

De Netwerken Palliatieve Zorg Noordwest-Utrecht en Utrecht-Zuid vormen een samenwerkingsverband van zorgaanbieders en hulpverleners die betrokken zijn bij de palliatieve zorg in de regio. Het werkgebied omvat de volgende gemeenten: Woerden, Oudewater, Ronde Venen, Stichtse Vecht, Montfoort, de wijk Vleuten-De Meern (gemeente Utrecht), Houten, Lopik, Nieuwegein, Vianen (gemeente Vijfheerenlanden) en IJsselstein.

Deze samenwerkingsovereenkomst heeft als doel de palliatieve zorg binnen de regio te optimaliseren. De ondertekenaars spannen zich actief in om binnen het netwerk gezamenlijk de in deze overeenkomst omschreven ambitie te realiseren. Zij komen overeen om de samenwerking vorm te geven op basis van de hieronder genoemde uitgangspunten en voorwaarden.

1. AMBITIE

De netwerken palliatieve zorg ontwikkelen, realiseren en verbeteren samenhangende en proactieve, transmurale palliatieve zorg in Noordwest-Utrecht en Utrecht-Zuid. Palliatieve zorg is bij uitstek netwerkzorg: er zijn meestal meerdere disciplines, zorgverleners en organisaties bij betrokken. Het is van belang dat die netwerkzorg in de regio's naadloos op elkaar en op (het netwerk van) de cliënt aansluit. Dat betekent dat netwerkpartners naast de ambitie van de eigen organisatie openstaan voor en werken aan de ambitie van de netwerken. Het netwerk richt zich op zowel het samenwerken aan inhoudelijke thema's als op het versterken van onderlinge relaties en ontmoeting.



Als leidraad wordt het Kwaliteitskader palliatieve zorg (2017) gehanteerd. Dit kader is onderdeel van de visie die bovenregionaal in 2024 is opgesteld en vastgesteld: **Visie transmurale palliatieve zorg: van een kwestie van geluk naar een kwestie van vertrouwen.**

'Patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid krijgen passende zorg en ondersteuning en weten de weg daarheen te vinden.'

- Passende zorg komt tot stand door de wensen, waarden en behoeften van de patiënt en naasten te kennen, en te toetsen aan wat haalbaar is. Het is duidelijk wat mensen in hun eigen omgeving kunnen opvangen en waar professionele en/of vrijwillige hulp nodig is.
- De zorg en ondersteuning wordt in samenhang en onder gezamenlijke verantwoordelijkheid geboden: zorgverleners en ondersteuners binnen het netwerk informeren elkaar zorgvuldig, spreken dezelfde taal, hebben vertrouwen in elkaar, en weten wanneer het goed is de ander in te zetten.
- Daarbij is het constant helder voor alle betrokkenen wie de regie heeft in het zorgproces en wie het vaste aanspreekpunt is voor patiënt en naasten.
- Benodigde zorg en ondersteuning zijn 24/7 beschikbaar voor patiënten en naasten.
- We volgen het Kwaliteitskader palliatieve zorg.



2. DOELEN EN PLANNEN

Om de ambities te realiseren, zijn op consortiumniveau (SEPTET) doelen geformuleerd in het meerjarenplan SEPTET 2024-2026 'Een kwestie van vertrouwen!'. Zie bijlage 1. Het IZA-transformatieplan palliatieve zorg van de regio Utrecht is gebaseerd op o.a. dit meerjarenplan. Voor de netwerken palliatieve zorg Noordwest Utrecht en Utrecht-Zuid vormt dit meerjarenplan de basis voor het jaarplan van beide netwerken. In dit jaarplan worden ook regionale activiteiten en doelstellingen opgenomen, die weliswaar aansluiten bij de doelstellingen van SEPTET, maar specifiek gericht zijn op de unieke behoeften en kenmerken van de eerdergenoemde netwerken. Het jaarplan wordt vastgesteld in de stuurgroep.

De uitvoering vindt plaats in de netwerken. De stuurgroep bewaakt de voortgang en stelt indien nodig bij.

3. DEELNAME

De Netwerken Palliatieve Zorg Noordwest-Utrecht en Utrecht-Zuid bestaan uit organisaties, zorgverleners en vrijwilligersorganisaties die gespecialiseerd zijn in palliatieve (terminale) zorg of hierin een belangrijke rol spelen binnen de zorgketen. De Netwerken Palliatieve Zorg Noordwest-Utrecht en Utrecht-Zuid hebben een open karakter. Nieuwe leden zijn welkom als zij instemmen met en voldoen aan de actuele criteria voor lidmaatschap.

Voorwaarden voor deelname

Voorwaarden voor toetreding van organisaties zijn door de stuurgroep vastgesteld. De stuurgroep beoordeelt samen met de netwerkcoördinatoren een nieuwe toetredingsaanvraag. Naast inzage in relevante documenten wordt er tijdens een gesprek getoetst of aan de voorwaarden voldaan wordt.

