



Bundeling krachten netwerken palliatieve zorg in de Achterhoek; versterken van het continuüm van vertrouwen

Oprichting van het samenwerkingsverband Netwerk Palliatieve Zorg Achterhoek

1. Inleiding

De afgelopen jaren heeft de zorgverlening op het gebied van de palliatieve zorg zich sterk ontwikkeld. Deze ontwikkeling is ook in onze regio duidelijk waarneembaar. Wij, verschillende organisaties verenigd in de netwerken West Achterhoek (Doetinchem), Oost Achterhoek (Winterswijk) en regio Zutphen houden ons bezig met de palliatieve zorgverlening in de Achterhoek. Een belangrijke doelstelling van deze netwerken is om de zorg voor patiënten in een palliatief traject 24/7 zo dicht mogelijk in de eigen omgeving van mensen of de wenslocatie te organiseren. Het is noodzakelijk om rond patiënten en naasten die behoefte hebben aan palliatieve zorg een goed werkend netwerk van hulpverleners en ondersteuners te organiseren. Hierbij bieden professionals (in de palliatieve zorg) ondersteuning aan elkaar in een regionaal samenwerkingsverband. Wij vinden dat palliatieve zorg een brede, holistische, generalistische en multidisciplinaire benadering van de patiënt en zijn omgeving vraagt en deskundigheid van uitvoerende professionals om deze zorg goed vorm te geven. Verder zijn voor deze vragen excellente verbindingen nodig tussen de eerste- en tweedelijnszorg, maar ook tussen zorg, behandeling, welzijn en wonen. Verder moet er aandacht zijn voor spiritualiteit en de nazorg voor naasten en nabestaanden.

Wij zien dat de vraag naar meer samenhang en afstemming in en tussen de netwerken in de Achterhoek groeit. Daarnaast is het de wens om voor de Achterhoek te komen tot een 7/24 bereikbaarheid van professionals in de palliatieve zorg voor zowel zorgverleners als ook patiënten en mantelzorgers.

Elk netwerk heeft als doel de zorg voor ongeneeslijke zieke mensen en hun naasten zo goed mogelijk te organiseren. De coördinatoren van de drie Achterhoekse netwerken hebben al een aantal jaren geleden de wens uitgesproken om de krachten te bundelen en te komen tot een meer intensieve vorm van samenwerking. De besturen van de netwerken hebben dit idee omarmd; we bundelen de krachten om het continuüm van vertrouwen te versterken.

Motief: Alleen samen bereiken we meer voor de Achterhoek.

Het speelveld is zowel regionaal als landelijk dynamisch. Enige focus is daarom nodig. Op basis van de behoefte van patiënten zetten wij ons primair in op een aanpak die zich richt op zorg aan patiënten thuis of in een vervangende leefomgeving. Het gaat daarbij in het bijzonder om de samenwerking tussen eerstelijns professionals zoals huisartsen en (wijk)verpleging, maar ook bijvoorbeeld met specialisten ouderengeneeskunde waar het patiënten betreft met WLZ gefinancierde zorg. De besturen van de regio's in de Achterhoek hebben zichzelf de opdracht gegeven om hiervoor een visie op te stellen en een eerste organisatorische uitwerking te maken. De uitkomsten hiervan zijn weergegeven in dit document.

Deze visie en uitwerking is interactief en met betrokkenheid van professionals, netwerkcoördinatoren en managers tot stand gekomen. Zodra dit document en de onderliggende waarden zijn vastgesteld, willen we aan de slag.

2. Palliatieve zorg in de Achterhoek; waar hebben we het over?

In verschillende rapporten is de volgende definitie van palliatieve zorg gehanteerd:

Definitie WHO

"Een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard."

Vanuit deze definitie kan palliatieve zorg voor patiënten dagen, weken, maanden of zelfs jaren aan de orde zijn. Terminale zorg daarentegen betreft de laatste periode voor overlijden, waarin duidelijk wordt dat het overlijden onmiskenbaar op korte termijn (ongeveer drie maanden) zal plaatsvinden.

Voor palliatieve zorg geldt dat een groot deel van de vraagstukken niet ziektespecifiek is en daarom een generalistische benadering nodig is. De zorg richt zich daarmee op een brede groep patiënten met een chronisch gezondheidsvraagstuk waaronder:

- kankerpatiënten;
- long- en hartpatiënten;
- patiënten met een progressieve neurologische aandoening;
- mensen met een verstandelijke beperking;
- mensen met een psychiatrische ziekte.

Cijfers over omvang, aard, complexiteit van de totale behoefte aan palliatieve zorg zijn (nog) niet precies beschikbaar, maar een indicatie is wel te geven. Jaarlijks sterven in Nederland ongeveer

135.000 mensen, van wie 43% vrijwel zeker aan kanker of een chronische aandoening (CBS 2012).

