

Blauwdruk: Versterken Hospicezorg – Palliatieve Zorg voor Psychiatrische Patiënten

Projecttitel en beschrijving

Titel: Versterken Hospicezorg, Palliatieve Zorg voor Psychiatrische Patiënten

Beschrijving:

In dit project werken het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ), geestelijke-gezondheidszorginstellingen (GGZ), hospices en thuiszorgorganisaties samen om de palliatieve zorg voor mensen met psychiatrische problematiek (inclusief verslavingsachtergrond) structureel te versterken. De focus ligt op het waarborgen van:

- Tijdige en passende toegang tot palliatieve zorg,
- Deskundigheid in het omgaan met psychiatrische problematiek in de laatste levensfase,
- Veilige en vertrouwde zorgsettings,
- Samenwerking en kennisdeling tussen GGZ, hospice, thuis- en ambulante zorg.

De aanleiding is dat cliënten met psychiatrische aandoeningen vaak minder goed aansluiten bij de reguliere palliatieve zorg, met knelpunten in herkenning, toegankelijkheid en deskundigheid. Dit project sluit aan bij de uitgangspunten dat niet nieuwe capaciteit per doelgroep primair nodig is, maar dat expertise en samenwerking versterkt moeten worden.

Uitgangsvraag:

Hoe kunnen we de palliatieve zorg voor cliënten met psychiatrische aandoeningen zo organiseren dat zij, net als andere doelgroepen, waardig, veilig en in een passende zorgsetting ondersteund worden in de laatste levensfase?

Doelstellingen:

1. Verhogen van de deskundigheid binnen hospices, thuiszorg en GGZ-teams omtrent psychiatrische problematiek in de palliatieve fase.
2. Opzetten en versterken van structurele samenwerking tussen GGZ, hospices en thuiszorgorganisaties, met duidelijke overleg- en consultstructuren.
3. Zorgen voor heldere en laagdrempelige consultatie-, bereikbaarheids- en escalatieafspraken voor acute psychiatrische en palliatieve situaties.
4. Bevorderen van passende zorgsettings (thuis, ambulant of hospice) voor deze doelgroep, met continuïteit en veiligheid.
5. Verminderen van stigmatisering en onnodige uitsluitingen van palliatieve zorg voor mensen met psychiatrische en/of verslavingsproblematiek.
6. Borgen van deze werkwijze in regionale beleidskaders en in het aanmeld-/verwijsproces voor bijzondere doelgroepen.

Methodiek

De methodische aanpak kent drie fasen: analyse & inventarisatie, ontwikkeling & uitvoering, verankering & evaluatie.

Fase 1 – Analyse & inventarisatie

- Uitvoering van gesprekken met ketenpartners: hospices, GGZ-instellingen, thuiszorgorganisaties, zorgverzekeraars, vrijwilligersorganisaties.

- Inventariseren van scholingsbehoeften, kennisbehoeften én knelpunten rondom het bieden van palliatieve zorg aan cliënten met psychiatrische en/of verslavingsproblematiek.
- Opstellen van casuïstiek uit de praktijkervaringen van hospices, GGZ en thuiszorg waarin psychiatrische problematiek en palliatieve fase samenkomen.
- Brengt in beeld welke plekken (hospice, instelling, thuis) actueel beschikbaar zijn voor deze doelgroep, en welke expertise ontbreekt. (Volgt aanbeveling van HHM: “Breng in beeld ... wat beschikbaar is ... inclusief contactgegevens om elkaar snel te kunnen vinden.”). Inzichtelijk maken via de website.

Fase 2 – Ontwikkeling & uitvoering

- Ontwikkelen en aanbieden van scholingsmodules voor zorgprofessionals en vrijwilligers gericht op psychiatrie in de laatste levensfase.
- Opzetten van multidisciplinair overleg (GGZ, hospice, thuiszorg, huisartsen) en regelmatige casuïstiekbesprekingen waarin psychiatrische én palliatieve aspecten worden besproken. (Gebruik van de PaTz)
- Vaststellen en implementeren van consultatieregels: een GGZ-consultatieteam of bereikbaarheidsdienst voor hospices en thuiszorg bij psychiatrische crisis of complexe casuïstiek.
- Aansluiten bij een regionaal aanmeld-/verwijsportaal (oog voor bijzondere doelgroepen), zodat cliënten met psychiatrische problematiek sneller doorstromen naar passende zorgsetting.
- Communicatie- en stigmabestrijdingscampagne binnen de regio gericht op zorgverleners, vrijwilligers en ketenpartners: “psychiatrie hoort ook in de palliatieve zorg”.