Voorwaarden voor lidmaatschap zijn:

1. Een visie en beleid op palliatieve zorg. Dit is zichtbaar in een visiedocument en/of beleidsplan met daaraan gekoppelde activiteiten. Onderdeel hiervan is een scholingsplan. Het visie- en beleidsdocument is opgesteld met het Kwaliteitskader palliatieve zorg als uitgangspunt.
2. Leden van het netwerk kunnen aantonen dat zij afspraken of vormen van samenwerking hebben met andere partners in de regio die ondersteunen bij het realiseren van de ambitie van het netwerk, zoals omschreven in deze samenwerkingsovereenkomst.
3. Voor hospices geldt dat zij aangesloten dienen te zijn bij de Associatie Hospicezorg Nederland (AHZN) en/of bij de Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ).
4. Een actieve bijdrage aan het netwerk
 - Leden van het netwerk zijn tot actieve deelname bereid. De organisatie levert een constructieve bijdrage aan het netwerk op basis van het principe: *halen, brengen en samen zoeken naar verbetering*. Dit betekent onder meer:
 - Kennis en goede praktijken delen met andere netwerkliden
 - Bereid zijn om samen te leren en processen te verbeteren
 - Initiatieven vanuit het netwerk steunen en/of mede ontwikkelen waar relevant
 - Een lid van het bestuur of management van de lidorganisatie vertegenwoordigt de organisatie binnen het netwerk. Deze persoon neemt namens de organisatie deel aan relevante overleggen (zoals stuurgroepvergaderingen) en draagt de



Voorwaarden voor lidmaatschap zijn:

- gezamenlijke netwerkdoelen actief uit binnen de eigen organisatie.
- De vertegenwoordiger in de stuurgroep is de contactpersoon voor de netwerk coördinatoren
- Indien een lidorganisatie niet is vertegenwoordigd in de stuurgroep, dan wordt er minimaal één persoon in de organisatie aangewezen als contactpersoon voor de netwerkcoördinatoren. Deze persoon onderhoudt actief contact en zorgt voor een goede interne doorgeleiding van informatie en afstemming
- Elke lidorganisatie stelt, indien van toepassing, één of meerdere medewerkers beschikbaar voor deelname aan ten minste één werkgroep of projectgroep. Deelname vindt plaats zonder vacatievergoeding, tenzij hierover vooraf andere afspraken zijn gemaakt.
- Netwerkliden stellen medewerkers in de gelegenheid om netwerkscholing en bijeenkomsten bij te wonen.

De bestuurder (of vertegenwoordiger op managementniveau) van de organisatie ondertekent deze samenwerkingsovereenkomst. Toetreding vindt in eerste instantie plaats voor de duur van een jaar. Na dit jaar zal het dagelijks bestuur (DB) de organisatie wederom op bovengenoemde punten toetsen. Indien aan de voorwaarden wordt voldaan, kan de organisatie permanent lid worden.

4. STRUCTUUR

Doel van het netwerk

Doel van het netwerk is het realiseren van samenhangende palliatieve zorg in de regio.

Het netwerk dient vooral voor het creëren van de randvoorwaarden voor goede, afgestemde zorg en ondersteuning om de ambitie van het netwerk te realiseren. Dit komt uiteindelijk ten goede aan de individuele patiënt en zijn/haar naaste. Dat moet steeds het perspectief zijn.

Regionale huisartsen organisaties, het regionale ziekenhuis, wijkverpleging, verpleeghuizen, hospices, en VPTZ zijn partners in de netwerken. Vertegenwoordigers van patiënten en naasten worden betrokken voor advies, en denken kritisch mee om het patiënten- en naastenperspectief goed in te bedden in de ontwikkelingen die er spelen in het netwerk die invloed hebben op de directe zorgverlening. Daarvoor participeert op bovenregionaal niveau (Septet) de PatiëntenNaastenraad.

Sturend principe is halen & brengen: netwerkliden worden gefaciliteerd om samen te werken en palliatieve zorg te verbeteren én leveren input om de netwerkzorg in de regio te versterken.

Positie en financiën

De twee netwerken ontvangen subsidie van het Ministerie van VWS voor coördinatie en activiteiten die in het jaarplan van het netwerk zijn omschreven.

Eén van de netwerkpartners vervult de rol van penvoerder, kassier en werkgever van de twee (parttime) netwerkcoördinatoren. In de netwerken Noordwest Utrecht en Utrecht-Zuid vervult ZorgSpectrum deze rol; de netwerkcoördinatoren hebben daar een email- en postadres en zij worden anderszins gefaciliteerd. De netwerkcoördinatoren hebben echter een onafhankelijke positie en leggen verantwoording af aan de stuurgroep. Kerntaken zijn verbinden, coördineren, informeren, signaleren en faciliteren.

Bovenregionale en landelijke samenwerking

Het netwerk maakt deel uit van Septet, het consortium palliatieve zorg Midden-Nederland. Daarin werken zeven netwerken palliatieve zorg, de PatiëntenNaastenraad, de landelijke ondersteuningsorganisatie PZNL, het Expertisecentrum Palliatieve Zorg van het UMC Utrecht en het onderwijsknooppunt samen. Het netwerk kan gebruik maken van landelijke ondersteuning en van ontwikkelde richtlijnen, handreikingen e.d. De netwerkcoördinatoren en indien van toepassing leden van de stuurgroep nemen deel aan bovenregionale en/of landelijke leer- en afstemmingsbijeenkomsten.

De netwerken palliatieve zorg Noordwest-Utrecht en Utrecht-Zuid zijn aangesloten bij de landelijke Vereniging van Netwerken Palliatieve Zorg (VNPZ), die zich inzet voor de belangenbehartiging en ontwikkeling van deze netwerken. Zowel de netwerkcoördinatoren als een vertegenwoordiger van het DB zijn hierbij betrokken.

