



**Meerjarenbeleidsplan  
(2018-2021)**

**Markeren, verbinden en doen!**

## Meerjarenbeleidsplan NPZR&o

### 1. Voorwoord

Dit meerjarenbeleidsplan (MJBP) is bedoeld voor de leden van het Netwerk Palliatieve Zorg Rotterdam & omstreken (NPZR&o).

Het plan heeft tot doel te schetsen hoe een samenhangend geheel van activiteiten binnen het werkgebied van het NPZR&o gecoördineerd en gevormd kan worden. Ook de opgebouwde expertise en de in het verleden behaalde resultaten moeten beschikbaar zijn en blijven voor de leden van het netwerk. Uitgangspunt is de patiënt met zijn naasten die de fasen van het spectrum van palliatieve zorg doorlopen, overeenkomstig de opbouw van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief 2017. Op deze manier draagt dit MJBP bij aan het operationaliseren van de doelstelling van het NPZR&o zoals genoemd in de inleiding van dit plan.

**Literatuur - Top 7 van goede palliatieve zorg in wensen en doelen van de patiënt en diens naasten....**



- 'Ik wil dat de juiste zorgverleners op het juiste moment op de hoogte zijn van **mijn waarden, wensen en behoeften**'
- 'Ik wil dat voor mij belangrijke personen ondersteund en betrokken worden bij mijn zorg'
- 'Ik wil kunnen rekenen op passende **ondersteuning bij klachten op lichamelijk, emotioneel, sociaal en geestelijk gebied**'
- 'Ik wil, indien nodig, kunnen beschikken over passende extra ondersteuning en diensten'
- 'Ik wil kunnen **sterven op mijn plek van voorkeur met voor mij passende zorg**'
- 'Ik wil zo lang mogelijk betrokken worden bij - en regie hebben over - belangrijke beslissingen m.b.t. mijn ziekte en zorg'
- 'Ik wil goede kwaliteit van zorg ontvangen verleend door deskundige en evenwichtige zorgverleners'

Afbeelding: top 7 van essenties verwoord door patiënten en naasten over wat belangrijk is in palliatieve zorg

## 2. Inleiding

De visie op de ontwikkeling van de palliatieve zorg in Rotterdam en omstreken wordt als volgt beschreven:

Het NPZR<sup>1</sup> is een formeel en duurzaam samenwerkingsverband van zelfstandige organisaties die betrokken zijn bij palliatieve zorg. De samenwerking is gericht op een compleet, samenhangend en dekkend aanbod van palliatieve zorg van verantwoorde kwaliteit.

Het netwerk palliatieve zorg speelt een rol in het informeren van zorgverleners over de beschikbare deskundigheid in de regio zodat patiënten en diens naasten tijdig passende zorg kunnen ontvangen. De netwerkcoördinator speelt hierin een centrale rol doordat hij initieert, adviseert en faciliteert met betrekking tot de continue verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de palliatieve zorg in de regio.<sup>2</sup>

Het NPZR<sup>1</sup> zelf organiseert geen zorg.

De primaire doelgroep voor palliatieve zorg is patiënten (en hun naasten) met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid waar medisch gezien geen genezing meer wordt verwacht en de levensverwachting naar medisch inzicht beperkt is. Kwetsbare ouderen kunnen ook tot de doelgroep behoren.

De secundaire doelgroep bestaat uit de organisaties en hun medewerkers die palliatieve zorg verlenen aan patiënten en hun naasten en die participeren binnen het netwerk.

Sinds 2005 wordt er gewerkt met een structuur van lokale zorgketens binnen het werkgebied van het NPZR<sup>1</sup>. De lokale ketens dragen bij aan het zichtbaar maken van de partners van het netwerk in de buurt. In het najaar van 2012 is de bestuurlijke inrichting van het netwerk aangepast. Vanaf dat moment wordt gewerkt met een Algemeen Bestuur (AB) en een Dagelijks Bestuur (DB). Zie bijlage 1 voor het organogram van het NPZR<sup>1</sup>. Vanaf 2015 wordt gewerkt met een meerjarenbeleidsplan (MJB) waarin de samenhang en prioritering van de doelen zichtbaar wordt. In dit nieuwe MJB, dat een looptijd heeft tot en met 2020, is aandacht voor bestuurlijke doorzettingskracht van groot belang. Gezien de complexe werkelijkheid van de grote stad met een veelheid aan zorgaanbieders staan we voor een grote uitdaging.

Tevens dient het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#), IKNL/Palliactief 2017 (verder te noemen Kwaliteitskader PZ) als basis voor de verdere uitbouw en inrichting van de palliatieve zorg binnen de stad Rotterdam en omstreken. Dit Kwaliteitskader PZ vormt het fundament van het meerjarenbeleidsplan. Bij alle activiteiten maken we de relatie en samenhang met het kwaliteitskader zichtbaar wat een impuls geeft aan het gebruik maken van dit kwaliteitskader én aan de implementatie van het Kwaliteitskader PZ.

<sup>1</sup> Het werkgebied van het NPZR<sup>1</sup> bestaat uit: de stad Rotterdam, Capelle en Krimpen aan de IJssel, Albrandswaard en Barendrecht, Berkel & Rodenrijs en Bergschenhoek.

<sup>2</sup> Domein 2.8 Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland, IKNL/Palliactief 2017

Niet alleen het Kwaliteitskader PZ is gebruikt als fundament voor het schrijven van dit MJBP, ook een aantal resultaten uit het vorige MJBP 2015-2018, zijn meegenomen. Deze resultaten zijn vastgelegd in de volgende documenten:

- Eindrapportage Palliatieve zorg in de ANW, januari 2018
- Eindrapportage van het project 'Verbeterde communicatie rond oudere kankerpatiënten door Palliatieve Thuiszorg'. Dankzij een KWF subsidie zijn: de doorontwikkeling PaTz (palliatieve thuiszorg), de PaTz Portal, de inbedding van PaTz in de keten, de veranderende consultatie en de gezamenlijke besluitvorming, mogelijk gemaakt.
- Eindrapportage van het project 'Samen Bouwen aan Vertrouwen', mogelijk gemaakt met een ZonMw subsidie.
- De adviesnotitie 'Voor rouw bestaat geen protocol', september 2016.

Naast ontwikkelingen die genoemd worden in de bovenstaande documenten, zijn er ook diverse ontwikkelingen - op landelijk en regionaal niveau - te benoemen binnen de netwerken zelf. Op landelijk niveau is in april 2018 de coöperatie [Palliatieve Zorg Nederland](#) (PZNL) opgericht. PZNL is een werkplaats waarin de leden en andere partners samenwerken aan de verbetering van palliatieve zorg. PZNL zet zich in om palliatieve zorg te verankeren in de gezondheidszorg en de samenleving en voert daarvoor landelijk een krachtige dialoog. Als lid van PZNL draagt [Fibula](#) bij aan het gezamenlijke doel: iedereen de best mogelijke palliatieve zorg bieden. Om dit te bereiken richt Fibula zich specifiek op de organisatie van palliatieve zorg en faciliteert samenwerkingsverbanden, zoals de Netwerken Palliatieve Zorg en de Consortia bij hun doorontwikkeling. Tevens verzorgt Fibula de consultatievoorziening palliatieve zorg, die sterk verbonden is aan de organisatie van palliatieve zorg.

