

Werkboek Transformatie Palliatieve Zorg Drenthe en Steenwijkerland

Opdrachten voor de werkgroepen transformatie palliatieve zorg & ACP



Maart 2025

Auteurs:

Harmiene Gommans

Hennita Schoonheim

Renske Kok

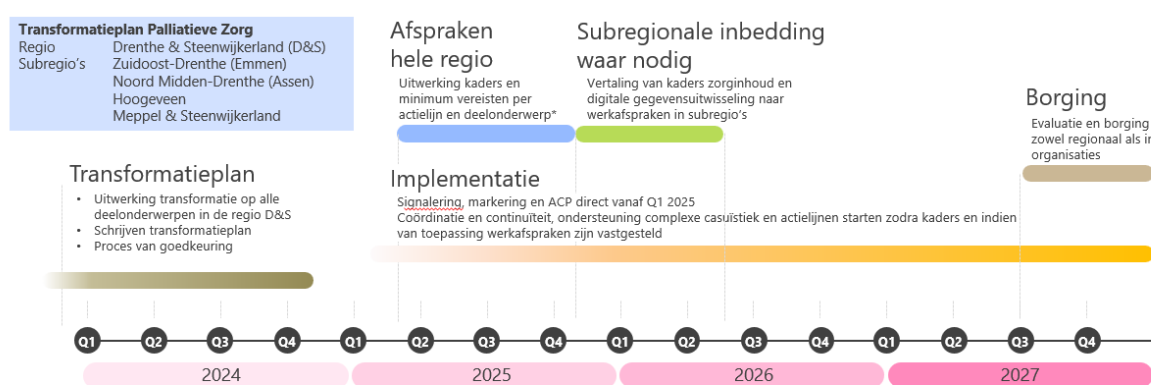
Inhoud

Inleiding	3
1 Afspraken op alle niveaus	5
1.1 Aansluiting PZ in kernteams	5
1.2 Inzet van specialisten PZ	8
1.3 Verbinding sociaal domein en gemeenten	10
1.4 Acute zorg	12
1.5 Wijkverpleging	14
1.6 Specifieke doelgroepen	16
1.7 Capaciteit en kwaliteit hospice zorg	18
1.8 Versterken inzet vrijwilligers	20
1.9 Implementatie proactieve zorgplanning en transmurale samenwerking	22
1.10 Farmacie	24
2 Maatschappelijke Bewustwording	26
3 Deskundigheidsbevordering	28
4 Digitale ondersteuning	30
5 Passende financiering	33
6 Spiegel- en stuurinformatie	35

Inleiding

In het transformatieplan versie 2.2 staat beschreven wat de transformatie palliatieve zorg & ACP in Drenthe & Steenwijkerland (vanaf hier: de transformatie) inhoudt en hoe deze uitgevoerd gaat worden. De transformatie vorm krijgt via de Werkgroep Zorginhoud en de projectleiders Actielijnen Benodigdheden. Deze Werkgroep en projectleiders werken eerst de regionale kaders uit, bestaande uit een set uitgangspunten en minimumeisen, die gezamenlijk definiëren hoe goede palliatieve zorg volgens het Kwaliteitskader er in onze regio uit moet zijn. Na vaststelling in de Stuurgroep vertalen zij deze, waar nodig, vervolgens op subregionaal niveau naar concrete werkafspraken.

De globale planning van de transformatie en de uitwerking van de kaders en subregionale inbedding is weergegeven in Figuur 1.



Figuur 1 Globale planning van transformatie palliatieve zorg

Voor elk van de deelonderwerpen is een set aan uitgangspunten en minimale eisen geformuleerd. Ook zijn globale implementatiestappen en mogelijke raakvlakken met lopende trajecten uitgewerkt. Gezamenlijk geeft dit de “opdracht” waarmee de Werkgroep Zorginhoud en de projectleiders Actielijnen Benodigdheden aan de slag kunnen. Met de vaststelling van de inhoud van dit werkboek door de stuurgroep wordt KPI 3 behaald.

Het werkboek is een “levend document” dat gedurende de transformatie aangescherpt en geüpdatet wordt. Zo is de input van de deelnemers tijdens de startbijeenkomst op 11 februari 2025 ook meegenomen. Na vaststelling worden impactvolle wijzigingen aan de stuurgroep voorgelegd.

De opdrachten voor elk van de werkgroepen zijn opgenomen in dit document, gesorteerd per actielijn zoals weergegeven in paragraaf 4.4 van het transformatieplan, volledigheidshalve hieronder nogmaals weergegeven in Figuur 2 en de uitsplitsing van afspraken op alle niveaus zoals weergegeven in Figuur 3.