Op basis van deze cijfers betekent dat voor de Achterhoek en omgeving jaarlijks in ieder geval voor ongeveer 3.000 mensen palliatieve zorg beschikbaar moet zijn. Maar waarschijnlijk betreft het een veel groter aantal omdat het moment van palliatieve zorg vaak naadloos voortvloeit uit een veel langere ziektegeschiedenis. Door de vergrijzing, de toename van het aantal chronische zieken en het aantal sterfgevallen zal de vraag naar palliatieve zorg de komende jaren exponentieel toenemen. In 2025 zullen er 38% meer chronisch zieken zijn dan nu.

3. Excellente palliatieve zorg is gebouwd op een continuüm van vertrouwen

Voor de relatief grote groep patiënten die palliatieve zorg ontvangt is vaak sprake van lijden waarbij de situatie heel snel kan veranderen. De veranderingen zijn het meest heftig in de periode van fysieke achteruitgang. Bij een hoge symptoomlast (waaronder de pijn) neemt de onzekerheid van de patiënt en zijn verwanten toe en de kwaliteit van leven neemt af. Deze episodes gaan gepaard met soms letterlijk doodsangst. Het bieden van vertrouwen is voor deze patiënt buitengewoon belangrijk voor een goede kwaliteit van leven. Hiervoor is krachtig en consistent optreden nodig. Het zoveel mogelijk herstellen van de lichamelijke en vooral de mentale kracht van de patiënt zelf en zijn of haar verwanten is daarbij een belangrijk beginpunt. Vanuit dit punt kunnen zij en naasten weer zoeken naar een nieuw evenwicht en samen invulling geven aan het ziekte en rouwproces.

Palliatieve zorg komt veel voor, heeft een generalistische benadering en een 24/7 beschikbaarheid van professionals die weten wat ze doen. Als gevolg hiervan heeft bijna elke huisarts, specialist ouderengeneeskunde en (wijk)verpleegkundige wel eens te maken met het verlenen van palliatieve zorg. Naast generalistische zorg van bijvoorbeeld huisartsen en wijkverpleging, is er in de tweede lijn hoogwaardige kennis beschikbaar over methodieken en interventies die in de thuissituatie toegepast kunnen worden. De zorg aan het einde van het leven is vaak complex en kent veel variatie. Die aspecten kunnen leiden tot een crisis:

- Het ziek zijn in de palliatieve fase kan een onvoorspelbaar karakter hebben, waarbij een situatie plots ernstig kan verslechteren.
- De patiënt in de palliatieve fase komt in aanraking met veel zorgprofessionals.
- Er ontbreekt een structureel overleg. (Er is niet heel veel overleg waardoor er inconsistentie in het beleid ontstaat.)
- Het is vaak onduidelijk wat de voorgeschiedenis van de patiënt is en hoe deze invloed heeft op ziek zijn.
- Het ontbreken van een integraal behandelplan waardoor onvoldoende geanticipeerd kan worden op veranderende situaties.
- Niet alle professionals hebben evenveel ervaring waardoor een continue kwaliteitsvolle zorg niet altijd kan geboden worden.

- Er bestaat onzekerheid bij artsen en verpleegkundigen door gebrek aan kennis en ervaring.
- De regionale sociale kaart is onbekend.

Al deze variabelen zijn ingrediënten die de kans op misverstanden, misgrijpen en mis begrijpen vergroten. Als dat gebeurt dan heeft dat ernstige gevolgen voor het vertrouwen van patiënten. Immers bij een episode van verslechtering is de kans groot dat je als patiënt te maken krijgt met andere artsen of verpleegkundigen. Artsen en verpleegkundigen die je als patiënt minder goed kennen. En misschien wel minder ervaring en of affiniteit met palliatieve zorg hebben. Zij beschikken dan vaak over weinig handelingsrepertoire en moeten improviseren. Zeker als er in het voortraject geen helder plan voor handen is. Dat leidt tot onzekerheid bij artsen en verpleegkundigen wat vervolgens repercussies heeft voor het vertrouwen van patiënten en hun naasten. Deze mix leidt in veel gevallen tot de beleving van een noodsituatie. De resultante van deze negatieve spiraal is vaak een halsoverkop geregelde ziekenhuisopname in de nachtelijke periode of vlak voor het weekend. Dit terwijl een opname in essentie niet nodig is.

Het omgekeerde komt ook voor. Als gevolg van relatieve onbekendheid en onzekerheid kunnen professionals de situatie onderschatten. Dit leidt dan tot onder behandeling en meer lijden dan nodig. Als gevolg van de, onvermijdelijke, verspreide inzet van professionals en de onbekendheid met de "achtervang" in de tweede lijn is er nu regelmatig sprake van een breuk in het continuüm van vertrouwen. En dat betreft het vertrouwen van de patiënt in de situatie maar ook het vertrouwen tussen professionals onderling. Deze discontinuïteit zorgt voor een slechtere kwaliteit van leven en sterven en leidt tot economisch onaanvaardbare kosten.

