

Meerjarenplan 2023-2025

De kracht van transmurale samenwerking en kennisdeling



*Netwerk palliatieve zorg Oost-Veluwe. d.d. 14-10-2022
Goedgekeurd in het Ledenberaad op 8-11-2022*

In het Ledenberaad van 8 juni 2022 bleek dat er geen nieuwe speerpunten voor de komende jaren zijn, maar dat de voorkeur ligt op het bestendigen en uitbouwen van de drie strategische thema's die in 2020-2022 leidend waren voor de netwerken palliatieve zorg en dementie/geriatrie. De gezamenlijke missie en visie van beide netwerken blijft het uitgangspunt. Verschillende werkgroepen dragen actief bij aan de realisatie van de doelstellingen. In de tabel op pagina 5 t/m 9 is te lezen welke werkgroepen al actief waren (acties en doelen zijn aangescherpt), ondertussen zijn gestart (lichtgeel gearceerd) of nog gaan starten (donkergeel gearceerd).

Inleiding

De arbeidsmarktopgave en de stijgende zorguitgaven dwingen ons dat we zorg anders organiseren. De zorg is bijzonder goed op deelterreinen, maar sterk gefragmenteerd en daardoor suboptimaal. Er wordt nog veel geredeneerd vanuit het aanbod en te weinig vanuit de behoefte van mensen die zorg nodig hebben en degenen die het uitvoeren. Daarom is transmurale samenwerking en kennisdeling zo belangrijk. In Oost-Veluwe werken we al langer transmuraal samen maar desondanks is er (nog) sprake van fragmentatie. Ter illustratie: Er is in 2020 een [regionale visie ouderenzorg](#) opgesteld, waarin staat dat dit het kompas is in de regionale samenwerking en voor het [toekomstperspectief specialisten ouderenzorg](#). De praktische vertaling van deze bestuurlijke beweging vindt tot op heden niet zichtbaar plaats, en vanuit de betrokken bestuurders is geen contact met de netwerkcoördinatoren dementie/geriatrie en palliatieve zorg voor meedenken en ondersteuning bij de vormgeving en uitvoering. De ambitie en de wil om meer transmuraal samen te werken is er wel, maar het blijft zoeken naar de juiste route om in gezamenlijkheid de zorg ook daadwerkelijk vraaggerichter en doelmatiger te organiseren. Inspiratie voor deze ambitie komt o.a. uit het rapport van de Taskforce [‘De juiste zorg op de juiste plek’](#) (jzojp, 2018) en staat ook nadrukkelijk in het [Nationaal Programma Palliatieve zorg II](#). De samenhang tussen zorg en het sociaal domein willen we beter in onze dienstverlening naar voren laten komen, zoals het meer en beter benutten van beschikbare informele zorg. Er is ruimte en tijd nodig in en tussen organisaties om de bestuurlijke ambitie praktisch vorm te geven en vooral ook aansluiting te vinden bij de wensen die leven op de werkvloer. Pas dan wordt een verandering succesvol.

De juiste zorg op de juiste plek

Het huidige aanbod van zorg en ondersteuning sluit lang niet altijd aan op de behoefte van mensen. Mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, dolen soms eindeloos door ‘het systeem’. Langs elkaar heen werkende professionals, verschillende afspraken terwijl die ook op één dag gepland kunnen worden, steeds opnieuw hetzelfde verhaal moeten vertellen, van het kastje naar de muur worden gestuurd. Het kost mensen veel tijd en levert vaak niet de gewenste verbetering op in hun dagelijks leven. Ook zorgverleners leveren soms zorg tegen beter weten in: onnodige doorverwijzingen, behandelingen in de ziekenhuizen of dubbele diagnostiek. De zorg kan minder in hokjes plaatsvinden, meer met en rond mensen, met ruimte voor verschillen tussen mensen. Met oog voor culturele diversiteit en de behoeften van de sociale en welzijnsaspecten van het bestaan. Wordt zorg, ondersteuning en informatie hierover meer in samenhang geleverd, dan verschuift ook het huidige ‘kokerdenken’ en/of denken in kosten naar het denken in resultaat voor de mens. De afgelopen jaren hebben we via het transmuraal zorgpad palliatieve zorg, het transmuraal MDO palliatieve zorg en de Geheugensteunpunten en het casemanagement dementie al met succes vorm en inhoud gegeven aan samenhangende transmurale zorg. Welzijn is hier onderdeel van, maar dit aspect vraagt meer aandacht. Voldoende passend woningaanbod en doorstroming naar toekomstbestendig wonen en leven komt in beide netwerken sterk naar voren als behoefte van burgers én zorgaanbieders. Eigen regie en persoonlijke wensen worden steeds belangrijker. Proactieve zorgplanning ofwel Advanced Care Planning (ACP) is een middel om meer vraaggestuurd te werken en kan patiënten helpen meer regie over hun eigen leven met zorg te hebben. Als meerdere hulpverleners betrokken zijn bij een patiënt, is het delen van vastgelegde wensen en afspraken van groot belang, zodat alle betrokkenen op de hoogte zijn van de meest recent afspraken. Een vast aanspreekpunt (centrale zorgverlener) voor de patiënt en zijn familie wordt als ondersteunend ervaren en helpt bij het zoeken naar de juiste zorg op de juiste plek