Daarnaast is op regionaal niveau het NPZR&o onderdeel van het [Consortium Palliatieve Zorg Zuidwest Nederland](#). Het consortium is een (niet vrijblijvend) samenwerkingsverband tussen acht netwerken palliatieve zorg in de regio Zuidwest Nederland, het IKNL en het Expertisecentrum Palliatieve Zorg (Erasmus MC). Het Consortium is hét middel om de kwaliteit van palliatieve zorg te verbeteren binnen een bovenregionale structuur. Het doel is om door middel van een programmatische en cyclische aanpak de pijlers zorg, praktijkgericht onderzoek en onderwijs met elkaar te verbinden. Het project [Transmurale Samenwerking in de Palliatieve Zorg](#) (TSPZ) en het project [Palliatieve Zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers in de eerste lijn](#) zijn projecten op het gebied van palliatieve zorg die in consortiumverband gedurende de looptijd van dit MJBP uitgevoerd worden.

Sinds 2015 hebben zich een aantal ontwikkelingen en veranderingen voorgedaan die impact hebben op de participerende organisaties binnen het netwerk. Te noemen zijn:

- de veelheid en toename van kleine thuiszorgorganisaties, soms in ZZPverbanden (de verschuiving binnen de 24-uurs zorg en patiënt ontvangt zorg van meerdere thuiszorgorganisaties);
- de patiënt blijft (langer) thuis dan wel in de huidige woonomgeving, de zorg aldaar is complexer geworden,
- mede hierdoor is de gemiddelde opnameduur in een verpleeghuis verkort naar gemiddeld zeven tot negen maanden (gegevens vanuit Conforte). Er is binnen de verpleeghuissector een verschuiving gaande van "wonen" naar kortdurende zorg en ELV (Eerstelijns Verblijf) plaatsen;
- hospices hebben te maken met veel meer en kortere opnames, dit vraagt om andere logistieke processen en werkwijze van medewerkers en vrijwilligers;

- de verwachting is dat een hospiceopname in toenemende mate gebruikt wordt om de zorgsituatie van de patiënt te stabiliseren waarna deze weer naar huis kan gaan dan wel om respijt zorg te bieden;
- de ontwikkeling om ook binnen de ziekenhuizen Consultatieteams Palliatieve Zorg te formeren en daarmee te voldoen aan de Soncos-norm, dat geleid heeft tot een CPT binnen ieder ziekenhuis;
- binnen de regio worden ziekenhuizen gesloten, vinden fusies plaats en ontstaan nieuwe samenwerkingsverbanden;
- er lijkt een inhaalslag te komen op het gebied van scholing, wellicht in relatie tot inspectierapporten en financiële druk;
- de veranderende rol van de wijkverpleegkundige → indicatiestelling;
- een groot tekort aan zorgprofessionals;
- het ontbreken van reflectie op eigen handelen en de mogelijkheden om reflectie te borgen door middel van scholing voor zorgprofessionals;
- het ontbreken van ondersteunende zorg in de behandelfase indien de behandeling niet het gewenste effect heeft.

Naast de bovengenoemde ontwikkelingen, is er ook het maatschappelijk debat rondom het levenseinde en de verschuiving van de formele naar informele zorg. Uit het proefschrift van gezondheidswetenschapper Ria de Korte-Verhoef (september 2014) blijkt dat het wenselijk is om eerder het gesprek te voeren met de patiënt over wensen en besluitvorming rondom het levenseinde en daarmee ziekenhuisopnames in de laatste drie levensmaanden te voorkomen. Ook de vraag “moet alles wat kan?” is een regelmatig terugkerend gespreksonderwerp in het publieke debat.

Het is de taak van het NPZR&o om, binnen de geschetste context, goede afstemming tussen de deelnemende organisaties te faciliteren, onderlinge kennis en ervaring te delen en, indien nodig, een snelle en gemakkelijke toegang tot specialistische zorg te stimuleren. Zeker waar dit specifieke doelgroepen betreft zoals palliatieve zorg bij mensen met dementie, een verstandelijke beperking, een psychiatrische stoornis of kinderen.

Alle beschreven ontwikkelingen hebben in meer of mindere mate invloed op de uitvoering van dit meerjarenbeleidsplan.

### 3. Aanleiding

De palliatieve zorg in de Rotterdamse regio is volop in ontwikkeling. Zowel binnen als tussen organisaties ontstaan initiatieven en worden projecten opgezet om de toegankelijkheid, de kwaliteit en continuïteit van de palliatieve zorgverlening te vergroten. Hoewel veel projecten op zichzelf dit doel dienen, dreigt in het geheel versnippering en gebrek aan aansluiting bij bestaande projecten en werkwijzen. Hierdoor wordt de vorming van een gestroomlijnde palliatieve zorgketen tegengewerkt. De reikwijdte van de regio Rotterdam & omstreken en de grote hoeveelheid zorgaanbieders in de regio geven een risico op het ontstaan van een onsamenhangend geheel.

Vanuit deze 'sense of urgency' stelt het NPZR&o vast dat er behoefte is aan coördinatie en afstemming rondom de organisatie van palliatieve ketenzorg. Wanneer krachten gebundeld worden, ontstaat er ruimte voor synergie en effectiviteit in de transmurale keten.

Naast de geschetste ontwikkelingen op landelijk en regionaal gebied moet dit MJBP vooral over de palliatieve patiënt gaan. Wat kan de patiënt verwachten wanneer hij of zij palliatieve zorg nodig heeft van de betrokken zorgverleners en vrijwilligers? De patiënt moet een naadloze aansluiting ervaren in de verschillende fasen waarin hij/zij de zorg ontvangt; er vindt duidelijke markering plaats, dit wordt concreet gemaakt in (behandel) beleid en er vindt (tijdige) samenwerking met andere disciplines plaats waarbij de huisarts een centrale plaats inneemt.

In dit meerjarenbeleidsplan geeft het NPZR&o invulling aan de doelstelling zoals omschreven in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg:

“Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg beoogt voor de palliatieve patiënt en zijn naaste te kunnen voorzien in optimale palliatieve zorg van een integraal multidisciplinair team van mantelzorgers, vrijwilligers en professionals, zoveel mogelijk geïntegreerd in de reguliere zorgverlening.”

#### **Doelstellingen 2020 Nationaal Programma Palliatieve Zorg**

##### *Op het gebied van 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

##### *Op het gebied van organisatie en continuïteit:*

- Meer mensen dan in 2014 kunnen op de plek van hun voorkeur (veelal thuis) overlijden.
- 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.

*Op het gebied van 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, VGZ, dementerenden, dak- en thuislozen) is verbeterd.

*Op het gebied van patiëntparticipatie en ondersteuning:*

- De behoeften van mensen in de laatste levensfase en hun naasten staan centraal. Mensen in de laatste levensfase zijn beter voorbereid op 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.

## 4. Opbouw van het meerjarenbeleidsplan

Dit MJBP wil zowel inhoudelijke als organisatorische doelen beschrijven omdat beide belangrijk zijn voor de patiënt in de palliatieve fase. Om de samenhang te bewaken tussen de activiteiten die horen bij de gesubsidieerde opdracht van VWS en de ambities van de netwerkpartners, is er voor gekozen om de doelen in één meerjarenbeleidsplan te beschrijven. Uitgangspunt voor de activiteiten van het NPZR&o die voortkomen uit deze doelen, zijn de door VWS benoemde vier kerntaken van ieder netwerk, te weten; *coördineren, informeren, signaleren en faciliteren*. De wijze waarop dit plaatsvindt, wordt beknopt omschreven in het volgende hoofdstuk: strategie.