Missie voor de Achterhoek

Het vormen van een sterk continuüm van vertrouwen voor patiënten die palliatieve zorg nodig hebben, hun naasten, de vrijwilligers en de professionals die de zorg verlenen.

4. Organisatorische uitgangspunten voor het continuüm van vertrouwen

Welke onderliggende (organisatorische) waarden zijn er nu nodig voor het door ons beoogde continuüm van vertrouwen tussen patiënten, verwanten en professionals? Deze werken wij hierna uit. De principes vormen als het ware de regelset waarop wij de komende periode ons werk organiseren en elkaar aanspreken.

De patiënt is het centrum van ons handelen

Wij vinden dat mensen die palliatieve zorg vragen het stuur in handen moeten hebben.¹Zij zijn het meest gebaat bij een situatie waarin zij zoveel als mogelijk in hun eigen kracht blijven. Onze

¹ Chronic care model van Wagner (rapport Balkenende, 2011)

benadering is dat wij naast de behandel- en zorgvragen ook luisteren naar welzijns- en spirituele vragen. Wij vragen aan alle professionals die te maken hebben met palliatieve zorg deze brede, holistische blik als grondhouding te hanteren.

Wanneer patiënten en hun naasten aangeven in de eigen omgeving te willen verblijven, zijn professionals in ons netwerk er op gericht om zoveel als mogelijk de institutionele zorg over te dragen aan de eerstelijnszorg en aan patiënten, naasten en vrijwilligers. Professionals willen samen met hen zoveel als mogelijk het vertrouwen in eigen kunnen versterken.

Wij werken vanuit het adagium regeren is vooruit zien.

Dit vinden wij een uitermate belangrijk uitgangspunt. Voor palliatieve zorg is per definitie een teamaanpak nodig met vele spelers. Met elkaar willen we de voorspelbaarheid zo groot als mogelijk maken. Dit betekent dat we, wat ons betreft, bij alle palliatieve patiënten werken met een plan waarin minimaal de volgende vragen van de patiënten opgelost worden:

- Heb ik een zorg- en behandelplan afgesproken met mijn zorgverleners?
- Hoe wil ik dat mijn levenseinde eruit ziet?
- Waar kan ik terecht bij ernstige verslechtering buiten kantooruren?
- Wat gebeurt er als mijn eigen huisarts langere tijd niet beschikbaar is?
- Hoe communiceren mijn zorgverleners met elkaar?
- Wat kan ik zelf hierbij inbrengen?

In dit plan, samen met de patiënt en mogelijk met zijn naasten, worden concrete stappen en oplossingen geboden voor deze vragen bijvoorbeeld door advance care planning en afspraken over het levenseinde te maken (een levenseinde beslissingsdocument). Verder wordt voorzien in middelen voor goede communicatie tussen professionals onderling. Hiermee bedoelen wij concreet een zorgmodule met daarbinnen richtlijnen en outcome parameters. Tot slot moeten we voorzien in transmurale dossiervorming en afspraken voor de overdracht tussen settings. Dit plan wordt opgesteld op het moment dat duidelijk is dat er sprake is van een palliatief traject. De hoofdbehandelaar in de eerste lijn (huisarts) staat in een palliatief traject het dichtst bij de patiënt en zijn naasten en is verantwoordelijk voor het opstellen van een dergelijk plan. De hoofdbehandelaar hoeft niet in alle gevallen het plan alleen en zelf op te stellen. In de eerste lijn betreft hij of zij hierbij actief de patiënt, de mantelzorgers, verpleegkundigen, verzorgenden en vrijwilligers. Wij sluiten ons volledig aan bij het standpunt "Huisarts en Palliatieve Zorg"² zoals dit is opgesteld door het NHG. Verder maken wij gebruik van de LESA Palliatieve Zorg zoals opgesteld door de huisartsen en wijkverpleegkundigen³. Voor patiënten in het ziekenhuis of het verpleeghuis is de hoofdbehandelaar de medisch specialist of de specialist ouderengeneeskunde.

² NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012, Huisarts en palliatieve zorg. Vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 3 december 2009

³ Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Palliatieve Zorg, Eizenga WH, De Bont M, Vriezen JA, Jobse AP, Kruyt JE, Lampe IH, Leydens-Arendse CA, Van Meggelen ML, Van den Muijsenbergh METC. Huisarts Wet 2006;49(6):308-12.

Het is van groot belang dat huisartsen, wijkverpleegkundigen, medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en andere zorgprofessionals elkaar goed weten te vinden. De onderlinge communicatie en samenwerking worden in de volgende paragrafen uitgewerkt.

