



Algemeen

Inspiratie

Voorwoord

Ontmoeten en verbinden

Opdracht en coördinatie van het netwerk

Opdracht netwerk	Werkgebied	Taken en verantwoordelijkheden
Vier kerntaken	Leden en structuur 1	Regioteam
Missie en visie	Leden en structuur 2	Netwerk coördinatie
Financiering		Bestuur

Context

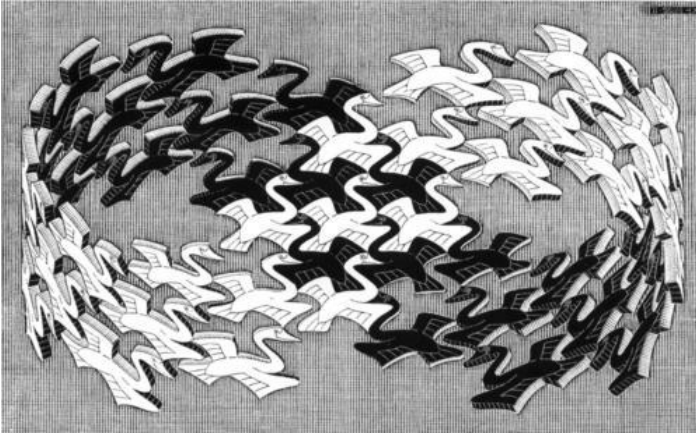
Landelijk	Zorgbalans 2014
Regionaal	Samenwerking Dementie
Lokaal	

Doelstellingen 2016-2020

Inleiding	Doelen Oost-Veluwe
Doelen VWS	Informatie voorziening
	Deskundigheids bevordering
	Transmurale palliatieve zorg
	Centrale zorgverlener



Algemeen



Escher.(1956) Swans



Door **andere vormen van sturing, financiering en kennisdeling** zijn decentralisatie, digitalisatie en participatie nieuwe werkwoorden geworden. Professionals zijn bezig om **'van zorgen voor naar zorgen dat'** vorm te geven. Beleid wordt steeds meer **bottom-up** ontwikkeld en zorgaanbieders en professionals krijgen meer ruimte om met patiënten en naasten afspraken op maat te maken. Bestuurders en professionals zijn door de snelle beschikbaarheid van informatie via internet niet meer de exclusieve kennisdragers. Het **loslaten** van oude gewoontes speelt op meerdere niveaus en vraagt om ander gedrag.

Om effectief te blijven in dit veranderende zorglandschap is een **balans** nodig tussen **mensen en systemen**, tussen wens en realiteit en tussen **ratio en emotie**. Kwaliteit van zorg is een continu en dynamisch proces waarbij **de mening en ervaringen van mensen met onze dienstverlening van wezenlijk belang is**. Of het nu gaat om verbetering van de zorg, woongenot of communicatie.

Het netwerk wil [ontmoetingen en verbindingen](#) stimuleren en faciliteren, tussen mensen, organisaties, inhoudelijke thema's, tussen landelijke en regionale ontwikkelingen en vice versa.



Ontmoeten en verbinden

Succes

Bij elkaar komen is een begin, bij elkaar blijven is vooruitgang, met elkaar samenwerken is succes.

Henry Ford

Samenwerking

Wederzijdse afhankelijkheid, échte samenwerking, wordt geboren als je niet denkt in termen van concurrentie, maar van gezamenlijk winnen. Concurrentie hoort thuis in de markt, niet binnen bedrijven of gezinnen.

Stephen R. Covey

Vertrouwen

Iedere vorm van vreedzame samenwerking tussen mensen is op de eerste plaats gebaseerd op wederzijds vertrouwen en pas op de tweede plaats op instituties.

Albert Einstein





Waarom dit meerjarenbeleidsplan?

Het meerjarenbeleidsplan is één van de manieren om met elkaar stil te staan en te **reflecteren** op de huidige stand van zaken. Doen we de goede dingen? Wat gebeurt er om ons heen? Welke eisen worden er aan ons gesteld en voldoen we hieraan? Wat willen wij in onze organisaties en met het netwerk in Oost Veluwe bereiken om de **palliatieve zorg te verbeteren en te borgen** voor de patiënt en zijn naasten? Met de start van twee nieuwe netwerk coördinatoren in 2015 is breed gereflecteerd op de huidige stand van zaken en de **wensen** die leven in de regio. Dit afgezet tegen de **landelijke ontwikkelingen** en de **opdracht van VWS** voor netwerken is de (collectieve) ambitie verwoord.

Dit meerjarenbeleidsplan is **geen ontwerp of blauwdruk** hoe we de palliatieve zorg de komende vier jaar gaan vormgeven. Wat biedt het dan wel? Vooral een beschrijving van de huidige stand van zaken en de landelijke en **regionale ambities en doelstellingen tot 2020** op hoofdlijnen.

De **concrete vertaling van deze doelstellingen** vindt plaats in de **jaarplannen**. En natuurlijk achteraf de verantwoording in een jaarverslag om duidelijkheid en **transparantie te bieden** over de bereikte resultaten.

Wij wensen je veel leesplezier!

