH-bezoeken en IC-ligdagen in het laatste levensjaar. Deze afname heeft een aanzienlijk effect, omdat juist de SEH en IC binnen het ziekenhuis een grote ecologische voetafdruk hebben.

Enkele illustraties uit het Erasmus MC:

- Eén dag IC-zorg staat gelijk aan:
 - 2.000 km autorijden
 - Kap van 200 m² bos
 - Verbruik van minstens 15.000 liter water
- Jaarlijks produceert de IC 247.000 kg afval (17 kg per patiënt per dag)

In Friesland brengen patiënten met een verwacht overlijden jaarlijks naar schatting 10.300 dagen door op de IC. De verwachte reductie van 1.000 IC-dagen als gevolg van de transformatie levert naar schatting op jaarbasis op:

- 160.000 kg CO₂-besparing
- 17.000 kg minder afval

Wanneer alleen gekeken wordt naar de laatste 30 levensdagen, gaat het om:

- 128.000 kg CO₂-besparing
- 13.600 kg minder afval

Hoewel de transformatie leidt tot meer reisbewegingen door wijkverpleegkundigen en mogelijk tot extra afval in de eerste lijn, wegen deze effecten niet op tegen de genoemde milieuwinst. Een lichte toename in CO₂-uitstoot door intensiever ICT-gebruik voor gegevensuitwisseling is mogelijk, maar naar verwachting beperkt.

De transformatie biedt ook kansen om medicijnverspilling en watervervuiling te verminderen. Denk aan:

- Minder inzet van dure, niet-passende of preventieve medicatie in de laatste levensfase
- Lopend onderzoek vanuit de academische werkplaats eerste lijn naar afbouw van niet-passende medicatie in samenspraak met huisartsen en apothekers
 - Afspraken over kortere aflevertermijnen gekoppeld aan de markering van de stervensfase. Hierdoor kan de hoeveelheid niet-gebruikte medicatie worden teruggebracht

Deze aanpak draagt bij aan het terugdringen van geneesmiddelresten in het water én onnodig medicijnafval.

H 6 Kritische Prestatie-indicatoren: wat is succesvol en hoe wordt dit gemeten?

Kritische Prestatie-indicatoren (KPI's) zijn meetbare doelen die organisaties en teams helpen om prestaties te monitoren en te meten wanneer succes behaald wordt. Ze helpen bij het bepalen van de voortgang en het nemen van strategische beslissingen.

KPI's zijn voor de transformatie van cruciaal belang. Het biedt ons:

- **Focus:** door organisaties te helpen concentreren op de belangrijkste doelen;
- **Meetbaarheid:** door het mogelijk te maken om de beoogde prestaties objectief te beoordelen;
- **Motivatie:** door aan de hand van duidelijke doelen organisaties en medewerkers te stimuleren om tastbare resultaten te behalen;
- **Sturing:** door inzicht te bieden in waar aanpassingen nodig zijn om doelen te bereiken.

In lijn met de IZA-eisen voor transformatieplannen onderscheiden we twee soorten KPI's, die elk uiteenvallen in twee categorieën:

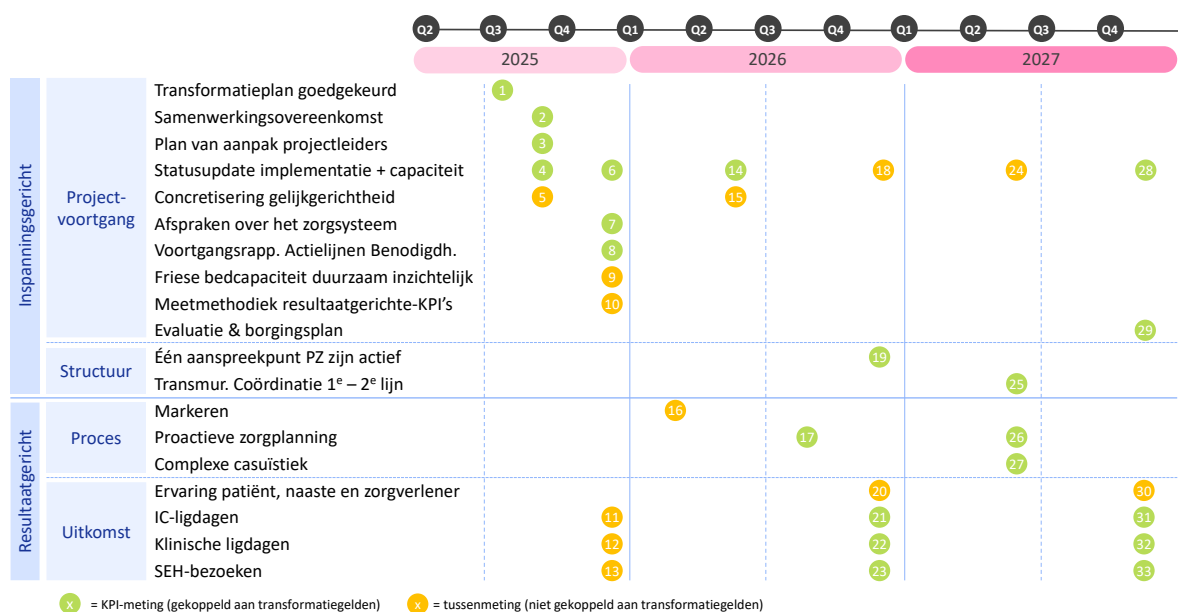
1. **Inspannings-KPI's**, waarbij een verdeling is op
 - a. Projectvoortgang
 - b. Structuur
2. **Resultaatgerichte KPI's**, waarbij een verdeling is op
 - a. Proces
 - b. Inhoud

In Figuur 6-1 zijn de 33 KPI's opgenomen die we hanteren voor de monitoring van de transformatie palliatieve zorg. Op de linker as is onderscheid gemaakt tussen de verschillende typen KPI's en hun subcategorieën.

Zoals eerder toegelicht gebruiken we deze KPI's om de voortgang te meten, te spiegelen en – waar nodig – bij te sturen. Dit spiegel- en stuurproces loopt gedurende de hele transformatieperiode. De voortgang wordt (globaal) halfjaarlijks gemonitord.

De uitbetaling van de aangevraagde transformatiemiddelen (zie H 7) is gekoppeld aan het behalen van een deel van de KPI's. Deze KPI's zijn in Figuur 6-1 aangeduid met een groen nummer. De KPI's met een oranje nummer dienen als tussenmetingen of als aanvullende bron van spiegel- en stuurinformatie.

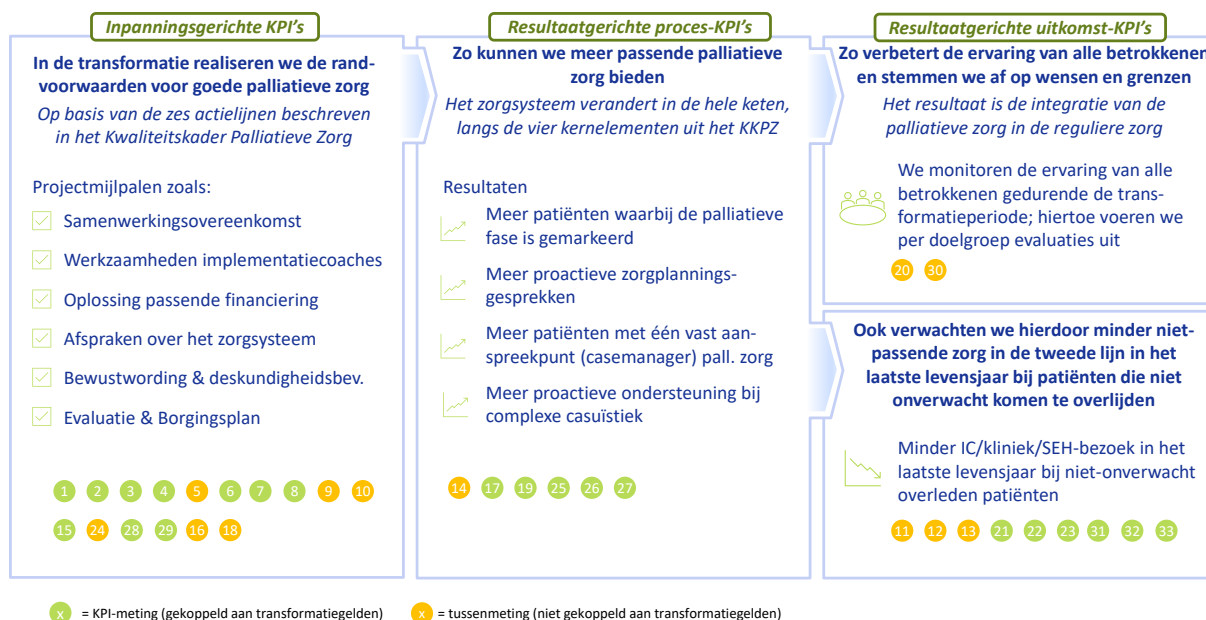
Hoewel Figuur 6-1 een overzicht biedt van de KPI's, is de inhoudelijke beschrijving ervan opgenomen in het bijgevoegde Excel-document: "Specificatie begroting, KPI's en BC van transformatie PZ Friesland".



Figuur 6-1 Overzicht van de 33 KPI's over de looptijd van de transformatie PZ. Uitbetaling van de transformatiemiddelen (aangevraagd budget, zie hoofdstuk 7) is gekoppeld aan het behalen van de KPI's met een groen nummer. Aan de KPI's met oranje nummers zijn geen transformatiegelden gekoppeld.

6.1 Samenhang tussen de transformatie en KPI's

De KPI's voor deze transformatie zijn zo gekozen dat ze de programma-opzet en verwachte resultaten weerspiegelen. Het onderscheid tussen inspanningsgerichte KPI's en resultaatgerichte KPI's komt hierin terug, zie onderstaande Figuur 6-2.



Figuur 6-2 De KPI's uit Figuur 6-1 sluiten aan bij de implementatie van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg en geven ons daar bij spiegel- en stuurinformatie over de voortgang van de transformatie langs de zes actielijnen en de vier kernelementen.

Het programmamanagementteam (PMT) coördineert het meten en monitoren van de inspannings- en resultaatgerichte KPI's. Daarbij is het PMT verantwoordelijk voor rapportages over de voortgang omtrent KPI's aan de bestuurlijke regiegroep (zie ook hoofdstuk 4.2). De bestuurlijke regiegroep stelt, op basis van deze rapportages, vast of en wanneer aan KPI's is voldaan.

6.2 Inspanningsgerichte KPI's

Inspanningsgerichte KPI's²² geven inzicht in de voortgang van de transformatie en de mate waarin randvoorwaarden worden gerealiseerd. Ze zijn van belang om te kunnen volgen of de geplande stappen daadwerkelijk worden gezet en of de benodigde structuur ontstaat om te kunnen werken volgens het KKPZ.

Binnen deze categorie maken we onderscheid tussen twee typen:

- **Projectvoortgang-KPI's**

²² Dit type KPI's staat elders ook bekend als Proces-Prestatie Indicatoren, ofwel PPI's. In dit traject maken we gebruik van de term 'inspanningsgerichte KPI's', in lijn met de randvoorwaarden zoals gesteld door de zorgverzekeraars rondom de IZA-transformatieplannen.

- **Structuur-KPI's**

6.2.1 *Projectvoortgang-KPI's*

Projectvoortgang-KPI's richten zich op het meten van de voortgang van de transformatie zelf. Denk hierbij aan:

- Het schrijven en verkrijgen van goedkeuring voor het transformatieplan
- Het opstellen en ondertekenen van een samenwerkingsovereenkomst tussen de betrokken partijen
- Het opleveren van nieuwe werkafspraken om daadwerkelijk te kunnen werken in lijn met het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg.

Dergelijke KPI's maken inzichtelijk of het veranderproces op koers ligt en waar eventueel bijsturing nodig is.

Naast de voortgang van de transformatie zelf, wordt ook het realiseren van ondersteunende voorwaarden actief gemonitord. Dit betreft onder meer het inrichten van periodieke voortgangsrapportages door de projectleiders per actielijn aan het PMT.

Andere voorbeelden zijn:

- het duurzaam inzichtelijk maken van beschikbare bedcapaciteit voor patiënten in de palliatieve fase per betrokken instelling;
- het ontwikkelen van een meetmethodiek voor resultaatgerichte KPI's;
- en het opstellen van regiobrede financiële kaders in samenwerking met zorgverzekeraars.

Passende bekostiging van de nieuwe werkwijze is immers een essentiële randvoorwaarde voor duurzame inbedding van de transformatie in de zorgpraktijk. Tot slot wordt ook het afronden van de evaluatie van de transformatie als een belangrijke projectvoortgang-KPI beschouwd. Deze evaluatie geeft richting aan de benodigde vervolgstappen voor structurele borging.

6.2.2 *Structuur-KPI's*

Structuur-KPI's meten in hoeverre de organisatorische voorwaarden zijn ingericht om palliatieve zorg structureel en volgens de kwaliteitsstandaarden te kunnen leveren.

Een belangrijk voorbeeld hiervan is het realiseren van vaste aanspreekpunten voor patiënten in de palliatieve fase. Deze aanspreekpunten zijn essentieel voor het verbeteren van de toegankelijkheid en samenhang in de zorg. Eind 2026 wordt beoordeeld in hoeverre deze functie daadwerkelijk is ingebed in het zorgproces. Via een steekproef wordt dan onderzocht of het bereik van de aanspreekpunten is vergroot –zowel in de eerste- als tweedelijnszorg- en of hun rol inhoudelijk is uitgebreid richting patiënten, naasten en zorgverleners.

Deze structuur-KPI's geven daarmee niet alleen zicht op organisatorisch vlak van de transformatie, maar ook in het potentieel om op termijn de gewenste resultaten in de zorgervaring en -uitkomsten te behalen.

6.3 Resultaatgerichte KPI's

Binnen de resultaatgerichte-KPI's maken we onderscheid tussen proces-KPI's, die veranderingen in het aangepaste zorgproces meten, en uitkomst-KPI's, die de meetbare resultaten van de transformatie in beeld brengen.

De projectgroep spiegel- en stuurinformatie werkt de meetmethodiek voor deze kwantitatieve KPI's uit en is verantwoordelijk voor het verzamelen van de hiervoor benodigde informatie tijdens de transformatie (zie ook hoofdstuk H 3).

6.3.1 *Proces-KPI's*

Onze ambitie is dat in Friesland, als resultaat van deze transformatie, bij alle patiënten die in aanmerking komen voor palliatieve zorg tijdige markering en proactieve zorgplanning plaatsvindt in het jaar voorafgaand aan overlijden – voor zover dit redelijkerwijs mogelijk is. Om de voortgang te stimuleren, koppelen we deze ambitie aan streefpercentages.

Het percentage gemarkeerde patiënten onder de niet-onverwacht overledenen wordt vastgesteld op basis van registraties in het HIS of ziekenhuis-EPD. Op dit moment is echter nog onzeker of deze indicatoren volledig via EPD- of ECD-registraties te meten zijn, of dat aanvullende methoden zoals vragenlijsten of steekproeven nodig zullen zijn. Aangezien (nog) niet alle EPD's en ECD's beschikken over een module voor palliatieve zorg, is aan deze KPI's geen uitbetaling gekoppeld.

We monitoren daarnaast of het aandeel niet-onverwacht overleden patiënten met een individueel zorgplan – als resultaat van proactieve zorgplanningsgesprekken – gedurende de transformatiejaren toeneemt.

Tijdige ondersteuning bij complexe casuïstiek is essentieel voor passende palliatieve zorg voor een deel van de doelgroep. Hoewel ad-hoc inzet mogelijk blijft, verwachten we dat vroegtijdige betrokkenheid van palliatieve zorgexperts rust in het zorgproces brengt. Ook hiervoor is een KPI opgenomen.

6.3.2 *Uitkomstgerichte KPI's*

Onze belangrijkste uitkomstmaat is de verbetering van de ervaring van patiënten, naasten en zorgverleners. Bij het opstellen van het meetplan wordt definitief vastgesteld hoe we deze ervaring gedurende de transformatie zullen volgen. Omdat we hier vooraf geen SMART-doelstelling aan kunnen koppelen, zijn deze KPI's niet verbonden aan een financiële uitbetaling.

Wel committeren we ons aan een meting van tevredenheid onder zowel patiënten en naasten als zorgverleners in 2027. Deze meting zal inzicht geven in de mate waarin we zijn

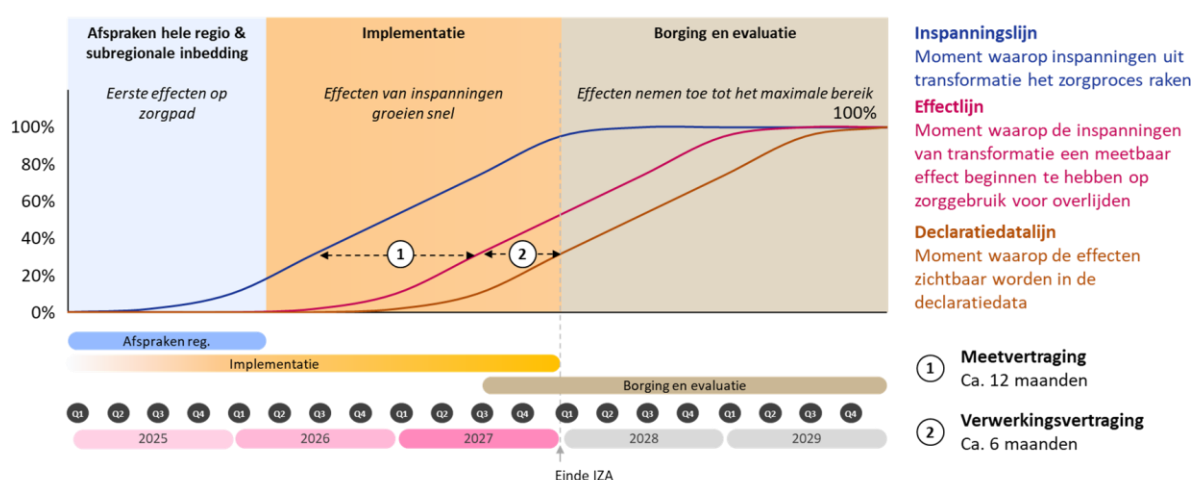
geslaagd in het realiseren van de beoogde verbeteringen. In samenwerking met de patiënten- en naastenraad verkennen we:

- De mogelijkheden voor het gebruik van patiëntgerapporteerde uitkomstmaten (zoals de PROM Utrecht Symptoom Dagboek – vierdimensioneel), die al in gebruik zijn bij delen van de wijkteams, ziekenhuizen en hospices (en mogelijk ook binnen PaTz-groepen);
- De inzetbaarheid van kwalitatief observationeel onderzoek (zoals ‘fly on the wall’-benaderingen).