Wij werken vanuit wederzijds respect continu aan uitstekende onderlinge verbindingen

Omdat voor palliatieve patiënten succesvolle zorg laagdrempelig, multidisciplinair, met een generalistische blik en een hoge graad van deskundigheid moet worden geleverd, zijn veel professionals en hun achterliggende organisaties bij deze zorg betrokken. Huisartsen, wijkverpleegkundigen, medisch specialisten, verpleegkundige specialisten, paramedici, geestelijk verzorgers en maatschappelijk werkers zullen daarom onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden in de zorg voor deze groep patiënten. Uit de onderzoeken blijkt dat hier enige spanning op staat. Veel van deze professionals kunnen, zolang ze elkaar professioneel goed weten te vinden, operationeel goed samenwerken. Naast het professionele belang hebben zij ook het organisatiebelang te dienen. Deze belangen lopen niet altijd congruent met elkaar en heel soms is zelfs sprake van een tegengesteld belang. Daar waar deze belangen niet worden overbrugd leidt dit tot versnippering. Aan het versnipperd organiseren van palliatieve zorg kleven aanzienlijke risico's:

- Inadequate zorgverlening in de vorm van onder- of overbehandeling; dit leidt tot slechte kwaliteit en daarmee vaak tot uitgestelde kosten die veel hoger zijn dan nodig.
- Ondoelmatigheid en extra kosten door te veel communicatie en afstemming of plegen van extra herstel.
- Onnodig verlies van tijd en energie in een periode waar deze een schaars goed zijn voor patiënten en naasten.
- De patiënt vindt dat er in het algemeen teveel professionals aan het bed verschijnen, daardoor is onduidelijk wie de regie heeft.
- De continuïteit van zorg wordt onvoldoende gegarandeerd.
- Het schaadt het vertrouwen van patiënten, professionals onderling en de "buitenwereld".

Vanuit onze waarden accepteren wij voor de groep palliatieve patiënten deze versnippering en risico's niet. In ons netwerk, stellen we daarom alles in het werk om ons zo te organiseren dat patiënten die om palliatieve zorg vragen, deze zorg naadloos ontvangen op de wenslocatie. De komende vijftien jaar hoeven we, met een groeiende groep patiënten, ons geen zorgen te maken of we met elkaar voldoende werk hebben. Wel hebben we de opdracht, op basis van afnemende financiële middelen, om deze zorg slim te organiseren zodat we deze zorg economisch houdbaar kunnen leveren. Hiervoor moeten we over "de muren" van onze organisaties heen kijken en op zoek gaan naar excellente onderlinge verbindingen. En natuurlijk naar financiering die deze verbindingen versterken.

Daarnaast kunnen betere onderlinge verbindingen zorg dragen voor betere financiële toegankelijkheid van palliatieve zorg voor patiënten en hun naasten.

Zij worden immers, mede door landelijk beleid geconfronteerd met hogere eigen risico's, hogere eigen bijdragen en een kleiner basispakket. De directe kosten voor de zorg lopen daarmee voor patiënten op. Goede verbindingen zorgen voor minder kans op escalatie en daarmee ook op minder kosten voor de patiënt zelf.

Excellente onderlinge verbindingen vragen in onze optiek om professionele gelijkwaardigheid, een evenwichtige verdeling van investeringen en opbrengsten (zowel materieel als immaterieel) en integriteit. Om hier een goede balans in te houden is eenduidigheid belangrijk. Dat vraagt om een slim samenwerkingsmodel met goede infrastructuur waarmee kwaliteiten op een slimme manier bij elkaar worden gebracht. Wij gaan als netwerk hiervoor het wiel niet opnieuw uitvinden en sluiten ons zoveel als mogelijk aan bij de bestaande, goed werkende, infrastructuur. Deze is in onze regio volop voorhanden.

Wij organiseren regionaal; behoud van menselijke maat en slagkracht

Palliatieve zorg is breder dan alleen de oncologische zorg. Palliatieve zorg is wel ontstaan in de schoot van de oncologische zorg. Inmiddels worden door IKNL de netwerken van de oncologische zorg op landelijk niveau georganiseerd. Voor de palliatieve zorg is een nationaal programma gestart, in het kader waarvan de nodige ontwikkelingen in consortiumverband zullen plaatsvinden. Onze constatering is dat de palliatieve zorg zoveel als mogelijk in de zelf verkozen omgeving van de patiënt moet plaatsvinden. Dit stelt hoge eisen aan de regionale organisatie van deze zorg en aan de professionaliteit van hen die deze uitvoeren. Elkaar "kennen en vertrouwen" is daarbij een belangrijke voorwaarde. Wij zien vooral de regio als de gewenste schaal om enerzijds voldoende slagkracht te hebben en anderzijds goed aan te kunnen sluiten bij de lokale omstandigheden met op maat gesneden zorg voor de patiënt in de palliatieve fase.