Trudy Willems en Berdine Koekoek, februari 2016
Inhoud geaccordeerd opdoor het bestuur





Opdracht netwerk



Download de
originele kaart

Verdeling netwerken palliatieve zorg Nederland

Indeling op netwerknaam
De gearceerde gebieden zijn gemeenten die onderdeel uitmaken van meerdere netwerken
Situatie oktober 2015



© Gemeente Rotterdam, Provincie Rotterdam
© Gemeente Rotterdam, Provincie Rotterdam
© Gemeente Rotterdam, Provincie Rotterdam
Basis CBS, gemeentegrenzen per 01-01-2015

Een netwerk palliatieve zorg (npz) is een **samenwerkingsverband van zorgaanbieders** in een bepaalde regio en heeft als doel de zorg voor mensen in de laatste levensfase zo goed mogelijk te **organiseren**. Op deze manier kan men **elkaar aanvullen** en wordt het mogelijk de overgang van patiënten van de ene naar de andere zorgplek te **verbeteren** doordat:

- de coördinatie alle gemeenten in de netwerkregio omvat
- de instellingen en personen deelnemen die beroepsmatig betrokken zijn bij het verlenen van **palliatieve zorg in de netwerkregio**
- er tenminste eenmaal per jaar **overleg** gevoerd wordt met de betrokken **organisaties van patiënten**, vrijwilligers en zorgverzekeraars over de verlening en bekostiging van palliatieve zorg in de netwerkregio
- de coördinatie gericht is op een **compleet, samenhangend en dekkend aanbod** van palliatieve terminale zorg van **verantwoorde kwaliteit** in de netwerkregio.
- **informatie** wordt verstrekt over het aanwezige zorgaanbod van palliatieve terminale zorg
- organisatorische, kwalitatieve en kwantitatieve tekortkomingen worden gesignaleerd
- oplossingen daarvoor worden gefaciliteerd
- de signalerende rol mede beoogt om **over- en ondercapaciteit van hospices** en bijna-thuis-huizen op grond van de regeling Palliatieve terminale zorg (Ptz), zoveel mogelijk te **voorkomen**.

In Nederland zijn [65 netwerkregio's](#).



Vier kerntaken



Coördineren, informeren, signaleren en faciliteren

In 2014 heeft de [Stichting Fibula](#) heeft **handreiking minimale eisen voor de netwerken palliatieve zorg** ontwikkeld. Deze eisen bieden een **kader/vertrekpunt** voor de ontwikkeling van kwaliteit, professionaliteit en **herkenbaarheid** van de netwerken. Inzage hierin maakt de netwerken **transpanter**.

De indeling van deze [handreiking](#) is, net als de subsidieaanvraag bij VWS, gebaseerd op de **vier kerntaken** die elk netwerk palliatieve zorg heeft: **coördineren, informeren, signaleren en faciliteren**. De handreiking biedt een **kapstok** voor zowel bestuurders van netwerken palliatieve zorg als de netwerkcoördinatoren.

Stichting Fibula is sinds 2011 het **samenwerkingsverband van de netwerken palliatieve zorg** en treedt als **belangenbehartiger** o.a. op richting het **ministerie van VWS**. Tevens is Fibula een van de deelnemers van de [Kerngroep Palliatieve Zorg](#) die een **klankbordfunctie** heeft voor het ministerie van VWS en **ZonMw** bij de uitvoering van het **NPPZ**.





Missie, visie en uitgangspunten



De kracht van samenwerken

Missie:

De regionale netwerken dementie, geriatrie en palliatieve zorg staan voor optimale* kwaliteit van leven op het gebied van welzijn, wonen en zorg voor alle inwoners van Oost Veluwe, waarbij patiënten* zelf de regie voeren en op verzoek hierin worden ondersteund.

Visie:

Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de netwerkpartners om gecoördineerde informatie, zorg, begeleiding en ondersteuning aan zowel patiënt als naasten/mantelzorgers te bieden door de juiste deskundige(n), op het juiste moment en op de gewenste plek.

**Optimaal: doeltreffend, doelmatig en klantgericht conform de professionele standaard (state of art) en aansluitend op de behoefte van de patiënt*

**Overall waar patiënt staat kan ook burger, cliënt, gast of bewoner worden gelezen. In veel gevallen is ook de naaste onderdeel van het patiëntensysteem en wordt deze afhankelijk van de wensen van de patiënt betrokken bij alle voorkomende activiteiten*

Uitgangspunten:

- de patiëntvraag staat centraal. De nieuwe definitie van gezondheid ([Huber, 2014](#)) is leidend en uitgangspunt voor de in te zetten hulp. *‘Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’.*
- Hulp wordt proactief ingezet en integraal aangeboden waarbij samenwerking is tussen informele en formele zorg*, met aandacht voor vroegsignalering, markering en preventie.
- Het aanbod (welzijn, wonen en zorg) is inzichtelijk, eenvoudig toegankelijk en continuïteit is gewaarborgd.
- Er wordt transmuraal en multidisciplinair samengewerkt, waarbij efficiënt gebruik wordt gemaakt van de aanwezige kennis en expertise (bijv. het Consultatieteam Palliatieve Zorg (CPZ) en het Geheugensteunpunt Dementie).
- De netwerken dragen actief bij aan voldoende spreiding, uitwisseling en benutting van kennis. Daarmee worden de voorwaarden geschapen om de kwaliteit van de zorg blijvend te kunnen verbeteren.
- De netwerken zijn gericht op het signaleren en aanpakken van knelpunten.
- De zorg wordt gecoördineerd door een centrale hulpverlener.