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

Figuur 2 werkprogramma transformatie palliatieve zorg Drenthe & Steenwijkerland

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

Figuur 3 werkprogramma transformatie palliatieve zorg Drenthe & Steenwijkerland

Met het opleveren van de zorginhoudelijke kaders (de blauwe onderdelen zoals genoemd in Figuur 3) wordt KPI 7 behaald. De deadline voor deze KPI is december 2025. Het opleveren van het plan voor subregionale inbedding (de lichtgroene onderdelen in Figuur 2 en Figuur 3) staat in juni 2026 gepland (KPI 16). Tot slot, wordt in december 2027 met het opleveren van de evaluatie en het borgingsplan (bruine onderdelen uit Figuur 2 en Figuur 3) voldaan aan KPI 29.

1 Afspraken op alle niveaus

1.1 Aansluiting PZ in kernteams

1.1.1 Uitgangspunten

- Voor de implementatie van het kwaliteitskader PZ worden geen nieuwe eerstelijns MDO's ingericht maar wordt aangesloten bij bestaande MDO's van de kernteams bij de huisartspraktijken. De coördinatoren kernteams (CK) krijgen een uitbreiding van hun huidige rol ten aanzien van het palliatieve zorgproces (o.a. signaleren, markeren en het volgen van de palliatieve patiënt en leren van casuïstiek).
- De MDO's spelen een centrale rol in de coördinatie en continuïteit van ACP en palliatieve zorg op de vier dimensies van palliatieve zorg.
- De werkwijze van de MDO's is in lijn met de PATZ methodiek.
- De uitkomsten van onderzoeken, behandelingen, markering van de palliatieve fase en ACP-gesprekken die in de 2^e lijn zijn gevoerd worden gecommuniceerd naar de huisarts, vanaf dat moment is de huisarts de regiebehandelaar PZ. Deze legt de afspraken op uniforme wijze in het ACP plan vast in VIPLive.
- Signalen t.b.v. markering van andere (zorg)professionals over patiënten worden doorgegeven aan de huisarts/poh
- Markering van de palliatieve fase wordt geregistreerd bij de huisartsenpraktijken. Het kernteam benoemt in samenspraak met specialisten PZ het team en eerste aanspreekpunt voor de patiënt en naasten.
- Als huisartsen een patiënt markeren als palliatief dan starten zij communicatie op naar relevante betrokken (zorg)professionals in de 0^e, 1^e en 2^e lijn als de patiënt daar onder behandeling is. De HAP en SEH kunnen de informatie inzien als het ACP plan in VIPLive goed gevuld is.
- Uitgangspunt is monitoring van de palliatieve patiënt en een adequate samenwerking en communicatie tussen de 0^e, 1^e en 2^e lijn ontstaat.
- De bestaande signaleringskaart, het stappenplan ACP en het kwaliteitskader palliatieve zorg vormen het startpunt voor de kernteams. Vervolgens zijn de tools op www.voorbereidinglaatstelevensfase.nl beschikbaar en op www.palliaweb.nl de richtlijn en gesprekskaart proactieve zorgplanning.
- Deskundigheidsbevordering gesprekstechnieken ACP worden door het NPZ Drenthe & Steenwijkerland of op maat voor organisaties georganiseerd
- Door bereikbaarheid en beschikbaarheid van specialisten PZ voor de kernteams is tijdig advies en consultatie bij casuïstiek van laag-complex tot complex geborgd.
- In de werkwijze van de kernteams wordt de inzet en expertise van geestelijk verzorgers (www.nvl.nu), apothekers en vrijwilligers terminale zorg (informele zorg) meegenomen. Apothekers kijken proactief mee met de eventuele afbouw van medicatie en/of inzet van de palliakit bij palliatief gemarkeerde patiënten.
- Ook het monitoren van overbelasting mantelzorgers krijgt een plaats in de werkwijze kernteams huisartspraktijken.
- Het opzetten van een (transmuraal) moreel beraad.
- Afspraken worden afgestemd met ziekenhuis als er sprake is van 1^e en 2^e lijnszorg

1.1.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

Werk een basiskader uit waarin in ieder geval is opgenomen:

- minimale verantwoordelijkheden, activiteiten van de betrokken generalistische zorgverleners (0^e, 1^e en 2^e lijn), inclusief de kernteams en met specifieke aandacht voor overdrachtsmomenten
- afspraken over minimale benodigde communicatie tussen zorgverleners (ook t.b.v. voor signalering en markering)
- afspraken over het kiezen van een centraal aanspreekpunt
- wijze van versterking van de kernteams en de kernteamcoördinator (hierbij is oog en aandacht voor draagkracht en het gevoel van leiderschap/ eigenaarschap in het kernteam)
- inclusief adequate samenwerking met 0^e, 1^e en 2^e lijn,
- inzet vrijwilligers (informele zorg)
- betrokkenheid patiënt en naaste (o.a. bij mdo)
- hoe moreel beraad in de regio wordt ingezet. en wordt aandacht besteed aan de wijze waarop de patiënt en naaste betrokken wordt
- hoe acute situaties zoveel mogelijk voorkomen worden (o.b.v. Input werkgroep acute zorg)