In onze netwerken wordt gekozen voor een bestendige weg van nauwe regionale samenwerking tussen patiënten, mantelzorgers, professionals, vrijwilligers, instellingen, (lokale) overheid en verzekeraars. Deze weg sluit tevens aan bij de landelijke ontwikkeling dat steeds meer decentraal geregeld moet worden en de inzet van eigen kracht en samen redzaamheid in de lokale (wijk)situaties steeds belangrijker wordt. Het organiseren van palliatieve zorg vraagt wat ons betreft korte lijnen, weinig overhead en administratieve belasting en realisatie dicht bij de werkvloer.

Wij organiseren deskundigheid en houden de balans tussen state of the art kennis en werkend pragmatisme

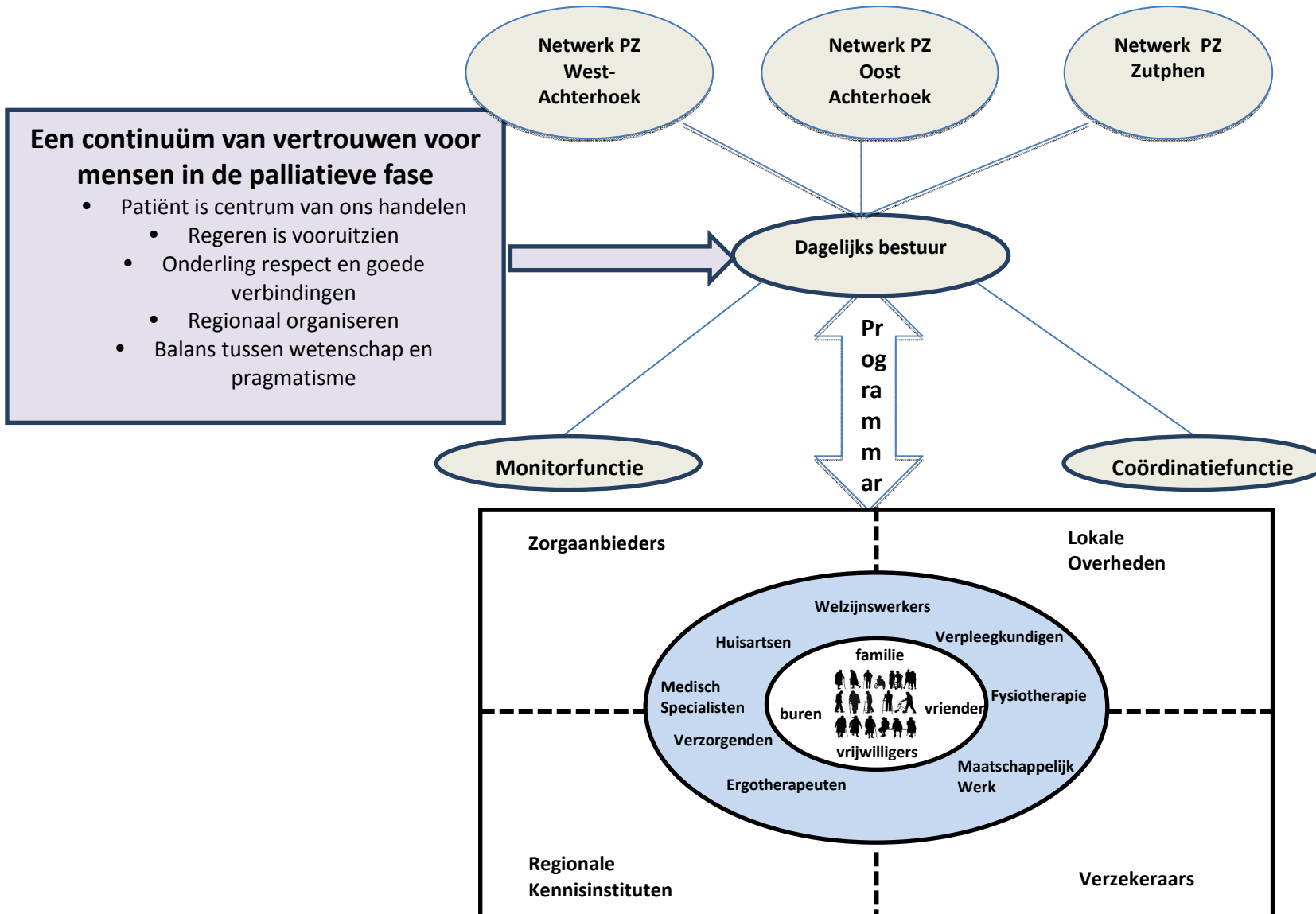
Palliatieve zorg is nog een jong vak. De doorontwikkeling van kennis, vaardigheden en de gewenste attitude van professionals en vrijwilligers is van groot belang. Het gaat daarbij om kennis opdoen, oefenen, laten zien dat je het kunt en laten zien dat het werkt. Voor de