De doelen in dit meerjarenbeleidsplan zijn gerubriceerd aan de hand van de domeinen uit het kwaliteitskader Palliatieve zorg gekoppeld aan de top 7 van essenties verwoord door patiënten en naasten over wat belangrijk is in palliatieve zorg:

1. 'Ik wil dat de juiste zorgverleners op het juiste moment op de hoogte zijn van **mijn waarden, wensen en behoeften**'
2. 'Ik wil dat voor mij belangrijke personen ondersteund en betrokken worden bij mijn zorg'
3. 'Ik wil kunnen rekenen op passende **ondersteuning bij klachten op lichamelijk, emotioneel, sociaal en geestelijk gebied**'
4. 'ik wil, indien nodig, kunnen beschikken over passende extra ondersteuning en diensten'
5. 'Ik wil kunnen **sterven op mijn plek van voorkeur met voor mij passende zorg**'
6. 'Ik wil zo lang mogelijk betrokken worden bij - en regie hebben over - belangrijke beslissingen m.b.t. mijn ziekte en zorg'
7. 'Ik wil goede kwaliteit van zorg ontvangen, verleend door deskundige en evenwichtige zorgverleners'



Door het MJBP te toetsen op de aanwezigheid van de in het Kwaliteitskader genoemde domeinen, standaarden en criteria blijft de patiënt en zijn naasten centraal staan. Deze domeinen zijn;



## Domeinen, standaarden & criteria

DOMEIN 1: kernwaarden en principes	18		
DOMEIN 2: structuur en proces	→	2.1 markering	20
DOMEIN 3: fysieke dimensie	46	2.2 gezamenlijke besluitvorming	22
DOMEIN 4: psychische dimensie	49	2.3 proactieve zorgplanning	24
DOMEIN 5: sociale dimensie	52	2.4 individueel zorgplan	27
DOMEIN 6: spirituele dimensie	55	2.5 interdisciplinaire zorg	30
DOMEIN 7: stervensfase	58	2.6 mantelzorg	32
DOMEIN 8: verlies en rouw	62	2.7 coördinatie en continuïteit	34
DOMEIN 9: cultuur	65	2.8 netwerk	37
DOMEIN 10: ethisch en juridisch	67	2.9 deskundigheid	39
		2.10 kwaliteit en onderzoek	43

 **k pallialine** : begrippenkader, meetinstrumenten, relevante richtlijnen

Kwaliteitskader palliatieve zorg NL | pagina 17

Afbeelding: de domeinen van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg.

Hoofdstuk 6 van dit MJBP bestaat uit een matrix waarin gestart wordt met een beschrijving van goede palliatieve zorg geformuleerd in termen van wensen en doelen vanuit de patiënt en diens naasten gebaseerd op literatuur. Er is gekozen voor deze matrixstructuur omdat hiermee de samenhang zichtbaar wordt tussen de wensen en doelen van patiënten, de activiteiten die binnen het NPZR&o plaatsvinden en hoe deze activiteiten zich verhouden tot het kwaliteitskader Palliatieve Zorg.

In de eerste kolom wordt de inhoud weergegeven van de activiteit. In de tweede kolom wordt een onderbouwing gegeven met een link naar relevante onderzoeksresultaten en data. De derde kolom geeft een omschrijving van de activiteiten. Vanwege de wens om de doelen in een compact schema weer te geven, is gekozen voor een globale beschrijving. Als laatste worden in kolom vier en vijf de financieringsbron en de planning benoemd.

Tot slot wordt in hoofdstuk 7 een beschrijving gegeven over de coördinatieprincipes en (tussen) evaluatie van het MJBP.

## 5. Strategie van het NPZR&o

Het NPZR&o wil de samenwerking binnen de palliatieve zorg tussen de netwerkpartners stimuleren en faciliteren, hierbij is draagvlak van de netwerkpartners en doorzettingskracht essentieel. Het geven van onderwijs en het stimuleren van kennisdeling zijn belangrijke activiteiten om de palliatieve zorg te verbeteren.

Zoals beschreven staat in de Beleidsnota '[Fibula 2.0](#)' heeft het netwerk in de dagelijkse praktijk nog steeds te maken met een aantal kenmerken waarbinnen zij moet functioneren:

- de onderliggende ambiguïteit tussen het gemeenschappelijk belang en de doelstelling enerzijds en het eigen belang anderzijds: de deelnemende organisaties blijven immers zelfstandig en nemen vrijwillig deel aan het netwerk;
- de noodzaak om het netwerk niet te vrijblijvend, maar ook niet te dwingend te organiseren, het belang van een vitale spanning: horizontale in plaats van hiërarchische aansturing en daardoor het belang van een combinatie van een vertrouwens- en controlbenadering;
- de spanning tussen bestuurlijke belangen van de deelnemende organisaties (kosten / opbrengsten) en de operationele belangen van de uitvoerende professionals (betrokkenheid / zingeving / tevredenheid).

Het NPZR&o wil vorm geven aan doorzettingsmacht en sturingskracht door samenwerkingsafspraken te maken met [Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen \(SRZ\)](#), [Conforte](#) en directie van de [CHPR](#) ondersteund door [ZorgImpuls](#). Uit de regioanalyse van de keten kwetsbare ouderen in Rotterdam, vast gelegd in de notitie '[Samen voor Kwetsbare ouderen 010](#)', blijkt dat er veel overeenkomsten zijn tussen de beide ketens en dat de conclusies en aanbevelingen toepasbaar zijn voor zowel de palliatieve zorg als de zorg voor kwetsbare ouderen. Het NPZR&o wil, daar waar mogelijk, aansluiten bij het plan van aanpak dat vorm wordt gegeven door de programmaleider van het project Samen voor Kwetsbare ouderen 010, dat in 2021 afgerond moet zijn.

Kortom, het MJBP zou, samen met het kwaliteitskader Palliatieve Zorg onderdeel moeten zijn van de jaarplannen van de zorgorganisaties. Daarnaast is het van groot belang om randvoorwaarden te realiseren om de ketenversterkende activiteiten te beïnvloeden omdat deze het meest effect hebben op de verbetering van de samenwerking en de verbetering van de kwaliteit van de palliatieve zorg voor de patiënt en zijn naasten.

Ook wil het NPZR&o een gesprekspartner zijn die thema's op de agenda zet bij VWS (via ZonMw), de politiek in het algemeen, de coöperatie Palliatieve Zorg Nederland (PZNL), de Nza en zorgverzekeraars. Hiervoor is input nodig vanuit de deelnemende zorgorganisaties van ons netwerk palliatieve zorg, maar ook vanuit de adviserende partners zoals ZorgImpuls, IKNL, Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg en Zilverenkruis Achmea.

## 6. Matrix bij het Meerjarenbeleidsplan NPZR&o 2018-2021

In de vorm van een matrix wordt in dit hoofdstuk van het MJBP allereerst een beschrijving geformuleerd van goede palliatieve zorg in termen van wensen en doelen vanuit de patiënt en diens naasten, gebaseerd op literatuur. Voor deze structuur is gekozen omdat hiermee de samenhang zichtbaar wordt tussen de wensen en doelen van patiënten, de activiteiten die binnen het NPZR&o plaatsvinden en hoe deze activiteiten zich verhouden tot het kwaliteitskader Palliatieve Zorg.