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

huisartsenpraktijken (incl. poh), Dokter Drenthe, specialisten PZ (1e lijn en 2e lijn), coördinatoren kernteams, wijkverpleging, 2^e lijn, apotheken

Aandachtspunten

- Aansluiten bij en gebruik maken van bestaande MDO's (zkn / intramurale zorginstellingen / hospice), betrokkenheid huisarts bij zkn MDO en medisch specialist/casemanager bij kernteam
- transmuraal overleg 2 kanten op (afspraken over maken)
- Zijn er beperkingen vanuit de AVG?
- Zorg bij patiënten in woonzorgcentra (met verantwoordelijkheid onder de ha). In praktijk is niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk is.

1.1.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht

Per subregio vertalen minimaal 2 koploper kernteams de minimale verantwoordelijkheden en activiteiten naar samenwerkingsafspraken in de betreffende subregio.

Uit de samenwerkingsafspraken blijkt duidelijk:

- wie, wanneer, waarvoor verantwoordelijk is
- hoe informatie gedeeld wordt (met welk communicatiesysteem (i.s.m. projectleider / WG digitale gegevensuitwisseling)

Aandachtspunten

- zoveel mogelijk generiek houden anders wordt het ingewikkeld voor organisaties die in meerdere subregio's actief zijn

1.1.4 Implementatiestappen regionaal

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

1.1.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

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

1.1.6 Projectleiding

Implementatieprojectleider Dokter Drenthe (huisartsenzorg)

1.2 Inzet van specialisten PZ

1.2.1 Uitgangspunten

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

1.2.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

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

Aandachtspunten

- Aandacht voor onbewust onbekwaam en deskundigheidsbevordering (i.s.m. werkgroep deskundigheidsbevordering)

- Impact van transmurale inzetbaarheid voor personele capaciteit bij de betrokken organisaties en beschikbaarheid

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

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

1.2.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht

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

Uit de samenwerkingsafspraken blijkt duidelijk:

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

Aandachtspunten

- zoveel mogelijk generiek houden anders wordt het ingewikkeld voor organisaties die in meerdere subregio's actief zijn

Deelnemende partijen

Minimaal 2 specialisten PZ, coördinator(s) kernteam(s), generalisten uit de diverse werkomgevingen

1.2.4 Implementatiestappen regionaal

Per subregio uitrol van samenwerkingsafspraken over de inzet van de specialisten PZ met aandacht voor communicatie en bekendheid van de specialisten PZ.

1.2.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

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

1.2.6 Projectleiding

Nog nader te bepalen

1.3 Verbinding sociaal domein en gemeenten

1.3.1 Uitgangspunten

- Sociaal domein en gemeenten zijn vertegenwoordigd in de stuurgroep/ DB
- Sociaal domein is vertegenwoordigd in de kernteams
- De rol van het sociale domein (in de hele palliatieve fase) wordt uitgewerkt. We denken hierbij in ieder geval aan de rol sociaal domein:
 - o Bij de signalering (kennis van de kwetsbare doelgroep)
 - o in de kernteams op het onderwerp palliatieve zorg, waarbij deze kan ondersteunen of bemiddelen bij maatschappelijke of sociale problematiek en juiste professional inzetten
 - o in de verbinding tussen organisaties in de informele (terminale) zorg,
 - o m.b.t. bewustwording en mantelzorgondersteuning
- Geleerde lessen van landelijke en regionale pilots worden meegenomen, waaronder zorgzame gemeenschappen en Gezonde Marke

1.3.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

Uitwerken rol sociaal domein in palliatieve zorg, inclusief draagvlak bij betrokken gemeentes. Hierbij wordt ook meegenomen wat de rol is van gemeenten bij bewustwording van inwoners en WMO-consulenten en of/hoe gemeenten opdracht geven aan het sociaal domein

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

Afvaardiging kernteams, huisartsen, wijkverpleging, projectleider sociaal domein, beleidsadviseurs gemeenten, welzijn, inwonersvertegenwoordigers

Aandachtspunten

- Afbakening en definitie van sociaal domein wordt uitgewerkt (met aandacht voor taken en activiteiten van welzijn, wmo en gemeenten).
- Mogelijke rol voor sociaal domein bij rouw en nazorg

1.3.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht

Duidelijke verdeling van de taken en verantwoordelijkheden van de kaders naar de regio specifieke situatie en partijen

Per subregio

Lokale afvaardiging huisartspraktijken, wijkverpleging, sociaal domein

Deelnemende partijen: afvaardiging huisartspraktijken, wijkverpleging, sociaal domein, projectleider sociaal domein