Arbeidsmarktkrapte

De druk op de arbeidsmarkt is één van de belangrijkste uitdagingen van dit moment. Op dit moment werkt 1 op de 6 mensen in de zorg, in 2040 zal dat 1 op de 4 zijn. Transmuraal samenwerken in de zorg wordt steeds belangrijker om met een krimpende beroepsbevolking de toenemende zorgvraag aan te kunnen én goede patiëntenzorg te blijven bieden. De SER geeft in het [briefadvies Arbeidsmarktproblematiek maatschappelijke sectoren](#) een aantal kansrijke opties aan het kabinet. Voldoende goed toegeruste en tevreden medewerkers zijn van essentieel belang voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en ondersteuning. Belangrijk daarbij is dat professionals de ruimte krijgen om hun vakmanschap optimaal vorm te geven. Dit vergroot het werkplezier en blijven mensen langer verbonden aan hun organisatie. In beide netwerken werken we met specialisten (o.a. palliatieve zorg verpleegkundigen (PZV), casemanagers dementie (CM) kaderhuisartsen palliatieve zorg en ouderenzorg) en generalisten (o.a. verpleegkundigen en verzorgenden, huisartsen) in de zorg. Er ligt een uitdaging om voldoende capaciteit te hebben en de kennis en kwaliteit in deze regionale kennisnetwerken nog beter aan te wenden zodat organisaties intern hun kennisniveau over palliatieve zorg en kwetsbare ouderen vergroot, waardoor de kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie toeneemt.

Missie

De regionale netwerken dementie/geriatrie en palliatieve zorg staan in gezamenlijke verantwoordelijkheid voor optimale kwaliteit¹ van leven op het gebied van welzijn, wonen en zorg voor alle inwoners van Oost-Veluwe, waarbij hulpvragers zelf de regie voeren en op verzoek hierin worden ondersteund.

Visie

Iedere hulpvrager, en diens naasten/mantelzorgers, krijgt gecoördineerde informatie, zorg, begeleiding en ondersteuning van de juiste deskundige(n), op het juiste moment en op de juiste plek.

Uitgangspunten

- De hulpvraag 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 zorg², met aandacht voor vroeg-signalering, 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 de Geheugensteunpunten);
- De netwerken dragen actief bij aan voldoende spreiding, uitwisseling en benutting van kennis. Daarmee worden de voorwaarden geschapen om de kwaliteit van de ondersteuning blijvend te kunnen verbeteren;
- De netwerken zijn gericht op het signaleren en aanpakken van knelpunten;
- De ondersteuning wordt gecoördineerd door een centrale hulpverlener.

¹ Doeltreffend, doelmatig en klantgericht conform de professionele standaard (state of art) en aansluitend op de behoefte van de hulpvrager

² Conform het Rhedens model, d.w.z. start informele zorg en opschaling wanneer nodig

Drie strategische thema's

Hieronder staan de drie strategische thema's van het netwerk palliatieve zorg uitgewerkt. Na een korte inleiding over het thema volgt een overzicht van de bestaande en nieuwe werkgroepen.