### **Indeling van de matrix**

In de eerste kolom wordt de inhoud weergegeven van de activiteit. In de tweede kolom wordt een onderbouwing gegeven met een link naar relevante onderzoeksresultaten en data. De derde kolom geeft een omschrijving van de activiteiten. Vanwege de wens om de doelen in een compact schema weer te geven, is gekozen voor een globale beschrijving. Tot slot worden in kolom vier en vijf de financieringsbron en de planning benoemd.

### **Markering, gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning**

Er wordt prioriteit gegeven aan alle activiteiten die een bijdrage leveren aan de markering, gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning. Dit zijn de centrale thema's die van essentieel belang zijn voor alle zorgprofessionals, ieder vanuit de eigen rol en verantwoordelijkheid voor goede palliatieve zorg.

<p>'Ik wil dat de juiste zorgverleners op het <b>juiste moment</b> op de hoogte zijn van <b>mijn waarden, wensen en behoeften</b>'</p> <p>'Ik wil dat voor mij <b>belangrijke personen ondersteund en betrokken worden bij mijn zorg</b>'</p> <p>'Ik wil zo lang mogelijk <b>betrokken worden bij - en regie hebben over - belangrijke beslissingen m.b.t. mijn ziekte en zorg</b>'</p>				
<p>Domein kwaliteitskader 2.1 markering Domein kwaliteitskader 2.2 gezamenlijke besluitvorming Domein kwaliteitskader 2.3 proactieve zorgplanning</p>	Onderbouwing	Omschrijving activiteit	Financiën	Planning / prioritering in groen / oranje / rood
<p>De drie eerste domeinen zijn sterk met elkaar verbonden. Daarom worden deze drie domeinen gezamenlijk in één kader onder elkaar beschreven en uitgewerkt.</p> <p><i>2.1 Markering</i> Vroege herkenning van de palliatieve fase - en inherent daaraan een ander doel van de zorg hanteren - vergt van de zorgverlener een wezenlijk andere benadering van de patiënt. Het gaat om zorg waarbij kwaliteit van leven en sterven <del>voorep staat en waarin de voor- en nadelen in het licht daarvan tegen elkaar worden afgewogen.</del> Dit in tegenstelling tot een behandeling waarvan de belasting en bijwerkingen noodzakelijkerwijs worden geaccepteerd vanwege de beoogde doelstelling van genezing. Een dergelijke verandering van doelstelling moet worden gemarkeerd en geëxpliciteerd.</p>	<p><i>Huisartsen</i> Binnen het werkgebied van het NPZR&amp;o maken huisartsen(groepen) gebruik van de PaTz methode om patiënten te markeren en vorm te geven aan samenwerking in de eerste lijn. De PaTz-methode in Rotterdam is uitgebreid met een aantal elementen, o.a. neemt een geestelijk verzorger deel aan elke PaTz groep.</p> <p><i>Resultaten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Samen Bouwen aan vertrouwen</a></li> <li>• <a href="#">ZonMw Parelproject PaTz</a></li> <li>• <a href="#">Resultaten van evaluatieonderzoek PaTz</a></li> <li>• <a href="#">Rapport 'Kennissynthese onderzoek naar geestelijke verzorging in de palliatieve zorg'</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het NPZR&amp;o informeert huisartsen(groepen) over PaTz.</li> <li>• Het NPZR&amp;o faciliteert de start van nieuwe PaTz-groepen. (Voor rol consultants zie Domein 2.9)</li> <li>• Het NPZR&amp;o coördineert en faciliteert de doorontwikkeling van de PaTz-methode (waaronder de deelname van de GV aan iedere PaTz groep) en de PaTz Portal</li> </ul>	<p>VWS / toevoeging GV aan PaTz vanuit ge-oormerkte gelden GV in de 1<sup>e</sup> lijn.</p>	<p>Doorlopend</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het NPZR&amp;o analyseert de knel- en leerpunten vastgelegd in PaTz Portal en geeft hieraan vervolg.</li> </ul>	<p>VWS</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het NPZR&amp;o implementeert de resultaten uit het TSPZ-project op het gebied van markering.</li> </ul>	<p>Palliantie</p>	

Onderbouwing		Omschrijving activiteit	Financiën	Planning / prioritering in groen / oranje / rood
	<p><i>Huisartsen, medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ZonMw Palliantie project: <a href="#">Voldoet de 'Surprise question' nog?</a> Doel van dit project is te komen tot een markeringinstrument dat bruikbaar is voor medisch specialisten, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde voor verschillende chronische ziektes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het NPZR&amp;o legt de verbinding tussen diverse projecten en informeert artsen(groepen) t.z.t. over de uitkomsten van het onderzoek.</li> <li>Het NPZR&amp;o ondersteunt de implementatie van de projectresultaten.</li> </ul>	ZonMw Palliantie en mogelijkheden verkennen voor implementatie subsidie.	
<p><i>2.2 Gezamenlijke besluitvorming</i></p> <p>Gezamenlijke besluitvorming is een methode van communiceren die vooral wordt gebruikt bij het nemen van belangrijke beslissingen. In het proces van gezamenlijke besluitvorming komen de zorgverlener en de patiënt met diens naasten tot besluiten die het beste passen bij de waarden, wensen en behoeften van de patiënt in die fase van zijn leven. Wederzijdse informatie-uitwisseling is hierin een essentieel onderdeel, en met name de wijze waarop deze informatie met elkaar wordt gedeeld. Gezamenlijke besluitvorming vraagt om een positieve attitude tegenover het proces op zich, effectieve communicatie, 'wikken en wegen', het gebruik van keuzehulpen en opname van waarden, wensen, behoeften en besluiten in het individueel zorgplan. Gezamenlijke besluitvorming vormt het uitgangspunt voor het proces van vooruit denken, plannen en organiseren (proactieve zorgplanning) en het eventueel opstellen van een wilsverklaring. Het moet gezien worden als de basis voor het individuele zorgplan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ZonMw Palliantie project: <a href="#">InControl</a> Deze studie richt zich op het ontwikkelen, evalueren en implementeren van een digitale ACP keuzehulp voor chronisch zieken en naasten, in samenwerking met de doelgroep(en).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het NPZR&amp;o legt de verbinding tussen diverse projecten en informeert t.z.t. betrokken zorgverleners over de uitkomsten van het onderzoek.</li> <li>Het NPZR&amp;o ondersteunt de implementatie van de keuzehulp.</li> </ul>	ZonMw Palliantie en mogelijkheden verkennen voor implementatie subsidie	