**Conform het [Rhedens model](#)*



Financiering



Financiering van het netwerk

Het **ministerie van VWS** geeft **subsidie** voor het faciliteren van de vrijwillige palliatieve terminale zorg en het in stand houden van een **landelijk dekkend netwerk** van regionale netwerken palliatieve zorg. Hiervoor is in 2007 de **regeling Ptz** opgezet.

Deze regeling komt per 1 januari 2017 te vervallen en is onlangs geëvalueerd door [bureau HHM](#) in opdracht van het ministerie van VWS. **Staatssecretaris Van Rijn** heeft in een [Kamerbrief](#) laten weten dat de ondersteuning voor de netwerken in een **nieuwe subsidieregeling met een kleine aanpassing zal worden gehandhaafd tot en met 2021**; zodat de netwerken kunnen bijdragen aan de realisatie van het [Nationaal Programma Palliatieve Zorg](#) (NPPZ). **Vanaf 2017 is er tevens 2 miljoen euro extra beschikbaar voor vrijwilligers die ondersteuning bieden bij de palliatieve zorg.**



Financiering van palliatieve zorg

Hoeveel geld er per jaar aan palliatieve zorg wordt besteed, is onbekend. De **financiering van de palliatieve zorg** valt onder diverse wetten en regelingen en is daarmee **zeer gefragmenteerd**. De [informatiekaart PTZ van het ministerie van VWS](#) maakt de versnippering en complexiteit direct duidelijk. [De huidige wet- en regelgeving](#) rond PTZ is onduidelijk voor alle betrokkenen.



Werkgebied



Werkgebied en samenstelling van het netwerk



Palliatieve zorg wordt verleend in het ziekenhuis, thuis, het hospice, verpleeghuizen, woonzorgcentra en binnen instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking.

Het werkgebied van het netwerk bestaat uit de plaatsen **Apeldoorn, Beekbergen, Beemte-Broekland, Emst, Epe, Hattem, Heerde, Hoenderloo, Hoog Soeren, Klarenbeek, Lieren, Loenen, Nijbroek, Oene, Steenkamer, Terwolde, Teuge, Twello, Uddel, Ugchelen, Vaassen, Voorst, Wenum-Wiesel, Wilp e.o.**

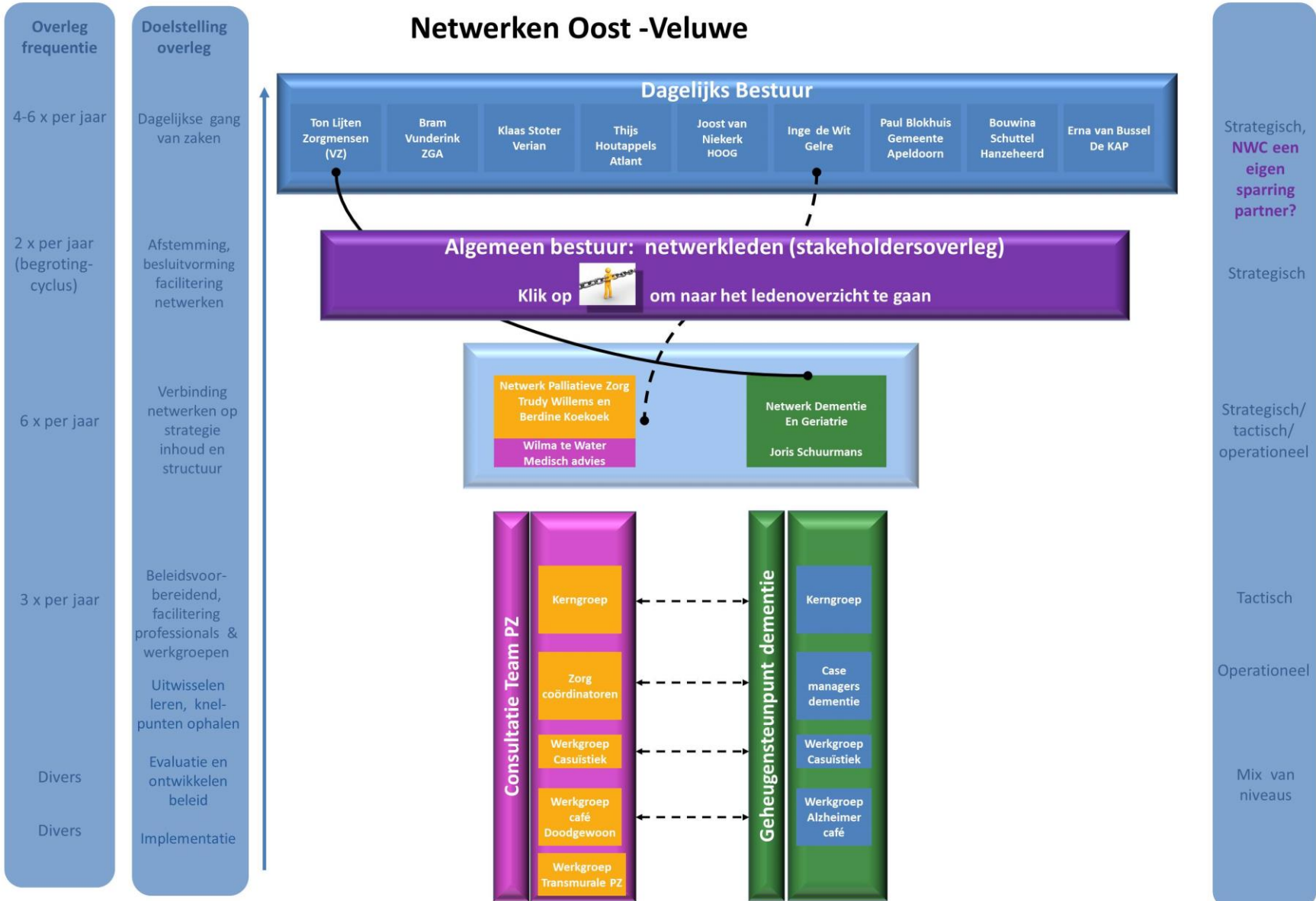
[Deelnemers van het netwerk](#) zijn alle zorgverleners en vrijwilligers die zich op welke wijze dan ook, bezighouden met palliatieve zorg en actief lid willen zijn. Er ligt nog geen actuele samenwerkingsovereenkomst aan ten grondslag.