5. ORGANISATIESTRUCTUUR

BESTUUR – strategisch en tactisch niveau

Het bestuur wordt gevormd door zowel de stuurgroep als het dagelijks bestuur.

1. Stuurgroep

De twee netwerken worden bestuurlijk vertegenwoordigd door één gezamenlijke stuurgroep. Die vormt de kern van de netwerken en bestaat uit bestuurders of managers vanuit de verschillende sectoren in beide regio's. Per regio is van iedere sector minimaal een organisatie vertegenwoordigd in de stuurgroep.

Besluitvorming tot deelname aan de stuurgroep wordt in overleg met de netwerkcoördinatoren en het DB gedaan op basis van relevantie en de achterliggende motivatie.

De stuurgroep bestaat uit vertegenwoordigers van verschillende sectoren en is daarmee representatief voor de netwerken. Hierdoor heeft zij voldoende besluitvormingskracht om visie, strategie en beleid vast te stellen. Elke netwerkpartner kan een kandidaat voordragen voor de stuurgroep, met het mandaat om hieraan bij te dragen.

De stuurgroep komt 4 tot 5 keer per jaar fysiek of digitaal bijeen om zowel inhoudelijke zaken als ontwikkelingen in de regio, het consortium en landelijk te bespreken. De doelstellingen van de agendapunten kunnen zijn: informierend, opiniërend, besluitvormend. Mocht een stuurgroeplid verhinderd zijn, dan zorgt hij/zij voor vervanging vanuit de eigen organisatie. Wanneer dit niet haalbaar is, stemt diegene de input op de agenda af met een ander stuurgroeplid werkzaam binnen dezelfde sector.

2. Dagelijks bestuur (DB)

Iedere sector (VVT, ziekenhuis, Hospices, RHO (vacature)) vaardigt een vertegenwoordiger af naar het DB. De voorzitter van de stuurgroep is een afgevaardigde vanuit het DB.

Het DB heeft de volgende taken:

- De agenda voor de stuurgroep voor te bereiden samen met de netwerkcoördinatoren.
- Is een klankbordgroep voor de netwerkcoördinatoren in een situatie die om een snelle (re)actie vraagt.
- Adviseert de netwerkcoördinatoren gevraagd en ongevraagd.

Het DB is vanuit de stuurgroep gemachtigd om namens hen naar buiten te treden voor bijv. gezamenlijk strategisch overleg met andere netwerken of landelijk overleg. De DB-leden kunnen elkaar vervangen bij afwezigheid. Het DB legt verantwoording af aan de Stuurgroep.

OVERIGE NETWERKLEDEN

(geen zitting in de stuurgroep)

Netwerkleden die geen zitting hebben in de stuurgroep zijn wel actief betrokken bij de ontwikkelingen binnen de netwerken in de regio. Zij worden op de hoogte gehouden en, waar relevant, actief benaderd met betrekking tot vraagstukken, projecten en overige ontwikkelingen waarbij hun inbreng wenselijk is. Omgekeerd dragen deze leden actief bij aan de informatievoorziening binnen het netwerk. Zij informeren de netwerkcoördinatoren over vraagstukken, signalen of relevante ontwikkelingen binnen hun eigen organisatie of in de samenwerking met andere netwerkpartners.

WERK- EN PROJECTGROEPEN

operationeel niveau

Activiteiten en projecten vinden plaats in gelegenheidscoalities: werkgroepen of projectgroepen. In een jaarplan worden de activiteiten beschreven. In een werk- of projectgroep wordt aan een concrete opdracht gewerkt. Sommige werkgroepen bestaan permanent (zoals de werkgroep deskundigheidsbevordering), maar de samenstelling kan wisselen. Elke netwerkpartner kan gevraagd worden om één of meer medewerkers naar een werk- of projectgroep af te vaardigen.

Facilitering van werk- of projectgroepen gebeurt door de netwerkcoördinator of eventueel een (externe) projectleider.

WERKORGANISATIE

1. Netwerkcoördinatie

Het netwerk wordt ondersteund door twee onafhankelijke (parttime werkende) coördinatoren die de regie voeren over het netwerk, de belangen van alle partijen laten meewegen en communicatie tussen betrokken partijen faciliteren. De netwerkcoördinatoren leggen verantwoording af aan de stuurgroep en het DB. Hun taken en verantwoordelijkheden:

- Leggen verbinding tussen organisaties, personen, thema's en projecten
- Leggen nieuwe contacten en onderhouden bestaande contacten binnen de regio's en waar nodig ook buiten de regio op bovenregionaal en/of landelijk niveau
- Signaleren kansen en knelpunten en beleggen deze op de juiste plek
- Informeren en adviseren lidorganisaties bij inbedden van palliatieve zorg in de eigen organisatie en transmuraal
- Informeren en adviseren burgers en zorg- en hulpverleners over mogelijkheden op het gebied van palliatieve zorg in de regio
- Faciliteren ontmoeting en scholing
- Zetten eventuele projectondersteuning in, passend binnen de begroting
- Zitten eventueel project- en themagroepen voor
- Initiëren projecten in overleg met de stuurgroep
- Stellen jaarplan en jaarverslag op
- Bewaken de voortgang van het jaarplan en de ambitie van het netwerk
- Stellen de begroting op, vragen de VWS-subsidie(s) aan, beheren het budget in samenwerking met de penvoerder en leggen daarover (financiële) verantwoording af
- De netwerkcoördinatoren controleren de ingediende rekeningen en bewaken met de

penvoerder de gemaakte afspraken rondom betalingen

- Zoeken eventueel naar mogelijkheden voor incidentele financiële ondersteuning (fondsen, ZonMw, etc.)

