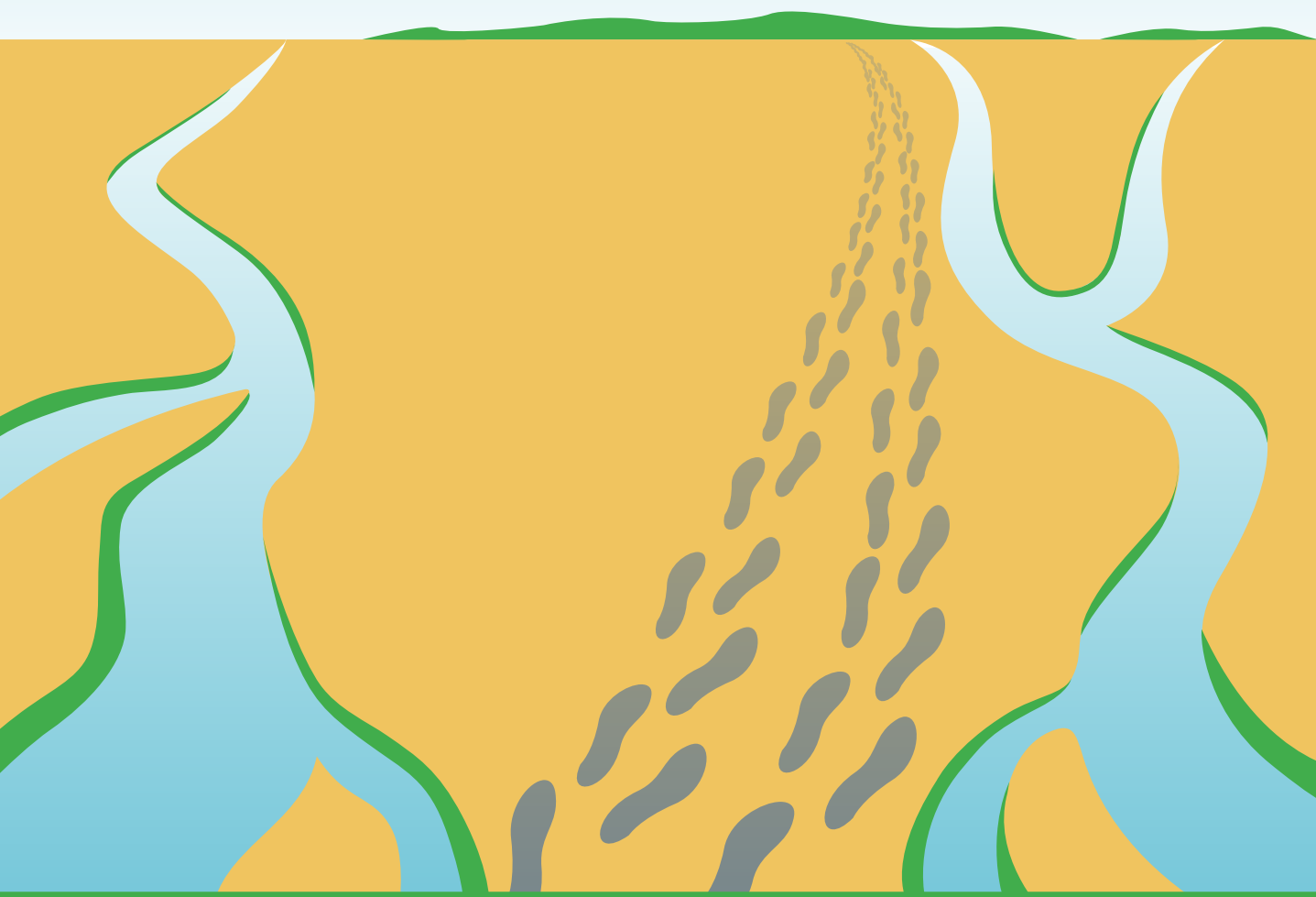


# Stappenplan Proactieve Zorgplanning

November 2024



# Introductie Stappenplan Proactieve Zorgplanning

Het document beschrijft werkafspraken, weergegeven in een stappenplan, die samenwerkende partijen in Friesland aangaan rondom de inzet van Proactieve Zorgplanning.