We verwachten dat de implementatie van het Kwaliteitskader leidt tot aantoonbaar minder niet-passende zorg, met name in de laatste 90 dagen voor overlijden. Landelijk onderzoek laat zien dat deze kwaliteitswinst meetbaar is via zorggebruikindicatoren zoals geformuleerd door Earle et al.

De KPI's in dit transformatieplan vormen directe drijvers van de maatschappelijke businesscase, zoals beschreven in hoofdstuk H 5. Daarbij gaat het onder andere om het aantal klinische ligdagen, IC-opnames en SEH-bezoeken in de laatste 90 dagen voor overlijden.

Deel van het maximale effect dat gerealiseerd wordt
[%]



Figuur 6-3 Samenhang tussen de verrichte inspanning tijdens de transformatie (interventie) en het kunnen meten van de effecten van deze inspanning in het geassocieerde zorggebruik (inzicht in het deel van de inspanning waarvan het effect (%) al gemeten kan worden).

De streefwaarden die zijn opgenomen in de uitkomstgerichte KPI's zijn gebaseerd op de verwachte impact van de transformatie en het moment waarop deze impact meetbaar wordt. In Figuur 6-3 is dit visueel weergegeven met drie gekleurde lijnen. Omdat goede palliatieve zorg al ruim voor het overlijden begint – binnen dit plan met name in de laatste 12 levensmaanden – treedt het meetbare effect van de inspanningen pas op ná het overlijden op. Dit betekent dat de volledige impact van de transformatie pas zichtbaar wordt wanneer het gehele zorgtraject is doorlopen.

De waarden voor de uitkomst-KPI's in het derde kwartaal van 2027 zijn daarom vastgesteld op het niveau van de roze effectlijn. Om de voortgang van de onderliggende inspanningen al eerder te kunnen volgen, wordt de KPI "PZP" (KPI 18 en 27) tussentijds gemeten via steekproeven onder huisartsenpraktijken. Deze meting geeft zicht op de realisatie van de blauwe inspanningslijn.

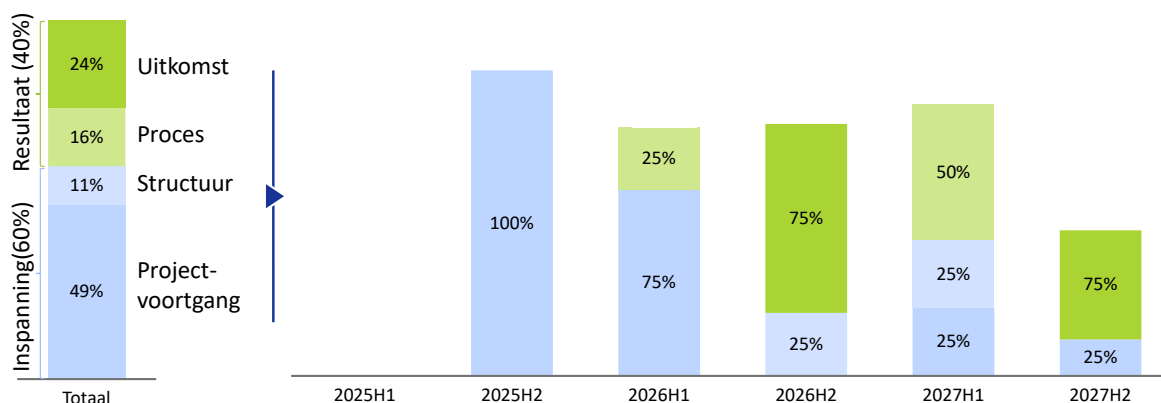
De gestelde streefwaarden zijn gebaseerd op de aanname van stabiele externe omstandigheden. De projectgroep Spiegel- en Stuurinformatie monitort daarom niet alleen de uitkomstgerichte KPI's, maar ook de onderliggende drijvers. Indien bijvoorbeeld het aantal niet-onverwacht overleden patiënten significant verandert, worden de streefwaarden daarop aangepast, in overleg met de betrokken zorgverzekeraar.

6.4 Samenhang tussen verschillende soorten KPI's en budgetaanvraag

Figuur 6-4 een overzicht van de samenhang tussen de hierboven beschreven soorten KPI's en de aan deze KPI's gekoppelde budgetaanvraag.²³ 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 Friesland" staan alle KPI's afzonderlijk gedetailleerd, inclusief het daaraan gekoppelde bedrag.

Aan KPI's gekoppelde budgetaanvraag – naar soort KPI
[EUR x 1.000]



Figuur 6-4 Samenhang tussen soorten KPI's en wanneer het daaraan gekoppeld transformatiebudget over tijd bij het behalen van de KPI beschikbaar komt

NB: In figuur 6-4 is rekening gehouden met het vooraf uitkeren van 50% van de transformatiemiddelen per KPI. Hiermee delen de zorginstellingen en de zorgverzekeraar het voorfinancieren per KPI. De gesommeerde totaalbedragen per jaar in figuur 6-4 wijken om deze reden iets af van de totalen per jaar in tabel 7-1 in hoofdstuk 7.

²³ 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 bestuurlijke regiegroep, in samenspraak met de marktleidende verzekeraars, eventueel worden bijgesteld.

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

Voor een succesvolle transformatie van de palliatieve zorg zijn financiële middelen nodig om zowel personele inzet als materiële kosten te dekken. Hoewel er al regionale en landelijke ondersteuning beschikbaar is voor het werken volgens het KKPZ zijn aanvullende IZA-middelen essentieel om de transformatie volledig uit te voeren, op te schalen en te versnellen.

In dit hoofdstuk geven we inzicht in de benodigde middelen en de gevraagde bijdrage vanuit het IZA-transformatiefonds. We bespreken eerst de uitgangspunten van de begroting en lichten vervolgens de begroting zelf toe. Tot slot komen het financieel beheer en de wijze van verantwoording aan bod.

7.1 Begroting

Onderstaande Tabel 7-1 en Tabel 7-2 geven een overzicht van de begroting voor het transformatieplan Palliatieve Zorg in Friesland. De gedetailleerde begroting en toelichting zijn opgenomen in het bijgevoegde Excel "Specificatie begroting, KPI's en BC van Transformatie PZ Friesland".

Actielijn	2025	2026	2027	Totaal
Programmamanagement				
Afspraken op alle niveaus				
Maatschappelijke bewustwording				
Deskundigheidsbevordering				
Digitale ondersteuning				
Passende financiering				
Spiegel- en sturingsinformatie				
Totaal				

Tabel 7-1 Begroting verdeeld over verschillende actielijnen naar jaar (in euro x 1.000).

Actielijn	Externe inhuur personeel	Interne personeelskosten	Vacatiegelden	Materieel - Ext. - Materialen	Materieel - Ext. - Opleidingskosten	Materieel - Int. - Materialen	Totaal
Programmamanagement							
Afspraken op alle niveaus							
Maatschappelijke bewustwording							
Deskundigheidsbevordering							
Digitale ondersteuning							
Passende financiering							
Spiegel- en sturingsinformatie							
Totaal transformatieplan PZ							

Tabel 7-2 Begroting verdeeld over de verschillende actielijnen en kostensoorten (in euro x 1.000).

7.2 Uitgangspunten begroting

De begroting is gebaseerd op de benodigde middelen voor het uitvoeren en het managen van de opdrachten per actielijn zoals omschreven in de gedetailleerde transformatieopdrachten in Bijlage V. Bij het opstellen van de begroting is een aantal uitgangspunten gehanteerd:

- De kosten per programmaonderdeel zijn ingeschat op basis van kosten projectleiders en PZ-implementatiecoaches, vacatiegelden voor deelneming van zorg- of welzijnspersoneel en materiële kosten (bijv. voor zaalhuur voor bijeenkomsten).
- 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 regulier al worden uitgevoerd door bestaand personeel zijn niet ingeschat en niet opgenomen in de begroting.
- Indien er in de praktijk andere invulling beter aan lijkt te sluiten op de behoeften om de KPI's te behalen, bestaat de ruimte om af te wijken van de voorgestelde personele inzet volgens 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 bestuurlijke regiegroep.
- De uitbetaling is gekoppeld aan het behalen van 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 uitbetalingsmoment dat deze KPI wel behaald is²⁴. In afstemming met de verzekeraar wordt per KPI bekeken of er – indien behaald – sneller kan worden uitbetaald dan halfjaarlijks.

7.3 Financieel beheer en de verantwoording

De vergoeding voor de inzet van het PMT, vergoedingen voor werksessies en materiële kosten verlopen via de kassier (Dokterszorg Friesland).

De financiering voor de inzet van implementatiecoaches wordt – waar mogelijk – rechtstreeks door Zilveren Kruis geregeld met de zorgorganisaties die deze inzet leveren. Indien een zorgorganisatie niet over een AGB-code beschikt, verloopt ook deze vergoeding via Dokterszorg Friesland. Voor de genoemde personele kosten is btw opgenomen. Alle afspraken hierover worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst.

Het PMT levert ieder halfjaar een geactualiseerd overzicht van de begroting en realisatie aan. Op basis van deze overzichten, en met input van de tussenmetingen door de projectgroepen, bewaakt het PMT de voortgang. Zij signaleert en adresseert eventuele risico's of knelpunten, stuurt zo nodig bij en beoordeelt voorgenomen inzet van zorgaanbieders. Ook bewaakt het PMT de naleving van de begroting.

In het bijgeleverde Excel overzicht "Specificatie begroting, KPI's en BC van Transformatie PZ Friesland" is een uitbetalingsschema opgesteld naar instelling.

²⁴ Waarbij de maximale looptijd van de IZA-afspraken niet kan worden overschreden.

H 8 Aanpak borging

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe we de resultaten van de transformatie palliatieve zorg duurzaam verankeren in de Friese reguliere zorg. Want veranderen is één ding; de verbeteringen vasthouden is minstens zo uitdagend.

8.1 Waarom borging cruciaal is

De transformatie palliatieve zorg vraagt om significante aanpassingen in:

- Dagelijkse werkprocessen van zorgprofessionals;
- Samenwerking tussen organisaties;
- Denk- en werkwijzen rond palliatieve zorg.

Zonder goede borging bestaat het risico dat:

- Professionals en teams terugvallen in oude gewoontes;
- Nieuwe werkwijzen verwateren;
- Samenwerkingsverbanden verzwakken;
- ...en dus de beoogde kwaliteitsverbetering niet wordt vastgehouden.

8.2 Borgingsprincipes

Borgingsprincipes (Tabel 8-1) vormen de basis voor een duurzame verankering van de nieuwe werkwijze in de praktijk. Ze geven richting aan hoe borging wordt aangepakt en waar we bij de uitvoering steeds op terugvallen.

Thema	Principe
1 Integratie bestaande processen	De nieuwe werkwijze, visie en systemen worden onderdeel van het dagelijks werken binnen de organisatie (volgens de PDCA-cyclus). Ze komen dus niet naast de bestaande praktijk te staan, maar vervangen waar nodig oude werkwijzen. Vernieuwen betekent ook: durven loslaten wat niet meer past.
2 Een helder "Waarom?"	Medewerkers moeten begrijpen waarom deze veranderingen belangrijk zijn, zodat ze zich eraan blijven committeren.
3 Structurele communicatie over vorderingen	Regelmatige updates en transparantie over behaalde resultaten en knelpunten.
4 Eigenaarschap en sleutelfiguren	Specifieke personen krijgen verantwoordelijkheid voor het bewaken en stimuleren van de borging.

5	Periodieke opfrisacties en evaluaties	Door middel van werkbeprekingen, functionerings-gesprekken en ludieke opfrisacties blijft de verandering levendig.
6	Vier successen en deel leerervaringen	Successen worden gevierd en gedeeld om motivatie en betrokkenheid hoog te houden
7	Capaciteitsinzicht en -sturing	Zonder inzicht in bedbezetting, beschikbare bedden en personele capaciteit blijft transformatie beperkt. Borging vereist een real-time capaciteitsdashboard dat zorgaanbieders helpt bij triage en doorstroom. We sluiten daarbij aan op de initiatieven die reeds lopen in Friesland.

Tabel 8-1 Borgingsprincipes.

8.3 Borgingsacties

Acties die worden ondernomen om de borging te versterken worden hieronder benoemd (Tabel 8-2 Borgingsacties.).

Thema	Actie
1 Feedback stimuleren en organiseren	Regelmatische feedbackmomenten zorgen ervoor dat discrepanties tijdig worden aangepakt.
2 Rondgangen en patiëntenparticipatie	Professionele en bestuurlijke rondgangen, gecombineerd met structurele betrokkenheid van patiënten en naasten.
3 Lessen verzamelen en delen	Vanaf de start van de transformatie worden leerervaringen vastgelegd en gedeeld.
4 Samenwerkingsafspraken vastleggen	Afspraken worden duurzaam verankerd en toegepast om autonomie en vertrouwen van patiënten en naasten te bevorderen.
5 Digitale gegevensuitwisseling	Structurele oplossingen voor veilige en efficiënte gegevensdeling tussen zorgverleners.
6 Regionale structuren versterken	De netwerken palliatieve zorg blijven leidend in het faciliteren en verbeteren van samenwerking.
7 Uitkomstmetingen routinematig toepassen	Gebruik van door de patiënt gerapporteerde uitkomsten en zorgverlenersevaluaties als standaard meetinstrumenten.
8 Passende financiering waarborgen	Structurele financiering voor de kernelementen van het kwaliteitskader.
9 Capaciteitsoverzichten ontwikkelen en delen	Actuele capaciteitsgegevens per regio worden in kaart gebracht en gedeeld via een centraal dashboard, zodat uitstroom en instroom optimaal worden geregeld. Onderzocht zal worden op welke manier dit kan aansluiten op bestaande initiatieven.

Thema	Actie
10 Borging labelloze bedden	De transitie naar labelloze palliatieve bedden wordt actief gemonitord. Er wordt periodiek geëvalueerd of de verdeling van bedden nog aansluit bij de zorgvraag.

Tabel 8-2 Borgingsacties.

8.4 Verantwoordelijkheden

Voor een succesvolle borging is het van belang dat de verantwoordelijkheden op alle niveaus helder zijn belegd. Elke betrokken partij speelt hierin een eigen rol, afgestemd op zijn of haar positie binnen de samenwerking.

- **Op strategisch niveau** nemen bestuurders verantwoordelijkheid voor het formaliseren en ondersteunen van de nieuwe werkwijze. Zij zorgen voor bestuurlijke inbedding, maken middelen vrij waar nodig en dragen het belang van de verandering actief uit.
- **Op tactisch niveau** zorgen leidinggevenden en teamcoördinatoren voor vertaling van de afspraken naar het teamniveau. Zij monitoren de implementatie, stimuleren leren en verbeteren, en bewaken de aansluiting op bestaande werkprocessen.
- **Op operationeel niveau** zijn zorgverleners verantwoordelijk voor het toepassen van de werkafspraken in de dagelijkse praktijk. Zij signaleren wat goed werkt en waar knelpunten ontstaan, en leveren input voor bijstelling en doorontwikkeling.

Een belangrijke rol binnen het programma is de implementatiecoach die het overzicht bewaart, de voortgang bewaakt en verbinding houdt tussen de verschillende niveaus.

De bestuurlijke regiegroep kan alleen décharge (vrijwaring verantwoordelijkheid/goedkeuring voor afsluiting) verlenen aan het PMT wanneer aantoonbaar is dat de beoogde veranderingen duurzaam zijn ingebed in de organisaties. Borging is daarmee een belangrijke voorwaarde voor afronding van het programma.

8.4.1 Betrokken partijen

De Netwerken Palliatieve Zorg Friesland, vertegenwoordigd door de Provinciale Regiegroep, spelen een belangrijke rol in het uitdragen van het belang van borging en het stimuleren van blijvende aandacht voor de nieuwe werkwijze binnen de regio. Naast de regiegroep spelen gespecialiseerde professionals een sleutelrol, zoals:

- Het Palliatief Consultatieteam Friesland (PCTF);
- Ziekenhuisconsultatieteams (PAT, TOPZ);
- Consulanten palliatieve zorg en aandachtsvelders uit de eerste lijn en verpleeghuizen.

Sichtpunt draagt hieraan bij als netwerkpartner. Daarnaast is de borging van zorgopleidingen een cruciaal element. In samenwerking met Firda, NHL, Hanzehogeschool en de RUG (huisartsenopleiding) wordt scholing en doorontwikkeling van palliatieve expertise geborgd. Dit onderwijsnetwerk wordt ondergebracht in een aparte werkgroep die meetbare opdrachten krijgt vanuit de bestuurlijke regiegroep.

8.5 Monitoring en evaluatie

Borging is een continu proces dat vraagt om structurele evaluaties. Elke vijf jaar voeren betrokken organisaties een Zelfevaluatie Palliatieve Zorg uit, aangevuld met een enquête onder patiënten en naasten. In 2027 ligt de nadruk op de evaluatie en verdere ontwikkeling van borgingsinstrumenten. De uitkomsten worden verwerkt in werkafspraken en waar nodig aangevuld met nieuwe acties om de kwaliteit te waarborgen.

8.6 Blik op de toekomst

Ook na 2027 blijft het monitoren van de uitkomstindicatoren essentieel. Bestuurders en sleutelfiguren worden gestimuleerd om de dialoog over palliatieve zorg structureel te blijven voeren. Dit zorgt ervoor dat toeval en een gebrek aan regie geen rol spelen in de zorgervaring van patiënten, naasten en zorgverleners. Zo werken we samen aan een toekomst waarin palliatieve zorg in Friesland stevig verankerd is, met voldoende capaciteit, transparantie en continue verbetering.

Bijlage I: Afkortingen en begrippen

Voor een compleet overzicht van de begrippen rondom palliatieve zorg verwijzen wij naar het [begrippenkader](#) Palliatieve Zorg van Stichting PZNL.

