

# PLAN VAN AANPAK

## Pilot 1,5 lijns palliatieve zorgcoaching in de regio Arnhem en de Liemers

*Eindconcept april 2018*

---

### 1. Inleiding en aanleiding

Palliatieve zorg is vaak complex, omdat het alle domeinen van de zorg raakt. Ook vraagt palliatieve zorg multidisciplinaire inzet van zowel generalistisch als specialistische zorgverleners en bestaan traditionele domeingrenzen tussen eerste en tweede lijn. Ondanks de goede kwaliteit van palliatieve zorg die de diverse professionals en instellingen bieden, is de huidige zorg gefragmenteerd georganiseerd. Patiënten en naasten ervaren deze gefragmenteerde zorg en de bijbehorende wisseling van zorgverleners al onprettig en stressvol. Er is daarom een grote behoefte aan zorg op maat, coördinatie en continuïteit van deze zorg.

In de regio Arnhem en de Liemers zijn in zowel de eerste als in de tweede lijn, in de afgelopen jaren diverse initiatieven ontstaan om de coördinatie en samenwerking binnen de palliatieve zorg te verbeteren. Al deze initiatieven en samenwerkingsvormen voorzien echter niet volledig in de **behoefte van de patiënt**. Dit vormde de aanleiding voor de regionale samenwerkingspartners om een innovatief **transmuraal zorgconcept** te ontwikkelen in de vorm van een palliatieve zorgcoach (PZ coach). Dit **bottom up initiatief** is ontstaan vanuit de bestaande kennis en ervaring van zorgverleners van de verschillende instellingen en domeinen. Het model van PZ coach sluit aan bij de ontwikkeling van het **kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland**.

Dit idee voor het 1,5 lijns PZ coaching concept, is binnen de regio Arnhem door de directeuren van betrokken organisaties in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn omarmd. In eerste instantie is gestart met een gezamenlijke aanvraag voor ZonMW subsidie om dit concept te kunnen implementeren. ZonMW heeft helaas voor andere aanvragen gekozen. De samenwerkingspartners bleven positief staan tegenover het 1,5 lijns PZ coaching concept. Zij hebben daarom besloten om op eigen kracht het concept te gaan implementeren, in eerste instantie in een pilot opzet van beperkte omvang.

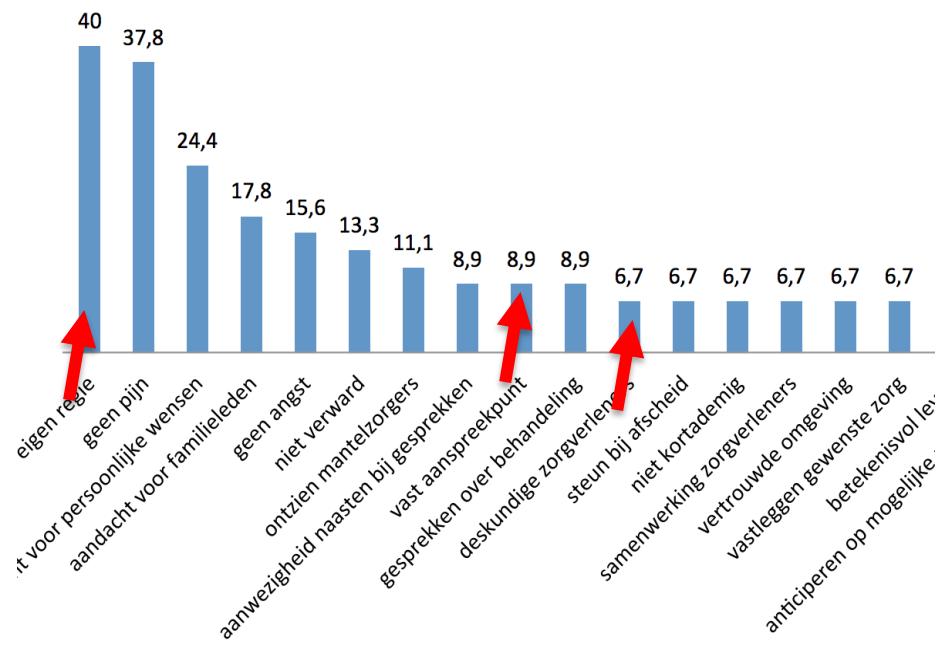
Dit document is het plan van aanpak voor de pilot “1,5 lijns PZ coaching” in de regio Arnhem en de Liemers.