1.3.4 Implementatiestappen regionaal

Opdracht

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

1.3.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Domein overstijgend samenwerken (DOS)

1.3.6 Projectleiding

Implementatieprojectleider sociaal domein

1.4 Acute zorg

1.4.1 Uitgangspunten

- Markering en registratie van de palliatieve fase bij de huisartsenpraktijken leidt tot proactieve zorgplanning, met inzet van de specialist PZ bij markering en proactieve zorgplanning en complexe casuïstiek waarmee acute achteruitgang gesignaleerd gaat worden.
- Gegevens over ACP-afspraken worden vastgelegd in het ACP plan in VIPLive en zijn inzichtelijk voor de HAP. In ontwikkeling ook voor de SEH, de ambulancedienst, de meldkamer Noord Nederland, acute wijkverplegingsteams en medisch specialisten (ontwikkeling Zorgviewer door Rivo Noord)
- Bij vastgelegde ACP-afspraken wordt de patiënt en naasten verzocht in eerste instantie bij verwachte (maar alsnog acute) achteruitgang de HAP of zorgcentrale te bellen i.p.v. 112 (verder uit te werken wanneer welke lijn bellen)¹
- Planbare activiteiten (morphinepomp, palliatieve sedatie) worden zoveel mogelijk overdag gestart in plaats van in de avond met de HAP
- Bij (complexe) palliatieve casuïstiek waarbij (hoofd)behandelaarschap ligt bij de medisch specialist in het ziekenhuis is er nauw contact met de huisartsenpraktijk en andere disciplines over mogelijke complicaties en risico's.

1.4.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

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

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

ROAZ, ziekenhuizen (SEH), huisartsenpraktijken (HAP), specialisten PZ, wijkverpleging, Ambulancezorg, Zorgcentrale, Ambulancemeldkamer

Aandachtspunten

Tot digitale ondersteuning dekkend is: afspraken met versiedatum zijn op papier aanwezig bij de cliënt (naast digitaal)

¹ Zie ook: <https://www.youtube.com/watch?v=2cFiHXUjrSs>

1.4.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht

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

Uit de samenwerkingsafspraken blijkt duidelijk:

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

Per subregio deelnemende partijen

ROAZ, ziekenhuizen (SEH), huisartsenpraktijken (HAP), specialisten PZ, wijkverpleging

1.4.4 Implementatiestappen regionaal

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

1.4.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- ROAZ

1.4.6 Projectleiding

Implementatieprojectleider Dokter Drenthe (diverse organisaties)

1.5 Wijkverpleging

1.5.1 Uitgangspunten

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

1.5.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

Regio breed worden de (kwaliteits)eisen voor leveren van palliatieve zorg uitgewerkt voor organisaties die wijkverpleging leveren met duidelijke procesafspraken regio breed en conform het kwaliteitskader PZ

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

Organisaties wijkverpleging, specialisten PZ, zorgverzekeraars, VVT

Aandachtspunten

- Maak zo concreet mogelijk: wat moet je kunnen
- Werk uit wat als een organisatie dat niet kan
- Hoe wordt getoetst aan de praktijk? Hoe ga je om met personele wisselingen?
Genoemde ideeën:
 - o een keurmerk met toetsing eens in de 2 jaar?
 - o KPI's afspreken (big register koppelen aan kwaliteitsregister)
 - o Eenduidige richtlijn binnen organisaties hoe palliatieve zorg weg te zetten in het ECD
- Maar: geen vinklijstjes erbij!
- Hoe om te gaan met onderaanbesteding van specifieke zorgactiviteiten? En samenwerkingen ikv continuïteit?
- Maak afspraken over vooruitkijken (ikv continuïteit): bij start van de zorg houdt de wkv organisatie rekening met verslechtering verderop in het proces en dat hier capaciteit en kwaliteit voor beschikbaar is

- Neem VVT mee (want intramuraal en wijk wordt steeds meer samengevoegd (MPT / VPT) & geleverd door één organisatie)

1.5.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht

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

Deelnemende partijen organisaties wijkverpleging, dokter Drenthe, huisartsen

Aandachtspunten

Gebruik maken van reeds ontwikkelde leidraad / instrumenten. Voorbeeld: wegwijzer proactieve zorgplanning in de wijkverpleging van Icare

1.5.4 Implementatiestappen regionaal

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

1.5.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

Regionale samenwerkingsverbanden zoals Samen Zorg Assen, Samen Sterk in de regio

1.5.6 Projectleiding

Implementatieprojectleider Dokter Drenthe (diverse organisaties)