Afkorting	Begrip	Uitleg
	Aandachtsvelder	Een zorgmedewerker die gespecialiseerd is in een specifiek onderwerp of thema binnen de zorg. Deze persoon heeft uitgebreide kennis over dit onderwerp, houdt ontwikkelingen bij, en fungeert als het aanspreekpunt voor collega's, cliënten en andere betrokkenen.
AGB-code	Algemeen gegevensbeheer-code	Unieke identificatie van zorgverleners en zorginstellingen. Deze code, beheerd door het algemeen gegevensbeheer (AGB), is noodzakelijk om zorg te declareren bij verzekeraars en andere financiers.
AZWA	Aanvullende Zorg- en Welzijnsakkoord	-
BC	Business Case	-
CVA	Cerebro vasculair accident	-
DBC	Diagnose behandel combinatie	-
HAP	Huisartsenpost	-
HIS	Huisarts Informatie Systeem	Een digitaal systeem waarmee huisartsen patiëntendossiers beheren, afspraken plannen, medicatie voorschrijven en declaraties indienen bij zorgverzekeraars.
IC	Intensive Care	-
IZA	Integraal Zorgakkoord	-
KKPZ	Kwaliteitskader Palliatieve Zorg	Dit document beschrijft wat patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars onder goede palliatieve zorg verstaan.
KPI	Key Performance Indicator	Een meetbare waarde die gebruikt om prestaties te monitoren en te beoordelen aan de hand van gestelde normen of doelen.
NPFZ	Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân	-
NPPZ II	Nationaal Programma Palliatieve Zorg II	Stimuleringsprogramma van ministerie van VWS van 2022 t/m 2026 met het doel palliatieve zorg "weg van de verbijzondering via implementatie te integreren in de reguliere zorg".
PF	Palliatieve fase	Op grond van de definitie van palliatieve zorg – zoals deze in het kwaliteitskader wordt gehanteerd – is het mogelijk dat voor sommige aandoeningen in de palliatieve fase al vele jaren voor het te verwachten overlijden begint. Om pragmatische redenen bakent het kwaliteitskader de palliatieve fase af tot de laatste fase van het leven, waarbij de patiënt naar verwachting van de zorgverlener in de komende twaalf maanden komt te overlijden.

Afkorting	Begrip	Uitleg
PMT	Programma Management Team	Een groep verantwoordelijke personen binnen een organisatie die toezicht houdt op, sturing geeft aan en verantwoordelijk is voor het plannen, coördineren, monitoren en bijsturen van activiteiten om de programmadoelen te behalen.
POH	Praktijkondersteuner huisarts	-
PZ	Palliatieve zorg	Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten 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. Gedurende het beloop van de ziekte heeft de palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden. Palliatieve zorg heeft de volgende kenmerken: - De zorg kan gelijktijdig met ziektegerichte behandeling verleend worden; - Generalistische zorgverleners, en waar nodig specialistische zorgverleners en vrijwilligers, werken samen als een interdisciplinair team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten en stemmen de behandeling af op de door de patiënt gestelde wensen, waarden en behoeften; - De centrale zorgverlener coördineert de zorg ten behoeve van de continuïteit; - De wensen van de patiënt en diens naasten omtrent waardigheid worden gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid, tijdens het stervensproces en na de dood erkend en gesteund.
PZNL	Palliatieve Zorg Nederland	-
PAT	Palliatief Advies Team	-
PaTz groep	Palliatieve Thuiszorg team	Team in de eerste lijn, hospice of verpleeghuissetting dat werkt conform de methodiek PaTz. In Friesland zijn 5 PaTz-groepen actief. PaTz methodiek voor de palliatieve zorg thuis – Palliaweb.
PCTF	Palliatief Consultatie Team Fryslân	-
pzp (voorheen gebruik Engelse afkorting ACP)	Proactieve zorgplanning (voorheen gebruik Engelse term Advance Care Planning)	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. Er is een door wetenschappelijke beroepsverenigingen gemandateerde Leidraad PZP alsook een Informatiestandaard voor een PZP-formulier beschikbaar. In Friesland misten we daarin de aandacht voor de vier dimensies en is een compleet plan, met handleiding en zakkaartjes ontwikkeld die we voor dit Transformatieplan kunnen inzetten,.

Afkorting	Begrip	Uitleg
RHO	Regionale huisartsenorganisatie	Een RHO bestaat uit deelgroepen van samenwerkende huisartsen en dient de diverse huisartsenvoorzieningen ten behoeve van een sterke eerstelijnsgezondheidszorg in de regio
ROS	Regionaal ondersteuningsstructuur	-
SEH	Spoedeisende hulp	-
SO (voorheen SOG)	Specialist Ouderengeneeskunde	-
Specialisten PZ	In palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener	Zorgverleners van verschillende disciplines 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.
	Transformatieaanvraag	De formele aanvraag die wordt ingediend bij Zilveren Kruis om financiering te verkrijgen voor de uitvoering van het transformatieplan.
TAPAS	project TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende beko\$ting	https://palliaweb.nl/projecten/tapas
TOPZ	Team Ondersteunende en Palliatieve Zorg	-
VVN	Verslavingszorg Noord Nederland	-
VVT	Verpleging, verzorging en thuiszorg	-
	Walkarounds	Periodieke collegiale werkbezoeken van een interdisciplinair team (artsen, verpleegkundigen, managers en bestuurders) aan afdelingen en organisaties als onderlegger voor intervisie over de realisatie van samenwerkingsafspraken
Wlz	Wet langdurige zorg	-
WV	Wijkverpleging	Hiermee wordt verwezen naar het totale aanbod van V&V professionals in de eerstelijnszorg.
Zvw	Zorgverzekeringswet	-

Bijlage II: IST

In deze bijlage gaan we in op de huidige situatie van de palliatieve zorg in de provincie Friesland.

1. Om een beeld van de palliatieve zorg rondom een inwoner van Friesland te schetsen, laten we eerst de structuur zien: het palliatieve zorglandschap in Nederland op landelijk, bovenregionaal, regionaal (provincie Friesland) en lokaal of subregionaal niveau.
2. Vervolgens zien we de cijfers voor onze provincie, gekoppeld aan de missie van de Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân en de regiokaart, die laat zien welke organisaties actief zijn in NPZF. Hierbij is het belangrijk om op te merken dat er veel meer partijen actief zijn. Het gaat erom een overzicht te geven van de structuur van de netwerken.
3. De doelen en de behaalde resultaten van de afgelopen jaren staan uitgewerkt in verschillende schema's.
4. Vervolgens zie je een overzicht van de in pz- gespecialiseerde partijen in onze provincie.
5. We sluiten af met een vertaalslag van de actielijnen naar activiteiten op provinciaal niveau, subregionaal, organisatie- en afdelingsniveau. Het is onmogelijk om alle activiteiten in beeld te brengen. Er gebeurt veel op afdelingsniveau en organisatieniveau dat hiermee onbedoeld onderbelicht is.

1. Structuur: Het Palliatieve zorglandschap

Om een beeld van de palliatieve zorg rondom een inwoner van Friesland te schetsen, laten we eerst zien hoe het gecompliceerde palliatieve zorglandschap in Nederland eruitziet op landelijk, bovenregionaal, regionaal en lokaal niveau, in een model van PZNL:



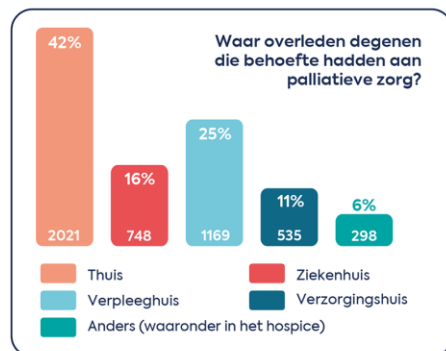
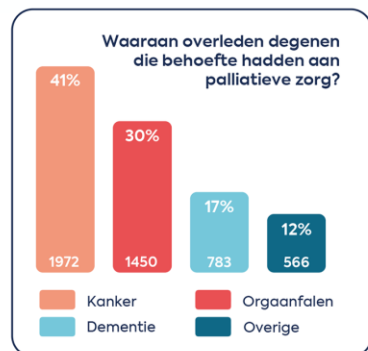
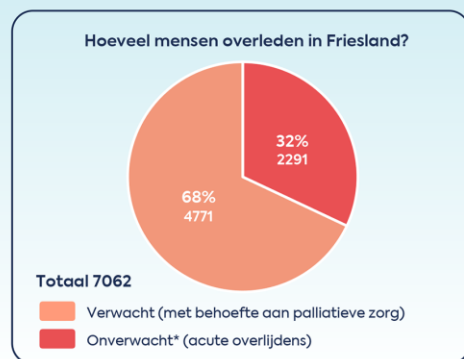
				
Niveau	Landelijk	Bovenregionaal	Regionaal	Lokaal
Doel	Palliatieve Zorg Nederland (PZNL) is een platform voor dialoog en een werkplaats waarin de leden van PZNL en andere partners samenwerken aan de verbetering van palliatieve zorg.	Consortia zijn bovenregionale samenwerkingsverbanden, opgericht om de doelstellingen van het NPPZ te realiseren: de palliatieve zorg merkbaar verbeteren door het verbinden van onderwijs en onderzoek aan de zorgpraktijk.	Een NPZ bevordert interdisciplinaire palliatieve netwerkworke in een bepaalde regio d.m.v. formele en duurzame samenwerking van zelfstandige organisaties.	Formele zorg- en hulpverleners ondersteunen mensen die ongeneeslijk ziek zijn en hun naasten. Uitgangspunt is het realiseren van een zo goed mogelijke kwaliteit van leven en sterven voor de zieke.
Activiteit	Veel partijen op landelijk niveau hebben invloed op Friesland. Het NPPZII-programma is onderdeel van PZNL. Hier vinden we bijvoorbeeld ook Agora, Kinderpalliatieve Zorg, Patiënten Federatie Nederland, PaTz Nederland, VPTZ. Ook Palliatieve Consultatie wordt op landelijk niveau geregeld vanuit PZNL. De belangen van de regionale netwerken worden behartigd door de Vereniging Netwerken Palliatieve Zorg Nederland (VNPZ) en deze partij neemt deel in de bestuurlijke regiegroep van NPPZII.	Voor Noordoost Nederland is er Consortium Ligare met daarin de volgende partijen: Expertisecentrum PZ van UMCG; Netwerken Palliatieve Zorg van Drenthe & Steenwijkerland, Friesland, Groningen, Twente, Salland, IJssel/Vecht & Noordoost Overijssel, vertegenwoordigd door een netwerkcoördinator.; Netwerk Integraal zorg NO Nederland; Onderwijsknooppunt, vertegenwoordigd door VIAA en Saxion; patiënten- en naasten. In Ligare-verband worden projecten verschillende projecten opgepakt.	Op regionaal niveau vinden we de vijf Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân (NPZF). Een netwerk palliatieve zorg bevordert interdisciplinaire zorg in Friesland in een bepaalde regio, door formele en duurzame samenwerking van zelfstandige organisaties. Dit omvat activiteiten op operationeel niveau (primair proces), tactisch niveau (managers en beleidsmakers) en op strategisch niveau (bestuurders van lid-organisaties en collega netwerkcoördinatoren). We zoomen later verder in op dit niveau.	Verschillende zorg- en hulpverleners zijn betrokken vanuit de vier dimensies van palliatieve zorg: lichamelijk, psychisch, sociaal en zingeving. Zoals: (huis-)artsen, VS-en en PA's; (wijk-)verpleegkundigen; geestelijk verzorgers; maatschappelijk werkers; mantelzorgondersteuners; psychologen; verlies- en rouwbegeleiders; verzorgenden; vrijwilligers
Financiering	PZNL ontvangt een instellingsubsidie van VWS.	De samenwerking binnen een consortium wordt mogelijk gemaakt door de inzet van de deelnemende partijen. Daarnaast ontvingen consortia projectsubsidies in het	NPZ worden gefinancierd uit de Regeling Palliatieve Terminale Zorg van het ministerie van VWS. Deze regeling loopt tot en met 31 december 2026.	

		kader van ZonMw programma 'Palliantie. Meer dan zorg', en nu via PZNL		
--	--	--	--	--

2. Cijfers Friesland en Netwerken Palliatieve Zorg Friesland en Regiokaart

Cijfers

Elk jaar sterven meer dan 7000 mensen in Friesland. Er is een onderscheid tussen verwachte en onverwachte overlijdens. Bij verwachte overlijdens gaat het meestal om een aandoening die gepaard gaat met een behoefte aan palliatieve zorg (dit in tegenstelling tot onverwachte overlijdens, door bijvoorbeeld een ongeluk). Vaak gaat er een periode van ziekte aan vooraf. In deze figuren staan de cijfers van 2022. De aantallen staan onder de percentages, de percentages zijn afgerond in hele getallen.



Missie en doelstelling NPZF

De missie van NPZF is het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de patiënt met een palliatieve zorgvraag. Dit gebeurt door de samenwerking met betrekking tot palliatieve zorg te optimaliseren; zowel op organisatorisch, professioneel als relationeel vlak. Het werkgebied betreft de provincie Friesland met 650.000 inwoners, verdeeld over vijf regio's. Hierbij gelden de volgende uitgangspunten:

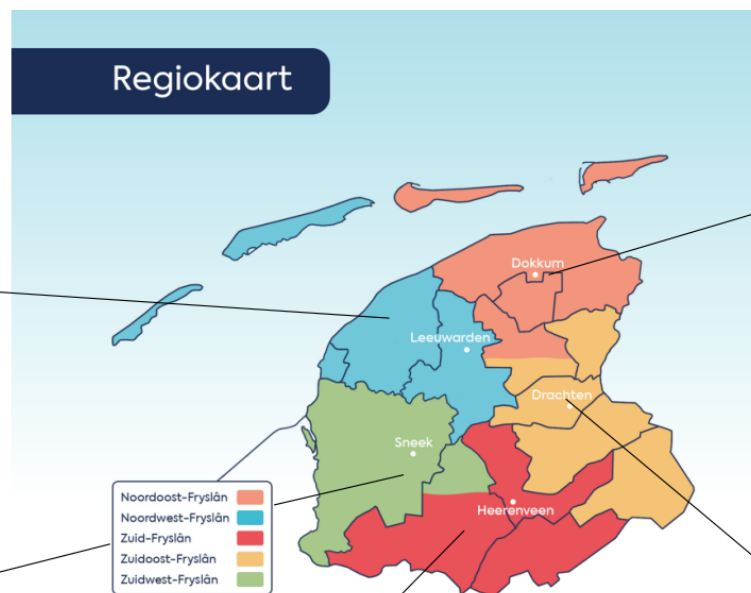
- De wensen en behoeften van de patiënt staan centraal. Dat vereist een gevarieerd aanbod van zorg, verspreid over verschillende zorgplekken en afgestemd op de behoeften van de patiënt met een palliatieve zorgvraag. Er wordt naar gestreefd de patiënt goede palliatieve zorg op elke locatie (ketenzorg) te bieden.
- De continuïteit van zorg is geborgd. De overgang van patiënten, zorgverleners en middelen tussen de verschillende zorgplekken verloopt soepel dankzij een integrale benadering en een goede afstemming en coördinatie binnen het netwerk.
- Er wordt efficiënt gebruik gemaakt van de aanwezige kennis en expertise binnen het netwerk palliatieve zorg. Het netwerk palliatieve zorg staat garant voor een voldoende mate van spreiding, uitwisseling en benutting van kennis. Daarmee worden de voorwaarden geschapen om de kwaliteit van de zorg blijvend te kunnen verbeteren.
- Er is een gezamenlijke verbetercultuur. Binnen het regionale netwerk palliatieve zorg is men gericht op het signaleren van knelpunten in de zorg voor de palliatieve patiënt en op het gezamenlijk aanpakken van deze knelpunten.
- Er wordt optimaal gebruik gemaakt van de beschikbare financiële middelen.

Strategie

De strategie van NPZF is continuering en uitbouw van de bestaande en nieuwe samenwerkingsrelaties en daarbij bovenstaande doelstellingen pragmatisch uitwerken in een duurzaam samenwerkingsverband. De handreiking minimale eisen voor netwerk palliatieve zorg van Fibula (juli 2014) en het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL, 2017) zijn hierbij een richtlijn.

Noordwest

- Alliade gehandicaptenzorg
- Bloezem
- Buurtzorg
- Hospice Marcelis Goverts
- Hospice Molenaar Klein
- Huisartsenpraktijk Bögels
- Huisartsenpraktijk Compas
- Kwadrant
- Frisius MC
- Noorderbreedte
- Patyna
- Sichtpunt
- Thuiszorg Het Friese Land
- VPTZ NW
- Zorgcentrum Het Bildt



Noordoost

- Alliade Gehandicaptenzorg
- Buurtzorg
- Hospice Noorderlicht
- Interzorg
- Kwadrant
- Netwerk Dementie Friesland
- Thuiszorg Het Friese Land
- VPTZ NO
- ZuidOostzorg

Zuidoost

- Alliade Gehandicaptenzorg
- Bloezem
- Buurtzorg
- Kwadrant
- Lianté
- Nij Smellinghe
- Sichtpunt
- VPTZ ZO Fr/Hospice Smelnehaven
- ZuidOostZorg

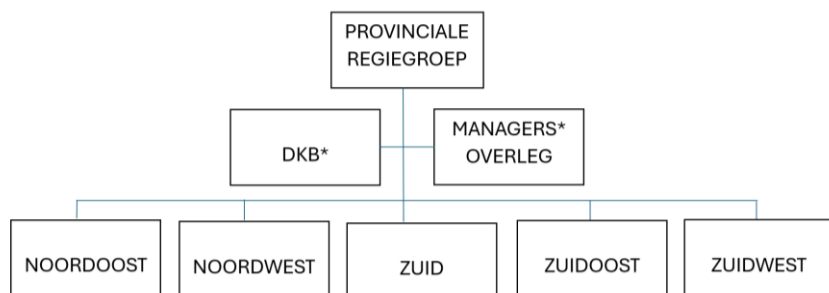
Zuidwest

- Alliade Gehandicaptenzorg
- Antonius
- Apotheken Zuidwest
- Buurtzorg
- Hof en Hiem
- Huisartsenpraktijk Th. Bakker
- Huisartsenpraktijk It Krúswetter
- Patyna
- Sichtpunt
- Thuiszorg Slippens
- VPTZ ZW
- Zorggroep Sint Maarten

Zuid

- Aardema Zorggroep
- Alliade Gehandicaptenzorg
- Alliade Ouderenzorg
- Buurtzorg
- Comfort Zorg
- Hospice Julia Jan Wouters en VPTZ
- Huisartsenpraktijk De Meulehoek
- Kwadrant
- Leppehiem
- Lianté
- Sichtpunt
- Frisius MC
- Zorggroep Sint Maarten

In de regio Friesland wonen ca. 660.000 mensen, verspreid over 18 gemeenten. Patiënten in de palliatieve fase kunnen terecht bij twee ziekenhuizen, één regionale huisartsenorganisatie, waarbij ca. 580 huisartsen verdeeld over ca. 170 praktijken zijn aangesloten, en meer dan 16 organisaties voor wijkverpleging. Deze organisaties werken al jarenlang nauw samen in vijf netwerken palliatieve zorg, samengebracht binnen de Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân (NPZF). Er bestaan veel dwarsverbanden en relaties in deze regio.



Met de betrokken partijen werken we samen in de bovenstaande netwerkstructuur:

Werkgroepen	(vijf x per jaar, per regio)
Deskundigheidscommissie (DKB) *	(vier x per jaar, provinciaal)
Managementoverleg (MO) *	(één x per jaar, provinciaal)
Provinciale Regiegroep	(vijf x per jaar, provinciaal)

Betrokken partijen binnen onze netwerken:



Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân

3. Doelen en activiteiten

Aansluiting NPZF bij NPPZ II

In 2023 heeft de Provinciale Regiegroep van NPZF gekozen voor het organogram hiernaast om te laten zien hoe we in Friesland werken aan de doelstelling:

Vanaf 2027 zijn we niet meer afhankelijk van subsidie.