### 2. Probleemstelling

De ervaring leert dat patiënten en naasten de gefragmenteerde palliatieve zorg en de bijbehorende wisseling van zorgverleners onprettig en stressvol vinden. Er is daarom grote behoefte aan zorg op maat, coördinatie en continuïteit van deze zorg. Recent onderzoek van ZonMW geeft inzage in de onderwerpen die de palliatieve patiënt van belang vindt (zie staafdiagram op blz.2). In de regio Arnhem e.o. zijn de genoemde punten uit de staafdiagram grotendeels gerealiseerd. Een vast aanspreekpunt is er nog niet.

## Wat vindt de palliatieve patiënt van belang ?

Bron: ZonMw project: Implementatie - [www.uwmeningoverpalliatievezorg.nl](http://www.uwmeningoverpalliatievezorg.nl), 2017.



Daarnaast laten mensen in de palliatieve fase vaker hun kwetsbare kant zien en delen intieme verhalen en emoties met hulpverleners. Een gebrek aan continuïteit leidt er dan bijvoorbeeld toe, dat zingevingvraagstukken en psychosociale aspecten met verschillende hulpverleners gedeeld worden, wat voor de patiënt en zijn naasten belastend kan zijn en zodoende niet wenselijk is.

Zoals genoemd, is de huidige zorg ondanks de goede kwaliteit van palliatieve zorg die de diverse professionals en instellingen bieden, gefragmenteerd georganiseerd. Hierdoor kunnen zorgverleners patiënten en hun naasten onvoldoende continue begeleiding en vertrouwde steun en zorg bieden. Dat heeft een negatief effect op de kwaliteit en efficiëntie van de zorg, wat bijvoorbeeld tot ongewenste of onnodige ziekenhuisopnames kan leiden (Van der Plas et al. 2015, Hui et al. 2014, Noble et al. 2014). Zo blijkt het in de praktijk lastig alle relevante informatie tussen ziekenhuis, huisarts, wijkverpleging en hospices over te dragen. Hierdoor wordt er vaak dubbel werk uitgevoerd, wat ten koste gaat van de doelmatigheid.