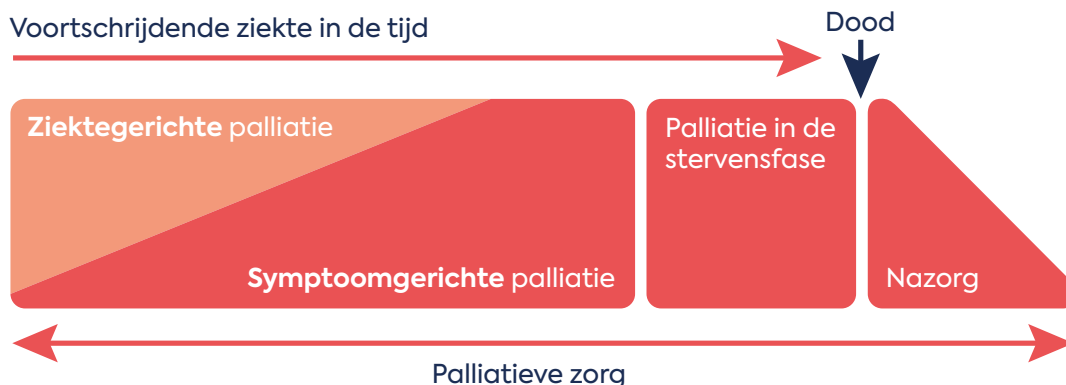
De kern van Proactieve Zorgplanning is de dialoog met de patiënt. Het stappenplan kan (zorg)professionals hierin ondersteunen en een handreiking geven. Ook kan het bijdragen aan de coördinatie en continuïteit en daarmee de kwaliteit van zorg. Gezamenlijke besluitvoering is de basis van het gesprek rondom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

Het stappenplan is een dynamische leidraad. Op het voorblad staat het versienummer met de datum van publicatie. Het stappenplan zal jaarlijks geëvalueerd worden in samenwerking met de Netwerken Palliatieve

Zorg Fryslân (NPZF). De laatste versie van het stappenplan is te vinden op de site van [NPZF](#).

## Voor wie is dit stappenplan bedoeld?

Het stappenplan kan gebruikt worden door alle (zorg)professionals die in aanraking komen met Proactieve Zorgplanning, zowel intramuraal als extramuraal. Denk hierbij aan: wijkverpleging, de huisartsenpraktijk, de casemanager dementie, het ziekenhuis, het verpleeghuis, verslavingszorg, GGZ/psychiatrie, verstandelijk gehandicaptenzorg, het sociale domein, welzijnswerk et cetera.



Figuur 1. De verschillende fasen binnen de palliatieve zorg (Stadia van palliatieve zorg, 2017).

## Terminologie

Onderstaande terminologie is, wanneer mogelijk, overgenomen van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg.

**Palliatieve zorg** is de zorg bij een ongeneeslijke ziekte of bij kwetsbaarheid waarbij de zorg gericht is op een zo goed mogelijke kwaliteit van leven, niet op genezing. Deze zorg kan jarenlang duren (zie figuur 1). Tijdens deze fase staan de behoeften van de patiënt centraal, maar ook die van de naasten. Dit kan op lichamelijk, sociaal, psychisch en spiritueel vlak.

Hoewel de **palliatieve fase** dus officieel jaren voor het verwachte overlijden kan beginnen, wordt om pragmatische redenen door het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg de palliatieve fase afgebakend tot de laatste fase van het leven, waarbij de patiënt naar verwachting van de (zorg)professional in de komende twaalf maanden komt te overlijden. Dit wordt in stap 1, bij de markering, verder uitgewerkt. Wanneer de patiënt een levensverwachting heeft van minder dan drie maanden, staat zowel de kwaliteit van leven als een goede stervensbegeleiding centraal voor de patiënt. Daarnaast wordt aandacht besteed aan lichamelijke, sociale, psychische en spirituele vraagstukken van zowel de patiënt als de naasten. De patiënt kan achteraf

langer dan drie maanden leven.