Palliatieve zorg is een vanzelfsprekend onderdeel binnen bestaande structuren in Friesland.

Deze doelstelling staat in midden van de plaat.

Een uitwerking van de activiteiten en de behaalde resultaten staan op de volgende pagina's beschreven. De uitwerking vindt vooral plaats op operationeel niveau.

Palliatieve zorg voor iedereen overal en altijd beschikbaar*

De juiste
zorg

Op de juiste
plek

Op het juiste
moment

Door de juiste
zorgverlener

Met de juiste
bekostiging

Twee doelstellingen

1. Het bevorderen van de maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg
2. Proactieve zorg en ondersteuning voor iedereen, overal, altijd

Vanuit een stevig fundament

- o Kwaliteitskader Palliatieve Zorg
- o Interdisciplinaire richtlijnen Palliatieve Zorg
- o Gedreven zorgprofessionals die actief participeren in de Friese netwerken palliatieve zorg

Voor patiënten en naasten

- o Waardoor projecten en de activiteiten aansluiten bij wat patiënten en hun naasten nodig hebben.
- o Waardoor er focus is op wat belangrijk is voor mensen
- o Waardoor de kans groter is dat werkmethode en gemaakte afspraken worden geïmplementeerd in de praktijk van zorg en welzijn.

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

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

Maatschappelijke bewustwording



- NPZF streeft naar een maatschappij waarin palliatieve zorg bespreekbaar is, door:
- o Publiekvoorlichting bij bestaande initiatieven (zoals Alzheimer café, bibliotheken en Vrouwen van Nu) door onze netwerkleden
 - o www.overpalliatievezorg.nl
 - o www.palliaweb.nl/netwerk-friesland
 - o Verbinding met samenwerkingspartners en stakeholders, zoals Sichtpunt en FHV
 - o Samenwerking met de regionale media

Met en monitoren



- NPZF volgt en maakt inzichtelijk wat de impact van onze activiteiten is op de patiënt, op onze samenwerking en op de organisatiestructuur zoals:
- o Een hospiceonderzoek met ROS Friesland
 - o Een onderzoek naar het effect van het wensenboekje met Zorgbelang Fryslân
 - o Regionale (nul)metingen van de werkgroepen van NPZF zelf
- Opgedane inzichten kunnen worden gedeeld op het leerwerkplatform van NPPZ II

Proactieve zorgplanning



- NPZF maakt een vertaalslag van het theoretische kwaliteitskader naar de praktijk door:
- o Regionale werkgroepen die zelf hun doelstellingen bepalen en passende instrumenten ontwikkelen, met directe impact op de patiënt.
 - o Het provinciaal implementeren en borgen van interventies vanuit de regionale pilots "Proactieve zorgplanning op de Friese werkvloer".
 - o Friese samenwerking rond proactieve zorgplanning/ACP met partijen als NDF, VNN en Keten zorg Friesland en programma's als "Wijkgericht werken" en "Positieve gezondheid".

Vanaf 2027 zijn we niet meer afhankelijk van subsidie.

Palliatieve zorg is een vanzelfsprekend onderdeel binnen bestaande structuren in Friesland

Projecten consortia



- We implementeren in Noord-oost Nederland goede proactieve zorg en ondersteuning, waarbij het perspectief van de patiënt leidend is en patiëntparticipatie voorwaardelijk. Met ondersteuning van NPPZ II werkt NPZF binnen het consortium Ligare aan:
- o De borging van projecten die bewezen effectief zijn en voor opschaling in aanmerking komen
 - o De opschaling van kansrijke projecten en methoden middels een stappenplan
 - o Het doorontwikkelen van projecten die niet gestart zijn en later als kansrijk kunnen worden ingeschat

Deskundigheidsbevordering



- Alle zorgprofessionals in Friesland krijgen een professionele scholing over palliatieve zorg. We werken samen, maken gebruik van de bestaande kennis en vinden niet opnieuw het wiel uit.
- o Basisscholing
 - o Speciale trainingen
 - o Themabijeenkomsten
 - o Symposia
 - o Webinars

Versterken Friese samenwerking



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

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

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



Aanpak NPZF 2020-2025

Onze NPZF-leden komen uit verschillende organisaties en hebben verschillende functies in de palliatieve zorg. We hebben in 2020 gekozen om vanuit de criteria van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg, per netwerk (vanuit couleur locale) een opdracht te formuleren. Deelnemers van de werkgroep van het netwerk waren zelf 'eigenaar van de opdracht' (waren betrokken en hadden invloed op het behalen van het doel).

De nulmeting, opdrachten, instrumenten en acties zijn door de netwerkliden zélf bedacht en ontwikkeld. Zie [Proactieve Zorgplanning op de Friese werkvloer – Netwerk Friesland](#). De aanpak had de volgende kenmerken:

- van onderaf;
- vanuit de vraag;
- zelfsturing/verantwoordelijkheid;
- focus op behapbaar onderwerp;
- direct effect op de patiënt/cliënt/bewoner/gast.

Na de nulmeting in 2020 is in 2025 een tweede meting gedaan in Q1. In juni 2025 worden de resultaten en vervolgstappen besproken tijdens een managersoverleg.



Activiteiten NPZF 2020-2025

Met de gekozen aanpak heeft NPZF verschillende activiteiten ontwikkeld om de doelen te behalen.

Training en scholing georganiseerd

- Training "Gespreksvoering over het levenseinde" door STEM - 200 deelnemers
- Basisscholing van Noordhoff - online vanwege corona, 300 deelnemers
- Samenwerking met Carend en PZ-scholing voor basis-scholing palliatieve zorg
- Borging palliatieve zorg in reguliere onderwijs in Friesland samen met Firda



Onderzoek gedaan Samenwerking gezocht

- Onderzoek naar effect van de inzet van het wensenboekje door Zorgbelang Fryslân
- Onderzoek en actie-agenda voor hospicezorg in Friesland door ROS Friesland



Samenwerking met andere netwerken, gemeenten en welzijnsorganisaties rondom Maatschappelijke Bewustwording:

- Theatervoorstelling: Mantelzorgmonologen
- Theatervoorstelling: Lang zal hij Leven
- Interactieve muzikale presentatie: De invloed van muziek in de palliatieve zorg
- Themabijeenkomst: Palliatieve zorg en verslaving
- Werkconferentie: Dementie en de laatste levensfase
- Themabijeenkomst: Palliatieve zorg in de VG-sector
- Lustrumsymposium: Thuis Sterven
- Samenwerkingsproject: PZP-stappenplan

Instrumenten ontwikkeld

- 12000 wensenboekjes
- 200 plannen proactieve zorgplanning met handleiding en zakkaarten
- 850 De Dood uit de Pot
- 750 zichtbare mappen voor de patiënt
- 5 speeddatesessies met de huisarts



Netwerkbijeenkomsten georganiseerd

- "Je kunt het maar één keer (goed) doen"
- Instrumententafels
- "In Gesprek"
- "Wat doet het met jou?"
- ACP-presentaties bij diverse organisaties



Publieksvoorlichting en media

- Publieksvoorlichting bij onder andere: Vrouwen van Nu, Parkinson Cafés, wijkteams, cliëntraden en ouderenbonden
- Publieksbijeenkomsten rond de Internationale dag van de palliatieve zorg
- Actieve deelname aan landelijke publiekscampagnes
- Magazine "Pal voor U"
- Friese publiekscampagne op Omrop Fryslân
- Media-aandacht in de Friese pers voor onze activiteiten



Stappenplan Proactieve Zorgplanning

De kern van de Proactieve Zorgplanning is de dialoog met de patiënt. Het stappenplan kan (zorg)professionals hierin ondersteunen en een handreiking geven. Ook kan het bijdragen aan de coördinatie en continuïteit en daarmee de kwaliteit van zorg. Gezamenlijke besluitvoering is de basis van het gesprek rondom Proactieve Zorgplanning. Het stappenplan is een dynamische leidraad en wordt jaarlijks geëvalueerd. Op het voorblad staat het versienummer met de datum van publicatie. Het plan is een coproductie van ROS Friesland en Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân.

Het stappenplan kan worden geïmplementeerd met behulp van het Transformatieplan.

[Stappenplan Proactieve Zorgplanning - Netwerk Friesland](#)

Naast de generalisten zijn er in Friesland ook specialisten. De specialist palliatieve zorg is door een erkende opleiding in



Aanpak per regio 2020-2025

Regio	Noordoost	Noordwest	Zuid	Zuidoost	Zuidwest
Netwerkliden	Alliade Gehandicaptenzorg, Buurtzorg, Hospice Noorderbreedte, Interzorg, Kwadrant, Netwerk Dementie Friesland, Thuiszorg Het Friese Land, VPTZ, ZuidOostzorg	Alliade gehandicaptenzorg, Bloezem, Buurtzorg, Hospice Marcelis Goverts, Hospice Molenaar Klein, Huisartsen-praktijk Bögels, Huisartsen-praktijk Compas, Kwadrant, Frisius MC, Noorderbreedte, Patyna, Sichtpunt, Thuiszorg Het Friese Land, VPTZ, Zorgcentrum Het Bildt	Aardema Zorggroep, Alliade Gehandicaptenzorg, Alliade Ouderenzorg, Buurtzorg, Comfort Zorg, Hospice Julia Jan Wouters, Huisartsenpraktijk De Meulehoek, Kwadrant, Leppehiem, Lianté, Sichtpunt, Frisius MC, Zorggroep Sint Maarten	Alliade Gehandicaptenzorg, Bloezem, Buurtzorg, Kwadrant, Lianté, Nij Smellinghe, Sichtpunt, VPTZ ZO Fr/Hospice Smelnehaven, ZuidOostZorg	Alliade Gehandicaptenzorg, Antonius Thuiszorg, Antonius Ziekenhuis, Apotheken Zuidwest, Buurtzorg, Hof en Hiem, Huisartsenpraktijk Th.Bakker, Huisartsenpraktijk It Krúswetter, Patyna, Sichtpunt, Thuiszorg Slippens, VPTZ ZW, Zorggroep Sint Maarten
Gedeeld probleem in de eigen regio	Onze cliënt is niet mondig genoeg om het gesprek over het levenseinde aan te gaan	We werken niet met een eenduidig proactief zorgplan en het is niet zichtbaar	Wij kennen de wensen van onze cliënt in de palliatieve fase onvoldoende	We werken niet met een eenduidig, compleet, proactief zorgplan en de inzet ervan is vrijblijvend	Bij een patiënt in de palliatieve fase loopt de communicatie in de keten niet optimaal.
Nulmeting 2020	klik hier	klik hier	klik hier	Geen nulmeting	klik hier
Opdracht (in verband met corona is vertraging opgelopen)	In de regio Noordoost Friesland hebben we in 2021 zicht op de invloed die we kunnen en mogen uitoefenen om de eigen regie van de cliënt richting zorgverleners (zoals de arts) te helpen versterken. Onze eigen communicatie met de (huis)arts verbetert hiermee ook.	In drie jaar, vanaf januari 2020, implementeren we het transmuraal proactief zorgplan binnen het netwerk Noordwest Friesland zodat, daar waar de palliatieve patiënt zich ook bevindt, een proactief zorgplan aanwezig is, in een vaststaand format, zoals deze bedoeld is in het kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland.	Het aanpassen van proactieve zorgplanning aan meer individuele wensen van de patiënt (gezien vanuit het perspectief van de medewerkers zelf). Vanuit de groep wordt dit nu te veel gemist. In 2021 komen wij met alle netwerkliden aantoonbaar beter tegemoet aan de individuele wensen van de patiënt.	In vijf jaar, vanaf januari 2020, implementeren we het transmuraal proactief zorgplan binnen het netwerk Zuidoost Friesland zodat, daar waar de palliatieve patiënt zich ook bevindt, een proactief zorgplan aanwezig is, in een vaststaand format, zoals deze bedoeld is in het kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland.	Vanaf april 2020 starten we via een nulmeting aan het volgende vraagstuk: Weet elke vorige en volgende in de keten voldoende om voor de cliënt (of bewoner of patiënt) de best mogelijke palliatieve zorg te verlenen? Het gaat daarbij om de overdracht. En wat gaan we doen om daarin verbetering aan te brengen?

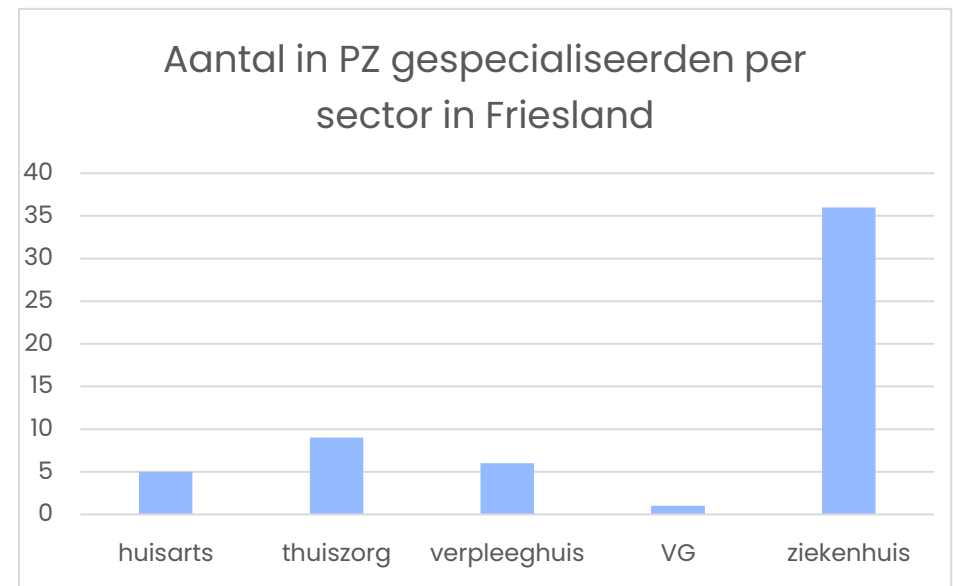
Regio	Noordoost	Noordwest	Zuid	Zuidoost	Zuidwest
Gewenst resultaat	De eigen regie van de cliënt richting zorgverleners (zoals de arts) is versterkt. Onze eigen communicatie met de (huis)arts verbetert hiermee ook. We maken gebruik van bestaande middelen, maar zetten ze beter in door bewustwording bij de medewerkers, het delen van elkaars ervaringen en het inzetten van de eigen invloed in het versterken van de eigen regie van onze cliënten, bewoners of patiënten.	In januari 2021 is er een proactief zorgplan met een werkwijze waaraan alle netwerkpartners zich conformeren en deze zal per netwerkpartner in de eigen organisatie in gebruik genomen worden met als doel dat per 1 januari 2023 elke palliatieve patiënt in de regio Noordwest Friesland deze in bezit heeft. Plan voor implementatie zal per netwerkpartner opgesteld worden voor de eigen organisatie.	In twee jaar tijd wordt stapsgewijs een document ontwikkeld om hier aan te kunnen voldoen. Medewerkers rond een patiënt zijn op de hoogte van alle specifieke wensen en behoeften (lichamelijk / sociaal/psychisch/ zingeving) van de patiënt door middel van dit document in het dossier. Hieruit volgend is er een scholing/voorlichting voor medewerkers.	In januari 2021 is er een proactief zorgplan met een werkwijze waaraan alle netwerkpartners zich conformeren en deze zal per netwerkpartner in de eigen organisatie in gebruik genomen worden met als doel dat per 1 januari 2025 elke palliatieve patiënt in de regio Zuidoost Friesland deze in bezit heeft. Plan voor implementatie zal per netwerkpartner opgesteld worden voor de eigen organisatie.	In 2022 hebben we er gezamenlijk voor gezorgd dat overdracht (met behulp van verbeterde communicatie) op alle verschillende niveaus is verbeterd ten opzichte van de nulmeting. We hebben een duidelijke tool die ons daarbij helpt.
Instrument	Wensenboekje	PZP en Mijn zorgmap	De dood uit de pot	PZP en handleiding	Speeddaten
Overzicht, met uitleg per instrument en deelnemende organisaties	Wensenboekje 'Als ik nadenk over mijn laatste levensfase' – Netwerk Friesland	Mijn zorgmap – Netwerk Friesland	De dood uit de pot – Netwerk Friesland ; Sinds 2025 een roadshow om kennis over te dragen	Proactieve zorgplanning – Netwerk Friesland	Speeddate praatkaarten – Netwerk Friesland
Acties 2020–2025	Deelnemende organisaties zorgen ervoor dat de plannen worden uitgevoerd. Folder Vijf jaar Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân	Deelnemende organisaties zorgen ervoor dat de plannen worden uitgevoerd. Folder Vijf jaar Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân	Deelnemende organisaties zorgen ervoor dat de plannen worden uitgevoerd. Folder Vijf jaar Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân	Deelnemende organisaties zorgen ervoor dat de plannen worden uitgevoerd. Folder Vijf jaar Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân	Deelnemende organisaties zorgen ervoor dat de plannen worden uitgevoerd. Folder Vijf jaar Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân
Tweede meting 2025	Resultaten tweede meting 2025	Resultaten tweede meting 2025	Resultaten tweede meting 2025		Resultaten tweede meting 2025

4. Specialistische palliatieve zorg in Friesland

Specialistische palliatieve zorg

Elke Friese zorgverlener heeft als generalist basiskennis en basisvaardigheden in palliatieve zorg. Vanuit de functie integreert zij of hij de kernwaarden, principes, methodes en procedures van palliatieve zorg in de zorg voor een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Het gaat daarbij niet alleen om niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies voor symptoombestrijding, maar ook om effectieve communicatie met de patiënt, diens naasten en andere betrokken zorgverleners, in de context van markering van de palliatieve fase, gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning. De generalist palliatieve zorg kent daarin zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een specialist palliatieve zorg.

Naast generalisten zijn er in Friesland ook specialisten. De specialist palliatieve zorg is door een erkende opleiding in palliatieve zorg gekwalificeerde zorgverlener en heeft specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg. Denk hierbij aan de kaderarts, de palliatief verpleegkundige en de geestelijk verzorger. Veelal is de specialist palliatieve zorg, vanuit haar of zijn functie, werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg frequent deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk, maar niet de belangrijkste focus is. De specialist palliatieve zorg is bij voorkeur ingebed in een gespecialiseerd team palliatieve zorg.



Voorbeelden van gespecialiseerd aanbod in Friesland

PaTz-groepen Friesland:

Huisartsen, (wijk)verpleegkundigen en inhoudelijk deskundigen palliatieve zorg werken lokaal nauw samen in een PaTz-groep. Samen brengen ze vroegtijdig patiënten in beeld en anticiperen ze op de zorgbehoefte van de patiënt. Met deze gezamenlijke aanpak neemt de kwaliteit en deskundigheid in de palliatieve zorg thuis toe. De groepen in Friesland worden begeleid door een kaderarts palliatieve zorg.