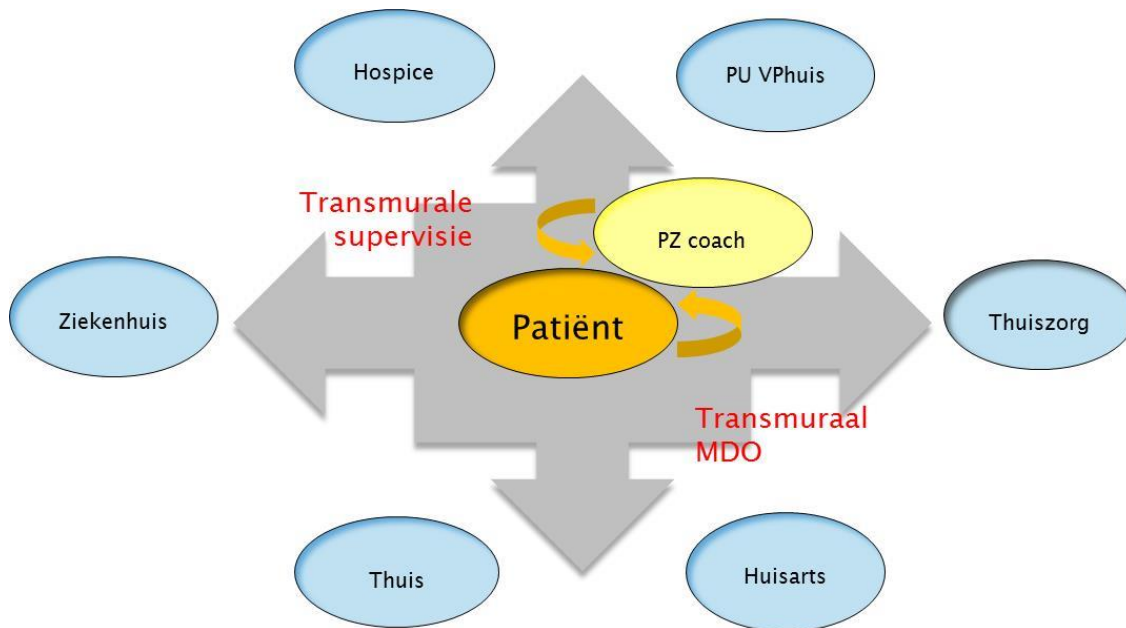
### 3. Het model 1,5 lijns PZ coach

Om in de behoefte aan zorg op maat, coördinatie en continuïteit van zorg te voorzien, hebben zorgverleners en professionals uit de dagelijkse praktijk een innovatief concept ontwikkeld: het zogenaamde “1,5 lijns palliatieve zorgcoaching”.

De PZ coach vormt voor de patiënten de vaste zorgverlener in een 1,5<sup>e</sup> lijn rol, die continuïteit biedt ongeachte de verblijfplaats van de patiënt in zowel de 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijn. De PZ coach krijgt een onafhankelijke positie, ook in organisatorisch verband en kan hierdoor ‘domein-/instellingsvrij’ met de patiënt mee bewegen. De PZ coach wordt ondersteund en gesuperviseerd door een transmuraal multidisciplinair team bestaande uit minimaal een huisarts (kaderarts PZ), specialist ouderengeneeskunde en medisch specialisten van verschillende disciplines uit de tweede lijn.

De PZ coach vertaalt desgewenst de wensen en behoeften van de patiënt door middel van een multidimensionele inventarisatie en verwerkt deze samen met de patiënt naar een individueel zorgplan wat de patiënt regie geeft over zijn zorg. De PZ coach adviseert patiënten en hun naasten en is daarnaast door zijn hoog palliatief deskundigheidsniveau, een deskundige gesprekspartner voor de verschillende zorgverleners over alle verblijfplaatsen heen. Hierdoor wordt de versnippering in de palliatieve zorg opgeheven en het aantal overdrachtmomenten verminderd.

**Afbeelding model 1,5 lijns PZ coach:**



#### 4. Doelstelling pilot en resultaat

De **doelstelling van de pilot** is om een 'proof of principle' project binnen een beperkt cohort te implementeren, waarin de benodigde randvoorwaarden en het effect van de transmurale 1,5 lijns PZ coach worden onderzocht. Dit **resulteert** in een uitgewerkt model dat inzicht geeft in de impact en de benodigde financiering. Daarnaast vraagt het comittent van alle relevante partijen en kennis over alle barrières en facilitators. Er wordt een pilot met een palliatieve zorgcoach geïmplementeerd, met als **resultaten**:

- een centraal aanspreekpunt vormt voor de patiënt, naasten en zorgverleners van de verschillende instellingen en domeinen;
- continuïteit biedt ongeacht de verblijfplaats van de patiënt;
- de wensen en behoeften van de patiënt helpt vertalen, d.m.v. multidimensionele inventarisatie naar een individueel zorgplan;
- patiënten en hun naasten adviseert en naast de patiënt een deskundig gesprekspartner voor verschillende zorgverleners is;
- een onafhankelijke positie heeft en "domein/instellingsvrij" met de patiënt mee beweegt;
- ondersteund wordt door een transmuraal team (supervisie en multidisciplinaire overlegmomenten);
- het uitgewerkte model goed toepasbaar en overdraagbaar is aan wijkverpleegkundigen en huisartsen (i.v.m. voorziene risico als aangegeven in par. 12).

## 5. Metingen

Het hoofddoel van deze pilot is dat een hogere tevredenheid van de patiënt, zijn naasten en zorgverleners gerealiseerd wordt.

De betrokken stakeholders die dit initiatief willen implementeren, realiseren zich dat deze pilot eerst investeringen vraagt om de pilot te bekostigen, alvorens er ook kostenbesparingen gerealiseerd kunnen worden. De verwachting is dat deze pilot daarnaast ook bijdraagt aan afname van SEH en ziekenhuisbezoeken.