Achterhoek betekent dit de noodzaak van een goede en gelijkwaardige samenwerking met het Radboudumc waar het kenniscentrum palliatieve zorg is gevestigd. Inmiddels maakt onze regio met in totaal 11 palliatieve netwerken deel uit van het consortium PalZO, geformeerd rond het expertisecentrum Nijmegen. Dit in het kader van de consortiumvorming die landelijk vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ) is gestart en doorloopt tot 2020. Het expertisecentrum heeft een hoge innovatieve waarde en daarmee is *state of the art kennis* dichtbij Kern van het NNPZ is gelijkwaardige samenwerking tussen onderzoek, onderwijs en zorg. Onderbouwd pragmatisme werkt het beste bij palliatieve zorg. Tegelijkertijd vraagt dit aan de kant van uitvoerende professionals in de eerste lijn dat zij deze wetenschap niet negeren en niet alleen handelen vanuit de eigen referentiekaders. Dat vinden wij doorgeschoten pragmatisme en vergroot de kans op het verstoren van het continuüm van vertrouwen. Daarom is het organiseren van multidisciplinaire scholingsprogramma's op palliatieve zorg van groot belang voor de transfer van kennis en waarden. Het overdragen van onze kennis naar patiënten en naasten over hoe lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel om te gaan met de situatie vinden wij belangrijk. Wij zullen als netwerk voor beide groepen de maximale inspanning leveren om deze transfers te realiseren. Adequate kennis en vaardigheden vergroten de kans op een stevig continuüm van vertrouwen.

5. Bundeling van krachten: Achterhoeks Netwerk Palliatieve Zorg (ANPZ)

Momenteel wordt de organisatie van palliatieve zorg in de Achterhoek vormgegeven door drie netwerken in drie regio's. West Achterhoek (Doetinchem), Oost Achterhoek (Winterswijk) en regio Zutphen hebben allen een eigen besturing. Het organisatiemodel als netwerk blijft wat ons betreft de geëigende vorm. De zorg moet immers in de eigen omgeving van de patiënt verleend worden. Naast de patiënt zijn er de naasten en meerdere professionals betrokken. Ieder vanuit zijn eigen kracht en betekenis. Toch merken we dat door de omvang de huidige netwerken zeker waar het gaat om structurele verbetering van de patiëntenzorg, het realiseren van gedragen innovaties en het opzetten van onderzoek en educatie, te weinig slagkracht hebben. Dit betekent dat in de directe omgeving van de meeste patiënten goed wordt gewerkt, maar dat verbeteringen en veranderingen moeilijk bekliven. Tevens is de inzet van mensen en middelen onzeker, omdat de risico's (bijvoorbeeld het stoppen van de financiering van de coördinator) slecht is geborgd. Om de krachten te kunnen bundelen en samen méér voor elkaar te krijgen dan alleen is het nodig organisatorische aanpassingen te doen en te beschikken over een werkstructuur die niet leidt tot "stroop" maar het werken aan inhoudelijke resultaten faciliteert.

Bij deze organisatorische aanpassingen laten we de structuren van de huidige drie netwerken in stand.
 Dit organisatorisch model is ons voorstel:



Een klein **dagelijks bestuur** dat zorgt voor een goede verankering van de waarden en doelen in het Achterhoeks netwerk en dat actief bijdraagt in het behalen van de gestelde doelen. Het dagelijkse bestuur bestaat uit de portefeuillehouders palliatieve zorg van de huidige netwerken en één van de netwerk coördinatoren.

Een **programmaraad** die bestaat uit professionals vanuit de verschillende netwerken, die weet wat er in 'het veld' speelt, die zorg draagt voor inhoudelijke programmatische sturing binnen het Achterhoeks netwerk en daarmee in belangrijke mate de inhoudelijke agenda bepaalt.

Een goed ingerichte **coördinatiefunctie** die er voor zorgt dat het netwerk vitaal blijft en dat alle partijen goed geïnformeerd en betrokken zijn. Door deze functie wordt gezorgd voor voldoende en kwalitatieve afstemmingsmomenten voor leden van het netwerk op alle niveaus, de coördinatie van inhoudelijke ontwikkelingen en de communicatie over wetenswaardigheden binnen en buiten het netwerk. Aangesloten leden zijn op deze manier optimaal geïnformeerd over het wel en wee. Deze functie is de spin in het web en heeft een belangrijke rol in het signaleren of er wordt gewerkt binnen onze waarden.

Een **monitorfunctie** met verantwoordelijkheid voor het meten van kwaliteit, outcome, het bijhouden van de competenties en het organiseren van case-besprekingen waaruit verbetertrajecten geïnitieerd worden onder verantwoordelijkheid van het dagelijks bestuur (visitatie).