Team Ondersteunende en Palliatieve Zorg (PAT & TOPZ) in Friesland

In elke ziekenhuis in Friesland werkt een team van medisch specialisten, gespecialiseerde verpleegkundigen en geestelijk verzorgers, maar ook specialisten ouderengeneeskunde en eventueel gespecialiseerde verpleegkundigen uit de thuiszorg die met in het ziekenhuis opgenomen patiënten bespreken wat hun wensen zijn en welke ondersteuning of zorg nodig is. Indien gewenst kan de consulent palliatieve zorg (in overleg met de huisarts) een huisbezoek brengen.

Palliatief Consultatieteam Friesland

Een team van consultants (in palliatieve zorg gespecialiseerde arts of verpleegkundige) kunnen zorgverleners adviseren, zonder de zorg over te nemen. Het consultatieteam palliatieve zorg adviseert artsen, verpleegkundigen en andere professionele zorgverleners die te maken hebben met patiënten in de laatste levensfase. Soms krijgt een arts symptomen, zoals pijn of misselijkheid, niet goed onder controle of is de angst van een patiënt bijzonder groot. De hulpverlener kan dan advies vragen aan de specialisten van het consultatieteam.

Palliatief Consultatieteam VNN

Zowel medici (huisartsen, specialisten) als paramedici (verloskundigen, psychologen, verpleegkundigen) kunnen 24 uur per dag, 7 dagen per week een verslavingsarts consulteren over hun patiënt/cliënt/bewoner. De verslavingsarts is te consulteren over een patiënt die in behandeling is bij VNN of een patiënt die nog niet in zorg is en medische vragen over verslaving of de combinatie van verslaving en medicatie. Maar ook consultatie voor intercollegiale vragen als "Wat zijn de verschillende lichamelijke klachten in relatie tot middelenmisbruik?", "Hoe verloopt een ontwenningproces en welke ondersteunende medicatie kan ik voorschrijven?" of "Ik wil medicatie voorschrijven, maar vraag me af of dat kan in verband met een specifieke verslaving" is mogelijk.

Sichtpunt: centrum voor levensvragen

Bij Stichting Sichtpunt kan men terecht voor elke levensvraag. Vragen over het leven, waar niet direct een antwoord op te vinden is, ook wel 'trage' vragen genoemd. De geestelijk verzorgers van Stichting Sichtpunt zoeken samen met de cliënt naar houvast en perspectief, zonder oordeel en met aandacht.

Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ)

In Friesland werken veel vrijwilligers die zorg en ondersteuning thuis, in hospices en soms ook in zorginstellingen bieden. VPTZ Nederland is de koepel voor deze lokale en regionale vrijwilligersorganisaties in de palliatieve terminale zorg. Hier zijn vijf Friese organisaties bij aangesloten: VPTZ Noordoost Friesland (Dokkum), VPTZ Noordwest Friesland (Leeuwarden), VPTZ Zuidoost Friesland (Drachten), VPTZ Zuidwest Friesland (Sneek) en VPTZ Julia Jan Wouters (Heerenveen).

5. Overzicht activiteiten per actielijn Transformatieplan

Actielijn Transformatieplan	Regionaal/provinciaal	Subregionaal	Organisatieniveau	Afdelingsniveau
Afspraken op alle niveaus	Stappenplan Proactieve Zorgplanning – Netwerk Friesland Proactieve zorgplanning – Netwerk Friesland	PaTz-groepen, MDO's Palliakit – Netwerk Friesland Speeddate praatkaarten – Netwerk Friesland Mijn zorgmap – Netwerk Friesland Proactieve zorgplanning – Netwerk Friesland	Zelfevaluatie, nulmeting, doelen en instrumenten, scholing en afspraken, NPZF, inzet aandachtsvelders, experts, PZ-groepen Team Ondersteunende en Palliatieve Zorg) (PAT & TOPZ) – Netwerk Friesland Proactieve zorgplanning – Netwerk Friesland	Instrumenten, roadshow, netwerkbijeenkomsten, delen kennis en info Proactieve zorgplanning – Netwerk Friesland
Maatschappelijke bewustwording	DKB-groep, samenwerking Netwerk Dementie Fryslân, samenwerking Zorgbelang Fryslân, provinciale bijeenkomsten, Week van de Palliatieve Zorg, Friese documentaire, samenwerking Ligare Presentaties publieksvoorlichting NPZF – Netwerk Friesland 'Over leven met de dood' – Netwerk Friesland Fryske Winskeboekje	'Lang zal hij Leven', werkgroepbijeenkomsten, MeiJo café's, Rouwcafé's, bijeenkomsten PCOB Nieuwsbrief – Netwerk Friesland 'Over leven met de dood' – Netwerk Friesland Presentaties publieksvoorlichting NPZF – Netwerk Friesland Fryske Winskeboekje	Intranet, voorlichtingsbijeenkomsten, bijdrage binnen eigen organisaties 'Week van de Palliatieve Zorg', Fryske Winskeboekje	Collega's informeren elkaar De dood uit de pot – Netwerk Friesland Fryske Winskeboekje

Actielijn Transformatieplan	Regionaal/provinciaal	Subregionaal	Organisatieniveau	Afdelingsniveau
Deskundigheidsbevordering	Afspraak NPZF, PZ-scholing, Firda, Carend en UMCG, intervisiegroep, scholingsplan 2023-2027, DKB-groep, provinciale NPZF-bijeenkomsten Scholing en bijeenkomsten - Netwerk Friesland	Training Gespreksvoering over het Levenseinde Scholing en bijeenkomsten - Netwerk Friesland	Basisscholing eigen medewerkers Scholing en bijeenkomsten - Netwerk Friesland	Basisscholing, intervisie, training vanuit werkgroepen NPZF, inzet instrumenten en materialen NPZF Scholing en bijeenkomsten - Netwerk Friesland
Digitale ondersteuning	Informatie via de verschillende websites	VIPLive, Zorgdomein, Point	Carenzorgt, Chipsoft HIX, Epic, Het Rooster, HIS, Isis, Label Care, Lorio, ONS Nedap, Point, PUUR, VIPlive, Zorgdomein	Ingebouwd in systeem: Zorgpad Stervensfase Proactieve Zorgplanning
Passende financiering				
Spiegel en sturingsinformatie	Netwerkevaluatie, IGJ-onderzoek NPZF Hospicezorg - Netwerk Friesland Prognosemodel hospicecapaciteit: inzicht in cijfers en impact van keuzes - Bureau HHM - Samen maken we de zorg beter	Nulmeting	Zelfevaluatie, nulmeting	Zelfevaluatie, nulmeting

Bijlage III: Casuïstiek

Casus 1

Jan is 79 jaar. Hij woont alleen, zijn zoon woont ver weg. Getroffen door meerdere CVA's. Jan is klaar met het leven en wil geen behandeling.

Hieronder wordt de werkelijke situatie beschreven, en de gewenste situatie.

Werkelijke situatie

Mei 2021:

Jan (79) wordt opgenomen vanwege een aneurysma. Enkele maanden later krijgt hij een CVA, wat zorgt voor blijvende gezondheidsproblemen en een verslechterde conditie.

Mei 2022:

Jan bespreekt met zijn huisarts dat hij geen grote ingrepen meer wil, zoals behandeling voor een nieuw CVA. Hij voelt zich klaar met het leven en wil geen levensverlengende behandelingen meer.

De weken die volgen:

Jan's toestand gaat verder achteruit. Hij valt meerdere keren en heeft toenemende zorg nodig. De wijkverpleging wordt ingeschakeld om te helpen met dagelijkse zorg en het begeleiden van zijn medicatie. Er wordt een alarmsysteem geïnstalleerd om zijn veiligheid te waarborgen.

December 2022:

Jan valt uit bed en wordt met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht (WZA). Daar uit hij opnieuw zijn wens om het leven te beëindigen. De internist verwijst hem terug naar de huisarts. De wijkverpleging schakelt over naar een andere zorgorganisatie om meer ondersteuning te bieden. Jan blijft verward en valt regelmatig.

Januari 2023:

De wijkverpleging meldt toenemende zorgen aan de huisarts. Jan's zorg wordt zwaarder; hij is regelmatig in de war, weigert soms zorg, maar vraagt wel om medicatie. Op initiatief van zijn zoon, die een aanleunwoning voor hem probeert te regelen, wordt Jan met spoed opgenomen in een Eerste Lijn Verblijf (ELV).

Twee weken later:

Jan wordt overgeplaatst naar een palliatief bed in het ELV. De zorg richt zich nu volledig op comfort en het verlichten van zijn lijden.

Begin maart:

Jan overlijdt.

Gewenste situatie

In mei 2020 wordt Jan opgenomen in het ziekenhuis vanwege een aneurysma. In november krijgt hij verschillende kleine CVA's. De cardioloog markeert Jan als palliatief en informeert de huisarts.

De huisarts voert een ACP-gesprek met Jan. Tijdens dit gesprek geeft Jan aan dat hij klaar is met leven en geen behandelingen meer wil voor toekomstige CVA's. Hij wil zo lang mogelijk thuis blijven wonen en, als dat niet meer lukt, naar het verpleeghuis in het dorp verhuizen. Hij doet een wensinschrijving voor dit verpleeghuis. De praktijkondersteuner (POH) bespreekt Jan's situatie in het multidisciplinair overleg (MDO). De welzijnswerker brengt Jan's sociale netwerk in kaart. De burens bieden aan om te helpen door te koken en een oogje in het zeil te houden.

In september, na een signaal van de burens, start de wijkverpleging met zorg. Zij zijn zich ervan bewust dat er mogelijk opschaling nodig is. In oktober signaleert de wijkverpleging een verdere achteruitgang bij Jan en bespreekt dit in het MDO. De POH bespreekt de situatie met Jan, die besluit om een aanvraag te doen voor opname in het verpleeghuis.

Begin november kan Jan verhuizen naar het verpleeghuis in zijn dorp.

Jan overlijdt begin maart rustig in zijn slaap.

Bijlage IV: Werken volgens de kernelementen van het KKPZ – Het gedroomde zorgpad

Wie kan welke rol en taken oppakken? Zie op de volgende pagina een overzicht van betrokken partijen in de palliatieve zorg. Voor context, zie hoofdstuk H 2. Voor elk kernelement zijn op generalistisch niveau processtappen uitgewerkt, waarbij per stap in kaart is gebracht wie daarbij een rol kan spelen.

Transformatieplan palliatieve zorg Friesland

Vertaling naar activiteiten

		= Verantwoordelijk, geef aan met een 2 in het desbetreffende vak, kleurt vanzelf groen		= Niet verantwoordelijk voor deze activiteiten																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Figuur bij Bijlage IV: Wie kan welke rol en taken oppakken? Overzicht van betrokken partijen in de palliatieve zorg.

Bijlage V: Transformatieopdrachten

Afspraken op alle niveaus

Inleiding

Goede palliatieve zorg leunt in belangrijke mate op goede afstemming tussen lokale zorg- en welzijnsorganisaties en informele zorgaanbieders. 'Welke personen markeren de palliatieve fase, of voeren proactieve zorgplanningsgesprekken met de patiënt en naasten?', 'Hoe worden gegevens gedeeld?', 'Hoe en door wie worden patiënten multidisciplinair besproken?', '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/zijn rol en verantwoordelijkheden kent. Dat lukt vooral als zorg- en welzijnsmedewerkers elkaar kennen en weten wat ze van elkaar kunnen verwachten. Op die manier weet elke vorige en volgende in de keten voldoende om goede palliatieve zorg te verlenen.

Dankzij de juiste afspraken, kunnen alle patiënten in Friesland vertrouwen op goede zorg en ondersteuning in de laatste levensfase, die aansluit bij hun wensen en grenzen. Dit zijn in de eerste plaats afspraken op operationeel niveau. Een belangrijk gegeven is dat deze afspraken alleen beklijven als ze ook op bestuurlijk en op tactisch niveau met elkaar worden onderschreven. Om deze reden zijn vier **doelen** voor Friesland opgesteld voor de actielijn 'afspraken op alle niveaus':

- 1 Er is een beoogd palliatief zorgsysteem o.b.v. het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg, gedragen door experts & bestuurders,
- 2 Er is bestuurlijk commitment op de te verwachten zorgverschuiving,
- 3 Het beoogd palliatief zorgsysteem is vertaald naar werkafspraken,
- 4 De werkafspraken zijn geïmplementeerd op de werkvloer, of daar waar de zorg plaatsvindt.

Producten

Over de streefsituatie en daaruit voortvloeiende zorgverschuiving (doelen 1 & 2) is in de ontwikkeling van het transformatieplan uitvoerig afgestemd met alle partners in de regio.

In de transformatieperiode (2025 – 2027) leveren we twee producten op:

Lokale werkafspraken over het beoogde palliatieve zorgsysteem

Dit zijn transmurale werkafspraken waarin we beschrijven hoe we palliatieve zorg op sub-regionaal niveau in Friesland gaan organiseren en leveren. De werkafspraken brengen we samen in een overzichtelijk document. De werkafspraken bieden ruimte om binnen de subregio's processen te ontwikkelen, afgestemd op de lokale werkwijzen en specifieke

behoeften. We baseren ons hierbij op het [Stappenplan Proactieve Zorgplanning – Netwerk Friesland](#)

Geïmplementeerde werkafspraken in en tussen de betrokken organisaties

De transmurale werkafspraken zijn opgenomen in de processen van de organisaties. Bovendien wordt binnen elke organisatie de nieuwe werkwijze actief doorgevoerd, zodat alle zorgverleners de werkafspraken volgen.

Activiteiten

Deze producten gaan we realiseren middels drie activiteiten die hieronder worden beschreven.

Het ontwikkelen van de werkafspraken

Fase 1

In fase 1 ontwikkelt een “begeleider werkafspraken” (hierna: begeleider) samen met een groep experts de lokale, sub-regionale werkafspraken rondom palliatieve zorg in Friesland. Samen met zorginhoudelijke experts uit de bij deze transformatie betrokken instellingen zijn een tiental thema’s gekozen waarvoor werkafspraken gemaakt moeten worden (zie de tien thema’s hieronder, onder fase 2). Deze thema’s zijn verder uitgewerkt in Bijlage V. Deze uitwerking vormt de leidraad voor de te ontwikkelen werkafspraken. Gedurende de transformatieperiode ontwikkelen we deze werkafspraken met zo min mogelijk belasting voor de zorgprofessional.

In de transformatieperiode zal de begeleider afspraken op alle niveaus in samenwerking met de projectleider afspraken op alle niveaus starten met een aftrapbijeenkomst in samenwerking met het PMT. Hierin zullen we voortbouwen op bestaande uitgangspunten en voorbeelddocumenten uit eigen en vergelijkbare regio’s. Zo voorkomen we onnodige consultatierondes en belasting van betrokken zorgverleners.

In deze fase zijn er 3 aandachtspunten:

- 1 **Onderwerpen:** Waarover willen we werkafspraken ontwikkelen op dit onderwerp?
- 2 **Uitgangspunten:** Welke uitgangspunten moeten we bij het ontwikkelen in acht nemen?
NB: deze uitgangspunten hebben we reeds uitgewerkt om ervoor te zorgen dat de oplossingen vanuit de andere actielijnen ook aansluiten bij de te ontwikkelen werkafspraken.
- 3 **Betrokken partijen:** Welke partijen moeten deelnemen aan het ontwikkelen van de werkafspraken?

Fase 2

In fase 2 zal de begeleider de concept-werkafspraken breed delen onder alle betrokken organisaties om hier schriftelijk input over op te halen. Zo kunnen de begeleider en het projectteam snel en laagdrempelig in kaart brengen over welke elementen er consensus is

en waar nog bespreekpunten liggen. De begeleider zal middels interviews met experts uit de praktijk de bespreekpunten toetsen en het voorstel voor de werkafspraken aanscherpen op basis van de uitkomsten van deze interviews.

Vervolgens zullen de begeleider en het projectteam een heisessie/uitwerkdag organiseren met alle betrokken partijen om de definitieve versie van de werkafspraken af te ronden. In deze bijeenkomst worden de openstaande discussiepunten beslecht. Het uiteindelijke resultaat is een set aan werkafspraken waarin de werkwijze voor de volgende thema's staat beschreven (zie ook bijlage VI):

- 1 Signaleren, markeren en proactieve zorgplanning in Friesland,
- 2 Transmurale overlegstructuren 1e lijn,
- 3 Transmurale overlegstructuren 2e lijn,
- 4 Ondersteuning en coördinatie (complexe) casuïstiek,
- 5 Capaciteit en kwaliteit hospicezorg,
- 6 Versterken inzet informele zorg,
- 7 Aansluiten welzijnsorganisaties en gemeenten (sociaal domein),
- 8 Aansluiten acute zorg in transmurale samenwerking,
- 9 Aansluiten farmacie,
- 10 Werkafspraken rondom specifieke doelgroepen.

Tot slot haalt de Provinciale Regiegroep het bestuurlijk akkoord op om de set aan werkafspraken te bekrachtigen.

Het implementeren van de werkafspraken

Ervaring met het ontwikkelen van (transmurale) werkafspraken leert dat de voorgenomen verandering meer vraagt dan alleen het vastleggen van de nieuwe werkafspraken. Een gedragsverandering moet van binnenuit de organisaties actief aangejaagd worden.

Daarom stelt elke zorgorganisatie een (deeltijd) implementatiecoach palliatieve zorg (PZ) aan. Implementatiecoaches zijn, bij grote voorkeur, werknemers van de eigen organisaties met ervaring op de werkvloer. Deze praktijkkennis en ervaring binnen de eigen organisatie vergroot de effectiviteit van deze personen. De PZ-implementatiecoaches zijn verantwoordelijk voor de implementatie in de betreffende organisatie(s), het opzetten van de transmurale samenwerking en het optreden als aanspreekpunt voor het projectteam. De PZ-implementatiecoaches hebben een periodiek overleg waarbij voortgang, lessen en ervaringen gedeeld worden.

Hoe groter de organisatie, des te groter zal het dienstverband zijn. Het is mogelijk dat PZ-implementatiecoaches met deeltijd dienstverbanden voor meerdere organisaties aan de slag gaan, maar idealiter zijn aanjagers afkomstig uit de eigen organisatie en ook betrokken bij de implementatie van vergelijkbare transmurale werkwijzen. Denk hierbij aan, indien relevant, het generiek kompas ouderenzorg of andere transformatieplannen.