2. Penvoerder – kassier en werkgever

Het netwerk wordt ondersteund door een penvoerder, één van de betrokken partijen in het netwerk. Taken en verantwoordelijkheden:

- Heeft de netwerkcoördinatoren in dienst en faciliteert hen
- Kassier van de gelden voor het netwerk
- Controle en bewaken van de financiële administratie en draagt zorg voor de betalingen
- Zorgt ervoor dat de financiële administratie en het financiële jaarverslag voldoen aan wet- en regelgeving
- Ondersteunt bij het financiële onderdeel in de subsidieaanvraag en -verantwoording
- De penvoerder ontvangt als compensatie een afgesproken percentage van de subsidiegelden



6. NETWERKLEDEN 2025

Organisaties die ten tijde van ondertekening in de stuurgroep vertegenwoordigd zijn:

Ziekenhuis

- St. Antonius ziekenhuis

Hospices

- Stichting De Mantelmeeuw (Hospice en inzet thuis)
- Johannes Hospitium De Ronde Venen
- Johannes Hospitium Vleuten
- Proxima Terminale Zorg (Hospice en inzet thuis)
- Hospice Kromme Rijnstreek
- Hospice IJsselstein (AxionContinu)

VVT

- Pluszorg
- Careyn
- ZorgSpectrum
- AxionContinu
- Santé Partners
- Rivas Zorggroep

Regionale Huisartsen organisatie

- RegiozorgNU
- UNICUM Huisartsenzorg: vacature

Overige leden van het netwerk waarbij het continueren van het lidmaatschap op basis van deze overeenkomst besproken wordt met de netwerkcoördinatoren:

Hospices

- Stichting Hospice Oudewater
- Hospice Vijfheerenlanden

VPTZ

- Stichting Vrijwilligers Thuis Sterven Vecht en Venen

VVT

- De Wulverhorst
- De Rijnhoven
- ExpertCare
- Thuiszorg Jasmijn (wijkverpleging binnen het hospice)
- Woonzorgcentrum De Merenhoef (Leger des Heils)
- Maria Dommer
- Woonzorgcentrum Gaza (Zorggroep Sint Maarten)
- Zorggroep De Vechtstreek
- Vecht en IJssel (IJsselstein)



WERKING VAN DE OVEREENKOMST

1. Deze overeenkomst wordt aangegaan voor 1 jaar i.v.m. ontwikkelingen zoals de uitkomsten vanuit de netwerkevaluatie eind 2025 en het Iza- Transformatie plan Palliatieve Zorg. De overeenkomst treedt in werking per 1 september 2025. Na dit jaar wordt de overeenkomst geëvalueerd. Indien geen aanpassingen nodig zijn, blijft de overeenkomst van kracht en wordt deze voor een langere periode voortgezet.
2. Eind 2025 zijn de resultaten bekend vanuit de netwerkevaluatie waarin de samenwerking en effectiviteit van het netwerk zichtbaar wordt. Deze netwerk evaluatie vindt periodiek plaats, bij voorkeur eens in de twee jaar. Indien er eerder aanleiding is voor evaluatie, kan in overleg met het DB een alternatieve evaluatievorm worden ingezet.
3. Als (tussentijdse) aanpassingen nodig zijn, doet het DB voorstellen aan alle bij deze overeenkomst betrokken partijen om in goed overleg te komen tot de benodigde aanpassingen.
4. Als niet wordt voldaan aan de voorwaarden en uitgangspunten voor lidmaatschap van het netwerk, zal hierover een gesprek worden gehouden met de netwerkcoördinator en een afgevaardigde van de stuurgroep. Indien dit niet leidt tot bijstelling in de gewenste richting, kan het lidmaatschap worden beëindigd.
5. Het staat partijen vrij het lidmaatschap van het netwerk op eigen initiatief te beëindigen. Dit kan in overleg met een toelichting op de reden (en).
6. Geschillen over de uitvoering van de samenwerkingsovereenkomst worden opgepakt door het DB, indien nodig besluit het DB dit aan de stuurgroep voor te leggen.

Organisatie	_____
Naam	_____
Functie	_____
Datum	_____
Handtekening	_____

VOOR AKKOORD



Meerjarenplan Septet 2024-2026

Meerjarenplan Septet 2024 - 2026 Een kwestie van vertrouwen!

1. Inleiding

Verkenning patiënten en naasten 2023: een kwestie van geluk

In een verkenning onder 25 patiënten en naasten in twee van de zeven regio's van Septet¹ zijn in 2023 een aantal knelpunten gesignaleerd. In de andere regio's worden die herkend. Onder andere deskundigheid en consultatie, continuïteit en coördinatie, toegang tot palliatieve zorg en informatie daarover worden nog gemist. En ook: gezien worden en hulp bij het vinden van alles wat er wel is. De knelpunten zijn niet nieuw. Passende palliatieve zorg krijgen op het moment dat je dat nodig hebt, blijkt nog te vaak 'een kwestie van geluk' te zijn. De PatiëntenNaastenraad (PNraad) van Septet heeft de uitkomsten van de verkenning omarmd en de conclusies ervan tot speerpunten gemaakt.