1.6 Specifieke doelgroepen

1.6.1 Uitgangspunten

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

1.6.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

- Kiezen van doelgroepen waarvoor aanvullende samenwerkingsafspraken nodig zijn, met in het bijzonder aandacht voor doelgroepen met niet volledige wilsbekwaamheid
- per specifieke doelgroep (zoals ggz, verstandelijk gehandicapten, 18-/18+, andere culturen) wordt geadviseerd of aanvullende kaders t.b.v. verantwoordelijkheden en activiteiten en scholing nodig is
- Indien aanvullende kaders nodig zijn, dan worden deze uitgewerkt.
- Voor de doelgroep 18-/18+ wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan een soepele overgang van jeugd naar volwassenenzorg

Aandachtspunten

- Betrek vrijwillige tolken Steenwijkerland, Pharos en project "goed begrepen" 2025 WZA en twee huisartspraktijken
- Mogelijke doelgroepen: laaggeletterden, cultuurverschillen, kinderen

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

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

1.6.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

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

Uit de samenwerkingsafspraken blijkt duidelijk:

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

1.6.4 Implementatiestappen regionaal

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

1.6.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

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

1.6.6 Projectleiding

Nog nader te bepalen

1.7 Capaciteit en kwaliteit hospice zorg

1.7.1 Uitgangspunten

- De huidige hospices en palliatieve units in Drenthe & Steenwijkerland werken volgens het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- De huidige hospices en palliatieve units gaan samenwerken aan de vraagstukken die er liggen op gebied van capaciteit, kwaliteit en financiering. De huidige voorzieningen moeten voorbereid zijn op de toekomstige vraagstukken en samen uitwerken wat de benodigde capaciteit is in de komende vijf á tien jaar en hoe dat gerealiseerd zou kunnen worden. Hierbij houden ze ook rekening met doelgroepen, zoals VG en GGZ. Op Ligare niveau wordt afgestemd of voor deze doelgroepen een aparte hospice voorziening gewenst is en op welk regio niveau.
 - o Capaciteit verpleegzorg VVT / ELV palliatief
 - o Samenwerken of afspraken maken met VVT organisaties over capaciteit en kwaliteit om alle terminale patiënten op te kunnen pakken. 1^e overleg VVT is geweest, hier wordt vervolg aan gegeven
- Er wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van al uitgevoerde onderzoeken, zoals het rapport Berenschot en rapport HHM naar capaciteit hospicezorg dat in mei 2024 opgeleverd wordt.
- De hospices en palliatieve units pakken hun rol op in signalering van verbeterpunten in het palliatieve zorgproces voordat een patiënt opgenomen is. Hun bevindingen en verbeterpunten geven zij terug aan de verwijzers zodat er een lerend effect ontstaat m.b.t. palliatieve zorg en proactieve zorgplanning.

1.7.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

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

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

De vijf hospices en twee palliatieve units, Icare, huisartsen, Acanthis, wijkverpleegkundigen, vertegenwoordiging VVT/ELV palliatief

1.7.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

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

1.7.4 Implementatiestappen regionaal

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

1.7.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

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

1.7.6 Projectleiding

Implementatieprojectleider Dokter Drenthe (diverse organisaties)

1.8 Versterken inzet vrijwilligers

1.8.1 Uitgangspunten

- In de kernteams huisartspraktijken wordt bij iedere palliatieve patiënt: de inzet van vrijwilligers terminale zorg (VPTZ) besproken en overbelasting van mantelzorgers die zorgen voor een naaste die palliatief is gemonitord. De uitwerking hiervan valt onder 1.1.
- Ook op andere plekken in het zorgproces van palliatieve patiënten is aandacht voor inzet vrijwilligers terminale zorg nodig, zoals bijvoorbeeld bij MDO van het ziekenhuis.
- Verbinding van VPTZ-organisaties met het sociale domein is nodig; informele zorg om verwijzingen heen en weer te kunnen realiseren, kennis te delen en mogelijk samen te werken in het kader van werven en opleiden van vrijwilligers.

1.8.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

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

Aandachtspunten

- Heel duidelijk maken wat mag/kan vrijwilliger en wat niet. Het moet wel passend blijven.
- Bekendheid bij bijv. transfer vpk ziekenhuis, wmo, opleiders, wijkverpleging, verpleeghuizen, zorg belang Drenthe, wensambulance etc. , Icare "gewoon thuis" ontlasting mantelzorg ook buiten de wlz (denk in mogelijkheden)
- Vrijwilligers palliatieve fase meenemen, niet alleen stervensfase
- Regionale bekendheid (patiënten perspectief)

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

Acanthis, Terminale Thuishulp Steenwijkerland, Welzijnsorganisaties, gemeenten, kernteams huisartspraktijken, ziekenhuizen

1.8.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

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

1.8.4 Implementatiestappen regionaal

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

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

1.7.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

Werkgroep informele zorg Gezonde Marke

1.8.6 Projectleiding

Implementatieprojectleider vrijwilligers (Acanthis)

1.9 Implementatie proactieve zorgplanning en transmurale samenwerking

1.9.1 Uitgangspunten

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

1.9.2. Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

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

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

Projectleiders binnen PMT op basis van input uit de betreffende werkgroepen.