Fase 3 – Verankering & evaluatie

- Vastleggen van samenwerkingsovereenkomsten tussen GGZ-instelling, hospice en thuiszorgorganisatie.
- Inbedden van de nieuwe werkwijze in het regionale beleid van het NPZ en in de capaciteitsplanning voor hospicezorg en palliatieve zorg tot circa 2030.
- Instellen van periodieke evaluaties (halfjaarlijks/jaarlijks) op basis van vooraf gedefinieerde indicatoren zoals tijdige opname, aantal casuïstiek-besprekingen, tevredenheid cliënten/naasten, deskundigheid zorgverleners.
- Kennisdeling binnen de regio en participatie in een landelijk lerend netwerk gericht op bijzondere doelgroepen in palliatieve zorg, bijvoorbeeld binnen de context van het consortium van PZNL.

Planning

Hieronder een voorbeeldplanning voor de eerste 12 maanden:

Periode	Activiteiten
Maand 1–2	Fase 1: intakegesprekken, inventarisatie scholingsbehoefte, knelpuntenanalyse
Maand 3–5	Fase 2-a: scholingsprogramma opzetten en uitvoeren, eerste casuïstiekoverleg
Maand 6	Fase 2-b: implementatie consultatieregeling, volgen voortgang meldportalen
Maand 7–9	Fase 2-c: communicatiecampagne, samenwerkingsafspraken vastgelegd
Maand 10–12	Fase 3: evaluatie eerste resultaten, borging, publicatie kennisdeling

Resultaten

Verwachte en beoogde resultaten zijn onder andere:

- Een werkend scholingsprogramma dat zorgprofessionals (hospice, thuiszorg, GGZ) traint in psychiatrische problematiek in de palliatieve fase. (Gefaciliteerd door NPZ)
- Opgestelde consultatie- en bereikbaarheidslijnen voor uitdagende casussen met psychiatrische en palliatieve zorg. (inzet CPT, kennis vanuit GGZ)
- Vastgelegde samenwerkingsovereenkomsten tussen ketenpartners (GGZ en hospice en thuiszorg).
- Aansluiting op of implementatie van regionaal aanmeld-/verwijsportaal voor bijzondere doelgroepen, waardoor psychiatrische patiënten tijdiger naar juiste zorg plek kunnen.
- Meer en regelmatige casuïstiekbesprekingen waarin psychiatrische en palliatieve aspecten integraal worden besproken.
- Verhoogde deskundigheid en zelfvertrouwen van zorgverleners in de palliatieve fase van cliënten met psychiatrische problematiek.
- Betere zorgervaring voor de patiënt en diens naasten: meer continuïteit, minder overplaatsingen, passende setting, erkenning van complexe problematiek.
- Beleidsverankering binnen de regio, met structurele procedures en structuur voor bijzondere doelgroepen in de palliatieve zorg. Contact met zorgverzekeraars over mogelijkheden.