"Ik ben redelijk mondig, maar ik kreeg het niet geregeld. Je voelt je zo alleen, zo machteloos als je niet goed voor je partner kunt zorgen, als de zorg onbereikbaar is na kantooruren. Ik zeg niet dat de palliatieve zorg niet functioneert, maar dat het een kwestie van geluk is of je bewaame en proactieve zorgverleners treft."

Uit: [Een kwestie van geluk](#) (2023)

Van geluk naar vertrouwen

Dit meerjarenplan is tot stand gekomen in samenspraak met vertegenwoordigers van de zeven netwerken, Expertisecentrum Palliatieve zorg Utrecht, Academische werkplaats palliatieve zorg, het onderwijsknooppunt, Patiënten en Naastenraad en regioadviseur van PZNL. Gezamenlijk gaan we met dit meerjarenplan op weg van 'een kwestie van geluk' naar 'een kwestie van vertrouwen' door verdere implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg.

"Er kwam een oncologieverpleegkundige van de thuiszorg langs in het ziekenhuis, we maakten kennis, hij ging de zuurstof en de morfine regelen voor me. Zo fijn! Ik merkte dat hij de verpleegkundigen in het ziekenhuis goed kende, dat ze veel samenwerken. Ik voelde me veilig en gedragen, had niet meer het gevoel dat ik overal op moest letten. Pas als dat vertrouwen er is kan je loslaten, je overgeven aan wat er op je pad komt."

Uit: [Een kwestie van geluk](#) (2023)

2. Septet visie

Dit doen we vanuit onze gezamenlijke visie op transmurale samenwerking palliatieve zorg die op 29 februari 2024 akkoord bevonden is in een overleg met vertegenwoordigers van alle stuurgroepen van alle 7 netwerken palliatieve zorg. De visie is zorgvuldig opgesteld op basis van inbreng vanuit verschillende overleggen binnen Septet, met de [patiëntenverkenning](#) als uitgangspunt.

"Patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid krijgen passende zorg en ondersteuning, en weten de weg daarheen te vinden." Passende zorg komt tot stand door het kennen van de wensen, waarden en behoeften van de patiënt

¹ [Een kwestie van geluk](#) (2023)

en naasten. Het is duidelijk wat mensen in hun eigen omgeving kunnen opvangen en waar professionele of vrijwillige hulp nodig is. De zorg en ondersteuning wordt in samenhang en onder gezamenlijke verantwoordelijkheid geboden. Zorgverleners en ondersteuners binnen het netwerk informeren elkaar zorgvuldig, spreken dezelfde taal, hebben vertrouwen in elkaar, en weten wanneer de ander in te zetten. Daarbij is het constant helder voor alle betrokkenen wie de regie heeft en wie fungeert als vast aanspreekpunt voor patiënt en naasten. Benodigde zorg en ondersteuning zijn 24/7 beschikbaar voor patiënten en naasten. We volgen het Kwaliteitskader palliatieve zorg. We streven ernaar dat deze visie in 2028 werkelijkheid is in de Septet-regio en handelen hier naar.

3. Ambities en werkwijze programma *Een kwestie van vertrouwen*

Onze ambities zijn geworteld in de patiëntenverkenning en congruent met de doelen van NPPZ II en het Integraal Zorgakkoord (IZA). In alle ambities wordt geanticipeerd op de toekomst zoals kort beschreven onder paragraaf 5).

Ambities

1. *Integratie van palliatieve zorg en ondersteuning in de reguliere zorg*
Zorg en ondersteuning voor mensen in de palliatieve fase en hun naasten is geïntegreerd in de reguliere zorg.
2. *Transmurale samenwerking, regievoering en bewegwijzering in zorg en ondersteuning*
Verbeteringen in (transmurale) samenwerking rondom patiënten in de palliatieve fase en hun naasten zijn verankerd in de organisatie en uitvoering van de zorg.
3. *Verbinding van de zorg en de sociale omgeving*
Partijen in de zorg zijn verbonden met sociale en maatschappelijke partijen. Nadenken en praten over verlies, rouw en sterven is gebruikelijk in de zorg, thuis en in de buurt.

Werkwijze

Aan de hand van deze drie ambities richten we een samenhangend regioprogramma in. In het regioprogramma worden reeds geslaagde of minimaal breed gedragen (al dan niet wetenschappelijke) projecten die kansrijk en opschaalbaar zijn in de Septet-regio's in lokale en (boven)regionale (bestuurlijke) structuren geïmplementeerd en verankerd. Bij de uitvoering sluiten we nauw aan bij relevante ontwikkelingen (zoals de IZA-transformatieplannen). In paragraaf 6 staat het regioprogramma verder uitgewerkt in concrete projecten.

4. Septet: consortium palliatieve zorg Midden-Nederland

Septet is een netwerkorganisatie waarin sinds 2015 zorgpraktijk, onderzoek en onderwijs samenkomen op basis van de wensen, waarden en behoeften van patiënten. We doen dat door kennis en ervaringen gezamenlijk te verdiepen, verspreiden en delen.