1.9.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht

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

- Updates en wijzigingen worden meegenomen in de subregionale minimale set van eisen voor de implementatie en de transmurale werkafspraken.
- In Samenzorg Assen regio zijn transmurale werkafspraken al opgesteld. Deze worden indien nodig aangevuld o.b.v. uitkomsten van de werkgroepen. De andere regio's zullen een vergelijkbaar proces doorlopen.
- Er worden communicatiematerialen gemaakt voor vastleggen transmurale werkafspraken en hier wordt actief over gecommuniceerd. De volgende materialen worden geüpdatet: signaleringskaart, stappenplan ACP (deze wordt aangevuld met palliatieve zorg en aansluiting specialisten palliatieve zorg), werkomschrijving kernteams.

Regio

Per subregio

Deelnemende partijen

Projectleiders binnen PMT op basis van input uit de betreffende werkgroepen, Inwoners vertegenwoordiger

1.9.4 Implementatiestappen regionaal

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

1.9.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Nog nader in kaart te brengen

1.9.6 Projectleiding

Nog nader te bepalen

1.10 Farmacie

1.10.1 Uitgangspunten

- De palliakit is onlangs opgenomen in de zorginkoop. Het maken van lokale werkaafspraken en implementatie hiervan wordt geëvalueerd (in q2 2025).
- Naast implementatie van de palliakit worden in de samenwerking met apotheken ook andere knelpunten ervaren. Bekende knelpunten zijn:
 - Niet snel genoeg medicatie kunnen leveren wegens drukte
 - Recept van de huisarts willen ontvangen, terwijl indicierend wijkverpleegkundige ook bevoegd en bekwaam zijn (veel gedoe met bellen naar huisarts en apotheek). Hiervoor moet gekeken worden naar de ruimte in de regelgeving.
 - Omslachtige indicatiestelling voor incontinentiemateriaal e.d.
 - Niet up-to-date zijnde medicijnlijsten
 - Niet geleverde medicatie terwijl het wel voorgeschreven is
- Een eerste inventarisatie van deze knelpunten geeft beeld dat een gedeelte van de knelpunten samenhangen met (financiële en inhoudelijke) afspraken van apotheken met zorgverzekeraars, zoals:
 - Medicijndispensers
 - Levering weer via eigen apotheek i.p.v. groothandel i.v.m. maatwerk en voorkomen van verspilling
- Apothekers hebben aangegeven proactief betrokken te willen worden bij actuele ACP-afspraken, zodat zij tijdig en adequaat kunnen adviseren over passende medicatie.
- Bij ontslag uit ziekenhuis faciliteert de ziekenhuisapotheek het medicatiegebruik van de patiënt totdat de eigen apotheek dit weer op kan pakken.

1.10.2. Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

- Inventarisatie van de ervaren knelpunten in de samenwerking met apotheken in het palliatieve zorg proces, inclusief een focus op prioritering naar impact op de dagelijkse palliatieve praktijk
- In kaart brengen van wenselijke oplossingsrichtingen van de grootste knelpunten in de dagelijkse palliatieve praktijk
- Overzicht maken welke producten de apotheek op voorraad dient te hebben (o.b.v. input WG acute zorg)

Aandachtspunten

- Praktische Palliatieve box
- Maak gebruik van elektronische TDL apotheek
- Graag structureel overleg tussen hospice/thuiszorg en apotheek
- Niet gebruikte verbandmiddelen bijvoeding etc. hergebruiken ipv weggooien

- Koppeling WZA apotheek + anderen tbv medido in ANW

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

Huisartsen, wijkverpleging, apotheken, zorgverzekeraars, Inwoners vertegenwoordiger, ziekenhuisapotheek

1.10.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht

Vertaling van de gekozen oplossingsrichtingen naar werkafspraken in de vier subregio's.

Deelnemende partijen

Huisartsen, wijkverpleging, apotheken

1.10.4 Implementatiestappen regionaal

Opdracht

Per subregio uitrol van samenwerkingsafspraken omtrent oplossingsrichtingen farmacie

- Op de implementatie volgt een evaluatie met indien nodig een herziening van de samenwerkingsafspraken.
- De werkzaamheden worden geborgd in het reguliere werkproces voor de periode na afloop van de implementatie.