1. De juiste zorg op de juiste plek, op het juiste moment, met de juiste zorgverleners en met de juiste bekostiging (zorgdomein)

Het eigenaarschap van het zo goed mogelijk functioneren en het beoordelen van de kwaliteit van leven ligt primair bij mensen zelf. Hun omgeving, en ook hulpverleners, kunnen helpen. Niet iedereen is hierin altijd even bekwaam. De focus ligt vooral op wat mensen nodig hebben om zo lang, zo goed en zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren in hun eigen omgeving. [Proactieve zorgplanning](#) en [Samen Beslissen](#) zijn hierbij de norm: patiënt en hulpverlener overleggen en beslissen samen welke zorg het beste past. Deze benadering verandert wezenlijk de relatie, bevordert integrale zorg en het welbevinden. Met oog en oor voor de sociale en welzijnscomponenten. Het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#) en de [Zorgstandaard Dementie](#) zijn hierbij het kompas.

Als het functioneren van mensen als vertrekpunt voor zorg en ondersteuning geldt, betekent dit veel voor de competenties van professionals en de manier waarop zij zorg en ondersteuning bieden. Dat vraagt de juiste kennis en attitude en om een juiste verhouding generalistische en specialistische hulpverleners. 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. Alleen meer mensen opleiden is niet voldoende, ook de organisatie ervan, dichtbij en eenvoudig als het kan, verder weg met grotere medische inzet als het nodig is³.

³ Zie hiervoor het actieprogramma van VWS; [Werken in de zorg](#)

	Doelstellingen	Acties	Resultaat	Samenstelling werkgroep
<p>1. Regionale transmurale palliatieve zorg.</p>	<p>1.a Palliatieve zorg (PZ), start vroegtijdig, is proactief, vraaggestuurd en is er voor patiënten en hun naasten vanaf de signalering t/m nazorg na overlijden.</p> <p>1.b In 2023 worden minimaal 350 patiënten geïncludeerd in het transmuraal zorgpad palliatieve zorg. Het aantal mensen met COPD is minimaal 15% meer dan in 2022.</p> <p>1.c Er zijn voldoende opgeleide palliatieve zorg verpleegkundigen om de vraag aan te kunnen. Advies: Minimaal 2 per organisatie voor continuïteit.</p> <p>1.d Huisartsen en medisch specialisten bespreken hun palliatieve patiënten in het transmuraal MDO palliatieve zorg. In 2023 zijn minimaal 52 huisartsen aanwezig bij de bespreking van hun patiënt.</p> <p>1f. Er is één transmuraal team van specialisten palliatieve zorg voor de regio Apeldoorn en Zutphen, die generalisten gevraagd en ongevraagd ondersteunt en/of adviseert. De benodigde samenstelling van dit team is vastgesteld.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mensen krijgen na markering palliatieve fase van een ziekte doorverwijzing naar een palliatieve zorg verpleegkundige (PZV) conform het transmuraal zorgpad. Zij kunnen zelf Mijn Zorgpad benutten als wegwijzer. Huisartsen sturen folder nazorg drie maanden na overlijden naar nabestaanden Start markering palliatieve fase COPD in Gelre en doorverwijzing naar transmuraal zorgpad palliatieve zorg Actieve en doorlopende PR/ lobby bij verwijzers; Actualisatie benodigde en beschikbare VPZ; In 2023 starten minimaal 5 verpleegkundigen uit onze regio met de post hbo palliatieve zorg (WZU, RIWIS, Viattence, Talma-Borgh en Nusantara) Blijvende lobby door kaderhuisartsen palliatieve zorg bij hun collega huisartsen Terugkoppeling verslag door PA en VS Gelre naar huisartsen en PZV Transmuralisering van o.a. consultatievoorziening. Integratie van het huidige regionale consultatieteam palliatieve zorg (CPZ) en het ziekenhuisteam (TOP) en andere experts palliatieve zorg in de regio als de VPZ en de geestelijk verzorgers van het Centrum voor Levensvragen in een 'palliatiehuis'. 	<ul style="list-style-type: none"> Vroegtijdige markering van en ondersteuning in de palliatieve fase; Inclusie van mensen met kanker, COPD, hart- en nierfalen, dementie, ALS, etc. Patiënt (en naaste(n)) is partner in zorg en: Krijgt een VPZ als contactpersoon/gids Benut en zet eigen expertise in Heeft zicht op toekomstige mogelijkheden in zorg & ondersteuning Kan wensen kenbaar maken en wordt hierin ondersteund Kan rekenen op een eenduidige werkwijze Andere disciplines worden tijdig ingezet; Voorkomen cisisopnames; jzojp Voldoende PZV; balans in vraag en aanbod Organisaties werven actief om het bestand PZV op niveau te houden Huisartsen melden zelf hun complexe palliatieve patiënten aan bij het mdo en plannen hiervoor 15 minuten spreekuurtijd in op het aangegeven tijdslot via Teams. Uitnodiging wordt opgevolgd. Transparantie over uitkomsten MDO bij berokken zorgverleners Proactief transmuraal team palliatieve zorg dat goed bekend, vindbaar en beschikbaar is voor bedside en telefonische consultatie, deelname aan MDO's, duaal overleg etc. Laagdrempelig bereikbaar tijdens kantooruren voor patiënten en hulpverleners Ondersteuning ANW via landelijk nummer (PZNL) 	<p>1^e lijn Joke Breugem en Marieke Dijkzeul (Kaderhuisartsen palliatieve zorg) Laura Berends (Vérian) Janneke Blaauw (Buurtzorg) Helma Siegelaar (KleinGeluk)</p> <p>2^e lijn (Gelre) Cees Schaar (internist hematoloog) Renko Rappard (PA) Thea Katerberg (Transferbureau)</p> <p>Informeel zorg Hetty van der Veen (VPTZ) Berdine Koekoek (VZ)</p> <p>1.d. 1f. 1.h. 1e lijn Joke Breugem, Marieke Dijkzeul, Juliette Verhagen, Marijke den Braven (allen HOOG), Jannie Jonker (ZGA en 's HeerenLoo) Janneke Blaauw (Buurtzorg)</p> <p>2e lijn (Gelre): Renko Rapperd (PA), Annelies Zandbergen(VS), Cees Schaar (oncoloog)</p> <p>Informeel zorg: Hetty van der Veen (de Kap)</p> <p>Facilitering Berdine Koekoek en Hetty Top/Anna Kempe (netwerkcoördinatoren regio Zutphen)</p> <p>Afstemming landelijke ontwikkelingen Via Jeroen Joosten (PZNL) en consortium Palzo.</p>