Wanneer de levensverwachting van minder dan drie maanden is gedocumenteerd in het zorgdossier, zijn vaak extra vormen van zorg mogelijk (zoals intensieve thuiszorg, hospicezorg, eerstelijnsverblijf palliatief, ...).

De **stervensfase** is de laatste fase van palliatieve zorg en omvat de laatste dagen (tot zeven dagen) van het leven. Er is dan sprake van een onomkeerbaar fysiologisch proces dat in gang is gezet, waardoor het overlijden aanstaande is. Na overlijden hebben veel nabestaanden behoefte aan nazorg. Tijdens de **nazorg** is er aandacht voor praktische, psychosociale en spirituele vraagstukken van de naasten.

## Proactieve Zorgplanning (PZP)

Het proces van vooruit denken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is Proactieve Zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. Proactieve Zorgplanning, in dit stappenplan afgekort tot PZP, is ook wel bekend als Advanced Care Planning ofwel ACP. In dit stappenplan wordt de term PZP aangehouden (Proactieve Zorgplanning, het Proactieve Zorgplan).

**Patiënt:** In dit stappenplan wordt hiermee de patiënt/cliënt/bewoner/gast bedoeld. Indien de patiënt niet wilsbekwaam is, wordt de wettelijk vertegenwoordiger bedoeld. De patiënt wordt aangeduid als 'hij'.

**Reanimatiebesluit:** Een individueel anticiperend besluit van de medisch verantwoordelijke waaruit blijkt of de patiënt wel of niet gereanimeerd moet worden in geval van acuut falen van circulatie en/of ademhaling.

**Niet-Reanimerenverklaring:** Een schriftelijke wilsverklaring waarin iemand zelf heeft vastgelegd dat hij in geval van acuut falen van circulatie en/of ademhaling niet gereanimeerd wil worden (NR-wilsverklaring).

**Schriftelijke wilsverklaring:** Een schriftelijk document dat bedoeld is om in geval van wilsonbekwaamheid eventuele beslissingen over medische behandeling en verzorging in de toekomst te beïnvloeden, aanwijzingen te geven over het handelen van anderen na de dood van de opsteller, of om een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding kenbaar te maken. Hieronder vallen een behandelverbod, NR-wilsverklaring, levenswensverklaring en een euthanasieverklaring.

### **Gezamenlijke besluitvorming:**

Gezamenlijke besluitvorming is het proces waarin de (zorg)professional en de patiënt gezamenlijk bespreken welke zorg het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt worden meegenomen (Shared Decision Making).

### **Medisch verantwoordelijke:**

Wanneer er in het stappenplan wordt gesproken over de medisch verantwoordelijke, kan dit zowel een arts, Verpleegkundig Specialist (VS) of Physician Assistant (PA) zijn.

### **Medisch zinloos handelen:**

Handelen dat niet meer bijdraagt aan de oplossing voor het medische probleem van de patiënt en/of waarbij de beoogde behandeling qua effecten en belasting niet in redelijke verhouding staat tot het te bereiken doel, volgens de professionele standaard. Ook een reanimatiebesluit kan hierbij horen.

**Wilsonbekwaam:** Iemand is wilsonbekwaam indien hij niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake.

## Stap 1: Markering. Met welke patiënten voert u een gesprek?

Markering is het moment waarop wordt geconstateerd dat er een potentiële palliatieve zorgvraag danwel kwetsbaarheid is. Dit is het moment dat wensen en behoeften van de patiënt met betrekking tot deze laatste levensfase in kaart worden gebracht. Ook kan dit uiteraard op verzoek van de patiënt, in een andere levensfase. Zo kunnen vanaf het begin van het begeleidingstraject bij mensen met dementie voortdurend gesprekken plaatsvinden over wensen/behoeften met betrekking tot de laatste levensfase.

Alle (zorg)professionals kunnen markering doen, zoals wijkverpleging, de huisartsenpraktijk, de casemanager dementie, het ziekenhuis, het verpleeghuis, verslavingszorg, GGZ/psychiatrie, verstandelijk gehandicaptenzorg, het sociale domein, welzijnswerk et cetera. Ook de familie, mantelzorgers en de patiënt zelf kunnen markeren.