Er zal een nulmeting en effectmetingen worden opgezet en uitgewerkt (met ondersteuning vanuit Menzis en Proscop; zie ook par. 9).

## 6. Scope pilot

Selectie van patiënten voor de pilot, vindt plaats binnen de groep patiënten die jaarlijks door het Rijnstate consultteam COPZ worden gezien (ruim 600 per jaar, hiervan is naar schatting 80% geschikt om aan de pilot te kunnen meedoen), als ook vanuit de eerste lijn vanuit twee deelnemende huisartsenpraktijken (Huisartsenpraktijk Malburgen en Huisartsenpraktijk van Roosmalen Velp).

Binnen een nog nader te bepalen postcodegebied, wordt aan 50 à 100 patiënten uit deze groep de keuze voorgelegd (de patiënt heeft de regie), of hij/zij voor een werkwijze met een palliatieve zorgcoach willen kiezen, of kiezen voor de traditionele werkwijze.

De scope van de pilot kan in de loop der tijd worden doorontwikkeld en op basis van evaluatie kan worden bepaald, of het volume van patiënten dat aan de pilot deelneemt kan worden vergroot.

Voor de pilot wordt de inzet van 4 verpleegkundig specialisten (VS-en) toegezegd (Rijnstate en Thuiszorg Groot Gelre zijn bereid ieder twee VS-en ten behoeve van de pilot in te zetten).

## 7. Aanpak

De implementatie van de pilot zal in 4 fases worden aangepakt:

### ***Vorbereiding voorafgaand:***

- Communicatieplan opstellen.
- Communicatie over de start van het pilot project aan betrokken stakeholders.
- Nulmeting.

### ***Fase 1: Definiëren van de inhoud van de pilot***

- Patiëntendoelgroep omschrijven, inclusief casefinding.
- Patiëntenreis beschrijven en daarbij de klantwaarde, kwaliteit van zorg en financiële kaders uitwerken.
- Zorgpad maken en het werkproces van de PZ coach hiervan afleiden.
- Taak- functiebeschrijving van de PZ coach maken en de relatie naar het werk van de wijkverpleging, huisartsgeneeskundige zorg en ziekenhuiszorg beschrijven.
- Beschrijven hoe altijd duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is.
- Uitwerken hoe de supervisie en het multidisciplinair overleg wordt georganiseerd.
- Uitwerken welk postcodegebied voor de scope van de pilot wordt toegepast.
- Uitwerken hoe effecten gemeten gaan worden.
- Informeren en betrekken van belangrijkste stakeholders over de uitkomst van fase 1.

En verder vindt in fase 1 plaats:

- Uitwerking van de financiële randvoorwaarden (zie paragraaf 13) door de stuurgroep.

### **Fase 2: Praktische voorbereiding van de pilot**

- Formatie en invulling PZ coach bepalen.
- Praktische randvoorwaarden invullen (o.a. reiskosten, bereikbaarheid e.d.).
- Praktische werkafspraken maken met betrokken stakeholders.
- Informatie en communicatie naar alle betrokkenen/stakeholders.
- Opzet en uitvoering van een nulmeting.
- Informeren en betrekken van belangrijkste stakeholders over de uitkomst van fase 2.

### **Fase 3: Implementatie van de pilot**

- Start pilot.
- Elk kwartaal evalueren.
- Informeren en betrekken van belangrijkste stakeholders over de start en uitkomst van fase 3.

### **Fase 4: Evaluatie van de pilot**

- Eindevaluatie op basis van gerealiseerde kwartaalevaluaties.
- Financiële kaders voor lange termijn borging onderzoeken.
- Informeren en betrekken van belangrijkste stakeholders over de uitkomst van fase 4.