	Doelstellingen	Acties	Resultaat	Samenstelling werkgroep
1. Vervolg regionale transmurale palliatieve zorg.	<p>1.g. Effect transmurale palliatieve zorg is inzichtelijk</p> <p>1.h Consultatie en specialistische inzet is reguliere zorg en wordt als zodanig bekostigt. (subsidie van VWS (via PZNL voor consultatie) vervalt tzt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kamers 'palliatiehuis' vullen, rollen, taken en organisatie • Scenario's schetsen en mogelijkheden voor financiering voorleggen er besluitvorming bestuur en ledenberaad. • Lobby voor erkenning kaderhuisarts als medisch specialist palliatieve zorg • Scholing specialistisch team in de vorm van train de trainer • Afbouwen dataregistratie door PZV. • Inzet PREM-vragenlijst bij patiënten • Overleg Zilveren Kruis over patiëntdata • Landelijk overleg met o.a. NZa en ZN via PZNL; • Regionaal (inkoop)overleg met Zilveren Kruis voor structurele financiering van specialisten palliatieve zorg; • Pilotfinanciering PZV is door Zilveren Kruis tot 2024 gewaarborgd. Inzet structurele financiering, ook via andere zorgverzekeraars 	<ul style="list-style-type: none"> • Betere verplechting van de palliatieve zorg: het inzetten van specialistische kennis als regulier onderdeel van de zorg, • Van versnippering naar efficiëntie; • Landelijke erkenning kaderhuisarts palliatieve zorg als specialist voor DBC/DOT PZ • Registratielast verminderd. • Bestaande data wordt gebruikt, zowel vanuit het ziekenhuis als vanuit de thuiszorg, bij voorkeur door zorgverzekeraar zelf • Dekkende financiering inzet specialisten palliatieve zorg voor (niet) patiëntgebonden zorg • Inzicht in effecten (registratie en publicatie) • Door zichtbare effecten van zorgpad zoals kwaliteitsverbetering en schadelastverschuiving van de tweede naar de eerste lijn is financiering van de inzet van de PZV via Vektiscode 1063 structureel geborgd en vindt jaarlijks inflatiecorrectie plaats van het uurtarief conform percentage stijging uurloon cao. • Inzet door PZV die aan de criteria voldoen wordt door alle zorgverzekeraars vergoed 	<p>Betrokkenen vanuit Gelre en Vérian bij dataregistratie en evaluatie pilot met Zilveren Kruis</p> <p>Marianne Burgler (Functioneel beheerder)</p> <p>Tjard Schermer (wetenschapsbureau)</p> <p>Gerard Tilburg (B.I. Analist)</p> <p>Johan Wijnacker (Business Controller)</p> <p>Maaïke Langelaan (Adviseur Zorgevaluatie & Gepast Gebruik)</p> <p>Rob van den Burgt (Teamleider Sales & Marketing)</p> <p>Laura Berends, projectcoördinator Vérian)</p> <p>Gesprekspartner Zilveren Kruis</p> <p>Peter van Oostenbrugge (inkoper)</p>
2. Regionale transmurale oncologische zorg	Ontwikkelen van een transmuraal zorgpad oncologie waarin informele en formele zorg beschreven staat, uitgaande van de route van de patiënt.	<ul style="list-style-type: none"> • Aanvraag KWF voor integratie formele en informele zorg voor mensen met (uitgezaaide) kanker en hun naasten/nabestaanden (de Kap). • Herstart ontwikkelgroep transmuraal zorgpad oncologie, met doorverwijzing opname zorgaanbod, incl. informele zorg • Verbeteren samenwerking tussen formele en informele zorg. • Informeren verpleegkundigen (1e en 2e lijn) en de huisartsen over het aanbod. • 	<ul style="list-style-type: none"> • Meer (ex)patiënten met kanker en naasten kunnen de (informele) zorg en ondersteuning vinden die bij ze past, door samenwerking binnen de informele zorg, en tussen de formele en informele zorg. • Betere doorverwijzing • Gelijkwaardige bijdrage van informele zorg aan een betere kwaliteit van leven van (ex)kankerpatiënten en hun naasten. • Gezamenlijke aandacht voor welzijn (naast zorg) • Concrete invulling van positieve gezondheid • Online en offline informatiemateriaal • Samenwerking oncologie en palliatieve zorg 	<p>Jeroen Martijn Plette (Gelre), Lineke Maat (de Kap), Coco Samuels (Vérian)? Marc Hoogendoorn (manager Oncologisch Centrum Gelre), Karin Keus, (oncologienetwerken)?, Marieke Dijkzeul (HOOG), Berdine Koekoek, mogelijk tzt 'kLEEF.</p> <p>VZ: Karin Gasseling, (Platform Ertoe doen)</p>