Patiënten die in aanmerking komen voor een PZP-gesprek zijn:

- die zelf aangeven een PZP-gesprek te willen voeren;
- met vragen over de zorg rond het levenseinde;
- die als kwetsbaar worden geïdentificeerd, bijvoorbeeld door een screening zoals de TFI (Tilburg Frailty Indicator) of GFI (Groningen Frailty Indicator) of via case finding;
- waarbij te verwachten is dat zij binnen een jaar zullen overlijden;
- die worden opgenomen in een zorginstelling, aanleunwoning of ziekenhuis;
- (wanneer van toepassing) met een verstandelijke beperking;
- die na het stellen van een diagnose wilsonbekwaam kunnen worden of wanneer er communicatieproblemen te verwachten zijn door de aandoening.



- met één of meer van onderstaande kenmerken:
  - een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte;
  - 70+ met comorbiditeit én een sterk afnemende somatopsychische vitaliteit;
  - een verhoogde kans op een hart- of ademhalingsstilstand;
  - (beginnende) cognitieve beperkingen;
  - een verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit;
  - een beperkt sociaal netwerk.

Wanneer iemand constateert dat een PZP nodig is, kan hij:

- inventariseren welke vragen een patiënt en mantelzorgers hebben rondom dit thema;
- de patiënt voorbereiden op het PZP-gesprek, door hierover te praten en door foldermateriaal aan te bieden (zie tips aan de rechterzijde);
- indien bevoegd zelf de PZP opstarten en de volgende stappen zetten (zie stap 2 over wie PZP doet);
- in gesprek gaan met de juiste hulpverlenende instantie (huisartsenpraktijk, ziekenhuis, verpleeghuis, GGZ, ...) en moeilijkheden doorgeven aan de hulpverlenende instantie.

Hulpmiddelen voor de markering:

- Surprise Question: 'Zou het mij verbazen als deze patiënt binnen een jaar overlijdt?'.
  - Algemeen
  - COPD
  - Hartfalen
  - Dementie
  - Parkinson
  - Verstandelijke Beperking
- Signaleringsset
- SPICT-NL
- RADPAC (Parkinson)
- Propal-COPD tool (COPD)
- IHARP (hartfalen)
- Palli (verstandelijk beperkten)
- Toolkit Proactieve Palliatieve Zorg in de GGZ
- Handreiking Palliatieve Zorg voor de verslavingszorg



Toolkit Proactieve Palliatieve Zorg.

## 2 Stap 2: In kaart brengen van wensen en behoeften

Vanuit alle disciplines, familie en mantelzorgers, kunnen voorbereidende gesprekken met de patiënt worden gevoerd over Proactieve Zorgplanning. De markeerder gaat in overleg met de juiste hulpverlenende instantie (huisartsenpraktijk, ziekenhuis, verpleeghuis, GGZ, ...) over het in kaart brengen van de wensen en behoeften. Bij voorkeur gaat de markeerder samen met de hulpverlenende instanties het gesprek aan met de patiënt (bijvoorbeeld de wijkverpleging samen met de huisartsenpraktijk). De hulpverlenende instanties stemmen met de patiënt af hoe, waar en met wie het PZP-gesprek wordt gevoerd.

Medische beslissingen worden altijd genomen in afstemming met de medisch verantwoordelijke (zie terminologie). De medisch verantwoordelijke houdt in het gesprek rekening met wensen die mogelijk medisch zinloos zijn (zie terminologie). Beslissingen die niet medisch zijn, kunnen worden afgestemd met de betrokken (zorg)professional. Dit

hoeft niet door de medisch verantwoordelijke te worden gedaan.

Er zijn verschillende formulieren waarin het PZP kan worden opgenomen. Binnen de Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân is een uniform formulier voor het PZP ontwikkeld. De laatste versie



is via [deze link](#) te downloaden, onderaan de pagina. Op deze pagina is ook een [handleiding](#) te vinden over het invullen van het formulier. Het is niet verplicht dit formulier te gebruiken of om het gehele formulier in te vullen tijdens het PZP-gesprek. Alleen dat wat de patiënt wil vastleggen, wordt vastgelegd. Dit wordt wel zo proactief mogelijk gedaan.