1.10.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- *Nog nader in kaart te brengen*

1.10.6 Projectleiding

Implementatieprojectleider Dokter Drenthe (diverse organisaties)

2 Maatschappelijke Bewustwording

2.1 Uitgangspunten

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

2.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

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

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

Vertegenwoordiging communicatieadviseurs uit alle zorgsettingen, gemeenten, Denktank 60+, klankbordgroep van inwoners, patiënten, naasten en zorgverleners, adviseur patiënten- en naasten participatie Ligare en Zorgbelang Drenthe

Aandachtspunten

- Uitleg over begrip “palliatief”, proactieve zorgplanning, focus op leven in media e.d. Info passend maken voor de doelgroep die hiertoe niet instaat zijn
- Gebruik maken van materialen en kennis Pharos – aanhaken bij onderzoek WZA in 2025 op dit onderwerp.
- Aansluiten bij landelijke campagnes PZNL
- Huisartspraktijken/Welzijnsorganisaties /Gemeenten kunnen informatie geven en/of Dood uit de Pot bijeenkomsten organiseren om zo de maatschappelijke discussie en bewustwording op gang te brengen
- Aansluiten bij breder perspectief, actief ouder worden
- ZONL in Steenwijkerland is bezig met een campagne waar PZP onderdeel van is. 10-02-2025 een aflevering over opgenomen (onderdeel “samen zullen we leven”)
- Inwoners als ambassadeurs betrekken
- Stichting Pelita, Theo Borten, coördinator Noord-Nederland (stichting Arq

2.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Niet van toepassing

2.4 Implementatiestappen regionaal

- De bewustwordingscampagne wordt Drenthe-Steenwijkerland breed uitgevoerd.
- Daarnaast wordt de website www.vorbereidinglaatstelevensfase.nl en materialen actueel gehouden t/m 2027 en geupdate indien nodig
- De website wordt tevens ingericht voor andere doelgroepen (laaggeletterden, andere culturen).
- Communicatieadviseurs van alle organisaties worden voorzien van content zodat zij deze niet zelf hoeven te ontwikkelen.
- De impact van de communicatie wordt geëvalueerd en er wordt vastgesteld of en zo ja welke onderdelen geborgd moeten worden.

2.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Bewustwordingscampagnes vanuit het regioplan Gezonde Marke

2.6 Projectleiding

Projectleider maatschappelijke bewustwording

3 Deskundigheidsbevordering

3.1 Uitgangspunten

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

3.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

- een volledig aanvullend aanbod van scholingen wordt uitgewerkt vanuit de punten: verbinding, inrichting leergangen, coaching on the job, casuïstiekbesprekingen, budget en samenwerking
- advies over de minimale scholing voor alle niveaus die de generalisten (per type zorgverlener) nodig hebben om goede generalistische palliatieve zorg te kunnen leveren conform het kwaliteitskader palliatieve zorg

Aandachtspunten

- Mantelzorgers
- Wat verstaan we onder basiszorg?
- Wat is generalistische kennis en wat specialistische kennis?
- Wat is complex?
- Een belangrijk onderdeel is leer elkaar kennen (h)erken elkaars expertise, belangrijk onderdeel van scholing
- Struikelblok is de facilitering:
 - o Eigen tijd?
 - o Eigen verantwoordelijkheid?
- Hoe bereik je de onbewust onbekwame?
- Gezamenlijke scholing (multidisciplinair/ interdisciplinair?)
- Afspraken over opleidingen van specialisten bij alle organisaties
- Ook in basis curriculum mbv HBO
- Voorkomen van individuele projecten/scholing
- Scholing apothekersassistenten/doktersassistenten
- Stimulerend met accreditatie
- VR-bril, scholing -> bredere uitrol mogelijk
- Uitgaan van bestaande scholingen en e-learning (vb Icare, ZG Drenthe)
- Uitgaande van thema avonden palliatieve netwerken?

- En beroepsgroep V&V voor behoeftebepaling en dit monitoren/borgen (nieuwkomers)

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

Bestaande werkgroep deskundigheidsbevordering, *toetsers*, *CMD*

3.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Niet van toepassing

3.4 Implementatiestappen regionaal

- Implementatie vindt plaats onder "Implementatie proactieve zorgplanning en transmurale samenwerking".
- Projectleider organiseert i.s.m. implementatieprojectleiders scholingen en trainingen.

3.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

- Ligare speerpunt deskundigheidsbevordering
- huidige interventies met DNA next (Drenthe college, Noorderpoort, Alfa college)

3.6 Projectleiding

Projectleider deskundigheidsbevordering

4 Digitale ondersteuning

4.1 Uitgangspunten

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

4.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

Vaststellen minimale benodigde digitale ondersteuning in de regio, waarbij in ieder geval de volgende onderwerpen meegenomen wordt:

- Uniform vastleggen van informatie in ACP plan in VIPlive (zodat informatie delen met de HAP in ieder geval goed georganiseerd is.)
- Uniform vastleggen van informatie in andere patiënten dossiers
- Versterken onderlinge bereikbaarheid – toegang tot VIPlive
- Meer inzicht in wie betrokken is in het zorgproces
- Vergemakkelijken van patiëntoverdracht, delen van gegevens