Thema	Doelstellingen	Acties	Resultaat	Samenstelling werkgroep
3. Centrum voor Levensvragen (CvL)	Vindbaar en laagdrempelig bereikbaar CvL met een gevarieerd aanbod in ondersteuning bij levensvragen voor thuiswonende palliatieve patiënten en mensen 50+.	Coördinator <ul style="list-style-type: none"> • Organisatie en aansturing van het CvL • Matching vraag en aanbod consulten, scholing en patiëntenbesprekingen • Werving & selectie Geestelijk Verzorgers • PR en websitebeheer • Faciliteren (intervisie)bijeenkomsten • Deelname aan provinciaal overleg • Monitoring, registratie en uitvoering facturatieproces • Medeverantwortelijk voor subsidieaanvraag- en verantwoording. Geestelijk verzorgers <ul style="list-style-type: none"> • Doen van consulten, Moreel beraad, bijwonen MDO's, trainen en begeleiden van vrijwilligers • Uitzetten periodieke evaluatie • Bieden bijscholingen en PR 	<ul style="list-style-type: none"> • Er is aandacht en passende ondersteuning voor inwoners (en hulpverleners) in onze regio met spirituele en existentiële vragen en behoeften. • Gevoeligheid voor spirituele vraagstukken is vergroot bij hulpverleners & vrijwilligers in zorg- en sociaal domein, als belangrijkste verwijzers • Aandacht voor zingeving in multidisciplinaire patiëntenbesprekingen (MDO en PaTzgroepen) • Vindbare en actuele website • Samenwerking met De Kap en Mens en Welzijn • In 2023: (Bij)scholing van diverse medewerkers, o.a. Riwis, Buurtzorg, De Kap, Mens en Welzijn • Voorjaar 2023: symposium Zingeving als herstel (Bij en samen met Korak herstelplein) 	Coosje Meerveld, Christien van Dijk, Tessa Rooker, Antoinette Deuzeman en Marjan Koppejan (ZGA), Monique Ratheiser (Gelre) Egbertina Tessenmaker (Viattence) ZZPers: Gerrit Heuver, Eline Verbruggen, Arzu Allan en Ilhami Erdogan. VZ: Berdine Koekoek Medisch adviseur; Marieke Dijkzeul Landelijke stuurgroep geestelijke verzorging 1 ^e lijn/VWS/ projectleiders

2. Vroegsignalering, welzijn en wonen (sociaal domein)

We denken nog te veel in termen van behandeling en zorg, terwijl we veel meer mogen denken in termen van gezondheid, welzijn en dagelijks functioneren. Dit vereist een integrale aanpak van (informele) zorg en welzijn, op het niveau van individuele mensen en hun wijk en/of gemeente. Dit vraagt om voortdurende inspanning op verschillende niveaus om de juiste (geen onnodige) zorg te bieden.

