



Transformatieplan Palliatieve Zorg in de Mijnstreek

Het laatste hoofdstuk

Over leven, loslaten en doodgaan

Versie: december 2024

Voorwoord

Beste lezer,

Met trots presenteren wij u het transformatieplan voor de palliatieve zorg in de Mijnstreek. In dit plan staat de opschaling van de implementatie van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (KKPZ) Nederland centraal. Palliatieve zorg is een essentieel onderdeel van ons zorgsysteem, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten die kwetsbaar zijn of een ernstige ziekte hebben en hun naasten.

Palliatieve zorg in de Mijnstreek heeft een rijke geschiedenis van zorg en ondersteuning en het is van groot belang dat we blijven streven naar de hoogste kwaliteit van zorg. Het KKPZ biedt ons een solide basis en duidelijke richtlijnen om deze ambitie waar te maken. Door de opschaling van dit kwaliteitskader, zorgen we ervoor dat alle zorgverleners goed toegerust zijn om de complexe en vaak emotioneel zware zorg te bieden die nodig is in de laatste levensfase van onze patiënten.

In dit plan vindt u een overzicht van de stappen die we zullen nemen om het KKPZ volledig te integreren in onze dagelijkse praktijk. Dit omvat o.a. trainingen voor zorgverleners, het verbeteren van communicatiekanalen tussen verschillende zorginstellingen, en het versterken van de samenwerking met vrijwilligers, huisartsen, andere eerstelijnszorgverleners en het ziekenhuis.

Wij geloven dat, door het KKPZ volledig te implementeren, we niet alleen de zorgkwaliteit verbeteren maar ook bijdragen aan een waardige en mensgerichte benadering van palliatieve zorg. Samen kunnen we een omgeving creëren waarin patiënten en hun naasten zich gesteund en verzorgd voelen in deze moeilijke periode van hun leven. Bovendien is deze benadering voor diegenen die betrokken zijn, zoals naasten, vrijwilligers en hulpverleners óók van grote meerwaarde.

Wij willen iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van dit plan. Uw inzet, expertise en ervaringen hebben ervoor gezorgd dat dit plan bijdraagt aan een toekomst waarin palliatieve zorg in de Mijnstreek blijft excelleren.

Hartelijke groet,

Het Programmamanagementteam IZA Transformatieplan Palliatieve Zorg

Fabienne Warmerdam, *internist-oncoloog Zuyderland MC*

Inge Jochem, *ketencoördinator ouderenzorg Mijnstreek*

Els Knapen, *coördinator netwerk Palliatieve Zorg Westelijke Mijnstreek*

Sandra Boots, *regioadviseur Palliatieve Zorg Nederland*

Aile van Huijstee, *strategie-consultant Gupta Strategists / Palliatieve Zorg Nederland*

Jolanda Timmermans, *coördinator netwerk Palliatieve Zorg Oostelijk Zuid-Limburg*

Noémi van Nie, *projectmanager Projectbureau Additionele Gelden*

Ilvly Geraets, *projectleider Projectbureau Additionele Gelden*

Nancy Plum, *programmamanager Palliatieve Zorg Mijnstreek*

Ellie Santos, *projectcoördinator Zuyderland MC*

December 2024.

Betere zorg in Zuid-Limburg

Momenteel krijgt 34% van de palliatieve patiënten in Nederland potentieel ongepaste zorg in de laatste levensmaand. Wanneer tijdig palliatieve zorg wordt gestart worden 5x minder patiënten blootgesteld aan deze potentieel ongepaste zorg. Het kwaliteitskader Palliatieve Zorg beschrijft hoe de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de laatste levensfase kan verbeteren.

Na jaren pionieren en ontwikkelen van diverse vormen van palliatieve consultatie, na 2 nationale programma's palliatieve zorg met het vergroten van de maatschappelijke bewustwording en visie-ontwikkeling: Juiste Zorg, op de Juiste Plek, op het Juiste Moment, door de Juiste Zorgverleners en met de Juiste Bekostiging is het nu tijd voor inbedding van de palliatieve zorg in de reguliere zorg.

Transmuraal en voor iedereen toegankelijk.

Met dit transformatieplan wordt de weg ingeslagen naar goede palliatieve zorg voor alle inwoners van de Mijnstreek, zonder toename in de kosten. Een mooi begin van verdere afstemming van palliatief zorgbeleid in heel Zuid-Limburg.

Prof. Dr. Marieke van den Beuken- van Everdingen,
Internist, hoogleraar Palliatieve Geneeskunde, MUMC+

Landelijk perspectief

Met behulp van nationale programma's wordt er in Nederland al jaren bewerkstelligd dat palliatieve zorg een integraal onderdeel van het zorgproces wordt. In 2017 is het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland geautoriseerd, op basis waarvan de palliatieve zorg in de afgelopen jaren geïmplementeerd en geïntegreerd is. Deze implementatie en integratie vindt echter (te) langzaam plaats. Hindernissen die onder andere genoemd worden zijn: het organiseren van de zorg over de grenzen van organisaties en instanties heen, de discussie over generalistische danwel specialistische palliatieve zorg, en de financiële kaders.

Met behulp van een transformatieplan gaat de Mijnstreek in haar regio komen tot geïmplementeerde en geïntegreerde palliatieve zorg, waarbij alle formele én informele zorgverleners betrokken worden. Vanuit de rest van Nederland wordt er met bewondering en verwondering gekeken hoe dit gerealiseerd gaat worden.

Wat nu al duidelijk is, is dat het tot stand kan komen doordat er al een goede samenwerking is waarop verder gebouwd gaat worden, dat er een aantal personen is dat de drijvende kracht achter deze beweging is en dat het tijdstip daar lijkt te zijn.

Vanuit de rest van Nederland hopen wij veel te leren van wat en hoe de Mijnstreek deze ambitie gaat realiseren. Hopelijk zullen meer regio's jullie gaan volgen!

Veel plezier en succes in deze ontwikkeling.

Prof. Dr. An Reyners,
Professor in de palliatieve geneeskunde en medisch oncoloog, UMCG

Patiënt perspectief

Ik ga dood aan longkanker. Al 10 jaar drukt dit op mijn schouders en moet ik hiermee leven.

Ik weet dat mijn tijd beperkt is maar niet hoe beperkt. Dat brengt veel onzekerheid met zich mee en verdriet, angst en nog veel meer andere emoties. Ik heb daardoor geleerd hoe belangrijk het is goede palliatieve zorg te ontvangen en wat daarin voor mij belangrijk is.

Ik ben sinds 2006 Huisarts en sinds 2018 palliatieve patiënt. Ik ben na 2018 een andere huisarts maar ook een ander mens geworden. Ik leef sinds mijn diagnose met de wetenschap dat het zomaar ineens over kan zijn. Dat is soms echt angstig. Ik ben geloof ik niet bang voor het doodgaan zelf. Ik heb angst om mijn kinderen, partner en andere geliefden; om hen achter te laten. Ik heb angst voor pijn, kortademigheid en bloedingen. Ik denk dat ik vooral angst heb voor de onwetendheid over hoe mijn laatste dagen en weken eruit gaan zien. Het is een gevoel dat ik niet kende voor ik ziek werd, een gevoel dat je pas begrijpt als je zelf een ziekte hebt waaraan je komt te overlijden.

Palliatieve zorg is daarom voor mij -naast verlichten van pijn, dyspnoe en andere symptomen- vooral het behoud en mogelijk verbeteren van mijn kwaliteit van leven op alle mogelijke manieren. Het vroegtijdig bespreken van mijn wensen en grenzen, maar ook van mijn doelen en angsten. Ik heb een zorgverlener nodig die durft te vragen wat voor mij belangrijk is, waar mijn behoeftes liggen en dus vooral ook mijn angsten.

Ook betekent het dat ik zingeving moet vinden in mijn dagelijkse leven. Kan ik werken en op vakantie? Hoe ga ik dat allemaal doen naast mijn ziek zijn en wat kan ik nog doen naast alle behandelingen en controles.

Ik wil mijn zorg graag georganiseerd hebben op een persoonlijk niveau, met duidelijke afspraken die voor iedereen met wie ik te maken heb, bekend zijn. Daarvoor is het belangrijk dat er binnen en buiten de muren van het ziekenhuis over mijn afspraken wordt gecommuniceerd. Ik wil mijn wensen en grenzen besproken hebben in het ziekenhuis en bij de huisarts. Dit geeft mij rust. Iedereen is anders en heeft verschillende behoeften en wensen. Palliatieve zorg op alle vier de dimensies binnen de palliatieve zorg is iets heel individueels. Voor mij betekent zingeving bijvoorbeeld dat ik graag op vakantie ga en nog kan werken als huisarts. Het is fijn als mijn behandelingen, onderzoeken en afspraken zo gepland kunnen worden dat ze passen bij mijn werk- en reisplannen. Maar om dat te realiseren, is het belangrijk dat mijn zorgteam hiernaar vraagt en rekening mee houdt.

Ik heb in de afgelopen jaren ook geleerd hoe belangrijk communicatie is naar een patiënt toe, eerlijkheid en compassie. Dit betekent voor mij persoonlijk liever geen medeleven, daar kan ik niet verder mee. Ik kijk naar mijn leven en probeer dit de leidraad te laten zijn van de palliatieve behandeling, niet de ziekte.

Door mijn persoonlijk ervaringen vanuit mijn eigen ziekteproces en door het begeleiden van intussen honderden palliatieve patiënten heb ik veel geleerd. Heel veel gaat al heel goed maar het kan altijd beter. Lang niet alle patiënten krijgen op tijd of überhaupt palliatieve zorg. En net als geboortezorg vind ik dat levenseindezorg voor iedereen laagdrempelig beschikbaar moet zijn. Het is noodzakelijk dat iedereen individuele laagdrempelige en goed georganiseerde palliatieve zorg krijgt voor betere kwaliteit van leven en sterven.

Mirjam Willemsen,
huisarts in de Mijnstreek, patiënt in de palliatieve levensfase.
Auteur 'Het laatste hoofdstuk. Over leven, loslaten en doodgaan' dat op 3 september 2024 zal verschijnen.

Op maandag 21 oktober is Mirjam in het bijzijn van haar man en kinderen thuis overleden. Ze was en blijft een inspiratiebron voor mij, onze palliatieve werkgroep en ik denk voor vele anderen. We zullen Mirjam als collega en vriendin ontzettend missen. Haar krachtige boodschap in 'Het laatste hoofdstuk' leeft in dit transformatieplan door.

Namens alle betrokkenen bij de palliatieve zorg in de Mijnstreek,

Fabienne Warmerdam

Inhoudsopgave

	Voorwoord	2
	Inhoudsopgave	5
	Tabel 1 Herhaaldelijk gebruikte afkortingen en begrippen	7
1	Waarom een transformatieplan palliatieve zorg?	8
	1.1 Context	8
	1.2 Het juiste niveau van organisatie voor deze transformatie is regionaal	9
	1.3 De Mijnstreek in transformatie – de Mijnstreek Coalitie	9
	1.4 De ambitie: goede palliatieve zorg voor ál onze inwoners	10
	1.5 Het realiseren van goede palliatieve zorg vraagt actie op meerdere actielijnen	10
	1.6 Mijnstreekregio al langer actief in proactieve palliatieve zorg	11
	1.7 Waarom is er dan toch een transformatie nodig?	13
	1.8 Synergie door landelijke samenwerking en ondersteuning door NPPZII	13
2	Palliatieve zorg in de Mijnstreek over 5 jaar	14
	2.1 Goed georganiseerde passende zorg rondom patiënt en naasten	14
	2.2 Het individueel zorgplan reist met de patiënt mee	15
	2.3 Een zorgteam rondom patiënt en naasten voor afstemming van zorg op alle dimensies	15
	2.4 Het multidisciplinair overleg palliatieve zorg als ontmoetingsplaats voor het zorgteam	16
	2.5 Een regionaal kennisnetwerk Palliatieve Zorg voor stroomlijnen van kennis en kunde	16
	2.6 Kenniscentrum palliatieve zorg Mijnstreek met één loket voor burgers en zorgverleners	17
3	Programmastructuur	19
	3.1 Indeling programma	19
	3.2 Programmamanagementteam	20
	3.3 Programma-indeling	21
	3.4 Stuurgroep transformatie palliatieve zorg	21
	3.5 Patiënten- en naastenparticipatie en klankbordgroep	22
	3.6 Kennisbehoud bij externe inhuur en andere externe betrokkenen	22
	3.7 Communicatieplan	22
4	Randvoorwaarden voor een succesvolle transformatie	24
	4.1 Regionale afspraken op strategisch, tactisch en operationeel niveau	24
	4.2 Maatschappelijke bewustwording	24
	4.3 Deskundigheidsbevordering	25
	4.4 Digitale ondersteuning	29
	4.5 Passende financiering	30
	4.6 Spiegel- en sturingsinformatie	32
	4.7 Versterken hospices	32
	4.8 Uitwerken impact op capaciteit in de eerste lijn	32

Inhoudsopgave

5	Wat gaan we tijdens de transformatie concreet doen?	34
	5.1 Wat vooraf ging in de schrijffase van dit plan	34
	5.2 Opgaven voor werkgroepen na goedkeuring	34
	5.3 Planning en mijlpalen tijdens transformatie	36
6	Impact van de transformatie	39
	6.1 Kwantitatieve onderbouwing van de verwachte impact	39
	6.2 Deze transformatie heeft een positieve (maatschappelijke) business case	42
	6.3 Impact van de transformatie ten aanzien van duurzaamheid in de zorg	42
7	Het succes van de transformatie en hoe je dat meet: spiegel- en sturingsinformatie	44
	7.1 Meten aan de hand van KPI's	44
	7.2 Inspanningsgerichte KPI's	45
	7.3 Resultaatgerichte KPI's	45
	7.4 Kwalitatieve sturingsinformatie kan de informatie verkregen uit de KPI's versterken	51
	7.5 Doorontwikkeling van het inzichtelijk maken van de kwaliteit van Palliatieve zorg	51
8	Begroting van de transformatie	53
	8.1 Inleiding en opbouw van dit hoofdstuk	53
	8.2 Uitgangspunten begroting	53
	8.3 Begroting	55
	8.4 Financieel beheer en verantwoording	56
	8.5 Begroting in relatie tot KPI's	57
9	Borging van de transformatie aan de hand van het Limburgs 6-knoppenmodel	60
10	Samenvatting	62
	Referenties	63
Bijlage I	Toelichting op implementatie kwaliteitskader	65
Bijlage II	Palliatieve zorg in de Mijnstreek op dit moment (IST)	67
Bijlage III	Individueel Zorgplan zoals nu wordt gebruikt in ZMC	70
Bijlage IV	Inventarisatie oplossingen en oplossingsrichtingen digitale ondersteuning	73
Bijlage V	Mogelijkheden om de capaciteit in de eerste lijn effectiever in te zetten en te verruimen	78
Bijlage VI	Uitwerking opgaven voor werkgroepen per traject	80
Bijlage VII	Ingroei van baten en relatie tot resultaatgerichte KPI's	88
Bijlage VIII	Onderbouwing 'zoveel mogelijk arbeidsneutraal'	90
Bijlage IX	Detailbegroting	91
Bijlage X	Stakeholders en organisaties betrokken bij het transformatieplan palliatieve zorg Mijnstreek	105

Tabel 1 Herhaaldelijk gebruikte afkortingen en begrippen

Afkorting	Begrip	Evt. uitleg
ALS	Amyotrofische Laterale Sclerose	
AVPZ	Adviserend Verpleegkundige Palliatieve Zorg	<i>Verpleegkundige met verdiepende opleiding palliatieve zorg t.b.v. ondersteuning reguliere zorgteams (intra- en extramuraal)</i>
AWO-L	Academische Werkplaats Ouderenzorg-Limburg	<i>Samenwerkingsverband van onderwijs-, onderzoek- en zorgorganisaties in Limburg</i>
CMIO	Chief Medical Information Officer	<i>Praktiserende professional met aanvullende taak op digitalisering voor de beroepsgroep/organisatie in de regio</i>
DBC -tarieven	Diagnose Behandel Combinatie	<i>Ziekenhuizen registreren de diagnose, behandeling en kosten in een zogenaamde Diagnose Behandel Combinatie</i>
DOT	DBC's op weg naar Transparantie	<i>Methodiek van registratie en declaratie in ziekenhuizen</i>
DOT-ZL	Data Ondersteunings Team Zuid-Limburg	<i>Team van data experts die thema's ondersteunen in meten en monitoren</i>
ELV-PZ	Eerstelijns Verblijf Palliatieve Zorg	<i>Financieringsgrond voor een deel van de hospicebedden (highcare)</i>
FTO	Farmaco Therapeutisch Overleg	
IZA	Integraal Zorg Akkoord	
IZP	Individueel Zorgplan	
KKPZ	Kwaliteitskader palliatieve zorg	
KPI	Kritische Prestatie Indicator	
MDO	Multi Disciplinair Overleg	
NZA	Nederlandse ZorgAutoriteit	
O2PZ	Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg	
PMT	Programma Management Team	<i>Regievoerend team dat het transformatieplan uitwerkt en coördineert op basis van inspanningen van de regio</i>
PZ	Palliatieve Zorg	
PZNL	Palliatieve Zorg Nederland	
PZP	Proactieve Zorg Planning	
RSO	Regionale Samenwerkings Organisatie	
TOPAT	Transmuraal Ondersteunend Palliatie Advies Team	
VVT	Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg	
WLZ	Wet Langdurige Zorg	
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning	
ZMC	Zuyderland Medisch Centrum	
ZVW	Zorg Verzekerings Wet	

1. Waarom een transformatieplan palliatieve zorg?

1.1 Context

Als je ernstig ziek of kwetsbaar bent of krijgt te horen dat je niet meer beter wordt, dan gaat er van alles door je heen. Waar krijg ik last van? Hoe moet dat met mij? En met mijn naasten? Verdriet, angst voor klachten, voor de dood. Dan is het belangrijk dat er mensen om jou heen staan, zowel uit je naaste omgeving als formele en informele zorgverleners, die weten hoe ze jou het beste kunnen bijstaan. Niet alleen op lichamelijk gebied maar ook op hoe het emotioneel met je gaat, wat je allemaal moet regelen, waar je je aan vast wilt en kan houden en hoe het met de mensen om je heen gaat. En dat deze mensen goed met elkaar afstemmen en weten bij wie ze eventueel terecht kunnen voor extra hulp als dat nodig is. Want: **Jij bent belangrijk omdat je bent wie je bent, en je bent belangrijk tot het einde van je leven. We zullen alles doen wat we kunnen om je niet alleen vredig te laten sterven, maar ook om te leven tot je sterft** [1]. Daarover gaat dit plan.

Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten, die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden. Dit op basis van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard [2].

NB: Voor de leesbaarheid van dit plan worden nu met het schrijven van patiënten ook de naasten geduid. Daar waar specifiek over de zorg voor naasten wordt geschreven, staan zij apart vermeld.

Wanneer in een ziekteproces de palliatieve fase start, is helaas niet in het algemeen te stellen. Dat hangt af van de ziekte en het stadium van die ziekte. Zo kan het gaan om mensen met kanker met uitzaaiingen, ernstig COPD, hartfalen, dementie, ALS, Parkinson, nierfalen, een beroerte of ander niet aangeboren hersenletsel. Ook kan het zijn dat meerdere ziekten of kwetsbaarheden samen zorgen dat de kwaliteit van leven minder en de levensverwachting korter wordt [3].

NB: Voor (doelmatigheids-)onderzoeksdoeleinden wordt retrospectief vaak gekeken naar het laatste levensjaar. Voor de inrichting van de zorg echter hanteren we binnen dit transformatieplan een breder perspectief.

Palliatieve zorg vereist een verschuiving van ziektegerichte naar symptoomgerichte zorg, waarbij kwaliteit van leven en sterven centraal staan. Het markeren van de palliatieve fase, is dan ook cruciaal en vereist bewustwording, open communicatie en kennis bij alle zorgverleners. Naast het bestrijden van symptomen gaat het ook om het versterken van veerkracht en het benutten van mogelijkheden. In een multidisciplinaire context is het van belang dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van de wensen en gemaakte keuzes van de patiënt en dat de zorg hierop wordt afgestemd.

Palliatieve zorg is in beginsel zorg die alle zorgverleners moeten kunnen bieden en die voor iedere patiënt, waarvoor dit relevant is, toegankelijk moet zijn [4].

NB: Met 'alle zorgverleners' wordt in dit document bedoeld: alle artsen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici, apothekers, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers, informele zorgverleners en andere betrokkenen bij de zorg voor de patiënt en diens naasten in de palliatieve fase van het zorgproces.



In Nederland is zo'n driekwart van de overlijdens niet onverwacht. In de Mijnstreek (Oostelijk Zuid-Limburg en Westelijke Mijnstreek) overlijden jaarlijks ongeveer 3.400 personen niet onverwacht (2022), waarvan 2.100 zonder Wlz-indicatie. Hoewel palliatieve zorg integraal onderdeel van het

reguliere zorgproces zou moeten zijn voor deze grote groep patiënten, is dit vaak nog niet het geval en krijgen zij nog geen of niet-optimale palliatieve zorg [5].

De consequenties hiervan voor de patiënt op emotioneel, fysiek, sociaal en spiritueel vlak zijn groot, alsook voor diens naasten. Mensen verblijven en sterven niet altijd op een plek waar ze zich thuis voelen, hebben soms onnodig veel pijn, onrust of andere onnodige ziektelast. En vooral in de laatste levensfase is nog vaak sprake van niet-passende zorg, zoals vermijdbare bezoeken aan de huisartsenpost of Spoedeisende Hulp-afdeling, ziekenhuis- en zelfs Intensive Care-opnames. Zo gaat het bij 34% van de patiënten met kanker, die in de laatste 30 dagen zorg ontvangen, om potentieel niet-passende zorg [6]. Voor andere ziektegroepen is dit beeld vergelijkbaar.

Bovengenoemde consequenties leggen naast de ongewenste gevolgen voor de patiënt ook een aanzienlijk beslag op zorgfuncties waar de capaciteit krap is, zoals de SEH en de IC. Ook voor zorgverleners ontstaat onrust in het zorgproces als juist op de meest kritieke momenten de wensen van de patiënt niet of onvoldoende bekend zijn. Dit laatste heeft uiteraard een negatieve weerslag op het werkplezier. Bovendien blijven bestaande mogelijkheden van informele zorg soms onbenut, hetgeen een extra belasting op patiënt en naasten en/of formele zorgverleners betekent.

[Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland \(KKPZ\)](#), dat breed draagvlak kent onder patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, beschrijft hoe de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de laatste levensfase kan verbeteren. Dit gebeurt onder andere door tijdige signalering en markering van de palliatieve fase, Proactieve Zorgplanning (PZP) en gezamenlijke besluitvorming, transmurale coördinatie van zorg rondom de patiënt en tijdige inzet van gespecialiseerde zorgverleners bij complexe casuïstiek. Het Kwaliteitskader geeft zorgverleners en zorgorganisaties een eenduidig beeld van wat verstaan wordt onder goede palliatieve zorg en helpt bij het ontwikkelen van beleid op dit gebied. Zorg die is gebaseerd op de waarden, wensen en behoeften van de patiënt. Niet alleen lichamelijke zorg, maar ook psychische en sociale zorg en zorg op het gebied van zingeving. Dit geeft ook zorgverleners een betere arbeidstevredenheid, hetgeen onder andere bijdraagt aan behoud van mensen in de zorg.

[Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II \(NPPZII\)](#) wil de maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg vergroten en proactieve zorg en ondersteuning voor iedereen beschikbaar maken. Dit alles in het belang van de patiënten, zodat zij toegang hebben tot de Juiste Zorg, op de Juiste Plek, op het Juiste Moment, door de Juiste Zorgverleners en met de Juiste Bekostiging. Het NPPZ II staat voor de implementatie van het KKPZ, waarbij palliatieve zorg onderdeel wordt van het reguliere zorgproces^[4]. Dit is in lijn met de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord (IZA).

Met het toewerken naar de verdere en volledige implementatie van het Kwaliteitskader in de Mijnstreek wordt opschaling en borging van palliatieve zorg beoogd om passende zorg te bieden aan mensen in de palliatieve fase. Dit betreft zowel formele als informele zorg en het gaat hierbij om volwassenen (18+) aangezien voor kinder-palliatieve zorg een bovenregionaal initiatief bestaat.

In het voorliggende plan leest u de uitwerking van een Transformatieplan Palliatieve Zorg voor de regio Mijnstreek in het kader van het IZA.

In dit hoofdstuk wordt vooral de landelijke structuur beschreven alsook het voortraject van de regio op het gebied van samenwerking bij palliatieve zorg. Vervolgens volgt in hoofdstuk 2 de beoogde verandering als basis voor de transformatie. Hoofdstuk 3 beschrijft de programmastructuur. Hoofdstuk 4 bevat een uitwerking van de benodigde randvoorwaarden om de transformatie te realiseren, waarna in hoofdstuk 5 het plan van aanpak tijdens de transformatie wordt toegelicht. In hoofdstuk 6 wordt de beoogde impact geschat. De manier waarop tijdens de transformatie spiegelen en sturen wordt vormgegeven staat in hoofdstuk 7. In hoofdstuk 8 wordt de begroting van het transformatieplan palliatieve zorg gepresenteerd. Tenslotte volgt in hoofdstuk 9 het borgingsplan dat gebaseerd is op het in de Mijnstreek beproefde [Limburgs 6-knoppenmodel](#).

Disclaimer: Onderdelen van dit plan zijn conceptueel en zowel de inhoud als de nu gebruikte terminologie evolueren mogelijk in het transformatieproces.

1.2 Het juiste niveau van organisatie voor deze transformatie is regionaal

Voor de volledige implementatie van het KKPZ is het nodig dat zorgverleners in de keten anders gaan handelen, meer en beter gaan samenwerken en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners op de juiste manier worden ingezet. Hiervoor moeten regionale zorgaanbieders over sectoren en domeinen heen samenwerken. Het is daarbij van belang dat aanbieders elkaar kennen en vertrouwen.

De Netwerken Palliatieve Zorg hebben sinds 2002 een duidelijke opdracht vanuit het ministerie van VWS in de kwaliteitsverbetering van de palliatieve zorg in de regio, te weten: signaleren en analyseren van knelpunten in de palliatieve zorg; coördineren van onderlinge samenwerking; faciliteren van kwaliteitsbevordering; (netwerk)leden en burgers informeren over (de mogelijkheden van) palliatieve zorg.

De verdere implementatie van het kwaliteitskader palliatieve zorg met alle netwerkpartners hoort daarbij en is onlosmakelijk van een reeks al uitgevoerde of in uitvoering zijnde succesvolle projecten in de Mijnstreekregio zoals beschreven in paragraaf 1.6. Daarnaast is afstemming noodzakelijk met andere ontwikkelingen in de regio zowel binnen de Mijnstreek als ook op het niveau van Zuid-Limburg.

1.3 De Mijnstreek in transformatie – de Mijnstreek Coalitie

De regio's Oostelijk Zuid-Limburg en Westelijke Mijnstreek vormen samen de Mijnstreek met ongeveer 400.000 inwoners. [Het Regiobeeld Zuid-Limburg](#) laat zien dat, in vergelijking met het landelijk gemiddelde, de demografische druk en daarmee vergrijzingsdruk hoger is en sneller stijgt. Daarnaast wordt de regio gekenmerkt door een lage sociaaleconomische status, grote gezondheidsachterstanden en grote verschillen tussen gemeenten en wijken. Dit is zichtbaar in hogere zorgkosten voor de meeste zorgsoorten. De levensverwachting ligt in Zuid-Limburg lager dan in de rest van Nederland en dat geldt ook voor de levensverwachting in goede gezondheid.

Met het overkoepelende transformatieplan 'Verbeterde gezondheid én slimmer georganiseerde zorg' willen partijen in de regio, verenigd in de [Mijnstreek Coalitie](#), de zorg ook in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed houden. Palliatieve zorg is, naast Pluswijken, Ouderen, Arbeidsmarkt en Digitalisering één van de vijf prioritaire en sector-overstijgende thema's die kansrijk en impactvol zijn en bijdragen aan realisatie van de regio-opgave. Opschaling van deze thema's naar Zuid-Limburgs niveau wordt op bestuurlijk niveau en daar waar het van toepassing is via de inhoud gerealiseerd. Binnen het programma én op Zuid-Limburgs niveau wordt bovendien afgestemd over communicatie, dataverzameling, digitale ondersteuning en andere randvoorwaarden voor een succesvolle transformatie die binnen meerdere thema's spelen.

In het [Regioplan Zuid-Limburg](#) is Palliatieve Zorg opgenomen in het thema zorgoptimalisatie.

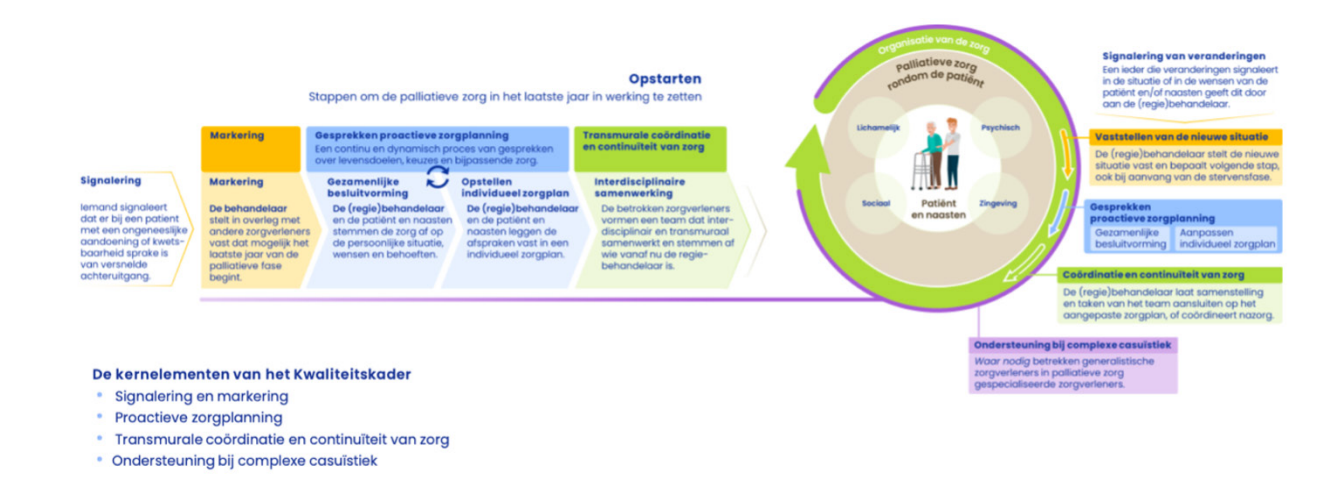
1.4 De ambitie: goede palliatieve zorg voor ál onze inwoners

De ambitie van de transformatie palliatieve zorg is, dat in 2030 iedere inwoner van de Mijnstreek in de palliatieve fase kan rekenen op kwalitatief goede, transmuraal georganiseerde, proactieve palliatieve zorg. Op geleide van iemands persoonlijke keuzes wordt op het gebied van alle vier dimensies van palliatieve zorg (fysiek, psychisch, sociaal, zingeving) aan zowel patiënt als naasten op empathische wijze passende steun, begeleiding, behandeling en zorg geboden.

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

- Markering
- Proactieve Zorg Planning
- Transmurale coördinatie en continuïteit en
- Ondersteuning bij complexe casuïstiek

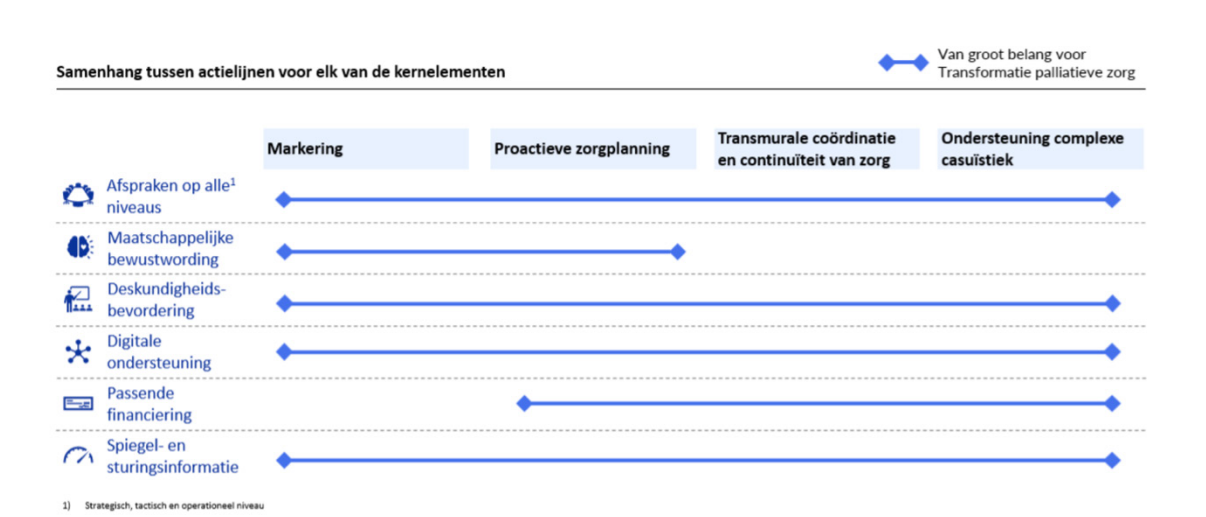
Zie Figuur 1 voor een visualisatie van de belangrijkste processen in de palliatieve fase. In **bijlage I** is in meer detail toegelicht uit welke elementen goede palliatieve zorg volgens het Kwaliteitskader bestaat en waarom dit belangrijk is.



Figuur 1. Overzicht kernelementen van zorg in de palliatieve fase volgens het Kwaliteitskader palliatieve zorg.

1.5 Het realiseren van goede palliatieve zorg vraagt actie op meerdere actielijnen

In de recent opgestelde [Strategische Agenda Transformatie Palliatieve Zorg](#) hebben landelijke partijen samen vastgesteld, dat voor succesvolle implementatie van het Kwaliteitskader in een regio, afspraken en investeringen nodig zijn op meerdere actielijnen, gerelateerd aan de vier kernelementen. Zie Figuur 2 voor een weergave van de samenhang tussen de actielijnen voor implementatie en de kernelementen van palliatieve zorg.



Figuur 2. Samenhang actielijnen implementatie en kernelementen palliatieve zorg.

Voor de in de figuur genoemde actielijnen zijn afspraken en investeringen nodig.

- **Afspraken op strategisch, tactisch en operationeel niveau:** goede palliatieve zorg leunt in belangrijke mate op goede coördinatie tussen lokale zorgaanbieders en informele zorgpartners. Welke zorgprofessionals worden bijvoorbeeld geacht de palliatieve fase te markeren met hun patiënt? Hoe kan signalering door vrijwilligers hierbij helpen? Welke zorgprofessionals maken samen met de patiënt het proactief zorgplan? Hoe zorgen we dat dit in onze regio altijd op de juiste plek bij de juiste zorgprofessional beschikbaar is? Hoe is de samenwerking met informele zorg geborgd? Het is belangrijk dat dergelijke aspecten worden afgesproken, zodat iedereen zijn/haar rol en verantwoordelijkheden kent. Dit zijn in de eerste plaats afspraken op operationeel niveau, maar deze kunnen alleen beklijven als ze ook op bestuurlijk en op tactisch niveau met elkaar worden onderschreven.
- **Bewustwording patiënten:** uitgangspunt is dat patiënten zelf de regie hebben over hun zorgproces. Regionale bewustwordingscampagnes zijn nodig om burgers via lokale kanalen aan te moedigen om stil te staan bij wensen en grenzen in de laatste levensfase. De bewustwording is zowel gericht op het aangaan van het proactieve zorgplanningsgesprek als op laagdrempeliger bespreekbaar maken van het onderwerp palliatieve zorg en de mogelijkheden in de laatste fase, zoals inzet van vrijwilligers of verblijf in een hospice.
- **Deskundigheidsbevordering:** het is belangrijk om niet alleen landelijk, maar juist ook in de regio te investeren in kennisontwikkeling over palliatieve zorg bij zorgprofessionals en informele zorgverleners. Denk aan kennis over signalering, markering, de richtlijn proactieve zorgplanning en de inzet van specialisten palliatieve zorg. Het gaat hierbij om alle disciplines zoals huishoudelijk medewerkers, welzijnswerkers, artsen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en andere relevante zorgprofessionals in de regio. Maar het gaat dus ook om de kennis over palliatieve zorg van vrijwilligers en naasten, zodat iedereen dezelfde taal spreekt. De opgave ten aanzien van deskundigheidsbevordering is groot.
- **Digitale ondersteuning:** investeringen zijn nodig om de noodzakelijke transmurale samenwerking en het palliatieve zorgproces digitaal te ondersteunen. Transmurale gegevensuitwisseling oftewel databeschikbaarheid is een cruciaal onderdeel. Daarnaast moeten onder andere afspraken worden gemaakt over de wijze waarop een Multi Disciplinair Overleg (MDO) of onderlinge communicatie digitaal wordt ondersteund.
- **Passende financiering:** implementatie van het Kwaliteitskader leidt tot meer (passende) zorg eerder in het zorgproces en minder (niet-passende) zorg in de periode vlak voor overlijden. Delen van het gewenste zorgproces zijn (nog) geen onderdeel van de contractering. Daarnaast zijn er veranderingen die zowel tot afspraken over meer als minder zorg kunnen leiden. Gelijkgelijke afspraken op inhoud tussen zorgverzekeraars is hierbij essentieel, zodat de verantwoordelijkheid voor de transformatie door alle betrokken zorgverzekeraars wordt gedeeld en om te voorkomen dat de transformatie geremd wordt.

- **Spiegel- en stuurinformatie:** het is cruciaal dat betrokken organisaties, vrijwilligers en zorgprofessionals ervaringen uitwisselen om van elkaar te kunnen leren. Wat werkt goed, wat niet? Daarom is het belangrijk dat een blijvende cultuur van spiegelen en verbeteren wordt ingericht. Inzichten over wat wel en niet werkt worden verzameld en verspreid. Het is ook waardevol, dat betrokkenen uit verschillende regio's in het land met elkaar regelmatig geleerde lessen kunnen uitwisselen. Dit laatste wordt gecoördineerd vanuit het NPPZ II programma Transformatie.

In hoofdstuk 4 worden deze randvoorwaarden verder uitgewerkt.

1.6 Mijnstreekregio al langer actief in proactieve palliatieve zorg

We zien in de Mijnstreek dat de Netwerken Palliatieve Zorg een belangrijke rol hebben in het samenbrengen van partijen, stimuleren van transmurale samenwerking, stimuleren van maatschappelijke bewustwording, bijdragen aan deskundigheidsbevordering van generalisten en kwaliteitsborging d.m.v. een cyclische aanpak met zelfevaluatie en visitaties in alle aangesloten zorg- en informele organisaties. Zo wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan het optimaliseren van de 'reis' die de patiënt in de palliatieve fase volgt, van markering tot aan de dood inclusief nazorg aan de naasten.

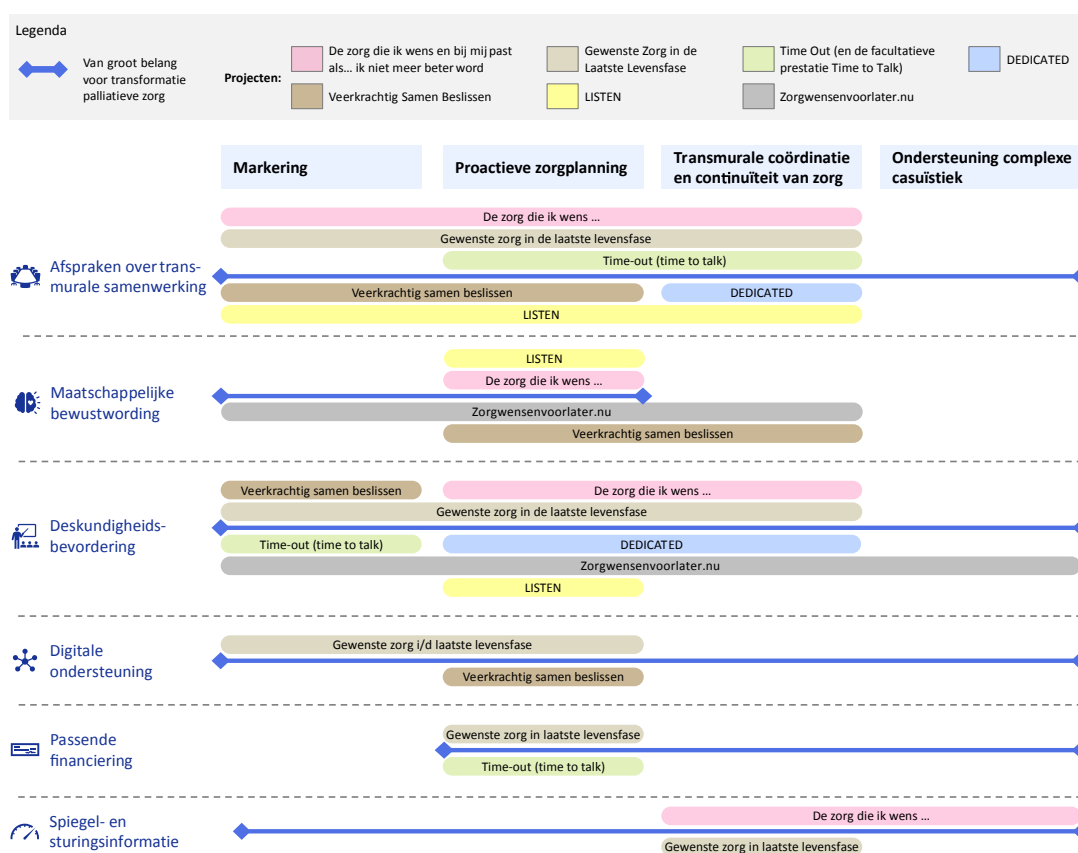
Het nu voorliggende transformatieplan palliatieve zorg bouwt voort op een reeks van succesvolle projecten en pilots in de Mijnstreekregio. In zowel het ziekenhuis, de huisartsenpraktijk, thuiszorg als verpleeghuizen en breder, is hiermee, met ondersteuning van de beide Netwerken Palliatieve Zorg, transmurale ingezet op signalering en markering, PZP, coördinatie en continuïteit van zorg en ondersteuning bij complexe casuïstiek. Bijvoorbeeld:

- Met innovatieprojecten zoals 'Gewenste Zorg in de Laatste Levensfase' ^[7], 'Time Out' en de facultatieve prestatie 'Time to Talk' ^[8], DEDICATED ^[9], 'Veerkrachtig Samen Beslissen' ^[10], 'De zorg die ik wens en bij mij past als... ik niet meer beter word' ^[11] en 'Zorgnetwerk Elsloo: samen zorgen, samen leren, samen beter' ^[12], 'LISTEN' ^[13] en 'Partners in palliatieve zorg. Integrale proactieve zorgplanning met een centrale contactpersoon' ^[14] wordt sinds jaren een impuls gegeven aan maatschappelijke bewustwording, PZP, deskundigheidsbevordering en versterking van de transmurale samenwerking voor mensen die niet meer beter worden.
- Ook zijn onderdelen tot speerpunt gemaakt in de reguliere werkprocessen bij de diverse zorgpartners. Een voorbeeld hiervan is de Module Ouderenzorg ^[15] bij huisartsen waar PZP een onderdeel is, of de Transmurale Zorgbrug voor Kwetsbare Ouderen waar een warme overdracht georganiseerd wordt tussen eerste en tweede lijn bij ziekenhuisopname en -ontslag. De impuls via deze projecten heeft zijn vruchten afgeworpen, zichtbaar in diverse parameters en onderzoeksresultaten van de genoemde projecten.