Leden en structuur 1



Netwerken Oost -Veluwe





Leden en structuur 2



Deelnemende organisaties	Geriatric/dementie	Palliatieve zorg
Atlant Zorggroep	x	x
Caranscoop	x	x
De Goede Zorg	x	x
Gelre Ziekenhuizen	x	x
GGnet	x	x
Hanzeheerd	x	x
HOOG- HRA	x	x
Nusantara	x	x
RIWIS, zorg en welzijn	x	x
Stichting de Kap	x	x
Talma Borgh	x	x
Thuiszorg Beers	x	x
Verian	x	x
Viattence	x	x
Woonzorg Unie Veluwe (WZU)	x	x
Zorggroep Apeldoorn/Hospice de Spreng	x	x
Zorgmensen	x	x
Centraal Ouderenbonden Apeldoorn	x	
Gemeente Apeldoorn	x	
Gemeente Brummen	x	
Gemeente Epe	x	
Gemeente Heerde	x	
GGD Noord Oost Gelderland	x	
Huis van de levenskunst	Wil aansluiten	
Safyra ZG Fysiotherapie Apeldoorn	x	
Stichting Welzijn ouderen Epe	x	
Stimenz	x	
SWB	x	
VSW	x	
Zorggarant	x	
Attend		x
Buurtzorg		x
's Heeren Loo		x
Hospice Apeldoorn		x
Iriszorg		x
'k Leef inloophuis		x
Kruimelschaar Epe en hospice Casa Vera		x
Meerzorg de Wending		x
Palliaterm		x
Privazorg		x
TSN		x
Zorgbelang Gelderland		x
Zozijn		x

Toelichting leden netwerken Oost-Veluwe

In 2015 is het bestuur van de netwerken gefuseerd en in 2016 zijn we gestart met een gezamenlijk **stakeholdersoverleg**. Hierin participeren alle bestuurders van de aangesloten organisaties bij de netwerken dementie/geriatrie en palliatieve zorg. In de tabel hiernaast is te zien aan welke netwerken de verschillende organisaties deelnemen.

Vanwege het grote aantal deelnemers is ervoor gekozen dat tijdens deze bijeenkomsten **besluitvorming over de jaarplannen en jaarverslagen** plaatsvindt. Verdere informatie over de voortgang van palliatieve/ dementie en geriatricische zorg zullen bestuurders vooral moeten uitwisselen met de afgevaardigde leden uit de eigen organisatie. Hierdoor ontstaat er ook een **logische verbinding tussen de verschillende gremia per netwerk** en tussen de netwerken.

De vorm en inhoud van het stakeholdersoverleg is niet statisch. De voorzitter van het DB en de drie netwerkcoördinatoren zijn voornemens **dynamische bijeenkomsten** te organiseren waar men geïnspireerd wordt over belangrijke inhoudelijke thema's en ontwikkelingen die gevolgen kunnen hebben voor de strategie van zowel het netwerk als de eigen organisatie.