Een volledig PZP kan de volgende onderdelen omvatten:

1. Medische beslissingen, hierin wordt ook de diagnose en relevante voorgeschiedenis opgenomen;
2. Domeinen / zorgplan;
  - a. fysiek domein;
  - b. sociaal domein;
  - c. psychisch domein;
  - d. zingevingsdomein.

De verantwoordelijkheid van het vastleggen van medische beslissingen ligt bij de medisch verantwoordelijke. De domeinen kunnen door de medisch verantwoordelijke worden ingevuld, maar deze kan dit ook bij andere betrokken (zorg)professionals beleggen wanneer dit van toepassing is. Dit gaat in goed overleg.



## 3 Stap 3: Vastleggen. Hoe en waar leg ik het gesprek vast?

Als de wensen, afspraken en behoeften in kaart zijn gebracht, wordt dit schriftelijk vastgelegd in het PZP-formulier. De patiënt heeft het actuele document. De andere (zorg)professionals hebben hiervan een kopie die zij in het dossier van de betreffende patiënt (digitaal) bewaren. Kijk hiervoor naar de eigen interne afspraken.

De huisartsenpraktijk registreert het PZP in VIP Live:

- Het formulier wordt direct in VIP Live ingevuld en kan vanuit hier geprint worden en geëxporteerd worden richting het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Het origineel/een kopie vanuit VIP Live wordt meegegeven aan de patiënt, die heeft altijd de laatste versie van de afspraken.
- Bij aanwezigheid van een wilsverklaring in memo of op attentieregel noteren: (NR) wilsverklaring. Ook onder de A20.
- Probleem A20 (verzoek/gesprek euthanasie) aanmaken en daar (NR) wilsverklaring invullen, dit probleem prioriteit 1 geven. Ook een aparte episode van een A20 aanmaken.
- Wanneer VIP Live is ingevuld, is dit bij de Dokterswacht in te zien. Vanuit

VIP Live kan men een PDF exporteren naar het HIS.

- Voor verdere instructie over het gebruik van VIP Live kan het [instructiefilmpje](#) of de [schriftelijke instructie](#) gevolgd worden voor het invullen van het PZP. Voor de domeinen kan een gezondheidsplan opgesteld worden. Ook hiervan is een [filmpje](#) en een [instructie](#) te zien.

## Zorgmap

Eerder werd het PZP bewaard in de thuiszorgmap. Deze map bestaat echter niet meer en er is nog geen eenduidig digitaal alternatief. De Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân hebben daarom een zorgmap ontwikkeld die van de patiënt zelf is en daar ook blijft liggen. In deze map kan de patiënt alle belangrijke (medische) gegevens bewaren. Meer informatie over de zorgmap is [hier](#) te vinden, via de link onderaan de pagina kunnen ze worden besteld. Deze map zorgt ervoor dat de belangrijke informatie gemakkelijk zichtbaar is voor hulpverleners. Het is daarom belangrijk om het NR-formulier voor in de map te bewaren.

## Niet-Reanimerenbesluit

Bij de intake van wijkverpleging wordt wel eens een Niet-Reanimeren (NR) verklaring opgesteld samen met de patiënt. Deze wilsverklaring kan alleen opgesteld worden wanneer de patiënt wilsbekwaam is. Wanneer de patiënt ervoor kiest om niet meer gereanimeerd te willen worden, dan geeft de wijkverpleegkundige deze informatie/ een kopie van de NR-verklaring door aan de huisartsenpraktijk en/of de juiste hulpverlenende instantie met de medisch verantwoordelijke. Wanneer de patiënt niet meer wilsbekwaam is, kan ervoor worden gekozen om een Niet-Reanimerenbesluit te nemen.