Onderbouwing	Omschrijving activiteit	Financiën	Planning / prioritering in groen / oranje / rood
<p><i>2.3 Proactieve zorgplanning</i></p> <p>Het proces van vooruit denken, plannen en organiseren (proactieve zorgplanning) heeft een positief effect op zowel het welbevinden van de patiënt en de kwaliteit van zorg (passendheid) en diens naasten (tevredenheid) als op het gezondheidssysteem (doelmatigheid). Ook kan het proces bijdragen aan het versterken van de autonomie van de patiënt in relatie tot de kwaliteit van gezamenlijke besluitvorming.</p> <p>Proactieve zorgplanning is een continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. De zorgverlener kan hier al vroeg in het ziekteverloop mee starten, in het kader van bewustwording van de eigen eindigheid bij de patiënt.</p> <p>Proactieve zorgplanning, met gezamenlijke besluitvorming als leidraad, is dus veel meer dan een doordachte wilsverklaring en het benoemen van een wettelijke vertegenwoordiger. Uitkomsten van het proces worden in het individueel zorgplan vastgelegd.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ZonMw project '<a href="#">Advance care planning in general practice. A nested qualitative study within an ongoing cluster randomized trial in general practice</a>'</li> <li>• KNMG <a href="#">standpunten en informatie</a></li> <li>• ZonMw project '<a href="#">Palliatieve zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers in de eerste lijn.</a>'</li> </ul> <p>In dit project wordt nagegaan of de inzet van een tweetal beproefde methodieken in de palliatieve zorg tot betere zorg kan leiden voor mensen met dementie en hun mantelzorgers in de thuissituatie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het NPZR&amp;o legt de verbinding tussen diverse projecten en informeert t.z.t. betrokken zorgverleners over de uitkomsten van het onderzoek.</li> <li>• Het NPZR&amp;o ondersteunt de implementatie van de projectresultaten.</li> </ul>	<p>ZonMw Palliantie en mogelijkheden verkennen voor implementatie subsidie</p>

'Ik wil dat de juiste zorgverleners op het **juiste moment** op de hoogte zijn van **mijn waarden, wensen en behoeften**'  
 'Ik wil dat voor mij **belangrijke personen ondersteund en betrokken worden bij mijn zorg**'  
 'Ik wil zo lang mogelijk betrokken worden bij - en regie hebben over - **belangrijke beslissingen m.b.t. mijn ziekte en zorg**'

Domein 2.4 kwaliteitskader Individueel zorgplan	Onderbouwing	Omschrijving activiteit	Financiën	Planning/ prioritering in groen / oranje / rood
<p>Het gesprek met de patiënt en diens naasten over het beleid dat het best bij hem en zijn situatie past, vormt de basis van het dynamisch individueel zorgplan. De gemaakte afspraken worden hierin vastgelegd met aandacht voor het fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel welzijn. Simpel en kort als het kan, complex en uitgebreid als het nodig is. Vanuit persoonlijk perspectief kan de patiënt met een gedocumenteerd, geactualiseerd en gemonitord individueel zorgplan meer kennis verwerven over zijn ziekte of kwetsbaarheid, meebeslissen over beleid en behandeling en hier zo mogelijk zelf mee aan de slag gaan. Zo kan hij eigen regie en zelfmanagement behouden of vergroten. Voor de zorgverleners is het overzicht van doelen en afspraken een middel om de continuïteit van zorg te bevorderen en de betrokkenheid van de patiënt en diens naasten in het zorgproces te vergroten.</p>	<p>Binnen het werkgebied van het NPZR&amp;o werken zorgverleners waar mogelijk met een Individueel zorgplan. Leden van het netwerk palliatieve zorg maken daarvoor gebruik van de beschikbare voorlichtingsmiddelen voor patiënten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IKNL project <a href="#">PalliArts</a> app</li> <li>• ZonMw project '<a href="#">Advance care planning in general practice. A nested qualitative study within an ongoing cluster randomized trial in general practice</a>'</li> <li>• KNMG <a href="#">standpunten en informatie</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het NPZR&amp;o stimuleert de netwerkpartners om de patiënt helder te informeren over de beschikbare zorg, ondersteuning en nazorg.</li> <li>• Het NPZR&amp;o vergroot de deskundigheid van zorgverleners door het verzorgen van scholingen en trainingen (zie Domein 2.9) en door het informeren van zorgverleners over uitkomsten van onderzoek.</li> <li>• Indien overlijden op de plaats van voorkeur niet mogelijk is, faciliteert het NPZR&amp;o informatie over voorzieningen passend bij de cultuur en wensen van de patiënt o.a. via de website.</li> <li>• Het NPZR&amp;o informeert netwerkpartners en burgers over de mogelijkheden voor terminale zorg en stimuleert het gebruik van de website (webpagina '<a href="#">plaatsen vrij</a>' met overzicht lege palliatieve bedden) en de <a href="#">PalliArts</a> app.</li> </ul>	<p>VWS</p>	<p>doorlopend</p>

<p>'Ik wil dat de juiste zorgverleners op het <b>juiste moment</b> op de hoogte zijn van <b>mijn waarden, wensen en behoeften</b>'</p> <p>'Ik wil dat voor mij <b>belangrijke personen ondersteund en betrokken worden bij mijn zorg</b>'</p> <p>'Ik wil zo lang mogelijk <b>betrokken worden bij - en regie hebben over - belangrijke beslissingen m.b.t. mijn ziekte en zorg</b>'</p>				
Domein 2.5 interdisciplinaire zorg	Onderbouwing	Omschrijving activiteit	Financiën	Planning/ prioritering in groen / oranje / rood
<p>Door een gezamenlijke benadering van alle actuele en potentiële vragen rondom een patiënt kan meer bereikt worden dan door iedere vraag apart te benaderen. Hiertoe dient interdisciplinair gewerkt te worden. Dit vraagt om een goede samenwerkingsrelatie zodat methodisch gewerkt kan worden op basis van de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel gebied.</p>	<p>Op dit moment zijn er geen aparte doelen die hier binnen vallen, maar er is veel aandacht voor interdisciplinaire samenwerking in diverse projecten en activiteiten zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PaTz groepen in Rotterdam e.o.</li> <li>• ZonMw <a href="#">Parelproject PaTz</a> (zie ook Domein 2.1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het NPZR&amp;o informeert huisartsen(groepen) over PaTz.</li> </ul>	VWS	Doorlopend
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultaten en adviezen project <a href="#">Verbetering palliatieve zorg in ANW</a></li> <li>• ZonMw project <a href="#">Transmurale Samenwerking in de Palliatieve Zorg</a> (zie ook Domein 2.7)</li> <li>• Resultaten en adviezen ZonMw project <a href="#">Samen bouwen aan vertrouwen</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het NPZR&amp;o faciliteert de start van nieuwe PaTz-groepen.</li> <li>• Het NPZR&amp;o faciliteert de deelname aan de PaTz groep door een afvaardiging van het lokale ziekenhuis</li> <li>• Het NPZR&amp;o legt de verbinding tussen het verbetertraject 'Overdracht van de oncologische patiënt' in de keten rond het Maasstad Ziekenhuis en regionale ontwikkelingen.</li> </ul>	ZonMw Palliantie	