Het periodiek evalueren, herzien en borgen van de werkafspraken

Na de implementatiefase is het cruciaal dat we de werkafspraken evalueren, herzien en waar nodig borgen binnen de dagelijkse praktijk van zorgorganisaties. Dit proces zorgt ervoor dat de afspraken blijven aansluiten op de behoeften van patiënten en zorgverleners en dat we de kwaliteit van palliatieve zorg continu verbeteren.

Elke organisatie voert een periodieke evaluatie uit om de effectiviteit van de geïmplementeerde werkafspraken te beoordelen. Gedurende de implementatie heeft het projectmanagementteam contact met de PZ-implementatiecoaches en ontvangt zij signalen waar en waarom de werkafspraken aangepast moeten worden. Hiervoor wordt een PDCA-cyclus ingericht.

Op basis van deze input bereidt het projectmanagementteam voorgenomen aanpassingen voor. In het 2^e en 3^e jaar na aanvang organiseren we een evaluatiemoment waarin we de voorgenomen herzieningen aan de manier van werken afstemmen en afronden. Na de evaluatie verankeren we de definitieve werkafspraken in de werkwijzen, protocollen en richtlijnen van de organisaties.

Maatschappelijke bewustwording

Sinds 2023 wordt in Friesland gewerkt met een uitgebreid Plan dat is opgesteld in de provinciale commissie Deskundigheidsbevordering (die bestaat uit zorginhoudelijke professionals, kwaliteitsadviseurs en adviseurs op het gebied van training en opleidingen. Bovendien is in deze groep een vaste vertegenwoordiging vanuit de enige Friese ROC en een ambassadeur vanuit het onderwijsknooppunt). We richten ons met deze groep op scholing én op maatschappelijke bewustwording.

De activiteiten die worden gefinancierd vanuit de transformatiegelden kunnen in samenwerking met de betrokken partijen verder worden ontwikkeld. Hierbij wordt gekeken naar een passende vorm voor de doelgroepen, met een focus op palliatieve zorg en gericht op alle inwoners van Friesland.

Mensen in Friesland kunnen, open en zonder angst, nadenken en praten over het leven en het levenseinde. Het levenseinde wordt gezien als een logisch en belangrijk onderdeel van het leven. Het is vanzelfsprekend om stil te staan bij wat echt belangrijk is; relaties, zingeving en hoe we onze tijd invullen.

We delen actief onze zorgen en wensen over het levenseinde in gesprekken met familie, vrienden en zorgverleners, zonder taboes of schaamte. In deze samenleving leeft men bewust, voluit, met een gezond besef van de eindigheid van het leven. Want wanneer je praat over het leven kom je vanzelf bij de dood.

Producten

Publieksbijeenkomsten en campagnes

Opstellen van een nieuw een strategisch communicatieplan, waarbij gebruik wordt gemaakt van mogelijkheden en initiatieven uit het sociaal domein, ten behoeve van de maatschappelijke bewustwording op het gebied van palliatieve zorg. Hierin staan centraal:

- Het herhaaldelijk organiseren van publieksbijeenkomsten, theatervoorstellingen, congressen en symposia
- Het op Friesland-niveau uitvoering geven aan (landelijke) campagnes en materialen zoals de inzet van het wensenboekje, en campagnes zoals 'Leven tot het laatste'.
- Het onderzoeken van de mogelijkheden tot één (digitaal) loket palliatieve zorg voor het laagdrempelig stellen van vragen van inwoners (patiënten en naasten en zorgverleners)

NPZF heeft de afgelopen jaren door middel van verschillende activiteiten gewerkt aan meer maatschappelijke bewustwording in Friesland. NPZF heeft hiervoor de samenwerking gezocht met welzijnsorganisaties, gemeenten, Sichtpunt en Friese zorgnetwerken. Voorbeelden van geslaagde publieksactiviteiten zijn theatervoorstellingen en andere bijeenkomsten:

- 1 'Mantelzorgmonologen' en
- 2 'Lang zal hij Leven'.
- 3 Kennisbijeenkomst voor vrijwilligers in het hospice en thuisondersteuning

NPZF heeft goed contact met journalisten van de Leeuwarder Courant. Bijeenkomsten worden meestal gepubliceerd met een foto. Daarnaast is er NPZF-publieksvoorlichting. NPZF wordt hiervoor steeds vaker benaderd. Daarnaast worden partijen (zoals bibliotheken, Alzheimer cafés en patiëntverenigingen) actief benaderd. Recente voorbeelden van NPZF-publieksbijeenkomsten zijn ANBO/PCOB, Parkinson cafés en de Friese cliëntraden.

Naast provinciale netwerkbijeenkomsten organiseren de netwerkleden (gezamenlijk) sub-regionale bijeenkomsten voor inwoners. Voorbeelden hiervan zijn 'Nij Smellinghe legt uit', 'Antonius College', de kennismarkten van Tjongerschans en publieksbijeenkomsten van MCL. Alle hospices hebben open dagen en rondom de Week van de Palliatieve Zorg hebben veel VVT-organisaties hun eigen publieksacties.

Er worden regionale materialen en informatiekkanalen ontwikkeld, beheerd en verspreid en landelijke campagnes en materialen onder de aandacht gebracht:

Regionaal

- [Nieuwsbrief – Netwerk Friesland](#)
- LinkedIn, met meer dan 1700 volgers
- Facebook
- ['Over leven met de dood' – Netwerk Friesland](#)
- [Wensenboekje – Netwerk Friesland](#), met een oplage van 8000 en in 2025 ook in het Fries
- [Pal voor U – Netwerk Friesland](#)
- Campagne 'Ongeneeslijk niet uitbehandeld' in het Fries op radio en tv
- In 2025 starten we, samen met Omrop Fryslân, een Friese documentaire. Er worden drie patiënten gevolgd die in de palliatieve fase zijn. Het doel ervan is mensen bekend te laten worden met alle facetten van palliatieve zorg.

Voor een overzicht van activiteiten: [Folder-Vijf-jaar-Netwerk-Palliatieve-Zorg-Fryslan.pdf](#)

Landelijk

- Campagne 'Leven tot het laatst'
- Kaartspel kiezen en delen
- Website: overpalliatievezorg.nl
- Website: weetuwatuwilt.nl
- Week van de Palliatieve Zorg

Activiteiten

Communicatieplan t.b.v. bewustwording ontwikkelen

De Netwerkcoördinator bundelt bestaande bijeenkomsten, materialen en campagnes, stemt deze af met communicatie van andere plannen en ontwikkelt in samenwerking met een goed bureau een communicatieplan (wie-wat-waar-wanneer-hoe) hoe deze worden ingezet voor alle inwoners met aandacht voor:

- Inwoners met een kwetsbare gezondheid

- Inwoners met een ongeneeslijke ziekte en hun naasten
- Specifieke doelgroepen die ook te maken hebben met palliatieve zorg: laaggeletterden, inwoners met een verstandelijke beperking, inwoners met psychiatrische problematiek, inwoners met een andere culturele achtergrond en jongeren.
- Mantelzorgers
- Familie en naasten van patiënten in de palliatieve fase

Uitvoeren communicatieplan

De netwerkcoördinator coördineert de uitvoering van het communicatieplan: in gemeentes en stadsdelen worden bijeenkomsten georganiseerd, campagnes worden uitgerold in samenwerking met betrokken zorgorganisaties en het patiëntloket wordt ingericht.

Tevens wordt in dit communicatieplan aandacht besteed aan informatie die beschikbaar wordt gesteld voor vrijwilligers en zorgverleners. Er wordt gebruik gemaakt van het Communicatieaanvalsplan 2020 dat is opgesteld. Een bureau wordt gevraagd het plan te actualiseren en om te vormen tot een meer strategisch communicatieplan.

- Op een besloten pagina van NPZF staan verschillende presentaties en materialen die kunnen worden ingezet
- Friese documentaire
- Extra aandacht voor de Week van de Palliatieve Zorg
- Aandacht voor communicatie vanuit de o.a. huisartsenpraktijk, welzijnsorganisaties, gemeenten, en apotheken, bijvoorbeeld in de wachtkamer
- De media worden benaderd om berichten te plaatsen over de campagne en over palliatieve zorg, ervaringsverhalen en impressies van publieksbijeenkomsten
- Tijdens de publieksbijeenkomsten wordt meteen een link gemaakt naar het sociaal domein door na afloop een soort 'markt' te organiseren, waar het relevante aanbod van lokale vrijwilligersorganisaties en inwonerinitiatieven wordt gepresenteerd

De netwerkcoördinator is verantwoordelijk voor het monitoren van de effectiviteit van de bijeenkomsten. En op basis van deze inzichten bij te sturen waar nodig.

Borgen activiteiten

De Netwerkcoördinator zorgt dat deze activiteiten structureel geborgd kunnen worden en heeft hierbij ook aandacht voor de financiering.

Deskundigheidsbevordering

Producten

Bij- en nascholing van zorgverleners op het gebied van palliatieve zorg

Sinds 2023 wordt in Friesland gewerkt met een uitgebreid Scholingsplan dat is opgesteld in de provinciale commissie Deskundigheidsbevordering (die bestaat uit zorginhoudelijke professionals, kwaliteitsadviseurs en adviseurs op het gebied van training en opleidingen. Bovendien is in deze groep een vaste vertegenwoordiging vanuit de enige Friese ROC en een ambassadeur vanuit het onderwijsknooppunt).

De bij- en nascholingsactiviteiten die worden gefinancierd vanuit de transformatiegelden kunnen in samenwerking met de betrokken partijen verder worden vormgegeven. Hierbij wordt gekeken naar een passende vorm van onderwijs per doelgroep, met een focus op palliatieve zorg (PZ) en gericht op alle vrijwilligers en professionals (generalist én specialist) van Friesland.

Borging van bij- en nascholing op het gebied van palliatieve zorg binnen en tussen zorgorganisaties

Afspraken binnen en tussen zorgorganisaties over toekomstige structurele bij- en nascholing kunnen in met dit transformatieplan worden verstevigd. In Friesland zouden we bijvoorbeeld provinciale leernetwerken voor aandachtverdelers kunnen vormen.

Activiteiten

Ontwikkelen bij/na scholingsplan

De coördinator NPZF zorgt ervoor dat het bestaande scholingsplan verder wordt uitgevoerd. Samen met de deelnemers van de commissie Deskundigheidsbevordering wordt het plan uitgebreid met doelen voor inbedding van palliatieve zorg in het initiële onderwijs. Bij de verdere ontwikkeling van het scholingsplan wordt ook de Friese Hbo-instelling nadrukkelijk betrokken.

Uitvoeren bij- nascholingsplan

De netwerkcoördinator coördineert de uitvoering van het scholingsplan. Hier wordt ook gekeken naar de rol van de netwerken in de toekomst.

Maken afspraken bij- nascholing binnen en tussen organisaties

Betrokken zorgorganisaties maken afspraken over de bij- en nascholing van medewerkers. Hierin worden ook de hospices meegenomen.

Extra ondersteuning onderwijsknooppunt

De ambassadeur van het onderwijsknooppunt zal extra worden ondersteund bij het verankeren van de palliatieve zorg in het initiële onderwijs.

Digitale ondersteuning

Het transformatieplan palliatieve zorg sluit voor de actielijn digitale ondersteuning aan bij de ontwikkelingen in de regio Friesland en de regionale digitaliseringsagenda van RIVO Noord. Hierbij gaat het onder meer over de regionale zorgviewer, zorgcoördinatie, VIPLive Regiozorg, het VECOZO MDO-traject, de regionale uitrol van MITZ en het project DWAAN! waarbij gewerkt wordt aan betere digitale samenwerking tussen de huisarts en de zorgteams binnen de wijkverpleging.

Producten

Viewer om makkelijk patiëntgegevens & PZP te delen

De Zorgviewer maakt het – als eerste systeem in Nederland – mogelijk om zorggegevens tussen verschillende zorgniveaus (1e, 2e en 3e lijn) te ontsluiten. Zorgviewer sluit aan bij de behoeften door inzicht te bieden aan alle betrokken zorgverleners door middel van:

- Overzichtelijke tijdslijn met alle registraties chronologisch per patiënt (verrichtingen, communicatie, diagnostiek, etc) waarmee:
 - Inzicht bestaat in welke zorgverleners betrokken zijn, in lijn met geldende privacy- en gegevenswetgeving (via lokalisatie van datafunctie van Mitz met de Zorgviewer)
 - Inzicht bestaat in patiëntgegevens, ook die in andere zorginstellingen zijn geregistreerd
 - Op één scherm inzichtelijk is de behandelaanwijzingen en wilsverklaringen van de patiënt (incl. registrerende instelling, datum, de behandeling waar aanwijzing/wilsverklaring voor bestaat en de evt. beperking), mede volgend uit het PZP-gesprek
 - Inzicht bestaat in labuitslagen per patiënt

Deze viewer faciliteert transmurale inzage in actuele dossiergegevens waaronder ook het digitale pzp-formulier. Hierin zijn de actuele behandelwensen en beleid van inwoners op regionaal niveau beschikbaar. GERRIT zal hierbij de landelijke ontwikkelingen rondom de informatiestandaard pzp (wordt op dit moment ontwikkeld door IKNL) in de gaten houden. Ook wordt binnen dit traject gewerkt aan het faciliteren van het vastleggen, delen en verwerken van Basisgegevensset Zorg-data. Zo kan die continuïteit van zorg beter geborgd worden.

Betere digitale ondersteuning van het MDO

Door digitale ondersteuning van het MDO wordt het MDO-proces uniformer en makkelijker. Hiervoor wordt dezelfde dataset als input gebruikt. Er is binnen het transformatieplan behoefte aan het versterken van de onderlinge bereikbaarheid. Deze behoefte wordt door RSO gecoördineerd en inhoudelijk vanuit het transformatieplan ondersteund. Er is reeds een inventarisatie van deelnemers en systemen gemaakt.

Digitale (zorg)communicatie tussen inwoners en professionals en professionals onderling

Traject DWAAN! richt zich op digitalisering van communicatie. Het gaat hierbij om een meedenkconsult en kort overleg, digitale verwijzing en tweewegcommunicatie. In het meedenkconsult en kort overleg worden de mogelijkheden voor uniforme afstemming rondom digitale asynchrone zorgcommunicatie uitgebreid (is nu alleen tussen huisarts en wijkverpleging). Vanuit de usecase tweewegcommunicatie worden middels een communicatieplatform netwerken rondom de patiënt aangemaakt. Met deze netwerken wordt beter inzichtelijk welke professionals er betrokken zijn bij een patiënt en is de relevante informatie beter inzichtelijk.

Activiteiten

Ondersteunen van de RSO door middel van een projectleider digitale ondersteuning palliatieve zorg

De digitaliseringsoplossingen worden ontwikkeld vanuit enkele lopende trajecten in de regio Friesland, waarbij de RSO GERRIT betrokken is.

Vanuit het transformatieplan palliatieve zorg zal een projectleider digitale ondersteuning in deeltijd aangesteld worden. Deze projectleider werkt onder het programmamanagementteam (PMT) van de transformatie palliatieve zorg. Hij of zij heeft kennis en ervaring op het gebied van digitale gegevensuitwisseling in de zorg en ondersteunt het programmamanagementteam (PMT) als contactpersoon en sparringspartner van GERRIT. De projectleider zal ondersteund worden vanuit het nationaal programma palliatieve zorg met ervaring en kennis.

Daarnaast legt de projectleider digitale ondersteuning verbinding met het fundament 'digitalisering' van het FrIZA.

Daarnaast ondersteunt de projectleider de transformatieaanjagers van de verschillende organisaties met het verspreiden van de kennis over de ontwikkelde digitaliseringsoplossingen.

Passende financiering

Producten

Advies oplossingen hiaten in financiering en bekostiging

Samen met de betrokken zorgaanbieders en de (coördinerend) zorgverzekeraar(s) wordt een advies opgesteld voor passende financiering van palliatieve zorg. Daarbij wordt actief informatie opgehaald bij regio's die hierin al verder gevorderd zijn. De verwachting is dat we, door gebruik te maken van hun inzichten en ervaringen, het proces in onze regio kunnen versnellen en efficiënter kunnen inrichten.

Er zal samen met alle betrokken zorgaanbieders en de (coördinerend) zorgverzekeraar(s) een advies passende financiering worden ontwikkeld. Hierin worden de aanpassingen beschreven in de financiering en bekostiging van palliatieve zorg die noodzakelijk zijn om deze zorg passend te leveren. Dit advies heeft als doel dat:

- 1 De gemaakte afspraken uitnodigen uit om passende palliatieve zorg te leveren, en niet-passende zorg ontmoedigen
- 2 De partijen zich committeren aan regionaal gekozen oplossingen voor lacunes en/of obstakels in de reguliere financiering
- 3 Alle partijen (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) weten welke aanpassingen in de contracten hiervoor nodig zijn

Onderwerpen die in ieder geval onderdeel moeten zijn van het advies zijn, financiering PZP, coördinatie en continuïteit, financiering MDO's en transmurale samenwerking, inzet specialist en aandacht voor nachtzorg in bijna-thuishuizen.

Onderdeel van dit advies zijn inhoudelijke- en procesafspraken waarvoor het nodig is dat zorgverzekeraars gelijkgericht handelen. Denk bijvoorbeeld aan afspraken over de financiering van technologie, de bekostiging middels innovatieve prestaties (zoals bijvoorbeeld voor coördinerende taken zoals deelname aan MDO's) en de uitsluiting van palliatieve zorg in doelmatigheidsmodellen. Deze afspraken worden gevat in een paragraaf gelijkgerichtheid, welke (indien nodig) jaarlijks wordt opgeleverd.

Financiële afspraken worden door regionale zorgaanbieders en zorgverzekeraars bilateraal gemaakt. De werkgroep adviseert over benodigde afspraken.

Notities gelijkgerichtheid zorginkoop in samenspraak met zorgverzekeraars

Op basis van dit advies worden er afspraken gemaakt dat zorgverzekeraars bij de inhoudelijke- en procesafspraken gelijkgericht handelen. Denk bijvoorbeeld aan afspraken over de financiering van technologie, de bekostiging middels innovatieve prestaties (zoals bijvoorbeeld voor coördinerende taken zoals deelname aan MDO's) en de uitsluiting van palliatieve zorg in doelmatigheidsmodellen. Deze afspraken worden gevat in een notitie gelijkgerichtheid, welke jaarlijks wordt opgeleverd.

Activiteiten

Onderzoekstraject passende financiering

Een Projectleider 'passende financiering' zal een onderzoekstraject doorlopen om in kaart te brengen welke aanpassingen in de financiering van palliatieve zorg noodzakelijk zijn om deze zorg passend te bieden. Het vertrekpunt hiervoor is het beoogde palliatieve zorgsysteem. Dit doet de projectleider i.s.m. met o.a. zorgverkopers en business controllers (of andere financiële experts) van ten minste de ziekenhuizen, (grote) wijkverplegingsorganisaties, de regionale huisartsenorganisatie en andere betrokken regionale zorgorganisaties en tot slot met de zorginkopers van de regionaal twee coördinerende zorgverzekeraars.