## **8. Planning**

Planning/tijdpad:

<b>Vanaf</b>	<b>Tot en met</b>	<b>Wat:</b>
Q4 2017	Q1 2018	Vorbereiding: - Kaders en plan van aanpak opstellen - Verkennen wat mogelijkheden voor een evt. nulmeting zijn - Akkoord samenwerkingspartners op plan van aanpak pilot - Ureninzet projectgroep en communicatie begroten en regelen. - Communicatieplan op basis van het PvA uitwerken.
Q2 2018	Q3 2018	Fase 1: Uitwerken inhoudelijk concept pilot
Q4 2018	Q4 2018	Fase 2: Praktische voorbereiding pilot
Q1 2019	Q4 2019	Fase 3: Implementatie pilot
Q1 2019	Q4 2019	Fase 4: Eindevaluatie pilot

## **9. Projectorganisatie**

De projectorganisatie kent de volgende rolverdeling en invulling:

- Opdrachtgever: Paola Peters, namens het netwerk Palliatieve Zorg Arnhem en de Liemers
- Projectleider: Henk-Jan de Winter, Proscop.
- Stuurgroep:
  - Karin Reesing, Lid Raad van Bestuur Driegasthuizengroep (o.a. Thuiszorg Groot Gelre).
  - Marina van Gelder, Manager zorg RVE COPZ Rijnstate.
  - Telina Eenkhoorn, Manager Hospice Rozenheuvel.
  - Harduine Velmans, Directeur Thuis en Kortdurende Zorg Attent.
  - Clary te Velde, Ketenmanager Onze Huisartsen.

- Lid Zorgbelang Gelderland.
- Henk-Jan de Winter, Projectleider Proscop.
- *Rob Krol, adviseur IKNL en Martin Huis in 't Veld, regiomanager Menzis, zullen op agenda worden uitgenodigd in de stuurgroep. Zij hebben een adviserende rol vanuit het perspectief van het landelijk kwaliteitskader en implementatie van deze pilotopzet in andere regio's in de toekomst.*
- Projectgroep:
  - Henk-Jan de Winter, projectleider, Proscop (henk-jan.de.winter@proscop.nl)
  - Henriëtte Sterenburg, verpleegkundig specialist Rijnstate (hsterenburg@rijnstate.nl).
  - Ciska Zerstegen, verpleegkundig specialist Thuiszorg Groot Gelre (ciska.zerstegen@thuiszorggrootgelre.nl).
  - Arjan van Roosmalen, huisarts(vanroosmalen@eenplus.nl).
  - Agaath Vreeling, huisarts (a.vreeling@mcmalburgen.nl)
  - Marianne de Bruin, intakeverpleegkundige, namens Hospice units (marianne.de.bruin@legerdesheils.nl).
  - Patricia van Mierlo, kaderarts PZ, medisch consulent COPZ Rijnstate (pvanmierlo@rijnstate.nl).
  - Ester van der Plasse, specialist ouderengeneeskunde, namens PU verpleeghuis, (esther.vanderplasse@liemerij.nl).
  - Annet de Bie, gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg, STMG (annet.debie@stmgzorg.nl)
  - Hanneke Witteveen, verpleegkundige PZ van thuiszorg Sensire, [H.Witteveen@sensire.nl](mailto:H.Witteveen@sensire.nl).
  - Karin van der Steen, adviseur informatiemanagement Proscop (karin.vander.steen@proscop.nl)

Er is voor gekozen om in een projectgroep van zorgverleners/professionals in de palliatieve zorg, de opzet en inhoud van de pilot uit te werken. Deze opzet wordt vervolgens getoetst in 1 of 2 miniconferentie(s), met daarin een brede afvaardiging (peer review groep).

**Overlegfrequentie (inschatting benodigde ureninzet):**

- De stuurgroep komt in de periode januari 2018 t/m december 2019, elk kwartaal bijeen.
- De projectgroep komt in fase 1 (Q2 en Q3 2018), elke maand in een werksessie van 2 à 4 uur bijeen, om de inhoud van de pilot uit te werken. Daarnaast zullen 1 of 2 miniconferenties worden georganiseerd om de concept opzet te toetsen bij een brede afvaardiging.
- De projectgroep komt in fase 2 (Q4 2018), elke maand 2 uur voor overleg bijeen om de praktische voorbereiding van de pilot uit te werken.
- Op basis van de uitwerking in fase 2 wordt bepaald, of en in welke frequentie de projectgroep in fase 3 en 4 bijeen zal komen.