- Binnen de regio is specifieke expertise ten aanzien van palliatieve zorg sinds 2016 transmuraal georganiseerd door de oprichting van een consultatieteam: het Transmuraal Ondersteunend Palliatie Advies Team (TOPAT). Dit team vond zijn versnellingskracht in de COVID-pandemie waarin snel en adequaat landelijk en Europees erkende en benutte protocollen werden ontwikkeld voor adequate palliatieve zorg voor Covidpatiënten thuis, die niet meer in een ziekenhuis konden of wilden worden opgenomen. Transmuraliteit en interprofessionaliteit zijn kenmerkend voor dit TOPAT.
- Het Centrum voor Levensvragen (CvL) Limburg heeft zijn toegevoegde waarde intussen ruim bewezen in de regio.
- Structurele overleggen en afspraken met vertegenwoordiging van apothekers over het zorgproces voor patiënten in een palliatieve fase zijn een feit.
- In 2020 is het idee van een gezamenlijk Kenniscentrum Palliatieve Zorg in de Mijnstreek uitgewerkt. Dit kenniscentrum is een virtueel loket dat toegankelijk is voor zowel burgers als zorgverleners. Vooruitlopend op de verder uitwerking is in 2023 onder andere het initiatief genomen om een gezamenlijke website voor palliatieve zorg en (vooral) PZP te ontwikkelen. De website 'www.zorgwensenvoorlater.nu' is als basis in continue ontwikkeling als dé centrale informatiebron en uiteindelijk ook de online ontmoetingsplaats voor patiënten, naasten en zorgverleners.

De projecten en impulsen zullen niet gestopt worden en het gedachtegoed, op basis van bewezen en ervaren effecten wordt gecontinueerd, gedeeltelijk ook als reguliere zorg.

In paragraaf 1.7 zal een nadere motivatie worden beschreven waarom het desondanks noodzakelijk is een transformatieplan ter hand te nemen, met als belangrijkste reden een volledige saturatie van de initiatieven en in samenhang met het Kwaliteitskader te realiseren in de regio.



Figuur 3. Overzicht van actielijnen en kernelementen van de transformatie palliatieve zorg welke aansluiten op de lopende projecten in de Mijnstreek.

1.7 Waarom is er dan toch een transformatie nodig?

Ondanks bovengenoemde successen is palliatieve zorg zoals beoogd met het Kwaliteitskader nog geen gemeengoed voor alle cliënten/patiënten en naasten, en alle zorgverleners in alle sectoren in de regio. Er blijven zich situaties voordoen waarbij niet-passende zorg wordt geleverd, omdat bijvoorbeeld wensen en grenzen van mensen in een palliatieve fase niet op de juiste plek bekend zijn of mensen hier nog niet over hebben nagedacht en gesproken. Ook de relatie tussen formele en informele zorg is in de regio nog niet consequent geborgd.

In onderstaand Figuur 3 worden de projecten van de Mijnstreek geïllustreerd in het model van de actielijnen uit paragraaf 1.5. In dit figuur is goed te zien dat er al heel veel in de Mijnstreek is ontwikkeld. Ook is zichtbaar dat er actielijnen zijn waar tot nu toe nog niet genoeg is ontwikkeld, te weten: digitale ondersteuning, passende financiering en spiegel- en sturingsinformatie. De lopende projecten focussen zich daarnaast vaak op enkele sectoren, in plaats van op alle, en ook zijn niet alle organisaties binnen de betrokken sectoren aangehaakt. Het kernelement Ondersteuning complexe casuïstiek lijkt ondervertegenwoordigd, maar dat is niet zo; dit wordt alleen niet in projectverband opgepakt, maar door het TOPAT.

Landelijk, op het niveau van het Consortium palliatieve zorg Zuidoost Brabant en Limburg, en binnen onze eigen Netwerken wordt al hard aan maatschappelijke bewustwording en deskundigheidsbevordering gewerkt. Maar ook hier is, mede door verdere intensivering van de samenwerking tussen alle stakeholders in de regio, nog veel te winnen. Voor succesvolle implementatie van het Kwaliteitskader in een gehele regio zijn dan ook gecoördineerde, meerjarige afspraken en investeringen nodig op meerdere fronten. Daarmee is dit een complexe, impactvolle zorgtransformatie die een integrale aanpak vraagt. Aangezien de uitkomsten van lopende projecten en pilots wel duidelijk in de richting van beoogde doelen wijzen (juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste hulpverlener, op het juiste moment), legitimeert dit het formuleren van een ambitie in het kader van het Integraal Zorg Akkoord. Om hiermee de volledige implementatie van het Kwaliteitskader bij alle betrokkenen in de regio Mijnstreek na te streven, daar waar met projecten en pilots vooral koplopers op dit gebied werden bereikt. Voortbordurend op de goede resultaten tot nu toe is dit transformatieplan een logisch vervolg van de huidige initiatieven. Met de volledige implementatie van het Kwaliteitskader, inclusief het realiseren van benodigde randvoorwaarden, wordt er een substantiële bijdrage geleverd aan de ambities van het regioplan Zuid-Limburg op het thema Palliatieve Zorg.

1.8 Synergie door landelijke samenwerking en ondersteuning door NPPZII

Onze regio is één van de eerste regio's met een compleet plan voor de transformatie palliatieve zorg en is transparant over het proces en uitkomsten richting andere regio's om maximale lering mogelijk te maken. Het PMT is voornemens dit transformatieplan te publiceren (waarbij vertrouwelijke informatie wordt geredigeerd). Er is aanhaking bij het NPPZ II via substantiële ondersteuning door Stichting Palliatieve Zorg Nederland (PZNL), hierdoor kan de Mijnstreek profiteren van de inzichten die landelijk zijn opgedaan en gebruik maken van de expertise en producten vanuit NPPZII en vice versa. Binnen deze samenwerking vindt concreet afstemming plaats tussen de transformatieplannen palliatieve zorg Mijnstreek en die van Maastricht-Heuvelland. Beide sub-regio's werken naar hetzelfde einddoel en inspireren elkaar met lokale ervaringen.

2. Palliatieve zorg in de Mijnstreek over 5 jaar

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

De transformatie palliatieve zorg is gericht op de verdere implementatie van het transmuraal zorgpad palliatieve zorg. Dit beschrijven we in paragraaf 2.1 op geleide van de vier kernelementen van het Kwaliteitskader, waarbij het gewenste zorgproces al in hoge mate is uitgedacht. Belangrijke afspraken worden vastgelegd in het individueel zorgplan van de patiënt, beschreven in paragraaf 2.2. Rondom patiënt wordt, zoals benoemd in paragraaf 2.3, een zorgteam ingericht. Binnen dit team wordt in overleg met patiënt een regiebehandelaar aangewezen. Daarnaast wordt in deze paragraaf kort ingegaan op aanvullende expertises naast de regiebehandelaar. In paragraaf 2.4 wordt uiteengezet hoe het MDO-PZ, geleid door een kernteam, zorgdraagt voor samenhang en deskundigheid van de zorgteams.

Paragraaf 2.5 vertelt vervolgens hoe onder andere vanuit deze MDO's wordt opgeschaald in zorgzwaarte binnen een in te richten kennisnetwerk van generalisten, aandachtsvelders, adviserend verpleegkundigen en specialisten palliatieve zorg. Het Kenniscentrum palliatieve zorg Mijnstreek met een loket voor burgers en zorgverleners, zoals beschreven in paragraaf 2.6, is de uiteindelijke cirkel om het geheel in de regio. De opgezette website www.zorgwensenvoorlater.nu wordt doorontwikkeld als zorgwijzer en ontmoetingsplaats van dit kenniscentrum.

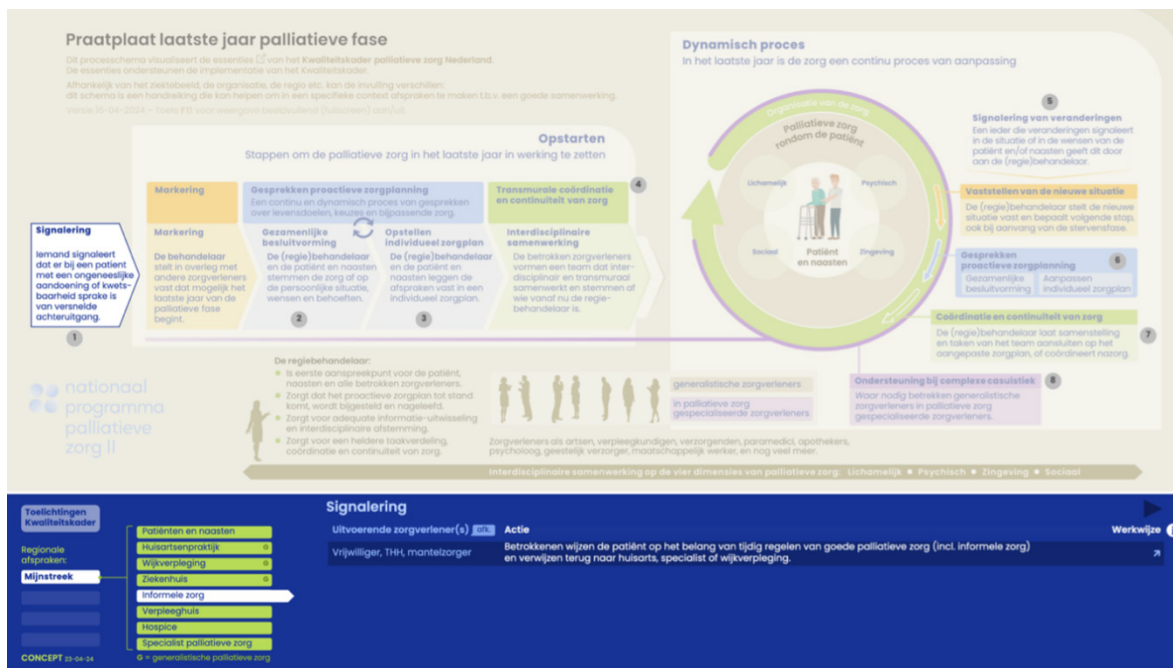
2.1 Goed georganiseerde passende zorg rondom patiënt en naasten

In onze regio implementeren we het regionaal ontwikkelde **transmuraal zorgpad palliatieve zorg** over alle lijnen van zorg. In Figuur 4 geven we als voorbeeld de uitbeelding van het zorgpad vanuit het perspectief van het ziekenhuis, zoals dat nu al wordt toegepast. In het zorgpad zijn de vier kernelementen van het Kwaliteitskader herkenbaar. Afhankelijk van de situatie van de patiënt (bijvoorbeeld: ondergaat deze momenteel behandelingen in het ziekenhuis of niet) zijn onderdelen van het zorgpad aan de orde. De vier kernelementen zijn, ongeacht in welke situatie het zorgpad wordt opgestart, altijd van toepassing.



Figuur 4. Transmuraal zorgpad palliatieve zorg Zuyderland Medisch Centrum

Op de website KKPZ.nl staat een gedetailleerde beschrijving van de toekomstige organisatie van palliatieve zorg in onze regio aan de hand van de vier kernelementen van het Kwaliteitskader in een 'praatplaat'. Deze plaat duidt de gewenste situatie ten aanzien van het proces aan. Bij het aanklikken van de verschillende vetgedrukte elementen wordt op de website in een keuzemenu per sector aangegeven wie wat doet in het zorgproces, welke werkafspraken daarbij zijn gemaakt en welke tools kunnen worden gebruikt. Ook nazorg aan naasten en farmacotherapeutische adviezen zijn onderdeel van het zorgproces. In Figuur 5 is de voorbeeldpagina van de website weergegeven waarop de **signalering** vanuit de informele zorg wordt uitgelegd.



Figuur 5. Pagina op de website KKPZ.nl. De site is een dynamische weergave van het proces in ontwikkeling en is in de maanden juni/juli wel benaderbaar, maar nog in ontwikkeling.

2.2 Het individueel zorgplan reist met de patiënt mee

Voor de verslaglegging van de proactieve zorgplanning in een individueel zorgplan (IZP) wordt gebruik gemaakt van een uniform format gebaseerd op de landelijk richtlijn PZP^[16] aangevuld met tekstblokken voor de vier dimensies van de palliatieve zorg, inclusief betrokkenheid informele zorg en farmacotherapeutische adviezen. De patiënt en alle betrokken zorgverleners hebben dit plan in hun bezit. Bij transitie in de zorgketen reist het document met de patiënt mee. In eerste instantie is dit op papier, het streven is dat het IZP zo spoedig mogelijk ook digitaal voor alle betrokkenen benaderbaar is. In **bijlage III** geeft het individueel zorgplan weer zoals dat in de bij het project 'De zorg die ik wens...' betrokken zorgpaden in het ziekenhuis wordt gebruikt.

2.3 Een zorgteam rondom patiënt en naasten voor afstemming van zorg op alle dimensies

Rondom de patiënt wordt op basis van de (palliatieve) zorgbehoefte een **zorgteam** ingericht. Zie Figuur 6 voor een visuele weergave van zo'n zorgteam. Dit kan bestaan uit formele en informele zorgverleners zoals huisarts, thuiszorg, geestelijk verzorgers, acute zorg, apothekers, vrijwilligers, mantelzorgers, mantelzorgondersteuners etc. Alle leden van het team zijn op de hoogte van eenieders betrokkenheid. In afstemming met patiënt wordt een regiebehandelaar aangewezen. De **regiebehandelaar** is niet noodzakelijkerwijs een arts, al zal dat vaak wel het geval zijn. Afhankelijk van de omstandigheden en de zorgsector kan ook een zorgverlener van een andere beroepsgroep, bijvoorbeeld een physician-assistent, een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, praktijkondersteuner huisarts of een andere zorgverlener de rol van regiebehandelaar vervullen.^[17] Vaak is de huisarts regiebehandelaar. Als er intensieve behandelingen in het ziekenhuis plaatsvinden kan er een regiebehandelaar in de tweede lijn worden aangewezen.

De regiebehandelaar ziet er in elk geval op toe dat:

- De continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- Er adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij behandeling betrokken zorgverleners;
- Er **één aanspreekpunt** is voor het tijdig beantwoorden van vragen van de patiënt over de behandeling van de patiënt.
- De zorgverleners zorgen ervoor dat deze afspraken duidelijk zijn voor de patiënt.

Cruciale schakels in de regio in de zorg voor patiënten in de palliatieve fase zijn naast de regiebehandelaar, o.a. de thuiszorg, geestelijk verzorgers, hospices, apothekers, paramedici en de acute zorgpartners. Naast professionele zorgverleners maken ook vrijwilligers en medewerkers vanuit het sociaal domein mogelijk deel uit van het zorgteam. Zij bieden o.a. psychosociale steun, praktische hulp en presentie bij zowel de patiënt als diens naaste. De samenwerking tussen formele en informele zorg rondom patiënt is in de getransformeerde situatie een vanzelfsprekendheid.



Figuur 6. Zorgteam rondom de patiënt en naasten.

Om de benodigde zorg zo goed mogelijk te organiseren, wordt er rekening gehouden de complexiteit van de benodigde zorg. Hierbij wordt de zorg zo nodig opgeschaald binnen het kennisnetwerk.

- **Laag complexe palliatieve zorg:** zorg voor patiënten met algemene palliatieve zorgbehoeften waarin kan worden voorzien door het eigen zorgteam in de eerste- of tweede lijn; generalistische zorg.
- **Complexe palliatieve zorg:** zorg voor patiënten die – tijdelijk - meer gespecialiseerde aandacht nodig hebben, maar waarbij nog steeds de mogelijkheid bestaat om generalistische palliatieve zorg te verlenen. Advies van een specialist palliatieve zorg is nodig en kan op verschillende manieren worden verleend; advies in het MDO-PZ, telefonisch advies, een éénmalig (poli)klinisch, digitaal of bed-side consult, of door bespreking in het transmuraal MDO van het TOPAT.
- **Hoog complexe palliatieve zorg:** zorg voor patiënten die een zeer gespecialiseerde aanpak vereisen vanwege de complexiteit van hun aandoening en symptomen. Naast het generalistisch zorgteam wordt deze groep ook behandeld door een specialist palliatieve zorg, die, indien nodig, ook het casemanagement uitvoert. Deze patiënten worden minstens één keer besproken in het specialistisch en transmuraal MDO van het TOPAT.

Op basis van onderzoek zal blijken of er meer specialisten palliatieve zorg nodig is, per sector en functie. Hierbij wordt dus ook gekeken naar de mix van functies die inzet van specialistische palliatieve zorg zou optimaliseren (zo is er op dit moment een tekort aan kaderopgeleide (huis)artsen). Hiervoor wordt een capaciteitsberekening uitgevoerd in samenwerking met het PZNL-Gupta transformatieteam. Er wordt in deze capaciteitsberekening onderscheid gemaakt tussen de transformatiefase (meer capaciteit nodig voor ondersteuning en inrichting van de transformatie) en de fase daarna (netwerkgorg in de regio is ingericht inclusief deskundigheidsbevordering van de generalist). In de impactanalyse (hoofdstuk 6) is een eerste inschatting gedaan van de benodigde capaciteit. Op basis hiervan is de verwachting dat het totaal aantal in PZ gespecialiseerde zorgverleners op lange termijn niet hoeft te veranderen. Naast het multidisciplinair overleg palliatieve zorg (MDO-PZ) is een ander belangrijk element dat binnen het kennisnetwerk voor continuïteit en coördinatie van zorg en voor ondersteuning van de generalist door de specialist bij complexe casuïstiek zorgt; het **Kenniscentrum palliatieve zorg Mijnstreek**. Dit wordt in de volgende paragraaf toegelicht.

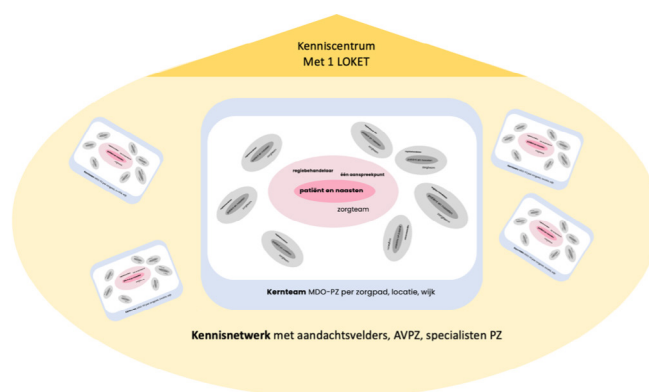
2.6 Kenniscentrum palliatieve zorg Mijnstreek met één loket voor burgers en zorgverleners

In 2020 is vanuit de samenwerking tussen de Netwerken Palliatieve Zorg Samen en de specialisten palliatieve zorg van het TOPAT de basis gelegd voor de verdere inrichting van het Kenniscentrum palliatieve zorg Mijnstreek. Vanuit het Kenniscentrum wordt o.a. informatie geordend aangeboden en wordt de ondersteuning bij complexe casuïstiek gecoördineerd. Het centrum speelt ook een belangrijke rol in de regionale deskundigheidsbevordering en initieert en participeert in onderzoek op het gebied van palliatieve zorg. Het Kenniscentrum is straks een - vooralsnog - digitaal loket voor patiënten, naasten, zorgverleners; dus alle burgers. Zie Figuur 9 voor een weergave van het Kenniscentrum met één loket.

Hierachter zorgt een regioteam voor structurele oplossingen voor veel gestelde vragen of behoeftes.

Het nog meer transmuraal, centraal gecoördineerd, inzetten van de kennis van de specialisten palliatieve zorg uit de regio dichtbij patiënten, naasten en generalisten is een gewenste ontwikkeling. In de transformatie worden deze plannen gezamenlijk verder uitgewerkt zoals wordt beschreven in hoofdstuk 5. Er wordt dan ook een capaciteitsberekening gemaakt voor de inzet van de specialisten palliatieve zorg waarbij er onderscheid gemaakt wordt tussen de transformatiefase en de eerste jaren nadien (meer capaciteit nodig voor ondersteuning en inrichting van de transformatie) en daarna (netwerkgorg in de regio is ingericht inclusief deskundigheidsbevordering van de generalist).

Voor de ontwikkeling van het Kenniscentrum wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt en geleerd van de kennis die al opgedaan is bij het inrichten van één ingangspunt voor acute zorg in de regio en de regionale zorgpunten Zuid Limburg. Over de rolverdeling van alle betrokkenen en de financiering worden goede afspraken gemaakt.



Figuur 9. Kenniscentrum palliatieve zorg regio Mijnstreek met 1 loket voor burgers en zorgverleners

Rollen van het kenniscentrum:

- **Loket palliatieve zorg:** Hiertoe wordt bemensing gefaciliteerd om vragen te signaleren en te beantwoorden.
 - Zorgverleners kunnen bij het loket terecht voor inhoudelijke en organisatorische vragen, en scholingsmateriaal.
 - Burgers kunnen terecht met vragen. Daar waar het antwoord niet gegeven kan worden door het Kenniscentrum wordt gekeken naar wie verwezen kan worden voor de hulpvraag.
 - Door in het Kenniscentrum partners uit het sociaal domein te hebben kan men er ook terecht voor zaken als hulpmiddelen, ontmoeting en lotgenotengroepen.
 - Via dit loket kan men ook bij het Centrum voor Levensvragen terecht voor doorverwijzing naar geestelijke zorg.
- **Ondersteuning complexe casuïstiek:** Generalistische zorgverleners nemen contact op met het Kenniscentrum voor ondersteuning bij complexe casuïstiek. Bij iedere vraag wordt gekeken naar de juiste inzet van de specialist palliatieve zorg. Voor de telefonische en digitale consultatie valt er productiviteitswinst te behalen door de consultatie in ANW-uren bovenregionaal te organiseren in geheel Zuid-Limburg.
- **Deskundigheidsbevordering:** Het Kenniscentrum heeft een belangrijke 'paraplu-rol' bij de deskundigheidsbevordering van alle zorgverleners - formeel en informeel - in de regio. Zie hiervoor ook hoofdstuk 4.
- **Onderzoek:** Lokaal geïnitieerd (implementatie-)onderzoek en deelname aan landelijk onderzoek o.a. op het gebied van symptoombestrijding is ook een belangrijke pijler van het Kenniscentrum.
- **Een regioteam** bestaande uit zorgverleners, patiënt- en naastenvertegenwoordiging, zorgverzekeraar CZ en het sociaal domein zorgt achter het loket, in een vooraf vastgelegde Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus, voor structurele oplossingen voor zich bij herhaling aandienende belemmeringen in het proces van palliatieve zorg.

De website zorgwensenvoorlater.nu is in 2023 gezamenlijk door alle in de regio lopende initiatieven op gebied van PZP in samenwerking met de Netwerken Palliatieve Zorg geïnitieerd en geldt als digitale basis voor het Kenniscentrum. Op deze website staat informatie voor patiënten, naasten, burgers en zorgverleners over palliatieve zorg, PZP en de lopende projecten en werkwijzen in de regio.

De site wordt in de transformatie doorontwikkeld en de inhoud wordt aangepast op geleide van nieuwe werkwijzen. Het is een belangrijk medium voor communicatie in het kader van maatschappelijke bewustwording, afstemming van zorgprocessen en aanbieden van onderwijs- en voorlichtingsevenementen.

Het **loket van het Kenniscentrum** is via deze site te benaderen. Daarnaast wordt nagedacht over de doorontwikkeling tot ontmoetingsplek voor patiënten, informele zorg en mogelijk ook formele zorg.

3. Programmastructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de programmastructuur die wordt ingericht om de transformatie, zoals geschetst in het vorige hoofdstuk, te realiseren. Naast de programmastructuur en rolverdeling wordt ook beschreven hoe voorzien wordt in de communicatie naar alle betrokken zorgverleners, patiënten in de palliatieve fase.

De structuur van het transformatieplan palliatieve zorg is ingericht met vertegenwoordiging van alle zorgpartijen in de regio; patiënten en naasten, ziekenhuis, huisartsenparktijken, wijkverpleging, verpleeghuizen, informele zorg, hospices, apothekers, sociaal domein, acute zorgketen en de bijzondere doelgroepen.

Aangezien het belang van patiënt de kern van de transformatieopdracht is, wordt er zoals in onze regio gebruikelijk, maximaal ingezet op patiënten- en naastenparticipatie. Op deze manier bestaat een gelijkwaardige samenwerking en daarmee een grote betrokkenheid.

3.1 Indeling programma

Strategisch:

- Bestuurlijke Regiegroep Zuid-Limburg
- Mijnstreek Coalitie

Tactisch:

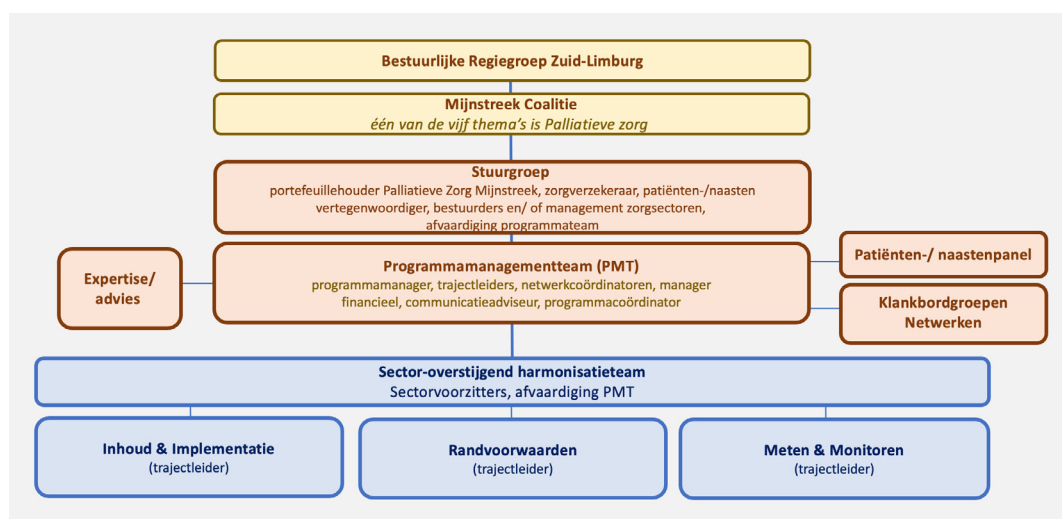
- Programmamanagementteam (PMT)
- Stuurgroep transformatie PZ
- Klankbordgroepen Netwerken Palliatieve Zorg en patiënten/naastenpanel

Operationeel:

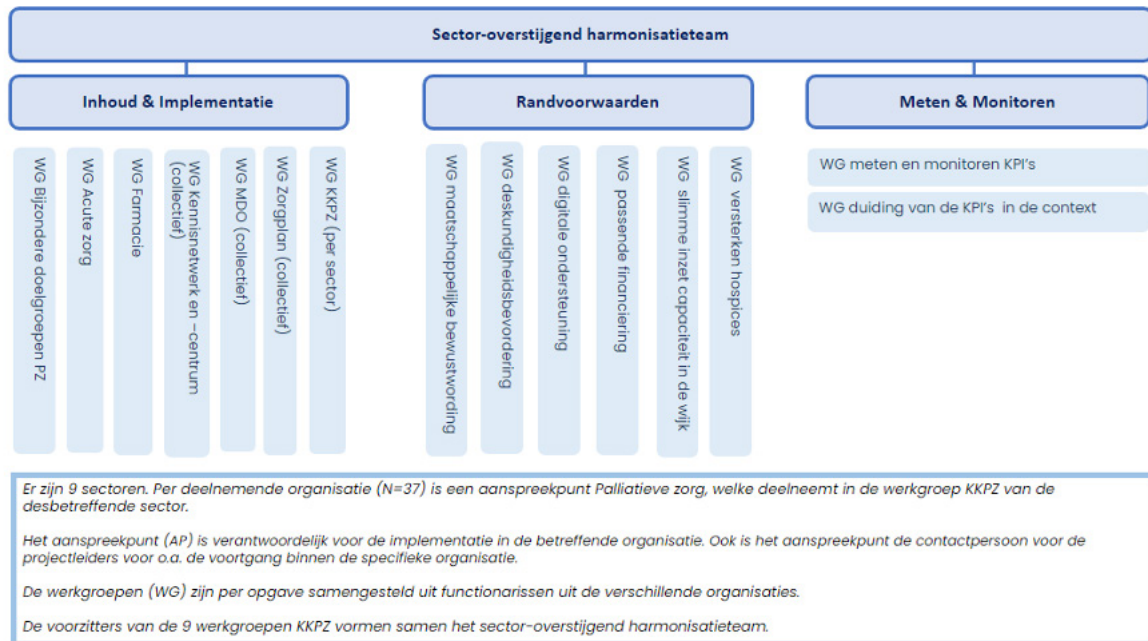
- Sector-overstijgend harmonisatieteam
- Drie trajecten met elk zijn eigen werkgroepen (WG)
 - Inhoud & Implementatie
 - Randvoorwaarden
 - Meten & Monitoren

Door deze samenstelling en werkwijze is het mogelijk om lijnen tussen de verschillende lokale samenwerkingsverbanden, organisaties, trajecten en het transformatieplan zo kort mogelijk te houden.

De programmastructuur staat weergegeven in Figuur 10 en wordt in de volgende paragrafen verder uitgewerkt.



Figuur 10A. Programmastructuur Transformatie PZ Mijnstreek - ondersteuning van het plan top-down



Figuur 10B. Programmastructuur Transformatie PZ Mijnstreek - uitwerking van de plannen bottom-up.

3.2 Programmamanagementteam

Het programmamanagementteam (PMT) is de centrale spil in de uitvoering van de transformatie; de integrator van het Limburg 6-knoppenmodel (in hoofdstuk 9 wordt dit model beschreven).

Samenstelling

Het PMT bestaat uit:

- Programmamanager
- De trajectleiders van de 3 trajecten
- De netwerkcoördinatoren
- Manager financieel
- Communicatieadviseur
- Projectcoördinator

Bijdrage vanuit het NPPZII

Tijdens de schrijfperiode van dit transformatieplan vertegenwoordigde de regioadviseur vanuit Palliatieve Zorg Nederland de netwerkcoördinatoren die vanwege omstandigheden in deze periode nog geen deel uit konden maken van het PMT. In de laatste fase van het schrijfproces zijn de netwerkcoördinatoren onderdeel geworden van het PMT. De regioadviseur zal als expert dienen voor de verbinding met de landelijke ontwikkelingen en ervaringen tussen de regio's vanuit het NPPZII. Ook is en wordt een essentiële bijdrage geleverd vanuit de programmamanager en strategisch consultant van het NPPZII. Tijdens de transformatie zullen zij aangehaakt blijven als adviseur. Daarnaast worden daar waar nodig experts 'ingevlogen' ter ondersteuning van ons plan in de regio op het gebied van de 'praatplaat' KKPZ.nl, digitale ondersteuning, passende financiering, KPI's en meten & monitoren. Door de nauwe samenwerking met Palliatieve Zorg Nederland kunnen we zowel regionaal als landelijk leren van ieders ervaringen.

Werkzaamheden en verantwoordelijkheden

Het programmamanagementteam ontmoet elkaar wekelijks, is voorbereidend en vormt de verbinding tussen inhoud en besluitvorming. Het PMT houdt de regie en het overzicht over de voortgang van de implementatie van het KKPZ. Het team geeft de kaders en randvoorwaarden mee aan trajectleiders, werkgroepen en aanspreekpunten (AP) bij de deelnemende zorgorganisaties. Ook monitort het PMT op regionaal niveau de voortgang van de implementatie en houdt het PMT zicht op de realisatie van de KPI's en de impact van de implementatie op capaciteit, in het bijzonder die in de wijk. De gezamenlijke inrichting van het (digitale) Kenniscentrum en de doorontwikkeling van de website wordt door het PMT gecoördineerd met ondersteuning van een organisatiedeskundige. Het team legt ook de verbinding met de parallel lopende transformatieplannen binnen de Mijnstreek. Zo zal bijvoorbeeld de verbinding met het sociaal domein gelegd worden in samenwerking met het thema Pluswijken. Het PMT is als integrator verantwoordelijk voor de borging van de transformatie, o.a. door het onderbrengen van haar taken binnen duurzame regionale structuren in 2028. Er vindt afstemming plaats met het transformatieteam palliatieve zorg Maastricht-Heuvelland.

3.3 Programma-indeling

Naast het programmamanagementteam en de bestuurlijke verankering, kent het programma drie trajecten met elk een eigen trajectleider: Inhoud & Implementatie, Randvoorwaarden en Meten & Monitoren. Doordat de trajectverantwoordelijken lid zijn van het PMT is de koppeling geborgd met alle werkgroepen. De werkgroepen hebben een voorzitter of projectleider en formuleren een advies over hun onderwerp en dragen zorg voor verbinding met de achterban. Bij aanvang van de transformatie is per werkgroep een opgave geformuleerd om zo gericht mogelijk duiding te geven aan hun taak. In hoofdstuk 5 worden de opgaves van de werkgroepen verder uitgewerkt.

De opbouw van de trajecten (zie ook figuur 10b)

- **Inhoud en Implementatie** wordt aangestuurd door een trajectleider die werkgroepen op verschillende onderwerpen leidt en faciliteert. De werkgroepen in dit traject worden, afhankelijk van de opgave, gevormd door functionarissen met diverse achtergronden van leden van de Netwerken Palliatieve Zorg. Hierdoor is er een goede verbinding tussen de regionale zorgverleners uit de palliatieve zorg en het programma.
 - Werkgroepen KKPZ: De aanspreekpunten vormen binnen hun eigen sector een werkgroep (WG) KKPZ. Deze werkgroepen per sector schetsen het kader voor lokale implementatie van de vier kernelementen van het kwaliteitskader. Deze worden vervolgens vastgelegd op de website KKPZ.nl. Er zijn 9 sectoren: patiënten en naasten, informele zorg, wijkverpleging, huisartsen, ziekenhuis, verzorg- en verpleeghuizen, specialist Palliatieve Zorg, hospices en het sociaal domein.
 - Werkgroep Zorgplan
 - Werkgroep MDO: Deze werkgroep bestaande uit een samenwerkend zorgteam (huisartspraktijken, zorgpaden in het ziekenhuis, afdeling of locatie verpleeghuis) implementeert het MDO-PZ en blijft hiervoor verantwoordelijk.
 - Werkgroep Kennisnetwerk en –centrum
 - Werkgroep Farmacie: Dit is een bestaande werkgroep van apothekers van de Netwerken Palliatieve Zorg, welke afspraken maakt over farmaceutische zorgprocessen in de palliatieve fase.
 - Werkgroep Acute zorg
 - Werkgroep Bijzondere doelgroepen Palliatieve Zorg
- **Randvoorwaarden** bestaat uit vijf werkgroepen onder leiding van de trajectverantwoordelijke. Iedere werkgroep heeft een projectleider en bestaat uit experts van de verschillende sectoren. De benodigde inspanningen van de verschillende werkgroepen zal variëren.
 - Werkgroep Deskundigheidsbevordering
 - Werkgroep Maatschappelijke bewustwording
 - Werkgroep Digitale ondersteuning
 - Werkgroep Passende Financiering
 - Werkgroep Slimme inzet van capaciteit in de eerste lijn
 - Werkgroep Versterken hospices

- **Meten en Monitoren** vindt plaats onder leiding van een trajectleider en bestaat uit twee werkgroepen.
 - Werkgroep Meten en monitoren: Aan de hand van de KPI's wordt de voortgang van de transformatie in kaart gebracht. De data (spiegel- en sturingsinformatie) hiervoor worden opgehaald bij de aanspreekpunten van alle betrokken organisaties. Daar waar nodig wordt voor data-extractie (extra) capaciteit binnen de organisaties vrijgemaakt.
 - Werkgroep Duiding van de KPI's in de context: Vanuit lopende projecten is er al een brede samenwerking met de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (AWO-L), met Zuyd Hogeschool en met Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht. Binnen geïnitieerde projecten (DEDICATED; Gewenste zorg in de laatste levensfase; De zorg die ik wens en bij mij past als... ik niet meer beter word; LISTEN; Veerkrachtig Samen Beslissen; Partners in palliatieve zorg/Integrale proactieve zorgplanning met een centrale contactpersoon) worden de effecten en implementatie van o.a. proactieve palliatieve zorg geëvalueerd met behulp van o.a. vragenlijsten, KPI's, spiegelinformatie en focusgroepen. Vanuit de academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (AWO-L), Zuyd Hogeschool en Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht zullen in de werkgroep Meten en monitoren, het PMT en de Stuurgroep helpen om de uitkomsten op de KPI's te duiden. Vervolgens wordt daar waar nodig vanuit het PMT in overleg met de Stuurgroep binnen het programma bijgestuurd. Een uitgebreidere beschrijving van de spiegel- en sturingsinformatie volgt in hoofdstuk 7.

3.4 Stuurgroep transformatie palliatieve zorg

Het programmamanagementteam rapporteert maandelijks aan de stuurgroep. Deze is verantwoordelijk voor het sturen, begeleiden en toezicht houden op de transformatie palliatieve zorg. De stuurgroep komt maandelijks bijeen en accordeert tussen- en eindproducten. In de stuurgroep zitten vertegenwoordigers namens patiënten en naasten, huisartsen, wijkverpleging, verzorg- en verpleeghuizen, ziekenhuis, hospices, informele zorg, het sociaal domein en de zorgverzekeraar. De portefeuillehouder voor palliatieve zorg Mijnstreek is één van de bestuurlijke portefeuillehouders voor het thema 'zorgoptimalisatie', lid van de stuurgroep van het programma palliatieve zorg en ook lid van de Mijnstreek Coalitie en kan hierdoor binnen de regio acteren om bij te dragen aan de regionale besluitvorming. Hierdoor is er dus een directe verbinding tussen het programma, de stuurgroep, het bestuur van de Mijnstreek Coalitie én de bestuurlijke regietafel Zuid-Limburg.

3.5 Patiënten- en naastenparticipatie en klankbordgroep

Participatie van patiënten en naasten in het programma is essentieel. Naast deelname in de stuurgroep, wordt vanuit het programma de verbinding gelegd met de bestaande structuren in de regio voor patiënten- en naastenparticipatie. In de regio is veel kennis over en ervaring met patiëntenparticipatie. Zo werd onder andere de [Toolkit voor patiëntenparticipatie in de palliatieve zorg](#) ontwikkeld door Zuyd Hogeschool, Zorgbelang Limburg en Burgerkracht Limburg. Binnen alle lopende projecten in de regio is op basis van deze toolkit in patiënten- en naastenparticipatie voorzien. Binnen het transformatieplan zijn de klankbordgroepen van de beide Netwerken Palliatieve Zorg met daarin vertegenwoordigers van patiënten en naasten bij alle ontwikkelingen betrokken. Door deelname van patiëntvertegenwoordigers in het traject 'inhoud en implementatie' wordt de inbreng en de specifieke ervaringsdeskundigheid van patiënten benut bij het vormgeven van de gewenste situatie.

De informele zorg, als georganiseerde groep in het belang van burgers, is zowel in de stuurgroep als in het traject 'inhoud en implementatie' vertegenwoordigd. Hiermee worden de ervaringen vanuit de persoonlijke band die zij hebben met patiënten en naasten ingebracht. Daarnaast is inwoner-, patiënt- en naastenparticipatie een kernelement zowel op het niveau van de Mijnstreek Coalitie als op Zuid-Limburgse schaal via de bestuurlijke vertegenwoordiging door [Burgerkracht Limburg](#).

3.6 Kennisbehoud bij externe inhuur en andere externe betrokkenen

Voor het thema palliatieve zorg staat er al een stevige basis van netwerksamenwerking in de Mijnstreek/Zuid-Limburg met veel ervaring in projectmatige samenwerking. De beoogde transformatie bouwt hierop voort. Er is een ervaren programmamanager uit de regio aangesteld. Zij houdt in nauwe samenwerking met de voorlopers in de regio de verbinding met de lopende projecten. Dit is één van de redenen waarom de concretisering van de beoogde transformatie van palliatieve zorg naar verwachting sneller kan gaan dan de andere vier thema's van de Mijnstreekcoalitie. De inzet van externe ondersteuning is voor palliatieve zorg beperkt tot hierboven genoemde – en zeer gewaardeerde – inzet vanuit het NPPZII. Zij brengen vanuit hun landelijke rol en taak kennis en kunde in de regionale transformatie in. De nauwe onderlinge samenwerking zorgt ervoor dat deze kennis ook gedeeld wordt en behouden blijft in de Mijnstreek.

3.7 Communicatieplan

Om de hoofddoelstelling zoals beschreven in hoofdstuk 1 te bereiken moeten alle betrokken formele en informele zorgverleners zich bewust zijn van de veranderde aanpak en aanpassingen doorvoeren in de zorgprocessen en werkwijzen. Daarnaast is het van essentieel belang om de personen die het betreft, patiënten in de palliatieve fase, te informeren. Het is van belang om:

- Het bewustzijn van de noodzaak van de verandering te vergroten;
- De veranderbereidheid bij betrokkenen te vergroten;
- Te zorgen dat zorgverleners op de hoogte zijn van elkaars rollen, elkaar kennen en vertrouwen;
- De betrokken zorgverleners zicht te geven op de mogelijke oplossingsrichtingen en hun eigen rol daarbij.

Communicatie is daarom een kritische succesfactor om de implementatie te laten slagen.

Dit vraagt om activerende communicatie waarbij de betrokkenen worden geïnformeerd en geïnspireerd op het niveau van kennis, houding en gedrag.

Op de schaal van Zuid-Limburg wordt de tweede helft van 2024 een overall strategisch communicatieplan uitgewerkt voor de gezamenlijke (n=5) transformatieplannen. De themagerichte communicatieplannen, zoals het benodigde communicatieplan voor palliatieve zorg, sluiten daarop aan dan wel worden daarvan afgeleid. Per thema wordt daarbij een uitwerking gemaakt op welke wijze de betrokken doelgroepen worden geïnformeerd en hoe de nieuwe werkwijze wordt gecommuniceerd naar burgers, zorgverleners en overige partijen. Zie Figuur 11.



Figuur 11. Model van communicatie Mijnstreek.

Gezien het belang van communicatie voor succesvolle implementatie wordt een communicatieadviseur toegevoegd aan het programmamanagementteam palliatieve zorg. De voor deze transformatie aan te trekken adviseur zal ook bijdragen aan het onderwerp Maatschappelijke bewustwording. Deze communicatieadviseur:

- Ondersteunt het programmamanagementteam t.a.v. communicatie;
- Is verantwoordelijk voor de strategische uitwerking van het communicatieplan en stemt af met het programmamanagementteam over het opzetten en uitvoeren van de communicatie naar de betrokken partijen;
- Stemt af met de strategisch communicatieadviseur Zuid-Limburg, neemt deel aan de thema-overstijgende communicatiewerkgroep op Zuid-Limburgs niveau en zorgt dat de communicatie palliatieve zorg aansluit op de communicatiestrategie op Zuid-Limburgs niveau;
- Heeft afstemming met de betrokken partijen over communicatie naar de achterbannen en ook met de werkgroepen communicatie van de Netwerken Palliatieve Zorg;

- Verzorgt een periodieke nieuwsbrief en overige communicatie uitingen en stemt af met het programmamanagementteam over het verspreiden daarvan;
- Maakt samen met de netwerkcoördinatoren een plan voor de organisatie van de bijeenkomsten voor kennisdeling en ontmoeting.