Wanneer de patiënt wilsonbekwaam is en reanimeren wordt door de medisch verantwoordelijke gezien



Zorgmap Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân.

als medisch zinloos handelen (zie terminologie), al dan niet tegen de wens van de patiënt in, wordt er in het PZP Niet-Reanimeren ingevuld en wordt genoteerd dat het gaat om een beslissing op medische gronden. Wanneer een patiënt wel wilsbekwaam is en het niet eens is met de beslissing van de medisch verantwoordelijke tot Niet-Reanimeren wegens medisch zinloos handelen, wordt dit, tegen de wens van de patiënt in, wel in het PZP opgenomen als Niet-Reanimeren.

### Juridische verantwoording

Een medisch verantwoordelijke kan niet worden verplicht tot (het voortzetten van) medische behandelingen die geen medisch zinvol doel meer dienen en die geen mogelijkheid tot herstel (meer) bieden.

Een patiënt of diens familie kan niet afdwingen dat medisch zinloos handelen wordt voortgezet. Een goed onderbouwd medisch oordeel, goede communicatie met de patiënt en diens familie, goede verslaglegging, het desgewenst inwinnen van een second-opinion, aandacht voor culturele verschillen en gevoel voor familierechtelijke verhoudingen zijn in dit soort complexe en gevoelige kwesties onontbeerlijk.<sup>1</sup>



Voorbeeld Niet-Reanimerenpenning.

1 [www.kbsadvocaten.nl/mag-een-arts-bij-medisch-zinloos-handelen-de-behandeling-staken](http://www.kbsadvocaten.nl/mag-een-arts-bij-medisch-zinloos-handelen-de-behandeling-staken)

## 4 Stap 4: Overdracht. Hoe en aan wie moet ik het PZP overdragen?

De patiënt heeft de regie over het delen van het PZP. Dit wordt ook benadrukt in het gesprek. De patiënt kan zelf het PZP tonen aan familie, ambulancepersoneel en tijdens een consultgesprek in het ziekenhuis. Als de patiënt hiervoor toestemming geeft kunnen zorgprofessionals het PZP ook delen met elkaar. De medisch verantwoordelijke is verantwoordelijk om de betrokken (zorg) professionals in te lichten over de medische beslissingen, met toestemming van de patiënt, waarbij hij/zij benadrukt aan de patiënt dat deze het zelf ook moet delen met de betrokken (zorg)professionals. Een aantal specifieke afspraken voor bepaalde disciplines volgt hieronder.

### Wijkverpleegkundige, casemanager dementie

Wanneer de wijkverpleegkundige of case-manager wijzigingen of aanvullingen heeft aangebracht in de domeinen, stuurt de wijkverpleegkundige een kopie van de laatste versie naar de huisartsenpraktijk. Dit wordt bij voorkeur digitaal gedaan, bijvoorbeeld via een digitaal communicatiesysteem zoals VIP Live of via Zorgmail. De wijkverpleegkundige en casemanager kunnen de gegevens in VIP Live inzien (instructies zijn te vinden in dit [filmpje](#) en in deze [instructie](#)). Afspraken hierover worden per huisartsenpraktijk gemaakt. De laatste versie blijft **altijd** bij de patiënt liggen.

### Huisartsenpraktijk

De huisartsenpraktijk deelt het PZP, ook opnieuw bij wijzigingen, mits er toestemming is, met:

- De patiënt – Krijgt altijd de originele laatste versie mee. Deze versie is altijd leidend voor de (zorg)professional, zoals de ambulance.
- De wijkverpleging – De huisartsenpraktijk laat de wijkverpleging (digitaal) weten dat het (gewijzigde) PZP bij de patiënt thuis ligt.
- Het verpleeghuis – Wanneer dit van toepassing is. Het PZP kan meegenomen worden in de overdracht.
- Het ziekenhuis – Bij verwijzing naar het ziekenhuis wordt benoemd dat er een PZP is. Medische beslissingen worden via de episodelijst in de brief benoemd of in de brief toegelicht en meegenomen

in de verwijzing. Het is mogelijk om het PZP-formulier uit VIP Live te uploaden in de verwijfsbrief in Zorgdomein. Regionaal kunnen ziekenhuizen en huisartsenpraktijken hier aanvullende afspraken over maken.

- Het hospice en/of andere particuliere voorzieningen – Wanneer dit van toepassing is. Het PZP kan meegenomen worden in de overdracht.