**10. Achterbanraadpleging, besluitvorming en financiering**

De stuurgroep besluit of het concept voor de pilot “1,5 lijns PZ coach” een ‘go’ krijgt en besluit over het bijstellen en/of stoppen van de pilot op basis van tussenevaluaties. Daarnaast zullen de stuurgroepleden zich inspannen voor het regelen van de benodigde financiën (zie paragraaf 13). 2

De uitwerking van elke fase door de projectgroep, wordt eerst in concept voorgelegd aan de stuurgroep. Vervolgens worden de concept stukken op eenduidige wijze naar de besturen/directies van betrokken instellingen gecommuniceerd c.q. voorgelegd.

## 11. Informatie en communicatie

Het goed kunnen meenemen van alle betrokkenen bij de inhoud en doelen van de pilot, is van groot belang voor het slagen. Daarom is een gedegen communicatieplan een randvoorwaardelijk onderdeel voor het slagen van de pilot.

Op basis van dit plan van aanpak voor de pilot, zal een separaat communicatieplan worden uitgewerkt met ondersteuning van de afdeling communicatie van Rijnstate. Dit communicatieplan zal in concept worden voorgelegd aan de stuurgroep. Na vaststelling van het communicatieplan, worden verdere communicatie activiteiten door de samenwerkingspartners gezamenlijk opgepakt en uitgevoerd. In de stuurgroep wordt steeds vastgesteld welke informatie met de achterbannen wordt gedeeld en op welk moment dat gebeurt.

## 12. Risico's

De volgende risico's t.a.v. de pilot implementatie worden gezien:

- De voortrekkers van de pilot zijn niet 'onafhankelijk', terwijl de opzet van de PZ zorgcoach wel als doel stelt dat deze domeinonafhankelijk is;
- Het helder kunnen maken wat de opbrengsten van de pilot zijn;
- De pilot kan zowel door huisartsen als door wijkverpleegkundigen als bedreiging worden gezien;
- Dossiervoering.

In het pilot project zullen de risico's zo goed mogelijk worden beheerst door:

- Het goed en zorgvuldig meenemen van de stakeholders in het verhaal;
- De insteek van de pilot is het realiseren van een kwaliteitsverbetering voor de patiënt;
- De pilot biedt de mogelijkheid 'te gaan doen' en zo meerwaarde te laten blijken;
- De patiënt heeft de regie en bepaalt en kiest of hij/zij behoefte heeft aan een PZ coach;
- De pilot zal zo worden ingericht, dat de resultaten goed overdraagbaar zijn naar wijkverpleegkundigen en huisartsen.

## 13. Randvoorwaarden

### • Financiële randvoorwaarden

Er is een aantal financiële voorwaarden voor het succesvol kunnen realiseren van de pilot. Deze zullen onder verantwoordelijkheid van de stuurgroepleden door hun controllers/stafmedewerkers worden uitgewerkt. Het betreft de volgende financiële randvoorwaarden:

- De zorg moet kunnen worden gedeclareerd. Hiervoor is een akkoord van de zorgverzekeraar nodig.
- De VS-en van Groot Gelre moeten ook aan andere thuiszorgaanbieders kunnen worden uitgeleend.
- Onderzocht moet worden of de supervisie door transmuraal werkzame medisch supervisoren vanuit de dbc PZ gefinancierd kan worden.

### • Juridische randvoorwaarden:

- het moet altijd duidelijk zijn wie de hoofdbehandelaar is; en de taken, verantwoordelijkheden en functie van de PZ zorgcoach moet helder omschreven en getoetst zijn.
- Toestemming van de patiënt voor deelname aan de pilot.

- De belangrijkste **stakeholders** moeten goed worden aangehaakt en tijdens de pilot **betrokken zijn** bij de voortgang. In ieder geval zijn dit:
  - Netwerk PZ Arnhem en de Liemers;
  - Zorgbelang Gelderland;
  - Zorgverzekeraar/Menzis;
  - IKNL;
  - PATZ groepen;
  - Oncologische nazorgnetwerken;
  - Netwerk geestelijke verzorgers;
  - Direct betrokkenen in de pilot (Rijnstate, Onze Huisartsen, Thuiszorg Groot Gelre, Attent, Hospice Rozenheuvel, Wijkverpleging).