<p>'Ik wil dat de juiste zorgverleners op het <b>juiste moment</b> op de hoogte zijn van <b>mijn waarden, wensen en behoeften</b>'</p> <p>'Ik wil dat voor mij <b>belangrijke personen ondersteund en betrokken worden bij mijn zorg</b>'</p> <p>'Ik wil zo lang mogelijk <b>betrokken worden bij - en regie hebben over - belangrijke beslissingen m.b.t. mijn ziekte en zorg</b>'</p>				
Domein 2.6 kwaliteitskader mantelzorg	Onderbouwing	Omschrijving activiteit	Financiën	Planning/ prioritering in groen / oranje / rood
<p>Mantelzorgers spelen een sleutelrol in het bieden van ondersteuning en zorg aan de patiënt, ongeacht of deze thuis, in een ziekenhuis, verpleeghuis of in een hospice verblijft. Een goede samenwerking tussen zorgverleners en vrijwilligers en mantelzorgers houdt rekening met verschillende rollen die een mantelzorgger kan vervullen: als naaste, schaduwpatiënt, collega-zorgverlener en expert (over het leven van de patiënt). Welke rol het meest prominent is, kan van tijd tot tijd en van situatie tot situatie verschillen.</p> <p>Het vervullen van de mantelzorgrol kan weliswaar voldoening geven, maar is vaak fysiek en psychisch belastend. Mantelzorgers hebben behoefte aan begeleiding, voorlichting, advies en ondersteuning voor en na het overlijden van de patiënt. Specifieke aandacht van de zorgverleners en vrijwilligers voor de individuele waarden, wensen en behoeften van de mantelzorgger stelt deze in staat zijn rol beter te vervullen en vermindert stress bij de mantelzorgger.</p>	<p>Kennis en ervaring bij het ondersteunen van mantelzorg en het bieden van nazorg wordt uitgewisseld.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ZonMw project <a href="#">Kwaliteitsstandaard Overbelaste mantelzorg</a></li> <li>• IKNL Goed Voorbeeld: <a href="#">Gespreksmodel mantelzorgondersteuning</a></li> <li>• Resultaten project <a href="#">Voorouwen bestaat geen protocol</a> en vervolg <a href="#">project rouw en nazorg</a></li> <li>• ZonMw Palliatie project '<a href="#">Ondersteuning van naasten van patiënten in de palliatief terminale fase door de wijkverpleegkundige</a>' door Hogeschool Rotterdam i.s.m. Erasmus MC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het NPZR&amp;o stimuleert de aandacht voor en vroegsignalering voor overbelasting bij mantelzorg. Het NPZR&amp;o stimuleert de uitwisseling van kennis m.b.t. nazorg passend binnen werksetting.</li> <li>• De volgende resultaten worden gerealiseerd binnen het project rouw en nazorg; <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Ontwikkeling en implementatie handreiking en sociale kaart,</li> <li>♦ Ontwikkeling informatie voor nabestaanden en implementatie en afstemming van nazorggesprekken</li> <li>♦ ontwikkelen factsheet over financiering,</li> <li>♦ ontwikkelen scholing,</li> <li>♦ ontwikkelen digitale toolkit</li> </ul> </li> </ul>	Eigen financiering	

<p>'Ik wil dat de juiste zorgverleners op het <b>juiste moment</b> op de hoogte zijn van <b>mijn waarden, wensen en behoeften</b>'</p> <p>'Ik wil dat voor mij <b>belangrijke personen ondersteund en betrokken worden bij mijn zorg</b>'</p> <p>'Ik wil zo lang mogelijk <b>betrokken worden bij - en regie hebben over - belangrijke beslissingen m.b.t. mijn ziekte en zorg</b>'</p>				
Domein 2.7 kwaliteitskader Coördinatie en continuïteit	Onderbouwing	Omschrijving activiteit	Financiën	Planning/ prioritering in groen / oranje / rood
<p>Naast alles wat het ziek zijn al met zich meebrengt, staat een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid met diens naasten voor de opgave om regie te houden over het eigen leven. Een uitdaging hierin wordt gevormd door een complex en gefragmenteerd zorgsysteem, waarin afgestemd moet worden tussen meerdere zorgverleners, diverse zorgsettingen en vele diagnostische en behandelinterventies.</p> <p>Goede kwaliteit van palliatieve zorg vergt coördinatie en continuïteit van zorg en met kennis van zaken vooruit plannen en organiseren. Omdat een team van zorgverleners betrokken is bij palliatieve zorg, wordt bij iedere patiënt één eerstverantwoordelijke aangewezen, die deze taken op zich neemt. Deze zogenoemde centrale zorgverlener is het aanspreekpunt voor het gehele team, én de patiënt en diens naasten.</p>	<p>Werken aan coördinatie en continuïteit van zorg is een continue activiteit van het netwerk.</p> <p>Voorbeelden van activiteiten zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">PaTz</a> groepen in Rotterdam e.o.</li> <li>• ZonMw <a href="#">Pareproject PaTz</a> (zie ook Domein 2.1)</li> <li>• <a href="#">Resultaten en adviezen project Verbetering palliatieve zorg in ANW</a></li> <li>• ZonMw project <a href="#">Transmurale Samenwerking in de Palliatieve Zorg</a></li> <li>• ZonMw Goed Voorbeeld <a href="#">Proactieve zorgplanning</a></li> </ul>	<p>Zie ook Domein 2.1.</p> <p>In een verbetertraject met meer partijen wordt gewerkt aan verbetering van de overdracht van oncologische patiënten vanuit ziekenhuis naar huis in de keten rond het Maasstad Ziekenhuis (in kader van het consortium brede project Transmurale Samenwerking Palliatieve Zorg (TSPZ).</p>	<p>ZonMw Palliatie</p>	<p>2016-2020</p>

Onderbouwing		Omschrijving activiteit	Financiën	Planning / prioritering in groen / oranje / rood
		<p>Gekozen verbeterpunten zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betere afstemming tussen huisartsen en arts-assistent</li> <li>• Kwaliteitsafspraken maken over norm goede palliatieve zorg</li> <li>• Verbeteren van de ontslag medicatie</li> </ul> <p>Per verbeterpunt wordt gekeken naar praktische haalbare verbeteracties, waarop actieonderzoek kan worden ingezet. Uitgebreidere toelichting is te lezen in het projectplan.</p>		

'Ik wil dat de juiste zorgverleners op het **juiste moment** op de hoogte zijn van **mijn waarden, wensen en behoeften**'  
 'Ik wil dat voor mij **belangrijke personen ondersteund en betrokken worden bij mijn zorg**'  
 'Ik wil zo lang mogelijk **betrokken worden bij - en regie hebben over - belangrijke beslissingen m.b.t. mijn ziekte en zorg**'

Domein 2.8 Netwerk	Omschrijving activiteit	Omschrijving activiteit	Financiën	Planning/ prioritering in groen / oranje / rood
<p>Een netwerk palliatieve zorg is een formeel en duurzaam samenwerkingsverband van zelfstandige organisaties die betrokken zijn bij palliatieve zorg in een specifieke regio. De samenwerking binnen een netwerkregio moet gericht zijn op een compleet, samenhangend en dekkend aanbod van palliatieve zorg van verantwoordelijke kwaliteit.</p> <p>Het netwerk palliatieve zorg speelt een rol in het informeren van zorgverleners over de beschikbare deskundigheid in de regio zodat patiënten en diens naasten tijdig passende zorg kunnen ontvangen. De netwerkcoördinator speelt hierin een centrale rol doordat hij initieert, adviseert en faciliteert met betrekking tot de continue verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de palliatieve zorg in de regio.</p>	<p>Sinds 2005 wordt er gewerkt met een structuur van lokale zorgketens binnen het werkgebied van het NPZR&amp;o. De lokale ketens dragen bij aan het zichtbaar maken van de partners van het netwerk in de buurt. In het najaar van 2012 is de <a href="#">bestuurlijke inrichting van het netwerk</a> aangepast.</p> <p>Vanaf dat moment wordt gewerkt met een Algemeen Bestuur (AB) en een Dagelijks Bestuur (DB), (voor het organogram zie bijlage 1).</p> <p>Vanaf 2015 is gewerkt met een met een MJBP waarin de samenhang en prioritering van de doelen zichtbaar wordt.</p>	<p>Zie 2.9 Deskundigheid en effectieve communicatie</p>	<p>VWS</p>	