Onderzoek en evaluatie van het effect van communicatie richten we in op het niveau van Zuid-Limburg. Voor de inzet van middelen voor de uitwerking en uitvoering van het communicatieplan wordt verwezen naar hoofdstuk 8.

4. Randvoorwaarden voor een succesvolle transformatie

Om passende zorg te realiseren voor mensen in de palliatieve fase in de Mijnstreek door opschaling van de implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg, moet er naast commitment van alle partijen en afstemming over de inhoud en het proces van zorg zoals in hoofdstuk 1 en 2 beschreven, óók gezamenlijk verder worden gebouwd aan een aantal randvoorwaarden.

In dit hoofdstuk volgt een globale beschrijving van de benodigde regionale afspraken op strategisch, tactisch en operationeel niveau in paragraaf 4.1, maatschappelijke bewustwording in paragraaf 4.2, deskundigheidsbevordering in paragraaf 4.3, digitale ondersteuning in paragraaf 4.4, passende financiering in paragraaf 4.5 en spiegel- en sturingsinformatie in paragraaf 4.6. Deze zes actielijnen gelden als belangrijke randvoorwaarden waarop al meerdere initiatieven lopen die binnen de transformatie in een continuüm worden uitgebreid of versterkt. Daarnaast besteden we in paragraaf 4.7 aandacht aan de slimme inzet van capaciteit in de eerste lijn, gezien de voorwaarde om de transformatie zo veel als mogelijk arbeidsneutraal te realiseren.

4.1 Regionale afspraken op strategisch, tactisch en operationeel niveau

Binnen de programmastructuur voor de transformatie is voorzien in afstemming op strategisch, tactisch en operationeel niveau (zie hoofdstuk 3).

Voor de voortgang ná de transformatieperiode zijn duidelijke afspraken nodig met en tussen alle individuele zorgpartners in de regio op diezelfde drie niveaus. Dit geldt als belangrijke randvoorwaarde voor de borging (zie verder hoofdstuk 9). ^[18]

Tabel 2. Activiteiten maatschappelijke bewustwording in de Mijnstreek in 2023.

PZNL (landelijke campagnes)
Ongeneeslijk, niet uitbehandeld
Kaartspel kiezen en delen
Mijnstreek
Filmavonden
Facebookpagina Palliatieve Zorg Limburg en andere social media/LinkedIn
Nieuwsbrief
Parkstad Gezondheidsbeurs
Netwerk on tour
Wijksafari Sittard
Naar de burger toe: lezingen
Thema-avonden
Scholingen sociaal domein
Webinar/talkshow

4.2 Maatschappelijke bewustwording

Aandacht voor palliatieve zorg en bereidheid tot proactieve zorgplanning en keuzes bepalen over wensen en grenzen aan zorg en behandeling vraagt een maatschappelijk bewustzijn. Iedereen weet dat het leven per definitie eindig is, maar het nadenken en zich uitspreken hierover verdient nog altijd meer aandacht en bewustzijn.

De framing ten aanzien van het onderwerp maatschappelijke bewustwording is dat palliatieve zorg over het leven gaat en dat de dood bij het leven hoort. Er wordt gestreefd naar normalisering van palliatieve zorg als gespreksonderwerp in de samenleving, waarmee praten over de dood uit de taboesfeer komt.

Daarvoor is het belangrijk:

- Dat het voor ieder burger normaal is om tijdig stil te staan bij het levenseinde;
- Dat het voor zorgverleners normaal is om eventuele behandelingen en zorg aan te passen op de door patiënt gestelde doelen, zodat de zorg optimaal aansluit bij de wensen en behoeften;
- Dat het voor zorgverleners normaal is om tijdig stil te staan bij het al of niet ziektegericht doorbehandelen.
- Om kennis over palliatieve zorg over te dragen, zodat gedrag en attitude van zowel zorgvragers als zorgverleners ruimte bieden voor tijdige passende zorg in de palliatieve fase;
- Om handvatten en wegwijzers aan te reiken die ervoor zorgen dat ongeneeslijke zieke zorgvragers de juiste keuzes kunnen maken uit het bestaande palliatieve zorgaanbod in de regio Zuid-Limburg en daarbuiten.

Vanuit o.a. de overheid, PZNL en door de Netwerken Palliatieve Zorg in de Mijnstreek wordt al langere tijd met diverse partners (formele en informele zorg) aandacht aan bovenstaande besteed, door middel van diverse activiteiten (zie Tabel 2)

In de transitieperiode (2024-2027) worden de beschreven activiteiten voortgezet. Deze zijn begroot in de netwerksubsidies en zullen waar relevant ook worden ingezet met als doel alle burgers te informeren over palliatieve zorg. In de aanvragen voor de netwerksubsidies voor 2025 en 2026 zal budget worden opgenomen voor het uitvoeren van soortgelijke activiteiten en voor materialen als bijvoorbeeld rolbanieren, factsheets, folders en hand-outs, nieuwsbrieven, films, presentaties en voor burgers aanvullend nog flyers, wilsbeschikkingen en wensenboekjes. Dit alles zal passend zijn bij de transitie palliatieve zorg.

Daarnaast is er bij het NPPZ II financiering aangevraagd en toegekend voor een projectleider om de publieksbijeenkomsten (over de inhoud en waarde van palliatieve zorg, de sociale kaart en handvatten voor het aangaan van het gesprek) de komende jaren een extra impuls te geven in Zuid-Limburg. Die impuls richt zich specifiek op de verbinding met organisaties in het sociaal domein (bijvoorbeeld Katholieke Bond voor Ouderen (KBO) en Protestants Christelijke Ouderen Bond (PCOB), Welzijnsorganisaties, Serviceclubs) met als doel op termijn het onderwerp palliatieve zorg een structureel onderdeel te laten worden van hun agenda's.

Er ligt een stevige opdracht om vier doelgroepen, te weten burgers, patiënten, naasten en zorgverleners, optimaal te bereiken om palliatieve zorg te normaliseren en praten over de dood uit de taboesfeer te halen.

Voor een dergelijke gedrags- en cultuurverandering is veel communicatiekracht nodig. De komende jaren wordt, waar het past, aangesloten bij hetgeen PZNL in het kader van landelijke publiekscampagnes aan acties ontwikkelt. Daar wordt regionaal op verder gebouwd. Hierbij kan de inzet nodig zijn van een communicatieadviseur die in samenwerking met de werkgroepen communicatie van de Netwerken Palliatieve Zorg, expertise, tijd, aandacht en budget heeft voor het door-ontwikkelen van campagnes naar de regio. Deze communicatieadviseur zal ook samen met de netwerken de media-agendering in de regio verder vormgeven. Denk hierbij aan persberichten en publicaties, onder andere op social media. De regionale website zorgwensenvoorlater.nu wordt verder ontwikkeld en onder ander verbonden met de landelijke websites Overpalliatievezorg.nl en Palliaweb.nl. Hierbij wordt de landelijke media-monitoringtool ingezet. Dat alles bij elkaar zorgt voor de goede regionale communicatieve ondersteuning van het onderwerp maatschappelijke bewustwording die zo hard nodig is voor het bereiken van de beschreven doelstellingen.

4.3 Deskundigheidsbevordering

4.3.1 Bestaand onderwijsaanbod

In de regio Zuid-Limburg (Maastricht-Heuvelland en Westelijke Mijnstreek en Oostelijke Zuid-Limburg) is een breed aanbod aan onderwijs ontwikkeld door de Netwerken Palliatieve Zorg samen met lokale onderwijsinstellingen en experts.

Zo zijn er de opleidingsprogramma's op MBO, HBO en post-HBO niveau: Leergangen palliatieve zorg voor verzorgenden; leergangen palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, leergangen palliatieve zorg interprofessioneel; en de opleiding voor Adviserend Verpleegkundige Palliatieve Zorg (AVPZ) van **Hogeschool Zuyd**. Daarnaast is er betrokkenheid bij scholingsactiviteiten over palliatieve zorg aan de **Universiteit Maastricht**, waarbij lessen worden verzorgd voor geneeskunde- en gezondheidswetenschappenstudenten, evenals voor de opleidingen tot huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Ook leveren diverse in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners inhoudelijke bijdragen aan algemene opleidingen aan de Zuyd Hogeschool, zoals verpleegkunde, ergotherapie en vak-therapie. In de regio worden bovendien verschillende vormen van nascholing en bijscholing aangeboden over palliatieve zorg, waaronder:

- o Interdisciplinaire scholing en intervisie PZP;
- o discipline Overstijgend Onderwijs (DOO) aan medisch specialisten i.o. verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen;
- o klinische lessen op de afdelingen;
- o 'training on the job' in de zorgpaden door specialisten palliatieve zorg;
- o stages voor artsen in opleiding tot huisarts, SO, internist en verpleegkundigen in opleiding tot (verpleegkundig) specialist;
- o scholing en verdiepingssessies over zingeving;
- o multidisciplinaire themabijeenkomsten;
- o themavonden voor en door vrijwilligers werkzaam in de palliatieve zorg;
- o klinische lessen;
- o leernetwerk Palliatieve Zorg OZL
- o webinars
- o stages huisartsen, AOIS interne en specialisten ouderengeneeskunde bij het Expertisecentrum Palliatieve Zorg- Maastricht (EPZ-M)

Het [Onderwijsknooppunt Palliatieve Zorg](#) is een onderdeel van het [Consortium Limburg/Zuidoost Brabant](#). Dit onderwijsknooppunt richt zich op het optimaliseren van het onderwijs over palliatieve zorg door het slaan van een brug tussen lokale en landelijke activiteiten op het gebied van onderwijs over palliatieve zorg. Ook leggen zij de verbinding met onderzoek en praktijk. Dit gebeurt door contact te leggen en te onderhouden met het Nederlandse zorgonderwijs. Het Onderwijsknooppunt organiseert een aantal keren per jaar een Community of Practice Palliatieve Zorg (COP) en een tweejaarlijks Onderwijssymposium. Daarnaast is het knooppunt betrokken bij een aantal trainingen, zoals voor docenten in het middelbaar en hoger beroepsonderwijs, en een training voor gastdocenten (die landelijk worden uitgerold). Deze bestaande kracht zal ook gedurende de transformatie benut blijven.

4.3.2 Doorontwikkeling leernetwerk met generalisten, specialisten en AVPZ-ers als linking pin

Het doel van de transformatie op het gebied van deskundigheidsbevordering is op de eerste plaats dat alle zorgverleners (formeel en informeel, domein overstijgend) die in contact komen met patiënten in de palliatieve fase genoeg kennis en kunde hebben voor hun bijdrage aan goede palliatieve zorg.

In de regio wordt, net als landelijk, de palliatieve zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt, en dus geïntegreerd in de totaalzorg, aangeboden. Het is dus zorg die in eerste instantie wordt geleverd door **generalisten**. Deze worden ondersteund door **specialisten** in de palliatieve zorg. Als linking pin tussen generalist en specialist worden bij grotere organisaties zoals verpleeghuis-, verzorgingshuis- en thuiszorgorganisaties die zelf geen specialist palliatieve zorg in huis hebben in onze regio een **adviserend verpleegkundigen palliatieve zorg (AVPZ)** ingezet.

Daarnaast is het de bedoeling dat elke afdeling of elke team een **aandachtsvelder palliatieve zorg**; zij zijn de verbinder tussen de generalisten enerzijds en de AVPZ-ers en specialisten palliatieve zorg anderzijds.

NB: Voor alle criteria en opleidingseisen van de verschillende niveaus van palliatieve bekwaamheid en verantwoordelijkheid geldt dat deze op nationaal niveau momenteel nog worden uitgewerkt. Hierbij is het aannemelijk is dat er voor de zorgverleners die momenteel functioneren op het niveau van een specialist palliatieve zorg maar niet aan de toekomstige eisen kunnen voldoen een overgangsregeling wordt ingesteld voor een nog nader te bepalen periode.

Generalist palliatieve zorg

Elke zorgverlener heeft als generalist basiskennis en basisvaardigheden in palliatieve zorg. Vanuit zijn functie integreert 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. Generalisten palliatieve zorg zijn formele en informele zorgverleners zonder specialisatie in de palliatieve zorg zoals o.a. (huis-)artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici, maatschappelijk werkers, vrijwilligers. Aandachtsvelders palliatieve zorg zorgen voor kennisuitwisseling en signalering van eventuele verbeterpunten binnen de generalistische palliatieve zorgverlening.

Adviserend verpleegkundige palliatieve zorg (AVPZ)

De AVPZ-er is met een erkende opleiding in palliatieve zorg gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg. Veelal is AVPZ-er werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg frequent deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk, maar niet de belangrijkste focus is. De AVPZ-er ondersteunt collega's in de eigen organisatie door middel van advies, coaching en onderwijs in hun palliatieve vaardigheden; zowel vraaggericht als proactief via het geven van trainingen, bedside teaching, casuïstiekbesprekingen en intervisie. De AVPZ-er kent zijn eigen beperkingen en consulteert zonnodig een specialist palliatieve zorg. Ook heeft de AVPZ-er een rol in het initiëren en borgen van kwaliteitsverbetering rondom palliatieve zorg binnen de eigen organisatie. Hierbij is interprofessioneel samenwerken en onderhouden en versterken van het zowel het interne netwerk binnen de eigen organisatie – via de aandachtsvelders – als extern met het Netwerk en de specialisten palliatieve zorg een belangrijk onderdeel. De AVPZ-er is de linking pin.

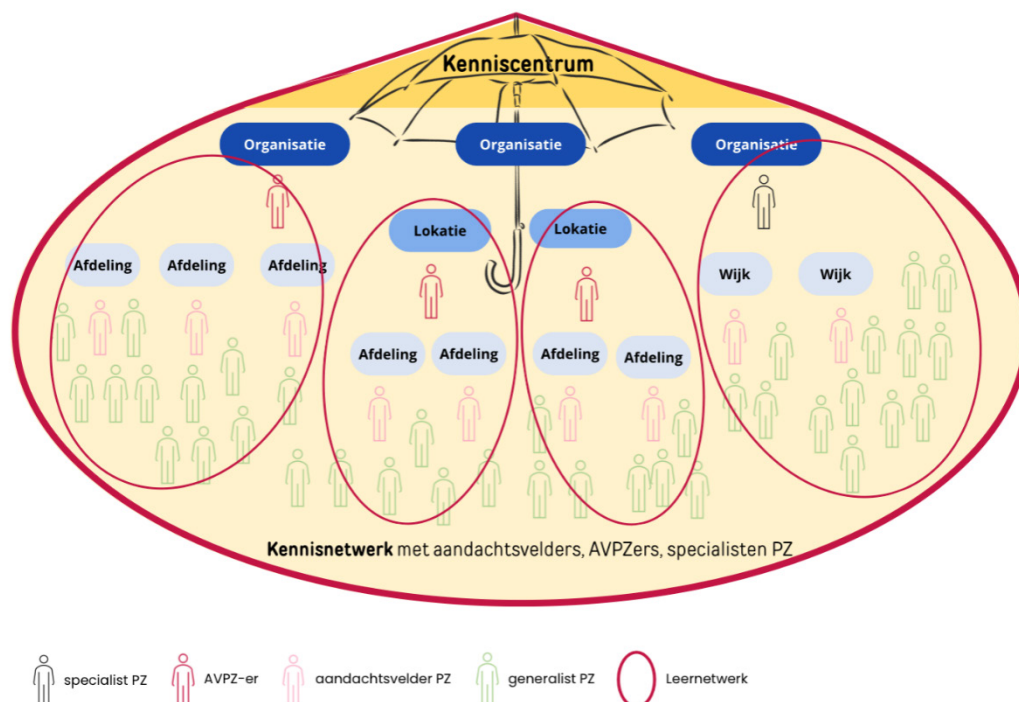
Specialist palliatieve zorg

De specialist palliatieve zorg is met een erkende opleiding in de palliatieve zorg, werkervaring en inhoudelijke verdieping en verbreding gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in complexe palliatieve zorg en crisissituaties. De specialist palliatieve zorg is vanuit de functie werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg de focus van het werk is. De specialist palliatieve zorg is bij voorkeur ingebed in een gespecialiseerd team palliatieve zorg (een gespecialiseerd team palliatieve zorg is een team van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners dat multidisciplinair is samengesteld en interdisciplinair samenwerkt, zoals het TOPAT).

4.3.3 Leernetwerken binnen het Kennisnetwerk

Per organisatie en tussen organisaties wordt een structuur opgezet van leernetwerken waarin AVPZ-ers en aandachtsvelders PZ gezamenlijk zorgen voor kennisuitwisseling en signalering van eventuele verbeterpunten in de palliatieve zorgverlening (figuur 12). Het Kennisnetwerk maakt gebruik van de kennis en expertise van de diverse specialisten palliatieve zorg uit Zuid-Limburg. Bij de leernetwerken worden (indien aanwezig) ook de opleidingsfunctionarissen van de organisaties betrokken.

De inhoudelijke ontwikkeling en uitvoering van de deskundigheidsbevordering krijgt vorm in het Kenniscentrum Palliatieve Zorg Zuid-Limburg met een centrale rol voor het Expertise Centrum Palliatieve zorg (EPZ) Maastricht en het TOPAT.



Figuur 12. Samenhang van deskundigheidsbevordering palliatieve zorg

4.3.4 Regionaal Onderwijsplan Zuid-Limburg

Binnen de transformatie wordt een inventarisatie van de lacunes in kennis en vaardigheden en de behoefte aan extra scholing binnen alle sectoren en organisaties gemaakt. Deze inventarisatie wordt uitgevoerd in de werkgroepen implementatie KKPZ van alle betrokken sectoren (dus ook de informele zorg en het sociaal domein). Hierbij wordt in de basis uitgegaan van landelijke richtlijnen en kaders zoals ontwikkeld binnen wetenschappelijke-, beroeps- en brancheverenigingen en de onderwijsraamwerken van [O2PZ](#).

Vervolgens wordt vanuit boven genoemde bestaande samenwerkingsverbanden met gerenommeerde onderwijspartners zoals Zuyd Hogeschool en de Universiteit Maastricht, gekeken hoe het best aan deze behoefte kan worden voldaan. Het regionaal en landelijk bestaande onderwijsaanbod wordt zo nodig aangevuld met nieuwe vormen of versies. Hierin wordt samen opgetrokken met het **Expertisecentrum Palliatieve Zorg MUMC+** die binnen het Netwerk Maastricht/Heuvelland een vergelijkbare transformatie op palliatieve zorg inzetten. Zo ontstaat een op de regionale behoefte afgestemd onderwijsplan palliatieve zorg Zuid-Limburg.

Uitgangspunten van dit onderwijsplan zijn:

- 100% van de generalisten weet wat palliatieve zorg en proactieve zorgplanning inhoudt;
- 70% van de generalisten is bewust bekwaam in de uitvoering van palliatieve zorg en proactieve zorgplanning;
- Bij iedere grotere organisatie of locatie waar geen specialist palliatieve zorg werkt, is een AVPZ-er werkzaam;
- Alle afdelingen en ieder team heeft minstens één aandachtsvelder palliatieve zorg;
- Ook informele zorgpartners zoals vrijwilligers en mantelzorgondersteuners worden (mee-)geschoold. Zo spreekt iedereen dezelfde taal en wordt de samenwerking tussen formele en informele zorg gestimuleerd;

Hierbij worden onder andere onderstaande bestaande vormen meegenomen:

- Discipline overstijgend onderwijs (DOO) in de ziekenhuizen: huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, medisch specialisten (i.o.), physicians-assistants en verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen over palliatieve zorg. Hierbij ook aandacht voor de werkwijze zoals die wordt afgesproken tijdens de transformatie;
- Casuïstiekbesprekingen door aandachtsvelders op afdelingen en binnen teams om zo de collega-generalisten van kennis te voorzien over palliatieve zorg passend bij hun eigen werksetting.
- Farmacotherapeutische zorg in de palliatieve fase en stervensfase:
- Scholingen door in palliatieve zorg gespecialiseerde apothekers aan alle collega apothekers in de regio als onderdeel van de themacoalitie Farmacie en de farmacotherapeutisch overleggen (FTO) in de huisartsenpraktijk in de Mijnstreek.
- De op deze wijze geschoolde apothekers scholen op hun beurt de zorgverleners in de zorgteams waar zij onderdeel van zijn.
- Opname van een substantieel lesonderdeel palliatieve zorg in alle curricula van zorgopleidingen in de regio. Dit is sinds 2020 in de verpleegkundige en verzorgenden opleidingen in Limburg en Zuidoost Brabant gerealiseerd maar bijvoorbeeld nog niet in de paramedische opleidingen.
- Kennisuitwisseling en samenwerking met ziekte specifieke netwerken zoals Hulp bij Dementie, ALS en ParkinsonNet

Belangrijke inhoudelijke aandachtspunten in het onderwijsplan zijn onder andere:

- Begrijpelijke palliatieve zorg in het kader van laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden;
- Interculturele palliatieve zorg;
- Palliatieve zorg voor bijzondere doelgroepen zoals mensen met een verstandelijke beperking, in de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg.

Samenwerkingsverbanden met andere actielijnen binnen dit transformatieplan palliatieve zorg of andere transformatieplannen:

- De instructie en scholing over de digitale transformatie zal met de werkgroep Digitale ondersteuning worden ingevuld;
- De werkgroep Deskundigheidsbevordering wordt meegenomen in de ontwikkeling van het Kenniscentrum palliatieve zorg Mijnstreek;
- De werkgroep Deskundigheidsbevordering wordt meegenomen in de ontwikkeling van de website zorgwensenvoorlater.nu;
- Om een goed plan voor deskundigheidsbevordering te maken is contact gelegd met het thema arbeidsmarkt om de aantallen generalisten inzichtelijk te krijgen en van elkaar te leren.
- De samenwerking met het Expertisecentrum Palliatieve Zorg MUMC+ wordt versterkt; hier liggen voor onze regio grote kansen zoals het verruimen van het onderwijsaanbod voor specialisten palliatieve zorg.

4.4 Digitale ondersteuning

Het doel is om stapsgewijs een goede digitale ondersteuning te realiseren voor passende zorgverlening voor patiënten in de palliatieve fase. Dit gaat een belangrijke bijdrage leveren aan zowel kwaliteit van zorg als capaciteit.

Databeschikbaarheid, communicatie tussen zorgverleners – oftewel transmurale samenwerking- en patiëntbetrokkenheid staan hierin centraal. Omdat palliatieve zorg onderdeel is van reguliere zorg, en ook dáár verbetering van de digitale ondersteuning dringend wenselijk is, zal de invulling van de digitale ondersteuning in samenhang met de andere regiothema's (Pluswijken, Ouderen, Arbeidsmarkt en Digitalisering) worden gebracht.

Vanuit diverse perspectieven is recentelijk geïnventariseerd waar de grootste behoefte ligt wat betreft digitale ondersteuning in de transmurale zorg voor patiënten in de palliatieve fase. Op basis daarvan is vanuit Palliatieve Zorg Nederland (PZNL) een document (zie bijlage IV) aangereikt. In het traject Inhoud en Implementatie is in de schrijffase opgehaald waar de behoeftes liggen bij de

diverse partijen. Deze bronnen zijn besproken met de Chief Medical Information Officers (CMIO's) van zowel ziekenhuis, huisartsen als een VVT-organisatie, alsook met de RSO Zuid-Limburg (Regionale Samenwerkings Organisatie) en met de programmaleider van het thema 'Digitalisering' van de Mijnstreek Coalitie. Uit deze overleggen is een unanieme prioritering van behoeften ontstaan én is inzichtelijk welke inspanning voor welk onderdeel bij welke partner in de regio ligt. Op deze wijze voorkomen we doublures en zijn niet alleen de patiënt in de palliatieve fase, diens naasten en zorgverleners gediend, maar ook de regio als geheel en gaan we zuinig om met mensen en middelen. Vanzelfsprekend blijft die afstemming tussen de thema's Digitalisering, Palliatieve Zorg en RSO een belangrijk onderdeel van de transformatie. In onderstaande Tabel 3 wordt een samenvatting van de prioritering weergegeven waarbij geduid wordt welke 'partij' de primaire, initiërende rol heeft.

Tabel 3. Prioritering van behoeftes aan digitale ondersteuning in relatie tot initiatiefnemers

	Primaire aanpak door	RSO	Digitalisering	Palliatieve Zorg
Behoefte				
1	Makkelijk kunnen delen van gegevens* (initieel PZP/IZP)	Use case 1**		
2	Versterken onderlinge bereikbaarheid			v
3	Meer inzicht in wie betrokken is bij patiënt (zorgnetwerk in kaart)	Use case 2**		
4	Faciliteren van multidisciplinair overleg; voor alle zorgvragers één model en systeem; MDO's met wisselende participanten	Use case 3**		
5	Monitoring symptoomlast/thuismonitoring		v	
6	Coördinatie van de patiëntenstroom en zorgcapaciteit	Via de Zorgpunten		

* Belangrijk is dat hierbij ook de apothekers worden meegenomen; farmacotherapeutisch overwegingen worden afgestemd op de palliatieve fase waarin de patiënt zich bevindt

** RSO dient zelf een Transformatieplan in voor haar activiteiten. Zij zullen 2 of 3 Use Cases uitwerken in overeenstemming met hun plan. Uiteraard is het van de honorering van hun plan, alsook het slagen van hun inspanning afhankelijk of de behoeftes van palliatieve zorg worden beantwoord zoals nu wordt verwacht. Bovendien werkt RSO op Zuid-Limburgse schaal, en is dit plan primair gericht op de Mijnstreek, waarbij ook Maastricht Heuvelland een transformatieplan Palliatieve Zorg uitwerkt en er synergie zal ontstaan.

Voor de vijf primaire behoeften in bovenstaande Tabel 3 zijn uiteraard wel inspanningen nodig van een werkgroep Digitale ondersteuning specifiek voor palliatieve zorg. Ook voor de thema's waar de RSO een oplossing ontwikkelt op basis van een Use Case zal desondanks aangegeven moeten worden hoe het proces voor een patiënt in de palliatieve fase verloopt; zoals welke informatie wanneer van wie voor wie beschikbaar moet zijn. Maar bovenal zullen ook alle partijen via standaarden in hun eigen systemen dienen te registreren, wil de RSO ook databeschikbaarheid kunnen faciliteren. De realisatie van het proces van digitale ondersteuning vraagt dan ook diverse benodigdheden.

Personele benodigdheden

Een specifieke projectleider wordt geworven om dit onderdeel te coördineren en vanuit palliatieve zorg nauwe afstemming te houden met RSO en Digitalisering en óók de digitale ondersteuning voor de thema's Ouderen en Pluswijken ondersteunen. Deze projectleider kent zowel de technische structuren als processen en kan mede de zorginhoudelijke werkwijzen volgen. Vanzelfsprekend blijven ook de CMIO's van de partijen betrokken.

Systeemtechnische benodigdheden

Om gegevens te ontsluiten, oftewel databeschikbaarheid mogelijk te maken, zullen de systemen, zoals vermeld per stakeholder in de tabel bij spoor I in bijlage IV mogelijk aangepast dienen te worden. De inspanningen hiertoe dienen de partijen zelf te leveren. De RSO draagt er vervolgens zorg voor dat de ontsloten gegevens op een passende wijze beschikbaar komen op de gewenste plek.

Communicatie- & scholingsbenodigdheden

Het beschikbaar stellen van de gewenste techniek alleen is niet voldoende om ook de gewenste processen vanzelf te laten verlopen. Er zal de komende jaren ook nadrukkelijk geïnvesteerd worden in het geven van uitleg over de benodigde aanpassingen in handelwijze en gedrag. Dit vraagt een aanpak per doelgroep, geordend per behoefte.

Plan van aanpak voor digitale ondersteuning

De werkgroep Digitale ondersteuning onder leiding van een projectleider zal als eerste mijlpaal een projectplan opleveren op basis van bovenstaande tabel 3 en benodigdheden. Dit projectplan bouwt voort op de inventarisatie en beschreven sporen in bijlage IV.

4.5 Passende financiering

Voor borging van de transformatie is passende financiering nodig daar waar het momenteel nog ontbreekt. De reguliere betaaltitels voldoen niet altijd, wat momenteel deels wordt opgelost door het gebruik van innovatieve betaaltitels of maatwerkoplossingen in de contractering. Deze oplossingen verschillen regionaal en zijn in de Mijnstreek nog niet dekkend voor de implementatie van de vier kernelementen van het KKPZ.

4.5.1 Mogelijk benodigde aanpassingen van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bestaan uit drie onderdelen, namelijk de prijslijsten, omzetafspraken en overige afspraken. Figuur 13 geeft afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars weer. Een contract bevat altijd een prijslijst, voor de andere onderdelen verschilt het per zorgsoort en contract of deze hier onderdeel van uitmaken. Onderdelen kunnen ook met elkaar samenhangen, zoals een hoger tarief bij het behalen van bepaalde doelmatigheidsafspraken.

1	2	3
Prijslijsten	Omzet afspraken	Overige afspraken
Declaratiecodes	Omzetplafonds/aanneemsom	Doelmatigheidsafspraken
Tarieven	Nacalculatieposten	Zorginhoudelijke afspraken
		Procedurele afspraken

Figuur 13. Afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars

4.5.1.1 Aanpassingen op prijslijsten

Er zijn mogelijk twee type aanpassingen op prijslijsten nodig:

1. Toevoegen van declaratiecodes aan de prijslijst
2. Aanpassen van tarieven

	Prijслиjsten			
	Declaratiecodes			Tarieven
	Proceslijnen in het kwaliteitskader			
	Markering	Proactieve zorgplanning	Transmurale coördinatie en continuïteit van zorg	Ondersteuning bij complexe casuïstiek
Sector	Toe te voegen declaratiecodes:			Tarief aanpassen mogelijk nodig?
Huisartsen		Behandelwens-gesprek	TAPA\$ (via kassier)	
Wijkverpleging				ja
MedSpecZorg		FP 'Time to Talk'		ja
Hospices				ja

Figuur 14. Declaratiecodes en tariefaanpassingen per sector en kernelement

Toevoegen van declaratiecodes aan de prijslijst

Op een aantal elementen van het Kwaliteitskader missen reguliere betaaltitels om passend te kunnen financieren. Wel zijn er innovatieve betaaltitels beschikbaar die in de prijslijsten opgenomen kunnen worden. In bovenstaand overzicht zijn voor de vier elementen van palliatieve zorg de (innovatieve) betaaltitels opgenomen die hiervoor gebruikt kunnen worden.

Betaaltitels voor PZP

De NZa heeft in de visie op palliatieve zorg het voornemen uitgesproken om betaaltitels voor PZP te introduceren ^[19]. Deze zullen onderdeel uitmaken van de reguliere prestatiecode-lijsten. Tot die tijd kan gebruik gemaakt worden van:

- o De facultatieve prestatie Time to Talk voor ziekenhuizen ^[20]
- o De s3 prestatiecodes behandelwensgesprek voor huisartsen

Betaaltitels voor transmurale samenwerking en inzet specialist (TAPA\$)

Er zijn vier [TAPA\\$ betaaltitels](#) beschikbaar voor activiteiten ten behoeve van transmurale coördinatie en ondersteuning bij complexe casuïstiek:

- **Prestatie 1:** Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg;
- **Prestatie 2a:** Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): telefonische consultatie;
- **Prestatie 2b:** Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): bedside consultatie;
- **Prestatie 3:** Regiefunctie complexe palliatieve zorg.

Deze zijn als aanvulling op al bestaande reguliere betaaltitels ontworpen door IKNL/PZNL in samenwerking met zes voorloperregio's palliatieve zorg, waaronder de Mijnstreek. De TAPA\$ betaaltitels zijn onderdeel van het experiment "[Transmurale palliatieve zorg met passende bekostiging](#)" onder de beleidsregel [Innovatie voor kleinschalige experimenten van de Nederlandse Zorgautoriteit \(NZa\)](#). Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen gedurende de experimentperiode van de betaaltitels gebruikmaken. Hiervoor moet een [aansluitovereenkomst](#) getekend worden. Het experiment loopt tot eind 2025, [met de mogelijkheid voor eventuele verlenging](#). De NZa bepaalt na het experiment of de betaaltitels (eventueel in aangepaste vorm) opgenomen worden in de reguliere bekostiging. De financiering verloopt via een hoofdaannemer (kassier) die voor de betreffende zorg contracten sluit met zorgverzekeraars. De kassier declareert bij de zorgverzekeraars en verdeelt de middelen op basis van onderlinge samenwerkingsafspraken en uitvoering door de betrokken zorgaanbieders. Als de werkgroep passende financiering tot de conclusie komt dat het gebruik van TAPA\$ ook voor de Mijnstreek passend is, dan zal gezamenlijk uitgewerkt worden welke zorgaanbieder de kassier wordt en zullen de bijbehorende samenwerkingsafspraken uitgewerkt worden.

Tariefsaanpassingen

Naast het toevoegen van declaratiecodes aan de prijslijsten kan het nodig zijn om tarieven aan te passen.

Deze aanpassingen kunnen nodig zijn vanwege:

- Een andere mix van activiteiten.
Voorbeeld: mogelijk vraagt palliatieve zorg om inzet van meer verpleging ten opzichte van verzorging, dit kan effect hebben op het integrale tarief van de wijkverpleging;
- Een completere bekostiging.
Voorbeeld: opname van bekostiging van indirecte zorgtaken als coördinatie en deelname aan MDO, dit kan Diagnose-Behandel-Combinatie (DBC)-tarieven en Eerstelijns Verblijf palliatieve zorg (ELV-PZ) beïnvloeden;
- Het stimuleren van bepaalde zorg.
Voorbeeld: om meer high hospice care zorg te stimuleren kan een hoger ELV-PZ tarief helpen.

4.5.1.2 Omzetafspraken

Het kan nodig zijn om omzetafspraken met aanbieders van wijkverpleging, hospicezorg en het ziekenhuis aan te passen voor de effecten van de transformatie palliatieve zorg. De impact van de transformatie is beschreven in hoofdstuk 6 en de indicatoren die worden gehanteerd om deze effecten te meten in hoofdstuk 7. In de paragraaf 'slimme inzet van capaciteit in de wijk' in dit hoofdstuk wordt beschreven dat er wijzigingen in de eerste lijn nodig zijn om aan de toegenomen vraag te voldoen.

De hierboven genoemde veranderingen moeten verwerkt worden in de omzetafspraken van zorgaanbieders in de Mijnstreek als zij van enige relevante omvang zijn in het betreffende contract. In de praktijk zullen dit vooral omzetafspraken in wijkverpleging-, hospice-, en ziekenhuizencontracten betreffen.

4.5.1.3 Overige afspraken

Overige afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieder kunnen een obstakel vormen voor het leveren van palliatieve zorg zoals beoogd in het Kwaliteitskader. Dit zijn afspraken die sterk per zorgsoort verschillen.

Bekende mogelijk benodigde aanpassingen zijn:

- Uitsluiting palliatieve zorg bij doelmatigheidsafspraken wijkverpleging;
- Doelmatigheid aan laten sluiten bij oplossingen die gekozen worden rondom capaciteit (paragraaf 4.7)
- Faciliteren van transformatie door bijvoorbeeld het vergemakkelijken van inzet van technologie;
- Vereenvoudigen van aanvraagprocedure van hulpmiddelen;
- Gelijkerichte afspraken onder andere over eigen bijdrage voor mensen die gebruik maken van een hospice.

4.6 Spiegel- en sturingsinformatie

Vanzelfsprekend dient de transformatie gemonitord te worden op proces, inhoud en resultaat.

Vanuit de verschillende sectoren is reflectie nodig of beoogde doelen behaald worden en ook het gewenste effect hebben. Daartoe is spiegel- en sturingsinformatie nodig. In onze regio wordt de kwaliteit van palliatieve zorg binnen en buiten de bekende projecten al langere tijd gemonitord via spiegelbijeenkomsten, focusgroepen, leergemeenschappen

en vragenlijsten. In samenhang met landelijk partijen zijn daarnaast indicatoren benoemd om zowel in de regio als lokaal het proces van transformatie te volgen, voor palliatieve zorg alleen en als onderdeel van het regioplan Mijnstreek. In het traject Meten en Monitoren wordt dit opgepakt. Aan de spiegel- en sturingsinformatie is hoofdstuk 7 gewijd.

4.7 Versterken hospices

Om zowel de kwaliteit, de capaciteit alsook de samenwerking van en tussen hospices te bevorderen in de regio, is vanuit de netwerken Palliatieve Zorg een separaat plan geschreven op grond waarvan subsidie wordt aangevraagd. De aanpak en resultaten passen naadloos in dit transformatieplan.

4.8 Uitwerken impact op capaciteit in de eerste lijn

4.8.1 Inefficiënte tijdsbesteding eerstelijns zorgverleners op dit moment

De verwachting is dat implementatie van het Kwaliteitskader Palliatieve zorg zal leiden tot een toenemende behoefte aan vooral eerstelijns palliatieve zorg, welke met name geleverd wordt door de wijkverpleging en de huisartsenzorg. Zij hebben beiden te maken met krapte op de arbeidsmarkt en een hoge werkdruk. Het is daarom belangrijk om te voorkómen dat de realisatie van dit transformatieplan gepaard gaat met het verhogen van de werkdruk in de eerste lijn.

Uitgangspunt voor dit transformatieplan is dan ook dat de implementatie ervan in de eerste lijn zo veel mogelijk arbeidsneutraal wordt gerealiseerd, ondanks de groeiende doelpopulatie. Dat is mogelijk door vooral het besparen van (veelal indirecte) tijd in de eerstelijns palliatieve zorg, zoals die nu verloopt en het inzetten van andere hulpverleners in de eerstelijns palliatieve zorg.

Deze overtuiging volgt uit de -in het kader van dit transformatieplan gemaakte- inventarisatie van processen waar de zorgverleners in de eerste lijn, tijdens hun palliatieve zorgverlening op dit moment, veel tijd aan kwijt zijn en als onnodig worden ervaren. De volgende top 5 knelpunten is daarbij vastgesteld:

- De noodzaak om op diverse plekken informatie over de patiënt en zijn behandeling/zorgbehoeften te moeten verzamelen, voordat een adequaat zorgplan in de eerste lijn kan worden gestart;
- De optredende wachttijden en ondervonden moeite om met andere zorgverleners in contact te treden over de zorg voor de palliatieve patiënt in de eerste lijn;
- De extra werklast c.q. tijd die verloren gaat door ongelijke informatie en gecompliceerde communicatie tussen de diverse ketenpartners in de palliatieve zorg;
- De moeite die het de individuele zorgverlener kost om hulpmiddelen, materialen en zorg voor de palliatieve patiënt te organiseren;
- Tijd die besteed moet worden aan het creëren van rust rondom het palliatieve traject van de patiënt door onvoldoende informatie bij en niet gedeelde verwachtingen met naasten/familie.

Het oplossen van deze knelpunten leidt tot een meer efficiënte en adequate inzet van wijkverpleging en huisartsenzorg in de eerstelijns palliatieve zorg.

4.8.2 Verbetersuggesties voor efficiënte inzet eerstelijnszorgverleners

Aan de hand van bovenstaande inventarisatie van knelpunten is een eerste opzet voor een 'longlist' van mogelijkheden gemaakt om de capaciteit in de eerste lijn effectiever in te zetten en te verruimen (zie bijlage V). Daarbij zijn oplossingen in de volgende categorieën te rubriceren:

- Technologie en hulpmiddelen
- Personele inzet
- Samenwerking en coördinatie
- Inzet van de rest van het zorglandschap
- Ruimte voor zorgprofessional om eigen keuzes te maken

Voor de uitwerking van de oplossingsrichtingen wordt in dit transformatieplan een werkgroep 'slimme inzet van capaciteit in de eerstelijns' geformeerd. Centraal staat daarin het organiseren van toekomstbestendige palliatieve zorg. Hierbij kan vooral winst geboekt worden door de zogenoemde verloren tijd/indirecte zorgtijd terug te dringen en meer gebruik te maken van ketenzorg/netwerksamenwerking in de eerstelijns palliatieve zorg. Dit bespaart vele minuten/uren (evenals frustratie) van zorgverleners, welke kunnen worden ingezet voor meer passende interventies (proactieve zorgplanning bijvoorbeeld en begeleiding) bij meer patiënten. Zo wordt een opwaartse spiraal verwacht op meerdere fronten; meer werkplezier én tijd voor meer patiënten. Dit naast de kwalitatieve impact die in andere paragrafen is beschreven.

Deze mogelijkheden dienen overigens niet alléén patiënten in een palliatieve fase maar zijn van evident belang voor alle eerstelijnszorg. Initiatieven zullen dan ook worden afgestemd met de Transformatieplannen van o.a. Pluswijken en Arbeidsmarkt in de regio. Gezamenlijk optrekken en eenduidige afspraken leiden tot maximaal effect op formatie in de eerste lijn, los van de doelgroep.

Om vooruitlopend op die samenwerking toch ook al op eigen kracht impact te realiseren, kunnen specifiek voor palliatieve patiënten op korte termijn de volgende maatregelen al genomen worden:

- De introductie van casemanagement m.b.t. palliatieve zorg in de eerste lijn. Hierdoor ontstaat één aanspreekpunt voor de patiënt en naasten, die goed en duidelijk bereikbaar is. Tevens draagt het bij aan een gelijke informatievoorziening voor de diverse deelnemers in de palliatieve zorgketen;
- De organisatie van een MultiDisciplinair Overleg palliatieve zorg (MDO) in de eerste lijn. Op deze wijze wordt de zorg rondom de palliatieve patiënt in de eerste lijn met meerdere zorgverleners besproken. Er ontstaat eenduidigheid over het beleid en de verwachtingen. Dit onderlinge overleg creëert een toename aan gemeenschappelijke deskundigheid. Tevens ontstaat er door het directe contact een betere onderlinge herkenbaarheid, wat het maken van verdere zorgafspraken eenvoudiger maakt;

- Uitwisseling van palliatieve expertise uit de tweede lijn/hospice zorg naar de eerste lijn. Hiermee wordt deskundigheid in de eerstelijns palliatieve zorg groter en wordt met name de complexe zorglast verlicht. Denk aan inzet kaderartsen palliatieve zorg, verpleegkundig specialisten palliatieve zorg, praktijkondersteuners palliatieve zorg, specialisten uit de hospice zorg op consultatieve basis;
- Het inrichten van één centraal aanmeldpunt voor het leveren van zorgmaterialen en hulpmiddelen;
- Het inrichten van één centraal aanmeldpunt voor het organiseren van extra palliatieve zorg;
- Het gebruiken maken van één uniform communicatiemodel voor alle deelnemende zorgverleners (bijvoorbeeld een palliatieve-zorg-paspoort) vooruitlopend op regionale en digitale gegevensuitwisseling in de toekomst (via RSO).

In tabel 5 en 7 van hoofdstuk 5 staat de inzet en tijdsfasering van de werkgroep Slimme inzet van capaciteit in de eerste lijn verder aangegeven.