De regio Septet heeft ca 1.643.000 inwoners. Volgens de [Kerncijfers palliatieve zorg](#) op Palliaweb (2022) hebben daarvan jaarlijks ca 8.800 mensen behoefte aan palliatieve zorg.



Samenwerkingspartners en organisatie Septet

- Zeven netwerken palliatieve zorg,
- Expertisecentrum Palliatieve Zorg Utrecht (EPZU) en Academische Werkplaats Palliatieve Zorg in de eerste lijn (AWPZ)
- Onderwijsknooppunt
- PNraad
- PZNL

De zeven netwerken vertegenwoordigen de provincie Utrecht, Noordwest-Veluwe en Rivierengebied, en vallen onder drie zorgkantoorregio's: Zwolle, Utrecht en Nijmegen.

Vertegenwoordigers van deze partijen vormen de kerngroep van Septet: zij signaleren en inventariseren common practice, best practices, knelpunten, ideeën en relevante ontwikkelingen. Die worden onderling besproken, waarna al dan niet tot actie wordt besloten. Hierbij wordt gewerkt met PiP's (Primus inter Pares): elk lid van de kerngroep is trekker van één of meer werkhema's. Er wordt op dit moment gewerkt aan het vormen van een bovenregionaal bestuurlijk overleg voor het vaststellen van een visie op transmurale palliatieve zorg en consultatie. Mogelijk kan dit overleg uitgroeien tot een blijvende bestuurdersraad van Septet.

5. Relevante actuele ontwikkelingen

Septet sluit bij het opstellen van dit meerjarenplan aan op actuele ontwikkelingen en betreft landelijke en regionale project- en onderzoeksresultaten.

Onder meer in de rapporten [Trendanalyse palliatieve zorg \(2020\)](#) en [De olifant de kamer uit \(2023\)](#) zijn ontwikkelingen beschreven die gevolgen hebben voor de herinrichting van de gezondheidszorg en de integratie van palliatieve zorg in de reguliere zorg. Zo zal door dubbele vergrijzing het aantal patiënten met palliatieve zorgbehoeften toenemen, waardoor het aantal beschikbare zorgverleners relatief afneemt. Ook wordt de druk op de zorg verhoogd door krapte op de arbeidsmarkt en toename in kosten. Vanuit het idee dat thuis meestal de gewenste plaats van zorg is, wordt de zorgbehoefte en complexiteit van zorg daar groter. Zo wordt er steeds meer verwacht van naasten, vrijwilligers en andere partners uit het sociale domein in de ondersteuning van patiënten en naasten. Tenslotte wordt aan proactieve zorg, preventie en palliatieve zorg een grote rol toegedicht in het realiseren van passende zorg en mogelijk ook van kostenreductie door het voorkomen van invasieve behandelingen en ziekenhuisopname in de laatste levensfase.

Integraal Zorgakkoord

Proactieve zorg in de palliatieve zorg is expliciet opgenomen in het IZA-regioplan voor Utrecht. Onderlegger is de Richtlijn Proactieve Zorgplanning. Het consortium kan zorginstellingen in de netwerkregio's ondersteunen bij het implementeren van het regioplan en is betrokken bij het transformatieplan palliatieve zorg in de regio Utrecht. We streven nadrukkelijk verbinding na met de IZA-transformatie. Inmiddels is een 'snelle toets' uitgevoerd in de regio (zie ook bijlage 2). Het team Transformatie van PZNL begeleidt op dit moment de Utrechtse regio's die vallen onder zorgkantoorregio Utrecht. Met de activiteiten in dit meerjarenplan willen we ook de regio's Noordwest-Veluwe (vallend onder zorgkantoor Zwolle) en Rivierengebied (vallend onder zorgkantoor Nijmegen) verder brengen in de transformatie en implementatie van het [Kwaliteitskader palliatieve zorg](#).

Onderwijsknooppunt

Goede palliatieve zorgverlening start bij goed onderwijs over palliatieve zorg aan alle zorgverleners. Het programma Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg (O²PZ) heeft sinds 2019 veel bereikt. Er zijn o.a. in alle regio's in het land onderwijsknooppunten ingericht met relevante partners. Omdat O²PZ als project stopt, is verdere borging van de resultaten een taak voor de consortia palliatieve zorg. Het Onderwijsknooppunt Septet wordt inclusief werkgroep en ambassadeurs bovenregionaal voortgezet en geborgd.

6. Uitwerking regioprogramma *Een kwestie van vertrouwen* - NPPZ II 2024-2026

In het regionale programma gaan we op weg naar vertrouwen door bekende verbetertrajecten en bestaande kansrijke en opschaalbare plannen en ideeën in onderlinge samenhang te implementeren en te verankeren in de netwerkregio's. Hierbij willen we van elkaar leren door projecten te starten, best

practices te delen en die te implementeren in verschillende regio's van Septet. Ook via het Leerwerkplatform van PZNL willen we uitwisselen en leren van ervaringen uit andere regio's. Uit een inventarisatie blijkt dat in alle netwerken thema's zijn waar energie op zit: die willen we aanboren, verder brengen en verspreiden.