'Ik wil kunnen rekenen op passende **ondersteuning bij klachten op lichamelijk, emotioneel, sociaal en geestelijk gebied**'  
 'Ik wil **goede kwaliteit van zorg** ontvangen verleend door **deskundige en evenwichtige zorgverleners**'

Domein kwaliteitskader 2.9 Deskundigheid en effectieve communicatie	Onderbouwing	Omschrijving activiteit	Financiën	Planning/ prioritering in groen / oranje / rood
<p>Alle zorgverleners in Nederland worden in staat geacht generalistische palliatieve zorg te bieden aan patiënten en hun naasten, en indien nodig specialistische ondersteuning te vragen. Iedere zorgverlener die betrokken is bij het verlenen van palliatieve zorg, op generalistisch, specialistisch of expertniveau, volgt daarom passende bij- en nascholing om de kwaliteit van zorg te waarborgen.</p> <p>Vrijwilligers hebben in veel organisaties een belangrijk aandeel in het bieden van palliatieve zorg. Zij worden pas ingezet na een gekwalificeerde basistraining. Daarnaast hebben zij een eigen kwaliteitskader [1].</p> <p>[1] Zicht op '<a href="#">Er Zijn</a>', <a href="#">Kwaliteitskader Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (2016)</a>.</p>	<p><i>Deskundigheid en communicatie algemeen</i></p> <p>Ketendeelnemers weten welke zorgaanbieders binnen de keten werkzaam zijn en maken samenwerkingsafspraken, delen en wisselen kennis en ervaring over palliatieve zorg uit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Resultaten en adviezen project samenwerking palliatieve zorg in avond, nacht en weekend</a></li> <li>• ZonMw <a href="#">Pareelproject PaTz</a></li> <li>• ZonMw project <a href="#">Transmurale Samenwerking in de Palliatieve Zorg</a></li> <li>• ZonMw project <a href="#">Regionale samenwerking palliatieve zorg Zuidwest Nederland</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketenjaarplan schrijven en behalen van de doelen die aansluiten bij de behoeften van de keten.</li> <li>• Organiseren van maximaal vier ketenbijeenkomsten per jaar en een stedelijke jaarbijeenkomst.</li> <li>• Organiseren van casuïstiekbespreking tijdens de ketenbijeenkomsten.</li> <li>• Organiseren van symposia, jaarbijeenkomst en themabijeenkomsten zoals richtlijnbesprekingen</li> <li>• Op basis van leerpunten uit de PaTz Portal en andere signalen deskundigheidsbevordering organiseren voor (huis)artsen</li> </ul>	<p>VWS, contributie gelden aanvullend</p>	<p>doorlopend</p>

Onderbouwing		Omschrijving activiteit	Financiën	Planning/ prioritering in groen / oranje / rood
	<p><i>Consultatief Palliatief Team (CPT)</i></p> <p>Stimuleren van de mogelijkheden tot consultatie door middel van het inzetten van het CPT. Het CPT wordt breed bekend en ingezet. Consultatie vindt plaats via bedside consulting, PaTz-bijeenkomsten en telefonisch consult.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">IKNL Consultatie palliatieve zorg en transmurale consultatie</a></li> <li>• ZonMw project <a href="#">Effects and costs of palliative care consultation services in hospitals</a></li> <li>• <a href="#">ZonMw project Transmurale Samenwerking in de Palliatieve Zorg</a></li> <li>• Projectrapportage "<a href="#">Consultatie palliatieve zorg nieuwe stijl</a>"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het NPZR&amp;o faciliteert het Consultatief Palliatief Team, waarbij expliciet aandacht is voor de rol van de consulent bij de PaTz groep en de resultaten uit de Projectrapportage "Consultatie palliatieve zorg nieuwe stijl"</li> </ul>	IKNL	doorlopend

Onderbouwing		Omschrijving activiteit	Financiën	Planning/ prioritering in groen / oranje / rood
	<p><i>Kennis over palliatieve zorg</i> Verhoging van het kennisniveau palliatieve zorg, onder andere door middel van B-learning modules</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ZonMw project <a href="#">Kennis-synthese onderwijs palliatieve zorg</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>i.s.m. Leerhuizen Palliatieve Zorg stimuleert NPZR&amp;o het volgen van de Basis-scholing Palliatieve Zorg voor niveau 3 en 4 en de deelname aan verdiepingsmodules.</li> <li>Het NPZR&amp;o organiseert intervisie, supervisie en trainingen voor het trainen van gespreksvaardigheden.</li> <li>Het NPZR&amp;o stimuleert en draagt bij tot het ontwikkelen van verdiepingsmodules</li> <li>Het NPZR&amp;o stimuleert het organiseren van reflectie betreffende de impact op zorg professionals bij het verlenen van palliatieve zorg (nazorg, zorg voor de zorgenden)</li> <li>Het NPZR&amp;o stimuleert om tot een kwalitatief onderwijs format te komen dat uitwisselbaar is over de zorgorganisaties heen. Hiermee is duidelijk wat van de medewerker die dit format heeft gevolgd voor wat betreft het kennis niveau mag worden verwacht.</li> </ul>	VWS	doorlopend

Onderbouwing		Omschrijving activiteit	Financiën	Planning/ prioritering in groen / oranje / rood
	<p>De partners van het netwerk maken gebruik van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Kwaliteitskader Palliatieve Zorg IKNL/Palliactief 2017</a> ontwikkeld volgens richtlijnprocedure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het NPZR&amp;o stimuleert haar leden tot het gebruik van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg.</li> <li>• Het NPZR&amp;o faciliteert het gebruik maken van de opgedane kennis over het gebruik en de implementatie van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg in de dagelijks praktijk tussen de zorgorganisaties</li> </ul>	VWS	
	<p>Vrijwilligers werkzaam binnen de palliatieve zorg maken gebruik van een passend (scholings) aanbod. Bestaand aanbod wordt uitgewisseld tussen de netwerkpartners.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">VPTZ Trendrapport 2014</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I.s.m. met VTZ-Rotterdam en andere relevantie partijen wordt een passend scholingsaanbod opgezet.</li> <li>• Het NPZR&amp;o stimuleert een passende en tijdige inzet van vrijwilligers.</li> </ul>		



'Ik wil kunnen rekenen op passende **ondersteuning bij klachten op lichamelijk, emotioneel, sociaal en geestelijk gebied**'  
 'Ik wil **goede kwaliteit van zorg** ontvangen verleend door **deskundige en evenwichtige zorgverleners**'