De kracht van een solide netwerk is dat velen zich kunnen voegen naar de vragen die er liggen op de plaats waar dat nodig is. Een netwerk is erop gericht om multidisciplinair oplossingen te bedenken en te organiseren in de zelf verkozen omgeving van de patiënt/naaste. Een lastige kant van het organiseren in een netwerk is dat niemand en tegelijkertijd iedereen "de baas" is. Dat vergroot de kans op vrijblijvendheid. De kracht van het netwerk wordt bepaald door de mate waarin waarden en overtuigingen worden gedeeld. Wij sturen daarom op engagement en gezamenlijk gedragen waarden.

Waarden die we in de vorige paragraaf hebben benoemd vormen als het ware de spelregels in ons netwerk:

- de patiënt en diens naasten zijn het centrum van ons handelen
- wij werken vanuit het adagium regeren is vooruit zien
- wij werken continu aan uitstekende onderlinge verbindingen
- wij organiseren regionaal voor het behoud van de menselijke maat en slagkracht
- wij organiseren deskundigheid houden de balans tussen *state of art kennis* en pragmatisme

De afdwingbaarheid van de spelregels is gering. We hebben alleen de kracht van de waarden en de macht van het getal. Hoe meer professionals en hun achterliggende organisaties zich willen verbinden aan onze basisspelregels, hoe groter de kans op het zelfreinigende vermogen van het netwerk. Wij zien ons netwerk daarmee niet als een nieuw instituut, maar als een virtuele organisatie met het vermogen om samen, ieder vanuit zijn eigen kracht, een bijdrage te leveren aan het behoud van een continuüm van vertrouwen.

6. Plan van Aanpak

We hebben in de voorgaande hoofdstukken een gezamenlijke visie opgesteld voor de verdere ontwikkeling van het Netwerk. De visie verwoordt dat we het netwerk vanuit een vijftal waarden naar een hogere graad van organisatie willen brengen. Het plan van aanpak is gebaseerd op de operationalisering van deze waarden. Concreet bestaat het plan van aanpak uit de volgende onderdelen:

- Verwerven van draagvlak voor het ANPZ
- Inrichting van het organisatorisch model
- Organiseren van 7/24 bereikbaarheid
- Activiteitenplan, fasering en tijdsplan

Verwerven van draagvlak

In deze notitie is de wil om de krachten te bundelen beschreven. De ideeën en uitgangspunten zijn beschreven door een afvaardiging van de drie besturen van de netwerken, samen met de coördinatoren. Deze moeten worden besproken en getoetst. Hiervoor zullen we een werkconferentie organiseren waar we samen met alle kernspelers in de palliatieve zorg bepalen of de voorgestelde weg de juiste is. Daarnaast zullen we actief op zoek gaan naar suggesties hoe we nog meer kracht kunnen krijgen in het realiseren van de doelstellingen. Aansluiting bij consortium PalZO, waar vanaf deze zomer gewerkt wordt aan het opstellen van kaders om tot gezamenlijke projectaanvragen te komen voor de 11 aangesloten netwerken, werkt mee aan de belangrijke verbinding tussen onderzoek, onderwijs en werkvloer. .

Inrichting van het organisatorisch model

Het ANPZ werkt de komende jaren aan het versterken van het continuüm van vertrouwen voor patiënt en professional. Het ANPZ zal focus en kracht moeten aanbrengen in haar activiteiten en de besturing daarvan. Niet vanuit de hiërarchie want dat werkt immers niet in netwerken. Het Netwerk wil sturen vanuit de in de visie geformuleerde waarden op heldere doelen en inspanningen.

De aansturing en structuur van de drie subregionale netwerken blijft behouden. Daar wordt het commitment gezocht op de te ondernemen acties en vindt de besluitvorming plaats. Voor de noodzakelijke slagvaardigheid vormen de portefeuillehouders van de drie netwerken aangevuld met één van de netwerkcoördinatoren het **dagelijks bestuur**.

Zij zijn het aanspreekpunt voor de gehele regio. Het dagelijks bestuur heeft vijf belangrijke opdrachten:

- Het sturen op de waarden zoals geformuleerd in de visie
- Een goede positionering van het netwerk in de regio en landelijk
- Vaststellen van het programma voor het Achterhoeks Netwerk in verbinding met het consortium PalZO
- Creëren van condities voor de uit te zetten acties, zodat doelen en resultaten worden behaald
- Het monitoren van de doelen zoals deze zijn geformuleerd in het programma

Om te sturen op de doelen en inspanningen willen we een **programmaraad** inrichten.

Deze raad bestaat uit betrokken en gerespecteerde professionals die in hun dagelijkse werk met palliatieve zorg te maken hebben en de verbeterpunten als geen ander kennen.