Taken en verantwoordelijkheden

- **vertegenwoordiging achterban**
- verantwoordelijk voor informatie-uitwisseling en belangenbehartiging palliatieve zorg tussen netwerkgroep en achterban
- **aanspreekpunt** voor de kennisdragers palliatieve zorg in de eigen organisatie
- agenderen van regionale en lokale issues m.b.t. palliatief beleid/regionale afspraken richting collega's en bestuur eigen organisatie (MT)
- deelname in werkgroepen;
- voorbereiden en **actief bijwonen van netwerkvergaderingen**;
- ambassadeursfunctie voor palliatieve zorg in de eigen zorginstelling en in de regio;
- **gezamenlijke strategiebepaling** van regionale palliatieve zorg op basis van het beleid van het ministerie van VWS, de **wensen van patiënten**, naasten en achterban
- faciliteren en /of uitvoeren van afgesproken regionaal beleid.



De netwerkcoördinatie



Taken en verantwoordelijkheden



Trudy Willems



Berdine Koekoek



Wilma te Water

Gedurende anderhalf jaar was er in de regio Oost-Veluwe geen coördinator. Per 1 april 2015 zijn Trudy Willems en Berdine Koekoek aangesteld. Beide vervullen deze functie al jaren in een andere regio, Berdine in Salland en Trudy in Oost Achterhoek. Trudy en Berdine coördineren het netwerk, behartigen het **regionale belang**, stemmen taken lokaal af, zorgen voor verbindingen en maken **deskundigheidsbevordering** mogelijk. Geriater Wilma te Water is als medisch adviseur aan de netwerkcoördinatie toegevoegd. Zij bewaakt de medische inhoud van de palliatieve zorg, is gericht op het verhogen van de medische deskundigheid en fungeert als klankbord van de netwerkcoördinatoren.

De coördinatoren en de medisch adviseur zijn **samen met de leden van het netwerk verantwoordelijk** voor het opstellen, realiseren en bewaken van de regionale doelen m.b.t. palliatieve zorg. Hiertoe vindt regelmatig overleg plaats op niveau van het regioteam, professionals en werkgroepen, waarbij de coördinator de leden ondersteunt bij het uitvoeren van de plannen die door het bestuur zijn goedgekeurd. De coördinatoren hebben tevens een **signalerende functie** en dragen bij aan de voorlichting van bestuur, professionals, vrijwilligers, patiënten en publiek.

Trudy zit in de stuurgroep van [consortium PalZO](#) en vertegenwoordigt onze regio.



Het bestuur



Taken en verantwoordelijkheden



Het bestuur van de **gezamenlijke [netwerken dementie, geriatrie en palliatieve zorg](#)** heeft als doel de **zorg in Oost-Veluwe** zodanig op elkaar af te stemmen dat die aansluit bij de **behoeften en de zorgvraag van inwoners**. De huidige besluit- en vergaderstructuur is niet toereikend en wordt op dit moment herzien. We streven ernaar dat iedere netwerkcoördinator een eigen portefeuillehouder als aanspreekpunt krijgt in het bestuur. Voor Joris Schuurmans is dat Ton Lijten, voor ons lijkt Inge de Wit het meest handig. Inge is lid van de raad van bestuur van het Gelre Ziekenhuis.

Het bestuur heeft het juridisch werkgeverschap uitbesteed aan een van de leden. Gelre Ziekenhuis **ontvangt de instellingssubsidie Ptz** die wordt aangewend voor de salariskosten van de netwerkcoördinator, PR- en scholingsactiviteiten.

Het **bestuur is eindverantwoordelijk** en heeft een besluitvormende rol t.a.v. beleidsplannen en gewenste innovaties. **Zij faciliteert gemaakte afspraken in de eigen organisatie**. Tevens stellen de organisaties medewerkers beschikbaar voor deelname aan de kerngroep en participatie in werkgroepen, en inhoudelijke deskundigen/kennisdragers/ambassadeurs /aanspreekpunten in de eigen organisatie voor ontwikkeling en borging van beleid palliatieve zorg.



Context landelijk



Toenemende belangstelling voor palliatieve zorg

De laatste decennia is de belangstelling voor palliatieve zorg toegenomen. Er zijn drie [ZonMw onderzoeksprogramma's palliatieve zorg](#) opgezet en er is veel gedaan om het aanbod van palliatieve zorg en de kennis en expertise te vergroten. Het ministerie van VWS heeft een [nationaal programma palliatieve zorg](#) ontwikkeld dat loopt tot 2020.



In de loop der tijd hebben zich enkele verschuivingen voor gedaan. Onder palliatieve zorg wordt niet langer alleen terminale zorg verstaan, maar zorg die begint wanneer duidelijk is dat de ziekte ongeneeslijk is en uiteindelijk tot de dood zal leiden. Palliatieve zorg omvat ook zorg voor de nabestaanden. Deze zorg wordt in **Nederland** gezien als **generalistische zorg** die door elke zorgprofessional verleend moet kunnen worden. Dit in tegenstelling tot **veel andere Europese landen** waar palliatieve zorg wordt gezien als **specialistische zorg**.

Regie

Het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren wordt belangrijker. De meeste mensen met een chronische ziekte houden graag zelf de regie over hun ziekte en zorg. Een deel van de chronisch zieken, met name ouderen, alleenstaanden en mensen met complexe problematiek of lichamelijke beperkingen, kan dat echter niet zonder hulp. Zij hebben ondersteuning nodig die aansluit bij hun capaciteiten en wensen. Regie wordt dan relationeel vormgegeven.