5. Wat gaan we tijdens de transformatie concreet doen?

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 5.1 beschreven wat in de schrijffase al ten behoeve van de transformatie in gang is gezet. Daarna wordt een concretisering gemaakt van de belangrijkste stappen die nog nodig zijn om de beoogde SOLL-situatie qua inhoud uit hoofdstuk 2 in combinatie met de randvoorwaarden uit hoofdstuk 4 te bereiken. Deze concretisering bestaat uit een overzicht van de opgaves per werkgroep. De meeste werkgroepen bevatten deelnemers uit verschillende sectoren om maximaal transmuraal, interprofessioneel, in samenwerking met informele zorg en daar waar het kan het sociaal domein de transformatie uit te werken. In sommige gevallen zal echter een sectorspecifieke voorbereiding nodig zijn; gevolgd door een sector-overstijgende harmonisatie van de opgave. In paragraaf 5.2 staan de hoofddoelen genoemd van de opgaves voor de trajecten Inhoud en Implementatie (Tabel 4), het traject Randvoorwaarden (Tabel 5) en voor Meten en Monitoren (Tabel 6).

Details van de opgaves zijn te vinden in bijlage VI.

Na de doelen voor de opgaven van de drie trajecten wordt in paragraaf 5.3 een mijlpalen-planning gepresenteerd op grond waarvan voortgang kan worden afgelezen.

5.1 Wat voorafging in de schrijffase van dit plan

Vanaf januari 2024 hebben vanuit alle betrokken sectoren meerdere vertegenwoordigers deelgenomen aan de werkgroep 'Inhoud'. In een vijftal middagsessies hebben zij een begin gemaakt met de taakverdeling en invulling per sector aan de hand van de vier kernelementen van het KKPZ. Ook is hier begonnen met een inventarisatie voor slimme inzet van capaciteit in de wijk. Vanuit deze grote werkgroep zullen de werkgroepen in het traject Inhoud & Implementatie, zoals beschreven in hoofdstuk 3, worden gevormd.

5.2 Opgaven voor werkgroepen na goedkeuring

Voor de drie trajecten gaan de diverse werkgroepen aan de slag met een opgave die steeds is geordend volgens eenzelfde structuur. Voor de leesbaarheid wordt in deze paragraaf alleen het hoofddoel beschreven (Tabel 4, 5 en 6). Bovendien zijn het niet altijd éxtra werkgroepen die apart worden samengesteld, maar wordt zo veel als mogelijk gebruik gemaakt van bestaande gremia als de opgave daar passend opgepakt kan worden.

In bijlage VI staan de uitgebreide opgaven per werkgroep waarbij zowel **een doel** is geformuleerd, alsook **uitgangspunten**, **minimale vereisten** en een **tijdslijn** wordt geduid. Het resultaat van iedere werkgroep zal vervolgens bevatten; een implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging.

In onderstaande tabellen wordt een overzicht van de werkgroepen, hun thema's en doelen weergegeven. Voor de specifieke uitwerking van de opgaves wordt, zoals aangegeven, verwezen naar bijlage VI.

Tabel 4. Opgaven voor werkgroepen in het traject Inhoud en Implementatie

Werkgroep	Thema	Doel
Werkgroep per sector	KKPZ	De afspraken over wie wat doet in het zorgproces en de bijbehorende werkwijze worden voor negen sectoren vastgelegd op kkpz.nl en zijn daarmee openbaar toegankelijk.
	MDO-PZ	In de zorgpaden, wijkteams, afdelingen, locaties e.d. worden kernteams ingericht die het MDO-PZ vormgeven en via de aandachtsvelders, AVPZ-ers, specialisten palliatieve zorg verbonden zijn aan het Kennisnetwerk PZ.
Sector-overstijgend Harmonisatieteam	KKPZ	Transmurale werkafspraken over de uitvoering van het KKPZ zijn duidelijk en zowel visueel als tekstueel inzichtelijk.
	Zorgplan	Per patiënt is er een individueel zorgplan met aandacht voor proactieve zorgplanning en de vier dimensies van palliatieve zorg, incl. zorg voor naasten. Alle zorgverleners in het kernteam rondom de patiënt en naasten werken op geleide van dit zorgplan.
	Kennisnetwerk en -centrum	Voor de Mijnstreek bestaat een heldere structuur van het Kennisnetwerk en Kenniscentrum palliatieve zorg zodat voor eenieder (burger en zorgverlener) helder is welke kennis en kunde waar vindbaar /op te vragen is bij zorg voor palliatieve patiënten.
Werkgroep farmacie	Farmacotherapeutische zorg, medicatie-review & FTO	Farmacotherapeutische zorg is een structureel onderdeel van het transmuraal zorgpad palliatieve zorg.
Werkgroep acute zorg	Acute zorg, thuis, spoedpost HA en SEH	In een acute situatie wordt passende zorg geboden op basis van het individueel zorgplan van de patiënt in de palliatieve fase.

Tabel 5. Opgaven voor werkgroepen in het traject Randvoorwaarden

Werkgroep	Thema	Doel
Werkgroep Maatschappelijke Bewustwording	Palliatieve zorg als thema normaliseren	Burgers zijn meer bewust en actief bezig met hun latere levensfase en praten over de palliatieve fase is genormaliseerd
Werkgroep Deskundigheidsbevordering	Behoeft en aanbod deskundigheidsbevordering	De werkgroep deskundigheidsbevordering schrijft een basaal opleidingsplan waarin voor alle sectoren een duiding van beschikbare opleidingen is voorzien
Werkgroep Digitale Ondersteuning	Digitale ondersteuning	Digitale ondersteuning bevordert transmuraal samenwerken voor palliatieve patiënten.
Werkgroep passende financiering	Financiering	Er is een kader geformuleerd voor passende financiering van de onderdelen uit KKPZ voor de betrokken sectoren.
Werkgroep versterken hospices	Hospice	Gezamenlijke hospices bevorderen op basis van een uitgewerkt plan de capaciteit, de kwaliteit en de samenwerking van hospicezorg.
Werkgroep slimme inzet capaciteit in de wijk	Arbeidsneutraal transformeren voor de eerste lijn	De transformatie verloopt arbeidsneutraal in de eerste lijn.

Tabel 6. Opgaven voor werkgroep in het traject Meten en Monitoren

Werkgroep	Thema	Doel
Werkgroep meten en monitoren aan de hand van de KPI's	Verzamelen data KPI's	De voortgang van de transformatie is inzichtelijk aan de hand van vooraf vastgestelde Kritische Prestatie Indicatoren gerelateerd aan een tijdpad.
Werkgroep duiding van de KPI-resultaten in de context	Inhoudelijke duiding	Er is periodiek een inhoudelijke duiding van data uit KPI's gereguleerd aan wetenschappelijke bronnen.

5.3 Planning en mijlpalen tijdens transformatie

Tabel 7. Overzicht van mijlpalen in de tijd

Onderdeel programmastructuur	Werkstromen	Inspanningen en resultaten	2024		2025		2026		2027	
			Q1 - Q2	Q3 - Q4	Q1 - Q2	Q3 - Q4	Q1 - Q2	Q3 - Q4	Q1 - Q2	Q3 - Q4
Programmamangement	Start up	Transformatieplan is geschreven en goedgekeurd								
		Programma organisatie is ingericht								
		Overall Projectplan is opgesteld en geaccordeerd door de stuurgroep								
	Coördinatie, monitoring en aansturing werkzaamheden	Periodieke evaluatie voortgang programma (proces, inhoud, financieel, personeel)								
		Communicatieplan is opgesteld en geaccordeerd door de stuurgroep								
	Communicatie	Contactpersonen voor communicatie over de betrokken partijen zijn inzichtelijke en effectief								
		Kick off bijeenkomst en afsluitende bijeenkomst zijn gepland								
		Format nieuwsbrief is geprofessionaliseerd								
		Platform is doorontwikkeld								
	Patienten- naastenpanel	Bijeenkomsten met naasten zijn gepland								
		Plan voor borging is opgesteld en geaccordeerd door de stuurgroep								
	Borging									

5.3 Planning en mijlpalen tijdens transitie

Tabel 7. Overzicht van mijlpalen in de tijd (vervolg).

Onderdeel programmastructuur	Werkstromen	Inspanningen en resultaten	2024		2025		2026		2027	
			Q1 - Q2	Q3 - Q4	Q1 - Q2	Q3 - Q4	Q1 - Q2	Q3 - Q4	Q1 - Q2	Q3 - Q4
Traject Inhoud en Implementatie	Inrichten KKPZ per sector	Inrichten werkgroepen								
		Concept uitwerking gereed								
		Sector-overstijgende harmonisatie kwaliteitskader is gereed en vastgesteld								
		De werkwijzen behorend bij de acties in het zorgproces zijn geaccordeerd voor op KKPZ.nl								
	MDO	Inrichten werkgroepen								
		Er is een uniforme wijze van vastlegging voor de MDO's vastgesteld								
		Concept uitwerking gereed								
		Overdracht naar werkgroep sector-overstijgend harmonisatieteam								
	Individueel Zorgplan	eerste concept gereed								
		consensus alle sectoren gereed								
		Inbouw in digitale systemen diverse sectoren (te beginnen met huisartsen, ziekenhuis en VVT)								
		Bevorderen implementatie met diverse activiteiten								
	Kennisnetwerk en Kenniscentrum PZ	Basisstructuur samenwerking generalisten en specialisten gereed								
		Kwantificering gereed								
		Basisafspraken samenwerking gereed								
		Gedeelde visie en strategie van het Kennisnetwerk en Kenniscentrum PZ is geschreven en geaccordeerd.								
	Apothekers	Werkafspraken gereed								
		Start FTO's PZ								
	Acute Zorg Bijzondere doelgroepen	Werkafspraken acute zorgketen gereed								
		Behoeftplan gereed								
		Advies en ondersteuningsplan gereed								
		Uitrollen 3 interventies								

5.3 Planning en mijlpalen tijdens transformatie

Tabel 7. Overzicht van mijlpalen in de tijd (vervolg).

Onderdeel programmastructuur	Werkstromen	Inspanningen en resultaten	2024		2025		2026		2027	
			Q1 - Q2	Q3 - Q4	Q1 - Q2	Q3 - Q4	Q1 - Q2	Q3 - Q4	Q1 - Q2	Q3 - Q4
Traject Randvoorwaarden	Deskundigheids- bevordering	Opleidingsplan is opgeleverd en geaccordeerd door de stuurgroep								
		Plan gereed voor benodigde uitbreiding tbv kennisnetwerken								
	Maatschappelijke bewustwording	Plan voor publieke bijeenkomsten in de regio is opgesteld								
		Gefaseerde uitrol plan								
	Passende financiering	Zicht op regionale knelpunten per sector in kaart								
		Kader voor passende financiering is opgeleverd en geaccordeerd door de stuurgroep								
	Digitale Ondersteuning	Projectplan is opgeleverd en is geaccordeerd door de stuurgroep								
		PZP databeschikbaarheid medische as + VVT								
		MDO-PZ ondersteuning								
	Versterken Hospices	Capaciteitstoewijzing herzien								
		Duiding optimale schaalgrootte per hospice								
		Advies over extramurale inzet gereed								
	Slimme inzet van capaciteit in de wijk	Plan tbv het bevorderen van gezamenlijke toekomstige hospicezorg obv capaciteit, kwaliteit en samenwerking is gemaakt.								
		Verbreden basisinventarisatie gereed								
		Afstemming over en keuze van top 3 interventies								
Traject Meten en Monitoren	Meten en Monitoren KPI's	Het meten en monitoren van alle resultaatgerichte KPI's is mogelijk gemaakt								
		De 0-meting van de resultaatgerichte KPI's is uitgevoerd en streefwaarden zijn bepaald en goedgekeurd door Stuurgroep								
		Er vindt aan het eind van elk jaar een vervolgmeting plaats van de resultaatgerichte KPI's (ter verantwoording aan de zorgverzekeraar)								
		Inhoudelijke duiding van de uitkomsten van de KPI's								
	Duiding van de KPI's in de context									

6. Impact van de transformatie

Deze transformatie heeft als doel de kwaliteit van leven en sterven van mensen met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en hun naasten te verbeteren! Dit door de vroegtijdige integratie van palliatieve zorg in het reguliere zorgproces. Beginnend bij een beter inzicht in de wensen over en grenzen aan zorg van en door patiënten, naasten en zorgverleners. Om vervolgens de geleverde zorg hierop aan te passen. Deze verbeterde afstemming en stroomlijning heeft daarmee een positieve invloed op de beleving van patiënten en naasten. Daarnaast heeft dit een positieve invloed op de beleving van zorgverleners. Hoewel door verbetering van de palliatieve zorg naar verwachting meer mensen zorg thuis ontvangen, zijn er voldoende mogelijkheden om deze transformatie zoveel mogelijk arbeidsneutraal in te richten. Het is dan ook de gedeelde ambitie dat deze transformatie bijdraagt aan meer passende zorg voor patiënten in de laatste levensfase.

Van belang voor het regiobeeld is ook dat de transformatie palliatieve zorg met passende zorg in de laatste levensfase - niet als doel op zich maar wel als gevolg - een substantiële bijdrage levert aan het overbruggen van de zorgkloof. Werken volgens het kwaliteitskader palliatieve zorg reduceert het zorggebruik in de tweede lijn, het daarvoor benodigd personeel en de hiermee gemoeide zorgkosten. Het totale jaarlijkse potentieel in de Mijnstreek is een reductie van:

- **3.300 klinische ligdagen**
- **1.000 IC-ligdagen**
- **500 SEH-bezoeken**
- **Tot € 7,2 miljoen aan Zvw-kosten**

Met deze reducties kan het Zuyderland MC de stijgende zorgvraag afbuigen en de schaarse capaciteit beter inzetten. Hiermee verwachten we de vacaturedruk met:

- **5.8 FTE verpleegkundigen**
- **5.7 FTE IC-verpleegkundigen**

Te kunnen verlagen. In dit hoofdstuk onderbouwen we deze cijfers verder.

6.1 Kwantitatieve onderbouwing van de verwachte impact

In het rapport “De olifant de kamer uit”^[1] is op landelijke schaal de verwachte impact van het implementeren van het Kwaliteitskader ingeschat, op basis van ervaringen die zijn opgedaan in pilots in Nederland^[2]. Daaruit blijkt de verwachting dat implementatie van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg leidt tot substantieel minder acute ziekenhuiszorg bij palliatieve patiënten in de laatste 30 dagen voor overlijden, zoals >90% minder IC opnames, >70% minder langdurige ziekenhuisopnames, en >60% minder overlijden in het ziekenhuis.

De analyses zoals weergegeven in het rapport geven een redelijk goede indruk van de te verwachten impact. Maar om een beeld specifiek voor onze regio te maken, en om preciezer de verwachte impact op kritische zorgcapaciteiten te kunnen bepalen, is verdiepende analyse nodig. Daarom is in samenwerking met CZ een data-analyse uitgevoerd op declaratiedata van personen die niet onverwacht zijn overleden in 2022 in de Mijnstreek. Binnen deze populatie zijn op basis van palliatieve prestatiecodes^[3] twee patiëntgroepen te onderscheiden: patiënten die wel en patiënten die niet meer dan 3 maanden voor overlijden palliatieve zorg hadden ontvangen. Deze analyse laat een vergelijkbaar beeld zien ten opzichte van de analyses die zijn weergegeven in het rapport “De olifant de kamer uit”: het aantal IC-opnames, (langdurige) ziekenhuisopnames en bijv. SEH-bezoeken is substantieel lager in de groep patiënten waarvoor in declaratiegegevens signalen van tijdige palliatieve zorg bestaan. Omdat deze regio-specifieke analyse ons beter in staat stelt om verwachte impact op kritische zorgcapaciteiten in beeld te brengen is ervoor gekozen om de uitkomsten van deze analyse te hanteren voor de impactschattingen in dit transformatieplan.

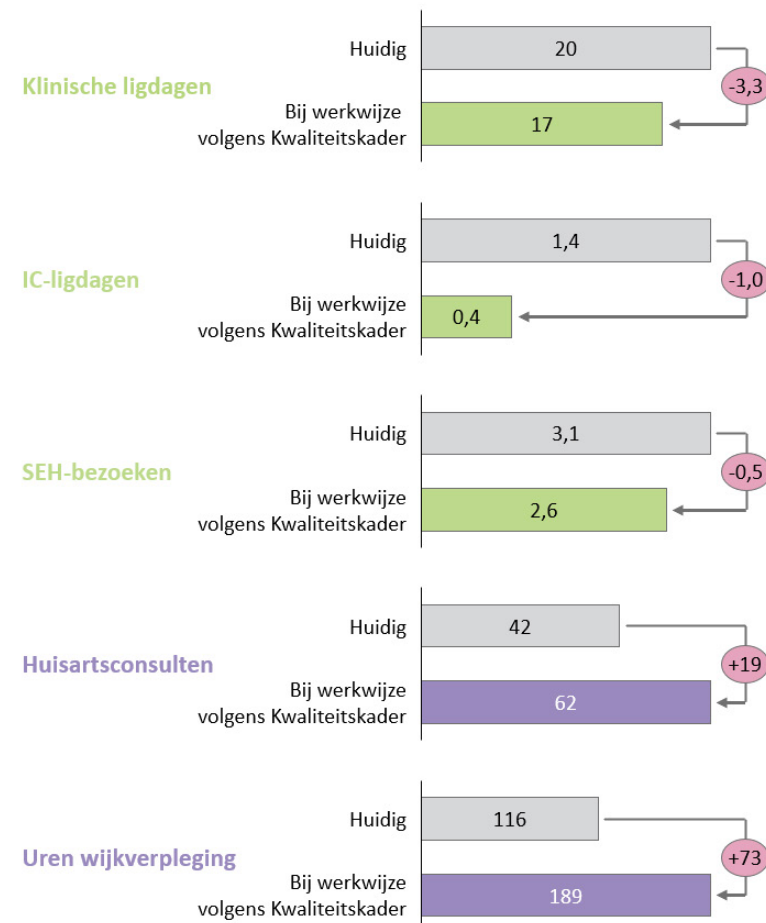
Op basis van de uitgevoerde analyse verwachten we dat er per jaar potentieel 3.300 klinische ligdagen, 1.000 IC-ligdagen en 500 SEH-bezoeken bespaard worden als het Kwaliteitskader breed geïmplementeerd is (figuur 15). De streefwaarden ten aanzien van het realiseren van deze impact over tijd hebben we bepaald aan de hand van het moment waarop de transformatie-inspanningen het zorgproces raken en de tijd die het vervolgens duurt tot deze effecten zichtbaar worden in de declaratiedata. Deze systematiek lichten we verder toe in bijlage VII, in het volgende hoofdstuk lichten we de KPI's verder toe.

^[1] Zie [link](#)

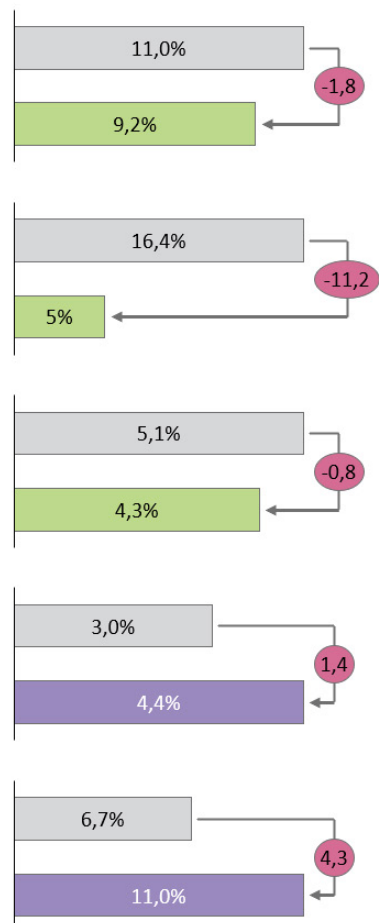
^[2] Tapa\$ ([link](#)) en PatZ ([link](#) en [link](#))

^[3] Als basis voor de lijst palliatieve prestatiecodes is de selectie van de studie van Boddaert et al. gebruikt ^[4].

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



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



Figuur 15. Impact van transformatie op zorggebruik en -capaciteit

De reductie in klinische ligdagen vertaalt zich naar 5.8 potentieel te besparen fte verpleegkundigen en de reductie in IC-ligdagen levert een mogelijke besparing op van 5.7 fte verpleegkundigen ^[a].

Het aantal te besparen SEH-bezoeken bedraagt slechts 0.8% van alle SEH-bezoeken en heeft daarmee naar verwachting geen personele impact. Gezien het gat tussen zorgvraag en beschikbaar personeel, dat zonder transformatieplannen voor de medisch-specialistische zorg binnen Zuyderland MC naar verwachting oploopt naar 5.5% in 2026, is de transformatie palliatieve zorg in dit opzicht een gunstige ontwikkeling. De transformatie zal de toename van de zorgvraag in de tweede lijn dempen en daarmee de vacatureddruk verlagen.

De impact van de transformatie op overheadpersoneel in het ziekenhuis moet overkoepelend gezien worden in het licht van alle transformatieplannen die impact hebben op Zuyderland MC. Zuyderland MC zal dit inzichtelijk maken als alle business cases gereed zijn en zal hier dan beleid op voeren.

We realiseren de transformatie zoveel als mogelijk arbeidsneutraal in de eerste lijn. De regio is ervan overtuigd dat diverse interventies uit deze transformatie resulteren in een dusdanige daling van de indirecte tijd in de eerste lijn, dat dit de benodigde tijd ten minste neutraliseert. Daarnaast implementeren we mitigerende maatregelen (zie paragraaf 4.8). Indirecte tijd is niet goed meetbaar en de eerstelijns zorg voor palliatieve patiënten is ten opzichte van het totaal te klein om dit betekenisvol te proberen te meten. Daarom onderbouwen we de overtuiging van de regio in de navolgende alinea (zie ook bijlage VIII) en monitoren we de ervaring van zorgprofessionals gedurende de transformatie.

Met de transformatie palliatieve zorg verlichten we de druk op de eerste lijn langs drie wegen:

1. De juiste zorg op de juiste plaats: werkgroepen gaan 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.

^[a] inschatting op basis van aantal te besparen diensten

2. 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. Het verbeteren van de 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.

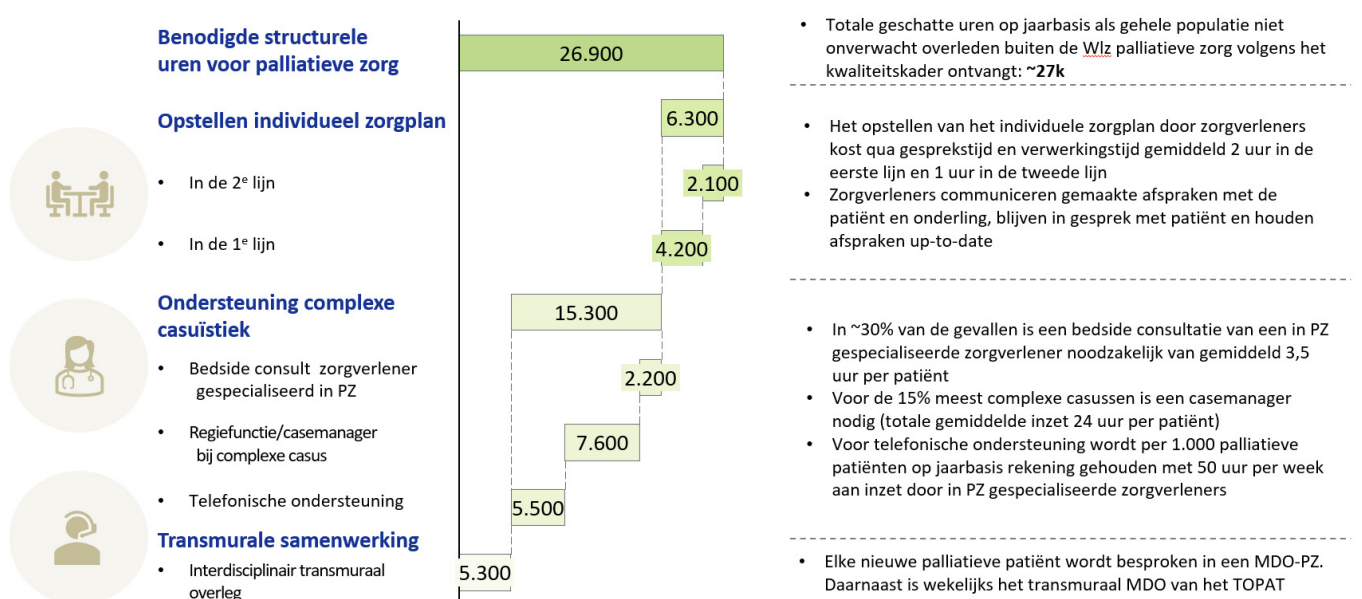
We hebben een schatting gemaakt van het aantal fte dat opgevangen moet worden door de mitigerende maatregelen. Dit zal helpen om richting te geven aan de keuzes die we samen met de thema's Arbeidsmarkt en Pluswijken gaan maken. De 19.000 extra huisartsconsulten,

zoals getoond in Figuur 16, zouden zich zónder mitigerende maatregelen vertalen naar 3.0 extra fte huisartsen en/of praktijkondersteuners/verpleegkundig specialisten (exacte mix nu nog niet te bepalen) en 1.9 extra fte doktersassistenten in de Mijnstreek. De 73.000 extra uren wijkverpleging zouden zich zónder mitigerende maatregelen vertalen naar extra benodigde inzet van 4.3% van de huidige regionale capaciteit. De ondertekenaars van dit plan willen benadrukken dat deze extra capaciteit vanwege de hierboven beschreven effecten, mits in de gehele eerste lijn doorgevoerd samen met de thema's Arbeidsmarkt en Pluswijken, aan het einde van de transformatieperiode überhaupt niet nodig is.

Structurele uitbreiding van palliatieve zorg leidt ook tot een toename van zorg doordat er meer tijd aan de patiënt wordt besteed voor proactieve zorgplanning, transmurale coördinatie en continuïteit en ondersteuning bij complexe casuïstiek. Het totaal aantal benodigde uren voor deze onderdelen in de Mijnstreek is te zien in Figuur 16.

Opbouw benodigde uren voor leveren van goede palliatieve zorg

[Totaal aantal uren, voor populatie niet onverwacht overleden buiten de Wlz, n=2,1k]



Figuur 16. Benodigde uren voor PZP, transmurale coördinatie & continuïteit en ondersteuning bij complexe casuïstiek in de Mijnstreek

Omdat de Mijnstreek een koploper is op het gebied van transmurale samenwerking bij palliatieve zorg, wordt een groot deel van deze tijd nu al besteed. De transformatie zal ervoor zorgen dat de bestede tijd maximaal effect bereikt, bijvoorbeeld doordat het individueel zorgplan ook voor andere zorgverleners inzichtelijk is, en doordat de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners bij de juiste casussen worden ingezet. De benodigde uren-uitbreiding ten

opzichte van de huidige situatie betreft de ~2.000 uur voor PZP in de 2e lijn, ongeveer de helft van de tijd voor PZP in de 1e lijn (dus ook ~2.000 uur) en uitbreiding van de bestaande MDO-structuur (~5.300 uur verdeeld over de 1e en 2e lijn, de onderste balk in figuur 16). Hier worden, net als voor de verschuiving in zorg, geen extra fte's voor aangetrokken, aangezien door de transformatie op andere punten tijd bespaard wordt (zie o.a. paragraaf 4.8).

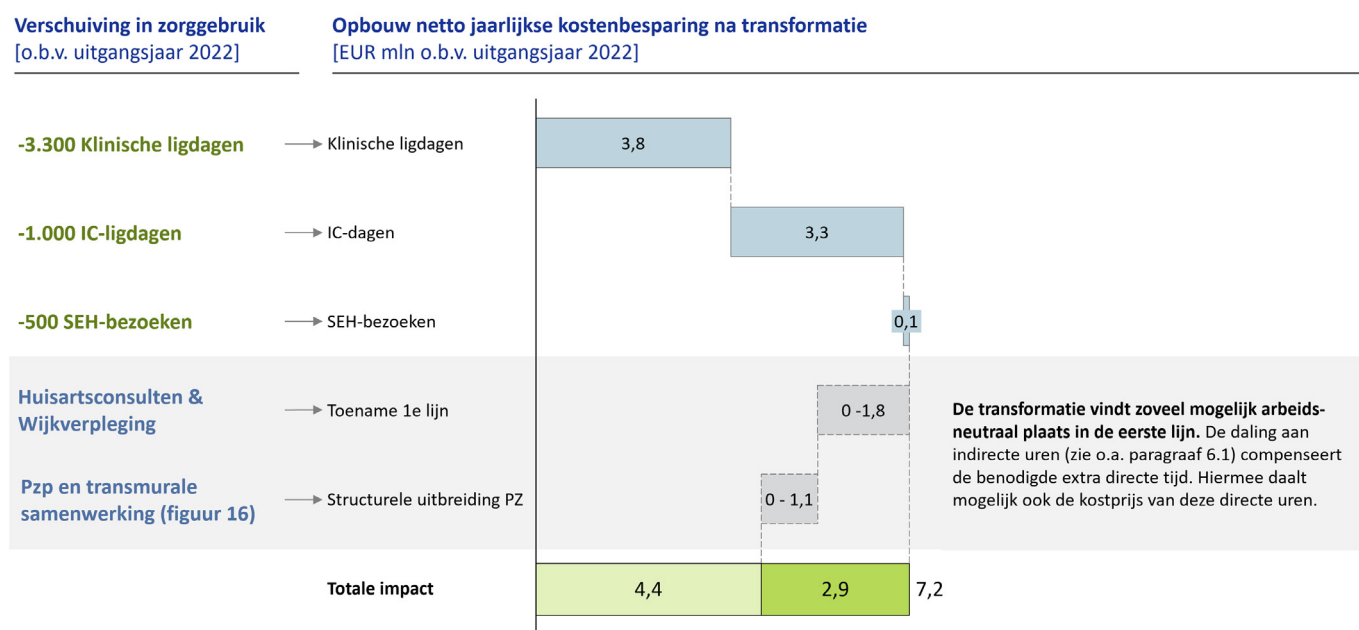
^[b] Berekening op basis van # consulteenheden per jaar per normpraktijk ^[35] en verdeling functies in gemiddelde praktijk ^[36].

^[c] Regionale wijkverplegingcapaciteit op basis van data van RIVM (2022).

We hebben op basis van de voorziene activiteiten die uitgevoerd worden door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners ook een eerste inschatting gemaakt van het aantal in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners dat nodig zijn in de Mijnstreek. Hierbij is rekening gehouden met werkzaamheden zoals: telefonische consultatie, bed-side consultatie, casemanagement, deelname aan generalistisch MDO-PZ, organiseren van specialistisch MDO en participatie in het Kenniscentrum. Vanuit deze eerste inschatting verwachten we dat er uiteindelijk geen verandering nodig is in het totaal aantal fte in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners. Wel zal er geïnvesteerd moeten worden in de capaciteit van specialisten palliatieve zorg gedurende de transformatie aangezien zij een belangrijke rol hebben in de (kennis-)opbouw van de palliatieve zorg in de regio. Daarbij voldoet het merendeel van de momenteel als specialist geormerkte zorgverleners (nog) niet aan de opleidingsvereisten zoals landelijk in ontwikkeling. Omdat een passend aantal in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle transformatie is, willen we deze eerste inschatting in de eerste fase van het traject opvolgen met een uitgebreider onderzoek naar de benodigde capaciteit, zie hiervoor ook paragraaf 2.5 en de opgave aan de werkgroep sector-overstijgende harmonisatie in bijlage VI.

6.2 Deze transformatie heeft een positieve (maatschappelijke) business case

De transformatie palliatieve zorg heeft meerdere maatschappelijke baten, waaronder: 1) betere kwaliteit van palliatieve zorg, betere kwaliteit van leven voor patiënten en naasten, 2) betere beleving van zorgverleners en 3) meer passende zorg voor patiënten in de palliatieve fase. De effecten van dit type baten zijn minder goed te kwantificeren, maar dit maakt ze niet minder belangrijk. Dit soort kwalitatieve baten laten zichzelf vooral omschrijven als: patiënten overlijden vaker op de plek van voorkeur of zorgverleners blijven behouden voor de sector. **Daarnaast leidt de transformatie palliatieve zorg naar verwachting ook tot een netto zorgkostenbesparing tot 7,2 miljoen euro per jaar. Zie hiervoor Figuur 17.**



Figuur 17. Netto zorgkostenbesparing per jaar na transformatie: tot €7,2 miljoen per jaar

Zoals in hoofdstuk 6.1 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 regionale herverdeling van zorg

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

De transformatie palliatieve zorg heeft naar verwachting een positieve impact op de belangrijkste thema's uit de Green Deal Duurzame Zorg: het verminderen van CO₂-uitstoot, terugdringen van afvalproductie en reductie van geneesmiddelresten in oppervlaktewater. Met name de verwachte vermindering van het aantal IC-ligdagen en SEH-bezoeken in het laatste levensjaar heeft een grote positieve

invloed op zowel CO₂-uitstoot als afvalproductie. De SEH en IC hebben binnen het ziekenhuis een grote bijdrage aan de milieu-impact^[21]. Ter illustratie: één dag intensive care-zorg in het Erasmus MC staat qua vervuiling gelijk aan 2.000 km autorijden, kap van 200 m² bos en het gebruik van minstens 15.000 liter water^[22]. Daarnaast produceert de IC van het Erasmus MC op jaarbasis 247.000 kg afval. Dit is 17 kg per IC-patiënt per dag.

Patiënten in de Mijnstreek met verwacht overlijden brachten in 2022 in hun laatste levensjaar naar schatting gezamenlijk 1400 dagen door op de IC. De verwachte reductie van 970 IC-ligdagen in het laatste levensjaar van deze mensen door de transformatie, zoals becijferd in de impactanalyse, levert daarmee jaarlijks al een besparing op van 155.000 kg CO₂ en 16.500 kg afval. Het netto hoger worden van het aantal reisebewegingen (minder reisebewegingen van en naar het ziekenhuis, maar meer reisebewegingen door personeel in de wijkverpleging) en de verhoogde afvalproductie in de wijkverpleging wegen hier niet tegenop. De ICT benodigd voor gegevensuitwisseling kan een lichte toename in CO₂-uitstoot veroorzaken ten opzichte van de huidige IT-infrastructuur, maar ook deze overschrijdt de besparing zeker niet.

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

7. Het succes van de transformatie en hoe je dat meet: spiegel- en sturingsinformatie

Er zijn 21 Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's) vastgesteld waaraan de uitbetaling van transformatiemiddelen is gekoppeld. Naast de KPI's zullen we de verzamelde informatie vanuit regionale databronnen en methodieken, zoals spiegelgesprekken en patient journeys, gebruiken voor het duiden van de uitkomsten. Gedurende de transformatie monitoren we ook verscheidende kwantitatieve indicatoren, als spiegel- en sturingsinformatie maar ook om de kennis over palliatieve zorg en te ontwikkelen voor toekomstige transformatieregio's.

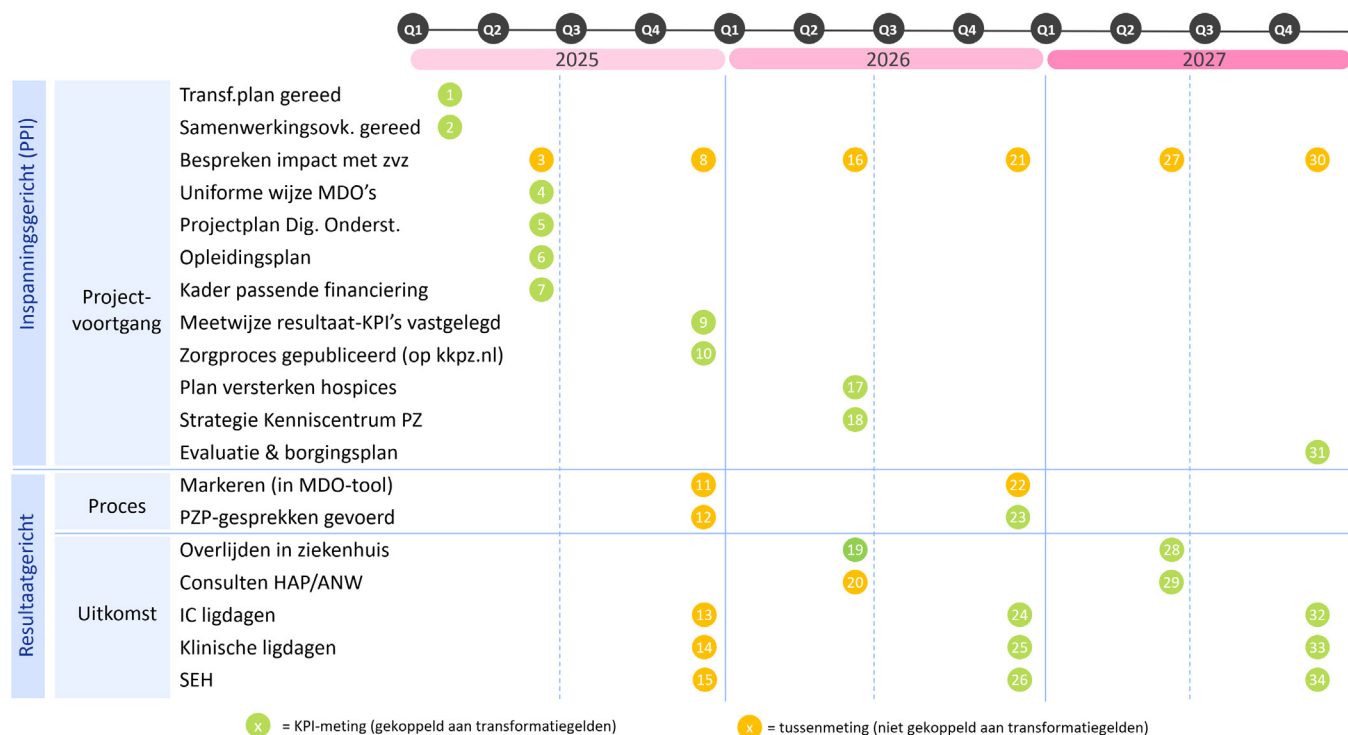
7.1 Meten aan de hand van KPI's

Om op basis van een monitor de transformatie bij te kunnen sturen heeft het gebruik van regionale databronnen de voorkeur boven landelijk geïntegreerde bronnen vanwege de actualiteit en periodiciteit. Dit vergt capaciteit bij alle betrokken zorgaanbieders. Voor het verzamelen en samenvoegen van gegevens van verschillende zorgaanbieders is daarnaast een regio-netwerkorganisatie nodig. In de Mijnstreek (en in Maastricht-Heuvelland) is dit het Data OndersteuningsTeam Zuid-Limburg (DOT-ZL). DOT-ZL ondersteunt bij het aantrekken van een trajectleider 'meten en monitoren' voor de transformatie palliatieve zorg. Deze trajectleider zal afspraken maken met individuele zorgaanbieders over het aanleveren van gegevens en borgt dat het meten en monitoren van de grond komt en consequent blijft plaatsvinden. De stappen die gezet moeten worden om het (bijvoorbeeld juridisch) mogelijk te maken voor de trajectleider om deze rol te vervullen, worden centraal door DOT-ZL, op het niveau van Zuid-Limburg, ondersteund. De trajectleider 'meten en monitoren' heeft ook de lead over rapportage en duiding van de KPI's. Dit pakt de trajectleider op samen met de werkgroepen Meten en monitoren en Duiding van de KPI's in de context. De verantwoordelijkheid voor de realisatie van het verzamelen van de gegevens, de rapportage hierover en de duiding van de uitkomsten ligt bij de trajectleider 'meten en monitoren'. De trajectleider stemt hierover nauw af met DOT-ZL.

Er wordt aangesloten bij de indicatoren en metingen voor het project 'De zorg die ik wens...' om zo het administratief proces te beperken en te voorkomen dat definitieverschillen ontstaan. Waar mogelijk wordt om dezelfde reden ook afgestemd met en aangesloten bij landelijke indicatoren en metingen. Het op landelijke schaal verzamelen en verspreiden van spiegel- en sturingsinformatie wordt gecoördineerd vanuit het NPPZ II onderdeel Meten & Monitoren.

Voor sommige van de KPI's zullen we organiseren dat de bijbehorende data op uniforme wijze wordt geregistreerd. Per KPI en zorgaanbieder zal de trajectleider 'meten en monitoren', gefaciliteerd door het programmeerteam, inventariseren wat nu al meetbaar is en wat er nog ingeregeld moet worden. Het is mogelijk dat er veranderingen in de inrichting van informatiesystemen nodig zijn. Hiervoor zullen we in het eerste transformatiejaar tussenmetingen doen, welke niet gekoppeld zijn aan uitbetalingen. Er is nu geen reden om aan te nemen dat de resultaten op een van de KPI's niet inzichtelijk gemaakt kan worden. De werkgroep Meten en monitoren en de trajectleider bepalen op basis van de mogelijkheden bij elke organisatie en het percentage van de patiëntpopulatie dat minimaal in de meting geïnccludeerd moet zijn voor elke KPI welke organisaties data aanleveren.

De KPI's voor deze transformatie zijn zo gekozen dat ze de programma-opzet en verwachte resultaten weerspiegelen. We onderscheiden inspanningsgerichte KPI's en resultaatgerichte KPI's, zie onderstaande figuur (figuur 18 en tabel 8). Op de kortere termijn wordt voortgang van de transformatie in beeld gebracht o.b.v. inspanningsgerichte KPI's. Als resultaat van deze inspanningen verwachten we meer passende zorg eerder in het zorgproces, namelijk palliatieve zorg volgens het Kwaliteitskader. Daarnaast verwachten we minder potentieel niet-passende zorg, in het bijzonder vlak voor overlijden. Die verwachting is gebaseerd op de vergelijking van zorggebruik tussen patiënten met en zonder palliatieve zorg die is uitgevoerd in het kader van wetenschappelijk onderzoek in Nederland, pilots (in het kader van het TAPA\$ project) en onderzoek dat samen met CZ is verricht op declaratiedata ten behoeve van dit transformatieplan. De resultaten worden gemonitord via resultaatgerichte KPI's.



Figuur 18. overzicht van de KPI's over de tijd

7.2 Inspanningsgerichte KPI's

Inspanningsgerichte KPI's helpen om in beeld te brengen of datgene wat voor de transformatie moet worden ingericht (kennis, afspraken, etc.) ook daadwerkelijk wordt ingericht. Deze indicatoren zijn dan ook vooral projectmijlpalen.

De eerste KPI in deze groep is de oplevering van een goedgekeurd transformatieplan (zie Figuur 18), gevolgd door het ondertekenen van de bijbehorende samenwerkingsovereenkomst. Hierna zullen we direct beginnen met de inhoudelijke uitwerking van de actielijnen. Na het eerste halfjaar van de transformatie zullen de uitkomsten van deze inspanningen zichtbaar worden door het behalen van de eerste inspanningsgerichte KPI's. We committeren ons aan het vaststellen van een uniforme wijze van vastlegging voor de MDO's, het opleveren van het projectplan voor de projectgroep digitale ondersteuning en het opleidingsplan voor onze regio. Daarnaast zullen we het kader passende financiering opgeleverd hebben. Alle bovengenoemde stukken moeten geaccordeerd zijn door de stuurgroep voor uitbetaling. Daarnaast zullen we halfjaarlijks de impact van de transformatie met de coördinerend zorgverzekeraar bespreken.