De programmaraad zorgt ervoor dat er een programma wordt opgesteld met (inhoudelijke) SMART doelen en formuleert de inspanningen (wie doet wat). De programmaraad heeft een directe lijn naar het dagelijks bestuur. De programmaraad bestaat uit tenminste de volgende professionals waarbij de subregio's evenredig vertegenwoordigd zijn:

- Huisarts Palliatieve Zorg
- Verpleegkundig specialist Palliatieve zorg
- Specialist ouderengeneeskunde
- Netwerkcoördinatoren Palliatieve zorg
- Medisch specialist Palliatieve zorg / Oncologie/ Geriatrie
- Lid van een relevante cliënten/ vrijwilligers organisatie
- Wijkverpleegkundige met aandachtsgebied palliatieve zorg

Eén van de eerste acties van de programmaraad is het opstellen van een doelen- en inspanningsoverzicht voor 2016. Daarin wordt geformuleerd wat we willen bereiken, wie /wat we daar voor nodig hebben en wanneer we het willen bereiken. Daarnaast zal de programmaraad toezien op in gang gezette ontwikkelingen en deze evalueren op beoogd resultaat.

In onze visie hebben wij beschreven dat we waarden gestuurd werken met een heldere infrastructuur. **De coördinatiefunctie** moet hiervan de belichaming zijn. De coördinatiefunctie wordt ingevuld door netwerkcoördinatoren. De coördinatoren vormen de spil tussen het veld (patiënten en uitvoerende professionals), de programmaraad, de helpdesk en het bestuur. Zij zijn daarmee de ogen en oren voor al deze partijen. Zij zijn verantwoordelijk om in de richting van deze partijen de goede acties uit te zetten op de juiste tijd. De coördinator blijft daarmee lokaal verankerd. Qua profiel van de coördinator wordt aangesloten bij het profiel zoals opgesteld door Fibula.

Het succes van het palliatief netwerk valt of staat met een goede monitorfunctie waarmee we inzichtelijk maken wat de toegevoegde waarde van het ANPZ is.

Omdat we programmatisch willen sturen (heldere SMART doelstellingen en outcome criteria) ontwikkelt het dagelijkse bestuur met de netwerkcoördinatoren in samenspraak met de programmaraad instrumentarium om de voortgang te volgen, het meten van kwaliteit en outcome, het bevorderen van competenties van professionals en het organiseren van evaluaties van waaruit weer verbetertrajecten geïnitieerd worden.

Bereikbaarheid

Eén van onze waarden is het hebben van excellente onderlinge verbindingen. We hebben hiervoor reeds nu al bereikbaarheid georganiseerd voor professionals, patiënten en vrijwilligers. Het is onze ambitie om in de Achterhoek de professionele bereikbaarheid te laten voldoen aan de volgende eisen:

- 24 uur per dag, zeven dagen in de week bereikbaar zijn
- dichtbij de huisartsen
- multidisciplinair qua kennis en vaardigheid
- herkenbaar voor patiënten en zorgverleners
- aantoonbare kwaliteit op gebied van palliatieve zorg voor alle disciplines

We hebben afspraken met het IKNL en elk ziekenhuis heeft zijn eigen consultatieteam. Dit vormt wat ons betreft de basis voor de organisatie van de gewenste 24-uurs bereikbaarheid.

Fasering, activiteitenplan en tijdsplan

Op basis van de gezamenlijke visie en het plan van aanpak komen we tot de volgende fasering van de activiteiten en tijdsplan.

Fase en activiteit	Wanneer gereed	Wie
Fase 1 Bestuurlijke vaststelling en inrichting		
Organiseren van een visiebijeenkomst waar het document wordt besproken en de nieuwe opzet van het netwerk wordt bekrachtigd	22 september 2015	
Vaststellen van het visiedocument Palliatieve zorg; continuüm van vertrouwen en het plan van aanpak.		
Instellen van het dagelijks bestuur		

Fase 2 Herinrichting van het Netwerk		
Taakafbakening netwerken en programmaraad	functieomschrijving vanuit Fibula voor de netwerkcoördinatoren	
Formeren en installeren van de programmaraad	22 september	
Opstellen Doelen en Inspanningen overzicht inclusief monitoren variabelen		
Fase 3		
Inrichten monitorfunctie (hoe gaan we monitoren)		
Fase 4 Uitvoering		
Publiciteitsbijeenkomsten om het veld te betrekken bij de ideeën van het netwerk over te dragen aan professionals		
Start realisatie van de doelen zoals geformuleerd in het doelinspanningen overzicht Instellen werkgroepen		
Fase 5 Evaluatie		
Evaluatie van het functioneren NPZA	<i>15 september 2016</i>	

Bijlage: tekenvel: Organisatie, naam, datum, handtekening