Context regionaal



Download de
originele kaart

Consortia palliatieve zorg Nederland
Situatie januari 2016



Op initiatief van het ministerie van VWS is het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ) van start gegaan. Het budget voor het NPPZ is 51 miljoen euro en de looptijd is van 2014 tot en met 2020.

Doel van dit programma is dat iedere burger, als het aan de orde is, verzekerd is van **goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en met de juiste zorg en ondersteuning**. In het NPPZ worden vier grote thema's benoemd: bewustwording en cultuur, organisatie en continuïteit, zorginnovatie en patiëntparticipatie. Daarnaast is een verbinding tussen onderwijs, onderzoek en de patiëntenzorg gewenst.

Het accent ligt op de twee belangrijkste componenten van het NPPZ, namelijk het programma [Palliatie, meer dan zorg](#) en de [regionale consortia](#) palliatieve zorg, die moeten bijdragen aan de vier thema's die afgebeeld staan in de matrix.

Consortium Palzo

[Consortium Palliatieve zorg Zuid Oost](#) is een samenwerkingsverband 11 netwerken palliatieve zorg samen met het expertisecentrum palliatieve zorg Radboudumc, Hogescholen en IKNL werken aan verbetering van palliatieve zorg in een groot deel van Gelderland en Noord Brabant en de kop van Noord Limburg.



Context lokaal



Netwerk Palliatieve zorg Oost-Veluwe bestaat ruim 10 jaar en kent een grote groep betrokken leden en professionals.

Zo zijn/is er:

- vier PaTz groepen (**P**alliatieve **T**huis**Z**org) in Apeldoorn en één in Brummen
- specialisten ouderengeneeskunde aangesteld per Hagro en is een werkwijze ontwikkeld en verspreid.
- samenwerkingsverbanden tussen organisaties onderling
- gezamenlijke scholingen voor VPTZ vrijwilligers
- palliatieve overdrachten van huisarts naar de Huisartsenpost
- Regionale beleidsafspraken t.a.v. reanimatie, wilsverklaringen/of euthanasiewensen (ABC)
- twee goed lopende hospices , die samen 14 bedden hebben
- een regionaal consultatieteam (CPZ) en een Palliatief Advies Team in het Gelre Ziekenhuis
- beginnende regionale samenwerking met de andere netwerken

Informatie over de netwerken en verwachte successen worden nu vooral gezocht bij de netwerkcoördinatoren. De netwerkcoördinatoren zijn wel de verbinders, initiators en facilitators van projecten, maar bieden geen garantie voor het succes ervan. De processen moeten voornamelijk in de eigen organisaties plaatsvinden.



Kernbevindingen zorgbalans 2014



Download het
volledige rapport



De Zorgbalans geeft een overzicht van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg en het functioneren van het zorgsysteem in bredere zin. Een aantal van de kernbevindingen uit de [zorgbalans 2014](#) over de zorg rond het levenseinde:

- Het **aantal voorzieningen voor (terminale) palliatieve zorg** is in de periode 2007–2014 **toegenomen van 497 tot 891**
- Het **aantal kaderhuisartsen Palliatieve Zorg** is gestegen van 46 in 2007 tot 80 in 2012
- In 2012 waren ruim **10.000 vrijwilligers** actief in de ondersteuning van terminale patiënten
- Het aantal consultvragen bij IKNL-consultatieteams nam toe van 4863 in 2004 naar 6467 in 2013
- Het aantal patiënten bij wie **palliatieve sedatie** werd toegepast is bijna verdubbeld in de periode 2006-2013
- Het **aantal meldingen van euthanasie** en hulp bij zelfdoding nam toe van 2331 in 2008 naar 4188 in 2012
- Het percentage sterfgevallen ten gevolge van afzien van een levensverlengende behandeling steeg tussen 2005 en 2010 van 16% naar 18%
- **Volgens nabestaanden overlijdt twee derde op de plek waar men wilde overlijden**
- In 2012 voldeed bijna 16% van de aanvragen voor euthanasie (nog) niet aan de zorgvuldigheidseisen
- Het **percentage meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding** dat niet voldoet aan de zorgvuldigheidseisen is **al jaren minder dan 0,5%**
- Hoeveel geld er per jaar aan palliatieve zorg wordt besteed, is onbekend. De **financiering van de palliatieve zorg** valt onder diverse wetten en regelingen en is daarmee **zeer gefragmenteerd**.



Samenwerking dementie/geriatrie



Het netwerk palliatieve zorg is in 2015 gestart met een inhoudelijke en organisatorische samenwerking met het netwerk dementie/geriatrie.

In eerste instantie hebben we vooral gekeken naar de structuur en overlegvormen van de netwerken en op elkaar afgestemd.

In 2017 gaan we de jaarplannen en jaarverslagen qua vormgeving op elkaar afstemmen en een eerste gezamenlijke geaccrediteerde scholingsbijeenkomst organiseren.

Het voornemen is om de samenwerking de komende jaren verder te intensiveren en bij nieuwe ontwikkelingen direct breder te kijken dan het eigen netwerk. Hierbij zal naast de wens uit het veld o.a. de [handreiking van Vilans](#) gebruikt worden.