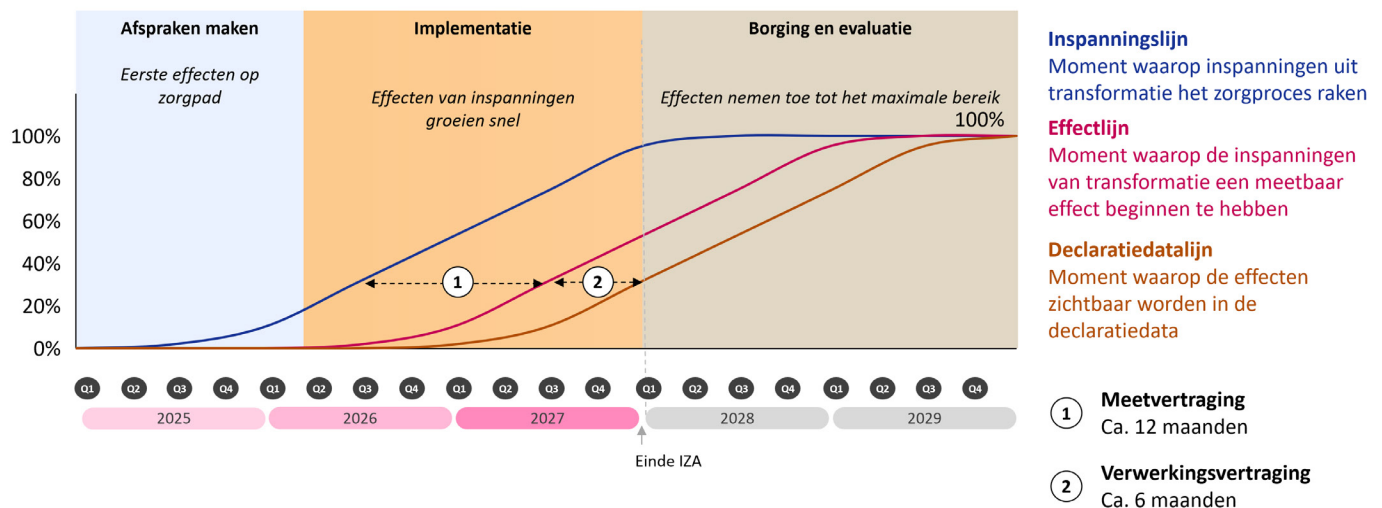
Aan het einde van het eerste transformatiejaar verwachten we dat we de meetmethodiek (wie levert welke informatie aan, hoe wordt de analyse uitgevoerd en vastgelegd, etc.) voor de resultaatgerichte KPI's hebben vastgelegd en dat we de werkwijzen behorend bij de acties in het zorgproces hebben geaccordeerd voor op kkpz.nl. Een half jaar later zullen we het plan voor het versterken van de hospices ontwikkeld en geaccordeerd hebben, net zoals de gedeelde visie en strategie van het Kennisnetwerk en Kenniscentrum PZ. Eind 2027 zullen we de transformatieperiode afsluiten met het opleveren van het evaluatie- en borgingsplan. Aan al deze projectmijlpalen koppelen we transformatiegelden.

7.3 Resultaatgerichte KPI's

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

De uitkomsten op resultaatgerichte KPI's zijn het effect van inspanningen gedurende de transformatieperiode. De mate waarin inspanningen effect hebben op de uitkomsten verschilt per type inspanning. Het opstellen van werkafspraken heeft bijvoorbeeld nog (bijna) geen direct effect op het zorgproces, het implementeren van deze werkafspraken heeft dit wel.

Omdat de mix aan inspanningen verandert gedurende de transformatieperiode, nemen de effecten van deze inspanningen niet lineair toe (de inspanningslijn in Figuur 1). Daarnaast zit er een vertraging tussen de effecten van de inspanningen en het moment dat deze effecten ook daadwerkelijk meetbaar zijn en zichtbaar worden in de declaratiedata (de effectlijn en de declaratiedatalijn in Figuur 1). In bijlage VII lichten we de rationale achter deze lijnen verder toe. De waarden voor de resultaatgerichte KPI's zijn bepaald op basis van de verwachte impact van de transformatie (Zie hoofdstuk 6) en de timing waarop deze impact meetbaar (de effectlijn) is.



Figuur 19. Effecten van inspanningen nemen niet lineair toe en worden pas later meetbaar of zichtbaar in declaratiedata.

In het eerste transformatiejaar zullen we de uitkomsten op de eerste resultaatgerichte KPI's in kaart brengen. Omdat (zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven) de meetmethodiek nog niet geheel vastligt en we nog niet verwachten een grote verandering te kunnen meten (zie Figuur 19), koppelen we hier nog geen uitbetaling aan. De metingen uit deze periode fungeren als een 0-meting waarin we het aantal gemarkeerde patiënten die ook geregistreerd zijn in de MDO-tool en het aantal vastgestelde individuele zorgplannen. Daarnaast brengen we de baseline voor de uitkomst-KPI's in kaart. Dit zijn het aantal IC-ligdagen, het aantal klinische ligdagen en het aantal SEH-bezoeken voor de groep niet-onverwacht overleden patiënten in Q3 2024. Deze 3 KPI's vormen een directe link met de maatschappelijke business case die is toegelicht in hoofdstuk 6.

In het eerste halfjaar van 2026 valt de eerste resultaatgerichte KPI waaraan we een uitbetaling koppelen. We streven dat de fractie niet-onverwacht overleden patiënten die in het ziekenhuis overleed terwijl dat volgens het PZP ongewenst was, lager dan 15 procent ligt. In 2027 verwachten we dat dit naar onder de 12,5 procent is gedaald. Ook hier koppelen we een uitbetaling aan vast. Daarnaast stellen we in de laatste 2 jaren van de transformatie de hierboven beschreven waardes voor de resultaatgerichte KPI's nog tweemaal vast (Zie tabel 8 voor een uitgebreid overzicht van alle KPI's). In totaal zijn hiermee 48% van het totaal aantal KPI's waar een uitbetaling aan gekoppeld is resultaatgericht.

De waardes die gekoppeld zijn aan de uitkomst-KPI's volgen uit de inputwaardes voor de impactanalyse. Hierbij hebben we een correctie uitgevoerd voor de mate waarin de inspanningen van de transformatie al een resultaat kunnen hebben gehad op de uitkomst-KPI's. Dit is de effectlijn uit Figuur 19. In Q3 2027 meten we de resultaten, bijvoorbeeld de reductie in het aantal IC-ligdagen, van het veranderend zorgproces, o.a. PZP-gesprekken, uit Q3 2026. Er is immers een meetvertraging van ca. 12 maanden (zie bijlage VII). Op basis hiervan verwachten we in Q3 2027 een reductie van 400 IC-ligdagen, 1300 klinische ligdagen en 200 SEH-bezoeken te kunnen meten. In het bijgevoegde Excel-model is de berekening hiervoor te volgen.

Procesindicatoren zijn een belangrijk sturingsmiddel in de transformatie. We meten en monitoren daarom meer indicatoren dan strikt noodzakelijk voor de verantwoording van de transformatie. In paragraaf 7.5 lichten we dit verder toe.

Het is cruciaal dat betrokken organisaties en zorgverleners ervaringen uitwisselen om van elkaar te kunnen leren. Wat werkt goed, wat niet? Daarom is het belangrijk dat een blijvende cultuur van spiegelen en verbeteren wordt ingericht. Inzichten over wat wel en niet werkt worden verzameld en verspreid, niet alleen regionaal, maar ook bovenregionaal. In een transformatie die per regio vorm krijgt, is het namelijk cruciaal dat regio's ervaringen uitwisselen om van elkaar te kunnen leren. Dit wordt gecoördineerd vanuit het NPPZ II programma Transformatie. Verzamelde spiegelinformatie wordt, na duiding door de stuurgroep, landelijk beschikbaar gesteld, met inachtneming van eventuele vertrouwelijkheid t.a.v. marktinformatie.

Tabel 8. KPI's voor de Transformatie Palliatieve Zorg, in lijn met figuur 18 'overzicht van de KPI's over de tijd'

Nr	KPI	Deliverable	Geplande opleverdatum	Type KPI	Subtype KPI	Gekoppeld aan uitbetaling?
1	Het transformatieplan is geschreven en goedgekeurd	Transformatieplan	jan-25	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Ja
2	De samenwerkingsovereenkomst is gereed en ondertekend	Samenwerkingsovereenkomst	mrt-25	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Ja
3	De impact van het transformatieplan palliatieve zorg is besproken met de coördinerend zorgverzekeraar	Gespreksverslag	jun-25	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Nee
4	Er is een uniforme wijze van vastlegging voor de MDO's vastgesteld	Document met beschrijving van werkwijze	jun-25	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Ja
5	Projectgroep Digitale ondersteuning heeft projectplan opgeleverd en dit is geaccordeerd door de stuurgroep	Geaccordeerd projectplan	jun-25	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Ja
6	Projectgroep Deskundigheidsbevordering heeft opleidingsplan opgeleverd en dit is geaccordeerd door de stuurgroep	Geaccordeerd opleidingsplan	jun-25	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Ja
7	Werkgroep passende financiering heeft kader voor passende financiering opgeleverd en dit is geaccordeerd door de stuurgroep	Geaccordeerd kader passende financiering	jun-25	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Ja
8	De impact van het transformatieplan palliatieve zorg is besproken met de coördinerend zorgverzekeraar	Gespreksverslag	dec-25	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Nee
9	Meetmethodiek voor resultaat-KPI's is vastgesteld en geaccordeerd; daarbij is ook vastgesteld en geaccordeerd of en hoe dit leidt tot aangepaste formulering van de overeengekomen KPI's	Geaccordeerde meetmethodiek	dec-25	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Ja
10	De werkwijzen behorend bij de acties in het zorgproces zijn geaccordeerd voor op KKPZ.nl	Publicatie (op kkpz.nl)	dec-25	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Ja
11	Ten minste 5% van het aantal niet-onverwacht overledenen in Q3 2025 werd geregistreerd in een MDO-tool voor een MDO-PZ kernteam, ten teken dat de palliatieve fase gemarkeerd was (Deze KPI is niet aan uitbetaling gekoppeld, omdat nog niet zeker is of dit straks inderdaad meetbaar is in MDO tool. Wel opgenomen als KPI om intentie weer te geven dat dit meetbaar en transparant wordt)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-25	Resultaatgericht	Proces	Nee

Nr	KPI	Deliverable	Geplande opleverdatum	Type KPI	Subtype KPI	Gekoppeld aan uitbetaling?
12	Voor tenminste 5% van het aantal niet onverwacht overledenen in Q3 2025 is er een individueel zorgplan met aandacht voor proactieve zorgplanning en de vier dimensies van palliatieve zorg, incl. zorg voor naasten. (Hiertoe wordt het aantal zorgplannen voor palliatieve patiënten in Q3 2025 gedeeld door het aantal niet-onverwacht overledenen in Q3 2025)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-25	Resultaatgericht	Proces	Nee
13	Het aantal IC-ligdagen in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2024, geschaald naar jaarlijkse aantallen, is inzichtelijk gemaakt zodat deze als baseline gebruikt kan worden (o.b.v. gegevens van Zuyderland)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-25	Resultaatgericht	Uitkomst	Nee
14	Het aantal klinische ligdagen in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2024, geschaald naar jaarlijkse aantallen, is inzichtelijk gemaakt zodat deze als baseline gebruikt kan worden (o.b.v. gegevens van Zuyderland)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-25	Resultaatgericht	Uitkomst	Nee
15	Het aantal SEH-bezoeken in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2024, geschaald naar jaarlijkse aantallen, is inzichtelijk gemaakt zodat deze als baseline gebruikt kan worden (o.b.v. gegevens van Zuyderland)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-25	Resultaatgericht	Uitkomst	Nee
16	De impact van het informatieplan palliatieve zorg is besproken met de coördinerend zorgverzekeraar	Gespreksverslag	jun-26	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Nee
17	Plan voor versterken hospices is gemaakt en geaccordeerd	Geaccordeerd plan voor versterken hospices	jun-26	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Ja
18	Gedeelde visie en strategie van het Kennisnetwerk en Kenniscentrum PZ is geschreven en geaccordeerd	Geaccordeerd strategiedocument	jun-26	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Ja
19	De fractie niet-onverwacht overleden patiënten die in Q1 2026 in het ziekenhuis overleed terwijl dat volgens het PZP ongewenst was is kleiner dan 15%	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	jun-26	Resultaatgericht	Uitkomst	Ja
20	Het aantal consulten en visites HAP-ANW per patient in de laatste 30 dagen voor overlijden bij patienten die in Q1 2024 niet-onverwacht overleden is inzichtelijk gemaakt zodat deze als baseline gebruikt kan worden	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	jun-26	Resultaatgericht	Uitkomst	Nee
21	De impact van het informatieplan palliatieve zorg is besproken met de coördinerend zorgverzekeraar	Gespreksverslag	dec-26	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Nee

Nr	KPI	Deliverable	Geplande opleverdatum	Type KPI	Subtype KPI	Gekoppeld aan uitbetaling?
22	Tenminste 40% van het aantal niet-onverwacht overledenen in Q3 2026 werd geregistreerd in een MDO-tool voor een MDO-PZ kernteam, ten teken dat de palliatieve fase gemarkeerd was (Deze KPI is niet aan uitbetaling gekoppeld, omdat nog niet zeker is of dit straks inderdaad meetbaar is in MDO tool. Wel opgenomen als KPI om intentie weer te geven dat dit meetbaar en transparant wordt)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-26	Resultaatgericht	Proces	Nee
23	Voor tenminste 40% van het aantal niet-onverwacht overledenen in Q3 2026 is er een individueel zorgplan met aandacht voor proactieve zorgplanning en de vier dimensies van palliatieve zorg, incl. zorg voor naasten. (Hiertoe wordt het aantal zorgplannen voor palliatieve patiënten in Q3 2026 gedeeld door het aantal niet-onverwacht overledenen in Q3 2026)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-26	Resultaatgericht	Proces	Ja
24	Het aantal IC-ligdagen in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2026 is, geschaald naar jaarlijkse aantallen, tenminste 60 ligdagen lager dan in Q3 2024 (o.b.v. gegevens van Zuyderland voor inwoners uit de Mijnstreek)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-26	Resultaatgericht	Uitkomst	Ja
25	Het aantal klinische ligdagen in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2026 is, geschaald naar jaarlijkse aantallen, tenminste 200 ligdagen lager dan in Q3 2024 (o.b.v. gegevens van Zuyderland voor inwoners uit de Mijnstreek)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-26	Resultaatgericht	Uitkomst	Ja
26	Het aantal SEH-bezoeken in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2026 is, geschaald naar jaarlijkse aantallen, tenminste 30 lager dan in Q3 2024 (o.b.v. gegevens van Zuyderland voor inwoners uit de Mijnstreek)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-26	Resultaatgericht	Uitkomst	Ja
27	De impact van het informatieplan palliatieve zorg is besproken met de coördinerend zorgverzekeraar	Gespreksverslag	jun-27	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Nee
28	De fractie niet-onverwacht overleden patiënten die in Q1 2027 in het ziekenhuis overleed terwijl dat volgens het PZP ongewenst was is kleiner dan 12,5%	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	jun-27	Resultaatgericht	Uitkomst	Ja

Nr	KPI	Deliverable	Geplande opleverdatum	Type KPI	Subtype KPI	Gekoppeld aan uitbetaling?
29	Het aantal consulten en visites HAP-ANW per patiënt in de laatste 30 dagen voor overlijden bij patiënt die in Q1 2027 niet-onverwacht overleden is 30% afgenomen t.o.v. Q1 2024	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	jun-27	Resultaatgericht	Uitkomst	Ja
30	De impact van het transformatieplan palliatieve zorg is besproken met de coördinerend zorgverzekeraar	Gespreksverslag	dec-27	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Nee
31	Het programmamanagementteam heeft de evaluatie en het borgingsplan voor de transformatie opgeleverd	Borgingsplan	dec-27	Inspanningsgericht	Projectvoortgang	Ja
32	Het aantal IC-ligdagen in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2027 is, geschaald naar jaarlijkse aantallen, tenminste 400 ligdagen lager dan in Q3 2024 (o.b.v. gegevens van Zuyderland voor inwoners uit de Mijnstreek)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-27	Resultaatgericht	Uitkomst	Ja
33	Het aantal klinische ligdagen in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2027 is, geschaald naar jaarlijkse aantallen, tenminste 1300 ligdagen lager dan in Q3 2024 (o.b.v. gegevens van Zuyderland voor inwoners uit de Mijnstreek)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-27	Resultaatgericht	Uitkomst	Ja
34	Het aantal SEH-bezoeken in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2027 is, geschaald naar jaarlijkse aantallen, tenminste 200 lager dan in Q3 2024 (o.b.v. gegevens van Zuyderland voor inwoners uit de Mijnstreek)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-27	Resultaatgericht	Uitkomst	Ja

7.4 Kwalitatieve sturingsinformatie kan de informatie verkregen uit de KPI's versterken

Binnen de in de regio lopende projecten wordt zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek verricht. Onder andere wordt hierbij gekeken naar patiënt- en naastenperspectief, de bereidheid om het gesprek over wensen en grenzen aan te gaan en de ervaringen van zorgverleners met het toepassen van tijdige proactieve zorgplanning.

Binnen de transformatie en daarna zullen we gebruik maken van zowel kwantitatieve als kwalitatieve methodes vanuit verschillende perspectieven: patiënten, naasten en zorgverleners.

Kwalitatieve methodes die daarbij kunnen worden toegepast zijn:

Perspectief patiënten en naasten:

- Spiegelgesprekken waarbij in een bijeenkomst een rijk beeld van het perspectief van patiënt en naaste naar voren komt;
- Shadowing waarbij een patiënt gevolgd wordt als een onzichtbare schaduw en specifieke observaties gemaakt worden;
- Patient journey waarbij de reis van de patiënt door het palliatief zorgpad inzichtelijk wordt gemaakt;
- Discovery interviews waarbij aanrakingspunten in de zorg geïdentificeerd worden en ervaringsmappen gemaakt worden;
- Day in a life waarbij informatie over de dag van een patiënt wordt verzameld.

Perspectief zorgverleners:

- Wereldcafé waarbij meerdere thema's tegelijkertijd besproken kunnen worden;
- Focusgroepen waarbij specifieke onderwerpen verder worden uitgediept;
- Peer-observing-peers: In 'elkaars keuken kijken' om zo tot informatie te komen die over de lijnen heen belangrijk is;
- 5W1H methodiek: Stellen van de vragen: wat, wie, wanneer, waar, waarom en hoe.

7.5 Doorontwikkeling van het inzichtelijk maken van de kwaliteit van Palliatieve zorg

De Mijnstreek is een van de eerste regio's waar een transformatie palliatieve zorg plaatsvindt. Dit is een buitenkans voor het ontwikkelen van kennis over transformeren zelf, maar ook over het inzichtelijk maken van de effecten van deze transformatie. Daarom zullen we de effecten van palliatieve zorg op het zorggebruik, de patiëntbeleving en de zorgkosten gedurende de transformatie in kaart brengen. Daarnaast zullen we op de deze indicatoren gebruiken om tijdens de transformatie te spiegelen en te sturen. De komende periode in samenwerking met DOT-ZL, het Zuyderland, de verzekeraars en Vektis de effecten van de transformatie palliatieve zorg op de volgende indicatoren inzichtelijk: We zijn voornemens te toetsen of de ondersteuning complexe casuïstiek toeneemt monitoren aan de hand van de volgende factoren. De mate waarin dit mogelijk is hangt af van (het inzicht in) de declaratiestromen:

- % patiënten waarbij een specialist PZ is ingezet en absolute inzet van specialisten PZ
- # telefonische consultaties specialisten PZ
- # bed-side consultaties specialisten PZ
- # declaraties "regiefunctie complexe PZ"

Daarnaast zullen we op basis van een Nabestaanden Tevredenheid Onderzoek (0-meting en herhaling) toetsen of de ervaring voor de zorgprofessional, de patiëntervaring en de beleving van naasten verbeteren. Voor indicatoren gebaseerd op vragenlijsten nemen we de vragen bij voorkeur mee in bestaande peilingen en zoeken we samenwerking met de andere transformatieplannen, om de vragenlijsten zo efficiënt mogelijk in te bedden zodat de administratieve last voor zorgverleners zo veel mogelijk beperkt blijft. Dit kan naast dat we vragenlijsten combineren ook inhouden dat de vragen rondom de transformatie palliatieve zorg niet gesteld worden aan zorgverleners die vanuit andere transformatieplannen ook veel vragenlijsten moeten invullen/verwerken. We zijn voornemens de volgende factoren te onderzoeken:

- Beleving voor de zorgprofessional verbetert (hierbij wordt naast algemene beleving specifiek aandacht gegeven aan werkdruk, relatie met de patiënt, communicatie over de benodigde en geleverde zorg, en besluitvorming over de geleverde zorg)
- Patiëntervaring verbetert (hierbij wordt naast algemene ervaring per sector specifiek aandacht gegeven aan de mate waarin de patiënt wensen en grenzen heeft kunnen aangeven, de relatie met de zorgaanbieder, de kwaliteit van de ontvangen zorg, de communicatie over de benodigde en geleverde zorg, de besluitvorming over de benodigde en geleverde zorg en de continuïteit van zorg)
- Beleving voor de naasten verbetert

Ook zullen we in de gaten houden hoe de zorgvraag in de eerste lijn zich ontwikkelt:

- # huisartsconsulten per patiënt in laatste 30 dagen, 3 maanden, 6 maanden en jaar voor overlijden
- # uren wijkverpleging per patiënt in laatste 30 dagen, 3 maanden, 6 maanden en jaar voor overlijden
- Verdeling gecontracteerde vs. ongecontracteerde uren wijkverpleging bij patiënten in laatste 30 dagen, 3 maanden, 6 maanden en jaar voor overlijden
- Aanbod hospicebedden t.o.v. huidige zorgvraag en prognose voor volgende jaar (verdeeld in hospicebedden in 1. hospices met minder dan het aanbevolen minimumaantal bedden en 2. hospices met het aanbevolen minimumaantal bedden of meer)

Naast de ontwikkeling van de tweedelijns zorg die we monitoren ten behoeve van de KPI's zullen we het tweedelijns zorggebruik breder monitoren, om te leren en waar nodig bij te sturen:

- # SEH-bezoeken per patiënt in laatste 30 dagen, 3 maanden, 6 maanden en jaar voor overlijden
- # IC-ligdagen per patiënt in laatste 30 dagen, 3 maanden, 6 maanden en jaar voor overlijden
- # klinische ligdagen per patiënt in laatste 30 dagen, 3 maanden, 6 maanden en jaar voor overlijden
- Gebruik add-on dure geneesmiddelen, chemotherapie (DDD) per patiënt in laatste 30 dagen, 3 maanden, 6 maanden en jaar voor overlijden
- # ambulance A-ritten per patiënt in laatste 30 dagen, 3 maanden, 6 maanden en jaar voor overlijden

Ten slotte vinden we het belangrijk goed in zicht te hebben welke impact de transformatie heeft op de zorgkosten over de verschillende zorgsoorten heen:

- Totale zorgkosten per patiënt in laatste 30 dagen, 3 maanden, 6 maanden en jaar voor overlijden
- Verdeling van zorgkosten per zorgsoort (MSZ, WVP, HA) in laatste 30 dagen, 3 maanden, 6 maanden en jaar voor overlijden
- Zorgkosten in ziekenhuiszorg per patiënt in laatste 30 dagen, 3 maanden, 6 maanden en jaar voor overlijden (uit te splitsen naar de kosten voor verschillende specialismes)
- Zorgkosten in wijkverpleging per patiënt in laatste 30 dagen, 3 maanden, 6 maanden en jaar voor overlijden
- Zorgkosten in huisartsenzorg per patiënt in laatste 30 dagen, 3 maanden, 6 maanden en jaar voor overlijden

8. Begroting van de transformatie

8.1 Inleiding en opbouw van dit hoofdstuk

Voor een succesvolle transformatie zijn additionele financiële middelen (materieel en personeel) nodig. De Mijnstreekregio investeert zelf in de transformatie. De hoogte van de eigen investering is terug te vinden in de begroting (Tabel 9). Echter, zullen de IZA transformatiegelden noodzakelijk zijn om de volledige uitvoering, versnelling en opschaling van de transformatie mogelijk te maken. In dit hoofdstuk worden de kosten voor de transformatie en de gevraagde bijdrage vanuit IZA transformatiegelden inzichtelijk gemaakt. Allereerst worden de uitgangspunten van de begroting en de begroting zelf besproken. Daarnaast komen ook het financieel beheer en de verantwoording aan bod. Tenslotte is de begroting gekoppeld aan KPI's met bijbehorend tijdspad van oplevering.

8.2 Uitgangspunten begroting

De hoofdthema's zoals opgenomen in het transformatieplan:

- I) Programmamanagement;
- II) Communicatie;
- III) Inhoud & Implementatie;
- IV) Meten en Monitoren;
- V) Digitale ondersteuning;
- VI) Passende financiering;
- VII) Deskundigheidsbevordering;
- VIII) Maatschappelijke Bewustwording;
- IX) Versterken hospices;
vormen de basis van de begroting.

Binnen het thema Programmamanagement zijn naast de uitvoeringskosten (uitvoeringsfase) ook kosten voor het schrijven en indienen van het transformatieplan (voorbereidende fase) meegenomen. Deze voorbereidende fase loopt van maart 2024 t/m maart 2025, ervan uitgaande dat de uitvoering van dit plan in april 2025 zeker kan starten. Voor elk van de thema's zijn personele en materiële kosten opgenomen. Voor de uren van de werkgroepleden, projectleiding en partijen vanuit het sociaal domein is gerekend met een vastgesteld uurtarief van €129,- (inclusief BTW). Dit tarief is vastgesteld in afstemming met PZNL en gebaseerd op huidige landelijke kaders. Voor de overige personele kosten zijn de FWG schalen uit de cao Ziekenhuizen (juni 2024) gehanteerd. Hierbij is gerekend met een overhead percentage van 10%. Op Mijnstreekniveau vindt momenteel nog afstemming plaats over het wel/niet hanteren van uniforme tarieven binnen alle thema's. De tarieven die nu als uitgangspunt zijn genomen kunnen dus mogelijk worden bijgesteld.

Om de borging van de transformatie te garanderen is er een afbouw van additionele middelen doorgevoerd in de begroting, zodat structurele kosten, ook na afronding van de projectperiode geborgd zijn binnen de organisaties. Binnen het thema deskundigheidsbevordering is deze afbouw bijvoorbeeld toegepast bij de opleidings-/scholingskosten (Jaar 1: 100% vergoed, jaar 2: 50% vergoed, jaar 3: kosten

voor eigen rekening). Binnen het thema Meten en Monitoren wordt er in jaar 1 budget gealloceerd voor het onttrekken van data uit de organisatie-specifieke systemen. Na jaar 1 zijn deze kosten voor eigen rekening. Zie detail begroting bijlage IX tabel 1-3.

Afhankelijk van landelijke en regionale ontwikkelingen kunnen de kostenposten, die zijn opgenomen binnen het thema deskundigheidsbevordering en thema digitale ondersteuning, afwijken van de huidige opzet. Dit zal geen impact hebben op het totaal gealloceerde budget per thema. Binnen het budget voor digitale ondersteuning zijn alleen gelden gereserveerd voor project-specifieke kostenposten (thema-specifieke fine-tuning van koppelingen tussen systemen binnen de Mijnstreek regio). Algemene kostenposten ten behoeve van digitale ondersteuning zijn opgenomen in het Transformatieplan van het RSO. Kostenposten ten behoeve van realisatie in Maastricht-Heuvelland zijn opgenomen in het Transformatieplan van Maastricht-Heuvelland.

Regionaal is er afgestemd dat elk Transformatieplan alle benodigde kostenposten voor het realiseren van het plan als project-specifieke kosten opneemt. Vanuit de regio is daarom verzocht om in elk Transformatieplan een aantal kostenposten voor uitvoering op regionaal niveau mee te nemen in de begroting. Dit betreft de kostenpost netwerkondersteuning opgenomen onder het programmateam en de kostenposten onder het thema communicatie.

Bij het opstellen van de begroting is geen rekening gehouden met accountantskosten, omdat het project < 40 miljoen bedraagt. Naast het gevraagde budget voor de transformatie wordt er cofinanciering beschikbaar gesteld vanuit verschillende partijen: CZ (regionaal), PZNL (nationaal) en ZonMw (al gehonoreerd project: de Zorg die ik Wens). De kostenposten waarvoor reeds financiële middelen beschikbaar zijn gesteld vanuit CZ en PZNL zijn niet in het gevraagde budget meegenomen. De financiële middelen die in een eerder stadium beschikbaar zijn gesteld ten behoeve van het project 'De Zorg die ik Wens' betroffen financiële middelen ten behoeve andere activiteiten dan de activiteiten waarvoor binnen het IZA Transformatieplan financiële middelen worden gevraagd. Er is dus geen sprake van dubbele financiering. Wel zullen de activiteiten en producten die zijn (of nog worden) gerealiseerd binnen deze specifieke projecten een basis vormen waar het Transformatieplan op voort kan bouwen.

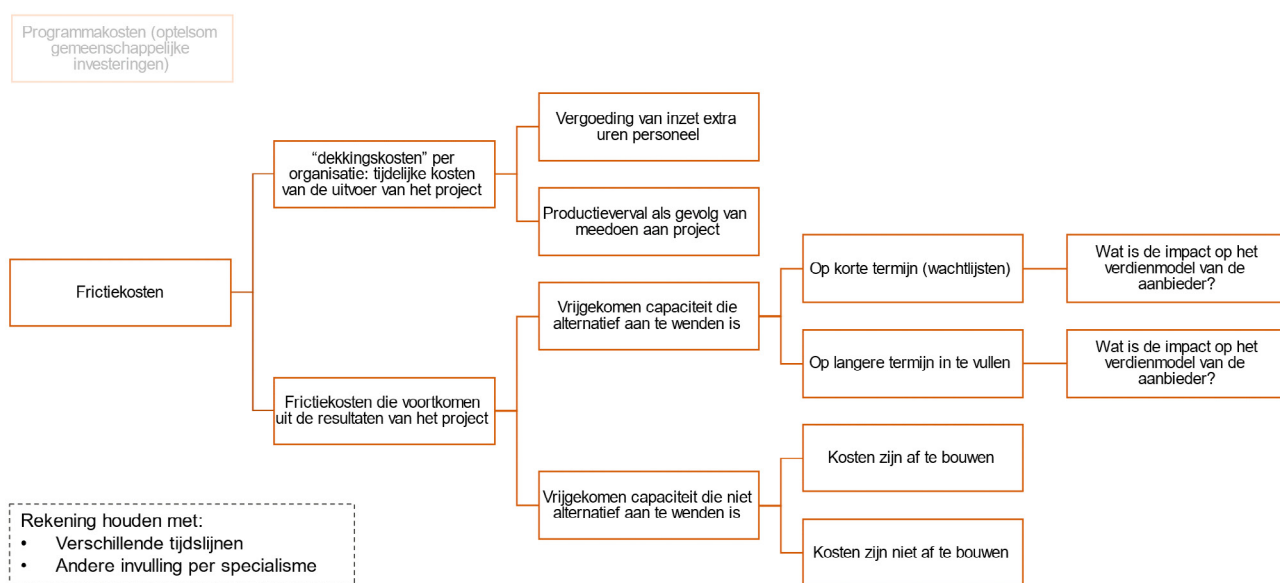
Ook zullen alle organisaties binnen de Mijnstreek nog een 'in kind' bijdrage leveren (inzet personeel) om de IZA Transformatie Palliatieve Zorg in de Mijnstreek mogelijk te maken. Een specificatie van deze eigen bijdrage is in detail uitgewerkt in bijlage IX tabel 2.

Bij het opstellen van de begroting is rekening gehouden met inflatie en zijn de bedragen jaarlijks geïndexeerd met 2,54%. Dit is een gemiddelde gebaseerd op de CPI-cijfers van de afgelopen 10 jaar (Bron: CBS).

Ook is er rekening gehouden met frictiekosten. Voor de frictiekosten wordt een indicatief bedrag opgenomen. De indienende partijen hebben samen met de marktleidende zorgverzekeraars vastgesteld dat deze transformatie in de Mijnstreek mogelijk tot ongedekte frictiekosten kan leiden. Daarom hebben zij gezamenlijk bepaald dat het voor deze regio noodzakelijk is om deze frictiekosten op te nemen in het transformatiebudget.

Dit bedrag bestaat uit een vermindering van IC-ligdagen en ligdagen in de kliniek. Daarbij is gerekend met de potentieel vrij te vallen capaciteit bij de specialismen Inwendige geneeskunde en Longgeneeskunde. Er wordt 100% van deze omzet opgenomen in het plan als frictiekosten. Hoewel het aannemelijk is dat een gedeelte van deze vrijgevallen capaciteit als alternatief aangewend zal worden, is het op voorhand niet te voorspellen hoeveel dit zal zijn, met welke bijbehorende omzet en marge aangezien dit logischerwijs ook afhankelijk is van de daadwerkelijke effecten van dit plan. Gedurende de looptijd van de transformatie zal de werkgroep financiering de periodiek realisatie van de frictiekosten monitoren en uitwerken conform onderstaand schema.

Indeling en definitie van frictiekosten



Figuur 20. Indeling en definitie van frictiekosten

Per betalingsmoment zal vervolgens bekeken worden welk gedeelte van de begrootte frictiekosten alternatief is aangewend. Dit bedrag wordt gecorrigeerd op het bruto bedrag. Financiering van frictiekosten zal dan uitsluitend een financiering van de netto frictiekosten zijn. Mocht de werkgroep financiering onverhoopt niet in staat zijn om de realisatie te meten, dan zullen partijen met elkaar in overleg treden om een percentage af te spreken en zo tot netto frictiekosten te komen. Hierbij geldt dat het in geen geval zo zal zijn dat 0% van de vrijgevallen capaciteit alternatief aangewend zal worden gezien het feit dat het plan juist ziet op het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg en daarmee een kwalitatieve interventie is die leidt tot betere toegankelijkheid van zorg. Daarmee wordt in alle gevallen voldaan aan de voorwaarde dat ook met het opnemen van frictiekosten in het transformatieplan, de maatschappelijke businesscase niet negatief zal uitvallen.

Op regionaal niveau vindt er op een aantal dossiers momenteel nog afstemming plaats, zowel binnen de regio als met CZ, NZA en VWS. Indien deze gesprekken zullen leiden tot een andere project tijdlijn of verplichte aanpassing van de gestelde richtlijnen en verantwoordingskaders van dit Transformatieplan, dan zullen de opgestelde uitgangspunten voor de begroting op basis van deze nieuwe inzichten moeten worden herzien. Dit zou mogelijk kunnen leiden tot tussentijdse noodzaak tot aanpassing van de begroting in Q1 2025.

8.3 Begroting

Thema	Gevraagde IZA transformatiegelden			Cofinanciering			Eigen investering	Totale kosten
	Personeel	Materieel	Totaal	CZ	NPZZ II	ZonMw (de zorg die ik wens)		
Programmamanagement								
Communicatie								
Inhoud & Implementatie								
Metten en Monitoren								
Digitale ondersteuning								
Passende financiering								
Deskundigheidsbevordering								
Maatschappelijke bewustwording								
Versterken hospices								
Frictiekosten								
Totale kosten								
Totale kosten + indexatie (2,54%)*								

Tabel 9. Begroting IZA transformatieplan Palliatieve Zorg

*2,54% is gebaseerd op de gemiddelde CPI over de laatste 10 jaar (bron: CBS).

Het totaal aan gevraagde IZA transformatiegelden betreft € -----. Dit bedrag is opgebouwd op basis van de in hoofdstuk 3 beschreven programmastructuur. Elk thema in de begroting wordt opgepakt vanuit thema-specifieke werkgroepen. Binnen deze werkgroepen vindt inhoudelijke uitwerking, afstemming en voortgangmonitoring plaats. De werkgroepen komen maandelijks bij elkaar en worden aangestuurd door een thema specifieke projectleider. De projectleiders vanuit elk thema rapporteren aan de trajectverantwoordelijke en stemmen zo af met het overkoepelende programmamanagementteam. Het programmamanagementteam en de stuurgroep zijn ondergebracht onder het thema Programmamanagement. Het programmamanagementteam heeft wekelijkse afstemming over het projectverloop en richt zich daarnaast op het optimaliseren van de regionale website binnen dit transformatieplan en de borging van het project. Het programmamanagementteam rapporteert maandelijks aan de stuurgroep. Binnen het traject Inhoud & Implementatie vindt maandelijks afstemming, verdieping en vormgeving van projectinhoudelijke onderwerpen plaats. Het betreft hier met name de onderwerpen i) kwaliteitskader palliatieve zorg, ii) individueel zorgplan, iii) kernteam MDO's, en iv) het realiseren van een regionaal Kenniscentrum en Kennisnetwerk palliatieve zorg. Om de transformatie in te kunnen zetten is per thema de volgende personele en materiële inzet opgenomen:

Thema Programmamanagement

- Personeel: programmamanagementteam en stuurgroep, kosten netwerkondersteuning
- Materieel: optimalisatie regionale website, kosten voor bijeenkomsten, representatiekosten, tegemoetkoming voor patiënten- en naastenpanel

Thema Communicatie

- Personeel: programma communicatieadviseur (deze persoon participeert ook in overleggen van het programmamanagementteam), organisatie specifieke communicatieadviseurs
- Materieel: communicatiemateriaal (nieuwsbrief, toolbox voor zorgprofessionals, infographic van de nieuwe werkwijze)

Thema Inhoud & Implementatie

- Personeel: trajectleider, werkgroepleden, implementatiedeskundige, ondersteuners t.b.v. implementatie binnen elke organisatie
- Materieel: kosten voor werkgroepbijeenkomsten.

Thema Meten en Monitoren

- Personeel: trajectleider, werkgroepleden, dataspecialisten binnen elke organisatie, inhoudsdeskundige binnen elke organisatie.
- Materieel: kosten voor werkgroepbijeenkomsten.

Thema Digitale ondersteuning

- Personeel: projectleider, werkgroepleden, ICMT-medewerker per organisatie.
- Materieel: kosten voor realisatie koppelingen met EPD/ECD-systemen, kosten voor scholing rondom digitale veranderingen, kosten voor werkgroepbijeenkomsten.

Thema Passende financiering

- Personeel: projectleider, werkgroepleden.
- Materieel: kosten voor werkgroepbijeenkomsten.

Thema Deskundigheidsbevordering

- Personeel: projectleider, werkgroepleden, onderwijsdeskundige, kosten voor het geven van scholingen, kosten voor bijwonen kennisnetwerk, gedeeltelijke compensatie verleturen i.v.m. scholing. De scholing van de verpleging en verzorgenden worden niet opgenomen in de IZA begroting, omdat dit door de organisaties zelf wordt gedragen. Vanuit het programma worden AVPZ-ers etc. geschoold om dit te kunnen leveren. Deze hebben een percentage van hun tijd de ruimte voor scholing etc.
- Materieel: opleidingskosten AVPZ-ers, aandachtsvelders, specialisten palliatieve zorg en kaderhuisartsen, kosten voor kennisnetwerkbijeenkomsten, kosten voor werkgroepbijeenkomsten, kosten voor scholingsbijeenkomsten.

Thema Maatschappelijke bewustwording

- Personeel: projectleider, organiseren publieke bijeenkomsten door het sociaal domein, onderhoud website maatschappelijke bewustwording, budget voor gemeenten t.b.v. afstemming op beleidsniveau
- Materieel: kosten voor publieke bijeenkomsten, communicatiekosten voor spin-off van landelijke campagnes in de eigen regio.

Thema Versterken hospices

- Personeel: projectleider, werkgroepleden.
- Materieel: kosten voor werkgroepbijeenkomsten.

Een detailbegroting inclusief toelichting op eigen investeringen is opgenomen in bijlage IX. In deze detailbegroting is onderscheid gemaakt in personele en materiële kosten. Bij de personele kosten is (waar mogelijk) nog onderscheid gemaakt tussen intern en extern personeel. Onder intern personeel verstaan wij personeel in loondienst binnen de organisaties, maar met een (nieuwe) tijdelijke aanstellingen of tijdelijke contractuitbreidingen t.b.v. het realiseren van het Transformatieplan. Voor deze aanstellingen of contractuele uitbreidingen zijn geen structurele budgetten beschikbaar. In werkgroepen kan er sprake zijn van een combinatie van intern en extern personeel en voor sommige functies zal de sollicitatieprocedure uitwijzen of de functie op basis van externe inhuur of interne tijdelijke aanstelling zal plaatsvinden (Intern*/Extern n.t.b.).

8.4 Financieel beheer en verantwoording

Financieel beheer

De transformatiemiddelen worden verdeeld over alle betrokken partijen uit de verschillende sectoren. De exacte verdeling van de gelden onder de betrokken partijen zal vóór februari 2025 verder worden uitgewerkt. De uitbetaling verloopt via een kassier/penvoerder.

Elke partij houdt een administratie, zowel op het niveau van personele inzet (bv. te onderbouwen met stukken zoals presentielijsten, urenregistraties, contracten aangesteld personeel t.b.v. realisatie Transformatieplan, doorbelastingen etc.) als op het gebied van investeringen (bv. offertes, facturen). De kassier/penvoerder coördineert deze administratie en fungeert als centraal verzamelpunt en

stort op basis van deze administratie transformatiegelden door naar de betrokken partijen. Elke partij wordt op basis van haar inzet en daarmee gemoeide resultaten gecompenseerd. Uitbetaling zal dus gefaseerd plaatsvinden en afhankelijk zijn van opgeleverde bewijslast in combinatie met daarmee gekoppelde realisatie van KPI's en aan de kassier uitgekeerde vergoedingen (= partners worden pas betaald als kassier subsidie/vergoeding heeft ontvangen). De kassier/penvoerder zal namens alle partijen het aanspreekpunt zijn richting CZ en NZA. Per organisatie zal er een verantwoordelijke worden aangesteld die periodiek aan de kassier/penvoerder rapporteert en benodigde bewijslast aanlevert. De verantwoordelijken per organisatie en de kassier/penvoerder zullen aan de start van het project afstemmen over de benodigde inrichting en de te leveren bewijslast per organisatie. Hiervoor zal een samenwerkingsovereenkomst worden opgesteld en zal de kassier/penvoerder ook een project specifieke AO/IC opstellen, waar alle afspraken en uitvoerings- en verantwoordingskader in opgenomen zijn.