Het betreft voor een deel activiteiten die al helder zijn (m.n. voor 2024), en deels nog nader geconcretiseerd moeten worden (m.n. voor 2025 en 2026). Het concretiseren en de selectie van activiteiten maakt deel uit van dit meerjarenplan. Daarbij spelen we flexibel in op actuele ontwikkelingen en betrekken we uitkomsten van reeds uitgevoerde landelijke en regionale projecten. Naast de projecten vraagt de borging van het Onderwijsknooppunt en Patiëntenparticipatie aandacht.

	Markering	PZP	Transmurale coördinatie en continuïteit	Ondersteuning complexe casuïstiek
Afspraken bestuurlijk & operationeel	Implementatie richtlijn PZP			
	(Vervolg op) Transitie consultatie A012 en A050			
	Versterken hospicezorg			
	Verbetering transmurale samenwerking A027			
	Transmuraal zorgpad palliatieve zorg (gekoppeld aan RTA en ACP gesprekken onderdeel maken van zorgpad			
	Transmurale 1,5 lijns palliatieve zorgcoach			
	Verbinding met sociaal domein			
	PalliCare			
Bewustwording Burger & zorgprofs	Zelfevaluaties			
	Weet u wat u wilt			
	Taakgroep PaTz			
deskundigheids- bevordering	Borging onderwijsknooppunt			
	traject inzicht onderwijs en bij- en nascholing met consultatieteam, Oknp, NPZ, EPZU			
Digitale ondersteuning	Ontwikkelen RTA PZ met TRIJN			
Passende financiering	Vervolg op Transitie consultatie A012 (Staat ook bij Afspraken maken)			
Spiegel & sturingsinfo	Meten & Monitoring			

Concrete projecten

In het kader van dit meerjarenplan is er commitment van alle netwerken om meerdere concrete projecten in onderlinge samenhang uit te voeren. In onderstaand overzicht staan deze projecten kort weergegeven. Elk project heeft een plan van aanpak, of krijgt dat zodra het project wordt gestart.

Afwegingskader

Mochten er in de toekomst nieuwe initiatieven zich voordoen, dan bepalen we aan de hand van een afwegingskader of we deze daadwerkelijk starten. We gaan in de netwerkregio's aan de slag met projecten in afstemming met de strategische agenda van het Transformatieplan Palliatieve Zorg Midden-Nederland (zie bijlage 2). Hieronder staan de inhoudelijke afwegingscriteria.

1. **Algemene voorwaarden:** er zit energie en draagvlak op in de regio, er doen minimaal drie partijen uit de netwerkregio mee, er is afstemming met de IZA-plannen en de projecten zijn helder, haalbaar en schaalbaar.
2. **Transformatie palliatieve zorg** aandachtspunten: in het project wordt gewerkt aan een van de 4 kernthema's van het proces van de patiënt (markeren, proactieve zorgplanning, continuïteit & coördinatie en ondersteuning bij complexe casuïstiek) en 6 actielijnen (afspraken op alle niveaus, maatschappelijke bewustwording, deskundigheidsbevordering, digitale ondersteuning, passende financiering, spiegel- en sturingsinformatie). De ambities van het NPPZ II zijn hier volledig in geïntegreerd.
7. **Ambities:** elk project valt onder één daarvan: Integratie van palliatieve zorg en ondersteuning in de reguliere zorg, Transmurale samenwerking, regievoering en bewegwijzering in zorg en ondersteuning en Verbinding van de zorg en de sociale omgeving.
3. Tenslotte vormen de acht **speerpunten van de PNraad** (zie bijlage 1) een inhoudelijk afwegingskader vanuit patiëntenperspectief: aan welke van de aanbevelingen levert het project een bijdrage?

BIJLAGE 1

Speerpunten PatiëntenNaastenraad en ambities met relevante speerpunten

Goede palliatieve zorg is geen kwestie van geluk

Goede palliatieve zorg ontvangen mag geen toeval zijn of van specifieke personen afhangen. Het is verankerd in de zorg en in de samenwerkingsafspraken tussen organisaties

Warme overdracht

Het ziekenhuis zorgt voor een goede 'warme' overdracht naar de huisarts, als patiënten naar huis gaan. Als dat nodig is schakelt het ziekenhuis thuiszorg in. Ook bij verhuizing naar een verpleeghuis of hospice is de overdracht warm. Warme overdracht betekent dat je verantwoordelijk bent, totdat de ander die verantwoordelijkheid van je heeft overgenomen.

Deskundigheid

Hulpverleners thuis zijn deskundig in palliatieve zorg. Bijscholing en een lokaal mobiel palliatief team kunnen hier bijvoorbeeld een rol in spelen.

Casemanager

Zodra een patiënt in de palliatieve fase komt, is er een casemanager die het overzicht houdt en de weg wijst. De casemanager is laagdrempelig beschikbaar. *N.B. De PNR vindt aandacht voor alleenstaanden / de kracht van het netwerk hierbij essentieel.*

Wegwijzer

Patiënten en naasten hebben toegang tot praktische, heldere informatie over het palliatieve proces en de terminale fase. Een wegwijzer geeft overzicht wie je wanneer waarvoor kunt bellen. Daarnaast is er een telefonische hulplijn dag en nacht bereikbaar voor advies aan patiënten en mantelzorgers.

Consultatie van experts

Het regionaal palliatief team en de palliatieve teams in de ziekenhuizen zijn bekend en worden zo nodig geconsulteerd. Dat kan telefonisch en ook aan het bed. Laagdrempelig even sparren is ook mogelijk.