Inleiding



De netwerken palliatieve zorg hebben een cruciale rol in het realiseren van de ambitieuze doelstellingen uit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg. Zij staan dicht bij de patiënt en zijn naasten en zullen leidend zijn in de regionale implementatie van de verbetervoorstellen die uit het programma naar voren zullen komen ([Brief staatssecretaris d.d. 11 december 2013](#)).

In *Palliantie. Meer dan zorg* zijn [vier belangrijke thema's en uitkomstmaten](#) geagendeerd die bijdragen in het behalen van de doelstellingen van het NPPZ. Deze thema's vormen naast de lokale wensen het uitgangspunt voor onze doelstellingen tot 2020.



Doelen VWS



Matrix NPPZ

Onderzoek	Onderwijs	Implementatie
Bewustwording en Cultuur		
Organisatie: Continuïteit van Zorg		
Zorginhoudelijke Innovaties		
Patiëntenparticipatie		

1) Bewustwording en cultuur

Het bewustzijn over palliatieve zorg bij burgers is vergroot en het is normaal om tijdig stil te staan bij het levenseinde

Het bewustzijn over palliatieve zorg bij zorgverleners is vergroot en het is normaal om tijdig stil te staan bij het al of niet doorbehandelen

2) Organisatie en continuïteit

Meer mensen kunnen op de plek van hun voorkeur (veelal thuis) overlijden dan in 2014
De zorg is zo dichtbij als mogelijk georganiseerd en de aansluiting tussen eerste en tweede lijn is verbeterd

Palliatieve zorg is onderdeel van de reguliere zorgverlening en sluit beter aan bij (onder meer) de ouderenzorg en de welzijnssector

Specialistische en multidisciplinaire kennis is snel beschikbaar, met meer aandacht voor de sociale en spirituele dimensie tijdens de palliatieve fase

3) Zorginnovaties en kwaliteit

De kwaliteit van de palliatieve zorg is verbeterd

Iedereen werkzaam in de zorg heeft een goede basiskennis over palliatieve zorg (inclusief sociale en spirituele dimensie)

Minder mensen ervaren onnodige pijn en benauwdheid tijdens het sterfproces

De kennis over en organisatie van palliatieve zorg voor speciale doelgroepen (kinderen, GGZ, VG-sector, dementerenden, dak- en thuislozen) is verbeterd

4) Patiëntenparticipatie en ondersteuning

De behoeften van mensen in de laatste levensfase en hun naasten staan centraal.

Mensen in de laatste levensfase zijn beter voorbereid en meer betrokken als partner bij de palliatieve behandeling

Mantelzorgers zijn minder vaak overbelast

De inzet van opgeleide vrijwilligers in de laatste levensfase is mogelijk op alle plaatsen waar mensen overlijden



Op korte termijn ([zie jaarplan 2016-2017](#)) is het zaak dat er een heldere en gedragen overleg en besluitvormingsstructuur komt voor de netwerken. Verder zijn we gestart met drie werkgroepen op basis van de wensen:

1. Werkgroep transmuraal zorgpad palliatieve zorg
2. Werkgroep casuïstiekbespreking
3. Werkgroep café Doodgewoon

Op lange termijn zullen deze activiteiten bij gebleken succes geborgd worden. Tevens zal de samenwerking met het netwerk dementie/geriatrie meer vorm en inhoud gaan krijgen door gezamenlijke scholingen en het afstemmen van processen waar dit kan.

Continuïteit van het netwerk is een bespreekpunt voor de regionale overleggen. Alle geschetste ontwikkelingen in de zorg, het grote aantal leden, de **vele organisaties in de palliatieve zorg** zoals de consortia, Agora, IKNL en Fibula, naast de regiobijeenkomsten en werkgroepen vraagt het nodige van iedereen. **Hoe verbinden we alles** met elkaar, houden mensen het overzicht en blijven ze zich betrokken voelen? Organisaties hebben in de regel meerdere doelen, zijn op verschillende gebieden actief en zijn **lid van meerdere netwerken**. Deelname aan een netwerk en de daarmee verbonden activiteiten zijn lang niet altijd de kerntaken van een organisatie. Juist daarom zijn de kerngroepleden zo essentieel voor succes van het netwerk in het **behalen van de doelen**. En er moet een **verbinding** vanuit deze groepen zijn **met de werkvloer en hun eigen bestuur**.



De Deming cyclus of PDCA-cyclus geeft het principe weer van continue verbetering en wordt gevormd door de vier elkaar opvolgende stappen Plan-Do-Check-Act.



DE JUISTE
INFORMATIE
OP HET JUISTE
MOMENT
VOOR DE JUISTE
PERSOON

In de regio is behoefte aan goede informatie over palliatieve zorg. Deze behoefte bestaat uit twee onderdelen:

1. Patiënten en publieksvoorlichting. Patiënten en naasten moeten goed geïnformeerd worden om de juiste keuzes te kunnen maken. Niet alleen over het proces en behandelmogelijkheden maar ook over de verschillende zorgaanbieders en locaties. Aanbod passend bij de doelgroep.
2. Professionals willen geïnformeerd worden over regionale en landelijke ontwikkelingen, onderzoeksuitkomsten, financiering etc. zodat in de regio Oost-Veluwe (pro)actief op de actualiteit kan worden ingesprongen en mogelijkheden worden benut.