Voorafgaande aan het indienen van het transformatieplan bij de zorgverzekeraar hebben alle betrokken partijen de aanvraag getekend en daarmee akkoord gegeven op de inhoud van het plan met daarin Projectbureau Additionele Gelden (PAG) opgenomen als de beoogde kassier/penvoerder. Het betreft dus een door alle partijen gedragen keuze. Binnen Zuyderland is PAG een unieke afdeling die al 20-tallen jaren in de nichemarkt van additionele gelden opereert. Binnen deze afdeling zijn de processtappen voor financieel beheer en borging reeds ingericht. Vanwege deze ervaring en al bestaande beheerstructuur is PAG een geschikte partij voor deze kassiersfunctie. Echter wordt er op regionaal niveau nog afgestemd of elk plan de kassiersfunctie individueel mag invullen of dat er 1 kassier/penvoerder voor alle transformatieplannen in de regio zal worden benoemd. PAG is door de kwartiermakers transformatie Zuid-Limburg benaderd om mee te denken over het inrichten van alle IZA transformatiegelden binnen onze regio. Een rol voor PAG m.b.t. financieel management van dit IZA Transformatieplan wordt momenteel onderzocht. Indien er uiteindelijk regio-breed anders wordt besloten, zal deze functie op basis van dit besluit moeten worden herzien.

Financiële verantwoording

Een eerste opzet van de verantwoordingskaders voor de transformatiegelden is pas recent door NZA gecommuniceerd. Deze kaders zijn echter nog vrij abstract geformuleerd. Het zou ook kunnen dat deze kaders de komende periode nog worden herzien en dat de definitieve kaders strenger en anders van aard zullen zijn. Op basis van de momenteel beschikbare informatie wordt voor de financiële verantwoording het volgende voorstel gedaan.

Voor de financiële verantwoording zal een systematiek worden gebruikt, waarbij verantwoord wordt op basis van een combinatie van inspannings- en resultaatverplichtingen. Dit vergt tussentijdse monitoring in nauwe samenwerking met CZ en VGZ. Elk kwartaal zal de voortgang per KPI worden opgehaald. Tussentijdse monitoring genereert de bouwstenen voor een halfjaarlijkse rapportage, waarover

verantwoording wordt afgelegd en de declaratie ter goedkeuring wordt ingediend. De declaratie wordt uiterlijk één maand na de geplande opleverdatum ingediend. Bij elke declaratie wordt een specificatie overlegd. Als de doelstellingen behaald worden, zal de declaratie gelijk zijn aan het betaalschema. Op basis van een doorlopende evaluatie (PDCA-cyclus) tussen kassier, CZ en VGZ kan het betaalschema worden bijgesteld. De uitbetaling kan nooit het totaal van de aanvraag in de hele periode overschrijden. Indien mijlpalen niet binnen de gestelde tijdlijn worden gerealiseerd, maar later in de tijd, zal uitbetaling plaatsvinden op het moment dat deze mijlpaal alsnog wordt gerealiseerd later in de tijd (uiterste datum 31-12-2027). Indien mijlpalen gedeeltelijk worden gerealiseerd, dan zullen de verzekeraars met de indieners in overleg treden om een percentuele proportionele bijstelling op het maximaal declarabele bedrag af te stemmen. Bij een tussentijds cashflow probleem zal er gezamenlijk met de zorgverzekeraars worden overlegd en besloten hoe hiermee om te gaan. Dat kan bijvoorbeeld zijn mijlpalen splitsen/aanpassen via een addendum dat geaccordeerd wordt door de marktleider verzekeraar in de database (+ ondertekening vanuit alle aanbieders die het

contract zijn aangegaan). Indien de verantwoordingskaders opgesteld door de NZA nog wijzigen, dan zal de opzet van financiële verantwoording mogelijk nog moeten worden herzien.

8.5 Begroting in relatie tot KPI's

In onderstaande tabel 11 is de begroting verdeeld over de KPI's waar een uitbetaling aan gekoppeld is. Met onderstaande verdeling is 63% van het totaalbedrag gekoppeld aan resultaatgerichte KPI's en 37% aan inspanningsgerichte KPI's.

We hebben het bedrag per KPI bepaald door het totaal benodigde bedrag voor het desbetreffende halfjaar te delen door het aantal KPI's in dat halfjaar. Voor een vijftal KPI's is dit bedrag handmatig overschreven, het gaat hier om KPI 1 en de resultaatgerichte uitkomst-KPI's betreffende de reductie van IC-ligdagen en klinische ligdagen. Aan deze laatste groep resultaatgerichte KPI's is het bedrag gekoppeld dat als stelpost voor de frictiekosten is opgenomen. De systematiek zoals weergegeven in tabel 10 is hierbij gehanteerd.

	EUR per dag	# dagen 2025	# dagen 2026	# dagen 2027	EUR 2025	EUR 2026	EUR 2027
IC-ligdagen		0	60	400	€ 0		
Klinische ligdagen		0	200	1300	€ 0		
Totaal					€ 0		

Tabel 10. Berekende bedragen stelpost frictiekosten. # = aantal. EUR per dag is vermenigvuldigd met # dagen.

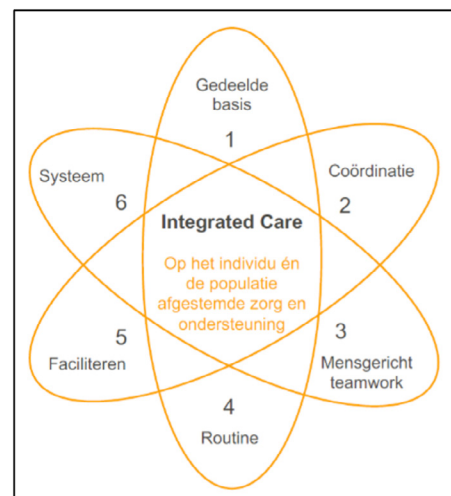
Tabel 11. Koppeling tussen de begroting en KPI's waar een uitbetaling aan gekoppeld is.

Nr	KPI	Deliverable	Timing	Type KPI	Gekoppeld bedrag (x 1.000)
1	Het transformatieplan is geschreven en goedgekeurd	Transformatieplan	jan-25	Inspanningsgericht	
2	De samenwerkingsovereenkomst is gereed en ondertekend	Samenwerkingsovereenkomst	mrt-25	Inspanningsgericht	
4	Er is een uniforme wijze van vastlegging voor de MDO's vastgesteld	Document met beschrijving van werkwijze	jun-25	Inspanningsgericht	
5	Projectgroep Digitale ondersteuning heeft projectplan opgeleverd en dit is geaccordeerd door de stuurgroep	Geaccordeerd projectplan	jun-25	Inspanningsgericht	
6	Projectgroep Deskundigheidsbevordering heeft opleidingsplan opgeleverd en dit is geaccordeerd door de stuurgroep	Geaccordeerd opleidingsplan	jun-25	Inspanningsgericht	
7	Werkgroep passende financiering heeft kader voor passende financiering opgeleverd en dit is geaccordeerd door de stuurgroep	Geaccordeerd kader passende financiering	jun-25	Inspanningsgericht	
9	Meetmethodiek voor resultaat-KPI's is vastgesteld en geaccordeerd; daarbij is ook vastgesteld en geaccordeerd of en hoe dit leidt tot aangepaste formulering van de overeengekomen KPI's	Geaccordeerde meetmethodiek	dec-25	Inspanningsgericht	
10	De werkwijzen behorend bij de acties in het zorgproces zijn geaccordeerd voor op KKPZ.nl	Publicatie (op kkpz.nl)	dec-25	Inspanningsgericht	
17	Plan voor versterken hospices is gemaakt en geaccordeerd	Geaccordeerd plan voor versterken hospices	jun-26	Inspanningsgericht	
18	Gedeelde visie en strategie van het Kennisnetwerk en Kenniscentrum PZ is geschreven en geaccordeerd	Geaccordeerd strategiedocument	jun-26	Inspanningsgericht	
19	De fractie niet-onverwacht overleden patiënten die in Q1 2026 in het ziekenhuis overleed terwijl dat volgens het PZP ongewenst was is kleiner dan 15%	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	jun-26	Resultaatgericht	
23	Voor tenminste 40% van het aantal niet onverwacht overledenen in Q3 2026 is er een individueel zorgplan met aandacht voor proactieve zorgplanning en de vier dimensies van palliatieve zorg, incl. zorg voor naasten. (Hiertoe wordt het aantal zorgplannen voor palliatieve patiënten in Q3 2026 gedeeld door het aantal niet-onverwacht overledenen in Q3 2026)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-26	Resultaatgericht	
24	Het aantal IC-ligdagen in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2026 is, geschaald naar jaarlijkse aantallen, tenminste 60 ligdagen lager dan in Q3 2024 (o.b.v. gegevens van Zuyderland voor inwoners uit de Mijnstreek)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-26	Resultaatgericht	

Nr	KPI	Deliverable	Timing	Type KPI	Gekoppeld bedrag (x 1.000)
25	Het aantal klinische ligdagen in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2026 is, geschaald naar jaarlijkse aantallen, tenminste 200 ligdagen lager dan in Q3 2024 (o.b.v. gegevens van Zuyderland voor inwoners uit de Mijnstreek)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-26	Resultaatgericht	
26	Het aantal SEH-bezoeken in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2026 is, geschaald naar jaarlijkse aantallen, tenminste 30 lager dan in Q3 2024 (o.b.v. gegevens van Zuyderland voor inwoners uit de Mijnstreek)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-26	Resultaatgericht	
28	De fractie niet-onverwacht overleden patiënten die in Q1 2027 in het ziekenhuis overleed terwijl dat volgens het PZP ongewenst was is kleiner dan 12,5%	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	jun-27	Resultaatgericht	
29	Het aantal consulten en visites HAP-ANW per patient in de laatste 30 dagen voor overlijden bij patienten die in Q1 2027 niet-onverwacht overleden is 30% afgenomen t.o.v. Q1 2024	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	jun-27	Resultaatgericht	
31	Het programmamanagementteam heeft de evaluatie en het borgingsplan voor de transformatie opgeleverd	Borgingsplan	dec-27	Resultaatgericht	
32	Het aantal IC-ligdagen in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2027 is, geschaald naar jaarlijkse aantallen, tenminste 400 ligdagen lager dan in Q3 2024 (o.b.v. gegevens van Zuyderland voor inwoners uit de Mijnstreek)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-27	Resultaatgericht	
33	Het aantal klinische ligdagen in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2027 is, geschaald naar jaarlijkse aantallen, tenminste 1300 ligdagen lager dan in Q3 2024 (o.b.v. gegevens van Zuyderland voor inwoners uit de Mijnstreek)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-27	Resultaatgericht	
34	Het aantal SEH-bezoeken in de groep niet-onverwacht overledenen in Q3 2027 is, geschaald naar jaarlijkse aantallen, tenminste 200 lager dan in Q3 2024 (o.b.v. gegevens van Zuyderland voor inwoners uit de Mijnstreek)	PDF/Excel met cijfermatig inzicht en duiding, goedgekeurd door de stuurgroep	dec-27	Resultaatgericht	
	TOTAAL				

9. Borging van de transformatie aan de hand van het Limburgs 6-knoppenmodel

In dit hoofdstuk beschrijven we aan de hand van het [Limburgs 6-knoppenmodel](#) hoe met alle partijen in de regio, domein overstijgend, een integraal zorgmodel voor passende zorg in de laatste levensfase borgen. Alle zes de 'knoppen' zijn van belang én van invloed op elkaar. Er is geen strikte volgorde, noch scheiding, maar alle knoppen hebben aandacht nodig om succesvol te vernieuwen. Het doel van integrale zorg is passende zorg waarbij de waarde van de zorgvrager centraal staat en de betrokken partijen een nadrukkelijke maatschappelijke opgave hebben en bijdragen aan de houdbaarheid van het systeem. Borging van de verandering is hiermee verankerd in het model. Figuur 21 toont het 6-knoppenmodel.



Figuur 21. Limburgs 6-knoppenmodel

Het in de transformatie doorontwikkelde samenwerkingsverband blijft gezamenlijk sturen op de gewenste uitkomsten volgens de 'quadruple aim': (ervaren) kwaliteit van zorg, gezondheid van de algehele populatie, passende zorg, ervaring en beleving zorgpersoneel. Hierbij wordt gestreefd naar een goede balans tussen de individuele organisatiebelangen en het collectief belang.

Knop 1: Gedeelde basis – normatieve integratie

Het transformatieplan palliatieve zorg is onderdeel van het regio(transformatie)plan, en heeft daarmee een gedeelde basis in de regio. Er is met alle partijen overeenstemming over de waarden, visie en ambitie; namelijk het versnellen en verbieden van de integratie van de palliatieve zorg in het reguliere zorgproces door de implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg. De gedeelde kernwaarden, (lange termijn) visie, doelstellingen van de transformatie en het commitment hieraan worden vastgelegd in de beleidsplannen van de deelnemende partijen. Dit biedt een solide, gedeelde, basis waardoor goede, tijdige palliatieve zorg met al zijn dimensies (fysiek, psychisch, sociaal, zingeving) structureel in de reguliere zorgprocessen over de lijnen heen geborgd wordt.

Knop 2: Coördinatie – organisatorische integratie

Binnen de projecten en netwerken in de regio wordt al lang gebouwd aan integrale samenwerking tussen vertegenwoordiging van patiënten en burgers, zorgverleners, onderwijsinstellingen en zorgverzekeraars. De volgende stap is opschaling en uitbreiding met partijen als welzijnsorganisaties en mogelijk later ook gemeenten. Het vormen van een volledige integrale organisatie echter kost tijd en inspanning. De IZA-transformatiegelden geven een impuls aan de ingezette koers. Het programmamanagementteam transformatie palliatieve zorg vervult in het model van integrale zorg tijdens de transformatie de rol van integrator; vanuit vertrouwen

en verbinding tussen de partijen wordt gewerkt aan het uitvoeren van het transformatieplan, het monitoren van de impact en het bijdragen aan de regiодоelen. De rol van het programmamanagementteam als integrator wordt na 2027 overgedragen. De samenstelling, entiteit, bevoegdheid en naam van het voor deze taak in te richten coördinerend regioteam passende zorg in de laatste levensfase zal gedurende de transformatie worden bepaald.

Knop 3: Mensgericht teamwork – patiënt-, naasten- en zorgverlener integratie

Doel van het Kwaliteitskader is de palliatieve zorgverlening vanuit de beleving van de patiënt en zijn naasten te verbeteren. Kenmerkend voor palliatieve zorg zoals beoogd in het Kwaliteitskader is de samenwerking door generalistische zorgverleners en waar nodig specialistische zorgverleners en vrijwilligers als een interdisciplinair team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten. Hierbij wordt de behandeling door het zorgteam/de regiebehandelaar afgestemd op door de patiënt gestelde waarden, wensen en behoeften. Dit is de zachte kant van gedragsverandering. Motivatie, capaciteit én gelegenheid zijn alle drie belangrijk om duurzaam verandering in gedrag te realiseren. De motivatie bij de betrokken partijen in de regio voor zorg zoals beschreven in het Kwaliteitskader is groot; dit is ook weer gebleken uit actieve participatie tijdens schrijfperiode van dit plan.

Het programma, de samenwerkingsstructuren en de interventies zijn zó ingericht dat deze door patiënten, naasten en zorgverleners wordt ervaren als samenhangend, transparant en erop gericht de eigen regie te bevorderen. De beleving van de patiënt en zijn naasten worden frequent geëvalueerd binnen de PDCA-cyclus, spiegelbijeenkomsten en andere integrale leermethodieken binnen het kennisnetwerk.

Knop 4: Routine – zorgpad integratie

Om de kans dat de vastgelegde afspraken over zorg ook daadwerkelijk worden uitgevoerd in de praktijk, is het belangrijk dat er gezamenlijke inhoudelijke én organisatorische routines ontstaan.

Daarom wordt de zorg voor patiënten in de palliatieve fase binnen de transformatie in herkenbare en naleefbare transmurale zorgpaden georganiseerd. De beleving van de patiënt staat hierbij centraal. Knop 4 is de harde kant van gedragsverandering. Het programmamanagementteam zorgt voor een standaard plan van aanpak binnen alle deelprojecten. Hierdoor ontstaat binnen het programma een herkenbare werkwijze en spreekt iedereen dezelfde taal. Betrokken zorgverleners worden in de afgesproken werkwijze opgeleid en getraind. De beschreven (leer-) netwerkgang met als centrale ontmoetingsplek het MDO-PZ zorgt voor afstemming tussen zorgverleners, een basisniveau generalistische palliatieve zorg en zo nodig opschaling van zorg bij complexe casuïstiek.

Het te vormen Kenniscentrum palliatieve zorg Mijnstreek ondersteunt dit model door het leveren van consultants voor het MDO-PZ, het geven van onderwijs, ontwikkelen van, attenderen op en implementeren van richtlijnen en protocollen en de ondersteuning van complexe casuïstiek. De website KKPZ.nl blijft bestaan als centrale plek voor het raadplegen van vastgelegde rollen, acties en werkafspraken. Zo weet iedere partij maar ook ieder individu wat er moet worden gedaan en wie er kan worden ingeschakeld. Aan digitale ondersteuning als belangrijke facilitator van de gelijkgerichte en routinematige netwerkgang zal tijdens en ook zeker na de transformatie worden gewerkt. Hierbij wordt waar het kan aangesloten bij landelijke en regionale ontwikkelingen. In de PDCA-cyclus wordt door het programmamanagementteam als integrator op een open en stimulerende manier gecontroleerd en gestuurd op navolging van alle partijen aan de gemaakte afspraken. Hiervoor wordt aan de hand van gesignaleerde bevorderende en belemmerende factoren gezamenlijk gekozen voor passende implementatiestrategieën.

Knop 5: Faciliteren – functionele integratie

Effectieve samenwerking voor vernieuwing wordt onder andere mogelijk gemaakt door de organisatie van de randvoorwaarden: het maken van afspraken over transmurale samenwerking, maatschappelijke bewustwording, deskundigheidsbevordering, digitale ondersteuning, passende financiering en slimme inzet van capaciteit. Zo kan iedereen doen waar hij goed in is in de context van het zorgteam. De vergaarde kennis, gemaakte afspraken en gevormde structuren in de regio blijven na de transformatie behouden en onderhouden. Onder ander door opvolging in de PDCA-cyclus beheerd door de integrator.

Knop 6: Systeem – systeemintegratie

De transformatie palliatieve zorg in de Mijnstreek is onderdeel van meerdere grotere gehelen: de regioaanpak op Mijnstreekniveau; de samenwerking met netwerk Maastricht-Heuvelland onder regiokantoor Zuid-Limburg met twee preferente zorgverzekeraars CZ en VGZ en via PZNL is er aanhaking bij de landelijke transformatie palliatieve zorg. Hierdoor is er mogelijkheid tot schaalvergroting waar dat helpend is en er wordt over en weer van elkaar geleerd. De inrichting van het programma, met de stuurgroep en Mijnstreekcoalitie als integraal bestuurlijke afstemmingsorgaan, voorziet daarnaast in een breed bestuurlijk mandaat. Na de transformatie blijven de verbanden met deze regionale en landelijke bestuurlijke structureren bestaan.

Implementatie van het Kwaliteitskader wordt opgenomen in de beleidsplannen van alle deelnemende partijen. De visitaties en zelfevaluaties gefaciliteerd door de Netwerken Palliatieve Zorg worden integraal onderdeel van dit beleid. Doordat de inhoud en ook het merendeel van de randvoorwaarden van de transformatie bottom-up worden uitgewerkt is er een breed draagvlak onder de partijen. Tijdens de transformatie wordt een stakeholderanalyse verricht en gekeken naar **belemmerende en bevorderende factoren** van de beoogde integratie. Op deze factoren wordt tijdens en na de transformatie systematisch gesignaleerd en bijgestuurd in de hiervoor ingerichte PDCA-cyclus. De aansturing van de trajecten en actielijnen binnen de transformatie door het programteam wordt nadien overgedragen aan het nog nader te bepalen **'coördinerend regioteam passende zorg in de laatste levensfase'**.

10. Samenvatting

In 2030 ontvangen alle patiënten in de palliatieve fase in de Mijnstreek passende zorg. Dit door een volledige implementatie van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg. Dit transformatieplan beschrijft hoe dit wordt bereikt op geleide van vier kernelementen van palliatieve zorg: markering, proactieve zorgplanning, transmurale coördinatie & continuïteit en ondersteuning bij complexe casuïstiek. Vanuit deze transformatie naar passende zorg wordt substantieel bijgedragen aan de opgave voor de regio, zoals geduid in het Regiobeeld.

In de Mijnstreek wordt al jaren samengewerkt aan verbetering van palliatieve zorg via de structuren en met de initiatieven van (partners van) beide Netwerken Palliatieve Zorg in de regio. Dit transformatieplan zal bijdragen aan de verbreding en verdieping van hetgeen er al bereikt is. Daarmee worden naast de koplopers ook de overige organisaties betrokken. Het doel is het stroomlijnen van passende zorg voor **patiënt en naasten** over alle lijnen van zorg, inclusief de informele zorg en daar waar nodig ook het sociaal domein.

Dit initiatief is nauw verbonden met een vergelijkbaar initiatief in de regio Maastricht-Heuvelland. Hiermee wordt de transformatie van de palliatieve zorg in heel Zuid-Limburg omvat, zal er op onderdelen intensieve samenwerking plaatsvinden en kunnen beide regio's van elkaars best practices leren. Bovendien kunnen beide regio's rekenen op ondersteuning van landelijke partijen zoals Palliatieve Zorg Nederland (PZNL) waarmee ook in een link naar landelijke afstemming is voorzien.

Om de komende 3,5 jaar gestructureerd te kunnen werken aan deze transformatie wordt een tijdelijke programmastructuur ingericht waarin op zowel strategisch, tactisch als operationeel niveau verbindingen liggen. Vanuit deze programmastructuur wordt gewerkt aan een drietal trajecten waarbij vanzelfsprekend de patiënt en naasten steeds centraal staan. De drie trajecten zijn Inhoud & Implementatie, Randvoorwaarden en Meten en Monitoren.

Inhoud & Implementatie

Vertegenwoordigers uit negen sectoren werken samen de vier kernelementen uit tot concrete werkafspraken. Deze worden visueel gepresenteerd in een praatplaat (zie kkpz.nl/mijnstreek). De werkgroepen gebruiken de landelijke leidraad voor proactieve zorgplanning als basis voor het gezamenlijk Individueel Zorgplan en voeren op geleide hiervan ook MDO vanuit kernteams. Specialist palliatieve zorg zijn ondersteunend daar waar de grens van generalistische kennis van betrokkenen in deze kernteams is bereikt. De samenwerking met informele zorgpartners krijgt nadrukkelijk een plek in de uitwerking.

In de regio wordt een kennisnetwerk geformeerd om daarmee verbinding tussen generalisten en specialisten te ondersteunen en ook de patiënt en naasten/burgers zullen in een overkoepelend kenniscentrum (vooralsnog digitaal) hun vragen zo veel als mogelijk beantwoord zien. Tenslotte wordt binnen dit traject ook een specifieke taak belegd voor specifieke onderwerpen zoals farmaceutische zorg en acute zorg in de palliatieve fase en palliatieve zorg voor bijzondere doelgroepen.

Randvoorwaarden

Alleen met inhoud & implementatie zal de transformatie niet gerealiseerd kunnen worden. In een aantal randvoorwaarden dient te worden voorzien. De items die in dit traject ter hand genomen worden zijn; maatschappelijke bewustwording, deskundigheidsbevordering, digitale ondersteuning, passende financiering, versterken hospices en slimme inzet van capaciteit in de eerste lijn.

Meten & Monitoren

Na het uitwerken en implementeren van de inhoud inclusief benodigde randvoorwaarden is het vanzelfsprekend dat ook geëvalueerd zal worden of de ambities worden waargemaakt. Er zijn Kritische Prestatie Indicatoren geformuleerd om de effecten van de transformatie te meten en monitoren. Deze KPI's betreffen zowel inspanningen, processen als resultaten. DOT-ZL zal ondersteunend zijn in het verzamelen van de juiste data uit de juiste systemen volgens een mijlpalenplanning. Een groep experts op het gebied van onderzoek en onderwijs zal de uitkomsten periodiek duiden en spiegelen aan regionale, landelijke en internationale uitkomsten in palliatieve zorg.

Tenslotte; het transformatieplan Palliatieve Zorg staat niet op zichzelf. Het maakt onderdeel uit van de vijf thema's waarmee de regio haar opgave aanpakt. Zeker op het gebied van deskundigheidsbevordering, samenwerking in de wijk en digitale ondersteuning liggen er nauwe relaties met de andere vier thema's; Arbeidsmarkt, Ouderen, Pluswijken en Digitalisering alsook met de RSO Zuid-Limburg.

Referenties

- [1] D. S. Saunders, Quote.
- [2] Definitie palliatieve zorg WHO 2002.
- [3] S. A. Murray, Illness trajectories and palliative care, 2005, p. 1007–11.
- [4] NPPZII, Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg, [Online]. Available: <https://palliaweb.nl/Strategische-agenda-Transformatie-palliatieve-zorg.pdf>.
- [5] Kerncijfers palliatieve zorg, [Online]. Available: <https://palliaweb.nl/publicaties/kerncijfers-behoefte-aan-palliatieve-zorg>.
- [6] M. Boddaert, C. Pereira, J. Adema, K. Vissers, Y. van der Linden, N. Raijmakers en H. Fransen. Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study. *BMJ supportive & palliative care*, pp. 12(e1), e137–e145, 2022.
- [7] Gewenste zorg in de laatste levensfase [Online]. Available: <https://www.mijnlevengezond.nl/nieuws/gewenste-zorg-laatste-levensfase-de-resultaten>.
- [8] Facultatieve prestatie Time to Talk [Online]. Available: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_660378_22/1/.
- [9] DEDICATED [Online]. Available: <https://dedicatedwerkwijze.nl>.
- [10] Veerkrachtig Samen Beslissen [Online]. Available: <https://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/projecten-autonomie-en-participatie/projecten/veerkrachtig-samen-beslissen>.
- [11] De zorg die ik wens en bij mij past als... ik niet meer beter word [Online]. Available: <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/de-zorg-die-ik-wens-en-bij-mij-past-als-ik-niet-meer-beter-word>.
- [12] Zorgnetwerk Elsloo: samen zorgen, samen leren, samen beter. [Online]. Available: <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/zorgnetwerk-elsloo-samen-zorgen-samen-leren-samen-beter>.
- [13] LISTEN [Online]. Available: <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/listen-learning-about-essential-elements-end-life-communication-palliative-nursing-care>.
- [14] Zorgnetwerk Elsloo: partners palliatieve zorg integrale proactieve zorgplanning met een centrale contactpersoon. [Online]. Available: <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/partners-palliatieve-zorg-integrale-proactieve-zorgplanning-met-een-centrale-contactpersoon>.
- [15] OZL, Module ouderenzorg [Online]. Available: https://mcusercontent.com/ae3bf81c022205daf41027be0/files/ab510619-dc6f-43f6-8750-20d23b2101bf/HOZL_A4_liggend_artikel_Zorgcontinuum_hires_3_min.pdf?fbclid=IwAR3kcKWB5jjVg2Xzb0etQevNha6yDbx2-Mcjk1KwL5ifme5sFN-iTQcjAk.
- [16] Richtlijn Proactieve Zorgplanning, IKNL, 2023.
- [17] Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG, 2022.
- [18] ZonMw, <https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2024-03/Format-Implementatieplan.pdf>.
- [19] NZa: aanpassen bekostiging draagt bij aan betere palliatieve zorg | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit.
- [20] Prestatiebeschrijvingbeschikking facultatieve prestatie Time to talk: bespreken wensen en grenzen in de palliatieve fase - TB/REG-21685-01 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).
- [21] <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/handelingsperspectief-verduurzaming-zorgproces-seh-ok-en-ic>.
- [22] <https://erasmusmcfoundation.nl/projecten/de-groene-ic/>.

BIJLAGEN

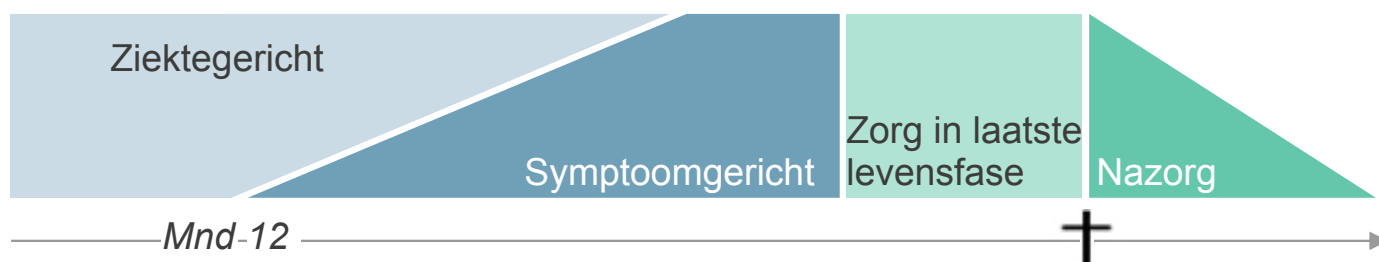
- I** Toelichting op implementatie kwaliteitskader
- II** Palliatieve zorg in de Mijnstreek op dit moment (IST)
- III** Individueel Zorgplan zoals nu wordt gebruikt in ZMC
- IV** Inventarisatie oplossingen en oplossingsrichtingen digitale ondersteuning
- V** Mogelijkheden om de capaciteit in de eerste lijn effectiever in te zetten en te verruimen
- VI** Uitwerking opgaven voor werkgroepen per traject
- VII** Ingroei van baten en relatie tot resultaatgerichte KPI's
- VIII** Onderbouwing "zoveel mogelijk arbeidsneutraal"
- IX** Detailbegroting
- X** Stakeholders en organisaties betrokken bij het transformatieplan palliatieve zorg Mijnstreek

BIJLAGE I

Toelichting op implementatie kwaliteitskader

Wanneer in een ziekteproces de palliatieve fase start, is helaas niet in het algemeen te stellen. Dat hangt af van de ziekte en het stadium van die ziekte. Zo kan het gaan om mensen met kanker met uitzaaiingen, ernstig COPD, hartfalen, dementie, ALS, Parkinson, nierfalen, een beroerte of ander niet aangeboren hersenletsel. Ook kan het zijn dat meerdere ziekten of kwetsbaarheden samen zorgen dat de kwaliteit van leven minder en de levensverwachting korter wordt.

Binnen de transformatie wordt met name voor het meten en monitoren van zorggebruik, aansluitend bij de [Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg \(april 2024\) \(palliaweb.nl\)](#) van PZNL de volgende definitie in de Mijnstreek aangehouden: “De lengte van de palliatieve fase kan variëren, bijvoorbeeld afhankelijk van de onderliggende aandoening, maar **om pragmatische redenen** wordt deze vaak afgebakend tot het laatste levensjaar. In de rekenmodellen hanteren we daarom ook het laatste levensjaar als focus van de transformatie”.



Figuur 1. De palliatieve fase van het zorgproces.

Implementatie Kwaliteitskader Palliatieve Zorg op basis van de vier kernelementen

Aan de hand van de vier kernelementen van het KKPZ maken we duidelijk wat werken volgens het KKPZ inhoudt en ook wat de transformatie vervolgens omvat.

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

Figuur 2. Kernelementen KKPZ.

I. Markering

Vroege herkenning van de palliatieve fase – en inherent daaraan een ander doel van de zorg hanteren – vergt van de zorgverlener een wezenlijk andere benadering van de patiënt. Het gaat om zorg waarbij kwaliteit van leven en sterven voorop staat en waarin de voor- en nadelen in het licht daarvan tegen elkaar worden afgewogen. Dit in tegenstelling tot een behandeling waarvan de belasting en bijwerkingen noodzakelijkerwijs worden geaccepteerd vanwege de beoogde doelstelling van mogelijke genezing. Een dergelijke verandering van doelstelling moet worden gemarkeerd en geëxpliciteerd. Dit gebeurt in de regio veelal door het stellen van de vraag ‘Zou het mij verbazen als deze patiënt in het komende jaar komt te overlijden?’ Als hierop het antwoord ‘nee’ is, komt de patiënt in aanmerking voor een gesprek over wensen over en grenzen aan huidige en toekomstige zorg en een inventarisatie van de palliatieve zorgbehoefte. Daarnaast kan de markering op vaste

momenten in zorgpaden plaatsvinden. Daarnaast wordt de overgang van ziektegerichte naar zuiver symptoomgerichte palliatie gemarkeerd, als ook de stervensfase. Dit omdat deze fasen alle een andere bewustwording en aanpak vragen.

II. Proactieve Zorgplanning (PZP)

PZP is een continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes, en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. De zorgverlener kan hier al vroeg in het ziekteproces mee starten, in het kader van bewustwording van de eigen eindigheid bij de patiënt. Hierbij komen zowel de lichamelijke, psychologische, sociale en spirituele dimensie aan bod. PZP, met gezamenlijke besluitvorming over gewenste en passende behandelingen en zorg als leidraad, is dus veel meer dan een doordachte wilsverklaring en het benoemen van een wettelijke vertegenwoordiger. Uitkomsten van dit proces worden in het individueel zorgplan (IZP) vastgelegd.

III. Transmurale coördinatie & continuïteit

Naast alles wat het ziek zijn al met zich meebrengt, staat een patiënt in de palliatieve fase met diens naasten voor de opgave om regie te houden over het eigen leven. Een uitdaging hierin wordt gevormd door een complex en gefragmenteerd zorgsysteem, waarin afgestemd moet worden tussen meerdere zorgverleners, diverse zorgsettingen en vele diagnostische en behandelinterventies. Goede kwaliteit van palliatieve zorg vergt coördinatie en continuïteit van zorg en met kennis van zaken vooruitplannen en organiseren. Omdat veelal een team van zorgverleners betrokken is bij palliatieve zorg, wordt bij iedere patiënt een eerstverantwoordelijke aangewezen, die deze taken op zich neemt. Deze zogenoemde regiebehandelaar is het aanspreekpunt voor het gehele team, de patiënt en diens naasten. De regiebehandelaar kan overigens sommige taken delegeren.

IV. Ondersteuning complexe casuïstiek

In Nederland wordt palliatieve zorg beschouwd als generalistische zorg, die door iedere zorgverlener in elke setting gegeven moet kunnen worden. Wanneer de complexiteit de deskundigheid en vaardigheid van de generalist overstijgt, kan de generalist een in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener consulteren. Deze zijn 24/7 beschikbaar.

BIJLAGE II

Palliatieve zorg in de Mijnstreek op dit moment (IST)

Binnen de Netwerken Palliatieve Zorg werken de zorgpartners zoals in hoofdstuk 1 beschreven, al jarenlang samen aan de verbetering van de palliatieve zorg. De regio is trots op hetgeen al is bereikt.

In deze bijlage beschrijven we de zorg zoals hij nu is ingericht vanuit het perspectief van de verschillende stakeholders

Patiënten in de palliatieve fase en hun naasten.

In dit plan gaat het om zorg voor alle volwassenen die niet meer beter worden (ongeacht de aandoening waaraan zij lijden). Voor palliatieve zorg voor kinderen zijn specifieke bovenregionale partners aan de slag om optimalisering te bewerkstelligen. Voor de transitie van minderjarigen naar 18+ is speciale aandacht vanuit de Netwerken.

Tabel 1. Doodsoorzaak en plek van overlijden Mijnstreek in 2022

De overlijdensoorzaak in procenten:		Plek van overlijden in procenten:	
Kanker	38,6	Thuis	36,1
Orgaanfalen	36,2	Ziekenhuis	21,5
Dementie	14,6	Verpleeghuis	28
Overig	10,6	Verzorgingshuis	6,6
		Anders	7,6

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

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

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

Huisartsen

Er zijn in de Mijnstreek 287 huisartsen verdeeld over 28 huisartsengroepen (HAGRO's) met 121 praktijken. Bestuurlijk vallen zij onder de twee regio's. In de Westelijke Mijnstreek is dat Huisartsen Coöperatie (HACO-) West (ondersteund door Meditta en met Medisch Coördinatie Centrum (MCC) Omnes als transmurale brug tussen de eerste en tweede lijn) en de Huisartsenorganisatie Oostelijk Zuid-Limburg (HOZL) in Oostelijk Zuid-Limburg. De huisartsenpraktijken zijn de spil in de zorgverlening aan ongeneeslijk zieke patiënten. Zij zijn in de regio betrokken bij lopende projecten rond markering en PZP. De volledige implementatie van een IZP is nog beperkt tot een selecte groep. PZP wordt, eenmaal geïntegreerd in de werkwijze, niet als tijdrovend ervaren; de gemaakte afspraken kunnen, zo nodig na aanpassingen, later in het ziekteproces worden nageleefd. Regionale afspraken over de coördinatie en continuïteit van zorg op grote schaal ontbreken nog, mede door een gebrek aan digitale ondersteuning voor gegevensuitwisseling en afstemming. Het gebruik van het TOPAT neemt toe en in sommige wijken worden in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundigen ingezet voor ondersteuning bij complexe casuïstiek. Er is echter behoefte aan duidelijke indicaties voor de verschillende manieren waarop en wanneer specialistische palliatieve zorg kan worden ingezet. Zorgen bestaan over de capaciteit bij huisartsen bij verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn.

Wijkverpleging

Er zijn in de Mijnstreek negen - bij de Netwerken Palliatieve Zorg aangesloten - thuiszorgorganisaties actief in de palliatieve zorg met ieder in meer of mindere mate een eigen werkwijze en financiering, en soms met een overlappend werkgebied. Binnen de thuiszorgorganisaties in de regio is er aandacht voor palliatieve zorg. Meerdere organisaties maken gebruik van een commissie die palliatieve zorg intern op de agenda zet. De wijkverpleging heeft veel contact met patiënten en naasten en heeft daarbij behoefte aan meer deskundigheid op het gebied van signaleren, markeren en PZP. Vanwege het ontbreken van transmurale digitale ondersteuning bij gegevensuitwisseling is er verbetering mogelijk op het gebied van de communicatie, afstemming en overdracht tussen verschillende zorgverleners. Behandelafspraken in het ziekenhuis bereiken bijvoorbeeld niet direct de thuiszorg. Het achterhalen van overdrachten en het bereiken van andere zorgverleners kost veel tijd. Door de krappe arbeidsmarkt is continuïteit van zorg, zeker door één vast aanspreekpunt, geen vanzelfsprekendheid. Eenduidigheid in beleid, kennis en kunde bij zowel verzorgenden als verpleegkundigen is van groot belang. Steeds vaker werken er bij de thuiszorg verpleegkundig consulenten palliatieve zorg of Adviserend Verpleegkundigen Palliatieve Zorg (AVPZ) en worden specialisten palliatieve zorg voor ondersteuning bij complexe casuïstiek ingeroepen.

Ziekenhuis

Zuyderland Medisch Centrum heeft twee locaties met 550 klinische bedden; één in de Westelijke Mijnstreek en één in Oostelijk Zuid-Limburg en drie buitenlocaties voor poliklinische zorg (Brunssum, Echt en Kerkrade). Er wordt gewerkt aan de structurele implementatie van transmurale PZP, gefinancierd via de facultatieve prestatie 'Time to Talk' in samenwerking met CZ en de NZa. Echter, patiënten in de palliatieve fase ondervinden lang niet allemaal tijdige markering en PZP, en slechts enkelen hebben een individueel zorgplan (IZP) dat zowel in bezit is van henzelf, de medisch specialist alsook de huisarts. Er is behoefte aan eenduidige werkafspraken, digitale ondersteuning en passende financiering voor coördinatie en continuïteit van de uitvoering en bijstelling van het IZP. Lang niet alle artsen en verpleegkundigen (i.o.) die in aanraking komen met patiënten in de palliatieve fase hebben de kennis en kunde die nodig is voor goede palliatieve zorg op generalistisch niveau zoals beschreven in het KKPZ. Het TOPAT wordt gevonden voor ondersteuning bij complexe casuïstiek, maar wordt ook nog steeds ingezet voor in de basis generalistische zorg, en niet alle patiënten die wel baat zouden hebben bij een consult van het team krijgen specialistische palliatieve zorg. Mensen die sterven in het ziekenhuis krijgen niet op alle afdelingen de zorg zoals in het zorgpad stervenfase beschreven en door het KKPZ beoogd.

Informele zorg

In de Mijnstreek zijn verschillende informele zorgpartners actief:

- Twee Toon Hermans Huizen (Sittard en Heerlen);
- twee Organisaties voor Mantelzorgondersteuning;
- drie Vrijwilligersorganisaties Palliatieve Zorg (VPTZ) (Ruggesteun, Patiens en De Brug);
- Knooppunt Informele Zorg Westelijke Mijnstreek;
- Centrum voor Informele Zorgondersteuning Parkstad.

Deze organisaties bieden psychosociale en praktische ondersteuning aan o.a. patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Deze ondersteuning fungeert als aanvullende steun gedurende het hele zorgproces, deels gebaseerd op lotgenotencontact. Het ervaren van meer steun vergroot de draagkracht en vermindert de draaglast van patiënten, waardoor de behoefte aan professionele steun op alle dimensies van palliatieve zorg waarschijnlijk afneemt. De informele zorg wordt echter nog lang niet altijd (tijdig) gevonden en deze organisaties missen de aansluiting bij de formele zorg.

Verpleeghuizen

In de Mijnstreek zijn zeven verschillende verpleeghuiszorgorganisaties actief. Verpleeghuizen huisvesten steeds vaker cliënten met veel zorgbehoeften, waarbij het grootste deel bij verhuizing al aangemerkt kan worden als patiënt in de palliatieve fase. De gemiddelde verblijfsduur tot aan overlijden is negen maanden. Net als binnen de thuiszorgorganisaties, kennen diverse verpleeghuisorganisaties in toenemende mate een interne commissie ter bevordering van palliatieve zorg. Gesprekken met cliënten over markering en PZP vinden niet altijd expliciet plaats voorafgaand aan indicering en worden niet altijd vastgelegd in een IZP. De zorgplannen in verpleeghuizen zijn voornamelijk gericht op het functioneren van de patiënt/cliënt, met vaak minder aandacht voor de andere dimensies zoals in het KKPZ beschreven. De expertise van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) op het gebied van ouderenzorg en gerelateerde problematiek wordt nog niet optimaal benut binnen het zorgnetwerk, vooral voor vragen in de eerste lijn (transmuraal).

Hospices

Er zijn in de Mijnstreek zes hospices. Hospices leveren gespecialiseerde palliatieve zorg in kleinschalige voorzieningen. Hospicezorg in de regio varieert van zorg geleverd door de eigen huisarts, ondersteund door wijkverpleegkundigen en vrijwilligers, tot high care hospices met een specialist ouderengeneeskunde gespecialiseerd in palliatieve zorg, professionele zorgverleners en vrijwilligers. Financiering en de hoogte van een eigen bijdrage voor patiënten verschilt per organisatie. Voor patiënten die naar een hospice gaan, heeft in principe markering en PZP plaatsgevonden, maar er is geen uniform IZP over de lijnen heen. Daarnaast verloopt het proces van toewijzing niet altijd uniform. Er is behoefte aan een (supra-)regionaal plan voor capaciteit, indicaties en wachttijden, met aandacht voor transparante financiering.