- (verder) Faciliteren van het MDO
- Verkenning van mogelijkheid tot ondersteuning van zorgverleners met behulp van data of algoritmes (zoals bijvoorbeeld een indicatie voor de noodzaak tot markeren)
- Inventariseren wat er landelijk ontwikkeld wordt – werkgroep digitalisering PZNL en IKNL

Aandachtspunten

- E-overdracht mogelijkheden meenemen
- 5-lagenmodel Nictiz gebruiken
- Rechten + plichten vastleggen
- Wat is mogelijk met AI?
- MDO-ziekenhuizen goed faciliteren met Teams/digitale inrichting zodat huisarts op afstand aanwezig kan zijn en vice versa
- Werkgroep digitalisering Gezonde Marke aanhaken (Anja vd Heide)
- Ook digitale ondersteuning van mantelzorgers, bijv. Valtes app of Balans.mantelzorg.nl dat ingericht is voor mantelzorgers in de palliatieve zorg.

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

Huisartsenpraktijken, Dokter Drenthe, specialisten PZ (1e lijn en 2e lijn), coördinatoren kernteams, wijkverpleging, zorgverleners uit ziekenhuizen, afstemming over ontwikkelingen met Rivo Noord en IKNL. Gebruikmakend van het bestaande netwerk van Rivo Noord waar alle CMIO's / CNIO's uit Drenthe zijn aangehaakt.

4.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

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

4.4 Implementatiestappen regionaal

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

4.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

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

4.6 Projectleiding

Projectleider digitale ondersteuning

5 Passende financiering

5.1 Uitgangspunten

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

5.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

Formuleer een kader met benodigde aanpassingen in de inkoop op basis van de gewenste PZ, waaronder financiering ACP, coördinatie en continuïteit, transmurale samenwerking, inzet specialist en nachturen in bijna-thuishuizen. Regio: Drenthe en Steenwijkerland

Aandachtspunten

- Patiënt/cliënt kunnen volgen onafhankelijk van plek/organisatie. Niet druk maken om financiering (pilots met Ief).
- Geen plafond voor PZ voor de patiënt thuis (wijkverpleging)

Deelnemende partijen

Projectleider i.s.m. zorgverkopers van iig de ziekenhuizen, (grote) wijkverpleging, Dokter Drenthe en zorginkopers van ZK en VGZ

5.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht

Uitwerking van concrete aanbevelingen voor de financiering afhankelijk van het geformuleerde kader passende financiering PZ. Hierbij moet in ieder geval uitgewerkt worden:

- op welke wijze transmurale zorg gefinancierd wordt, waaronder of er een regionale zorgaanbieder als kassier voor de transmurale bekostiging optreedt.
- Welke betaaltitels in de regio gehanteerd worden voor passende bekostiging van PZ.
- Welke aanpassingen in de contractafspraken geadviseerd worden (financieel, procedureel en/of inhoudelijk).

Regio

Drenthe en Steenwijkerland

Deelnemende partijen

Projectleider i.s.m. kassier, zorginkopers van ZK en VGZ en in overleg met zorgverkopers van regionale zorgorganisaties.

5.4 Implementatiestappen regionaal

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

5.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

Niet van toepassing/nader te bepalen

5.6 Projectleiding

Projectleider passende financiering

6 Spiegel- en stuurinformatie

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

6.1 Uitgangspunten

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

6.2 Minimale eisen uitwerking kaders

Opdracht

Werk een meetplan uit ten behoeven van het meten van de KPI's zoals opgenomen in het transformatieplan en maak een plan van aanpak voor het meten van de beleving van patiënten, naasten en zorgverleners

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

Deelnemende (zorg)organisaties

6.3 Minimale eisen vertaling naar werkafspraken

Opdracht

- Indien nog niet gedetailleerd opgenomen in het meetplan: uitwerking van rekenregels van KPI's opgenomen in hoofdstuk 6. De rekenregels zijn helder geformuleerd en eenduidig in interpretatie
- Werkafspraken over hoe, wanneer en delen van uitkomsten zijn gemaakt
- Er wordt afgesproken welke partij de uitkomsten samenvoegt tot een rapportage

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

Business controllers van deelnemende zorgorganisaties, analisten ZvZ

6.4 Implementatiestappen regionaal

Opdracht

- De eerste meting is de nulmeting obv 2022, 2023 en 2024
- Periodiek spiegel- en stuurinfo opleveren conform werkafspraken
- Samenvoeging van aanlevering tot een rapportage

Regio

Drenthe & Steenwijkerland

Deelnemende partijen

Business controllers van deelnemende zorgorganisaties

6.5 Raakvlakken met lopende trajecten in de regio

Monitoringswerkgroep Gezonde Marke

6.6 Projectleiding

Projectleider meten en monitoring