Wanneer de huisartsenpraktijk het PZP heeft genoteerd in VIP Live, wordt het plan automatisch gedeeld met de Dokterswacht.

## Ziekenhuis

Het ziekenhuis deelt het PZP, mits er toestemming is, met:

- De patiënt – Krijgt altijd de originele laatste versie mee. Deze versie is altijd leidend voor de (zorg)professional, zoals de ambulance.
- De huisarts – Via de ontslagbrief wordt aangegeven dat de patiënt een PZP heeft. Medische beslissingen worden daarnaast doorgestuurd.

Wanneer de huisartsenpraktijk in de ontslagbrief ziet dat de patiënt een PZP heeft, dan is dit een signaal om verdere gesprekken te voeren en eventueel gemaakte afspraken te evalueren en in het PZP vast te leggen.

De patiënt of de familie kan hiervoor zelf een afspraak inplannen met de huisarts, maar de huisartsenpraktijk kan hierin ook proactief handelen.

## Verpleeghuis

Als een opgenomen patiënt met een PZP met ontslag gaat uit het verpleeghuis (bijvoorbeeld na revalidatie, na Eerstelijnsverblijf (ELV) of na ontslag vanaf een ELV-palliatief bed), dan zorgt het verpleeghuis voor continuïteit voor de PZP richting huisarts en thuiszorg.

## 5 Stap 5: Belangrijke checkmomenten. Is het PZP aanwezig en is het actueel?

### Belangrijke checkmomenten of het PZP aanwezig/actueel is:

- Tijdens de intake.
- Na opname in het ziekenhuis of verpleeghuis.
- Tijdens (jaarlijkse) evaluatiemomenten.
- Bij veranderingen in de gezondheidssituatie.

Bij veranderingen in het PZP moeten de **stappen 2, 3 en 4** opnieuw worden uitgevoerd.

### Verdere belangrijke afspraken:

- De zorgmap en het originele PZP zijn eigendom van de patiënt zelf. Dus niet van de huisartsenpraktijk of van een andere (zorg)professional. Zorg er dus voor dat eventuele belangrijke formulieren zoals het medicatieoverzicht ook altijd digitaal in het eigen systeem staan.
- Er is juridisch gezien geen handtekening nodig van de medisch verantwoordelijke onder het Niet-Reanimeren/PZP-formulier, omdat het de wensen van de patiënt zijn en er geen 'toestemming' nodig is van de medisch verantwoordelijke. Een kopie in het digitale dossier is daarom voldoende.
- Als de patiënt bij de medisch verantwoordelijke aangeeft dat er een levenstestament of euthanasieverklaring is opgesteld, dan kan deze in het dossier worden gezet. Eventueel vastgestelde medische beslissingen worden door de medisch verantwoordelijke met de patiënt besproken. Ook kan het een signaal zijn dat een patiënt open staat voor een mogelijk PZP-gesprek. In het PZP kan benoemd worden dat er een levenstestament of eventuele wilsverklaringen aanwezig zijn.

## Tips:

- Soms vindt men het lastig om een PZP-gesprek met een patiënt te voeren. Er worden vaak cursussen rondom gespreksvaardigheden voor zorgprofessionals gegeven. Binnen de Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân wordt de training 'Gesprekvoering over het Levens einde' aangeboden.
- De [gesprekskaart Proactieve Zorgplanning](#) van IKNL kan ondersteunend zijn om het gesprek te voeren in [stap 2](#).
- Sichtpunt, het Friese centrum voor levensvragen, kan een belangrijke rol spelen in vele fases van het PZP-proces: zowel in markering, in voorbereiding op het gesprek als in het verdere gesprek in [stap 2](#), maar ook na het vastleggen van de wensen en afspraken. Gesprekken zijn kosteloos. Op de [site](#) staat veel informatie over de inzet van Sichtpunt.
- Op [thuisarts.nl](#) staan veel artikelen die ondersteunend kunnen zijn voor de patiënt in de voorbereiding op het PZP-gesprek:
  - [Ik wil nadenken over reanimatie](#)
  - [Wensen voor zorg en behandeling](#)
  - [Ik denk na over mijn wensen voor zorg en behandeling](#)