Specialisten palliatieve zorg

Het TOPAT, dat sinds 2016 bestaat, verricht in het ziekenhuis consultaties bij complexe casuïstiek op de verpleegafdelingen, de polikliniek en soms ook aan huis. Daarnaast is het TOPAT beschikbaar voor telefonisch advies aan zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis. De directe contacten in het ziekenhuis worden gefinancierd binnen de DOT (Diagnose Behandel Combinaties Op weg naar Transparantie). De telefonische adviezen worden uit VWS-subsidiegelden via Stichting PZNL gefinancierd. Een groot deel van de werkzaamheden van TOPAT (denk aan onderwijs, onderzoek en innovatie) worden niet structureel gefinancierd. In 2023 had het TOPAT ruim 2.000 patiëntencontacten met 800 individuele patiënten en hun naasten. Echter, nog relatief veel van de zorgvragen door generalisten aan het TOPAT betreffen generalistische zorg. Terwijl ook niet voor alle patiënten die baat zouden hebben bij een specialistisch advies, het TOPAT in consult wordt gevraagd. Rondom het TOPAT is een brede schil van specialisten, zoals apothekers, geestelijk verzorgers, psychologen, maatschappelijk werk, beschikbaar voor overleg. Het TOPAT participeert in het eerdergenoemde in ontwikkeling zijnde Kenniscentrum Palliatieve Zorg Mijnstreek onder andere met de verpleegkundig consultants palliatieve zorg vanuit de thuiszorg en in samenwerking met de Netwerken Palliatieve Zorg.

Het sociaal domein

Onder sociaal domein wordt verstaan het veld dat uitvoering geeft aan de Jeugdwet, Participatiewet, Wmo en deels de Wet Publieke Gezondheid. Hierin werken gemeenten en maatschappelijke organisaties samen aan gezondheid, welzijn en veiligheid. Hoewel dit wel wenselijk is, is het sociaal domein momenteel nog niet structureel betrokken bij de afstemming over de organisatie van palliatieve zorg in de regio.

Apothekers en palliatieve zorg

Een aparte plek wordt ingenomen door de apotheken. Zij zijn eveneens een belangrijke speler in het zorgnetwerk en ook betrokken bij diverse initiatieven in de regio voor een betere ondersteuning van patiënten en zorgverleners in de palliatieve fase, waaronder via het project subcutane infuuszorg.

In de Netwerken Palliatieve Zorg zijn nog andere zorgpartners te onderscheiden:

- Mondriaan voor Geestelijke Gezondheid (Ouderenzorg)
- SGL-zorg, voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) (hoewel hier wel de huisarts betrokken is)

Omdat het hier gaat om andere doelgroepen loopt de ontwikkeling van palliatieve zorg niet gelijk op met de ontwikkeling in de andere sectoren.

BIJLAGE III

Individueel Zorgplan zoals nu wordt gebruikt in ZMC

Tekstblokken PZP-formulier

Aanwezigen

Datum bespreking:

Aangemeld door:

Soort bespreking: PZP

☐ Nieuwe patiënt

Hoofdspecialisme:

☐ ~~Herbespreking~~

Regiebehandelaar ziekenhuis:

Aanwezigen:

Huisarts:

Algemene gegevens

Tekstblok 1 **Voorgeschiedenis**

Tekstblok 2 **lichamelijk gebied**
Vrije tekst.

Tekstblok 3 **geestelijk gebied**
Vrije tekst.

Tekstblok 4 **Sociaal gebied**
Vrije tekst.

Tekstblok 5 **zingevinggebied**
Vrije tekst.

Tekstblok 6 **Gesprek gevoerd in bijzijn van**
Verwijderen wat niet van toepassing is:
- Patiënt
- Partner
- Kinderen
- Broers/zussen
- Curator/mentor
- Anders:

Tekstblok 7 **Wilsbekwaamheid & wettelijk vertegenwoordiging**
Bij wilsonbekwaamheid m.b.t. medische behandelbeslissingen is/wordt de wettelijk vertegenwoordiger:
a) Naam wettelijk vertegenwoordiger invullen b) wettelijk vertegenwoordiger is te bereiken op:

c) Relatie tot patiënt
Verwijderen wat niet van toepassing is:
- Partner
- Kinderen
- Broers/zussen
- Curator/mentor
- Anders:

d) Is de wettelijk vertegenwoordiger ook de eerste contactpersoon?
Verwijderen wat niet van toepassing is:
- Ja
- Nee

Tekstblok 8 **Eerder vastgelegde behandelwensen**
Zijn er al eerder behandelwensen vastgelegd?
Verwijderen wat niet van toepassing is:
Ja / Nee
Uitleg:
Vrije tekst

Tekstblok 9 **Belangrijkste overeengekomen doel van behandeling**
Verwijderen wat niet van toepassing is:
- Zo lang mogelijk leven
- Zo min mogelijk klachten
- Zo lang mogelijk leven en zo min mogelijk klachten
- Anders
- Nog onbekend

Tekstblok 9 **Nieuwe behandelwensen**
Wat zouden zorgverleners, volgens jou, moeten weten om goede zorg aan jou te kunnen verlenen? Zijn er specifieke wensen met betrekking tot zorg? Denk dan aan belangrijke hobby's en bezigheden en ook aan culturele, religieuze, sociale of spirituele zaken
Vrije tekst

Tekstblok 10 **Wensen over de zorg rondom overlijden**
a) Waar zou je willen overlijden?
Verwijderen wat niet van toepassing is:
- Thuis
- Ziekenhuis

c) Relatie tot patiënt
Verwijderen wat niet van toepassing is:
 - Partner
 - Kinderen
 - Broers/zussen
 - Curator/mentor
 - Anders:

d) Is de wettelijk vertegenwoordiger ook de eerste contactpersoon?
Verwijderen wat niet van toepassing is:
 - Ja
 - Nee

Tekstblok 8 **Eerder vastgelegde behandelwensen**
 Zijn er al eerder behandelwensen vastgelegd?
Verwijderen wat niet van toepassing is:
 Ja / Nee
 Uitleg:
 Vrije tekst

Tekstblok 9 **Belangrijkste overeengekomen doel van behandeling**
Verwijderen wat niet van toepassing is:
 - Zo lang mogelijk leven
 - Zo min mogelijk klachten
 - Zo lang mogelijk leven en zo min mogelijk klachten
 - Anders
 - Nog onbekend

Tekstblok 9 **Nieuwe behandelwensen**
 Wat zouden zorgverleners, volgens jou, moeten weten om goede zorg aan jou te kunnen verlenen? Zijn er specifieke wensen met betrekking tot zorg? Denk dan aan belangrijke hobby's en bezigheden en ook aan culturele, religieuze, sociale of spirituele zaken
 Vrije tekst

Tekstblok 10 **Wensen over de zorg rondom overlijden**
 a) Waar zou je willen overlijden?
Verwijderen wat niet van toepassing is:
 - Thuis
 - Ziekenhuis

b) Opname in ziekenhuis
Verwijderen wat niet van toepassing is:
 - Ja
 - Ja maar...
 - Nee
 - Nee, tenzij...
 - Nog niet over gepraat
 Uitleg:
 Vrije tekst

c) Behandeling met antibiotica
Verwijderen wat niet van toepassing is:
 - Ja
 - Ja, maar...
 - Nee
 - Nee, tenzij...
 - Nog niet over gepraat
 Uitleg:
 Vrije tekst

d) Geven van bloed
Verwijderen wat niet van toepassing is:
 - Ja
 - Ja maar...
 - Nee
 - Nee, tenzij...

e) Orgaandonatie vastgelegd in donorregister?
Verwijderen wat niet van toepassing is:
 - Ja
 - Nee
 - Lichaam na de dood beschikbaar gesteld aan de wetenschap
 - Nog onbekend

Tekstblok 11 **Behandelgrenzen**
 a) Is er nog een wens om te reanimeren
Verwijderen wat niet van toepassing is:
 - Ja
 - Ja maar...
 - Nee
 - Nee, tenzij...
 - Nog niet over gepraat
 Uitleg:
 Vrije tekst

b) Opname op intensive care
Verwijderen wat niet van toepassing is:
 - Ja
 - Ja maar...
 - Nee
 - Nee, tenzij...
 - Nog niet over gepraat
 Uitleg:
 Vrije tekst

- Nog niet over gepraat

Uitleg:

Vrije tekst

e) Andere behandelgrenzen

Verwijderen wat niet van toepassing is:

- Ja

- Nee

- Nog niet over gepraat

Uitleg:

Vrije tekst

f) Heeft de patiënt een ICD?

Verwijderen wat niet van toepassing is:

- Ja

- Nee

- Nog niet over gepraat

Uitleg:

Vrije tekst

Tekstblok 12

Informatie delen

a) Weet de patiënt dat het slim is om met naasten over deze afspraken te praten?

Verwijderen wat niet van toepassing is:

- Ja

- Nee

b) Vindt patiënt het goed dat deze informatie met andere zorgverleners wordt gedeeld?

- Ja

- Nee

Bij vragen over deze afspraken kunt u bellen/mailen met:

BIJLAGE IV

Inventarisatie oplossingen en oplossingsrichtingen digitale ondersteuning

Vanuit PZNL is een ondersteunend document aangeboden om te adviseren over digitale ondersteuning bij de implementatie van het KKPZ. In de paragraaf over digitale ondersteuning voor de Mijnstreek in dit transformatieplan, is daar dankbaar gebruik van gemaakt. Voor de volledigheid is in deze bijlage het volledige document van PZNL bijgevoegd. Opgemerkt dient te worden dat men in de regio op verzoek van de RSO liever spreekt van data-beschikbaarheid dan van data-uitwisseling.

DOCUMENT PZNL (maart 2024):

Stapsgewijs toewerken naar een goede digitale ondersteuning van palliatieve zorg.

Voor beter passende zorg, een doelmatiger zorgproces en hogere tevredenheid van patiënten, naasten en zorgverleners.

1 Samen werken aan digitale ondersteuning

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanpak voor digitale ondersteuning in de palliatieve zorg in de Mijnstreek. Het doel is om stapsgewijs een goede digitale ondersteuning te realiseren voor patiënten in het laatste levensjaar. Gegevensuitwisseling, communicatie tussen zorgverleners, en patiëntbetrokkenheid staan hierin centraal. Dit moet leiden tot de transformatie naar meer passende zorg voor patiënten, efficiëntere zorgprocessen, en tevredenheid onder zorgverleners en patiënten in het laatste levensjaar. Omdat Palliatieve zorg onderdeel is van reguliere zorg, zal de invulling van de digitale ondersteuning hiervan in samenhang met de andere regiothema's (Pluswijken, Ouderen, Arbeidsmarkt en Digitalisering) worden opgepakt.

1.2 Aanleiding

Gezien de demografische ontwikkelingen in de regio Mijnstreek (Zie [Regiobeeld](#)) wordt bij de samenwerkende partijen de urgentie gevoeld om de netwerkgorg in brede zin anders te gaan organiseren en digitaal te ondersteunen. De zorg voor patiënten in het laatste levensjaar geeft ons daarbij een duidelijke opgave en focus, die ook past in de bredere behoefte van digitale ondersteuning van netwerkgorg zoals die onder meer in de ROAZ-plannen en de visie op eerstelijnszorg voor 2030 worden beschreven. De concrete en uitgewerkte casuïstiek van de palliatieve zorg, gecombineerd met de duidelijke kaders en gevoelde urgentie in de regio maakt dat de regio hierop als eerste, doch in samenhang met de andere ontwikkelingen en regiothema's, de digitale ondersteuning van de netwerkgorg wil realiseren. Zo doen we ervaring op met de impact die een verbeterde digitalisering heeft op de regionale samenwerking, het zorggebruik, verschuivingen van patiëntenstromen en inzet van personeel.

In het Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland^[1] is beschreven hoe die zorg er in het laatste levensjaar in grote lijnen uitziet en worden de contouren geschetst van welke informatie nodig is. De Richtlijn Proactieve zorgplanning (PZP) vult dit nader in voor het PZP-deel, waarin ook wordt aangegeven dat het belangrijk is om de uitkomsten van een gesprek over PZP op gestructureerde wijze vast te leggen. Het Kwaliteitskader en de Richtlijn vormen daarom ook het landelijk inhoudelijk kader voor wat er digitaal moet worden geregistreerd en beschikbaar gesteld voor het zorgnetwerk.

1.3 Doel: stapsgewijs naar goede digitale ondersteuning

In het algemeen geldt momenteel dat de interdisciplinaire palliatieve zorg, die van essentieel belang is in het laatste levensjaar, nog slecht digitaal ondersteund wordt.

Een dynamisch individueel zorgplan (IZP), zoals het Kwaliteitskader Palliatieve zorg beschrijft, is momenteel niet voorhanden. In dit IZP worden gemaakte afspraken vastgelegd met aandacht voor het fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel welzijn van patiënt en naasten.

Vanuit persoonlijk perspectief kan de patiënt met een gedocumenteerd, geactualiseerd en gemonitord IZP meer kennis verwerven over zijn ziekte of kwetsbaarheid, meebeslissen over beleid en behandeling en hier zo mogelijk zelf mee aan de slag gaan. Zo kan hij eigen regie en zelfmanagement behouden of vergroten. Voor de zorgverleners is het multidisciplinaire overzicht van doelen en afspraken een middel om de continuïteit van zorg te bevorderen en de betrokkenheid van de patiënt en diens naasten in het zorgproces te vergroten.

De opgave van onze regio is om stapsgewijs toe te werken naar een goede digitale ondersteuning van de zorg in het laatste levensjaar, onder meer middels het inrichten van een IZP. De eerste stap is het op korte termijn realiseren van een goede registratie en overdracht van gegevens over proactieve zorgplanning en vervolgens het ondersteunen van de samenwerking. Het verbeteren van de digitale ondersteuning moet bijdragen aan:

Passende zorg voor de patiënt doordat gegevens beschikbaar zijn over onder meer de (niet) behandelgrenzen en -wensen. Doelmatiger zorgproces door invulling van de behoeften (zie volgende paragraaf). Zorgverleners zijn minder tijd kwijt aan administratieve en logistieke handelingen en ongewenste patiëntbewegingen en het dubbel uitvoeren van gesprekken of (be)handelingen kunnen worden voorkomen.

Tevreden zorgverleners en patiënten omdat (moeilijke) gesprekken ondersteund worden met actuele informatie en zorgverleners zich kunnen richten op hun kerntaken.

1.4 Digitale ondersteuning van palliatieve zorg

Elk van de voor palliatieve zorg belangrijke onderwerpen kan digitaal ondersteund worden. Een aantal van de onderwerpen richt zich voor wat betreft digitalisering op de ondersteuning van een contact tussen een individuele zorgverlener en een patiënt. Zo kan een zorgverlener worden ondersteund met het markeren van de palliatieve fase, bijvoorbeeld middels technische algoritmen. Ook kan

gezamenlijke besluitvorming worden ondersteund met bijvoorbeeld keuzehulp die digitaal worden aangeboden. Over een gelijkgerichte inzet van dergelijke middelen kunnen in de regio afspraken worden gemaakt.

Andere onderwerpen richten zich nadrukkelijk op de samenwerking, waarin digitale ondersteuning als hulpmiddel of soms zelfs als randvoorwaarde geldt. Dit geldt meer voor de onderwerpen proactieve zorgplanning, het individueel zorgplan en coördinatie en continuïteit.

Het project Digitale ondersteuning richt zich vooral op de ondersteuning van samenwerking in de regio en biedt een tafel om de intramurale inzet van digitale middelen af te stemmen.

1.5 Behoeften van de regio

Bij palliatieve zorg werken generalistische zorgverleners en waar nodig in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners en vrijwilligers samen als een interdisciplinair team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten. De zorg- en hulpverleners in dit netwerk rond de patiënt hebben gegevens over hun patiënten nodig om hun werk goed te kunnen doen en ook de samenwerking zelf en de onderlinge communicatie kan digitaal beter worden ondersteund. Uit de gesprekken die de betrokken zorgaanbieders in de regio Mijnstreek met elkaar hebben gevoerd volgt de onderstaande functionele behoefte aan digitale ondersteuning.

1. Makkelijk kunnen delen van gegevens

Om goede zorg te kunnen verlenen is actuele informatie over de patiënt nodig, die op de diverse momenten in het zorgproces beschikbaar moet zijn. Omdat de context ook de inhoud bepaalt, maken we onderscheid tussen een aantal situaties:

- o Registratie van PZP- en IZP-gegevens in de dagelijkse zorgpraktijk.
- o Rapportages van verleende zorg aan de regiebehandelaar en eventueel medebehandelaars.
- o Verwijzen van patiënten.
- o Spoedsituaties.
- o Digitaal betrekken van patiënten en hun naasten.
- o Ondersteunen van samenwerking, bijvoorbeeld bij onderlinge afstemming door zorgteam, patiënt en naasten

2. Versterken onderlinge bereikbaarheid

Complementair aan de werkafspraken die worden gemaakt van de onderlinge bereikbaarheid in algemene zin, wordt ook gekeken naar de wijze waarop dit onderlinge (bilaterale) contact digitaal kan worden ondersteund.

3. Meer inzicht in wie betrokkenen is

Momenteel is het vaak onduidelijk welke zorgverleners betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt in de laatste levensfase. Een actueel overzicht helpt om te weten wie geïnformeerd of betrokken moet worden.

4. Faciliteren van multidisciplinair overleg

Het MDO (multidisciplinair overleg) is een belangrijk moment waar de zorg gecoördineerd wordt en activiteiten worden afgestemd. Een betere digitale ondersteuning helpt om de ontmoeting te vergemakkelijken en de administratieve last te beperken, daar waar een MDO nodig is. Omdat het voor de hand ligt om voor palliatieve

patiënten aan te sluiten op bestaande structuren (bv. voor ouderen in de 1e lijn), moet ook de digitale ondersteuning van een MDO in een bredere context beschouwd worden.

5. Monitoring symptoomlast/thuismonitoring

Door digitaal de symptoomlast te monitoren (op de vier dimensies van de palliatieve zorg en eventueel ook ziekte-specifiek) kan er vroegtijdig bij verslechtering van de situatie worden geacteerd. Hiermee kunnen bezoeken door patiënt aan de huisartsenpraktijk of het ziekenhuis worden afgestemd op de noodzaak, de ziektelast zo veel mogelijk worden beperkt en mogelijk ook bezoeken aan de SEH worden voorkomen.

6. Coördinatie van de patiëntenstroom en zorgcapaciteit

Momenteel wordt veel tijd besteed aan het vinden van de juiste plek voor een patiënt. Inzicht in capaciteit bij de diverse partijen in de regio helpt om een doelmatiger overdracht te faciliteren.

Veel van de bovenstaande behoeften beperken zich niet tot de zorg in de laatste levensfase, maar bestaan ook bij de andere regiothema's. Daarom wordt in overleg voor oplossingen gekozen, die ook voor de andere regiothema's wenselijk zijn. Dit wordt via de Mijnstreek Coalitie en Regio-Regietafel gecoördineerd.

1.6 Het realiseren van de gewenste digitale ondersteuning

1.6.1 Definiëren aanpak en coördineren en faciliteren uitvoering

Om de behoeften van de regio in te vullen stelt de regio een regionale Projectleider Digitalisering aan voor 2 dagen per week.

Voor de invulling van bovenstaande punten zal de projectleider 1) een aanpak definiëren en 2) de uitvoering daarvan coördineren en faciliteren. Het betreft zowel een aanpak voor de individuele zorgaanbieders (in overleg met de betreffende aanspreekpunten) als een overkoepelende aanpak voor de regio als geheel.

De projectleider heeft oog voor zowel de regionale dynamiek als voor de in ontwikkeling zijnde landelijke kaders en informatiestandaarden.

1.6.2 Regionale werkgroep Digitale ondersteuning

Een goede digitale ondersteuning kan een belangrijke bijdrage leveren aan een goed werkende samenwerking. Tegelijkertijd zijn de oplossingen afhankelijk van de evolutie van de vele ontwikkelingen die op dit gebied zowel landelijk, regionaal als bij zorgaanbieders in de regio gaande zijn. Om samenhang en aansluiting hierin te brengen wordt de digitale transformatie door een toegewijd team begeleid: de werkgroep Digitale ondersteuning. Hierin zijn, naast ICT-inhoudelijke experts vanuit de diverse zorgaanbieders, ook diverse zorgverleners met interesse in digitalisering vertegenwoordigd om tot werkbaar en toepasbare oplossingen te komen. Waar nodig wordt een testpanel van patiënten en naasten geraadpleegd. Het team is daarnaast bedoeld om de diverse achterbannen te helpen om de digitale transformatie vorm te geven en zal ook de instructie/scholing nader invullen en als vraagbaak op digitaliseringsgebied fungeren. Het team wordt gefaciliteerd door de projectleider Digitalisering.

1.6.3 Uitgangspunten

Voor de uitvoering van deze opdracht worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

7. Ondersteuning van zorgverleners staat centraal

De digitale oplossingen moeten zorgverleners ondersteunen en zijn daarmee een middel en geen doel op zich. Omdat de zorgprocessen en samenwerking zich nog vormen, zullen oplossingen moeten meebewegen.

8. Gebruik wat werkt voor de korte termijn

Voor de korte termijn willen we pragmatische oplossingen, die aansluiten bij de huidige zorgpraktijk van de verschillende deelnemers. We realiseren ons dat deze oplossingen niet altijd ideaal zijn, maar ze helpen om ervaring op te doen met de inrichting van onze zorgprocessen en samenwerking.

9. In lijn met de landelijke en bovenregionale ontwikkelingen

Momenteel is er op het gebied van digitalisering landelijk en in andere regio's veel in beweging. We willen mee op deze beweging en de daarbij gemaakte keuzen. Hiermee maken we bovenregionale samenwerking mogelijk en maken we duurzame keuzen. We realiseren ons dat dit tijd vergt, maar sluiten hierbij aan zodra oplossingen zich aandienen.

In hoofdstuk 2 is al een overzicht gegeven van de aanpak op hoofdlijnen en de mogelijke oplossingen die in de regio zijn geïdentificeerd voor de korte termijn en de oplossingen die in andere regio's en landelijk worden gezien en waarvan de ontwikkeling met interesse wordt gevolgd.

2 Inventarisatie oplossingen en oplossingsrichtingen

Bij de inventarisatie is vooral gekeken naar oplossingen die de mogelijkheden voor het delen en overdragen van gegevens ondersteunen. De oplossingen voor het beter ondersteunen van de bereikbaarheid en het MDO moeten nog in kaart worden gebracht. Voor bereikbaarheid worden verschillende opties verkend: telefonie, chat, en website. Voor oplossingen die gaan over het beter zicht krijgen op capaciteit ten behoeve van de overdracht van patiënten, wordt aangesloten bij de ontwikkelingen die vanuit de acute zorg in ROAZ-verband worden vormgegeven. Hieronder worden de voorziene oplossingen voor korte, middellange en lange termijn geschetst. In de regionale werkgroep Digitale ondersteuning worden de drie sporen parallel opgepakt en uitgewerkt, maar wel met een andere tijdshorizon.

2.1 Spoor 1:

korte termijn registratie en overdracht (2024 - 2025)

De zorg voor patiënten in de palliatieve fase is onderdeel van de reguliere zorg. Daarom wordt gestart met het bekijken van de mogelijkheden die de huidige systemen hebben voor de registratie en overdracht van gegevens (schuin: registratie PZP mogelijk, onderstreept: mogelijkheid PZP registratie moet nog worden nagegaan).

Gebruikers	Applicaties	Samenwerkingsplatform/ infrastructuur
Huisarts	MicroHIS, Tetra, CGM	Zorgmail (veilige email), Zorgmail (Edifact), LSP, VIPLive, Zorgdomein, Siilo
Huisartsenspoedpost	Topicus HAP	Zorgmail (Edifact), LSP, VIPLive
Wijkverpleging	Nedap, BuurtzorgInformatieSysteem	NUTS, Zilver, Zorgdomein, VIPLive, Siilo
Acuut wijkteam	Nedap	Siilo
Medisch specialist	Chipsoft HiX	LSP, XDS, Chipsoft Zorgplatform, Zorgdomein, Siilo
Palliatie advies team	Chipsoft HiX	LSP, XDS, Chipsoft Zorgplatform, Zorgdomein, Siilo
SEH	Chipsoft HiX	LSP
Sociaal wijkteam	...	
Hospice	Nedap, Caress (PINK), Avinty VIR e-care	Zorgdomein, Zorgmail, LSP
Apotheek	CGM	
Intramurale VVT	Nedap, Caress (PINK), Cura ECD, ZorgpadStervensfase SBD ECD	Zorgdomein, Zorgmail, LSP
Patiënt en naasten	Diverse clientportalen per systeem Caren zorgt, Avinty, Verwantenportaal	
Apothekers	...	...
Multidisciplinair	VIPLive (eerstelijns), Zorgdomein (ziekenhuis/huisarts)	LSP

2.1.1 Implementatie HiX

Momenteel bereidt het Zuyderland ziekenhuis de implementatie van Chipsoft HiX voor, waarin ook de module Palliatieve zorg wordt meegenomen. Hieruit dient het onderdeel Proactieve Zorg te worden geselecteerd en op een centrale plaats in ieder patiëntdossier gepositioneerd te worden. Als onderdeel van de implementatie van HiX in Zuyderland worden regionale afspraken gemaakt over de wijze waarop de zorg in de laatste levensfase wordt georganiseerd. Zo kan HiX al vanaf de implementatie op een goed ondersteunende wijze worden ingericht en kan worden gewaarborgd dat de gegevens goed kunnen worden gedeeld in de diverse situaties.

2.1.2 Stimuleren registratie

Voordat data beschikbaar kan worden gesteld, zal het eerst geregistreerd moeten worden. De ontwikkeling hiervan voor de diverse systemen wordt momenteel door NPPZ II gecoördineerd. De systemen die in de Mijnstreek worden gebruikt zijn hier in beeld. Voor het ziekenhuis, de wijkverpleging en voor een deel van de huisartsen is het al mogelijk om tenminste PZP-gegevens in het eigen systeem gestructureerd te registreren. Voor de overige systemen wordt de mogelijkheid van PZP-registratie gecommuniceerd zodra deze beschikbaar komt.

2.1.3 Zorgen voor gegevensuitwisseling

Wanneer de PZP-gegevens worden geregistreerd, dan kunnen ze ook worden overgedragen. Voor de korte termijn worden werkafspraken gemaakt dat de PZP-gegevens bij reguliere overdrachtsmomenten (verwijzingen, rapportages/brieven) worden meegegeven. Daarnaast is er met een samenwerkingsmodule tussen VIPLive en het systeem op de HAP al voor gezorgd dat PZP-gegevens voor palliatieve patiënten ook tijdens de ANW-uren op de huisartsenspoedpost beschikbaar zijn. Zodra de mogelijkheden beschikbaar zijn om de overdracht via landelijke technische standaarden te ondersteunen, dan wordt hierop aangesloten. Parallel wordt toegewerkt naar goed digitaal ondersteunde samenwerking voor de palliatieve netwerkzorg (spoor 2 en 3). Bovendien staat de lobby uit bij ZorgDomein om in geval een A20 ICPC code in een HIS is ingevuld; de informatie daaruit automatisch wordt meegestuurd bij een verwijzing.

2.1.4 Organiseren en ondersteunen thuismonitoring

Onderzocht zal worden hoe de monitoring het beste ingericht kan worden. Denk hierbij aan centrale monitoring door e-nurses en/of decentraal binnen de eigen praktijk. Een combinatie tussen beide waarbij de signalen door de centrale monitor worden doorgestuurd naar het betrokken zorgteam is een mogelijke tussenvorm. Bij de ontwikkeling van het digitaal monitoringsysteem zal daar waar mogelijk aangesloten worden bij regionale en landelijke ontwikkelingen.

2.2 Spoor 2: samenwerking bij proactieve zorg ondersteund (2024 – 2026)

Het oplossen van de knelpunten in de registratie en overdracht van PZP-gegevens is een eerste stap richting beter digitaal ondersteunde samenwerking voor de palliatieve netwerkzorg. Hiermee is een belangrijke randvoorwaarde voor samenwerking ingevuld, maar ook de andere behoeften moeten worden ingevuld om samenwerking goed te ondersteunen. Spoor 2 richt zich hierop.

2.2.1 Bepalen behoeften

De nieuwe interdisciplinaire samenwerking leidt tot andere behoeften aan digitale ondersteuning op het vlak van databeschikbaarheid, maar ook in de ondersteuning van communicatie (o.a. MDO's) en samenwerking (o.a. andere organisatie van zorg). De invulling van de digitalisering laat zich leiden door de manier waarop samen wordt gewerkt en de ervaringen die hierbij opgedaan worden. Het Kwaliteitskader is hiervoor het startpunt, waarbij de behoeften voor digitale ondersteuning in het proces steeds mee zullen evolueren met de ontwikkeling van de samenwerking.

2.2.2 Technische infrastructuur

In de regio wordt toegewerkt naar de realisatie van een (standaard) koppelvlak met de diverse systemen (huisartsen, wijkverpleging, ziekenhuis) zodat de data uitgewisseld kunnen worden. De momenteel in ontwikkeling zijnde landelijke informatiestandaard PZP geldt hiervoor als uitgangspunt. De koppelvlakken worden gestandaardiseerd en zijn daarom door diverse platformen of infrastructuren te gebruiken. We zijn daarmee klaar voor deelname aan het Landelijk Dekkend Netwerk en voorkomen dat onze regionale (tijdelijke) oplossing tot 'vendor lock-in' leidt of de regio-overstijgende ontwikkelingen in de weg zit. Voor de invulling van de (tijdelijke) oplossing kijken we naar wat in andere regio's al beproefd is en ons op korte termijn verder kan helpen.

In de doorontwikkeling en implementatie van een infrastructuur is gelijkgerichtheid van de partners in de samenwerking nodig: het vereist immers een gezamenlijke keuze om van dezelfde ondersteuningsoplossingen gebruik te maken. Deze keuze volgt nadat de RSO Zuid Limburg verder is met haar verkenning en ontwikkelingen op dit vlak. Uitgangspunt voor deze ontwikkeling is dat dit aansluit op de Nationale visie en strategie op het gezondheidsinformatiestelsel en de keuzen die worden gemaakt voor het Landelijk Dekkend Netwerk en de invulling van Generieke Functies.

2.2.3 Applicaties

In afwachting van volledige integratie in de diverse toepassingen kiest de regio ervoor om met bestaande, laagdrempelige mogelijkheden reeds te starten met VIPLive voor registratie en uitwisseling van de PZP binnen de eerstelijns en te bezien of deze gekoppeld kan worden met de tweedelijns. Hierin wordt ook bekeken of het gebruik van VIPLive in alle huisartsenpraktijken geïmplementeerd kan worden of dat het beter is om een gefaseerde aanpak te kiezen en de landelijke ontwikkelingen voor een deel van de praktijken af te wachten. Zo wordt ervaring opgedaan met de interdisciplinaire samenwerking in netwerkverband en de digitale ondersteuning daarvan. Hierbij wordt nadrukkelijk gekeken naar de ontwikkelingen op landelijk niveau en in andere regio's, waarbij we databeschikbaarheid en het scheiden van data en functionaliteit in samenhang willen stimuleren. Interessante ontwikkelingen die we in dit kader in de gaten houden zijn de viewers van het project Proactief gegevens delen in de palliatieve fase van IKNL^[2], CumuluZ (m.n. de Zorgviewer van RIVO)^[3], de koppeling van VVT en huisartsenzorg in Dwaan (regio Friesland)^[4] en MDO-support van Vecozo^[5].

2.3 Spoor 3: Richting ondersteunde integrale netwerkzorg (2024 – 2027)

Voor het realiseren van goed ondersteunde integrale netwerkzorg is het oplossen van praktische knelpunten alleen niet genoeg. Nieuwe technische modellen moeten hand in hand gaan met een nieuwe organisatie van de (palliatieve) zorg, waarin samenwerking tussen zorgaanbieders onderling én met de patiënt voorop staat.

Met het delen van PZP-gegevens is een eerste, belangrijke stap gemaakt richting databeschikbaarheid om de zorg voor patiënten in het laatste levensjaar te ondersteunen. Maar om de samenwerking goed te ondersteunen zijn ook andere gegevens noodzakelijk. Naast medische gegevens betreft dit ook gegevens die breder gaan over de afspraken en (behandel)doelen die in het gesprek tussen zorgverlener en patiënt bepaald zijn. In het Kwaliteitskader Palliatieve zorg is dit Individueel Zorgplan (IZP) beschreven. De realisatie hiervan stuit echter nog op juridische, technische en praktische bezwaren, die landelijk geadresseerd zijn en waarvoor deeloplossingen in de maak zijn. Vanuit de regio willen we onze bijdrage leveren aan de landelijke initiatieven om verder te komen in dit weerbarstige vraagstuk en tegelijkertijd leren van ervaringen bij andere regio's. Hiervoor werken we samen met NPPZ II. Op basis van de ervaringen in nieuwe vormen van transmurale samenwerking maken we samen, multidisciplinair keuzen voor de invulling van het IZP in de regio. Het Kwaliteitskader Palliatieve zorg vormt hiervoor het inhoudelijke kader en de werkgroep Digitale ondersteuning zorgt voor de uitwerking hiervan. Daarbij hoort ook dat keuzen worden gemaakt voor de digitale ondersteuning van deze samenwerking, tussen zorgverleners onderling maar ook met de patiënt en diens naasten. Hierbij is aandacht voor de ontwikkelingen in de regio en landelijk, maar ook voor de wijze waarop dit in de regio moet worden beheerd en hoe individuele zorgverleners kunnen worden bereikt en gemotiveerd om deel te nemen.

[1] https://palliaweb.nl/getmedia/02b81c30-d9be-4c51-83bf-deb1260ccf7b/Kwaliteitskader_web-240620.pdf

[2] <https://iknl.nl/projecten/proactief-gegevens-delen-in-de-palliatieve-fase>

[3] <https://www.rivo-noord.nl/zorgviewer/>

[4] <https://www.rosfriesland.nl/nieuws/dwaan-op-weg-naar-een-betere-digitale-samenwerking-tussen-huisarts-en-de-zorgteams-binnen-de-wijkverpleging/>

[5] <https://www.vecozo.nl/over-ons/nieuws-en-agenda/2024/vecozo-online-mdo/>

BIJLAGE V

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

Technologie & hulpmiddelen
Gezamenlijk digitaal dossier (waar evt. ook patiënt en naasten toegang toe hebben)
Digitaal communicatieplatform (o.a. voor delen van kennis en aanvragen van hulp)
Chatfunctie mantelzorger met zorgverlener
Beeldbelteam(s) inzetten in patiëntenzorg
Handige technologie zoals oogdruppelbril inzetten
Meetinstrumenten zoals USD4 met professional die leest en reageert
Met sensoren, bijv. in incontinentiemateriaal of matras, & AI patronen herkennen (onrust, dag-nachtritme) en daar zorg op afstemmen
Robotica en domotica inzetten ^[1]
Nachtzorg op afstand met bijv. gebruik beeld/horloge

Personele inzet
Arbeidsvoorwaarden wijkzorg beter aansluiten op mogelijkheden en wensen wijkzorg, bijv. flexibelere werktijden of 8-uurs diensten (i.p.v. gebroken diensten), waarbij in de luwe uren ruimte is voor zaken als PZP
Taakherschikking: welke discipline kan waarin welke rol hebben, wat kan overgenomen worden door lagere niveaus/informele zorg?
POH neemt casemanagement over van huisarts
Ondersteuning door een helpende bij zware zorg in de wijkzorgroute (buddyroute)
Niet gebonden aan eigen organisatie kunnen werken & financiering over de schotten heen zodat zorgverlener patiënt kan volgen
Terug naar échte wijkteams: elke wijk één wijkverpleegkundige, één team, over de organisaties heen
Één grote thuiszorgorganisatie/gebieden verdelen

Samenwerking & coördinatie
Duidelijk en klein team om de patiënt, inzicht in wie betrokken is
Stimuleren dat de patiënt de regie voert
Goede onderlinge bereikbaarheid van zorgverleners
Coördinatie van de patiëntenstroom en zorgcapaciteit middels één onafhankelijk regionaal transferpunt voor doorverwijzing/toewijzing
Uniformiteit in en kwaliteitseis voor informatie in overdracht, gecontroleerd door het transferpunt
Warme overdracht van instelling naar huis en andersom, incl. verpleegkundige overdracht
Afspraken maken met apotheken over snelle levering medicijnen (bijv. bij benauwdheid)
Centraal depot voor hulpmiddelen waar alle organisaties gebruik van kunnen maken

Inzet van de rest van het zorglandschap

Mobiele kamers voor palliatieve zorg (in / nabij ziekenhuis)

Mobiele kamers specifiek voor terminale zorg midden in de wijk / wijkcentrum ^[2]

Personeel ziekenhuis mee in de wijk (of uitwisselen)

Uitbreiden hospicecapaciteit

Medewerkers van het hospice inzetten in de wijk om de eerste lijn te ontlasten ^[3], bijv. met huisbezoeken

Vrijwilligersorganisaties standaard betrekken, hiervoor afspraken maken tussen wijkverpleging en vrijwilligersorganisaties

Re-integrerende zorgmedewerkers weer in laten stromen d.m.v. inzet in informele palliatieve zorg

Ondersteuning mantelzorg regelen zodat zij beter kunnen ondersteunen

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

Nieuwe woonvormen, waarbij thuiszorg effectiever kan worden ingezet (bijv. wijkkliniek) ^[4]

Meer ruimte voor de zorgprofessional om keuzes te maken

Vermindering bureaucratie in de zorg (verantwoording)

Wat de patiënt nodig heeft bepalend laten zijn, niet financieringslabel / indicatie

Minder regels voor hulpmiddelen (gemeente & zorgverzekeraars)

Meer vertrouwen in beoordelingsvermogen zorgprofessionals vanuit zorgverzekeraars, ondersteund door toetsing/controle in netwerk

BIJLAGE VI

Uitwerking opgaven voor werkgroepen per traject

INHOUD & IMPLEMENTATIE		
WG per sector (n=9) <i>Patiënt en naasten</i> <i>Informele zorg</i> <i>Huisartsen</i> <i>Ziekenhuis</i> <i>Wijkverpleging</i> <i>Verzorg- en pleeghuishuizen</i> <i>Hospices</i> <i>Specialisten PZ</i> <i>Sociaal domein</i>	OPGAVE 1	Inrichten KKPZ (vier kernelementen) per sector Doel: De afspraken over wie wat doet in het zorgproces en de bijbehorende werkwijze worden voor negen sectoren vastgelegd op kkpz.nl en zijn daarmee openbaar toegankelijk. Uitgangspunten: • Landelijke praatplaat KKPZ • Betrekken apothekers • Betrekken informele zorg • Aanhaking sociaal domein waar nodig Minimale vereisten: • Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, • planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging Tijdslijn: • Inrichten werkgroepen september 2024 • Concept uitwerking gereed maart 2025 • Definitieve uitwerking gereed juli 2025 • Sector-overstijgende harmoniseren november 2025
	OPGAVE 2	Inrichting KERNTeam per zorgteam voor organisatie MDO-PZ Doel: Per sector worden in de zorgpaden, wijkteams, afdelingen, locaties e.d. kernteams ingericht die het MDO-PZ vormgeven en via de aandachtsvelders, AVPZ-ers, specialisten palliatieve zorg verbonden zijn aan het Kennisnetwerk PZ. Uitgangspunten: • De vorming van kernteams is onderdeel van uitwerking KKPZ in opgave 1 • Binnen alle sectoren zijn kernteams (interprofessioneel) op het niveau van het MDO-PZ actief Minimale vereisten: • Ieder kernteam richt een MDO-PZ zorg in met alle bij patiënten en naasten in de palliatieve fase betrokken zorgverleners in de betreffende zorgsetting • Er wordt een evaluatiecyclus ingericht t.b.v. borging • Vaste aanspreekpunten in het Kennisnetwerk worden vastgesteld: aandachtsvelders, AVPZ-ers en een specialist PZ • Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging Tijdslijn: • Inrichten werkgroepen september 2024 • Concept uitwerking gereed maart 2025 • Definitieve uitwerking gereed juli 2025 & overdracht naar werkgroep sector-overstijgende harmonisatie

INHOUD & IMPLEMENTATIE (vervolg)		
Sector-overstijgend harmonisatieteam <i>NB: deze werkgroep wordt gezien de omvang van de opgaven intensief ondersteund door het PMT</i>	OPGAVE 1	Integratie van sectorspecifieke uitwerkingen KKPZ tot eenduidig regiobeleid Hierbij worden ook de werkafspraken geharmoniseerd die worden voorgesteld vanuit de overige zorgpartners op het gebied van palliatieve zorg, zoals de apothekers, acute zorg, geestelijke zorg en bijzondere doelgroepen. Doel: Transmurale werkafspraken over de uitvoering van het KKPZ zijn duidelijk en zowel visueel als tekstueel inzichtelijk. Uitgangspunten: • De geaccordeerde sectorspecifieke uitwerkingen gelden als basis • Samenhang met overige zorgpartners (anders dan de 9 sectoren) is geborgd Minimale vereisten: • Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging Tijdslijn: • Oriëntatie op de eerste concepten april 2025 • Harmonisatie gereed eind 2025
	OPGAVE 2	Opstellen basisdocument Individueel Zorgplan Doel: Per patiënt is er een individueel zorgplan met aandacht voor proactieve zorgplanning en de vier dimensies van palliatieve zorg, incl. zorg voor naasten. Alle zorgverleners in het kernteam rondom de patiënt en naasten werken op geleide van dit zorgplan. Uitgangspunten: • Leidraadformulier PZP + vier dimensies PZ als toelichting • Duiding wie de regiebehandelaar is • Informele zorg is vast onderdeel Minimale vereisten: • Ontwikkelen concept individueel zorgplan op papier waarvoor consensus is bij alle sectoren • Afstemming met projectleider digitale ondersteuning (traject randvoorwaarden) t.b.v. implementatie van dit basisdocument in digitale dossiers van de verschillende sectoren (rekening houdend met huidige mogelijkheden en toekomstige ontwikkelingen) • Uitwerken van een plan van aanpak van implementatie leidend tot daadwerkelijke gedragsverandering bij professionals in sectoren • Afspraken maken over transmurale delen van het individueel zorgplan bij transfers en samenwerking (bij voorkeur digitaal) in afstemming met projectleider digitale ondersteuning (traject randvoorwaarden) • Een print voor de patiënt altijd mogelijk laten zijn • Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging Tijdslijn: • Eerste concept gereed november 2024 • Consensus alle sectoren gereed in januari 2025 • Inbouw in digitale systemen diverse sectoren in 2025; te beginnen met huisartsen, ziekenhuis en VVT • Bevorderen implementatie met diverse activiteiten gedurende 2025 en 2026