Op basis van het gewenste zorgproces (de SOLL) werken zij uit:

- Een inventarisatie van onderdelen of zorgactiviteiten
 - Waarvoor geen (passende) betaaltitel beschikbaar is
 - Waarbij de huidige contractafspraken niet passend zijn
 - Waarbij contractafspraken obstakels in het zorgproces opleveren (zoals specifieke machtigingsaanvragen)
- Mogelijke oplossingen per zorgsoort (ziekenhuizen, ha, wijkverpleging, etc.) en voor transmurale samenwerking
- De keuze voor de best passende oplossing en de duiding hiervan
- Een inventarisatie van de onderdelen waarop gelijkgerichtheid in contractering nodig is
- Een advies passende financiering inclusief een paragraaf gelijkgerichtheid

Dit advies wordt uitgewerkt zodat de besluitvorming afgerond kan zijn vóór de start van de contractering voor 2026, eventueel met een jaarlijkse update.

In dit traject wordt zoveel mogelijk aangesloten bij landelijke ontwikkelingen, daarom zal dit project actief ondersteund worden vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ II). Wanneer tijdens het traject landelijke oplossingen beschikbaar komen die de hiaten voor Midden-Nederland oplossen zal de regionale inzet heroverwogen worden.

Jaarlijks vaststellen notities gelijkgerichtheid zvv & aanbieders

Na het onderzoekstraject zal gezamenlijk met de zorgverzekeraar geïnventariseerd worden op welke onderdelen gelijkgerichtheid in de contractering noodzakelijk is. Dit wordt jaarlijks herzien en vastgelegd in een gezamenlijke notitie gelijkgerichtheid, welke ook vóór de start van de contractering voor 2026 is uitgewerkt.

NB. Het aanpassen van de contractafspraken is een bilaterale aangelegenheid. Dit valt buiten de scope van het transformatieplan.

Spiegel- en stuurinformatie

Producten

Meetplan en verwerkingsafspraken

Dit betreft de afspraken die we op regionaal niveau maken over de wijze waarop we de voortgang op de KPI's meten en hoe we de data daarvoor verkrijgen en verwerken. Uitgangspunt is hierbij het zoveel als mogelijk gebruik maken van bestaande data en declaratiestromen. Hierbij zal zo dicht mogelijk bij de bron (ziekenhuizen én VVT) gewerkt worden. Het is van belang dat er tussen het daadwerkelijk moment van zorggebruik en het beschikbaar komen van deze data minimale vertraging is, om effectieve sturing mogelijk te maken.

Dashboard & duidings-cyclus met inzicht in voortgang op KPI's + inzichten

Hierbij doelen we op een periodiek gevuld dashboard, online of in Excel-format waarin ten minste de voortgang op de resultaatgerichte KPI's te volgen is. In latere stadia kunnen we dit doorontwikkelen naar:

- 1 Inzicht in de mate van passende zorg in het zorgproces gedurende het laatste levensjaar
- 2 Inzicht in de mate van potentieel niet-passende zorg in de laatste levensmaand
- 3 Inzicht in de beleving van patiënt en zorgverlener rondom het zorgproces
- 4 Inzicht in de verwachte zorgverschuiving door (en kosten van zorg in) de palliatieve fase
- 5 Aansluiting op landelijke voortgangsmonitor met spiegelinformatie tussen regio's

Activiteiten

Meetplan en verwerkingsafspraken ontwikkelen

We richten een projectgroep 'Meten en Monitoren' in met hierbij BI-afgevaardigden en capaciteitsmanagers vanuit elke sector (ziekenhuizen, RHO's, VVT). Hierbij ontwikkelen we onder leiding van een Projectleider 'meten en monitoren' een meetplan om inzicht te krijgen in de voortgang op de resultaatgerichte KPI's. Hierbij kunnen we gebruik maken van de kennis en expertise vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ II) en de ontwikkel-transformatieregio's. In het meetplan beschrijven we hoe we inzicht verkrijgen in de transformatiedoelen. Voor het inzichtelijk maken van voortgang op KPI's maken we zoveel mogelijk gebruik van bestaande data om zo onnodige registratielast te voorkomen.

Dashboard opzetten en ontsluiten voor betrokken partijen

De projectleider zet conform het meetplan het dashboard op. Hierbij is het meten van de resultaatgerichte KPI's de prioriteit. Vervolgens voegt de projectgroep 'Meten en monitoren' de overige indicatoren – in lijn met de quadruple aim²⁵ – toe.

²⁵ Quadruple aim in de zorg: 1: Verbetering van de gezondheid van de populatie; 2: Verbetering van de patiëntervaring; 3: Verlaging van de zorgkosten; 4: Verbetering van de werkervaring van zorgverleners

Dashboard periodiek vullen middels data-uitvraag bij organisaties

Betrokken zorgorganisaties leveren periodiek de benodigde data aan conform meetplan en verwerkingsafspraken.

Inzichten duiden

Een projectgroep met BI-professionals en capaciteitsmanagers zorgt periodiek voor de duiding van de inzichten uit het dashboard en geeft hierover advies aan de bestuurlijke regiegroep.

Bijlage VI: Thema's voor werkafspraken onder Afspraken op alle niveaus

Afspraken op alle niveaus

Voor de transformatieopdracht 'afspraken op alle niveaus' zie Bijlage V.

Hieronder volgen de tien uitgewerkte thema's waarvoor we in een gezamenlijke bijeenkomst kaders hebben uitgewerkt. Per thema zijn drie punten opgenomen:

- 1 **Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken:** Waarover willen we werkafspraken ontwikkelen op dit onderwerp?
- 2 **Uitgangspunten bij het ontwikkelen:** Welke uitgangspunten moeten we bij het ontwikkelen in acht nemen? Deze hebben we nu vast uitgewerkt om ervoor te zorgen dat de oplossingen vanuit de andere actielijnen ook aansluiten bij de te ontwikkelen werkafspraken.
- 3 **Betrokken partijen:** Welke partijen moeten deelnemen aan het ontwikkelen van de werkafspraken?

Signaleren, markeren en proactieve zorgplanning in Friesland

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken (waar nodig) om het 'Stappenplan Proactieve Zorgplanning Friesland' te implementeren;

De kern van de Proactieve Zorgplanning is de dialoog met de patiënt om de (behandel-) wensen en -grenzen te bespreken. Het stappenplan kan (zorg-)professionals hierin ondersteunen en een handreiking geven. Ook kan het bijdragen aan de coördinatie en continuïteit van zorg en daarmee aan de kwaliteit van zorg. Gezamenlijke besluitvoering is de basis van het gesprek rondom Proactieve Zorgplanning.

In Friesland heeft in 2024 ROS Friesland, in opdracht van NPZF, het Stappenplan Proactieve Zorgplanning (PZP) van 2017 geactualiseerd, in samenwerking met verschillende experts palliatieve zorg in Friesland. Het stappenplan is geaccordeerd in de Provinciale Regiegroep van NPZF. De inzet van Proactieve Zorgplanning (PZP) gebeurt aan de hand van vijf stappen:

- 1 Markeren. Met welke patiënten voert u een gesprek?
- 2 In kaart brengen van wensen en behoeften
- 3 Vastleggen. Hoe en waar leg ik het gesprek vast?
- 4 Overdracht. Hoe en aan wie moet ik het PZP overdragen?
- 5 Belangrijke checkmomenten. Is de PZP aanwezig en is het actueel?

Het signaleren komt terug in deze eerste opzet als aanvulling op het reeds bestaande plan [Stappenplan-Proactieve-Zorgplanning-spreads.pdf](#).



Neem de reeds bestaande werkafspraken door zoals beschreven in het Stappenplan Proactieve Zorgplanning. Valideer deze, en ontwikkel zo nodig aanvullende werkafspraken voor het signaleren en de vijf stappen binnen het Stappenplan, waarbij in alle organisaties ten minste duidelijk moet zijn:

- 1 Welke zorgverlener voor welke patiënten op welk moment verantwoordelijk is voor de markering, de start van de PZP-gesprekken en het signaleren van de palliatieve zorgbehoeften.
- 2 Wie in welke fase de PZP-gesprekken voert.
- 3 Hoe en door wie de uitkomsten van PZP-gesprekken vastgelegd worden in het proactief transmuraal zorgplan / Individueel zorgplan (IZP).
- 4 Hoe het IZP (inclusief uitkomsten PZP en doelen en interventies m.b.t. de palliatieve zorgbehoeften), met toestemming van de patiënt of wettelijk vertegenwoordiger, inzichtelijk wordt gemaakt voor alle betrokken zorgverleners.
- 5 Of en hoe er gewerkt kan worden met één vast aanspreekpunt voor een patiënt in de laatste levensfase en diens naasten

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

In de regio Friesland is het Stappenplan Proactieve Zorgplanning ontwikkeld (een actualisatie van het oude stappenplan van 2017), met verwijzingen naar alle instrumenten zie binnen NPZF zijn ontwikkeld, zoals het transmuraal proactief zorgplan, een handleiding met FAQ en handige zakkaartjes (zie [Proactieve Zorgplanning op de Friese werkvloer – Netwerk Friesland](#) . Het Stappenplan een 'dynamisch document'. Aangepaste of nieuwe werkafspraken ontwikkelen we in lijn met dit Stappenplan en we bouwen hierop voort.

Aandachtspunten bij het ontwikkelen

- 1 Op welke manier zorgen we ervoor dat het stappenplan in elke zorgorganisatie in Friesland wordt geïmplementeerd en wat hebben we daarbij nodig?

- 2 We zorgen voor verduidelijking over wie in het proces welke rol en verantwoordelijkheid heeft
- 3 Op welke manier wordt de patiënt meegenomen in het geheel en staat de patiënt zelf ook achter deze werkwijze?
- 4 Signalering een plek geven
- 5 Op welke manier betrekken we welzijnsorganisaties en gemeenten (sociaal domein) bij de implementatie?

Deelnemende partijen

- Huisartsenpraktijken (HA, POH, VS, PA)
- Thuiszorg/specialistische teams
- Ziekenhuizen (MS, Palliatief team, geestelijke verzorging)
- Maatschappelijk werk/welzijn
- Verpleeghuizen (SOG)
- Hospice
- Casemanager dementie
- Geestelijk verzorger (ook intramuraal)

Welke punten uit onze groepsdiscussie waren het belangrijkste?

- 1 Definitie patiëntengroep
- 2 Wie neemt de regie/voortouw, wie is verantwoordelijk
- 3 Wat gebeurt er met de afspraken? Met wie wordt dit gedeeld?
- 4 Digitaal delen zorgplan
- 5 Gebruik maken van wat er al is (PP [Proactieve Zorgplanning op de Friese werkvloer – Netwerk Friesland](#))

Transmurale overlegstructuren 1^e lijn

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Richt een overlegstructuur in rondom palliatieve patiënten en ontwikkel afspraken voor deze afstemming in de wijk, zodat integrale zorg en ondersteuning aan palliatieve patiënten optimaal is. Hierin wordt in ieder geval duidelijk:

- 1 Welke bestaande overlegstructuren (Multidisciplinaire overleggen, MDO's) kunnen fungeren als een overlegstructuur voor palliatieve zorg in de wijk? Bijvoorbeeld PaTz, MDO-ouderenzorg, integreren in Wijkgericht werken.
- 2 Op welk moment patiënten in de palliatieve fase worden besproken binnen dit MDO.
- 3 Wie verantwoordelijk is voor het inbrengen van welke patiënten in dit overleg.
- 4 Welke zorgverleners er aanwezig zijn bij het overleg.
- 5 Hoe de coördinatie en beschikbaarheid van specialisten palliatieve zorg (kaderartsen, cq. PCTF, cq. TOPZ, cq. PAT) wordt geregeld om tijdig advies en consultatie in te winnen bij complexe casuïstiek.
- 6 Hoe de uitkomsten van het MDO worden vastgelegd en via welke overdracht gedeeld met alle betrokken partijen, volgens het Stappenplan Proactieve Zorgplanning ([Stappenplan-Proactieve-Zorgplanning-spreads.pdf](#))
- 7 Op welke manier een follow-up-systeem binnen de projectteams wordt geïmplementeerd om de continuïteit van zorg te borgen, ook richting de 2^e lijn en wie verantwoordelijk is voor deze follow-up

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1 Er worden zo min mogelijk nieuwe MDO's opgericht, we sluiten zo veel mogelijk aan bij de bestaande overlegstructuren.
- 2 Alle patiënten in Friesland worden toegewezen aan een van de MDO's.
- 3 De MDO's spelen een centrale rol in de coördinatie en continuïteit van de zorg in de palliatieve fase, hierin zijn verschillende typen zorgverleners betrokken.
- 4 In de MDO's worden blokken tijd gereserveerd voor het bespreken van patiënten in de palliatieve fase. Deze blokken worden op een dusdanige frequentie gereserveerd dat alle nieuw gemarkeerde patiënten in de palliatieve fase binnen besproken kunnen worden.
- 5 Elk MDO heeft een coördinator die verantwoordelijk is voor het bijhouden van een follow-upstelsel waarmee bepaald wordt welke patiënten er besproken worden
- 6 Adequate samenwerking en communicatie tussen 0^e, 1^e en 2^e lijn dient te ontstaan
- 7 Door bereikbaarheid en beschikbaarheid van specialisten palliatieve zorg voor de MDO's is tijdig advies en consultatie bij casuïstiek van laag-complex tot complex geborgd.
- 8 In de werkwijze van de MDO's wordt de inzet van geestelijk verzorgers meegenomen.
- 9 In de werkwijze van MDO's wordt de inzet van vrijwilligers terminale zorg (informele zorg) bij patiënten in de palliatieve fase meegenomen.

- 10 Het monitoren van overbelasting mantelzorgers krijgt een plaats in de werkwijze van MDO's.
- 11 Er is na het overlijden ruimte om nazorg te bespreken en te regelen.

Deelnemende partijen

- Huisartsenpraktijken (HA, POH, DA)
- Thuiszorg/specialistische teams
- Ziekenhuizen (MS, Palliatief team, geestelijke verzorging)
- Maatschappelijk werk/welzijn
- Verpleeghuizen (SOG)
- Hospice
- Casemanager dementie
- Geestelijk verzorger (ook intramuraal)
- Zorgbelang Friesland
- Gemeente intensiever betrekken

Welke punten uit onze groepsdiscussie waren het belangrijkste?

- 1 Goede structuur 1^e + 2^e lijn cruciaal voor markeren
- 2 Welke patiënten includeer je (bijv. ook GGZ-patiënten)?
- 3 Moet iedereen in het MDO? Zijn er palliatieve patiënten die dit niet nodig hebben?
- 4 Casemanager dementie is een mooi voorbeeld hoe de patiënt gesteund wordt door een vaste contactpersoon. Casemanager palliatief zou eenzelfde rol kunnen vervullen als centraal coördinerende persoon
- 5 Sneller het signaal oppikken van overbelasting/ontwrichting van het informele steunsysteem. Bewustwording van de rol van mantelzorger zijn, niet iedereen weet dat hij /zij mantelzorger is
- 6 Deskundigheid in het goede gesprek (bv. positieve gezondheid)

Transmurale overlegstructuren 2e lijn

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor de multidisciplinaire overleggen (MDO's) binnen de palliatieve zorg (PZ) in het ziekenhuis. Deze afspraken moeten duidelijk maken:

- 1 Hoe vaak, wanneer en op welke afdelingen MDO's plaatsvinden in relatie tot palliatieve zorg (bijv. zo nodig op aanvraag, of 1x per week)
- 2 Welke zorgverleners zijn betrokken bij deze MDO's (bijv. specialisten, verpleegkundigen, geestelijk verzorgers)
- 3 Hoe patiënten worden geselecteerd voor een MDO-bespreking.
- 4 Hoe de uitkomsten van het MDO worden vastgelegd en via welke overdracht gedeeld met alle betrokken partijen, volgens het Stappenplan Proactieve Zorgplanning ([Stappenplan-Proactieve-Zorgplanning-spreads.pdf](#))
- 5 Hoe huisartsen bij MDO's worden betrokken waar voor hen relevante overdrachten of patiënteninformatie worden besproken (bijv. uitnodigen of telefonisch terugkoppelen).

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1 De MDO's moeten zo veel mogelijk aansluiten bij bestaande MDO-structuren waar mogelijk.
- 2 Patiënten in de palliatieve fase worden tijdig besproken om zorg te kunnen afstemmen op hun behoeften
- 3 Er is de mogelijkheid dat de huisartsenpraktijk (incl. POH) van een patiënt wordt uitgenodigd bij de MDO's. Vanwege de regio-overstijgende rol van de ziekenhuizen is het van belang dit ook digitaal kan

Deelnemende partijen

- 1^e lijn (huisarts/POH, thuiszorg/verpleging intra en extramuraal)
- 2^e lijn
- Zorgbelang Friesland

Welke punten uit onze groepsdiscussie waren het belangrijkste?

- 1 Patiënt centraal en betrokken, patiënt markeren als startpunt
- 2 Is het mogelijk om de overlegstructuren 1^e en 2^e lijn samen te voegen?
- 3 Belangrijk om rollen en taken te specificeren
- 4 Breder dan alleen de huisarts (ook POH/VS/PA en thuiszorg)
- 5 Ziekenhuis overstijgend MDO (patiënt en zijn/haar stakeholders)

- 6 Gegevensuitwisseling belangrijk (tussen behandelaren en erbuiten zoals ambulancezorg en ANW). Hoe vaak moet iemand vertellen dat hij niet gereanimeerd wil worden

Ondersteuning en coördinatie (complexe) casuïstiek

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor de inzet van specialisten palliatieve zorg. De werkafspraken moeten duidelijk maken:

- 1 Hoe de begeleiding moet zijn ingericht. Moet dit voor álle patiënten in de palliatieve fase, of alleen in het geval van (hoog) complexe casuïstiek?
- 2 Hoe, wanneer en onder welke omstandigheden generalistische zorgverleners in de palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners palliatieve zorg kunnen en moeten inschakelen
- 3 Hoe consultatie en advies van specialisten wordt georganiseerd, zowel binnen als buiten kantooruren.
- 4 Hoe de samenwerking tussen de specialist palliatieve zorg en andere zorgverleners, waaronder de zorgverleners uit de huisartsenpraktijk, verloopt.
- 5 Hoe de registratie en verslaglegging van de inzet en aanbevelingen van specialisten palliatieve zorg worden opgenomen in het centrale zorgdossier, volgens het Stappenplan Proactieve Zorgplanning (ook hoe men, indien mogelijk, (in) elkaar's dossiers kan inzien / rapporteren)
- 6 Of en hoe we inzetten op (24/7) psychosociale consultatie bij complexe palliatieve zorg

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1 De specialisten palliatieve zorg zijn vindbaar, bereikbaar en beschikbaar voor de generalisten.
- 2 De specialisten palliatieve zorg zijn beschikbaar voor afstemming met en ondersteuning van zorgverleners bij het verlenen van de palliatieve zorg. Ze zijn specifiek beschikbaar voor ondersteuning bij complexe casuïstiek.
 - Specialist palliatieve zorg kunnen telefonische of 'bedside' consultatie verlenen en houden daarnaast spreekuren op een polikliniek;
 - Een specialist palliatieve zorg kan een (tijdelijke) regiefunctie vervullen.
- 3 Er is een zogenaamd patiëntenloket (zorgloket palliatieve zorg) waar patiënten/naasten laagdrempelig met hun vragen terecht kunnen met minder complexe vragen. Mogelijk in de vorm van spreekuren palliatieve zorg in wijkpoli's. Zoveel mogelijk aanhaken aan bestaande loketten in de wijken. We richten geen nieuwe structuren in.
- 4 De landelijke richtlijnen voor welke zorgverleners zich specialist palliatieve zorg mag noemen worden aangehouden.