Domein kwaliteitskader 2.10 Kwaliteit en onderzoek	Onderbouwing	Omschrijving activiteit	Financiën	Planning/ prioritering in groen / oranje / rood
<p>Kwaliteitsmanagement is gebaseerd op principes van voortgaande evaluatie en verbetering. Organisaties streven naar de beste kwaliteit van palliatieve zorg voor patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Organisaties nemen deel aan audits en kwaliteitsprojecten en beogen deel te nemen aan onderzoek om dit doel te halen. Deelname aan onderzoek is afhankelijk van de capaciteit van de organisatie en varieert van een bijdrage leveren aan data verzamelen tot het initiëren van onderzoeksprojecten. Deelname van een organisatie aan externe accreditatieprogramma's draagt bij aan de ontwikkeling van gestructureerde programma's voor kwaliteitsverbetering, inclusief evaluatie van patiëntenzorg en tevredenheidsonderzoek.</p>	<p>Ketendeelnemers werken voortdurend aan kwaliteitsverbetering.</p> <p>De partners van het netwerk maken gebruik van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Kwaliteitskader Palliatieve Zorg IKNL/Palliactief 2017</a> ontwikkeld volgens richtlijnprocedure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het NPZR&amp;o stimuleert haar leden tot het gebruik van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg.</li> <li>• Het NPZR&amp;o stimuleert haar leden tot deelname aan kwaliteitsprojecten.</li> <li>• Het NPZR&amp;o overlegt op regionaal en bovenregionaal niveau over deelname aan onderzoek en stemt af met relevante partijen in de keten over projecten en onderzoek en deelname.</li> <li>• Het NPZR&amp;o stimuleert en ondersteunt zorgorganisaties om de digitale zelfevaluatie te gebruiken gebaseerd op het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. De interne audit palliatieve zorg kan volgen en als uitgangspunt kan dienen voor een audit. De zelfevaluatie nodigt uit om inzicht te krijgen op het niveau van zorg, beleid, kwaliteitsverbetering en borgingsproces (PDCA-cyclus)</li> </ul>	<p>VWS</p>	<p>Doorlopend</p>

## 7. Coördinatieprincipes en evaluatie

Om de ambities uit het MJBP te realiseren kunnen per activiteit verschillende projectgroepen worden ingericht. Algemene uitgangspunten voor de projectgroepen zijn:

- De projectgroep werkt in opdracht van het DB, de projectplannen en resultaten worden gepresenteerd aan het DB. Het DB neemt besluiten over de implementatie, het door-ontwikkelen, opschalen etc.
- De financiële begroting van projectgroepen wordt ter besluitname voorgelegd aan het DB, conform de begrotingskaders van het MJBP vastgesteld door het AB, tijdens AB vergadering 11 december 2018.
- Bij de inrichting van de projectgroep en het formuleren van de opdracht wordt Fibula (netwerkgroep), Leerhuizen Palliatieve Zorg en het Expertisecentrum Palliatieve Zorg (EMC) om advies gevraagd.
- Indien de projectgroep wordt geleid door een extern projectleider, wordt een overeenkomst opgesteld.

Het MJBP wordt jaarlijks tijdens de AB vergadering geëvalueerd. Aan de hand van groen, oranje en rood codering wordt de stand van zaken per activiteit weergegeven.

Ieder jaar wordt op basis van het MJBP een jaarwerkplan voor het lopende jaar geformuleerd. In dit jaarwerkplan worden kort de speerpunten voor het komende jaar benoemd evenals de belangrijke stakeholders.

## 8. Samenvatting

### *Aanleiding*

De aanleiding tot het schrijven van dit MJBP is de veelheid aan initiatieven en projecten in Rotterdam die allemaal als doel hebben de toegankelijkheid, de kwaliteit en continuïteit van de palliatieve zorgverlening te vergroten. Er dreigt echter een versnippering en gebrek aan aansluiting bij bestaande projecten en werkwijzen wat de vorming van een gestroomlijnde palliatieve zorgketen tegenwerkt. Ook de reikwijdte van de regio Rotterdam & omstreken en het grote aantal zorgaanbieders in de regio geven een risico op het ontstaan van een onsamenhangend geheel.

### *Doel*

Dit meerjarenbeleidsplan heeft als doel te schetsen hoe een samenhangend geheel van activiteiten binnen het werkgebied van het NPZR&o gecoördineerd en gevormd kan worden. De doelen in dit meerjarenbeleidsplan zijn gerubriceerd aan de hand van de thema's samenwerking (waaronder communicatie), consultatie en deskundigheidsbevordering.

Het meerjarenbeleidsplan van het NPZR&o geeft invulling aan de doelen zoals die gesteld in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg wat beoogt voor de palliatieve patiënt en zijn naaste te kunnen voorzien in optimale palliatieve zorg van een integraal multidisciplinair team van mantelzorgers, vrijwilligers en professionals zoveel mogelijk geïntegreerd in de reguliere zorgverlening.

### *De patiënt centraal*

Uitgangspunt voor het meerjarenbeleidsplan van het NPZR&o is de patiënt met zijn naasten die de fasen van het spectrum van palliatieve zorg doorlopen, overeenkomstig de opbouw van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief 2017). De doelen in dit meerjarenbeleidsplan zijn gerubriceerd aan de hand van de domeinen uit het Kwaliteitskader palliatieve zorg, gekoppeld aan de top 7 van essenties verwoord door patiënten en naasten over wat belangrijk is in palliatieve zorg. In de vorm van een matrix wordt de samenhang zichtbaar tussen deze wensen en doelen van patiënten, de activiteiten binnen het NPZR&o en hoe deze activiteiten zich verhouden tot het Kwaliteitskader palliatieve zorg. De top 7 van goede palliatieve zorg in wensen en doelen van de patiënt en diens naasten zijn;

1. 'Ik wil dat de juiste zorgverleners op het juiste moment op de hoogte zijn van mijn waarden, wensen en behoeften'
2. 'Ik wil dat voor mij belangrijke personen ondersteund en betrokken worden bij mijn zorg'
3. 'Ik wil kunnen rekenen op passende ondersteuning bij klachten op lichamelijk, emotioneel, sociaal en geestelijk gebied'
4. 'Ik wil, indien nodig, kunnen beschikken over passende extra ondersteuning en diensten'
5. 'Ik wil kunnen sterven op mijn plek van voorkeur met voor mij passende zorg'
6. 'Ik wil zo lang mogelijk betrokken worden bij - en regie hebben over - belangrijke beslissingen m.b.t. mijn ziekte en zorg'
7. 'Ik wil goede kwaliteit van zorg ontvangen, verleend door deskundige en evenwichtige zorgverleners'

### *Kerntaken en projecten*

Uitgangspunt voor de activiteiten van het NPZR&o horend bij deze doelen zijn de door VWS benoemde vier kerntaken van ieder netwerk, te weten; coördineren, informeren, signaleren en faciliteren.

Naast de kerntaken die gefinancierd worden uit de basissubsidie, worden projecten opgestart die gefinancierd worden uit subsidies zoals ZonMw, eventuele fondsaanvragen en de contributie van de netwerkleden.

### *Samenwerking*

Het NPZR&o wil de samenwerking binnen de palliatieve zorg tussen de netwerkpartners stimuleren en faciliteren, hierbij is draagvlak van de netwerkpartners essentieel. Tevens wil het NPZR&o vorm geven aan doorzettingsmacht en sturingskracht door samenwerkingsafspraken te maken met [Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen \(SRZ\)](#), [Conforte](#) en directie van de [CHPR](#) ondersteund door [ZorgImpuls](#). Uit de regioanalyse van de keten kwetsbare ouderen in Rotterdam, vast gelegd in de notitie '[Samen voor Kwetsbare ouderen 010](#)', blijkt dat er veel overeenkomsten zijn tussen de beide ketens en dat de conclusies en aanbevelingen toepasbaar zijn voor zowel de palliatieve zorg als de zorg voor kwetsbare ouderen.

## Bijlage: Organogram NPZR&o