Daarnaast is de fysieke woonomgeving voor ouderen cruciaal om zelfstandig te kunnen (blijven) wonen en zo min mogelijk afhankelijk te worden van zorg.

Thema	Doelstellingen	Acties	Resultaat	Samenstelling werkgroep
1. Proactieve zorgplanning (ACP)	Behandelwensen en -grenzen bespreken, vastleggen en hierop anticiperen. Voorkomen van onnodige behandelingen en ziekenhuisopnames	<ul style="list-style-type: none"> • Samenstellen werkgroepen en stuurgroep • Werving projectondersteuning (8 uur per week gedurende 2023-2025 bij toekenning subsidie ZonMw) • Inrichten van het proces en werkafspraken (rollen) over transmurale proactieve zorgplanning, • Zorg dragen voor bewustwording en bijscholing van professionals en burgers om deze gesprekken goed te kunnen voeren, • Toepassen van proactieve zorgplanning • Een voor- en nameting om na te gaan in hoeverre gestelde doelen zijn behaald 	<ul style="list-style-type: none"> • Iedere patiënt ontvangt de juiste zorg (passend en gewenst) op de juiste plek en tijd door de juiste zorgverlener • ACP draagt bij aan tijdig markeren van de palliatieve fase en verwijzing naar het transmuraal zorgpad • ACP is onderdeel van de zorgpaden palliatieve zorg, kwetsbare ouderen en oncologie • Regionale, transmurale afspraken over werkwijze, registratie, formulier, (digitale) uitwisseling tussen HA, Gelre, thuiszorg en eigenaarschap. • Regionaal gebruik van (de inhoud van) het formulier proactieve zorgplanning 	<p>Stuurgroep Jet Hoogland (Hoog), Marenne Terlingen (Gelre), Anneke Van den Burg (netwerk dementie/geriatrie) en Berdine Koekoek (Overall projectleider)</p> <p>Deelwerkgroep Vèrian Monique van Gortel-Overgoor (projectleider)</p> <p>Deelwerkgroep Gelre Alexandra Kors (Projectleider) en...</p> <p>Deelwerkgroep huisartsen Esther van den Beld-Lohuizen en Sita Faber?</p> <p>Deelwerkgroep onderzoek Tjard Schermer (projectleider) Yvonne Engels (RadboudUMC)</p> <p>Adviesgroep vanuit patiënten en naastenperspectief (ervaringsdesk): Arnoud Korteweg, Alzheimer Oost-Veluwe Willeke Wolf (palliatieve patiënt)</p>
2. Café Doodgewoon	Laagdrempelige voorlichtingsbijeenkomsten en ontmoetingsavonden voor iedereen die wil nadenken over het leven met een ongeneeslijke ziekte en de eigen sterfelijkheid.	<ul style="list-style-type: none"> • Jaarlijkse cyclus van evaluatie, planning onderwerpen en subsidieaanvraag bij de gemeente Apeldoorn. • Voorbereiding en invulling van de avonden; • Pr en communicatie; • Werkgroep op peil houden en faciliteren; 	<ul style="list-style-type: none"> • Jaarlijks 6 thema-avonden over palliatieve zorg, tweemaandelijks op de 4e dinsdag van de maand, waarvan 1 filmavond met nabespreking in Gigant. • Wijziging locatie in 2023 naar de Woonzorgcentrum de Loohof • Betrokken en goed geïnformeerde inwoners over; palliatieve zorg, proactieve zorgplanning, aanbod van zorg en welzijn, zingeving, het eigen levenseinde en rouw. • Bezoekers zijn tevens klankbordgroep voor nieuwe ontwikkelingen en om ervaringen met de zorg te horen. 	<p>Hetty van der Veen, Mirjam Verweij, Tadiusie Zwaneveld en Nico van Kempen (De Kap)</p> <p>Henny de Ronde, Paulien van der Horst en Wilma de Graaff (Hospice A'doorn)</p> <p>Ton Jacobs VZ: Berdine Koekoek</p>

3. Randvoorwaarden

Randvoorwaarden betreffen thema's die nodig zijn om bovenstaande twee thema's te faciliteren.