- Het [wensenboekje](#) kan worden ingezet om het gesprek rondom het levens einde te starten. Het is handig om met andere betrokken (zorg)professionals te bespreken wanneer het wensenboekje is ingezet.
- Ook kan het PZP-formulier (ter kennisgeving) aan de patiënt worden gegeven.
- Een Niet-Reanimeren penning bestellen kan via de [patiënten federatie](#).
- [Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân](#) heeft regelmatig nieuws en tips uit de regio. Aanmelden voor de nieuwsbrief kan via [info@npzf.nl](mailto:info@npzf.nl).
- Wijs de patiënt voor informatie op de website [overpalliatievezorg.nl](#).



# Bijlage. Dankwoord

## **Speciale dank voor de totstandkoming van het stappenplan zoals hij nu voor u ligt, gaat uit naar:**

- Dokterszorg – Liesbeth Formsma, kaderhuisarts ouderenzorg/medisch adviseur
- Ketenzorg Friesland – Marjan Veltman, programmamanager ouderenzorg
- KwadrantGroep – Iemie Visser, verpleegkundig specialist i.o.
- MCL – Anneke Rob, palliatief consulent
- MCL – Jacqueline Holthuis, verpleegkundig specialist AGZ
- Nij Smellinghe – Marieke Hillebrand, verpleegkundig specialist
- NPZF – Elzaline Schraa, coördinator
- NPZF – Lianne van Mourik, ondersteuner
- ROS Friesland – Maaïke van der Meulen, adviseur
- Thuiszorg Het Friese Land – Liesbeth Faber, verpleegkundige specialistisch team

## **Naast bovenstaande personen gaat veel dank uit naar:**

- Allerczorg – Petra de Vries, wijkverpleegkundige/praktijkverpleegkundige i.o.
- Alliade – Etsje Jansma, regieverpleegkundige
- Antonius thuiszorg – Ingeborg Mahler, verpleegkundige en consulent palliatieve zorg
- Buurtzorg – Atsje Bouma, wijkverpleegkundige
- Dokterszorg – Bonnie Room, regiomanager
- Dokterszorg – Jet van Leeuwen, huisarts
- Huisartsenpraktijk Anjum en Ee (apothekhoudend) – Geertje Schotanus, praktijkmanager
- Huisartsenpraktijk Anjum en Ee (apothekhoudend) – Hessel Glastra van Loon, huisarts
- Huisartsenpraktijk Compas – Samira Rahouma, verpleegkundig specialist
- Huisartsenpraktijk Jongsma & Ten Dam - Corrie Jongsma, huisarts
- InterzorgGroep – Ilse-May van der Werff-Bangma, wijkverpleegkundige
- KwadrantGroep – Evelien Seepma, gespecialiseerd casemanager dementie



- KwadrantGroep – Yvonne Dijkstra-Datema, kwaliteitsadviseur
- MCL – Anneke Krul-Sterk, kaderarts palliatieve zorg
- MCL – Femke van Vollenhoven, longarts-oncoloog
- MCL – Marga Driessens, coördinator integrale zorg
- Nij Smellinghe – Femke Peters, physician assistant
- Noorderbreedte, Joke Braaksma-van der Meer, kaderarts palliatieve zorg en specialist ouderengeneeskunde
- Patyna – Sanne Steensma, wijkverpleegkundige
- ROS Friesland – Erwin Brameijer, adviseur
- Thuiszorg Het Friese Land – Johanna Rinsma, manager zorgbeleid
- Thuiszorg Het Friese Land – Marsha de Vries, wijkverpleegkundige
- Tjongerschans – Vera Kuiken-Hoekstra, clinical physician assistant
- VPTZ Julia Jan Wouters – Ietje Miedema, senior coördinator
- Zorgcoördinatiepunt Ouderenzorg Friesland – Lodewijk Oostra, coördinator
- Zorggroep Sint Maarten – Janet Sietsma, kwaliteitsverpleegkundige
- Zorggroep Sint Maarten – Marion de Vries, regiomanager
- ZuidOostZorg – Wiepie Bierma-Wijbenga, HBO VGG