Doel: Beschikbare en bruikbare informatie over palliatieve zorg

Voor patiënten, algemeen publiek en professionals is informatie zowel fysiek, op papier als digitaal beschikbaar en bruikbaar en is afgestemd op de wensen van de doelgroep.

Het betreft **geen statisch aanbod**, maar de informatie wordt voortdurend afgestemd op veranderende omstandigheden en vraag.





Deskundigheidsbevordering



Zowel specifieke deskundigheid als generieke deskundigheid behoeven verbetering.

Dat betekent dat het netwerk de komende jaren gaat bijdragen aan de bevordering van beide vormen van deskundigheid.

Dat betekent niet dat het netwerk zelf allerlei scholingen gaat ontwikkelen en aanbieden. Wel dat we op zoek gaan om samen met regionale partners op MBO en (post) HBO niveau aan deze vraag te kunnen voldoen. Het gaat erom dat palliatieve zorg zowel is verankerd in curricula van bestaande opleidingen als in het bij- en nascholingsaanbod.



Doel: Goed opgeleide generalisten en specialisten palliatieve zorg

Ook voor vrijwilligers, artsen en paramedici moet er een dergelijk aanbod bestaan.

Het is tevens te verwachten dat, nu er van mantelzorgers een steeds grotere rol wordt gevraagd in het verzorgen van een familielid, er ook bij deze groep behoefte ontstaat aan praktische ondersteuning en scholingsaanbod.



Transmurale palliatieve zorg



Discontinuïteit in de keten door onvoldoende transmurale samenwerking en overdracht is een van **de belangrijkste knelpunten** in de praktijk van de palliatieve zorg. Gevolg is dat de zorgbehoeften van patiënten te vaak niet of **te laat herkend** worden, dat er te vaak **onduidelijkheid** is over afspraken en doelen van zorg, en er mede hierdoor te veel **onnodige ziekenhuisopnames** plaatsvinden in de laatste fase van het leven.



Doel: Een continuum van optimale palliatieve zorg

Tijdens de palliatieve fase, van markering tot overlijden, is sprake van **diversiteit** in situaties en beleving. Fysieke achteruitgang geeft toenemende **symptoomlast** (vaak pijn). Hierdoor neemt de onzekerheid van de patiënt en zijn naasten toe en ontstaan andere behoeften ten aanzien van **regie en ondersteuning**. Identificering en **tijdige markering** zijn hiervoor belangrijke voorwaarden die we de komende jaren actief willen vormgeven om vervolgens samen met de patiënt en zijn naasten de **gewenste zorg te plannen**. Onderdelen die hierbij aan bod komen zijn het vormgeven van relationele zorg, **individuele zorgplannen**, samenwerking tussen de 1^e en 2^e lijn, verbetering van de overdracht, het belang en inzet van MDO, **digitale communicatie** en registratie.



Een centrale zorgverlener per patiënt



Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden heeft als algemeen punt bepaald dat elke chronische patiënt dient te beschikken over een **centrale zorgverlener**. Daarnaast is het voor **adequate bereikbaarheid**, toegankelijkheid en deskundigheid noodzakelijk dat elke patiënt in palliatieve zorg beschikt over een zorgverlener die fungeert als eerste aanspreekpunt **voor zowel de patiënt en zijn naasten als voor de overige bij de zorg betrokkenen personen**. Een dergelijke centrale zorgverlener vormt voor de patiënt als het ware het 'front office' voor zorgverlening en voor de andere bij de zorgverlening betrokkenen het 'back office'. De centrale zorgverlener is daarmee de eerst verantwoordelijke voor de **communicatie, coördinatie en continuïteit**. Hij ziet erop toe dat de afspraken aansluiten op de behoeften en wensen van de patiënt, dat ze zijn afgestemd op elkaar en dat ze worden nageleefd. De centrale zorgverlener heeft een centrale rol bij de totstandkoming en naleving van het **individuele zorgplan**. (zorgmodule pagina 36-37)

Doel: In Oost Veluwe heeft iedere palliatieve patiënt één centrale zorgverlener

Een centrale zorgverlener is een **BIG-geregistreeerde zorgverlener** met concrete taken op het gebied van zowel **case-management** als zorgverlening tot een bepaald niveau. De centrale zorgverlener regelt zo nodig **consultaties** of verwijzingen en beheert de **individuele sociale kaart** van de patiënt en diens naasten.

Wie als centrale zorgverlener fungeert, is afhankelijk van de uitkomst van het overleg tussen de patiënt en zijn hoofdbehandelaar. Veranderingen in de situatie van de patiënt of de plaats waar deze wordt verzorgd, kunnen het noodzakelijk maken van centrale zorgverlener te wisselen. Idealiter heeft iedere patiënt een eigen vaste zorgverlener, die de **belangrijke schakel** vormt tussen de patiënt, de naasten en de overige hulpverleners.