Thema	Doelstellingen	Acties	Resultaat	Samenstelling werkgroep
1. Kenniskring en bijscholing specialisten en generalisten, werkzaam in de palliatieve zorg	Dienstverlening is van een kwalitatief goed niveau en sluit aan op de wensen van de hulpvragers. Jaarlijkse scholingsagenda gebaseerd op wensen van de verpleegkundigen palliatieve zorg en de actuele ontwikkelingen Minimaal 2 x per jaar is er een regionale scholing	<ul style="list-style-type: none"> • (Bij)scholing PZV: 4 x per jaar als 'train de trainer' • Intervisie PZV (onderlinge groepen); • Bijscholing specialisten/consulenten palliatieve zorg (landelijke afspraken over maken met PZNL en/of consortiumPalZo en/of en/of Palliactief en/of O2PZ; • Weer opstarten van jaarlijkse casuïstiekbesprekingen PZV en VS, PA en aandachtsvelders PZ 1^e en 2^e lijn; • Ontmoeting collega's in eigen en uit andere organisaties en sectoren, met als doel uitwisseling, bijscholing door casuïstiekbespreking en uitwisseling van ervaringen • In 2022-2025 symposia over: <ul style="list-style-type: none"> ○ zorgtechnologie samen met TZA en ROC Aventus (15-03-2022:) ○ ACP ○ Formele en informele zorg voor mensen met kanker en hun naasten ○ Jaarlijks rondom de IDPZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionaal kennisnetwerk van specialisten in de palliatieve zorg • Specialisten en generalisten in de palliatieve zorg: <ul style="list-style-type: none"> ○ Leren elkaar beter kennen ○ Leren van elkaar door uitwisseling van casuïstiek en ervaringen ○ Hebben korte lijnen ○ Bezitten actuele kennis • Vernieuwing in werkwijzen en dienstenaanbod; • Samenwerking met lokale en/of regionale partners met oog voor ieders rol (b.v. verwijzers). • Lokale of regionale aansluiting bij nieuwe initiatieven (wijkscans, kernteams van huisartsen) 	Per onderdeel andere organisatoren, vraag gestuurd. (Zie acties) Netwerk palliatieve zorg: VZ: Berdine Koekoek (facilitator)
2.Redactie nieuwsbrief	Delen van landelijke en regionale informatie over palliatieve zorg	Actueel nieuws via website en nieuwsbrief Geen fysieke bijeenkomsten, alleen meedenken, meelesen en redigeren	4-8 x per jaar een nieuwsbrief naar 600 leden	Wilma te Water (Gelre), Joke Breugem (HRA), Corinne de Groot (vrijwilliger), Moniek Wessel (Gelre) en Berdine Koekoek (VZ)
3.Vorbereiden en vormgeven ledenberaad	3 x per jaar een ledenberaad met betrokken deelnemers	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatie: Data, ruimte, agenda, uitnodigingen, vorm etc.; • Inhoud: thema's, vorm, sprekers etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Februari: presentatie en besluitvorming jaarplannen & begrotingen netwerken, informele ontmoeting en informatie-uitwisseling; • Juni: presentatie voortgang lopende thema's/projecten. Zo nodig bijstelling • Oktober: Terugblik lopende projecten en kiezen thema's/projecten voor komend jaar(plan). 	Anneke van den Burg en Berdine Koekoek, als uitvoerders van het bestuur van beide netwerken
4.Landelijke vertegenwoordiging en governance van de netwerken palliatieve zorg.	De netwerken palliatieve zorg hebben een formele plek en stem binnen de coöperatie en de stichting PZNL .	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliseren van 66 netwerken palliatieve zorg, • Gesprekken met PZNL, VWS, Actiz, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Netwerken staan in de statuten van de stichting PZNL • Afspraken over landelijke vertegenwoordiging en belangenbehartiging regio's • Inspraak en communicatie regelen van 66 netw. 	Tijdelijke werkgroep: Bert Blaauw en Berdine Koekoek (Oost Veluwe), Jort Schuringa en Jacqueline Tijhaar (Groningen) en Karin Breuker (Gelderse Vallei)