Aanbevelingen

1. Voer structureel scholingsaanbod in (minstens 2 maal per jaar) voor zorgprofessionals en vrijwilligers op het snijvlak psychiatrie-palliatieve zorg.
2. Stel vaste overlegstructuren in met vertegenwoordigers van GGZ, hospice en thuiszorg, met vaste frequentie (bijv. elk kwartaal) en casuïstiek-agenda.
3. Zorg voor laagdrempelige GGZ-consultatie voor hospices en thuiszorg bijv. bereikbaarheidslijn, (inzet consultatief palliatief team- CPT)
4. Bereikbaarheid voor acute psychiatrische of palliatieve crisis binnen deze doelgroep (24/7 indien mogelijk).
5. Veranker bijzondere doelgroepen in het regionaal aanmeld-/verwijsportaal, met duidelijke registratie en snelle matching.
6. Betrek zorgverzekeraars en beleidsmakers op bestuurlijk niveau op informatieve basis om draagvlak en continuïteit te bevorderen, zonder directe financieringsafspraken te maken.
7. Lanceer een communicatiecampagne binnen de regio gericht op bewustwording communicatie content "Psychiatrie hoort in de palliatieve zorg".
8. Monitor en evalueer jaarlijks, gebruik kwaliteitsindicatoren zoals deskundigheidstoename, casusdoorlooptijd, cliënttevredenheid, aantal casuïstiekbesprekingen.
9. Zorg voor toegankelijke expertisekaart in de regio: wie is waar zit, wie bereikbaar, welke kennis binnen welke organisatie. (NPZ-website)
10. Pas het model jaarlijks aan op basis van evaluaties, nieuwe casuïstiek en veranderende zorgvraag.

Impact op de patiënt

- Cliënten met psychiatrische problematiek krijgen gelijkwaardige toegang tot palliatieve zorg, waardoor uitsluiting op grond van psychiatrie of verslaving vermindert.

- Betere continuïteit en veiligheid: door goed voorbereid team, helder protocol en samenwerking, zijn plotselinge overplaatsingen of onveilige situaties minder waarschijnlijk.
- Zorg op de juiste plek in de juiste fase: of dat nu thuis is, in een hospice of in ambulante setting, de setting kan afgestemd worden op de unieke psychiatrische en palliatieve context van de patiënt.
- Inzicht en erkenning van hun unieke beleving: psychiatrische componenten (angst, psychose, verslaving) worden meegenomen in de palliatieve benadering, waardoor de zorg holistischer is (lichamelijk–psychisch–zingeving).
- Verbetering van kwaliteit van leven en kwaliteit van sterven: door tijdige interventie, passende setting, deskundige begeleiding én samenwerking tussen psychiatrie en palliatieve zorg.
- Ondersteuning van naasten en netwerk door helder overleg en verbinding tussen ketenpartners, wat de beleving en de rust in de laatste levensfase kan bevorderen.

Randvoorwaarden

Mensen met psychiatrische aandoeningen en/of verslavingsproblematiek vormen een bijzondere doelgroep binnen de palliatieve zorg: hun hulpvraag en beleving kunnen afwijken van klassieke palliatieve trajecten (bijv. verhoogd risicoprofiel, stigmatisering). Het onderzoek van Bureau HHM laat zien dat de primaire noodzaak niet zozeer ligt in aparte doelgroep-capaciteit, maar in het toevoegen van expertise, samenwerking en passende structuren. De blauwdruk is daarom gebouwd op kennisdeling, consultatie, netwerkafspraken en regioborging.

Randvoorwaarden:

- Beschikbaarheid van psychiatrische (GGZ) expertise binnen of gekoppeld aan het hospice-/thuiszorgnetwerk (consult- of permanente vorm) en NPZ in de regio.
- Toegang tot een regionaal gedragen aanmeld-/verwijsportaal dat ook bijzondere doelgroepen meeneemt in de verdere ontwikkeling van het portaal.
- Draagvlak en bestuurlijke borging binnen de regionale NPZ-structuur voor samenwerking GGZ–palliatieve zorg.
- Heldere afspraken omtrent bereikbaarheid voor acute situaties met psychiatrische component.
- Beschikbare middelen voor scholing, kennisdeling en netwerkcoördinatie (financiering, tijd, personeel).
- Proces van voortdurende evaluatie en bijstelling: jaarlijkse rapportage, leernetwerk, adaptatie van werkwijze op basis van ervaringen.
- Transparante communicatie en stigmabestrijding binnen keten en vrijwilligersnetwerk: erkenning dat cliënten met psychiatrie ook thuishoren in de palliatieve zorg.
- Een cultuur van samenwerking tussen GGZ-voorzieningen, hospicezorg en thuiszorg, inclusief vrijwilliger-netwerken, waarbij de cliënt centraal staat en niet de setting.