INHOUD & IMPLEMENTATIE (vervolg)		
	OPGAVE 3	Formuleren basisstructuur van een Kennisnetwerk en Kenniscentrum palliatieve zorg Mijnstreek Doel: Voor de Mijnstreek bestaat een heldere structuur van het Kennisnetwerk en Kenniscentrum palliatieve zorg zodat voor eenieder (burger en zorgverlener) helder is welke kennis en kunde waar vindbaar /op te vragen is bij zorg voor palliatieve patiënten. Uitgangspunten: • Generalistisch waar het kan en specialistisch waar nodig • Informatie beschikbaar op B1 taalniveau met aandacht voor interculturele aspecten Minimale vereisten: • Inrichten samenwerking tussen generalisten en specialisten • w.o. opschaling bij complexiteit • Berekenen benodigde aantal aandachtsvelders PZ van sectoren • Berekenen benodigde aantal AVPZ-ers bij VVT's • Berekenen benodigde capaciteit specialisten PZ • Formuleren optimale werkeenheden qua samenstelling en geografische eenheid • Formuleren basisafspraken voor samenwerking (MDO, communicatie, bereikbaarheid) • Identificeren scholingsbehoeftes overall • Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging Tijdslijn: • Basisstructuur samenwerking generalisten en specialisten gereed januari 2025 • Kwantificering gereed juni 2025 • Basisafspraken samenwerking gereed eind 2025
Werkgroep Farmacie <i>Netwerken PZ</i> <i>Apothekers</i> <i>Huisartsen</i> <i>Mijnstreekformulaircommissie</i>	OPGAVE	Expliciteren farmacotherapeutische zorg in de palliatieve fase Doel: Farmacotherapeutische zorg is een structureel onderdeel van het transmuraal zorgpad palliatieve zorg. Uitgangspunten: • Bij markering van palliatieve fase vindt medicatiesanering plaats • Apothekers maken deel uit van kennisnetwerk in de subregio en dragen bij aan de kennisontwikkeling van generalisten op farmacotherapeutisch gebied Minimale vereisten: • Werkafspraken over betrokkenheid apotheker in zorgnetwerk bij a) markering palliatieve fase en b) markering stervensfase • Er vindt een FarmacoTherapeutischOverleg Palliatieve zorg per HAGRO plaats, minimaal 1x per jaar • Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging Tijdslijn: • Werkafspraken gereed in november 2024 • Start FTO's PZ juni 2025

INHOUD & IMPLEMENTATIE (vervolg)

Werkgroep acute zorg PZ <i>Ambulancedienst Huisartsenspoedpost Spoedeisende Hulp zkh Huisarts Wijkverpleging Informele zorg</i>	OPGAVE	Samenwerken met de acute zorgketen voor patiënten in de palliatieve fase Doel: In een acute situatie wordt passende zorg geboden op basis van het individueel zorgplan van de patiënt in de palliatieve fase. Uitgangspunten: • Zorg wordt daar geleverd waar gewenst • Zorgverleners, patiënt en naasten weten hoe te handelen in acute situatie m.b.t. inschakelen acute zorgketen • Afstemming met projectleider Digitale ondersteuning en RSO Minimale vereisten: • Werkafspraken over hoe de acute zorgketen 24/7 toegang heeft tot het individueel zorgplan van de patiënt • Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging Tijdslijn: • Werkafspraken acute zorgketen gereed medio 2025
Werkgroep bijzondere doelgroepen PZ <i>GGZ VG</i>	OPGAVE	Impuls voor palliatieve zorg voor bijzondere doelgroepen realiseren Doel: Palliatieve zorg voor mensen uit tenminste twee bijzondere doelgroepen wordt meer bewust en bekwaam geleverd Uitgangspunten: • Zorgprofessionals en informele zorgverleners, betrokken bij de bijzondere doelgroepen duiden behoeftes • Kenniscentrum palliatieve zorg adviseert over mogelijkheden Minimale vereisten: • Globaal behoefteplan voor minimaal twee sectoren van een bijzondere doelgroep (GGZ en VG) • Advies- en ondersteuningsplan t.b.v. beantwoorden behoeftes • Eerste drie interventies ter beantwoording behoeftes uitwerken • Aanhaking bij Kennisnetwerk/centrum borgen • Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging Tijdslijn: • Medio 2025 behoefteplan gereed • Eind 2025 Advies en ondersteuningsplan gereed • 2026 en 2027 uitrollen 3 interventies

RANDVOORWAARDEN		
WG Maatschappelijke Bewustwording <i>Netwerken PZ</i> <i>PZNL</i> <i>Burgerkracht</i> <i>Sociaal Domein</i> <i>Informele zorg</i>	OPGAVE	Maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg bevorderen Doel: Burgers zijn meer bewust en actief bezig met hun latere levensfase en praten over de palliatieve fase is genormaliseerd Uitgangspunten: • Continueren interventies zoals nu via Netwerken PZ • Link leggen met lokale partners en overheidsmaterialen Minimale vereisten: • Diversiteit aan media en vormen benutten • Ook geschikt voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden • Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging Tijdslijn: • Plan voor publieke bijeenkomsten gereed juni 2026 • Gefaseerd uitvoeren plan met lokale partners 2026-2027
Werkgroep Deskundigheidsbevordering <i>Netwerken PZ</i> <i>PZNL</i> <i>Leer/Kennisnetwerken</i> <i>Opleidingsinstituten</i>	OPGAVE	Deskundigheidsbevordering Doel: • De werkgroep deskundigheidsbevordering schrijft een basaal opleidingsplan waarin voor alle sectoren een duiding van beschikbare opleidingen is voorzien Uitgangspunten: • Samenwerking met kennisinstituten in de regio • Verankering PZ in basisopleidingen • Kennisnetwerken realiseren Minimale vereisten: • Expertises specialisten inzichtelijk, incl. opl. • Scholingsplan generalisten • Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging • Variatie in leermethoden Tijdslijn: • Opleidingsplan is opgeleverd en geaccordeerd in dec. 2024 • Plan gereed voor benodigde uitbreiding t.b.v. kennisnetwerken in juli 2025
Werkgroep Digitale Ondersteuning <i>CMIO's</i> <i>PZNL</i> <i>RSO</i>	OPGAVE	Faciliteren van transmurale samenwerking voor palliatieve patiënten middels digitale ondersteuning Doel: • Digitale ondersteuning bevordert transmurale samenwerking voor palliatieve patiënten. Uitgangspunten: • Samenwerken met RSO • Afstemmen met thema Digitalisering • Volgen van landelijke ontwikkelingen Minimale vereisten: • Databeschikbaarheid pzp/individueel zorgplan als eerste use case • MDO als tweede use case • Inzicht zorgnetwerk als derde use case • Volgen Monitoring symptoomlast als thema Digitalisering • Werken vanuit eigenapplicaties zonder dubbelregistraties • Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging

RANDVOORWAARDEN (vervolg)		
		Tijdslijn: - PZP databeschikbaarheid medische as + VVT in oktober 2025 - MDO-PZ ondersteuning medio 2026
Werkgroep passende financiering CZ Ziekenhuis Huisartsen VVT <i>Waar nodig aanvullen met andere sectoren</i>	OPGAVE	Met passende financiering bijdragen aan de borging van de transformatie Doel: Er is een kader geformuleerd voor passende financiering van de onderdelen uit KKPZ voor de betrokken sectoren. Uitgangspunten: Eerst wordt vastgesteld welke elementen van het gewenste zorgproces nog geen onderdeel zijn van passende financiering en op welke elementen er een obstakel is vanuit de afspraken met zorgverzekeraars. Vervolgens verkent de werkgroep de mogelijke aanpassingen per zorgsoort. Samen kiest de werkgroep de best passende (combinatie van) oplossing(en) en werkt deze verder uit, inclusief het uitsluiten van samenloop. Dit kader met benodigde aanpassingen van de inkoop wordt regionaal beschikbaar gesteld, zodat het in bilaterale onderhandelingen en de contracten meegenomen kan worden. De vastgelegde aanpassingen moeten opgenomen worden in de contracten van de betrokken zorgaanbieders met alle zorgverzekeraars. De contractafspraken zelf worden bilateraal gemaakt en de uitwerking van eventuele aanpassingen zijn geen onderdeel van dit transformatieplan. Voor een passende en dekkende financiering is het belangrijk dat zorgverzekeraars (met name bij de inhoudelijke afspraken) gelijkgericht handelen. Denk bijvoorbeeld aan afspraken over de inzet van technologie, de bekostiging van coördinerende taken zoals deelname aan MDO's, of de uitsluiting van palliatieve zorg in doelmatigheids-modellen. Vanuit landelijke knelpuntanalyses is bekend waar de huidige financiering nog niet passend is op de palliatieve zorg zoals beoogd in het Kwaliteitskader. Op basis hiervan hebben we al een aantal mogelijk benodigde aanpassingen in beeld, die onderzocht zullen worden door de werkgroep. Minimale vereisten: - Gelijkgerichtheid in contractafspraken over gezamenlijke elementen (bijv. Deelname MDO) - Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging Tijdslijn: - Zicht op regionale knelpunten per sector in kaart in december 2024 - Kader voor herziene contractafspraken gereed in juni 2025
Versterken Hospices		Opstellen van een plan voor versterken hospices in de regio Doel: Gezamenlijke hospices bevorderen op basis van een uitgewerkt plan de capaciteit, de kwaliteit en de samenwerking van hospicezorg. Minimale vereisten: - Benutten uitkomsten onderzoek Berenschot 2024 - Harmoniseren capaciteitstoewijzing met Zorgpunten - Duiding schaalgrootte per hospice t.b.v. efficiency - Advies over extramurale inzet vanuit hospices Tijdslijn: De hospices van Zuid-Limburg zullen waarschijnlijk in juni 2024 een subsidie voor een projectleider (voor de duur van 2024) aanvragen bij het NPPZ II. - Capaciteitstoewijzing herzien in januari 2025 - Duiding optimale schaalgrootte per hospice medio 2025 - Advies over extramurale inzet gereed eind 2025

RANDVOORWAARDEN (vervolg)**Werkgroep slimme inzet van capaciteit in de wijk**

Huisartsen
Wijkverpleging
Informele zorg
Thema Pluswijken
Thema Ouderen
Thema Arbeidsmarkt

OPGAVE**Werk een plan van aanpak uit voor slimme inzet van capaciteit in de eerste lijn om de transformatie daar arbeidsneutraal te laten verlopen****Doel:**

De transformatie verloopt arbeidsneutraal in de eerste lijn.

Uitgangspunten:

De in werkgroep Inhoud gedane inventarisatie nog breder uitzetten, om een volledig beeld te krijgen van wat voor alle organisaties in de eerste lijn toepasselijk is. Dit dient als voeding voor een plan van aanpak over hoe de verwachte extra vraag naar eerstelijns palliatieve zorg wordt opvangen. Voor dit plan van aanpak wordt eerst een longlist gemaakt van mogelijkheden om de capaciteit in de eerste lijn effectiever in te zetten en te verruimen. Hier is al een eerste aanzet voor gedaan (zie bijlage XXX). Daarbij zijn oplossingen in een vijftal categorieën te rubriceren:

- Technologie & hulpmiddelen
- Personele inzet
- Samenwerking & coördinatie
- Inzet van de rest van het zorglandschap
- Meer ruimte voor de zorgprofessional om keuzes te maken

Deze ideeën worden beoordeeld op haalbaarheid en impact.

Samen met de thema's Ouderen, Arbeidsmarkt en Pluswijken (van het transformatieplan Mijnstreek) wordt een aantal mitigerende maatregelen gekozen waarmee de regio aan de slag gaat. De afstemming hierover is de verantwoordelijkheid van het programmamanagementteam en de stuurgroep. Over de mitigerende maatregelen zullen haalbare afspraken gemaakt worden tussen alle betrokken organisaties, zodat gelijkgericht gewerkt wordt.

Minimale vereisten:

- Afstemming met thema's Ouderen, Pluswijken en Arbeidsmarkt
- Betrekken informele zorg als sector
- Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging

Tijdslijn:

- Verbreden basisinventarisatie gereed in januari 2025
- Afstemming over en keuze van top 3 interventies in maart 2025
- Start implementatie top 3 interventies in september 2025

METEN EN MONITOREN (vervolg)		
Werkgroep Meten en monitoren	OPGAVE	Het in kaart brengen van de voortgang van de transformatie aan de hand van de KPI's Doel: De voortgang van de transformatie is inzichtelijk aan de hand van vooraf vastgestelde Kritische Prestatie Indicatoren gerelateerd aan een tijdpad. Uitgangspunten: • Data worden verzameld met behulp van DOT-ZL • Er zijn zowel inspannings-, proces als resultaatgerichte KPI's Minimale vereisten: • Starten met een nul-meting/uitgangssituatie • Bepaal streefwaarden • Presenteer periodiek vervolgmetingen • Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging Tijdslijn: • Zie planning in hoofdstuk 7
Werkgroep Duiding van de KPI's in de context	OPGAVE	Verzamelde data uit Meten en monitoren worden inhoudelijk nader geduid door onderzoeksinstituten uit de regio Doel: Er is periodiek een inhoudelijke duiding van data uit KPI's gerelateerd aan wetenschappelijke bronnen. Uitgangspunten: • Universiteit Maastricht en Zuyd Hogeschool zijn betrokken bij periodieke en inhoudelijke duiding van de uitkomsten van de KPI's • Op basis van data via DOT-ZL Minimale vereisten: • Implementatieplan o.b.v. een SWOT- en stakeholderanalyse, planning met mijlpalen en een evaluatiecyclus t.b.v. borging Tijdslijn: • Volgend op de mijlpalenplanning van de KPI's: zie hoofdstuk 7

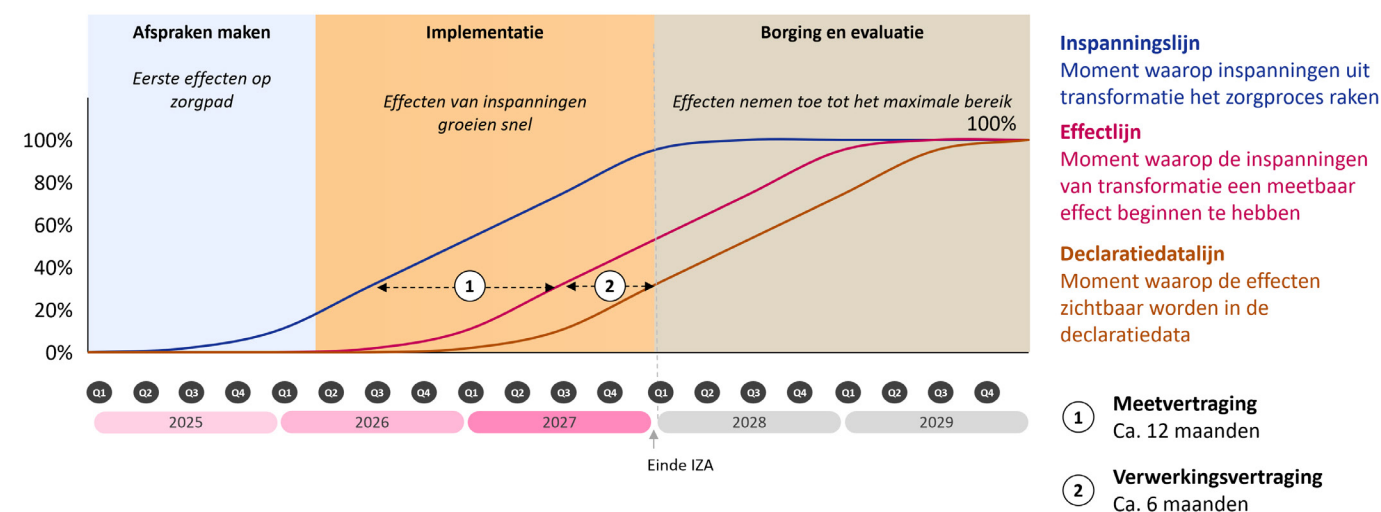
BIJLAGE VII

Ingroei van baten en relatie tot resultaatgerichte KPI's

De uitkomsten op resultaatgerichte KPI's zijn het effect van inspanningen gedurende de transformatieperiode. De mate waarin inspanningen effect hebben op de uitkomsten verschilt per type inspanning. Het opstellen van werkafspraken heeft bijvoorbeeld nog (bijna) geen direct effect op het zorgproces, het implementeren van deze werkafspraken heeft dit wel. Omdat de mix aan inspanningen verandert gedurende de transformatieperiode, nemen de effecten van deze inspanningen niet lineair toe (de inspanningslijn in Figuur 1). Daarnaast zit er een vertraging tussen de effecten en het moment dat deze effecten meetbaar zijn en zichtbaar worden in de declaratiedata (de effectlijn en de declaratiedatalijn in Figuur 1). In onderstaande tekst lichten we de rationale achter deze verschillende lijnen toe.

Deel van het maximale effect dat gerealiseerd wordt

[%]



De effecten van inspanningen nemen niet lineair toe

Grofweg kunnen we de transformatieperiode in 3 periodes opdelen met elk een eigen karakter, mix aan inspanningen en bijbehorende effecten op de resultaatgerichte KPI's.

Periode 1: Afspraken maken

In deze periode werken we het plan van aanpak per actielijn en deelonderwerp uit. Dit heeft naar verwachting weinig tot geen directe impact op de resultaten op KPI's. Ondertussen kunnen we wel direct beginnen aan het implementeren van signalering, markering en PZP. Hier zullen de eerste patiënten effecten van de inspanningen merken.

Periode 2: Implementatie

In deze periode gaan we verder met het implementeren van signalering, markering en PZP. Dit betekent dat steeds meer zorgprofessionals gaan werken volgens de gestelde werkafspraken. Hiernaast implementeren we in deze periode de coördinatie en continuïteit van zorg, de complexe casuïstiek en de overige actielijnen. Als gevolg hiervan groeien de effecten van de inspanningen op het zorgsysteem snel.

Periode 3: Borging

Aan het einde van de transformatie evalueren en borgen we de werkafspraken zowel regionaal als in organisaties. We verwachten dat door deze evaluaties de effectiviteit en het bereik van de inspanningen verder doorgroeit en het effect na de transformatieperiode het maximale bereik behaalt.

De mate waarin de inspanningen uit de transformatie effect hebben op het zorgsysteem hebben we weergegeven met de blauwe inspanningslijn in Figuur 1.

De effecten van inspanningen zijn pas later meetbaar of zichtbaar in declaratiedata

Deze effecten van inspanningen op het zorgproces te verbeteren zijn niet direct zichtbaar in de declaratiedata. Er is namelijk sprake van twee vertragende effecten:

- **Meetvertraging:** De gedragsverandering die we beogen vindt eerder in het zorgproces plaats, terwijl de effecten pas aan het einde van het leven zichtbaar en meetbaar worden. Markering en PZP-gesprekken vinden in principe zo'n 6 maanden tot een jaar voor het overlijden plaats. Of dit leidt tot minder (niet-passend) zorggebruik in de laatste levensmaanden is pas vast te stellen als de patiënt is overleden. Daarnaast is een observatieperiode van ca. 3 maanden nodig om betrouwbaar effecten te kunnen meten. Samen zorgt dit voor een meetvertraging van ca. 12 maanden.
- **Verwerkingsvertraging:** Het duurt ca. 6 maanden tot zorggebruik in het ziekenhuis zichtbaar is in de declaratiedata van zorgverzekeraars.

Deze twee vertragende effecten betekenen dat de effecten van de inspanningen op de resultaatgerichte uitkomst-KPI's pas na 12 maanden zichtbaar zijn in de data van zorgaanbieders (paarse effectlijn in Figuur 1). Nog ca. 6 maanden later zijn de inspanningen pas zichtbaar in de declaratiedata van zorgverzekeraars (bruine declaratielijn in Figuur 1).

Het gevolg hiervan is dat de uitkomsten die gemeten worden aan het einde van de transformatieperiode (Q4 2027) het effect zijn van de inspanningen 12 tot 18 maanden eerder (Q2 – Q4 2026).

Om er zeker van te zijn dat de transformatie ook echt haar doel bereikt gebruiken we daarom een mix van inspannings- en resultaatgerichte KPI's.

Eind 2028 wordt de maximale impact bereikt

Wanneer we deze rationale toepassen op de te verwachten impact op tweedelijns zorggebruik (jaarlijks 3.300 klinische ligdagen, 1.000 IC-dagen en 500 SEH-bezoeken) vermenigvuldigen we de maximale potentiële impact met de effectlijn (zie onderstaande tabel voor de uitkomsten). Eind 2028 bereikt de effectlijn het maximum, dit betekent dat we in 2029 op jaarbasis de maximale potentiële impact verwachten te realiseren.

	2025	2026	2027	2028	2029
Klinische ligdagen	0	194	1.382	2.784	3.300
IC bezoeken	0	59	419	844	1.000
SEH bezoeken	0	29	209	422	500

Tabel 1. Impact op zorggebruik per jaar

BIJLAGE VIII

Onderbouwing “zoveel mogelijk arbeidsneutraal”

We realiseren de transformatie zoveel als mogelijk arbeidsneutraal in de eerste lijn. De regio is ervan overtuigd dat diverse interventies uit deze transformatie resulteren in een dusdanige daling van de indirecte tijd in de eerste lijn, dat dit de benodigde tijd ten minste neutraliseert. Dit hoeft niet noodzakelijk vanaf week 1 van de transformatie het geval te zijn. Daarnaast implementeren we mitigerende maatregelen (zie paragraaf 4.8). Indirecte tijd is niet goed meetbaar en de eerstelijns zorg voor palliatieve patiënten is ten opzichte van het totaal te klein om dit betekenisvol te proberen te meten. Daarom onderbouwen we de overtuiging van de regio in de navolgende alinea en monitoren we de ervaring van zorgprofessionals gedurende de transformatie.

Met de transformatie palliatieve zorg verlichten we de druk op de eerste lijn langs drie wegen:

1. De juiste zorg op de juiste plaats: werkgroepen gaan 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. 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. Het verbeteren van de 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.



Indirecte tijd is niet goed meetbaar, en het aantal uren wijkverpleging in deze patientgroep t.o.v. totaal is te klein om dit betekenisvol te proberen; we monitoren wel ervaring van zorgprofessionals gedurende de transformatie

Kostenposten gevraagde IZA transformatiegelden	Toelichting	Bewijsstuk	Bedrag in EURO's		2024		2025		2026		2027		2028		2029		Bedrag in %	
Personele kosten Programmamangement																		
Programmamanager (Intern*)	"2024-Q1-2025: FWG65-9, 24 uur per week, co-financiering vanuit CZ (4 maanden) 2025-2027: FWG65-9/10/11/12, 24 uur per week"	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting																
Projectcoördinator (Intern*)	"2024-Q1 2025:: FWG50-4, 16 uur per week, co-financiering vanuit NPPZ ii 2025-2027: FWG50-4/5/6/7, 16 uur per week"	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting																
Ondersteuning Project Bureau Additionele gelden (Intern*)	"2024-Q1 2025: FWG60-13, 14 uur per week, co-financiering vanuit NPPZ ii 2025-2027: FWG60-13 22 uur per week (0,61 FTE)"	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting																
Inhouddeskundige kartrekkers (Intern*)	"2024-Q1 2025: 2 personen, 364 uur p.p. , €129/u 2025-2027: 2 personen, 264 uur p.p., €129/u "	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting																
Advisering door PZNL (Extern)	"2024- Q1 2025: 530 uur, €129/u, co-financiering vanuit NPPZ ii 2025: 274 uur, €129/u, co-financiering vanuit NPPZ ii"	Presentielijsten, urenregistraties of factuur																
Stuurgroep (Intern*)	"2024-Q1 2025: 9 personen, 322 uur, €129/u 2025-2027: 9 personen, 594 uur, €129/u"	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting																
Werkgroepen ter voorbereiding transformatieaanvraag (Intern* en Extern)	1359 uur, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting of factuur																
Strategisch adviseur (Intern* / Extern n.t.b.)	48 uur, €180/u	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting of factuur																
Trajectleider randvoorwaarden (Intern*/Extern n.t.b.)	1277 uur, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting of factuur																
Kosten netwerkondersteuning Zuid-Limburg (Extern)	Conform IZA-afspraken Zuid-Limburg	Factuur																

Tabel 1. Gevraagde IZA Transformatiegelden

Kostenposten gevraagde IZA transformatiegelden	Toelichting	Bewijsstuk	Bedrag in EURO's		2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027
Materiële kosten Programmamangement												
Optimaliseren Regionaal platform (Hello Sunshine)	Gebaseerd op kosten in project "de zorg die ik wens". Afbouw in kosten over de jaren ivm overgang realisatie naar onderhoud. 2025:100%, 2026: 50%, 2027: 30%.	Factuur										
Vergaderkosten programmamangement	"2025: Kick-off bijneekomst (+/- 100 personen) + Heidag (2dagen, 9 personen, op locatie inclusief catering). 2026: Heidag (2 dagen, 9 personen, op locatie inclusief catering) 2027: Afsluitende bijeenkomst (+/-100 personen)."	Factuur of interne doorbelasting										
Vergaderkosten stuurgroep	Vergaderruimtes, Catering, Reis- en parkeerkosten, 9 personen	Factuur of interne doorbelasting										
Representatiekosten (beheerd door programmamangementsteam)	195 mensen, €50,- p.p.	Factuur										
Patiënten- en naastenpanel	3x per jaar aansluiting bij werkgroep, 6 deelnemers. Vergoeding: 50 VVV-bonnen en reis-en parkeerkosten.	Declaratieformulier vrijwilligersvergoeding										
Personele kosten Communicatie												
Communicatieadviseur (Intern*/Extern n.t.b., coördinator)	1277 uur, €129,-, coördinerende rol	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting of factuur										
Communicatieadviseurs per organisatie (Intern*, facilitator)	1 per organisatie, 37 organisaties, 1184 uur, €129/u, faciliterende rol	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting										
Materiële kosten Communicatie												
Communicatiemateriaal	Nieuwsbrief, toolbox voor zorgprofessionals, infographic van de nieuwe werkwijze	Factuur										

Tabel 1. Gevraagde IZA Transformatiegelden

Kostenposten gevraagde IZA transformatiegelden	Toelichting	Bewijsstuk	Bedrag in EURO's	2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027
Personele kosten Inhoud&Implementatie											
Werkgroepen (Intern*)	4 werkgroepen, 3564 uur, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting									
Ondersteuners implementatie per organisatie (Intern*)	1 uur per maand, 1 persoon per organisatie, 37 organisaties, 1221 uur, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting									
Projectleider (Intern*/Extern n.t.b.)	1277 uur, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting of factuur									
Implementatiedeskundige (Extern)	Adviserend bij implementatievraagstukken vanuit werkgroepen, 66 uur, €129/u	Factuur									
Materiële kosten Inhoud&Implementatie											
Vergaderkosten werkgroepen	Vergaderruimtes, Catering, Reis- en parkeerkosten, 4 werkgroepen	Factuur of interne doorbelasting									
Personele kosten Meten&Monitoren											
Werkgroep meten en monitoren KPI's (Intern* en Extern)	7 personen, 693, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting of factuur									
Werkgroep duiding van KPI's in de context (Intern* en Extern)	7 personen, 693, €100/u	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting of factuur									
Senior specialist functioneel beheer (Intern*)	1 per organisatie, 18 organisaties, 288 uur, €56/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting									
Data analyst (Intern*)	1 per organisatie, 19 organisaties, 304 uur, €43/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting									
Inhoudsdeskundige per organisatie (Intern*)	1 per organisatie, 37 organisaties, 2442 uur, €100/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting									
Projectleider centraliseren data (Extern)	4689 uur, €129/u	Factuur									

Tabel 1. Gevraagde IZA Transformatiegelden

Kostenposten gevraagde IZA transformatiegelden	Toelichting	Bewijsstuk	Bedrag in EURO's	2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027
Materiële kosten Meten&Monitoren											
Vergaderkosten werkgroep	Vergaderruimtes, Catering, Reis- en parkeerkosten, 7 personen	Factuur of interne doorbelasting									
Personele kosten Digitale Ondersteuning											
Werkgroep digitale ondersteuning (Intern*)	6 personen, 594 uur, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting									
ICMT-medewerkers (Intern*)	1 persoon per organisatie, 37 organisaties, 3848 uur, €56/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting									
Projectleider digitalisering (Intern*/Extern n.t.b.)	2112 uur, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting of factuur									
Materiële kosten Digitale Ondersteuning											
Koppelingen	€75.000,- per koppeling, n=9.	Factuur									
Scholing in digitale veranderingen	Ontwikkel- en afname kosten + ondersteunende webinar	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting of factuur									
Vergaderkosten werkgroep	Vergaderruimtes, Catering, Reis- en parkeerkosten, 6 personen	Factuur of interne doorbelasting									
Personele kosten Passende Financiering											
Werkgroep Passende financiering (Intern*)	7 personen, 924, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting									
Projectleider (Intern*/Extern n.t.b.)	1277 uur, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting of factuur									
Materiële kosten Passende Financiering											
Vergaderkosten werkgroep	Vergaderruimtes, Catering, Reis- en parkeerkosten, 7 personen	Factuur of interne doorbelasting									

Tabel 1. Gevraagde IZA Transformatiegelden

Kostenposten gevraagde IZA transformatiegelden	Toelichting	Bewijstuk	Bedrag in EURO's	2025	2026	2027	Bedrag in %	2025	2026	2027
Personele kosten Deskundigheidsbevordering										
Werkgroep deskundigheidsbevordering (Intern*)	7 personen + onderwijsdeskundige, 528 uur, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting								
Voorbereiden en geven scholing huisartsen (Intern*)	Scholing bij 36 groepen, 2 personen, 567 uur, €100/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting								
Voorbereiden en geven scholing apothekers (Intern*)	Scholing bij 6 groepen, 2 personen, 96 uur, €100/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting								
Voorbereiden en geven scholing medisch specialisten/VSers en PAers/SOers (Intern*)	Scholing bij 32 groepen, 2 personen, 512 uur, €100/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting								
Voorbereiden en geven scholing informele zorg (Intern*)	Scholing bij 20 groepen, 2 personen, 320 uur, €100/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting								
Projectleider Deskundigheidsbevordering (Intern*/Externa n.t.b.)	330 uur, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting of factuur								
Vergoeding deelname leernetwerken	Max.3x bijeenkomsten per jaar, duur 1.5 uur. Jaar 1: 250 personen. Jaar 2: 500 personen. Jaar 3: 750 personen. Vergoeding: €55 p.p.	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting								
Compensatie vertrekkosten voor medewerkers die aan scholing deelnemen	Vergoeding jaar 1: 75%, Vergoeding jaar 2: 50%, Vergoeding jaar 3: 25%. 2250 personen per jaar, 4 uur p.p., €55/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting								

Tabel 1. Gevraagde IZA Transformatiegelden

Kostenposten gevraagde IZA transformatiegelden	Toelichting	Bewijsstuk	Bedrag in EURO's		2025	2026	2027	Bedrag in %	2025	2026	2027
			2024	2024							
Materiële kosten Deskundighedsbevordering											
Opleidingskosten opleiding adviserend verpleegkundigen (AVPZers)	50 personen per jaar, €2.900,- p.p.	Factuur									
Opleidingskosten Leergangen Palliatieve Zorg/KWF – plus (aandachtvelders)	150 personen per jaar, €1050,- p.p.	Factuur									
Opleidingskosten kaderarts opleiding	4 personen per jaar, €12.500,- p.p.	Factuur									
Scholingskosten specialisten palliatieve zorg (TOPAT)	3 personen per jaar, €12.500,- p.p.	Factuur									
Scholingskosten informele zorg	500 vrijwilligers, 2 uur per vrijwilliger, €25/u	Factuur									
Vergaderkosten werkgroep	Vergaderruimtes, Catering, Reis- en parkeerkosten, 7 personen	Factuur of interne doorbelasting									
Zaalhuur leernetwerkbijeenkomsten	3 bijeenkomsten per jaar, €1.500,- per bijeenkomst	Factuur									
Personele kosten Maatschappelijke Bewustwording											
Organiseren publieke bijeenkomsten (Extern*)	8 partijen vanuit het sociale domein, 792 uur, €129/u	Factuur									
Projectleider (expertise als communicatieadviseur) (Intern*/ Extern n.t.b.))	1277 uur, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting of factuur									
Checken- en ophalen output platform maatschappelijke bewustwording (Intern*)	528 uur, €67/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting									
Afstemmingsbijeenkomsten met gemeenten (Extern*)	726 uur, €129/u	Factuur									

Tabel 1. Gevraagde IZA Transformatiegelden

Kostenposten gevraagde IZA transformatiegelden	Toelichting	Bewijsstuk	Bedrag in EURO's	2024	2025	2026	2027	Bedrag in %	2024	2025	2026	2027
Materiële kosten Maatschappelijke Bewustwording												
Vergaderkosten publieke bijeenkomsten	2 bijeenkomsten per jaar, €1.500,- per bijeenkomst.	Factuur										
Spin-off vanuit landelijke campagne naar regionale uitvoering	€50.000 per jaar voor lokale zending, evt advertenties in lokale media, kranten, huis-aan-huis bladen, sociale media activiteiten, wachtkamerzendtijd bij huisartsen, toevoeging van lokale logo's en/of informatie door mediabureau.	Factuur										
Personele kosten Capaciteit Hospice												
Werkgroep Capaciteit Hospice en slimme inzet van capaciteit in de wijk (Intern*)	7 personen, 924 uur, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties of interne doorbelasting										
Projectleider Capaciteit Hospice en slimme inzet van capaciteit in de wijk (Intern*/Extern n.t.b.)	660 uur, €129/u	Presentielijsten, urenregistraties, interne doorbelasting of factuur										
Materiële kosten Capaciteit Hospice												
Vergaderkosten werkgroep	Vergaderruimtes, Catering, Reis- en parkeerkosten, 7 personen	Factuur of interne doorbelasting										
Totale kosten (excl. frictiekosten)												
Frictiekosten												
Totale kosten + indexatie (2,54%)** (Gevraagde IZA transformatiegelden)												

Tabel 1. Gevraagde IZA Transformatiegelden

Kostenposten eigen bijdrage	Toelichting	Bedrag in EURO's			
		2024	2025	2026	2027
Meten & Monitoren					
Senior specialist functioneel beheer per organisatie	1 per organisatie, 18 organisaties, 504 uur, €56/u				
Data analist per organisatie	1 per organisatie, 19 organisaties, 539 uur, €43/u				
Deskundigheidsbevordering					
Compensatie verletkosten voor medewerkers die aan scholing deelnemen (25%, 50%, 75%)	Eigen bijdrage jaar 1: 25%, Eigen bijdrage jaar 2: 50%, Eigen bijdrage jaar 3: 75%. 2250 personen per jaar, 4 uur p.p., €55/u				
e-learning generalisten	2000 generalisaten per jaar, 3 jaar, €65 p.p.				
Scholingsmateriael en ruimtes + catering (huisartsen, apothekers, medisch specialisten, informele zorg)	€1500,- zaalverhuur + catering per bijeenkomst, 92 bijeenkomsten + €2.400,- drukwerkkosten.				
Opleiding adviserend verpleegkundigen (AVPZers)	€2900,- opleidingskosten p.p., 50 deelnemers per jaar, 3 jaar. Jaar 1 uit subsidie, jaar 2 50% eigen bijdrage, jaar 100% eigen bijdrage.				
Leergangen Palliatieve Zorg/KWF – plus (aandachtsvelders)	€1050,- opleidingskosten p.p., 150 deelnemers per jaar, 3 jaar. Jaar 1 uit subsidie, jaar 2 50% eigen bijdrage, jaar 100% eigen bijdrage.				
Maatschappelijke bewustwording					
2 personen vanuit netwerken/inhoudsdeskundigen.	2 personen, 9 uur p.p., €129/u				
Totaal					

Tabel 2. Overzicht van eigen bijdrage

Kostenposten gevraagde IZA transformatiegelden	2024	Q1 2025	Q2 2025	Q3 2025	Q4 2025	Q1 2026	Q2 2026	Q3 2026	Q4 2026	Q1 2027	Q2 2027	Q3 2027	Q4 2027
Personele kosten Programmamanagement													
Programmamanager													
Projectcoördinator													
Ondersteuning Project Bureau Additionele gelden													
Inhoudskundige kartrekkers													
Advisering door PZNL													
Stuurgroep													
Werkgroepen ter voorbereiding transformatieaanvraag													
Strategisch adviseur													
Trajectleider randvoorwaarden													
Kosten netwerkondersteuning Zuid-Limburg													
Materiële kosten Programmamanagement													
Optimaliseren Regionaal platform (Hello Sunshine)													
Vergaderkosten programmamanagement													
Vergaderkosten stuurgroep													
Representatiekosten (beheerd door programmamanagementteam)													
Patiënten- en naastenpanel													

Tabel 3. Detailbegroting opgesplitst in kwartalen

Kostenposten gevraagde IZA transformatiegelden	2024	Q1 2025	Q2 2025	Q3 2025	Q4 2025	Q1 2026	Q2 2026	Q3 2026	Q4 2026	Q1 2027	Q2 2027	Q3 2027	Q4 2027
Personele kosten Communicatie													
Communicatieadviseur													
Communicatieadviseurs per organisatie													
Materiële kosten Communicatie													
Communicatiemateriaal													
Personele kosten Inhoud&Implementatie													
Werkgroepen													
Ondersteuners implementatie per organisatie													
Projectleider													
Implementatiedeskundige													
Materiële kosten Inhoud&Implementatie													
Vergaderkosten werkgroepen													

Tabel 3. Detailbegroting opgesplitst in kwartalen

Kostenposten gevraagde IZA transformatiegelden	2024	Q1 2025	Q2 2025	Q3 2025	Q4 2025	Q1 2026	Q2 2026	Q3 2026	Q4 2026	Q1 2027	Q2 2027	Q3 2027	Q4 2027
Personele kosten Meten&Monitoren													
Werkgroep meten en monitoren KPI's	€ 0												
Werkgroep duiding van KPI's in de context	€ 0												
Senior specialist functioneel beheer	€ 0												
Data analyst	€ 0												
Inhoudskundige per organisatie	€ 0												
Projectleider centraliseren data	€ 0												
Materiële kosten Meten&Monitoren													
Vergaderkosten werkgroep	€ 0												
Personele kosten Digitale Ondersteuning													
Werkgroep digitale ondersteuning	€ 0												
ICMT-medewerkers	€ 0												
Projectleider digitalisering	€ 0												
Materiële kosten Digitale Ondersteuning													
Koppelingen	€ 0												
Scholing in digitale veranderingen	€ 0												
Vergaderkosten werkgroep	€ 0												

Tabel 3. Detailbegroting opgesplitst in kwartalen

Kostenposten gevraagde IZA transformatiegelden	2024	Q1 2025	Q2 2025	Q3 2025	Q4 2025	Q1 2026	Q2 2026	Q3 2026	Q4 2026	Q1 2027	Q2 2027	Q3 2027	Q4 2027
Personele kosten Passende Financiering													
Werkgroep Passende financiering	€ 0												
Projectleider	€ 0												
Materiële kosten Passende Financiering													
Vergaderkosten werkgroep	€ 0												
Personele kosten Deskundigheidsbevordering													
Werkgroep deskundigheidsbevordering	€ 0												
Voorbereiden en geven scholing huisartsen	€ 0												
Voorbereiden en geven scholing apothekers	€ 0												
Voorbereiden en geven scholing medisch specialisten/VSers en PAers/SOers	€ 0												
Voorbereiden en geven scholing informele zorg	€ 0												
Projectleider Deskundigheidsbevordering	€ 0												
Vergoeding deelname leernetwerken	€ 0												
Compensatie verletkosten voor medewerkers die aan scholing deelnemen	€ 0												

Tabel 3. Detailbegroting opgesplitst in kwartalen

Kostenposten gevraagde IZA transformatiegelden	2024	Q1 2025	Q2 2025	Q3 2025	Q4 2025	Q1 2026	Q2 2026	Q3 2026	Q4 2026	Q1 2027	Q2 2027	Q3 2027	Q4 2027
Materiële kosten Deskundigheidsbevordering													
Opleidingskosten opleiding adviserend verpleegkundigen (AVPZers)	€ 0												
Opleidingskosten Leergangen Palliatieve Zorg/KWF – plus (aandachtsvelders)	€ 0												
Opleidingskosten kaderarts opleiding	€ 0												
Scholingskosten specialisten palliatieve zorg (TOPAT)	€ 0												
Scholingskosten informele zorg	€ 0												
Vergaderkosten werkgroep	€ 0												
Zaalhuur leernetwerkbijskomsten	€ 0												
Personele kosten Maatschappelijke Bewustwording													
Organiseren publieke bijskomsten	€ 0												
Projectleider (expertise als communicatieadviseur)	€ 0												
Checken- en ophalen output platform maatschappelijke bewustwording	€ 0												
Afstemmingsbijskomsten met gemeenten	€ 0												

Tabel 3. Detailbegroting opgesplitst in kwartalen

Kostenposten gevraagde IZA transformatiegelden	2024	Q1 2025	Q2 2025	Q3 2025	Q4 2025	Q1 2026	Q2 2026	Q3 2026	Q4 2026	Q1 2027	Q2 2027	Q3 2027	Q4 2027
Materiële kosten													
Maatschappelijke Bewustwording													
Vergaderkosten publieke bijeenkomsten													
Spin-off vanuit landelijke campagne naar regionale uitvoering													
Personele kosten Capaciteit Hospice													
Werkgroep Capaciteit Hospice en slimme inzet capaciteit in de wijk													
Projectleider Capaciteit Hospice en slimme inzet capaciteit in de wijk													
Materiële kosten Capaciteit Hospice													
Vergaderkosten werkgroep													
Totale kosten (excl. frictiekosten)													
Frictiekosten IC-dagen													
Totale kosten + indexatie (2,54%) ** (Gevraagde IZA transformatiegelden)													

Tabel 3. Detailbegroting opgesplitst in kwartalen

BIJLAGE X

Stakeholders en organisaties betrokken bij het transformatieplan palliatieve zorg Mijnstreek

Naam		Sector
1	Ambulancezorg Limburg	ROAZ
2	Buurtzorg	Thuiszorg
3	Buurtzorg Bronnerhof	Thuiszorg
4	Cicero Zorggroep	Thuiszorg
5	CSZL	Thuiszorg
6	Delphinium Zorg	Thuiszorg
7	Meander Groep Zuid-Limburg	Thuiszorg
8	Vivantes zorggroep	Thuiszorg
9	Zuyderland Thuiszorg	Thuiszorg
10	Toon Hermans Huis (Sittard en Heerlen)	Informele zorg
11	Vrijwilligers Palliatieve Zorg (VPTZ)_organisatie Ruggesteun	Informele zorg
12	Vrijwilligers Palliatieve Zorg (VPTZ)_organisatie Patiens	Informele zorg
13	Vrijwilligers Palliatieve Zorg (VPTZ)_organisatie De Brug	Informele zorg
14	Knooppunt Informele Zorg Westelijke Mijnstreek	Informele zorg
15	Centrum voor Informele Zorgondersteuning Parkstad	Informele zorg
16	Zuyderland Medisch Centrum	Ziekenhuis
17	Cicero Zorggroep	Verpleeghuis
18	Meander Groep Zuid-Limburg	Verpleeghuis
19	Verpleeghuis Bergweide	Verpleeghuis
20	Sevagram	Verpleeghuis
21	Vivantes Zorggroep	Verpleeghuis
22	Zuyderland Zorgcentra	Verpleeghuis
23	Vitalis Parc Imstenrade	Verpleeghuis
24	Vlinderhof	Hospices
25	Mantelhof	Hospices
26	Zorghuis/ Osiris	Hospices
27	Daniken	Hospices
28	Mariaveld	Hospices
29	Bronnerhof	Hospices
30	Mondriaan voor Geestelijke Gezondheid (Ouderenzorg)	Overig
31	SGL-zorg voor mensen met NAH	Overig
32	HOZL	Huisartsenzorg
33	HaCo West-Medita-MCC Omnes	Huisartsenzorg
34	Regionale apothekers via het apothekersoverleg palliatieve zorg	Apotheek
35	Gemeenten Oostelijk Zuid-Limburg en Westelijke Mijnstreek	Gemeente
36	Gemeenten Westelijke Mijnstreek	Gemeente
37	CZ	Zorgkantoor-zorgverzekeraar



Transformatieplan Palliatieve Zorg in de Mijnstreek