Deelnemende partijen

- Huisarts

- Wijkverpleegkundige
- Ziekenhuis
- Zorgbelang Friesland
- Kaderartsen
- SOG
- Palliatief team (2^e lijn)

Welke punten uit onze groepsdiscussie waren het belangrijkste?

- 1 Duidelijk omschrijven wie de regisseursrol pakt (punt 4.4)
- 2 Goede koppeling gezamenlijk dossier
- 3 Het is niet wenselijk om nieuwe functies in te richten
- 4 Deskundigheidsbevordering is hier belangrijk, ook onder generalisten
- 5 Check haalbaarheid te maken afspraken, kun je het specialistisch bieden?
- 6 Hoe past het patiëntenloket bij laagdrempelige en minder complexe zorgvragen, is dit een optie?
- 7 Nieuwe zorgmedewerkers opleiden met nieuw kader, toevoegen curriculum. Bij huidige medewerkers inzetten op gesprekstechnieken (nieuwe scholing nodig). Welke handvaten zijn nodig voor informele zorgnetwerk

Capaciteit en kwaliteit hospicezorg

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor het borgen van capaciteit en kwaliteit binnen de hospicezorg, op basis van het onderzoeksrapport 'De Voorpoort naar de Hemel' dat ROS Friesland in opdracht van NPZF doet, met een Friese actieagenda om knelpunten op de lossen. Dit omvat:

- 1 Kaders t.b.v. onderlinge samenwerking en mogelijke signalerende rol hospices en palliatieve units ten aanzien van het individueel zorgplan van aangemelde patiënten
- 2 Indien capaciteitsuitbreiding nodig is, wordt een plan van aanpak voor deze uitbreiding uitgewerkt
- 3 Uitwerken van samenwerkingsafspraken t.a.v. signalerende rol hospices en palliatieve units als het gaat om kwaliteit van het individueel zorgplan van aangemelde patiënten

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1 De huidige hospices en palliatieve units in Friesland werken volgens het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg
- 2 De huidige hospices en palliatieve units gaan samenwerken aan de vraagstukken op het 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 à tien jaar en hoe dat gerealiseerd zou kunnen worden. Hierbij houden ze ook rekening met doelgroepen, zoals VG- en GGZ-patiënten in de palliatief terminale fase.
- 3 Er wordt gebruikgemaakt van het onderzoek dat ROS Friesland in 2022 is gestart, in opdracht van NPZF. Klik hier voor het rapport en een update uit 2024: [Hospicezorg – Netwerk Friesland](#)
- 4 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.

Deelnemende partijen

- Hospices/palliatieve units
- Transferpunten/zorgadministratie
- Thuiszorg
- Specialist(en) ouderengeneeskunde / geriaters
- VPTZ(vrijwilligers)
- Zorgbelang Friesland

- 2^e lijn
- Financiers
- Dokterszorg
- Informele zorg
- Huisartsen
- GGZ/VG

Welke punten uit onze groepsdiscussie waren het belangrijkste?

- 1 Zichtbaarheid (digitaal) beschikbare bedden (capaciteitsinzicht real time), verbinding met coördinatiepunt
- 2 Passende (hospice)zorg voor mensen met GGZ/verslavings-/gedragsproblematiek
- 3 Doorstroom van mensen die opknappen in de hospice
- 4 Expertise specifieke doelgroepen betrekken
- 5 Financiering moet aansluiten

Versterken inzet informele zorg

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor het versterken van de inzet van vrijwilligers en andere informele zorgverleners binnen de palliatieve zorg. Dit moet duidelijk maken:

- 1 Hoe de informele zorg kan worden ingezet binnen palliatief terminale zorg, met in ieder geval wat en wanneer de inzet mogelijk is.
- 2 Tot waar de verantwoordelijkheid van vrijwilligers over het algemeen reikt en welke aspecten bij deze overweging worden meegenomen.
- 3 Wat de benodigde samenwerking is met het 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.
- 4 Hoe het potentieel aan vrijwilligers in Friesland bereikt kan worden
- 5 Hoe mantelzorgers al vroegtijdig geïnformeerd en gesteund kunnen worden.

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1 In de MDO's 1^e en 2^e lijn wordt bij iedere palliatieve patiënt de inzet van vrijwilligers terminale zorg (VPTZ) besproken. Bovendien wordt overbelasting van mantelzorgers, die zorgen voor een naaste die zich in de palliatieve fase bevindt, gemonitord.
- 2 Ook op andere plekken in het zorgproces van palliatieve patiënten is aandacht voor inzet vrijwilligers palliatief terminale zorg nodig, zoals bijvoorbeeld bij MDO van het ziekenhuis.
- 3 Verbinding van VPTZ-organisaties met het sociaal 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.
- 4 Vrijwilligers krijgen toegang tot passende training en begeleiding.
- 5 Vrijwilligers worden waar mogelijk actief betrokken bij zorgteams om emotionele ondersteuning te bieden.
- 6 De inzet van vrijwilligers wordt afgestemd met andere zorgverleners om een integrale zorgaanpak te waarborgen.
- 7 We betrekken expliciet de familie van elke patiënt

Deelnemende partijen

- Thuiszorg
- VPTZ
- Sociaal domein/gemeente
- Zorgbelang Friesland

- Mantelzorgorganisaties

Welke punten uit onze groepsdiscussie waren het belangrijkst?

- 1 Vrijwilliger vervangen door informele zorg (maak opdracht breder)
- 2 Betrekken familie
- 3 Rol verduidelijking, onderscheiden van verschillende soorten informele zorg en bijbehorende taken/verantwoordelijkheden
- 4 Coördinatie voor in kaart brengen en inzetten van informeel netwerk vind thuis plaats
- 5 Palliatieve zorg als expertise vraagt passende ondersteuning/traning binnen het informele netwerk
- 6 Geestelijke verzorging hoort hier niet bij

Aansluiten welzijnsorganisaties en gemeenten (sociaal domein)

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor de samenwerking tussen de palliatieve zorg en het sociaal domein, zodat duidelijk wordt:

- 1 Wat de rol is van gemeenten bij palliatieve zorg, inclusief wat het draagvlak is bij betrokken gemeenten.
- 2 Wat de rol is van welzijnsorganisaties bij palliatieve zorg.
- 3 Hoe bewustwording van inwoners en Wmo-consulenten wordt verzorgd en wat de rol van de gemeenten daarbij is; hoe die opdracht wordt gegeven aan het sociaal domein.
- 4 Wat de verdeling is van taken en verantwoordelijkheden van de kaders naar de sub-regionale situatie en partijen.
- 5 Hoe mantelzorgers worden ondersteund binnen het sociaal domein
- 6 Welke diensten vanuit de gemeenten (bijv. Wmo, welzijnswerk) beschikbaar zijn voor patiënten in de palliatieve fase en hun families.
- 7 Hoe communicatie en samenwerking verloopt tussen zorgverleners en gemeentelijke instanties.

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1 Het sociaal domein is vertegenwoordigd in de MDO's in de wijk.
- 2 Medewerkers uit het sociaal domein zijn bekend met palliatieve zorg en zijn in staat om palliatieve zorg te signaleren.
- 3 De rol van het sociaal domein moet nog verder worden uitgewerkt (in de gehele palliatieve fase). We denken hierbij in ieder geval aan de rol :
 - a van 'Wijkgericht werken'
 - b in de MDO's op het onderwerp palliatieve zorg.
 - c in de verbinding tussen organisaties in de informele (terminale) zorg.
 - d m.b.t. bewustwording en mantelzorgondersteuning.
 - e van Sichtpunt.
- 4 Geleerde lessen van landelijke en regionale pilots worden meegenomen
- 5 Er is een centraal aanspreekpunt (zorgloket PZ?) binnen de gemeente voor PZ-gerelateerde zaken
- 6 Mantelzorgondersteuning wordt actief meegenomen in de zorgplannen
- 7 Samenwerking tussen de gemeente en zorginstellingen is cruciaal voor een integrale zorgaanpak
- 7 We verwachten dat personen met een loketfunctie binnen het sociaal domein bekend zijn met palliatieve zorgen de palliatieve fase, zodat ze ook hier de juiste ondersteuning proactief kunnen aanbieden. Sichtpunt kan een rol spelen bij deskundigheidsbevordering.

Deelnemende partijen

- Gemeenten (vertegenwoordigd door een afvaardiging en/of gemandateerde gemeente (Smallingerland))
- Mantelzorgorganisaties
- Welzijnsorganisaties
- VVT
- Zorgbelang Friesland

Welke punten uit onze groepsdiscussie waren het belangrijkste?

- 1 Het sociaal domein is bij het MDO indien deze ook deel uitmaken van het team welke zorg en diensten verleent bij de patiënt
- 2 De gemeente zou de randvoorwaarden (faciliteiten van hulpmiddelen/woningaanpassing) dienen te creëren en de wijkverpleegkundige weet wie bij de gemeente hiervoor benaderbaar is. Het ondersteunen van de mantelzorg/informele netwerk is medeverantwoordelijkheid van de gemeente
- 3 Het is lastig om een beeld te vormen wat de rol van de gemeente zou kunnen zijn en dan is het ook lastig om op te merken wat ze 'moeten doen, moeten weten'. Dit thema vraagt echt verdieping in een werkgroep om de vraag en het gemis helder te krijgen

Aansluiten acute zorg in transmurale samenwerking

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor de aansluiting van palliatieve zorg binnen de acute zorg, waarbij duidelijk wordt:

- 1 Hoe er wordt gezorgd dat het PZP-plan, met daarin de behandelwensen en grenzen, bekend is bij het acute zorgteam (zie voor een PZP-plan bladzijde 8 van het [Stappenplan-Proactieve-Zorgplanning-spreads.pdf](#))
- 2 Hoe we acute zorg betrekken (ambulancezorg, SEH, HAP) bij de transmurale samenwerking.
- 3 Op welke manier alle betrokkenen (formele en informele zorgverleners) op de hoogte worden gebracht van hoe te handelen in een acute situatie.
- 4 Welke protocollen moeten worden gevolgd in situaties waarin acute interventie niet meer gewenst is (bijv. niet-reanimeren). Zie daarvoor de handleiding PZP op blz. 8 in [Stappenplan-Proactieve-Zorgplanning-spreads.pdf](#)

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1 De afspraken in het IZP zijn inzichtelijk voor de HAP, de ambulancedienst en de SEH.
 - Hierbij is het belangrijk dat informatie doorgegeven kan worden aan de ambulance en dat deze hiernaar handelt;
 - De ambulancezorg is zich bewust van het belang van palliatieve zorg;
 - Een idee als overbrugging tot de digitaliseringsoplossingen zijn uitgerold is het gebruikmaken van een 'yellow box' (voorbeeld Engeland) in de woning van een patiënt waarin alle informatie te vinden is bij acute situaties.
- 2 Bij vastgelegde PZP-afspraken wordt de patiënt en naasten verzocht in eerste instantie bij acute achteruitgang de HAP te bellen i.p.v. 112.
- 3 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.
- 4 Bij ontslag uit het ziekenhuis is het belangrijk dat de thuiszorg goed geïnformeerd wordt over mogelijke complicaties.
- 5 Publieksvoorlichting over de wijze waarop wensen zoals niet-reanimeren moeten worden vastgelegd en hoe er gehandeld moet worden in acute situaties is belangrijk.

Deelnemende partijen

- Ambulances, ROAZ
- Ziekenhuis
- PAAZ

- HAP/dokterswacht
- Thuiszorg
- Zorgbelang Friesland
- Coördinatiepunt

Welke punten uit onze groepsdiscussie waren het belangrijkste?

- 1 Financiering
- 2 Digitalisering/gegevensuitwisseling
- 3 PZP vooraan inzichtelijk
- 4 Link met ROAZ/IZA aanvraag
- 5 Bespreken verwachtingenmanagement zodat niet 11 wordt gebeld

Aansluiten farmacie

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor de rol van farmacie binnen de palliatieve zorg, waarbij duidelijk wordt:

- 1 Wat de ervaren knelpunten zijn in de samenwerking met apotheken in het palliatieve zorgproces, inclusief een prioritering naar impact op de dagelijkse praktijk.
- 2 Wat wenselijke oplossingsrichtingen van de grootste knelpunten zijn.
- 3 Hoe de gekozen oplossingsrichtingen kunnen worden vertaald naar werkafspraken (per subregio)
- 4 Hoe onder apothekers de palliatieve fase en stervensfase gemarkeerd wordt, of hoe zij over zo'n markering worden ingelicht.
- 5 Hoe medicatiebeoordeling dient te worden uitgevoerd, na het moment van markeren
 - i. Inclusief aandacht voor stoppen en afbouwen van medicatie, advies bij slikproblemen, advies bij onttrekkingsverschijnselen, en aflevertermijnen.
- 6 Hoe apothekers samenwerken met artsen en verpleegkundigen in PZ-teams en eventuele deelname aan multidisciplinaire overleggen
- 7 Welke protocollen gelden voor spoedmedicatie en medicatie aan het einde van het leven.

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1 De palliakit is onlangs opgenomen in de zorginkoop. Het maken van lokale werkafspraken en implementatie hiervan verloopt voorspoedig
- 2 Patiënt en naasten moeten goed worden voorgelicht over 'medicatie-aanpassingen' in het kader van de palliatieve en/of terminale fase.
- 3 Het protocol palliatieve zorg voor apothekers is het uitgangspunt.
- 4 Naast de implementatie van de palliakit worden in de samenwerking met apotheken ook andere knelpunten ervaren. Bekende knelpunten zijn:
 - a Niet snel genoeg medicatie kunnen leveren wegens drukte en verzoeken niet tijdig aan te vragen.
 - b Voor het afleveren van medicatie is een recept van de (huis)arts nodig. In de praktijk levert dit regelmatig vertraging en extra belasting op (veel gedoe met bellen naar huisarts en apotheek);
 - c Omslachtige indicatiestelling voor incontinentiemateriaal e.d.;
 - d Niet up-to-date zijnde medicijnlijsten.
- 5 Een eerste inventarisatie van deze knelpunten geeft beeld dat een gedeelte van de knelpunten samenhangt met (financiële en inhoudelijke) afspraken van apotheken met zorgverzekeraars

- 6 Apothekers hebben aangegeven proactief betrokken te willen worden bij actuele PZP-afspraken, zodat zij tijdig en adequaat kunnen adviseren over passende medicatie.
- 7 Er is tijdige beschikbaarheid van noodzakelijke medicatie, ook buiten kantooruren.
- 8 Er is duidelijke afstemming tussen artsen en apothekers over de medicatielijsten. Dit is nodig voor een soepele medicatieoverdracht tussen ziekenhuizen, huisartsen en thuiszorg.
- 9 Farmacie speelt een actieve rol in de voorlichting over medicatie aan patiënten en hun mantelzorgers.

Deelnemende partijen

- Apothekers
- Ziekenhuizen
- VVT
- Zorgbelang Friesland
- Huisartsen

Welke punten uit onze groepsdiscussie waren het belangrijkste?

- 1 Palliakit in 2 delen (hulpmiddelen en medicatie apart)

Werkafspraken rondom specifieke doelgroepen

Opdracht voor ontwikkeling werkafspraken

Ontwikkel de werkafspraken voor specifieke doelgroepen binnen de palliatieve zorg, zoals kinderen onder de 18 jaar, patiënten met dementie, patiënten met een verstandelijke beperking, patiënten die minder handelingsbekwaam zijn, patiënten met een psychiatrische achtergrond, patiënten met een migratieachtergrond of patiënten met een verslavingsachtergrond. De werkafspraken moeten duidelijk maken:

- 1 Wie wanneer, waarvoor verantwoordelijk is.
- 2 Hoe informatie wordt gedeeld.
- 3 Hoe zorg op maat wordt geboden aan deze doelgroepen: welke specifieke zorgbehoeften en communicatievormen er gelden.

Uitgangspunten bij het ontwikkelen

De werkafspraken worden in lijn met de volgende uitgangspunten ontwikkeld:

- 1 Patiënten ontvangen van de betrokken organisatie palliatieve zorg conform het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- 2 De samenwerkingsafspraken met bijvoorbeeld organisaties in de 1^{ste} lijn (huisartsen, wijkzorg, VVT) en 2^e lijn zijn optimaal en bekend.
- 3 De overgang van kinderpalliatieve zorg naar volwassen palliatieve zorg gaat op het moment van 18-/18+ naadloos over voor kind en ouders/verzorgen. Voor de naadloze transitie zijn aanvullende samenwerkingsafspraken nodig
- 4 Ook voor de andere specifieke doelgroepen zijn aanvullende samenwerkingsafspraken.
- 5 Voor goede palliatieve zorg aan inwoners met een andere achtergrond of cultuur is het belangrijk om te weten hoe goed het gesprek aan te kunnen gaan en wat passend is bij de achtergrond van de persoon
- 6 Bij patiënten die niet volledig wilsbekwaam zijn wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de rol van mentoren/naasten.
- 7 De zorg moet zijn afgestemd op culturele, cognitieve en emotionele behoeften van de patiënt.
- 8 Zorgverleners worden getraind in het herkennen van specifieke behoeften van deze doelgroepen.
- 9 De samenwerking met gespecialiseerde zorgverleners (zoals geestelijk verzorgers of tolken) wordt actief gezocht waar nodig.

Deelnemende partijen

- GGZ
- COA
- VNN

- 1^e lijn (ten minste de HA-praktijk, VVT en wijkverpleging, hospices)
- 2^e lijn
- Zorgbelang Friesland
- Casemanagers
- Sichtpunt
- Vereniging Iman

Welke punten uit onze groepsdiscussie waren het belangrijkste?

- 1 Samenwerking 1^e en 2^e lijn
- 2 Afspraken moeten bij iedereen bekend zijn door het goed te kunnen delen binnen de systemen
- 3 Deskundigheid in het goede gesprek, is specificeren van doelgroepen altijd nodig