Conceptbegroting netwerk palliatieve zorg 2023

Kostensoort	Omschrijving		
Baten			
	Subsidie VWS		€ 70.185
	Centrum voor Levensvragen; coördinatie en inzet Geestelijk verzorgers		€ 11.913
	VUMC O2PZ projecturen 2022		€ 1.000
	Bijdrage gemeente Apeldoorn Café Doodgewoon		€ 2.662
	Contributie leden (21x €650 en 5 x €300 per organisatie)		€ 15.150
	Entreegelden scholingen		€ 1.500
	Overige middelen		€ 0
Totaal baten			€ 102.410
Kosten			
	Personeel		
		Netwerkcoördinator 0,78 FTE	€ 68.432
		Projecturen divers	€ 2.000
		Secretariële ondersteuning	€ 5.548
	Kantoorkosten		
		Reiskosten	€ 900
		Telefoonkosten	€ 500
	PR en communicatie		
		Website, themaboekjes, folders, Pal voor u	€ 3.800
	Deskundigheidsbevordering		
		Scholing (IDPZ), congressen/lidmaatschappen	€ 4.000
		Bijeenkomsten VPZ, train de trainer	€ 2.500
	Centrum voor Levensvragen		
		Coördinatie, kantoorkosten, intervisie en PR	€ 11.913
	Café Doodgewoon		
		6 avonden	€ 2.662
	Overig / Onvoorzien		€ 155
Totaal kosten			€ 102.410

De ambitie van het NPPZ II:

Palliatieve zorg voor iedereen overal en altijd beschikbaar.



Met deze activiteiten gaat het NPPZ II dat bereiken:

<p> Maatschappelijke bewustwording</p> <p>Het NPPZ II streeft naar een maatschappij waarin palliatieve zorg bespreekbaar is, door (o.a.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • vervolg op eerdere publiekscampagnes, vanaf 2023 • overpalliatievezorg.nl • palliaweb.nl • verbinden van samenwerkingspartners en stakeholders • ondersteunen van diversiteit van initiatieven, landelijk en regionaal 	<p> Versterken samenwerking</p> <p>Het NPPZ II wil de samenwerking in de palliatieve zorg versterken door het inrichten en realiseren van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • passende netwerk governance • passende financiering (die bijdraagt aan proactieve transmurale palliatieve zorg vanuit de drie betrokken wetten ZvW, Wlz en WMO) 	<p> Digitale gegevensuitwisseling</p> <p>Het NPPZ II werkt toe naar de lange termijn doelstelling: persoonsgerichte ondersteuning en zorg voor patiënt en naasten, doordat zorgverleners in het zorgnetwerk actuele informatie over de behandelwensen en -grenzen kunnen inzien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • het NPPZ II richt zich hierbij o.a. op het ontwikkelen en implementeren van informatiestandaarden zodat registratie eenduidig wordt
<p> Vroegtijdige zorgplanning</p> <p>Het NPPZ II streeft naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • samenwerking in de palliatieve zorg op zowel bestuurlijk als zorgverlenersniveau • het inbedden van interventies beschreven in interdisciplinaire richtlijnen in het zorgaanbod • vanzelfsprekende samenwerking tussen Netwerken Palliatieve Zorg en ziekte specifieke netwerken • vroegtijdige aandacht voor palliatieve zorg als zichtbaar onderdeel van aandoening specifieke netwerken 	<p> Projecten consortia</p> <p>De regio's gaan goede proactieve zorg en ondersteuning implementeren, waarbij het perspectief vanuit de patiënt leidend is en patiëntparticipatie een voorwaarde.</p> <p>Het NPPZ II levert ondersteuning aan de realisatie van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de borging van reeds geduide kansrijke projecten die bewezen effectief zijn en voor opschaling in aanmerking komen • de opschaling van kansrijke projecten en methoden middels een stappenplan • het doorontwikkelen van projecten die net gestart zijn en later als kansrijk kunnen worden ingeschat 	<p> Meten en monitoren</p> <p>Het NPPZ II volgt en maakt inzichtelijk wat de impact van haar activiteiten is:</p> <ul style="list-style-type: none"> • op patiënt en naasten • op samenwerkingsprocessen • op organisatiestructuur <p>Opgedane inzichten (landelijk en regionaal) worden besproken tijdens de werkconferenties en gedeeld op het NPPZ II Leerwerkplatform.</p>

De inhoud van het programmaplan is tot stand gekomen in samenwerking met onze partners.