Draai niet om de dood heen

Wees eerlijk, draai niet om de dood heen en ga het gesprek hierover tijdig aan. Pas als de dood wordt benoemd, kunnen wensen voor de laatste levensfase worden besproken.

Oog voor naasten

Zorgverleners en vrijwilligers hebben oog voor naasten, zodat die er niet alleen voor staan. Er is aandacht voor hun draaglast en draagkracht en zij worden zo nodig ondersteund.

Ambities Septet in NPPZ II met relevante speerpunten vanuit PNperspectief

1. **Zorg en ondersteuning voor mensen in de palliatieve fase en hun naasten is geïntegreerd in de reguliere zorg.**
 - a. Goede palliatieve zorg is geen kwestie van geluk
 - b. Deskundigheid
 - c. Consultatie van experts
 - d. Draai niet om de dood heen
2. **Verbeteringen in (transmurale) samenwerking rondom patiënten in de palliatieve fase en hun naasten zijn verankerd in de organisatie en uitvoering van de zorg.**
 - a. Warme overdracht
 - b. Coördinatie van zorg en ondersteuning
 - c. Wegwijzer
 - d. Draai niet om de dood heen
 - e. Oog voor naasten
3. **Nadenken en praten over verlies, rouw en sterven is gebruikelijk in de zorg, thuis en in de buurt. Partijen in de zorg zijn verbonden met sociale en maatschappelijke partijen.**
 - a. Draai niet om de dood heen
 - b. Wegwijzer
 - c. Oog voor naasten

BIJLAGE 2

Relevante documentatie m.b.t. Integraal Zorg Akkoord (IZA)

Palliatieve zorg in het IZA Regioplan Utrecht (geldt alleen voor regio's in de provincie)

1
Sterk sociaal domein en eerstelijns


Regionaal

Ad. Palliatieve zorg

Doelgroep & doelstelling

Patiënten met levensduur-bekortende ziekte (kanker, orgaanfalen, dementie) vormen een risicogroep voor niet-passende zorg en gebruik dure zorgcapaciteit: SEH bezoek, IC- ziekenhuisopnames, invasieve interventies. In 2021 overleden in Utrecht-Stad&ZO >3000 patiënten met voorafgaande behoefte aan palliatieve zorg; 31% was 18-74 jr (dus niet alleen ouderen); 38% overleed thuis. Tijdig gesprek over behandelwensen/-grenzen leidt tot: 1) toename kans op passende zorg, 2) betere kwaliteit van leven en sterven, alsook 3) minder uitval van werk-, school-, ziekte van naasten & nabestaanden.

Doel: 75% patiënten tijdig identificeren; vroegtijdig gesprek voeren; over-en onderbehandeling voorkomen.

Organisatie & vervolg

- Definitie en scope palliatieve zorg aanscherpen voor de regio Midden Nederland en regionale afstemming hierover t.b.v. draagvlak en inbedding programma in regionale transitie
- Past in kader Nationaal Programma Palliatieve Zorg II; experimenten alternatieve bekostiging NZa en Kansrijke voorbeelden ZonMw Palliatie.
- Versterken eerste lijn door activeren/hernieuwen samenwerkingsverbanden: RAV, PatZ groepen; netwerken palliatieve zorg
- Aanscherping domeinoverstijgende karakter van programma
- Versterken transmurale samenwerking via concrete inspanningsafspraken transferbureaus ziekenhuizen

Aanpak

Onderlegger Richtlijn Proactieve Zorgplanning (autorisatie'23 NHG, KNMG, Verenso, V&VN)

- Bewustwordingscampagne
 - Maatschappelijke bewustwording: inwoners, patiënten/naasten (wachtkamer materialen)
 - Domeinoverstijgende bewustwording vrijwilligers, sociaal domein, 0e lijn en behandelaars 1e en 2e lijn (WV-en)
 - Met partners concretiseren stappenplan, rapportage lijnen en beschikbare middelen
- Concretiseren meerwaarde op praktijk- en regionaal niveau en de inspanningsverplichting
 - Nascholingscyclus met randvoorwaarden bepalen
 - Verhelderen moment van starten gesprek als cyclus en doorpakken in crises
 - Vastleggen uitkomsten met inzet aan richtlijn gekoppelde digitale informatiestandaard ACP
- Inrichten bij- en nascholingscyclus
 - Aan richtlijn gekoppelde materialen voor interprofessionele aanpak en communicatie
 - Betrekken (vertegenwoordigers) patiënten en naasten

Proactieve Zorgplanning - Richtlijnen Palliatieve zorg (palliatieweb.nl)
Formulier_Uitvoer_vastleggen_proactieve_zorgplanning_richtlijn_Proactieve_Zorgplanning_1.pdf (palliatieweb.nl)

Regionaal
Sociaal & eerste lijn
Gezond ouder worden
Mentale weerbaarheid
Passende MSZ
Acute zorg
Digitalisering
Digivaardig
Arbeidsmarkt
Subregionaal
Utrecht West
Lekstroom
Utrecht Stad
Utrecht Zuid-Oost
Eemland

11

Kern van de strategische agenda



Figuur 1: Kern van de strategische agenda
 'Transitie palliatieve zorg door implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg'