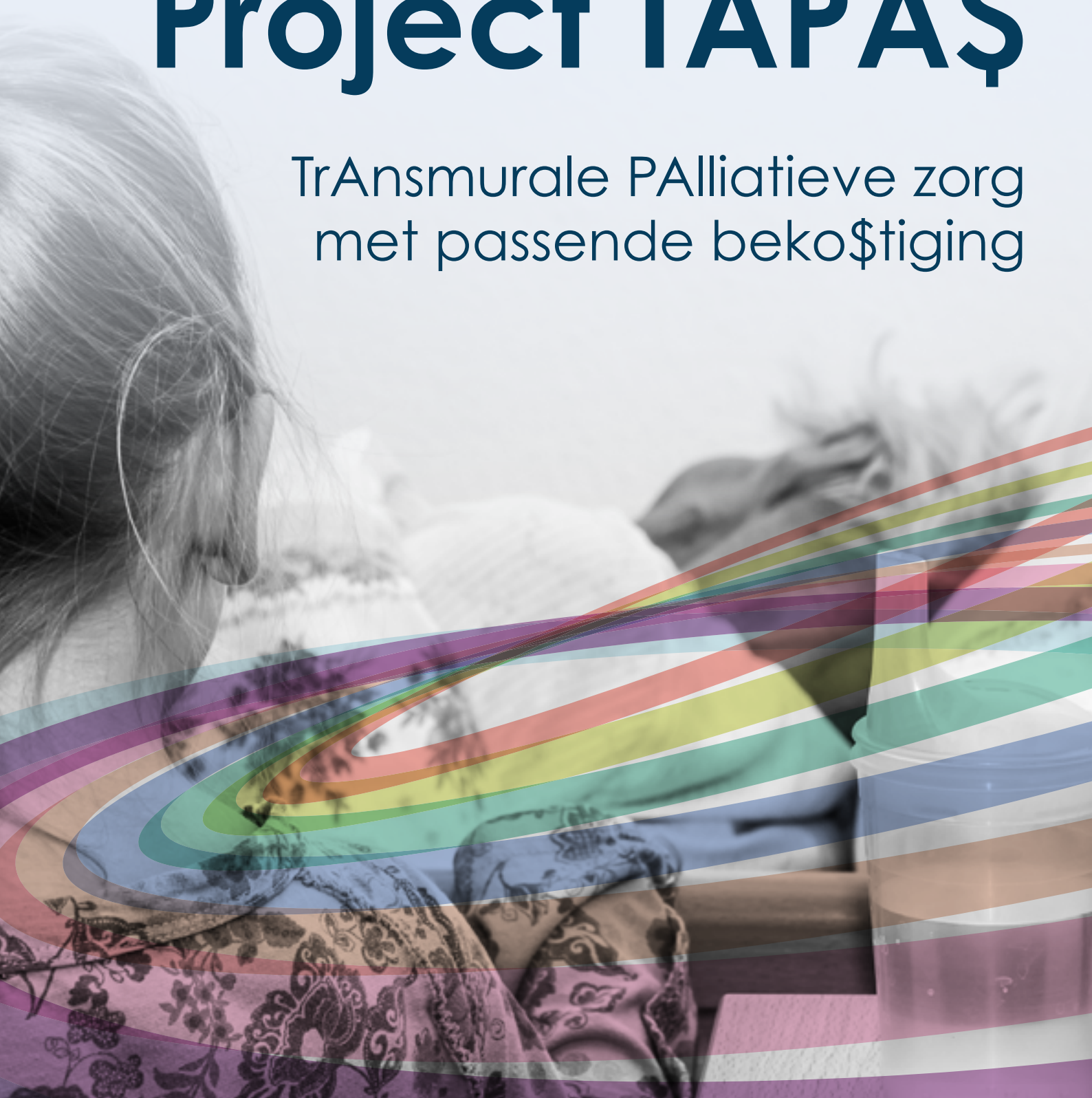


Resultaten Project TAPAS

TrAnsmurale PAlliatieve zorg
met passende beko\$tiging



AUTEURS

Chantal Pereira	IKNL/PZNL
Anne-Floor Dijkhoorn	IKNL/PZNL
Natasja Raijmakers	IKNL/PZNL
Sandra de Loos	Fibula/PZNL
Floor Cornelissen	IKNL/PZNL

OPDRACHTGEVER**BETROKKEN INITIATIEVEN**

Netwerk	Projectleider / netwerkcoördinator	Werkgroep bekostiging	Werkgroep Kwaliteit
Gewenste zorg in de laatste levensfase			
<i>Netwerk palliatieve zorg Westelijke Mijnstreek</i>	Inge Jochem MCC Omnes	Martin Wijnen CZ	Judith Meijers Maastricht University
Transmuraal zorgpad palliatieve zorg			
<i>Netwerk palliatieve zorg Oost Veluwe</i>	Berdine Koekoek netwerkcoördinator	Gerlinde Vorderman Vérian Marenne Terlingen Gelre ziekenhuizen	Berdine Koekoek netwerkcoördinator
Thuisconsult specialistische palliatieve zorg			
<i>Netwerk palliatieve zorg Zuid Holland Noord</i>	Maaïke Scheffer netwerkcoördinator	Maaïke Scheffer netwerkcoördinator	Yvette van der Linden LUMC
Regionale samenwerkingsafspraken multidisciplinaire consultatie palliatieve zorg en transmurale samenwerkingsafspraken			
<i>Netwerk palliatieve zorg Oss Uden Meierijstad</i>	Monique van de Broek netwerkcoördinator	Janet Wolfenbuttel Synchroon Zorg BV	Monique van den Broek netwerkcoördinator
Pallisuport, transmurale zorg voor ouderen			
<i>Netwerk palliatieve zorg Gooi- & Vechtstreek Netwerk palliatieve zorg Westfriesland</i>	Marjon van Rijn Amsterdam UMC	Cindy Fokker Hospice Kajan	Bianca Burman Marjon van Rijn Amsterdam UMC
Transmurale 1,5 lijns zorgcoach			
<i>Netwerk palliatieve zorg regio Arnhem en de Lie- mers</i>	Henk Jan de Winter Proscoop	Laura Reinten Menzis	Karin van der Steen Proscoop
Experts op het gebied van transmurale samenwerking in de palliatieve zorg			
			Adviserende leden Agnes van der Heide Bregje Onwuteaka- Philipsen Jeroen Hasselaar Marieke van den Beuken-van Everdingen Marijanne Engel

Voorwoord

In het regeerakkoord van het vierde kabinet Rutte vallen twee zaken op: passende zorg moet de norm worden in Nederland, de juiste zorg op de juiste plaats. En om de passende en planbare zorg toekomstbestendig te maken moeten we werken aan een zorglandschap met 'een integraal aanbod over de domeinen heen voor iedereen in Nederland.' Voor de palliatieve zorg is dat een hele noodzakelijke ontwikkeling. We weten dat het aantal mensen dat zal overlijden de komende jaren toeneemt. Bij 70-75 procent komt het overlijden verwacht, en kunnen we de zorg voor deze mensen zó inrichten dat het bijdraagt aan de afronding van het leven op een manier die aansluit bij de persoonlijke waarden en wensen. Voor de patiënten zelf en hun naasten.

Dit rapport laat zien dat we aan die behoefte, en van het regeerakkoord, kunnen voldoen. PZNL nam de afgelopen drie jaar zes koploperprojecten op het gebied van transmurale palliatieve zorg onder de loep. Zes regionale projecten waarbij zorgprofessionals over de domeinen heen samenwerkten om de palliatieve fase zo goed mogelijk te faciliteren. De projecten pasten daarbij het Kwaliteitskader palliatieve zorg in hoge mate toe.

Dat die aanpak werkt kunt u lezen in dit rapport. Kijkend naar aspecten van niet-passende zorg, zoals extra ziekenhuisopnames, een plotselinge opname op de IC of SEH, dan zien we dat in de zes koploperregio's de zorg beter georganiseerd is. Minder ziekenhuisopnames, minder bezoek aan de SEH en minder patiënten op de IC. Dat betekent ook dat meer mensen sterven op de plek waar ze dat het liefst zouden willen. En qua kosten? In de onderzochte regio's vielen die iets lager uit. Of dat op landelijke schaal ook zo is vergt nader onderzoek, maar de cijfers uit de eerste analyses geven vertrouwen.

'Waarom werken we dan nog niet allemaal conform de methodiek van deze zes koploperregio's?', hoor ik u denken. Dat is omdat het op dit moment nog lastig is om transmurale samenwerking structureel te realiseren, dat leest u óók in dit rapport. Het vraagt om een stap extra van medisch professionals, huisartsen, wijkverpleegkundigen, hospices. Maar ook van verzekeraars en beleidsbepalers. Het vraagt om een andere governancestructuur, een andere manier van het inrichten van de zorg.

De resultaten van TAPA\$ laten zien dat het kan. Dat we mensen kunnen helpen aan een beter passende zorg en overlijden op de plaats van voorkeur. Maar ook dat het wat vraagt. Voor regio's die aan de slag willen hebben we hiervoor een *toolkit* ontwikkeld. Op die manier kunnen we op steeds meer plekken werken aan optimalisering van de zorg in de palliatieve fase. Tegelijk moeten landelijk de randvoorwaarden voor transmurale palliatieve zorg beter worden ingericht. Dat vraagt keuzes van alle betrokken stakeholders. PZNL brengt hen daarvoor samen in een gezamenlijke werkagenda die past binnen het tweede Nationaal Programma Palliatieve Zorg (2022-2026).

Laten we samen in vertrouwen verder werken aan de mogelijkheden om de zorg in de palliatieve fase voor iedereen overal passend vorm te geven. U kunt op de steun van PZNL rekenen.

Prof. dr. Saskia Teunissen

Bestuurder coöperatie Palliatieve Zorg Nederland

Inhoudsopgave voorwoord

samenvatting

01	Project TAPA\$	10
	1.1 Aanleiding	11
	1.2 Doel en resultaten	12
02	Transmurale palliatieve zorg	13
	2.1 Werkdefinitie	14
	2.2 Geselecteerde initiatieven	14
	2.3 Basiselementen	17
03	Kwaliteit en kosten	23
	3.1 Gemeten kwaliteit	24
	3.2 Ervaren kwaliteit	31
	3.3 Kosten	35
04	Bekostiging	38
	4.1 Ontwikkeling experimenteerprestaties	39
	4.2 Ervaringen met bekostiging	39
	4.3 Stand van zaken inkoop	44
05	Beschouwing en aanbevelingen	45
	5.1 Kansrijk, (door)ontwikkeling niet vanzelfsprekend	46
	5.2 (Meer dan) een bekostigingsvraagstuk	47
	5.3 Ontwikkelingen sinds de start van het project	48
	5.4 Aanbevelingen	49

referenties

bijlagen

B1 Aanpak en projectorganisatie	55
B2 Methode en onderzoek	58
B3 Basiselementen per initiatief	60
B4 Analyse bekostigingsmogelijkheden	70
B5 Aanvraag NZa BR Innovatie	71

Samenvatting

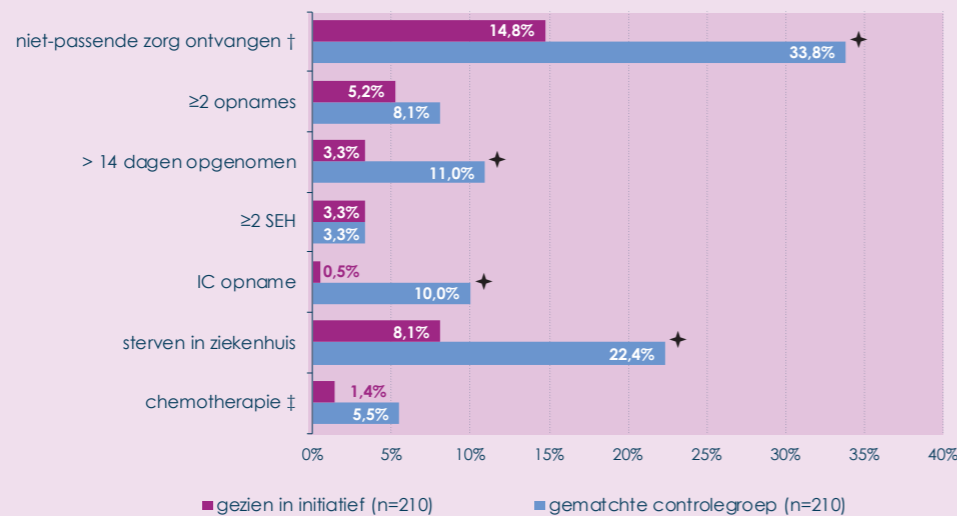
Wat is de kwaliteit van transmurale palliatieve zorg en hoe kan dit passend worden bekostigd? In het project TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende bekostiging (TAPA\$) is naar die vragen gekeken. De resultaten zijn geformuleerd naar een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van zes regionale koploperprojecten in transmurale palliatieve zorg (TAPA\$-initiatieven). De resultaten geven een eerste inzicht in dat transmurale samenwerking bijdraagt aan betere zorg voor de patiënt en dat inspanning van alle betrokken partijen nodig is voor doorontwikkeling. Dit zijn de resultaten van het project:



1. Minder niet-passende zorg: minder ziekenhuisopnames en lagere IC-bezetting

Overledenen die gezien zijn door een TAPA\$ initiatief (n=210) ontvingen significant minder vaak potentieel niet-passende zorg in de laatste 30 dagen van het leven (14,8%) dan overledenen in een vergelijkbare controlegroep (33,8%): patiënten uit deze groep minder vaak langer dan 14 dagen opgenomen, minder vaak opgenomen op de IC en stierven minder vaak in het ziekenhuis. Ditzelfde beeld is ook te zien als alle overleden in de regio's van de TAPA\$-initiatieven sinds de start van de transmurale samenwerking (n=19.548) worden vergeleken met de overledenen in de periode vóór de transmurale samenwerking (n=17.920) (voor- en nameting). Tijdens het transmuraal samenwerken hadden significant minder overledenen in de TAPA\$-regio's een lange ziekenhuisopname en stierven minder mensen in het ziekenhuis.

Potentieel niet-passende zorg* voor overledenen gezien binnen een TAPA\$ initiatief (n=210) en een vergelijkbare controlegroep die niet is gezien in een TAPA\$ initiatief (n=210)



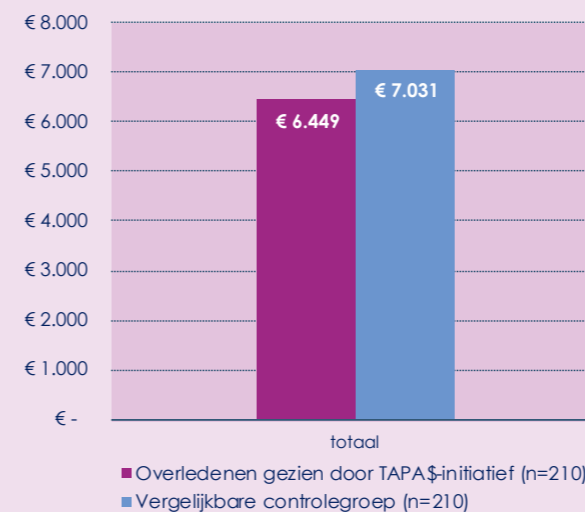
* Alle items betreffen de laatste 30 dagen voor overlijden, behalve sterven in het ziekenhuis; † Score op één van de zes items van potentieel niet-passende zorg; ‡ Alleen voor overledenen met kanker; + Statistisch significant verschil (p<0,05)

2. Duidelijke meerwaarde voor patiënten, naasten en zorgverleners

Uit interviews met betrokken zorgverleners en projectleiders blijkt dat zij een duidelijke meerwaarde ervaren van transmurale samenwerking. Zowel de inzet van specialistische palliatieve zorg als meer continuïteit in palliatieve zorg draagt volgens hen hier aan bij. Zij benoemen deze meerwaarde zowel voor de patiënt en diens naasten als voor zorgverleners: patiënten hebben meer eigen regie en sterven vaker op de plek van voorkeur. Zorgverleners ervaren meer tijd voor een (goed) gesprek met de patiënt en hebben beter zicht op de zorgvraag van de patiënten.

3. Gedecclareerde zorgkosten niet gestegen

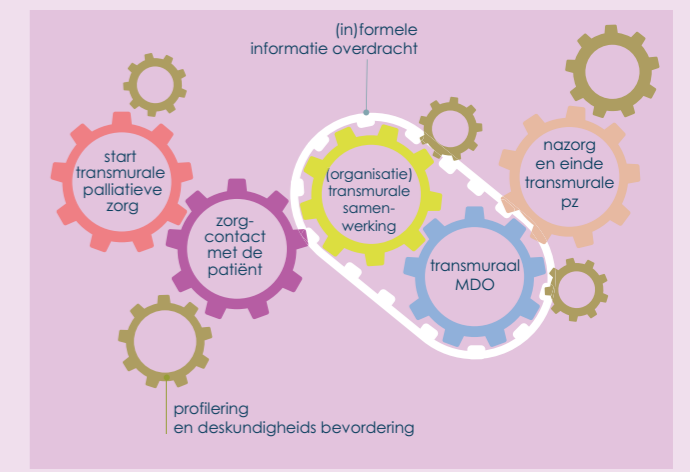
Vanwege de nog beperkte inkoop van transmurale palliatieve zorg, zijn de benodigde investeringen nog niet zichtbaar in declaratiedata. Analyse van declaratiedata laat echter wel zien dat de mediane gedecclareerde zorgkosten in de laatste 30 dagen voor overlijden van overledenen die gezien zijn in een TAPA\$ initiatief (€ 6.449) lager zijn dan in de vergelijkbare controlegroep (€ 7.031). Er lijkt dus ruimte te zijn om met transmurale palliatieve zorg niet-passende zorg in de laatste levensfase te reduceren tegen gelijke of lagere kosten. Ten opzichte van de controlegroep zijn daarnaast de kosten van overledenen die gezien zijn in een TAPA\$ initiatief voor medisch specialistische zorg lager en de kosten voor huisartsen- en wijkverpleging hoger.



4. Zeven basiselementen vormen basis voor goede transmurale palliatieve zorg

In de verschillende TAPA\$-initiatieven zijn zeven basiselementen van transmurale palliatieve zorg geïdentificeerd. De elementen zijn wederkerig, van elkaar afhankelijk en functioneren als 'tandwielen'.

1. Start van transmurale palliatieve zorg voor patiënt (identificatie) – binnen de initiatieven is een duidelijk markeringspunt vastgelegd door een zorgverlener
2. Zorgcontact met patiënt (o.a. voor markering, proactieve zorg) – de zorgbehoeftes van de patiënt zijn duidelijk geïnventariseerd en besproken
3. Transmuraal multidisciplinair overleg – vanuit huisartsenzorg, medisch specialistische zorg en verpleging vond een transmuraal MDO plaats
4. (Organisatie van) transmurale samenwerking tussen zorgverleners – zorgverleners hebben duidelijke afspraken met elkaar gemaakt
5. Informatie overdracht tussen zorgverleners (formeel en informeel) – bij die afspraken is ook vastgesteld via welke lijnen de zorgverleners elkaar informeren
6. Afsluiten transmurale palliatieve zorg voor patiënt en nazorg voor naasten – naast de patiënt was er in nazorg ook oog voor naasten
7. Profilering transmurale palliatieve zorg en deskundigheidsbevordering



5. Bekostiging komt op gang, maar wordt blijvend als complex ervaren

Vanuit de TAPA\$-initiatieven zijn drie tijdelijke zorgprestaties voor de zorg die zij transmurale vormgeven opgesteld om de bekostigingsmogelijkheden, waar nodig, aan te vullen. Dit in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties van bij palliatieve zorg betrokken zorgprofessionals, betrokken branche- en koepelorganisaties en overheid. De NZa heeft hiervoor een beschikking afgegeven per 1 januari 2020. Tot op heden is in drie van de zes TAPA\$ initiatieven transmurale palliatieve zorg ingekocht. Geïnterviewde betrokkenen onder zorgaanbieders en -verzekeraars geven aan dat zij het inkoopproces van de experimenteerprestaties en de reeds bestaande bekostigingsmogelijkheden als blijvend complex ervaren. Daarin zijn samenwerkings-, transitie- en bekostigingsvraagstukken sterk verweven met elkaar en de stap naar structurele bekostiging vraagt dan ook nog meer inzet op al deze punten.

AANBEVELINGEN

Transmurale palliatieve zorg verder ontwikkelen

De resultaten van TAPA\$ laten zien dat transmurale palliatieve zorg het potentieel heeft de kwaliteit van palliatieve zorg te verbeteren tegen gelijke of lagere kosten. Er zijn in het project stappen gezet in de ontwikkeling van een daarbij passende bekostiging. Om de stap naar structurele bekostiging te kunnen zetten, moeten zorginhoudelijke en organisatorische keuzes worden gemaakt, ondersteund met kennis:



Benut op regionaal niveau bestaande en experimentele bekostigingsmogelijkheden

De initiatieven in TAPA\$ laten zien dat het mogelijk is om met een combinatie van bestaande en experimentele zorgprestaties de zorg die zij leveren tot inkoop van transmurale palliatieve zorg te komen. Dat vroeg van hen het zorgvuldig doorlopen van het inkoopproces waarin gebouwd werd aan vertrouwen en het maken van afspraken over welke zorgaanbieder(s) welk deel van de transmurale palliatieve zorg kon gaan declareren. Voor initiatieven in transmurale palliatieve zorg buiten het project, is het belangrijk dat zij zelf dit inkoopproces met elkaar starten en gezamenlijk doorlopen.

PZNL zal initiatieven in transmurale palliatieve zorg, met behulp van de geleerde lessen in TAPA\$, hierin ondersteunen.



Bepaal op landelijk niveau bij welke zorgaanbieder(s) welk deel van (transmurale) palliatieve zorg kan worden ingekocht

De initiatieven in TAPA\$ laten zien dat het mogelijk is om te komen tot bekostiging van transmurale palliatieve zorg, echter het proces om daar te komen werd (blijvend) als complex ervaren en de bekostiging die zij afspraken is nog veelal tijdelijk. Om de complexiteit te reduceren en de stap naar structurele bekostiging te zetten, is het belangrijk dat er op landelijk niveau eenduidige afspraken worden gemaakt over welk deel van transmurale palliatieve zorg bij wie kan worden ingekocht en hoe dat is afgebakend van reeds bestaande zorgprestaties. Daarin kunnen ook recente en gewenste ontwikkelingen zoals overheveling van gesubsidieerde palliatieve zorg naar de stelselwetten en toekomstbestendige inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners worden meegenomen. Daarnaast moet er voor worden gewaakt dat dit in lijn is met de bekostiging van samenwerking rondom andere vormen van zorg.

PZNL zal wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties van bij palliatieve zorg betrokken zorgprofessionals, betrokken branche- en koepelorganisaties en (semi-)overheid bij elkaar brengen om, door middel van een gezamenlijke werkagenda, te komen tot bovengenoemde afspraken.



Genereer meer inzichten over patiënten met een palliatieve zorgbehoefte en de organisatie van palliatieve zorg

De resultaten van de initiatieven in TAPA\$ in dit rapport geven eerste inzichten in het potentieel van transmurale palliatieve zorg. Verder onderzoek kan laten zien hoe dit potentieel zich openbaart in andere regio's en hogere volumes. Hoewel er de laatste jaren steeds meer cijfermatig inzicht in de palliatieve zorg komt, kunnen verdiepende inzichten in de zorgbehoefte, het zorggebruik en de zorgkosten van de (sub)populatie(s) met een palliatieve zorgvraag helpen om te komen tot de daarbij passende bekostiging. Er is daarnaast nog weinig bekend over welke governancestructuren geschikt zijn voor transmurale palliatieve zorg. Door internationaal en binnen andere zorgvormen kennis hierover op te doen, kunnen nieuwe en bestaande initiatieven voor transmurale palliatieve zorg hun keuzes hiermee onderbouwen.

PZNL werkt vanuit haar lidorganisaties IKNL en PALZON aan meer inzichten over de kwaliteit van palliatieve zorg, zorgbehoeften en organisatie van zorg, door wetenschappelijk onderzoek en publicatie van Kerncijfers Palliatieve Zorg.

De scope van dit rapport betreft de gemeten en ervaren kwaliteit van transmurale palliatieve zorg in de TAPA\$ initiatieven en de randvoorwaarde bekostiging. Voor betere palliatieve zorg gelden meer randvoorwaarden, denk aan informatie-uitwisseling en beschikbaarheid van voldoende capaciteit om aan de zorgvraag van palliatieve patiënten te kunnen voldoen.

01 Project TAPA\$

1.1 AANLEIDING

Behoeftte aan palliatieve zorg neemt toe

De komende jaren neemt het aantal mensen dat overlijdt in Nederland toe. In 2019 overleden ongeveer 151.000 mensen.¹ In 2055 zijn dit naar verwachting ongeveer 209.000 mensen.² Tussen 70³ en 75⁴ procent daarvan overlijdt niet-onverwacht en heeft potentieel behoefte aan palliatieve zorg³. Daarnaast zullen meer mensen die verwacht overlijden een zeer hoge leeftijd hebben⁵ en vindt er een verschuiving in doodsoorzaken plaats. Kanker en hart- en vaatziekten blijven het grootste deel van de sterfte veroorzaken, maar het aandeel daarvan in de totale sterfte neemt af. Het aantal mensen dat overlijdt aan de gevolgen van dementie neemt naar verwachting sterk toe.⁶

Zorg in de laatste levensfase niet altijd passend

Mensen vinden het in hun laatste levensfase onder andere belangrijk dat zij kunnen sterven op de plek van voorkeur, waarbij er aandacht is voor hun naasten en begeleiding van deskundige zorgverleners.^{7,8} Ruim 68% van de mensen geeft aan dat zij graag thuis zouden willen overlijden.⁹ Slechts een derde van de verwacht overledenen sterft thuis.¹⁰ Patiënten bij wie potentieel niet-passende zorg, zoals ziekenhuis- en Intensive Care opnames, kan worden voorkomen, en bij wie de vier-dimensionele zorg (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel) op orde is, ervaren een hogere kwaliteit van leven aan het einde van het leven.¹¹ Door tijdige inzet van palliatieve zorg kan deze potentieel niet passende zorg, in de laatste levensfase worden voorkomen^{9, 12-14} en de kwaliteit van leven worden verbeterd.¹⁵

Kwaliteitskader beschrijft passende zorg in de laatste levensfase

In 2017 is het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland gelanceerd.¹⁶ Het kader omschrijft wat vertegenwoordigers van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars vinden dat de kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland moet zijn: zorg die is gebaseerd op de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en zijn naasten. Het kader beschrijft daarvoor vooral het wanneer en het wat, niet het hoe.

Transmuraal samenwerken om het kwaliteitskader toe te passen

Om het kwaliteitskader in de praktijk te kunnen brengen, organiseert het veld de palliatieve zorg in toenemende mate interdisciplinair en transmuraal. De verwachting is dat transmurale samenwerking tussen generalisten (voor wat betreft palliatieve zorg) en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners de kwaliteit van palliatieve zorg tegen gelijke of lagere kosten verbetert. Onderzoek naar verbetering in de kwaliteit van andere vormen van transmurale- of netwerkzorg laten wisselende resultaten zien.^{17, 18} Het is daarom belangrijk om meer inzicht te krijgen in het effect van transmurale palliatieve zorg op de kwaliteit. Daarnaast is het, om de ontwikkeling van transmurale palliatieve zorg verder te stimuleren, belangrijk om tot oplossingen te komen voor de door transmurale initiatieven ervaren uitdagingen. Een belangrijke uitdaging is de bekostiging.

Project TAPA\$

De coöperatie Palliatieve zorg Nederland (PZNL) heeft in het voorjaar van 2018 een veldverkenning uitgevoerd naar regionale initiatieven in transmurale palliatieve zorg die het kwaliteitskader toepassen. Daaruit zijn koplopers geselecteerd.¹⁹ Deze initiatieven hebben, ondersteund door PZNL, in het project TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende beko\$ting (TAPA\$) de handen ineen geslagen om inzichtelijk te maken wat de kwaliteit van transmurale palliatieve zorg is en een daarbij passende bekostiging te ontwikkelen.

1.2 DOEL EN RESULTATEN

Door inzichtelijk te maken welke kwaliteit van zorg transmurale palliatieve zorg in de geselecteerde initiatieven oplevert en hiervoor passende en structurele bekostiging te ontwikkelen, beoogde TAPA\$ bestaande initiatieven in transmurale palliatieve zorg te kunnen bestendigen en het ontstaan van nieuwe initiatieven te stimuleren en faciliteren.

Om dit doel te bereiken zijn de volgende resultaten geformuleerd:

- 1**
De basiselementen van transmurale palliatieve zorg, waarvan de kwaliteit inzichtelijk is, welke landelijk bruikbaar zijn en bekostigd kunnen worden
→ Basiselementen: *zie hoofdstuk 02*
→ Kwaliteit: *zie hoofdstuk 03*
→ Bekostiging: *zie hoofdstuk 04*
- 2**
Handreiking voor toepassing van de basiselementen voor transmurale palliatieve zorg in de praktijk
→ Online *toolkit*
- 3**
Een plan van aanpak om te komen tot structurele bekostiging van transmurale palliatieve zorg
→ *zie hoofdstuk 05*

Voor een beschrijving van de aanpak en projectorganisatie, *zie bijlage 1*.

Voor een beschrijving van de methode van het onderzoek, *zie bijlage 2*.

02 Transmurale palliatieve zorg



2.1 WERKDEFINITIE

Binnen TAPA\$ is de volgende werkdefinitie voor het begrip 'transmurale palliatieve zorg' gehanteerd:

“Vormen van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over lijnoverstijgende samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en/of specialistische zorgverleners in de palliatieve zorg. Hierbij is sprake van gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden.”

Deze definitie laat zien dat twee belangrijke aspecten deel uitmaken van transmurale zorg. Enerzijds heeft transmurale zorg betrekking op zorginhoudelijke zaken zoals gezamenlijke protocollering en een multidisciplinaire gestructureerde zorgverlening. Anderzijds kent transmurale zorg een organisatorisch aspect, waarbij het gaat om deskundigheidsbevordering en structurele samenwerking tussen hulpverleners uit beide echelons.

Deze werkdefinitie is opgesteld op basis van de definitie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1995), een achtergrondstudie van Prof. dr. C. Spreeuwenberg en drs. D.M.M. Elfahmi (1998) en raadpleging van experts in palliatieve zorg.²⁰

2.2 GESELECTEERDE INITIATIEVEN

De initiatieven binnen TAPA\$ zijn niet specifiek voor het project ingericht. Zij zijn ontstaan naar aanleiding van de regionale behoefte om de palliatieve zorg te verbeteren en kennen dus ieder hun eigen doel, aanpak en vormgeving. Tabel 1 beschrijft dit. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat dit een momentopname is. De initiatieven geven bijvoorbeeld aan dat het aantal betrokken organisaties naarmate de looptijd van het initiatief uitbreidt.

Tabel 2.1

regio / netwerk pz	aantal overledenen in post-codegebied	doel	doelgroep	transmurale aanpak	ziekenhuizen	huisartspraktijken	thuiszorgorganisaties	overig
Gewenste zorg in de laatste levensfase								
Westelijke Mijnstreek	6.793	<ul style="list-style-type: none"> Betere ervaren kwaliteit van leven en sterven Vaker overlijden op plek van voorkeur Minder SEH bezoek of opname ziekenhuis 	Palliatieve patiënten en hun naasten	<ul style="list-style-type: none"> Zorgpad Team 	1	50	4	Apothekers
Transmuraal zorgpad palliatieve zorg								
Oost Veluwe	6.076	<ul style="list-style-type: none"> Vroegtijdige signalering en markering van de palliatieve fase zodat multidisciplinair, proactieve zorgplanning ingezet kan worden voor patiënten en naasten. 	Palliatieve patiënten en hun naasten	<ul style="list-style-type: none"> Zorgpad Transmuraal verpleegkundige palliatieve zorg 	1	159	7	Instellingen voor langdurige zorg
Thuisconsult specialistische palliatieve zorg								
Leiden Leiderdorp Oestgeest Teylingen	6.692	<ul style="list-style-type: none"> Juiste zorg op de juiste plek ontvangen Sterven op plek van voorkeur (continuïteit van zorg ongeacht plaats van verblijf) Voorkomen van ongewenste opnames 	Levensverwachting < 3 mndn	<ul style="list-style-type: none"> Bedside consult 	2	39	8	Specialisten ouderen geneeskunde

Tabel 2.1 - vervolg

regio / netwerk pz	aantal overledenen in postcodegebied	doel	doelgroep	transmurale aanpak	ziekenhuizen	huisartspraktijken	thuiszorgorganisaties	overig
Multidisciplinaire consultatie palliatieve zorg, samenwerkings-afspraken								
Oss/Uden/Meierijstad	8.675	<ul style="list-style-type: none"> Verbetering van coördinatie en continuïteit Duidelijker profiel palliatieve zorg Vergroten basiskennis onder generalisten Reductie overbehandeling 	Palliatieve patiënten en hun naasten	<ul style="list-style-type: none"> Zorgpad Team 	1	3	3	instelling voor langdurige zorg
PalliSupport								
West-friesland	5.468	<ul style="list-style-type: none"> Reductie heropnames ziekenhuis Totale duur ongeplande heropnames verkorten Overlijden op plaats van voorkeur Reductie in ervaren symptoomlast Reductie SEH bezoeken Behoud/verbetering kwaliteit van leven Behoud/kwaliteit van leven en sterven Nazorg voor mantelzorgers 	Ouderen (65+) bij acute opname	<ul style="list-style-type: none"> Zorgpad Team 	1	60	1	Hospice
Thuisconsult specialistische palliatieve zorg								
Arnhem de Liemers	2.041	<ul style="list-style-type: none"> hogere tevredenheid van de patiënt, zijn naasten en zorgverleners kwaliteit van zorg kosten 	Levensverwachting < 1jaar	<ul style="list-style-type: none"> Palliatieve zorgcoach 	1	12	5*	Hospice

*De palliatieve zorgcoaches zijn in dienst bij het ziekenhuis en 1 van deze thuiszorgorganisaties

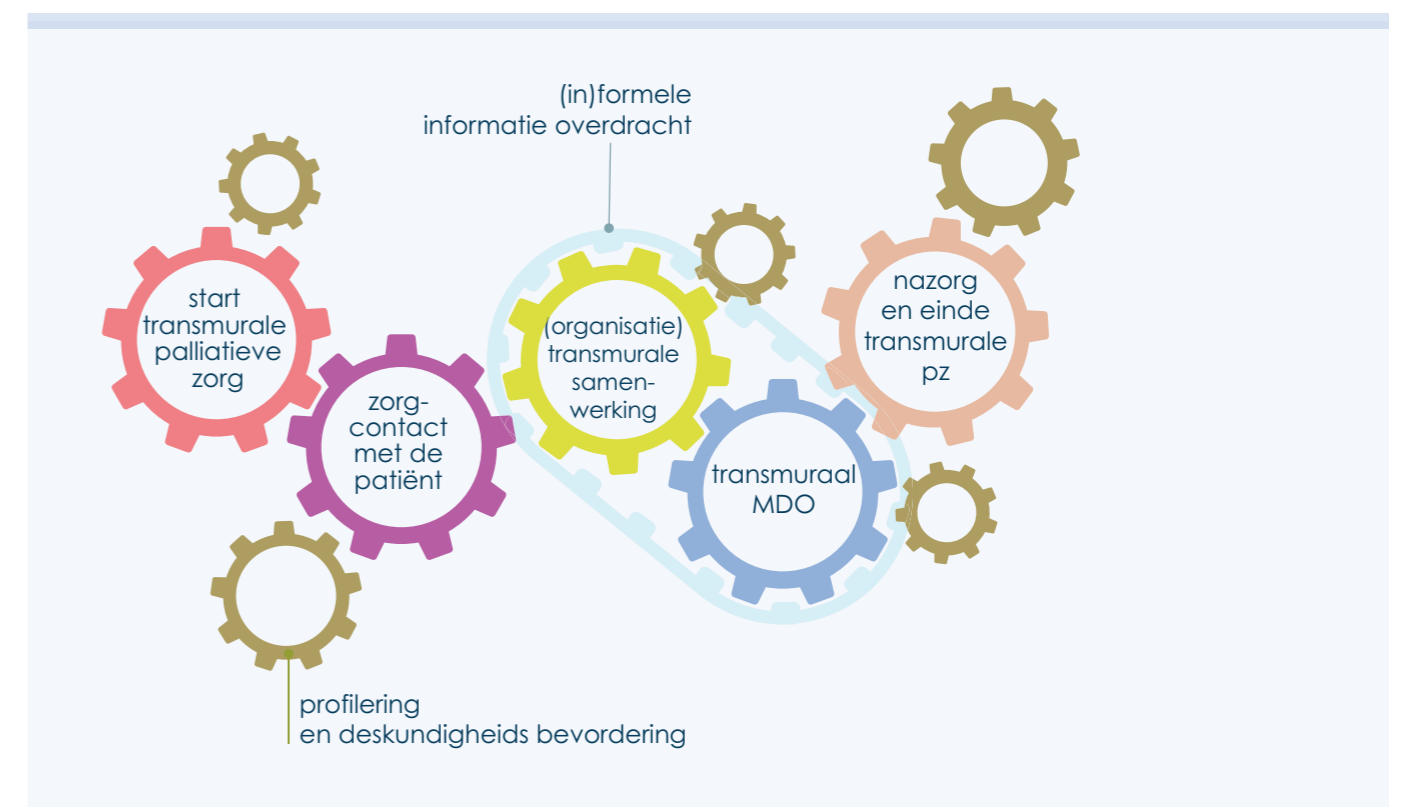
2.3 BASISELEMENTEN

De zes transmurale palliatieve zorg initiatieven in TAPA\$ verschillen van elkaar. Om inzicht te krijgen in basiselementen van transmurale palliatieve zorg is de beschikbare documentatie van de zes initiatieven bekeken en zijn er interviews gehouden met 16 betrokkenen van de initiatieven in de periode april 2020 en juni 2021. Per initiatief is er een projectleider of iemand in een vergelijkbare rol geïnterviewd (n=6). Daarnaast zijn per initiatief verschillende betrokken zorgverleners geïnter-

viewd, waaronder 6 verpleegkundigen, 3 huisartsen en 2 medisch specialisten. Tweederde van deze zorgverleners was werkzaam in de eerstelijns setting (64%) en 36% in de tweedelijns setting. De methodische verantwoording van de interviewstudie staat in *bijlage 2* beschreven.

Op basis van de interviews en aan de hand van een thematische analyse ontstaan de volgende zeven basiselementen voor transmurale palliatieve zorg:

Figuur 1



Voor meer detailinformatie, zie *bijlage 3*

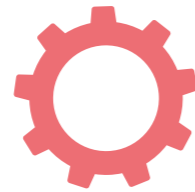
Nu de palliatieve zorgcoach er is, worden besluiten met mij/ons besproken.
patiënt

1,5^E LIJNS PALLIATIEVE ZORGCOACH

Regio Arnhem – de Liemers

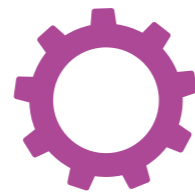
Gevraagd naar hun ervaring met de palliatieve zorgcoach geeft **80%** van de patiënten aan **continuïteit in de palliatieve zorg te ervaren** en **87%** heeft **het gevoel zelf regie te hebben**.

Bron: *infographic 1,5e lijns pz coach*.



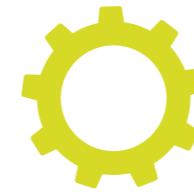
1. Start van transmurale palliatieve zorg voor patiënt (identificatie)

Bij alle initiatieven van transmurale palliatieve zorg is vastgelegd wie de start van de palliatieve fase markeert (identificatie). Dit wordt meestal door de huisarts of de medisch specialist gedaan. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van een instrument, zoals de surprise question, SPICt criteria of RADPAC+. Daarnaast zijn er vaak afspraken over wie na deze markering van de palliatieve fase de patiënt verwijst naar de juiste zorgverlener voor transmurale palliatieve zorg.



2. Zorgcontact met patiënt

In de zes initiatieven is het zorgcontact met de patiënt meestal met een in palliatieve zorg geschoolde zorgverlener, zoals een verpleegkundig specialist palliatieve zorg. Dit (eerste) zorgcontact kan zowel in de thuissituatie als in het ziekenhuis plaatsvinden. De inhoud van het eerste zorgcontact is divers, maar betreft vaak bespreken van de markering van de palliatieve fase, inventariseren van wensen en behoeften op alle vier de dimensies van palliatieve zorg en proactieve zorgplanning.



3. Transmuraal multidisciplinair overleg

Het (wekelijkse) multidisciplinair overleg (mdo) komt in bijna alle initiatieven naar voren. De samenstelling van het mdo is per definitie multidisciplinair en is vaak als volgt samengesteld: leden palliatieve zorgteam van het ziekenhuis, medisch specialisten, huisarts, verpleegkundige eerstelijns en geestelijk verzorger. Het mdo is naast multidisciplinair ook transmuraal ingericht.



4. Transmurale samenwerking tussen zorgverleners

De organisatie van transmurale palliatieve zorg vergt de samenwerking tussen veel zorgverleners, inclusief het palliatieve zorgteam, medisch specialisten, huisarts, verpleegkundigen in het ziekenhuis, wijkverpleging en apothekers. Deze zorgverleners werken in verschillende settings, zoals thuis, ziekenhuis en hospice. Hierbij wordt afgesproken wie de vaste contactpersoon is voor de patiënt, hoe de taakverdeling tussen verschillende zorgverleners onderling is en wanneer er afstemming is tussen verschillende disciplines.

Ik zou niet weten wat er beter kan aan het thuisconsult.
patiënt

SPECIALISTISCH THUISCONSULT

Regio Leiden

Patiënten gaven het thuisconsult gemiddeld een **8.9** (schaal 0-10). Op de vraag wat zij waardeerden aan het thuisconsult antwoorden de patiënten:

- het bieden van een luisterend oor;
- het uitzetten van diverse mogelijkheden;
- het verbeteren van de samenwerking met huisarts;
- het bespreekbaar maken van moeilijke emotionele beslissingen;
- de duidelijkheid en eerlijkheid.

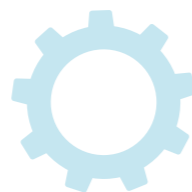
Bron: *Evaluatie specialistisch thuisconsult palliatieve zorg*.

Gewenste zorg in de laatste levensfase 1.0

Regio Westelijke mijnstreek

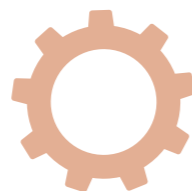
- Volgens de betrokken huisartsen **overlijden palliatieve patiënten vaker op de plaats van voorkeur** sinds het zorgpad in vergelijking met vóór implementatie, **36%** vs. **55%**.
- Patiënten in het zorgpad (n=97) ontvingen **vaker eerstelijns zorg, minder contacten buiten kantoor-tijden en minder ongewenste zorg** in vergelijking met de controlegroep (n=48).

Bron: Groenewoud AS, et al. *Effects of an Integrated Palliative Care Pathway: More Proactive GPs, Well Timed, and Less Acute Care: A Clustered, Partially Controlled Before-After Study.* J Am Med Dir Assoc. 2021 Feb;22(2):297-304. doi: 10.1016/j.jamda.2020.10.025.



5. Informatie overdracht tussen zorgverleners (formeel en informeel)

De informatie overdracht tussen zorgverleners kent een formele en informele structuur. Zo zijn er formele afspraken over het terugkoppelen van onder andere de markering, de inventarisatie van de wensen en behoeften van de patiënt en het voorgestelde zorgplan. Daarnaast hebben betrokken zorgverleners de meer informele korte lijnen met collega's vanuit de andere setting. Door deze informele lijnen hebben zorgverleners meer inzicht in het zorgproces in de verschillende settings.



6. Afsluiten transmurale palliatieve zorg voor patiënt en nazorg voor naasten

Ook wordt er in de meeste initiatieven bij iedere patiënt afgesproken bij wie de verantwoordelijkheid voor de nazorg van de naasten ligt, na het overlijden van de patiënt. Dit betreft vaak één nagesprek met de nabestaande(n).



7. Profilering transmurale palliatieve zorg en deskundigheidsbevordering

Naast het verlenen van transmurale palliatieve zorg besteden alle initiatieven ook veel tijd en energie aan het vergroten van de zichtbaarheid van het (transmurale) palliatieve zorg initiatief én ze bevorderen het kennisniveau van andere zorgverleners op het gebied van palliatieve zorg. Deskundigheidsbevordering gebeurt zowel actief bijvoorbeeld gericht op het markeren van patiënten in de palliatieve fase, maar vindt ook plaats als gevolg van de afstemming tussen specialist en generalist palliatieve zorg.

Gewenste zorg in de laatste levensfase 2.0

Regio Westelijke mijnstreek

- Patiënten (n=98) in het vernieuwde zorgpad (2.0) rapporteren **minder depressieve klachten** in vergelijking met patiënten in de controlegroep (n=98).
- Familieleden beoordelen de **kwaliteit van sterven significant hoger** in interventiegroep 2.0 vergeleken met de controlegroep.

Bron: Master thesis M.J.E. Vrencken 2021 *Effects on the family perspective and general practitioners' experiences of an integrated, proactive palliative care pathway*

Wederzijds afhankelijk

Deze zeven geïdentificeerde basiselementen staan niet op zichzelf, maar functioneren in relatie met elkaar en kunnen ook niet zonder elkaar. Oftewel, ze zijn wederzijds afhankelijk van elkaar. De elementen van zijn als het ware tandwielen die gezamenlijk de (organisatie van) transmurale palliatieve zorg in beweging zetten en samen snelheid en richting bepalen. Zo is de start van de transmurale palliatieve zorg in de meeste initiatieven afhankelijk van de markering van de palliatieve fase, waarvoor profilering van het transmurale initiatief en deskundigheidsbevordering van generalisten in de palliatieve zorg nodig is. Na het eerste zorgcontact met de patiënt is er in de meeste initiatieven op verschillende wijzen afstemming tussen de betrokken zorgverleners

uit de eerste- en tweede lijn en is er een samenwerking tussen generalisten en specialisten in de palliatieve zorg. De patiënt wordt bijvoorbeeld besproken in een transmurale mdo, er zijn afspraken over wie het beleid maakt en op welke momenten, welke informatie wordt overgedragen en er is informeel contact tussendoor om elkaar op de hoogte te houden, informatie boven tafel te krijgen en vragen te stellen. Met name voor deze informele overdracht is het van belang dat zorgverleners elkaar kennen, wat samenhangt met de eerder genoemde profilering van het initiatief, maar ook met de wijze waarop de transmurale palliatieve zorg is georganiseerd.

03 Kwaliteit en kosten

Om inzicht te krijgen of transmurale samenwerking tussen generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners de kwaliteit van palliatieve zorg verder zal verbeteren tegen gelijke of lagere kosten zijn twee onderzoeken uitgevoerd:

1. kwantitatief onderzoek op basis van declaratiedata (via Vektis) waarbij is gekeken naar de kwaliteit en de kosten van de zorg in de laatste levensfase (paragraaf 3.1 en paragraaf 3.3)
2. kwalitatieve interviewstudie onder betrokkenen bij de zes TAPA\$ initiatieven (paragraaf 3.2)

De methode van beide onderzoeken staat beschreven in *bijlage 2*.

3.1 Gemeten kwaliteit

Kwaliteit van zorg is geoperationaliseerd als potentieel niet-passende zorg en potentieel passende zorg. Potentieel niet-passende zorg in de laatste 30 dagen van het leven bestaat uit zes items, die gebaseerd zijn op internationaal onderzoek:^{12, 21}

1. meer dan 1 ziekenhuisopname;
2. >14 dagen opgenomen in ziekenhuis;
3. Meer dan 1 SEH opname;
4. Een opname op de IC;
5. Sterven in het ziekenhuis en
6. Chemotherapie ontvangen (alleen bij mensen met kanker).

Bij de aanwezigheid van één of meer van deze zes items in de laatste 30 dagen van het leven is er sprake van potentieel niet-passende zorg.

Om passende transmurale palliatieve zorg te meten is gekeken naar de continuïteit van zorg op basis van declaratiedata (via Vektis). Dit is hier gedefinieerd als:

1. de timing van laatste ziekenhuisopname en
2. de tijd tussen laatste ziekenhuisontslag en contact met de huisarts.

Voor de periode 2016-2019 zijn de declaratiegegevens van alle overledenen die bekend zijn bij de zorgverzekeraars in Nederland bekeken, resulterend in bijna 600.000 volwassenen. In **Tabel 3.1** staan de kenmerken van deze overledenen, zowel voor alle overledenen in Nederland (landelijk) als specifiek voor de overledenen in de TAPA\$ regio's.

Tabel 3.1

	landelijk n=599.731 %(n)	TAPA\$ regio's n=35.745 %(n)
leeftijd		
18-69	21,1 (126.737)	20,7 (7.380)
70-79	22,7 (136.174)	23,1 (8.269)
80-89	34,6 (207.382)	35,7 (12.776)
90+	21,6 (129.438)	20,5 (7.320)
geslacht		
vrouw	51,5 (308.652)	51,0 (18.224)
diagnose kanker*		
kanker	29,0 (174.190)	30,4 (10.863)
anders	71,0 (425.541)	69,6 (24.882)

* op basis van behandelcodes, dus niet dekkend

TAPA\$ regio's ten opzichte van landelijke cijfers

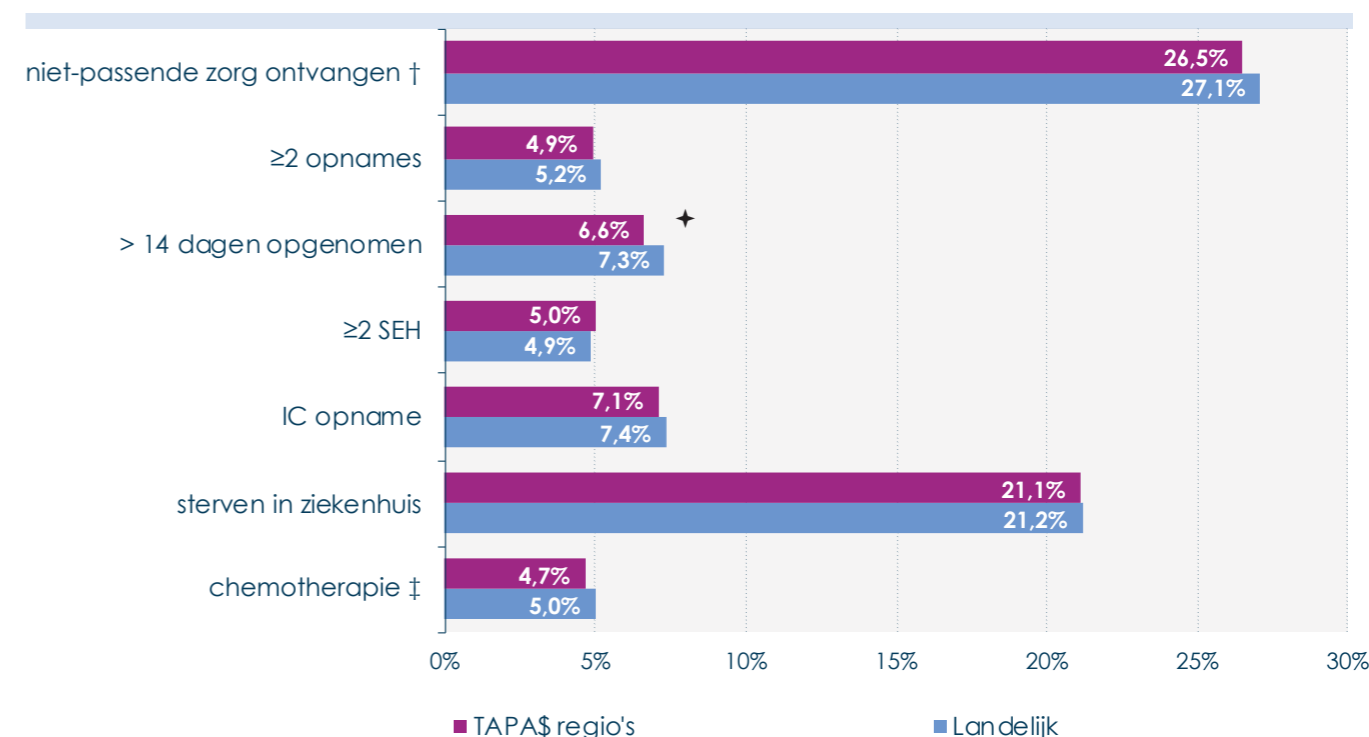
In deze paragraaf is de kwaliteit van palliatieve zorg van de overledenen in de TAPA\$ regio's, die zijn overleden in de periode sinds de start van elk van de initiatieven (TAPA\$ regio's) vergeleken met de overledenen buiten de TAPA\$ regio's (landelijk). De overledenen in de TAPA\$ regio's vóór de start van de initiatieven horen bij de groep landelijk. Belangrijke kanttekening is dat niet alle overledenen in de TAPA\$ regio's sinds de start van de initiatieven, zijn gezien door de initiatieven (Zie *bijlage 2*). Het betreft hier de periode Q2 2016 tot en met Q4 2019.

Regio vs landelijk: Potentieel niet-passende zorg in de laatste maand van het leven

In **figuur 2** staat het percentage van de overledenen dat potentieel niet-passende zorg heeft ontvangen. Het percentage overledenen dat niet-passende zorg heeft ontvangen in de laatste 30 dagen van het leven verschilt niet significant tussen de TAPA\$ regio's en landelijke cijfers in de periode 2016-2019. Wél zien we significant minder overledenen die een lange ziekenhuisopname (>14 dagen) hebben gehad in de laatste 30 dagen in de TAPA\$ regio's ten opzichte van het landelijke beeld. In de TAPA\$ regio's wordt 6,6% van de overledenen langdurig opgenomen en in de rest van het land is dit 7,3%.

Figuur 2

Potentieel niet-passende zorg in Nederland (2016-2019) (n=540.087) in vergelijking met TAPA\$ regio's (n=19.548)



† Score op één van de zes items van potentieel niet-passende zorg

‡ Alleen voor overledenen met kanker

★ Statistisch significant verschil (p<0,05)

Regio vs landelijk: Passende zorg: coördinatie en continuïteit

Passende zorg is gedefinieerd door de Werkgroep kwaliteit van TAPA\$, om inzicht te geven in de coördinatie en continuïteit van zorg. In **tabel 3.2** staat het percentage van de overledenen dat potentieel passende zorg heeft ontvangen. De periode tussen het laatste ziekenhuisontslag en het eerste huisartsencontact na dat ontslag is korter bij overledenen in de TAPA\$ regio's dan bij overledenen in de rest van het land. Er is geen significant verschil gevonden in de timing van de laatste ziekenhuisopname (doordeweeks versus in het weekend).

tabel 3.2 Potentieel passende zorg in Nederland (2016-2019) in vergelijking met TAPA\$ regio's sinds de start van TPZ

	landelijk	TAPA\$ regio's	P-waarde
	%(n)	%(n)	
Timing ziekenhuisopname in laatste maand voor overlijden			
	n=198.352	n=7.103	
doordeweeks dag (ma-vr)	74,3 (147.296)	73,5 (5.238)	0,328
weekend (za-zo)	25,7 (51.056)	26,3 (1.865)	
Tijd tussen laatste ziekenhuisontslag en eerstvolgende huisartsencontact			
	n=208.169	n=7.706	
0-6 dagen	78,6% (163.562)	81,5% (6.280)	0,000*
≥ 7 dagen	21,4% (44.607)	18,5% (1.426)	

* significant verschil (p-waarde < 0.05)

Voor en na de start van het initiatief in de TAPA\$ regio's

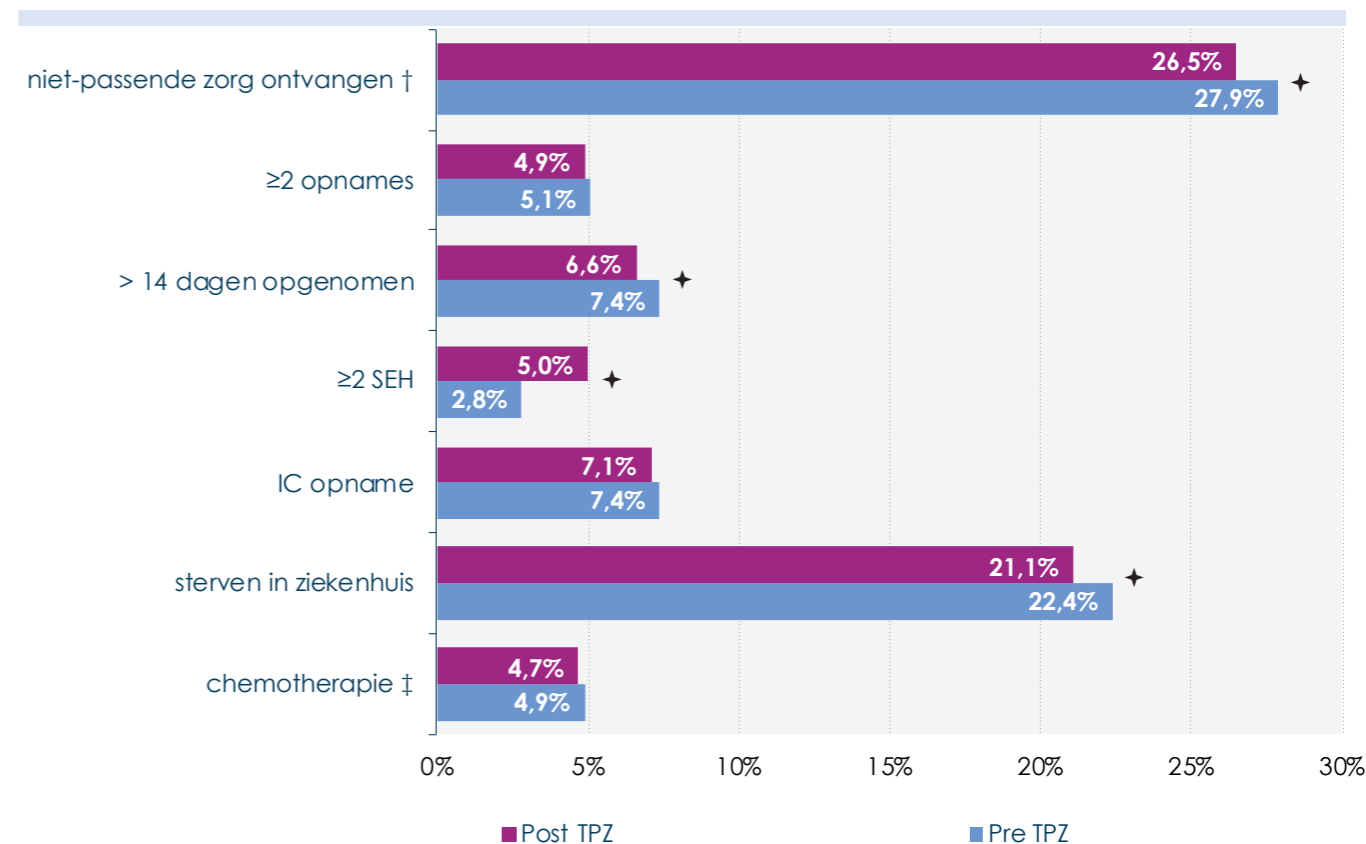
In de TAPA\$ regio's is een vergelijking gemaakt van de kwaliteit van palliatieve zorg in de periode voordat de transmurale palliatieve zorg (TPZ) initiatieven zijn gestart (pre) en de periode nadat de initiatieven zijn gestart (post). De start van de initiatieven is per initiatief vastgesteld en verschilt onderling, zie bijlage 2. Dit noemen we de vergelijking tussen pre TPZ en post TPZ.

Voor en na de start: Potentieel niet-passende zorg in de laatste maand van het leven

In **figuur 3** staat het percentage van overledenen dat potentieel niet-passende zorg heeft ontvangen in de laatste 30 dagen van het leven. In de periode na de start van de initiatieven in transmurale palliatieve zorg ontvingen significant minder overledenen potentieel niet-passende zorg dan voor de start van deze initiatieven, respectievelijk 26,5% vs. 27,9%. Vooral lange ziekenhuisopnames en sterven in het ziekenhuis kwamen minder voor sinds de start van de initiatieven. Anderzijds is het aantal overledenen dat de spoedeisende hulp (SEH) heeft bezocht in de laatste 30 dagen van het leven hoger in de periode sinds de start van de initiatieven.

Figuur 3

Potentieel niet-passende zorg pre TPZ (n=17.920) vergeleken met post TPZ (n=19.548)



† Score op één van de zes items van potentieel niet-passende zorg

‡ Alleen voor overledenen met kanker

+ Statistisch significant verschil (p<0,05)

Voor en na de start: Potentieel passende zorg

In **tabel 3.3** staat het percentage van overledenen die potentieel passende zorg hebben ontvangen in de laatste 30 dagen van het leven. De tijd tussen het laatste ziekenhuisontslag en het eerste huisartscontact sinds dat ontslag is significant korter sinds de start van deze initiatieven (post TPZ) in vergelijking met hiervoor (pre TPZ). Er is geen significant verschil gevonden in de timing van de ziekenhuisopname (doordeweeks versus in het weekend).

tabel 3.3 percentage van overledenen dat potentieel passende zorg heeft ontvangen

	Pre TPZ†	Post TPZ‡	P-waarde
	%(n)	%(n)	
Timing ziekenhuisopname in laatste maand voor overlijden			
	n=6.820	n=7.103	
doordeweeks dag (ma-vr)	74,8 (5.096)	73,5 (5.238)	0,328
weekend (za-zo)	25,3 (1.724)	26,3 (1.865)	
Tijd tussen laatste ziekenhuisontslag en eerstvolgende huisartscontact			
	n=208.169	n=7.706	
0-6 dagen	79,9% (5.815)	81,5% (6.280)	0,006*
≥ 7 dagen	20,3% (1.479)	18,5% (1.426)	

† pre TPZ = periode vóór transmurale palliatieve zorg (TPZ) in de TAPA\$ regio's

‡ post TPZ = periode ten tijde van transmurale palliatieve zorg in de TAPA\$ regio's

* significant verschil (p < 0.05)

Overledenen gezien door initiatieven vergeleken met vergelijkbare controlegroep

Niet alle overledenen in de regio's hebben transmurale palliatieve zorg ontvangen. Daarom zijn de patiënten die dit wel hebben ontvangen (ofwel daadwerkelijk gezien zijn door de initiatieven) te identificeren in de declaratiedata. Hiervoor hebben de meeste initiatieven aangegeven welke mensen zij hebben gezien binnen het transmurale palliatieve zorg initiatief. Op basis van de gegevens die de initiatieven over deze patiënten geregistreerd hadden konden niet alle patiënten die zij gezien hadden gekoppeld worden in de declaratiedata.

Het aantal overledenen dat in de initiatieven gezien is én ook te identificeren was in de declaratiedata is beperkt (n=210). In deze paragraaf worden de overledenen, die werkelijk gezien zijn in het initiatief vergeleken met een vergelijkbare

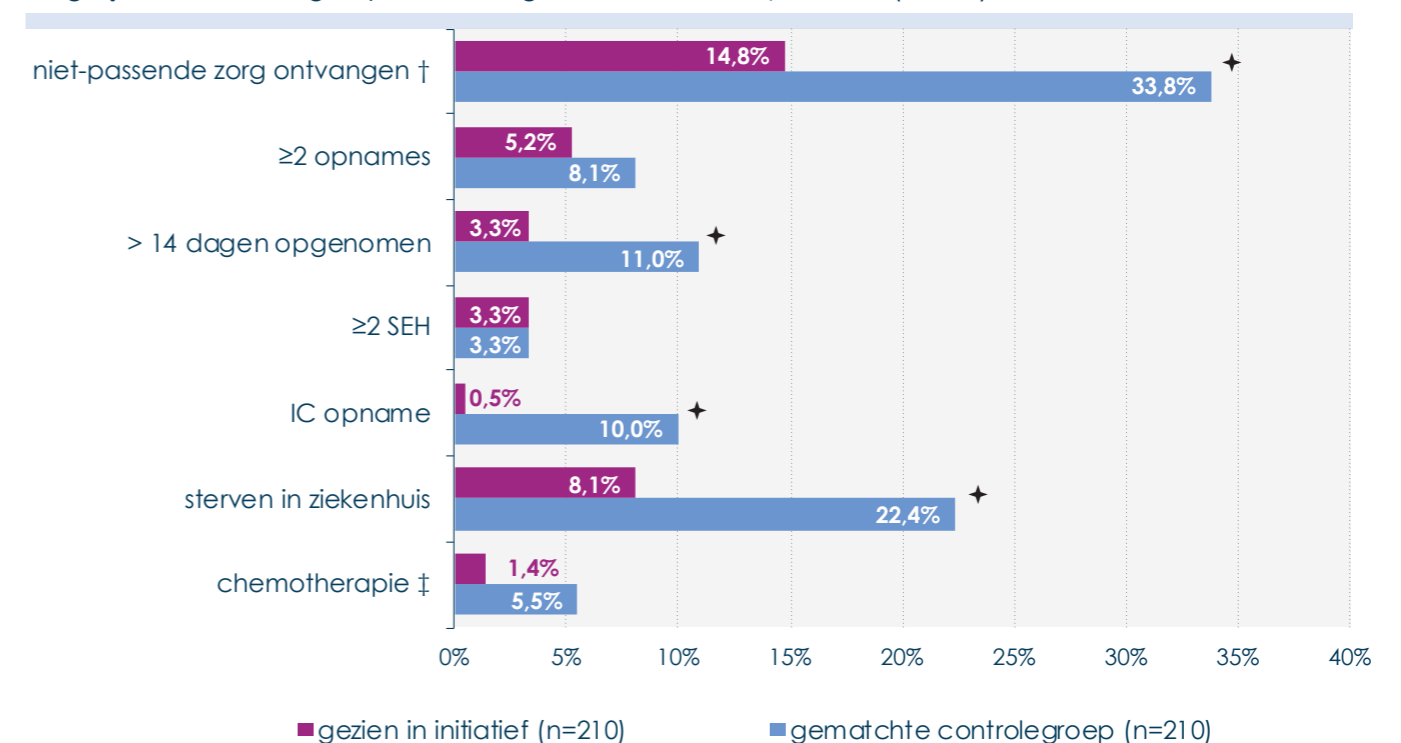
controlegroep, die niet gezien is in een TAPA\$ initiatief. Deze vergelijkbare controlegroep is gematcht op leeftijd, geslacht, diagnose kanker, jaar van overlijden en regio.

Gezien door initiatief vs. controlegroep: Potentieel niet-passende zorg in de laatste maand van het leven

In **figuur 4** staat het percentage van de overledenen dat potentieel niet-passende zorg heeft ontvangen. Het percentage overledenen dat niet-passende zorg heeft ontvangen in de laatste 30 dagen van het leven is significant lager in de groep overledenen die door de initiatieven gezien zijn (n=210) in vergelijking met de controlegroep (n=210), namelijk 14,8% tegenover 33,8%. Dit significant lager percentage van niet-passende zorg zien we ook terug/bij langdurige opname (>14d), IC opname en sterven in het ziekenhuis.

Figuur 4

Potentieel niet-passende zorg* voor overledenen gezien binnen een TAPA\$ initiatief (n=210) en een vergelijkbare controlegroep die niet is gezien in een TAPA\$ initiatief (n=210)



* Alle items betreffen de laatste 30 dagen voor overlijden, behalve sterven in het ziekenhuis.

† Score op één van de zes items van potentieel niet-passende zorg;

‡ Alleen voor overledenen met kanker

♣ Statistisch significant verschil (p<0,05)

Gezien door initiatief vs. controlegroep:**Potentieel passende zorg**

In **tabel 3.4** staat het percentage van overledenen die potentieel passende zorg hebben ontvangen in de laatste 30 dagen van het leven. De tijd tussen het laatste ziekenhuisontslag en het eerste huisartscontact sinds dat ontslag verschilt niet tussen de overledenen gezien in het initiatief en vergelijkbare overledenen die niet gezien zijn in een TAPA\$ regio. Er is ook geen significant verschil gevonden in de timing van de ziekenhuisopname (doordeweeks versus in het weekend).

tabel 3.4 percentage van overledenen gezien binnen initiatief en een vergelijkbare controlegroep die niet in gezien in een TAPA\$ initiatief dat potentieel passende zorg heeft ontvangen

	niet gezien binnen initiatief (controle groep)	gezien binnen initiatief	P-waarde
	%(n)	%(n)	
Timing ziekenhuisopname in laatste maand voor overlijden			
	n=96	n=66	
doordeweeks dag (ma-vr)	80,2 (77)	78,8 (52)	0,825
weekend (za-zo)	19,8 (19)	21,2 (14)	
Tijd tussen laatste ziekenhuisontslag en eerstvolgende huisartscontact			
	n=113	n=135	
0-6 dagen	78,8% (89)	81,5% (110)	0,592
≥ 7 dagen	21,2% (24)	18,5% (25)	

3.2 ERVAREN KWALITEIT

Om inzicht te krijgen in de meerwaarde die zorgverleners ervaren als het gevolg van transmuraal werken zijn tussen april 2020 en juni 2021 telefonische interviews (n=16) gehouden met betrokkenen bij de verschillende initiatieven, waarvan één dubbelinterview. Van ieder initiatief is een projectleider of iemand in een vergelijkbare rol gesproken (n=6). Daarnaast is per initiatief één of twee betrokken zorgverleners geïnterviewd, zoals verpleegkundigen (n=6), huisartsen (n=3) en medisch specialisten (n=2). Twee derde van de zorgverleners was werkzaam in de eerstelijns (64%) en 36% in de tweedelijns. De interviews werden opgenomen en woordelijk uitgewerkt. Deze transcripten zijn vervolgens open gecodeerd en thematisch geanalyseerd.

Alle geïnterviewde professionals ervaren een meerwaarde van transmuraal werken, zowel voor de patiënt en diens naasten, als voor betrokken zorgverleners. Dit betreft ervaren meerwaarde op zowel de inhoud als de organisatie van de zorg. De respondenten geven aan dat transmurale palliatieve zorg leidt tot betere kwaliteit van palliatieve zorg zoals betere symptoombehandeling, meer eigen regie door de patiënt, vaker sterven op de plek van voorkeur, minder acute zorg en dat zorgvragen van de patiënt beter in beeld zijn. Hierbij is vaak sprake van een samenwerking, waarbij de wijze waarop de transmurale palliatieve zorg is georganiseerd een meerwaarde oplevert voor de inhoud van deze zorg. Een voorbeeld is dat zorgverleners ervaren meer tijd te hebben binnen het transmuraal werken om een gesprek met de patiënt te voeren. Dit zorgt ervoor dat de patiënt meer informatie heeft, wat de gezamenlijke besluitvorming ten goede komt. Tegelijkertijd helpt dit de zorgverlener om een breder beeld van de patiënt te krijgen en biedt dit gesprek andere zorgverleners de kans om hierop aan te sluiten en een gesprek over wensen en behoeften makkelijker te openen. De volgende quote illustreert dit tweezijdige effect van transmuraal werken:

“En die palliatieve zorgcoach die coacht dus de patiënt aan de ene kant, om de goede vragen te stellen om de juiste hulp in te zetten, vroegtijdig ook de zaken boven tafel te krijgen. Dat is de ene kant. Aan de andere kant coacht die palliatieve zorgcoach ook de professional, dus de medisch specialist, de huisarts, de wijkverpleegkundige, de fysiotherapeut, et cetera, over wat is in deze casus goed en niet goed om te doen.”

Het blijkt echter moeilijk om een grens te trekken tussen meerwaarde die toe te kennen is aan lijn-overstijgende samenwerking en meerwaarde die voortkomt uit de inzet van specialisten palliatieve zorg. De TAPA\$ initiatieven zijn vaak namelijk niet alleen een interventie op transmuraal werken, maar ook op palliatieve zorg inhoudelijk (bijvoorbeeld doordat scholing plaatsvindt van zowel generalisten als in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners in het kader van het project).

De ervaren meerwaarde van TPZ zoals in de interviews aangegeven door de betrokken professionals kan worden onderverdeeld in de volgende thema's:

Vier-dimensionele benadering

De respondenten benoemen de vier-dimensionele benadering in de transmurale initiatieven op verschillende manieren. Ten eerste geven de respondenten aan dat er door de wijze waarop de transmurale samenwerking is georganiseerd meer oog is voor de psychologische, sociale en spirituele aspecten. Hierbij ervaren zorgverleners dat binnen de transmurale initiatieven naasten van patiënten beter worden betrokken. Dit komt volgens de respondenten onder andere doordat, wanneer gesprekken thuis bij de patiënt plaats-

vinden, de naasten vaker aanwezig zijn en zo ook meer informatie meekrijgen. Dit aspect wordt ook benoemd bij het thema 'Context van de patiënt kennen'.

Een tweede aspect is dat de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners die worden ingezet in de verschillende initiatieven vaak de sociale kaart met betrekking tot palliatieve zorg beter kennen dan hun collega's, die generalist in de palliatieve zorg zijn. Hierdoor kan, daar waar nodig, passend worden doorverwezen naar andere professionals die op de verschillende dimensies kunnen ondersteunen.

Laagdrempelig contact met zorgverleners

Vershillende initiatieven werken met een (in palliatieve zorg gespecialiseerde) verpleegkundige. Respondenten merken op dat hierdoor het contact met de zorgverlener laagdrempeliger wordt voor de patiënt, dan wanneer zij voornamelijk contact met hun huisarts of medisch specialist hebben. De respondenten vermoeden dat patiënten en naasten hun zorgvragen vaak makkelijker met een verpleegkundige delen dan met een arts.

Gezamenlijke besluitvorming

Zorgverleners ervaren binnen de transmurale samenwerking meer tijd voor gesprekken met de patiënt. In sommige initiatieven vinden deze gesprekken ook thuis bij de patiënt plaats door een in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener. Respondenten geven aan dat de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener vaak directer is in het verstrekken van informatie over verwachtingen. Dit leidt er niet alleen toe dat de patiënt meer en passender informatie krijgt, maar zorgverleners merken ook op dat wanneer patiënten thuis zijn, de informatie die ze hebben gekregen anders bezien wordt. Omdat er bij een dergelijk gesprek niet meteen een beslissing over behandelingen hoeft te worden genomen, hebben patiënten meer tijd om de informatie over hun ziekte en behandelopties te laten bezinken. Ook benoemen een aantal geïnterviewden dat door transmurale samenwerking verschillende zorgverleners (dezelfde) informatie aan de patiënt geven.

“Wat we merken is dat mensen (patiënten) zeggen als je thuis bent, dan kijk je toch weer even anders naar het geheel. Dus het is fijn dat als je thuis bent en de hectiek en de dynamiek van het ziekenhuis even achter je hebt, dus waarbij soms in korte tijd het ene na het andere slechte nieuws komt, uitslagen en dat soort dingen, dat als je thuis bent en weer wat tot rust komt, dat je dan nog weer eens wat beter kunt kijken naar wat vind ik belangrijk, welke afspraken moeten er gemaakt worden, wat wil ik nog wel, wat wil ik niet meer, wat wil ik doen of wat is voor mij van waarde in de tijd die voor me ligt?”

Vertrouwen

Respondenten geven aan dat transmurale palliatieve zorg patiënten in de thuissituatie het gevoel geeft dat er een team van zorgverleners om hen heen staat, in plaats van het idee dat de zorg die zij krijgen rust op een individu. Patiënten weten dat de huisarts kan terugvallen op het team palliatieve zorg. Ook ervaren ze dat de betrokken zorgverleners elkaar op de hoogte houden en hetzelfde beleid voor ogen hebben. Dit geeft een gevoel van rust en vertrouwen.

Huisartsen zeggen:

“Door daar zo bij stil te staan leer ik de persoon van de patiënt toch al beter kennen in een eerder stadium dan ik misschien anders had gedaan. En ja, groeien we samen toe naar invulling in die laatste levensfase, waarvan we van elkaar weten wat de verwachtingen zijn en behoeftes of angsten of dat soort dingen.”

Afname en verplaatsing van zorggebruik

Geïnterviewden ervaren een verschuiving en soms ook afname van de zorgconsumptie als gevolg van het transmuraal werken. Zo gaan patiënten minder vaak naar het ziekenhuis en kiezen zij er soms voor om niet meer behandeld te worden. Ook worden vaker vrijwilligers ingezet.

“Bijvoorbeeld: ik ben bij een patiënt op dinsdag geweest en de PZ-coach komt op vrijdag, nou die vindt toch dat de patiënt minder comfortabel is. Die beseft dan ook van ojee, we gaan het weekend in, het lijkt me goed om daar de huisarts nog even over in te lichten. Dus dan is er toch een soort anticiperend beleid, wat niet alleen van mij afhangt, maar ook van iemand die meedenkt van het is misschien toch goed om te zorgen dat er wat medicatie achter de hand is voor het weekend”

Proactieve zorgplanning

Respondenten noemen een aantal keer dat het transmuraal werken leidt tot meer proactieve zorg. Hierbinnen kan onderscheid gemaakt worden tussen twee aspecten. Enerzijds geven zorgverleners aan dat zij door het transmuraal werken de patiënt beter kennen en langer samen in het proces zitten. Zij ervaren hierdoor dat het makkelijker is om proactieve zorgplanning te bespreken.

Daarnaast wordt een vorm van proactieve zorgplanning op de korte termijn ervaren, namelijk een anticiperend beleid op korte termijn, doordat er meerdere zorgverleners betrokken zijn bij de patiënt die vooruitdenken over welke scenario's op korte termijn mogelijk zijn.

Deskundigheidsbevordering

Uit de interviews komt naar voren dat door de transmurale samenwerking zorgverleners van elkaar leren. Niet alleen leert de generalist palliatieve zorg van in de palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener, ook krijgen zorgverleners meer zicht op hoe de zorg in andere settings wordt verleend en wat daar mogelijk is en wat niet.

“Nou ik denk dat de mensen die het team bemensen dat die allemaal door de manier waarop we hebben gewerkt de afgelopen jaren, meer kennis hebben van hoe het in het ziekenhuis gaat en hoe het in de eerste lijn gaat of in het verpleeghuis. En dat daarmee de advisering ook wel wat praktischer is geworden. En ook daardoor uitvoerbaarder. [...] En daardoor worden adviezen ook eerder overgenomen. Als je advies geeft wat prima kan werken maar wat niet uitvoerbaar is, ja daar schiet de patiënt natuurlijk ook niks mee op.”

Nieuwe zorgverlener brengt nieuw perspectief

De werkwijze van een aantal van de initiatieven leidt ertoe dat er een nieuwe, meestal een in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener, wordt geïntroduceerd aan de patiënt. Enerzijds leidt de betrokkenheid van deze nieuwe zorgverlener tot een verandering in de dynamiek van de reeds betrokken zorgverleners. Deze nieuwe zorgverlener heeft ‘een frisse blik’ op de situatie en brengt vaak nieuwe expertise in. Respondenten geven aan dat dit kan leiden tot andere inzichten bij de reeds betrokken zorgverleners. Anderzijds geven respondenten aan dat een nieuwe zorgverlener het gesprek met de patiënt kan openen, omdat de patiënt en zorgverlener nog geen geschiedenis samen hebben. Als gevolg van het gesprek dat de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener in het transmurale initiatief voert met een patiënt, ervaren reeds betrokken zorgverleners dat zij daarna zelf ook makkelijker met hun patiënt het gesprek kunnen voeren over de palliatieve fase en keuzes die daarbij gemaakt kunnen worden.

Zorgverlener heeft de tijd voor een verdiepend gesprek

De respondenten ervaren dat, door de wijze waarop de transmurale initiatieven zijn ingericht, er tijd is voor een verdiepend gesprek. Deze gesprekken zijn bedoeld om de patiënt goed te informeren en soms ook om een vier-dimensionele anamnese te doen.

Context van de patiënt kennen

Respondenten geven aan dat zij door de organisatie van het transmurale werken, meer inzicht krijgen in de bredere context van de patiënt. Wanneer zij bij de patiënt thuis komen, geeft dit hen bijvoorbeeld meer informatie dan een gesprek in het ziekenhuis of een telefonisch consult. Ook benoemen respondenten dat zij, doordat zij eerder in het proces verdiepende gesprekken hebben met de patiënt, een breder beeld krijgen van wie de patiënt is en hoe zijn leven er uit ziet.

“En het besef dat je een keten met elkaar bent en dat ieder zijn expertise daarin heeft. En dat je met elkaar zo mooi zo’n team kan vormen. En dat er gewoon op bepaalde vlakken meer expertise in de tweede lijn zit en als die beschikbaar wordt voor de eerste lijn dat je relatief eenvoudig aan deskundigheidsbevordering kan doen.”

Betere afstemming tussen zorgverleners

Uit de interviews komt naar voren dat doordat zorgverleners elkaar kennen, uit dezelfde regio komen en meer leren over elkaars werksituatie er meer onderling begrip ontstaat. Meer onderling contact en kennis over elkaars kunnen en mogelijkheden binnen ‘de andere lijn’ leiden tot betere afstemming tussen zorgverleners. Respondenten geven aan dat dit onder andere leidt tot eenduidigheid in beleid, duidelijke afspraken over wie de regie heeft en continuïteit van zorg.

Huisarts voelt zich gesteund

De respondenten ervaren dat door de transmurale samenwerking met name de huisarts zich gesteund voelt, vooral doordat de huisarts met vragen makkelijk bij collega's terecht kan. Dit kunnen medisch specialisten zijn, maar ook het team palliatieve zorg waar door de transmurale samenwerking meer contact mee is. Dit maakt overleggen laagdrempeliger voor de huisarts. Tevens ontlast het de huisarts vaak in het regelen van praktische zaken voor de patiënt. Bovendien geeft de transmurale samenwerking zowel huisartsen als medisch specialisten vertrouwen te weten dat er regelmatig contact vanuit het initiatief is met de patiënt.

“Dus de regionale context maakt dat het voor mensen die een vraag stellen heel vanzelfsprekend is om te bellen, de lijntjes zijn kort, en ook dat zij zien dat het antwoord is wat past in de lokale situatie, wat natuurlijk heel erg prettig is.”

Brengt bredere samenwerking tot stand

Doordat de zorgverleners elkaar kennen als gevolg van het transmuraal samenwerken, zoeken ze elkaar ook op buiten het transmurale initiatief om. Zo benoemen respondenten bijvoorbeeld dat het team PZ vaker benaderd wordt, ook los van het transmurale palliatieve zorg initiatief en ontstaan nieuwe initiatieven vanuit deze samenwerking.

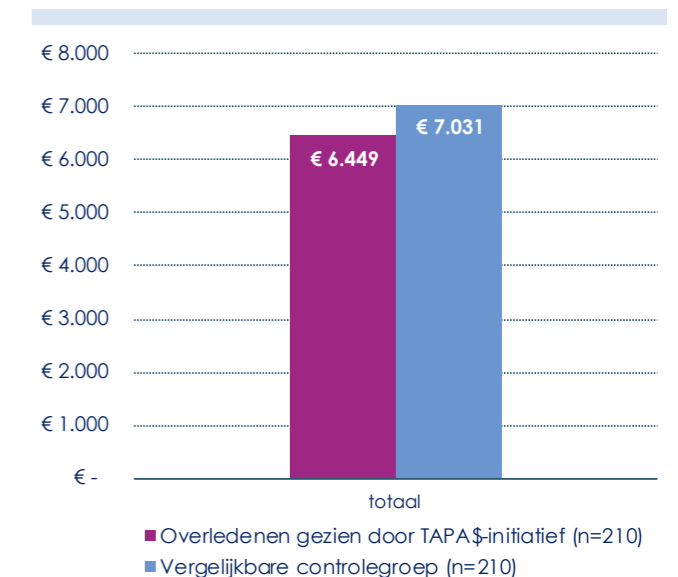
3.3 KOSTEN

In deze paragraaf worden de gedeclareerde zorgkosten van overledenen, die werkelijk gezien zijn in een TAPA\$-initiatief (n=210) vergeleken met een vergelijkbare controlegroep die niet gezien is in een TAPA\$-initiatief (n=210) (zie paragraaf 3.1.3). De mediane kosten per overledene in de laatste 30 dagen van het leven voor beide groepen (n=420) waren in de bestudeerde periode € 6.906 (interquartile range [IQR] € 7.627).

Omdat de vergelijking gebaseerd is op declaratie data, en de TAPA\$-initiatieven de transmurale palliatieve zorg, die zij leveren nog niet konden declareren in de bestudeerde periode, zijn deze zorgkosten niet zichtbaar in deze vergelijking.

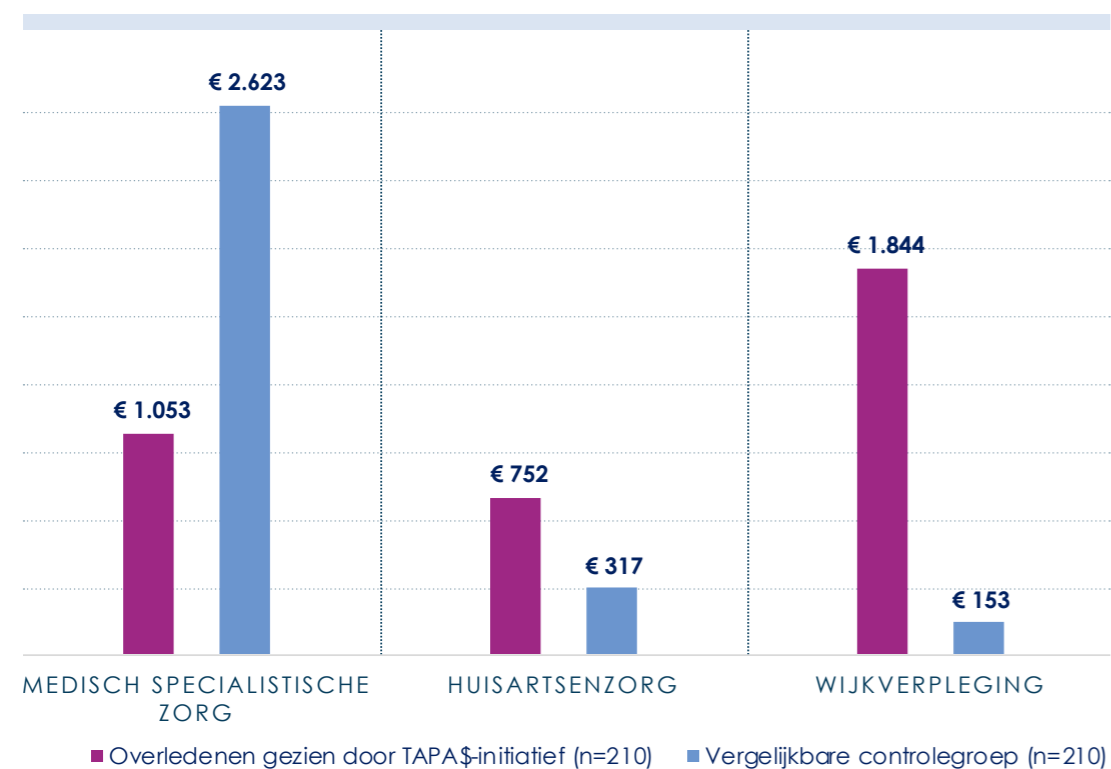
De mediane gedeclareerde zorgkosten in de laatste 30 dagen voor overlijden van overledenen die gezien zijn in een TAPA\$-initiatief waren € 6.449 (IQR 7.172). In de vergelijkbare controlegroep waren de mediane kosten € 7.031 (IQR 8.257). (zie **figuur 5**)

Figuur 5 Totale gedeclareerde zorgkosten in de laatste 30 dagen voor overlijden van overledenen die gezien zijn in een TAPA\$-initiatief (n= 210) en een vergelijkbare controlegroep (n=210)



De mediane kosten voor medisch specialistische zorg van overledenen die gezien zijn in een TAPA\$ initiatief waren € 1.053, voor huisartsenzorg € 752 en voor wijkverpleging € 1.844. In de vergelijkbare controlegroep waren de mediane kosten voor medisch specialistische zorg € 2.623, voor huisartsenzorg € 317 en voor wijkverpleging € 153. (zie **figuur 6**)

Figuur 6 Gedeclareerde zorgkosten voor medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en wijkverpleging in de laatste 30 dagen voor overlijden van overledenen die gezien zijn in een TAPA\$ initiatief (n= 210) en een vergelijkbare controlegroep (n=210)



In de groep overledenen die door de TAPA\$-initiatieven gezien zijn, zijn voor 19 overledenen kosten voor niet-passende zorg gedeclareerd in de laatste 30 dagen van het leven. In de vergelijkbare controlegroep zijn deze kosten voor 48 overledenen gedeclareerd. In totaal waren de mediane kosten van potentieel niet-passende zorg € 8.617 (n=67). De mediane kosten voor potentieel niet-passende zorg voor overledenen die gezien zijn door de TAPA\$-initiatieven en voor wie kosten voor niet-passende zorg zijn gedeclareerd in de laatste 30 dagen van het leven zijn € 7.890. Voor overledenen in de vergelijkbare controlegroep voor wie kosten voor niet-passende zorg zijn gedeclareerd in de laatste 30 dagen van het leven, waren de mediane kosten hiervoor € 8.974 (zie **tabel 3.5**).

tabel 3.5 Kosten potentieel niet-passende zorg van overledenen die gezien zijn in een TAPA\$ initiatief en een vergelijkbare controlegroep

	n	mediaan
Kosten potentieel niet-passende zorg		
Overledenen die gezien zijn in een TAPA\$ initiatief	19	€ 7.890
Vergelijkbare controlegroep	48	€ 8.974
Totaal	67	€ 8.617

04 Bekostiging

4.1 ONTWIKKELING EXPERIMENTEERPRESTATIES

De bekostiging in Nederland biedt ruimte voor (delen van) de zorgactiviteiten die de initiatieven transmuraal inrichten, echter de NZa concludeerde in haar rapport 'Samenwerken in de palliatieve zorg: zorg rondom de patiënt' (2018)²² dat de huidige bekostiging transmurale palliatieve zorg niet stimuleert.

De werkgroep bekostiging van TAPA\$ heeft een analyse gedaan naar de reguliere bekostigingsmogelijkheden van de zorgactiviteiten die de initiatieven transmuraal inrichten (zie *bijlage 4*). Daaruit maakten zij op dat daarmee de bekostiging van de zorg in hun initiatief zeer complex en/of niet toereikend was. Daarom hebben de initiatieven als aanvulling op de reguliere mogelijkheden drie tijdelijke zorgprestaties ontwikkeld in het kader van de *NZa Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten*. Tijdens een Invitational Conference in 2019 zijn deze afgestemd met de klankbordgroep van het project. De NZa heeft per 1 januari 2020 een beschikking hiervoor afgegeven.

Het betreft de volgende prestaties:

Transmurale coördinatie en continuïteit palliatieve zorg

Samenwerking generalistische en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners zonder directe behandelrelatie: onder andere transmuraal MDO, telefonische consultatie en coördinatie taken.

Steun en Consultatie Palliatieve zorg (SCOP)

Bedside consultatie met voorbereiding, verslaglegging en bespreking daarvan door een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts of verpleegkundig specialist.

Regiefunctie complexe palliatieve zorg

Ondersteuning door de in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige of verpleegkundig specialist: bijvoorbeeld door middel van case-management, op- en bijstellen zorgplan, afstemming met de hoofdbehandelaar en kennisdeling generalisten.

Zie voor een uitgebreide beschrijving van de aanvraag *bijlage 5*.

De initiatieven hebben vervolgens zelf in de eigen regio het inkoopproces doorlopen.

4.2 ERVARINGEN MET BEKOSTIGING

Om inzicht te krijgen in de ervaringen met de bekostiging van transmurale palliatieve zorg zijn interviews gehouden met zorgverleners, projectleiders (of een vergelijkbare rol) en zorginkopers (van vier verschillende zorgverzekeraars) die betrokken zijn bij de verschillende initiatieven. Hiermee werd beoogd meer inzicht te krijgen in:

- Wat de verwachtingen van de bekostiging van transmurale palliatieve zorg zijn?
- Wat risico's van bekostiging en/of inkoop van transmurale palliatieve zorg zijn?
- Wat bevorderende en belemmerende factoren in de inkoop van transmurale palliatieve zorg zijn?

De methode van interviews is beschreven in *bijlage 2*.

Verwachtingen van bekostiging

Volgens de geïnterviewden ontstaat met een specifieke bekostiging voor de zorgactiviteiten die de initiatieven transmuraal inrichten de mogelijkheid om deskundigheid met betrekking tot palliatieve zorg tijdig in te zetten daar waar de patiënt is. Respondenten lichtten toe dat daarmee bijvoorbeeld belastende crisisopnames in het ziekenhuis kunnen worden voorkomen. Zij verwachtten dan ook dat met een passende bekostiging een verschuiving van zorg en zorgkosten vanuit de tweede lijn naar de eerstelijns kan worden gerealiseerd.

Daarnaast gaven zorgverleners en -aanbieders aan dat dankzij een passende bekostiging er een vergoeding komt voor de tijd die zorgverleners kwijt zijn aan transmurale multidisciplinaire afstemming en intensievere zorg voor patiënten. Er ontstaat een stimulans op multidisciplinariteit en proactieve zorg.

Voor een deel van de geïnterviewden betekent een passende bekostiging de mogelijkheid om te kunnen starten met transmurale palliatieve zorg

of deze juist door te ontwikkelen en evalueren. Zo gaf een respondent aan dat daarmee meer personeel opgeleid kan worden.

Bijna alle geïnterviewden hoopten dat door in het project TAPA\$ gezamenlijk een passende bekostiging te ontwikkelen, het makkelijker zou worden om tot een contract met de zorgverzekeraar te komen.

“Nou dat het voor de thuiszorg makkelijker wordt om extra verpleegkundigen op te leiden. Omdat er ook een betaaltitel aan gekoppeld is. En ik denk dat het een olievlekwerking zou kunnen hebben voor Nederland, want er zijn heel veel netwerken die wel zoekende zijn. En hoe dat goed vorm te geven, en als er inderdaad een betaaltitel aan gekoppeld is dat het makkelijker is om ook die route te kiezen, dat geloof ik echt. Dus dat maakt het voor andere netwerken makkelijker om aan te haken.”

Risico's van bekostiging van transmurale palliatieve zorg

Met betrekking tot de bekostiging van de ondersteuning van generalisten door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, gaven geïnterviewden aan dat niet elke zorgprofessional hier voldoende voor is opgeleid. De mogelijkheid om deze zorg te kunnen declareren, zou er toe kunnen leiden dat ook zorgaanbieders en zorgverleners zonder de juiste deskundigheid deze zorg gaan leveren. Als dat gebeurt, zou dat een devaluatie van de gehanteerde zorgprestaties betekenen.

Een ander risico dat geïnterviewden noemden, was dat een kostenbesparing nooit het doel mag worden van de inzet van palliatieve zorg. Tot slot werd aangegeven dat wanneer de transmurale samenwerking bij één van de betrokken zorgaanbieders ingekocht wordt en die vervolgens als kassier fungeert voor de andere betrokken zorgaanbieders, de onderlinge verdeling van de inkomsten tussen zorgaanbieders complex kan zijn.

Bevorderende factoren voor succesvolle inkoop

Het begint met intrinsieke motivatie, draagvlak en gevoel van eigenaarschap

Geïnterviewden gaven aan hoe intrinsieke motivatie van zorgverleners en betrokkenheid onder managers, besturen en de zorgverzekeraar de basis vormden voor hun initiatief en het kunnen starten met gesprekken over de inkoop ervan. Draagvlak is niet alleen belangrijk onder de betrokken zorgverlener of -aanbieders, maar ook onder andere zorgverleners in de regio zoals huisartsen, die patiënten kunnen aandragen om gezien te worden door een initiatief.

Onafhankelijk procesbegeleider

De belangrijkste rol is weggelegd voor de zorgaanbieders zelf, maar het aanstellen van een onafhankelijk procesbegeleider kan behulpzaam zijn.

“We zitten met een regionale zorgverzekeraar die ons helpt zeg maar. Zij geloven heel erg in het feit dat die huisarts in z'n kracht gezet moet worden en dat daar de advanced care planning moet gebeuren. Dus zij wilden ook nadrukkelijk dat die huisarts steeds in het hele traject werd meegenomen.”

Cijfermatige inzichten helpen

Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders en projectleiders gaven aan dat meer cijfermatige inzichten in de kwaliteit en kosten van transmurale palliatieve zorg helpt bij het maken van inkoopafspraken. Zowel zorgverzekeraars en zorgaanbieders deden in sommige initiatieven een voorinvestering. Daarmee kon het initiatief starten en een eerste inzicht in de beoogde kwaliteitsverbetering laten zien.

Tijdige betrokkenheid van de zorgverzekeraar

Geïnterviewden vanuit zorgverzekeraars gaven aan graag tijdig betrokken te zijn. Maar ook de zorgaanbieders/projectleiders gaven aan dat het helpt als de zorgverzekeraar een aanjagende rol heeft. Ze noemden participatie in een stuurgroep, vertrouwen in de zorgverbetering en hulp met de business case als ondersteunend. Één van de initiatieven gaf aan een gezamenlijke opdracht met de zorgverzekeraar te hebben om tot structurele bekostiging te komen. Het gezamenlijke commitment en gedeeld doel hielpen om te komen tot afspraken.

Business case is positief

Hoewel het maken van de business case volgens veel geïnterviewden niet eenvoudig is, hielp het wel dat deze positief is. Het break-even point van de investeringskosten ten opzichte van de potentiële besparing lijkt dichtbij. Daarnaast is de investering, en daarmee het risico, voor de zorgactiviteiten die de initiatieven transmuraal vormgeven relatief laag.

Betaaltitels kunnen behulpzaam zijn

Hoewel geïnterviewde zorgverzekeraars aangaven dat zij ook zonder specifieke zorgprestaties transmurale palliatieve zorg in kunnen kopen, gaven zij ook aan dat het bestaan er van ook kan helpen. Zorgaanbieders gaven aan het bestaan van zorgprestaties als helpend te ervaren. Daarbij noemden zij wel dat belangrijk is dat de administratieve lasten laag blijven.

“Het inzetten van eigenlijk wel zwaar opgeleide verpleegkundigen doen we eigenlijk al vroegtijdig. Ja dat is misschien een relatief dure inzet, maar ik denk dat het zichzelf terugverdient. En dat proberen we nu ook aan te tonen, omdat mensen daardoor misschien andere keuzes maken of dat er meer thuis opgevangen kan worden in plaats van in het ziekenhuis.”

Meerjarenafspraken over hele zorg in de regio

Geïnterviewden gaven aan dat het helpt als er in de regio tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar meerjarenafspraken zijn over de afbouw van het volume en/of budget van alle zorg (dus niet alleen over palliatieve zorg). Wanneer transmuraal palliatieve zorg wordt ingekocht in die context of als onderdeel van dergelijke afspraken, is het makkelijker om tot afspraken te komen.

Belemmerende factoren voor succesvolle inkoop

Patiëntenpopulatie nog onvoldoende in beeld

Een deel van de initiatieven gaat uit van standaardzorg voor patiënten met een laag-complexe zorgvraag en zet de transmuraal activiteiten in voor complexere patiënten. Geïnterviewden ervoeren het als lastig dat er nog geen meetinstrument voor complexiteit van de palliatieve zorgvraag is. Daarnaast gaven zij aan dat het aantal inclusies in de pilot-/projectperiode hoger had mogen zijn.

Transmuraal inkoopproces is afhankelijk van de betrokken personen

Omdat elk van de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars overeenstemming met elkaar moet vinden op zowel uitvoerend, als management- en bestuurlijk niveau vraagt de inkoop van transmuraal palliatieve zorg veel tijd voor afstemming en onderling vertrouwen. Een aantal van de initiatieven gaf daarbij aan dat wisselingen onder betrokken functionarissen leidde tot vertragingen of staking van het proces.

Transmuraal opstellen business case is complex

Hoewel de geïnterviewden aangaven dat het helpt dat de business case positief is (zie paragraaf 4.3) vinden zij het opstellen ervan complex. Het vraagt inzicht in de bekostigingswijze van andere typen zorgaanbieders en het delen van (financiële) data ligt soms gevoelig.

“We vragen echt om een transmuraal budget waarin we ons werk kunnen doen. De palliatieve patiënt vraagt daar ook om, de betrokkenheid van verschillende zorgverleners verloopt niet via een keten, maar wisselend in de tijd.”

Scheve verdeling baten en lasten tussen betrokken zorgaanbieders

Daarnaast vallen de baten in de business case niet daar waar de kosten liggen. Vaak betekent transmuraal palliatieve zorg dat er meer kosten gemaakt worden in de eerstelijns en minder kosten in het ziekenhuis. Er is onder zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars draagvlak voor deze verschuiving van kosten, maar de operationalisering er van wordt als complex ervaren. Zorgverzekeraars zijn hier niet op ingericht en moeten soms met meerdere zorginkopers gezamenlijk het inkoopproces doorlopen. Voor zorgaanbieders betekent het soms dat zij ongelijk beloofd worden voor hun participatie in de transmuraal samenwerking. Soms blijkt daarbij dat, ondanks dat zorgaanbieders belang hechten transmuraal palliatieve zorg, de samenwerking toch wringt met het belang van de eigen organisatie.

“We zijn heel erg op zoek naar wat is regulier bekostigd en wat niet. Want heel veel van de normale reguliere zorg maakt dit ook mogelijk wat we nu doen, maar een stukje niet. En dat stukje zijn we naar op zoek, want dat moet bekostigd gaan worden, en daarom zijn de experimentele bekostigingsregels van belang. En dat is nu nog geen issue omdat de partijen mensen beschikbaar stellen in het kader van dit project, doen dat om niet. Maar dat kan natuurlijk niet voor de eeuwigheid zo zijn.”

Verplaatsen zorg en kosten vanuit het ziekenhuis naar de eerstelijns gaat moeizaam

Om de beoogde besparing in het ziekenhuis inzichtelijk te maken, moet bekeken worden welk deel van de DBC verplaatst kan worden naar de eerstelijns. Het ziekenhuis maakt echter niet direct lagere kosten, dus er moeten afspraken over afbouw op langere termijn worden gemaakt, terwijl de kosten in de eerstelijns wel direct moeten worden gemaakt. Daarnaast zijn de TAPA\$-initiatieven nog relatief klein, waardoor de impact op de productie van het ziekenhuis nog klein is. Zowel geïnterviewde zorgverleners als zorgverzekeraars ervaren hoe hier mee om te gaan als ingewikkeld.

Overlap tussen (on)mogelijkheden reguliere bekostiging en benodigde bekostiging

Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars ervaren het als onduidelijk dat er enerzijds bekostigingsmogelijkheden zijn om de zorgactiviteiten die de initiatieven transmuraal vormgeven te financieren, maar dat deze anderzijds onvoldoende volstaan.

Onduidelijkheid over welk budget moet worden aangesproken voor transmuraal palliatieve zorg. Zowel geïnterviewden vanuit zorgaanbieders als zorgverzekeraars gaven aan dat niet helder is ten laste van welk budget transmuraal palliatieve zorg moet komen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan daar pragmatisch mee om, wat er toe leidt dat financiering soms vanuit de tweede lijn, soms vanuit de eerstelijns komt en het soms niet lukt daar afspraken over te maken. Zo ambiëert één initiatief om als aanbieders gezamenlijk een transmuraal budget in te kunnen zetten voor transmuraal palliatieve zorg, maar concretisering hiervan bleek complex. Het was ingewikkeld om de baten en risico's over alle betrokken zorgaanbieders te verdelen.

Geen volgrebeleid bij zorgverzekeraars

Zorgaanbieders vertelden volgrebeleid onder zorgverzekeraars te missen. Daarmee is het tijdrovend om tot dekkende afspraken voor de hele regio te komen. Zij misten daarbij betrokkenheid vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

COVID-19 pandemie verlegde prioriteiten

De geïnterviewden noemden de coronacrisis als verstoring van hun inkoopproces. De zorg voor Corona-patiënten had prioriteit en belemmerde daardoor het inkoopproces.

“We doen nu een halve innovatie: we moeten binnen het geldende systeem de oplossing zoeken en dat past dus niet. Kunnen we dat alles loslaten en een echte innovatie te doen, dus alles in zetten om de muren te slechten en de bekostiging te organiseren volgens de inhoud?”

4.3 STAND VAN ZAKEN INKOOPT

Tot op heden is in vier van de zes TAPA\$ initiatieven transmurale palliatieve zorg ingekocht. Daarvoor is gebruik gemaakt van de experimenteerprestaties, gecombineerd met reeds bestaande bekostigingsmogelijkheden:

Zorgactiviteit	Door:	(Beoogd) contract/ NZa prestatie	Stand van zaken
Gewenste zorg in de laatste levensfase			
Markerings- en proactieve zorgplannings-gesprekken	Huisarts (generalist)	Intensieve zorg	Regulier opgenomen in de inkoop
	Medisch specialist (generalist)	Facultatieve zorg	NZa Beschikking afgegeven / in onderhandeling
Transmuraal mdo, individueel zorgplan, evaluatie polyfarmacie	Huisarts (generalist)	Module ouderenzorg	Regulier opgenomen in de inkoop
	Medisch specialist(specialist)	Subsidie via Fibula	Subsidiestroom wordt in de toekomst herzien
Transmuraal zorgpad palliatieve zorg			
Transmuraal verpleegkundige palliatieve zorg	Verpleegkundige (specialist)	'Ziekenhuisverplaatste zorg' (BR Experiment V&V)	Contract afgesloten t/m 2022
Thuisconsult specialistische palliatieve zorg			
Transmuraal bedside consult	Verpleegkundig specialist, kaderarts (specialist)	TAPA\$ BR Innovatie	Contract afgesloten t/m 2022
Multidisciplinaire consultatie palliatieve zorg, samenwerkingsafspraken			
Transmurale multidisciplinaire consultatie	Transmuraal team palliatieve zorg (specialist)	TAPA\$ BR Innovatie	Contract afgesloten t/m 2022 tussen zorgaanbieders en -verzekeraar, contracten kassier en betrokken zorgaanbieders in ontwikkeling
PalliSupport			
Transmuraal mdo	Huisarts, verpleegkundige (generalist), medisch specialist, gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundig specialist, kaderarts (specialist)	TAPA\$ BR Innovatie	In onderhandeling
Transmuraal (bedside) consult	Medisch specialist, verpleegkundig specialist, kaderarts (specialist)		
Transmuraal casemanagement	Gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundig specialist (specialist)		
Transmurale 1,5 lijns zorgcoach			
Transmurale palliatieve zorgcoach	Verpleegkundige(specialist)		Transformatiegelden voor 2022 in aanvraag

*2022 wordt benut om te kijken welk type contract afgesloten kan worden voor deze zorg.

05 Beschouwing en aanbevelingen



5.1 KANSRIJK, (DOOR)ONTWIKKELING NIET VANZELFSPREKEND

Door inzichtelijk te maken welke kwaliteit van zorg transmurale palliatieve zorg in de geselecteerde initiatieven oplevert en hiervoor passende en structurele bekostiging te ontwikkelen, beoogde TAPA\$ bestaande initiatieven in transmurale palliatieve zorg te kunnen bestendigen en het ontstaan van nieuwe initiatieven te stimuleren en faciliteren.

Om dit doel te bereiken waren de volgende resultaten geformuleerd:

De basiselementen van transmurale palliatieve zorg, waarvan de kwaliteit inzichtelijk is, welke landelijk bruikbaar zijn en bekostigd kunnen worden

De resultaten in *hoofdstuk 3* laten zien dat transmurale palliatieve zorg het potentieel heeft om de kwaliteit van palliatieve zorg te verbeteren voor de groeiende populatie met deze zorgbehoefte, zonder dat betaalbaarheid van zorg in het gedrang komt. *Hoofdstuk 2* beschrijft de basiselementen van transmurale palliatieve zorg in de initiatieven. Uit *hoofdstuk 4* blijkt dat in drie van de zes initiatieven in het project daarover contracten zijn afgesloten tussen zorgverzekeraar en de betrokken zorgaanbieders.

Handreiking voor toepassing van de basiselementen voor transmurale palliatieve zorg in de praktijk

De basiselementen van transmurale palliatieve zorg in de initiatieven in het project bieden andere regio's handvatten om zelf transmurale samenwerking te starten en door te ontwikkelen. Deze basiselementen zijn daarvoor gepubliceerd in een online 'toolkit voor transmurale palliatieve zorg'.

Een plan van aanpak om te komen tot structurele bekostiging van transmurale palliatieve zorg

Hoofdstuk 4 laat zien wat de initiatieven hielp bij het komen tot een contract, maar ook dat zij daarin nog uitdagingen ervaren. Tot op heden is nog niet in alle initiatieven een inkoopcontract afgesloten over transmurale palliatieve zorg. Dat roept de vraag op of een plan van aanpak voor structurele bekostiging al kan worden opgeleverd. Maar juist vanwege het zichtbaar geworden potentieel van transmurale palliatieve zorg, lijkt het des te belangrijker om de randvoorwaarden voor (door)ontwikkeling, zoals de bekostiging, beter op orde te krijgen.

- Wat zijn onderliggende oorzaken van het moeilijk tot stand komen van de inkoop?
- Hoe kunnen ervaren belemmeringen worden weggenomen?
- Wat is nodig voor de (door)ontwikkeling van transmurale palliatieve zorg?

5.2 (Meer dan) een bekostigingsvraagstuk

De ervaren bevorderende en belemmerende factoren in de inkoop (zie paragraaf 4.2) zijn niet allemaal uniek voor transmurale palliatieve zorg.²³ Desondanks lijkt het specifieke karakter van de palliatieve zorg in relatie tot de inrichting van de bekostiging invloed te hebben op de ervaren uitdagingen:

Specifieke karakter van de palliatieve zorg

Palliatieve zorg beantwoordt een zorgvraag, maar is geen aandoening

Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten, die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid.¹⁶ Daarbij gaat het om diverse aandoeningen of kwetsbaarheden⁴. Die diversiteit leidt tot verschillen in zorgvraag en behoefte aan palliatieve zorg.²⁴ Ook de periode waarin die behoefte aan palliatieve zorg er kan zijn, verschilt. Tot slot vindt markering van de palliatieve fase niet plaats op basis van diagnostiek zoals in de curatieve zorg, maar op basis van een inschatting van de levensverwachting van de patiënt.¹⁶

Palliatieve zorg wordt interdisciplinair geleverd door zorgverleners zonder en met specialisatie in palliatieve zorg

In Nederland wordt palliatieve zorg geleverd door elke zorgverlener. Voor wat betreft de palliatieve zorg zijn zij generalist. Zij kunnen waar nodig ondersteuning van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners ontvangen.¹⁶ Er is weinig kennis beschikbaar over voor welke patiënt welke vorm van palliatieve zorg nodig is. Wanneer is generalistische kennis voldoende en wanneer vraagt het om specialistische kennis? Daarnaast zijn nog niet voor alle disciplines landelijke afspraken gemaakt over aan welke criteria een zorgverlener moet voldoen om gespecialiseerd in palliatieve zorg te zijn.

Inrichting van de bekostiging

Bekostiging is gericht op 'doen'

De dominante bekostigingsvorm in Nederland is 'vergoeding per verrichting'. De financiële prikkel is daarin gericht op het uitvoeren van verrichtingen, een volume- of productieprikkel.²⁵ Afzien van behandelingen levert daardoor een inkomstenvermindering op, ongeacht het effect daarvan op de kwaliteit. Voor palliatieve patiënten leidt dit er toe dat doorbehandelen een zorgaanbieder meer inkomsten oplevert dan het stoppen met behandelen, terwijl 'niets doen' soms juist bijdraagt aan meer ervaren kwaliteit van leven.^{11, 27}

Bekostiging is gericht op het individu

Zowel de Zorgverzekeringswet als de Wet langdurige zorg zijn gebaseerd op het uitkeren van de verzekerde prestaties per individuele verzekerde. Activiteiten die niet aan een individu, maar aan een groep ten goede komen, worden nu verdisconteerd in de tarieven (zoals binnen de DBC-systeematiek)²⁸, vergoed middels een opslag op het tarief of door het uitkeren van lumpsum-bedragen.²⁹ Om die vergoeding te verkrijgen, dient de patiënt echter wel aanspraak te kunnen maken op de zorg waarvoor het tarief gedeclareerd kan worden, met andere woorden, de patiënt moet daarvoor bij de aanbieder in zorg zijn. Bij transmurale palliatieve zorg brengen soms professionals expertise in waarmee een kwaliteitsverbetering kan worden bereikt, zonder dat zij zelf de patiënt in zorg hebben, bijvoorbeeld in een transmuraal mdo.

Bekostiging is vooral monodisciplinair

Elke discipline kent een eigen bekostiging.²² De vergoeding voor de medisch specialistische zorg is bijvoorbeeld anders ingericht dan de vergoeding voor de wijkverpleging of verpleeghuiszorg. Het leveren van dezelfde zorg, kan dan ook verschillend worden beloond per sector. Daarnaast wordt er in de bekostiging geen relatie gelegd tussen deze verschillende sectoren. Dat maakt dat elke discipline gericht is op het deel van de zorg dat hij zelf bijdraagt aan de zorg voor de patiënt, terwijl voor de patiënt het geheel van de bijdragen van alle betrokken disciplines bepalend is voor de kwaliteit.

Oplossingsmogelijkheden

Door deze eigenschappen van de palliatieve zorg en de bekostiging is het ingewikkeld om:

- activiteiten buiten de reeds beschreven richtingen voor palliatieve zorg te vergoeden;
- alle bij de transmurale samenwerking betrokken zorgverleners te vergoeden voor hun bijdrage aan de kwaliteit van palliatieve zorg
- de deskundigheid van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners ook als zodanig te belonen.

De binnen TAPA\$ ontwikkelde prestaties in het kader van de NZa Beleidsregel voor kleinschalige experimenten, bieden hiervoor ten dele een oplossing. Ze bieden ruimte voor ontbrekende activiteiten in de reguliere bekostiging en zijn niet afhankelijk van een specifieke sector. De beperkte inkoop van de prestaties laat echter zien dat ze slechts een deel van de oplossing zijn.

Studies naar alternatieve manieren van bekostiging, zoals populatie-, bundel- of budgetbekostiging kunnen, al dan niet gecombineerd met afspraken over uitkomsten en shared savings²⁵, laten zien dat verschillende elementen kunnen helpen om tot inkoop te komen^{26, 30}:

- een goede afbakening van de populatie palliatieve patiënten;
- duidelijkheid over welke periode voorafgaand aan het overlijden de inkoop moet gaan;
- een afbakening van welke zorg meegenomen moet worden in het inkoopcontract;
- duidelijkheid over hoe kwaliteitsverbetering kan worden gemeten;
- duiding van wie van de betrokken zorgverleners verantwoordelijk is of zijn voor kwaliteitsverbetering;
- helderheid over via welke governancestructuur deze verantwoordelijkheid/-heden kan/kunnen worden belegd;

Samenwerken (netwerkvorming) verandert de vormgeving en resultaten van processen, ervaringen, macht en cultuur aanzienlijk.³¹ De beantwoording van deze vragen gaan dan ook niet alleen over de bekostiging van palliatieve zorg. Het vraagt ook om een zorginhoudelijk en organisatorisch perspectief. De zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de initiatieven vinden regionaal antwoord op deze vragen, waardoor het hen lukt

om tot inkoop te komen. Echter, dit kost hen veel tijd, inzet en afstemming en gemaakte afspraken blijven een tijdelijk karakter houden.

5.3 Ontwikkelingen sinds de start van het project

TAPA\$ ging begin 2019 van start. Rondom andere ziektebeelden was toen al ervaring opgedaan met meer transmurale samenwerking en netwerkvorming en die ontwikkelingen hebben zich doorgezet. Rondom bijvoorbeeld dementie, oncologie, CVA zijn regionale en overkoepelende landelijke netwerken ontstaan.³² Hoewel er definitieverschillen zijn tussen verschillende vormen van samenwerking³³⁻³⁵ hebben zij vergelijkbare processtappen en randvoorwaarden nodig om tot (door)ontwikkeling te komen^{32, 36, 37, 38-40, 41, 42, 43}, zoals bijvoorbeeld: gedeelde ambitie, vertrouwen tussen de samenwerkingspartners, governance inrichten/aanpassen, inzicht uit data, mogelijkheid tot informatie-uitwisseling en bekostiging.

Ontwikkelingen bekostiging

Binnen de bekostiging worden door middel van diverse ontwikkelingen gekeken hoe ruimte kan worden geboden aan netwerkvorming in de zorg. Zo hebben Zorginstituut, NZa en VWS geïnventariseerd in hoeverre 'algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg' (ADZ) valt onder de aanspraken binnen de Zorgverzekeringswet. Daarmee zouden de coördinatie-activiteiten en de onderliggende infrastructuur die benodigd is voor de organisatie van samenwerking tussen zorgaanbieders voor niet de individuele verzekerde, maar een groep van verzekerden, bekostigd kunnen worden.⁴⁴ Om niet alleen binnen de Zorgverzekeringswet een oplossing te vinden, maar ook voor het gezamenlijk leveren van zorg vanuit de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg ruimte te creëren, deed de NZa een verkenning naar een 'sectoroverstijgende betaaltitel'.⁴⁵ Dit zijn geen ontwikkelingen die direct tot oplossingen van de in hoofdstuk 4 en paragraaf 5.2 beschreven uitdagingen bieden, maar die wel de eerste stappen zetten om tot oplossingen te komen.

Ontwikkelingen palliatieve zorg

Palliatieve zorg is een samenspel van formele en informele zorg en ondersteuning die wordt vergoed vanuit de stelselwetten, Zvw, Wlz, Wmo en verschillende subsidies. Betrokkenen ervaren deze financiering als versnipperd. De minister geeft dan ook aan dat het belangrijk is dat gekeken wordt naar hoe bijvoorbeeld netwerkcoördinatie op langere termijn in de stelselwetten kan worden ingebed.⁴⁶ Daarnaast leiden zorginhoudelijke ontwikkelingen er toe dat bijvoorbeeld de financiering van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners via Fibula inmiddels suboptimaal is. Deze zorgverleners ondersteunen steeds meer proactief en in samenwerkingsvormen zoals PaTz-overleggen generalisten en dat vraagt om een andere manier van financieren. Tot slot zijn er initiatieven om de palliatieve zorg meer te integreren in de aandoeningsgerichte zorg.⁴⁷ Dat leidt tot de vraag hoe 'stapeling' van samenwerking in de palliatieve zorg doelmatig kan worden ingericht ten opzichte van samenwerking rondom diverse aandoeningen die relevant zijn voor palliatieve zorg en waarbij dezelfde partijen betrokken zijn.³²

5.4 Aanbevelingen

De resultaten van TAPA\$ laten zien dat transmurale palliatieve zorg het potentieel heeft de kwaliteit van palliatieve zorg te verbeteren tegen gelijke of lagere kosten. Er zijn in het project stappen gezet in de ontwikkeling van een daarbij passende bekostiging. Om de stap naar structurele bekostiging te kunnen zetten, moeten zorginhoudelijke en organisatorische keuzes worden gemaakt, ondersteund met kennis:



Benut op regionaal niveau bestaande en experimentele bekostigingsmogelijkheden

De initiatieven in TAPA\$ laten zien dat het mogelijk is om met een combinatie van bestaande en experimentele zorgprestaties de zorg die zij leveren tot inkoop van transmurale palliatieve zorg te komen. Dat vroeg van hen het zorgvuldig doorlopen van het inkoopproces waarin gebouwd werd aan vertrouwen en het maken van afspraken over welke zorgaanbieder(s) welk deel van de transmurale palliatieve zorg kon gaan declareren. Voor initiatieven in transmurale palliatieve zorg buiten het project, is het belangrijk dat zij zelf dit inkoopproces met elkaar starten en gezamenlijk doorlopen.

PZNL zal initiatieven in transmurale palliatieve zorg, met behulp van de geleerde lessen in TAPA\$, hierin ondersteunen.



Bepaal op landelijk niveau bij welke zorgaanbieder(s) welk deel van (transmurale) palliatieve zorg kan worden ingekocht

De initiatieven in TAPA\$ laten zien dat het mogelijk is om te komen tot bekostiging van transmurale palliatieve zorg, echter het proces om daar te komen werd (blijvend) als complex ervaren en de bekostiging die zij afspraken is nog veelal tijdelijk. Om de complexiteit te reduceren en de stap naar structurele bekostiging te zetten, is het belangrijk dat er op landelijk niveau eenduidige afspraken worden gemaakt over welk deel van transmurale palliatieve zorg bij wie kan worden ingekocht en hoe dat is afgebakend van reeds bestaande zorgprestaties. Daarin kunnen ook recente en gewenste ontwikkelingen zoals overheveling van gesubsidieerde palliatieve zorg naar de stelselwetten en toekomstbestendige inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners worden meegenomen. Daarnaast moet er voor worden gewaakt dat dit in lijn is met de bekostiging van samenwerking rondom andere vormen van zorg.

PZNL zal wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties van bij palliatieve zorg betrokken zorgprofessionals, betrokken branche- en koepelorganisaties en (semi-)overheid bij elkaar brengen om, door middel van een gezamenlijke werkagenda, te komen tot bovengenoemde afspraken.



Genereer meer inzichten over patiënten met een palliatieve zorgbehoefte en de organisatie van palliatieve zorg

De resultaten van de initiatieven in TAPA\$ in dit rapport geven eerste inzichten in het potentieel van transmurale palliatieve zorg. Verder onderzoek kan laten zien hoe dit potentieel zich openbaart in andere regio's met hogere volumes. Hoewel er de laatste jaren steeds meer cijfermatig inzicht in de palliatieve zorg komt^{3,9,24}, kunnen verdiepende inzichten in de zorgbehoefte, het zorggebruik en de zorgkosten van de (sub)populatie(s) met een palliatieve zorgvraag helpen om te komen tot de daarbij passende bekostiging. Er is daarnaast nog weinig bekend over welke governancestructuren geschikt zijn voor transmurale palliatieve zorg. Door internationaal en binnen andere zorgvormen kennis hierover op te doen, kunnen nieuwe en bestaande initiatieven voor transmurale palliatieve zorg hun keuzes hiermee onderbouwen.

PZNL werkt vanuit haar lidorganisaties IKNL en PALZON aan meer inzichten over de kwaliteit van palliatieve zorg, zorgbehoeften en organisatie van zorg, door wetenschappelijk onderzoek en publicatie van Kerncijfers Palliatieve Zorg

Daarbij moet worden opgemerkt dat de scope van dit rapport de gemeten en ervaren kwaliteit van transmurale palliatieve zorg in de TAPA\$ initiatieven en de randvoorwaarde bekostiging, betreft. Meer randvoorwaarden zijn belangrijk, zoals bijvoorbeeld informatie-uitwisseling en beschikbaarheid van voldoende capaciteit om aan de zorgvraag van palliatieve patiënten te kunnen voldoen. Daarnaast is en blijft transmurale palliatieve zorg een samenwerkingsvraagstuk. Dit vraagt continue investering in het vormgeven van de samenwerking op regionaal en landelijk niveau.

Referenties

- 1 **CBS.** Sterfte
- 2 **CBS.** Bevolkingsprognose 2020-2070: Toekomstige ontwikkeling van de bevolking.
- 3 **PZNL.** Kerncijfers palliatieve zorg 2019. 2019
- 4 **Etkind SN, Bone AE, Gomes B, et al.** How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med* 2017;15(1):102. doi: 10.1186/s12916-017-0860-2 [published Online First: 2017/05/19]
- 5 **RIVM.** Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Levensverwachting 2018
- 6 **RIVM.** VTV-2018 Levensverwachting Hoe oud worden we in de toekomst? 2018
- 7 **The Choice in End of Life Care Programme Board.** What's important to me', a Review of Choice in End of Life care, 2015.
- 8 **van der Velden A.** Wat vinden we in Nederland belangrijk bij palliatieve zorg. Congres 'Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, van papier naar praktijk', 2018.
- 9 **NIVEL.** Leren van bestaande data over palliatieve zorg. Kwaliteitsindicatoren, zorggebruik en een governance structuur voor het Informatiesysteem Palliatieve Zorg., 2020.
- 10 **Koekoek B.** Regie over de plaats van sterven. Universiteit Utrecht, 2014.
- 11 **Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG.** Factors important to patients' quality of life at the end of life. *Arch Intern Med* 2012;172(15):1133-42. doi: 10.1001/archinternmed.2012.2364 [published Online First: 2012/07/11]
- 12 **Earle CC, Neville BA, Landrum MB, et al.** Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol* 2004;22(2):315-21. doi: 10.1200/JCO.2004.08.136 [published Online First: 2004/01/15]
- 13 **Boddaert MS, Pereira C, Adema J, et al.** Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study. *BMJ Support Palliat Care* 2020 doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002302 [published Online First: 2020/12/24]
- 14 **de Man Y, Atsma F, Oosterveld-Vlug MG, et al.** The Intensity of Hospital Care Utilization by Dutch Patients With Lung or Colorectal Cancer in their Final Months of Life. *Cancer Control* 2019;26(1):1073274819846574. doi: 10.1177/1073274819846574 [published Online First: 2019/06/05]
- 15 **Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, et al.** Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2017;357:j2925. doi: 10.1136/bmj.j2925 [published Online First: 2017/07/06]
- 16 **IKNL/Palliactief.** Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, 2017.
- 17 **Zonneveld N, Driessen N, Stussgen RAJ, et al.** Values of Integrated Care: A Systematic Review. *Int J Integr Care* 2018;18(4):9. doi: 10.5334/ijic.4172 [published Online First: 2018/12/01]
- 18 **den Herder-van der Eerden M.** Integrated Palliative care. A European investigation into the perspectives of patients, family caregivers and healthcare professionals, 2018.

- 19 **PZNL**. Transmurale palliatieve zorg: hulpmiddel bij implementatie kwaliteitskader? Methodiek veldverkenning 2018.
- 20 **PZNL**. Proces en uitkomst werkdefinitie TAPA\$ 2019.
- 21 **Earle CC, Landrum MB, Souza JM, et al.** Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol* 2008;26(23):3860-6. doi: 10.1200/JCO.2007.15.8253 [published Online First: 2008/08/09]
- 22 **NZa**. Samenwerken in de palliatieve zorg: zorg rondom de patiënt, 2018.
- 23 **RIVM**. Op weg naar integrale bekostiging van de geboortezorg. 2016
- 24 **NZa**. Monitor palliatieve zorg 2020, 2020.
- 25 **Vlaanderen F., Klink, A.** Betaalbaarheid en bekostiging van curatieve zorg: combinaties van bekostigingsvormen en kwaliteitsmeting. In: Jeurissen PPTM, H.; Tanke, M., ed. Betaalbare zorg. Den Haag: Sdu 2018.
- 26 **Steenhuis S, Struijs J, Koolman X, et al.** Unraveling the Complexity in the Design and Implementation of Bundled Payments: A Scoping Review of Key Elements From a Payer's Perspective. *Milbank Q* 2020;98(1):197-222. doi: 10.1111/1468-0009.12438 [published Online First: 2020/01/08]
- 27 **Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase**. Niet alles wat kan, hoeft. Passende zorg in de laatste levensfase. 2015
- 28 **NZa**. Marktscan Acute Zorg, 2017.
- 29 **NZa**. Advies Bekostiging wijkverpleging 2022. Van kwantiteit naar kwaliteit, 2020.
- 30 **Hayen AP, van den Berg MJ, Meijboom BR, et al.** Incorporating shared savings programs into primary care: from theory to practice. *BMC Health Serv Res* 2015;15:580. doi: 10.1186/s12913-015-1250-0 [published Online First: 2015/12/31]
- 31 **Castells M**. The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture Vol. I. 1996.
- 32 **Minkman M**. Innoatie van organisatie en governance van integrale zorg 'Verlangen naar integraliteit' 2017.
- 33 **Valentijn P**. Rainbow of chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care. Tilburg University, 2015.
- 34 **Kodner DL, Spreeuwenberg C**. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *Int J Integr Care* 2002;2:e12. doi: 10.5334/ijic.67 [published Online First: 2006/08/10]
- 35 **Steenkamer BM, Drewes HW, Heijink R, et al.** Defining Population Health Management: A Scoping Review of the Literature. *Popul Health Manag* 2017;20(1):74-85. doi: 10.1089/pop.2015.0149 [published Online First: 2016/04/29]
- 36 **Duynstee R**. Netwerkgorg voorbij het pionieren. Samenwerken voorkomt dat elk het wiel uitvindt. *Mediator* 2018; 27.
- 37 **Hildebrandt, H., Hermann, C., Knittel, R., Richter-Reichhelm, M., Siegel, A., & Witzernath, W. (2010)**. Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *International Journal of Integrated Care*, 10(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.539> [published Online First: 2010/08/07]

- 38 **Steenkamer B, Drewes H, Putters K, et al.** Reorganizing and integrating public health, health care, social care and wider public services: a theory-based framework for collaborative adaptive health networks to achieve the triple aim. *J Health Serv Res Policy* 2020;25(3):187-201. doi: 10.1177/1355819620907359 [published Online First: 2020/03/18]
- 39 **Valentijn PP, Boesveld IC, van der Klauw DM, et al.** Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *Int J Integr Care* 2015;15:e003. doi: 10.5334/ijic.1513 [published Online First: 2015/03/12]
- 40 **van de Warrenburg BP, Tiemessen M, Munneke M, et al.** The Architecture of Contemporary Care Networks for Rare Movement Disorders: Leveraging the ParkinsonNet Experience. *Front Neurol* 2021;12:638853. doi: 10.3389/fneur.2021.638853 [published Online First: 2021/04/17]
- 41 **Minkman MM, Ahaus KT, Huijsman R.** A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2009;9:42. doi: 10.1186/1472-6963-9-42 [published Online First: 2009/03/06]
- 42 **Kaats E, Opheij, W.** Leren samenwerken tussen organisaties. allianties - netwerken - ketens - partnerships: Management Impact 2011.
- 43 **PZNL**. Adviesrapport Individueel zorgplan palliatieve zorg. 2019
- 44 **VWS**. Kamerbrief bekostiging algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg. 29-06-2020, 2020.
- 45 **NZa**. Verkenning sectoroverstijgende betaaltitel Zvw-Wlz, 2021.
- 46 **VWS**. Beantwoording Kamervragen in schriftelijk overleg over wijziging subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging 2021
- 47 **IKNL**. Tijdige integratie palliatieve zorg in de oncologie (TIPZO)
- 48 **Bolt EE, Pasman HR, Willems D, et al.** Appropriate and inappropriate care in the last phase of life: an explorative study among patients and relatives. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):655. doi: 10.1186/s12913-016-1879-3 [published Online First: 2016/11/17]

BIJLAGEN

B1 Aanpak en projectorganisatie

De initiatieven binnen TAPA\$ zijn ontstaan naar aanleiding van de regionale behoefte om de palliatieve zorg te verbeteren. Zij zijn niet specifiek voor het project ingericht, maar zijn gezamenlijk het project gestart om verbeteringen te bewerkstelligen op gedeelde uitdagingen.

Voor het opleveren van de resultaten zijn twee werkgroepen ingericht: een Werkgroep kwaliteit en een Werkgroep bekostiging. De initiatieven namen deel aan beide werkgroepen. Wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties van bij palliatieve zorg betrokken zorgprofessionals, betrokken branche- en koepelorganisaties en (semi-)overheid zijn geïnformeerd en geraadpleegd in een klankbordgroep. PZNL faciliteerde het project met een projectleider, de uitvoering van het onderzoek en ondersteuning van de initiatieven bij de inkoop.

Basiselementen

Om de basiselementen van transmurale palliatieve zorg te identificeren, is door onderzoekers van PZNL een documentenanalyse uitgevoerd en zijn semi-gestructureerde interviews onder zorgverleners en projectleiders (of een vergelijkbare rol) van de initiatieven gehouden. De werkgroep kwaliteit is geraadpleegd over de opzet van het onderzoek en de duiding van de resultaten.

Kwaliteit en kosten

Om de kwaliteit inzichtelijk te maken zijn op basis van declaratiedata (via Vektis) uitkomsten met betrekking tot niet-passende zorg, passende zorg en kosten gemeten. Beide werkgroepen zijn geraadpleegd over de opzet van het onderzoek en de duiding van de resultaten.

Bekostiging

Voor de bekostiging van transmurale palliatieve zorg heeft de werkgroep bekostiging bekostigingsmogelijkheden voor transmurale palliatieve zorg in kaart gebracht en gezamenlijk een aanvraag in het kader van de NZa Beleidsregel Innovatie ontwikkeld. De klankbordgroep is geraadpleegd op de inhoud van deze aanvraag.

De initiatieven in het project zijn vervolgens ieder in de eigen regio het inkoopproces in gegaan. Waar nodig ondersteunde PZNL hierin. Viermaal per jaar kwamen zij bij elkaar om ervaringen uit te wisselen. Om de ervaringen met de bekostiging van transmurale palliatieve zorg inzichtelijk te maken zijn semi-gestructureerde interviews onder zorgverleners, projectleiders (of een vergelijkbare rol) en zorginkopers van de initiatieven gehouden. De werkgroep bekostiging is geraadpleegd over de opzet van het onderzoek en de duiding van de resultaten.

Handreiking voor toepassing basiselementen

Voor het ontwikkelen van transmurale palliatieve zorg en de bekostiging daarvan in de praktijk, is op basis van de ervaringen en resultaten in het project een online '*toolkit voor transmurale palliatieve zorg*' ontwikkeld. De inhoud hiervan is op bruikbaarheid getoetst bij betrokkenen in de palliatieve zorg die niet deelnamen aan het project.

Plan van aanpak structurele bekostiging

Om inzichtelijk te maken wat nodig is voor structurele bekostiging van transmurale palliatieve zorg zijn door NZa en PZNL expertsessies georganiseerd met experts met betrekking tot de palliatieve zorg en experts met de betrekking tot bekostiging van zorg. De aanbevelingen voor structurele bekostiging zijn opgesteld op basis van de ervaringen van de initiatieven in het project TAPA\$ en de voorgenoemde expertsessies. Vervolgens zijn de werkgroep bekostiging en de klankbordgroep geraadpleegd op de aanbevelingen.

Voor een beschrijving van de methode van het onderzoek, zie *bijlage 2*.

Werkgroep kwaliteit

Judith Meijers	Gewenste zorg in de laatste levensfase
Karin van der Steen	Palliatieve zorgcoach
Marjon van Rijn	PalliSupport
Monique van den Broek	Regionale samenwerkingsafspraken en PAT
Yvette van der Linden	Specialistisch thuisconsult
Berdine Koekoek	Transmuraal zorgpad Oost-Veluwe
Jeroen Hasselaar	NIVEL
Agnes van der Heide	Stichting PalZon / Erasmus MC
Bregje Onwuteaka-Philipsen	Stichting PalZon / Amsterdam UMC
Marieke vd Beuken	Maastricht UMC+
Marijanne Engel	Erasmus MC
Anne-Floor Dijkhoorn	IKNL / PZNL
Natasja Raijmakers	IKNL / PZNL

Werkgroep bekostiging

Martin Wijnen	Gewenste zorg in de laatste levensfase
Henk-Jan de Winter	Palliatieve zorgcoach
Laura Reinten	Palliatieve zorgcoach
Cindy Fokker	PalliSupport
Janet Wolffenbuttel	Regionale samenwerkingsafspraken en PAT
Maaïke Scheffer	Specialistisch thuisconsult
Gerlinde Vorderman	Transmuraal zorgpad Oost-Veluwe
Marenne Terlingen	Transmuraal zorgpad Oost-Veluwe
Martin Wijnen	ZN
Dorien Mol	NZa
Marijke Folkertsma	NZa
Sandra de Loos	IKNL / PZNL
Floor Cornelissen	IKNL / PZNL
Chantal Pereira	IKNL / PZNL

Klankbordgroep

ActiZ, AHZN, FMS, LHV, NFU, NVZ, NZa, STZ, V&VN, Verenso, ZIN, ZN, KNMG, Palliactief, Patientenfederatie, Stichting Patz, VWS

Expertessies

Organisatie door:

Dorien Mol (NZa), Philippine van Utenhoven (NZa), Daniëlle van der Spek (NZa), Chantal Pereira (IKNL)

Onder begeleiding van:

Arthur Hayen (LUMC, BUNDLE), Jeroen Struijs (RIVM, BUNDLE)

Deelnemers:

Agnes van der Heiden (Erasmus MC), Astrid Kodde (huisarts), Berdine Koekoek (Netwerk palliatieve zorg Oost-Veluwe), Geert-Jan Lefebber (UMC Utrecht), Rob Linde (Zorggroep Almere), Ingeborg Immen (Hospice Dignitas), Iris Wanders (Amsterdam UMC), Janny Jonker ('s Heerenloo), Jet van Esch (Laurens), Margriet Feenema (Medisch Centrum Leeuwarden), Marijke van Daelen (huisarts), Martin Wijnen (CZ), Monique van den Broek (Netwerk palliatieve zorg Oss/Uden/Meijerijstad), Patrick Jeurissen (IQ Healthca-re, VWS), Ralph Smeets (VGVZ), Robert Koorneef (VGVZ), Ria van Erk (VPTZ), Tineke Smilde (Jeroen Bosch ziekenhuis), T van de Voort (Meander MC).

Deelnemers hebben op persoonlijke titel deelgenomen en hun expertise in de sessies gedeeld. Zij hadden geen verdere betrokkenheid bij de totstandkoming van dit rapport.

Projectteam PZNL

Natasja Raijmakers (IKNL), Anne-Floor Dijkhoorn (IKNL), Sandra de Loos (Stichting Fibula), Angelique de Wit (Stichting Fibula), Floor Cornelissen (IKNL)

Medisch adviseurs PZNL

Manon Boddaert, Kees Goedhart

Projectleider PZNL

Chantal Pereira, Rob Daamen

Opdrachtgever



B2 Methode onderzoek

Kwalitatief onderzoek: interviewstudie

Zorgverleners

Om inzicht te krijgen in de meerwaarde die zorgverleners ervaren als het gevolg van transmurale werken zijn tussen april 2020 en juni 2021 telefonische interviews (n=16) gehouden met betrokkenen van de verschillende initiatieven. Van ieder initiatief is een projectleider of iemand in een vergelijkbare rol gesproken. Daarnaast zijn per initiatief één of twee betrokken zorgverleners geïnterviewd zoals verpleegkundigen, huisartsen en medisch specialisten. De interviews werden opgenomen en vervolgens woordelijk uitgewerkt. Deze transcripten zijn vervolgens met twee onderzoekers open gecodeerd en thematisch geanalyseerd.

Bekostiging

Om inzicht te krijgen in de ervaringen met de bekostiging en inkoop van transmurale palliatieve zorg zijn er naast de bovenstaande interviews (n=16) ook online interviews gehouden met zorgverleners, projectleiders (of een vergelijkbare rol) en zorginkopers (van vier verschillende zorgverzekeraars) die betrokken zijn bij de verschillende initiatieven (n=11). Deze 27 interviews zijn vervolgens thematisch geanalyseerd.

Kwantitatief onderzoek: Vektis declaratiedata

Studieopzet en populatie

Observationele retrospectieve analyse van declaratiedata van alle overledenen in Nederland in de periode 2016-2019, waarbij de kwaliteit van zorg en zorgkosten worden vergeleken tussen:

1. TAPA\$ regio's en de rest van Nederland
2. Voor en nameting in de TAPA\$ regio's sinds de start van het initiatief
3. Overledenen die gezien zijn in een TAPA\$ initiatief en een vergelijkbare controlegroep.

Uitkomsten

Potentieel niet-passende zorg

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van palliatieve zorg is er gekozen voor de maat van "mogelijke overbehandeling in de laatste levensfase", hier potentieel niet-passende zorg genoemd aangezien deze indicatoren samenhangen met betere uitkomsten voor de patiënt^{11, 48}. Dit is een internationale score die bestaat uit 6 items in de laatste 30 dagen van overledenen¹²:

1. Meer dan 1 ziekenhuisopname
2. >14 dagen opgenomen in ziekenhuis
3. Meer dan 1 SEH opname
4. Een opname op IC
5. Sterven in het ziekenhuis
6. Chemotherapie ontvangen (alleen bij kanker)

Potentieel passende zorg

Daarnaast is er ook gekeken naar de contiguititeit van transmurale palliatieve zorg, hier gemeten via 1) de timing van de laatste ziekenhuisopname voor het overlijden, namelijk of deze heeft plaatsgevonden in het weekend of op een doordeweekse dag en 2) naar het aantal dagen tussen dit laatste ontslag uit het ziekenhuis en het daaropvolgende eerste contact met de huisarts.

Zorgkosten in de laatste 30 dagen

Om inzicht te krijgen in de kosten van transmurale palliatieve zorg is gekeken naar de totale gedeclareerde zorgkosten voor de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Omdat de gedeclareerde zorgkosten in de laatste 30 dagen niet normaal verdeeld zijn, zijn de vergelijkingen in deze evaluatie gebaseerd op de mediaan. We vergelijken daarbij de totale kosten en de kosten van potentieel niet-passende zorg in de laatste 30 dagen en van het leven tussen overledenen die gezien zijn in een TAPA\$ initiatief en een vergelijkbare controlegroep.

Vergelijkingen verder toegelicht

Om inzicht te krijgen in het mogelijke effect van transmurale palliatieve zorg op kwaliteit van zorg en zorgkosten worden er drie vergelijkingen gemaakt.

TAPA\$ regio's en de rest van Nederland

Hierin worden alle overledenen in Nederland opgedeeld in twee groepen, namelijk wel of niet overleden in één van de zes TAPA\$ regio's. Deze vergelijking geeft inzicht in de kwaliteit van palliatieve zorg in de TAPA\$ regio's in vergelijking met de rest van Nederland in de periode 2016-2019. In deze periode waren de regio's nog aan het opstarten met transmurale palliatieve zorg, dus een mogelijk regionaal verschil mag hier niet worden toebedeeld aan transmurale palliatieve zorg.

Voor en nameting in de TAPA\$ regio's sinds de start van het initiatief

Hierin worden alle overledenen in de TAPA\$ regio's opgedeeld in twee groepen, namelijk overleden in de periode VOOR de start van het initiatief transmurale palliatieve zorg of overleden NA de start van het initiatief. Dit noemen we Pre TPZ en Post TPZ. De start van TPZ ligt voor de zes initiatieven verschillende, zoals te zien in onderstaande **figuur**. PalliSupport is in deze vergelijking niet meegenomen, aangezien zij nog niet gestart waren met het initiatief in de periode 2016-2019.

Overledenen in de TAPA\$ regio die werkelijk door het initiatief gezien zijn en een vergelijkbare controlegroep van overledenen uit deze regio's die niet gezien zijn

Om de overledenen in de TAPA\$ regio's die wel gezien zijn door het initiatief te kunnen vergelijken met overledenen die niet gezien zijn in het initiatief is gebruik gemaakt van een vergelijkbare controlegroep. Op basis van leeftijd, geslacht, diagnose kanker (wel/geen kanker), jaar van overlijden en regio is één gematchte controle geselecteerd per overledenen die gezien zijn in de TAPA\$ initiatieven. We spreken hier over een vergelijkbare controlegroep.

Bijna alle initiatieven hebben bijgehouden welke patiënten zij in zorg hebben gehad en deze zijn deels geïdentificeerd in de declaratiedata. In deze analyse is de data van PalliSupport en Transmuraal Team Oss/Uden/Meijerijstad (OUM) niet meegenomen. PalliSupport was nog niet gestart met het initiatief in 2019 en in het Transmuraal Team OUM was niet geregistreerd welke patiënten zij in zorg hadden gehad. Daarnaast is het aantal overledenen dat werkelijk gezien is door de initiatieven én te identificeren in de declaratiedatabase van Vektis beperkt (n=210).


Met behulp van beschrijvende statistiek (%) en vergelijkingen van proporties (Chi2) is de declaratiedata geanalyseerd in het programma STATA.

Figuur Vergelijkingen



B3 Basiselement per initiatief

→ PALLISUPPORT

 1. START VAN TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG VOOR PATIËNT (IDENTIFICATIE)	
Wie signaleert de start van de palliatieve fase?	Leden van het team ondersteunende en palliatieve zorg (TOPZ)
Wie markeert/verwijst de patiënt?	Behandelend arts markeert patiënt. Inclusie gebeurt in overleg met behandelend arts.
Hoe (met welk instrument) wordt gemarkeerd?	<ul style="list-style-type: none"> Levensverwachting korter dan 1 jaar (SQ, SPICT criteria/VMS en criteria kwetsbare ouderen) Daarbij: <ul style="list-style-type: none"> Sprake van een ongeplande heropname Een verwachte opname duur langer dan 48 uur.
 2. ZORGCONTACT MET PATIËNT	
Wie heeft contact met de patiënt	De verpleegkundig consulent van het tTOPZ
Waar heeft men contact met de patiënt?	Bij patiënt thuis of in het ziekenhuis
Hoe vaak heeft men contact met de patiënt?	Verschilt per patiënt
Inhoud van het contact	<ul style="list-style-type: none"> Een gestructureerd preventief palliatief assessment a.d.h.v. vragenlijsten. Markeringsgesprek met de patiënt en naasten op de vier domeinen van palliatieve zorg. In kaart brengen van huidige en eventueel nog benodigde zorg Evalueren of de proactieve zorgverlening die in het ziekenhuis is gemaakt, voordat iemand naar huis gaat, nog klopt, en zo nodig bijstellen. Inventariseren wie casemanager/regiehouder is voor deze patiënt. Vanuit pz expertise meekijken of er nog iets mist
 3. TRANSMURAAL MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG	
In welk MDO wordt de patiënt besproken?	Transmuraal multidisciplinair overleg (onder regie van het tTOPZ)
Wie zit er in het MDO?	TOPZ van ziekenhuis aangevuld met verpleegkundig consulenten van wijkverpleging, hospice en kaderarts palliatieve zorg. De behandelend arts, verpleegkundige afdeling, eigen huisarts en wijkverpleegkundigen van patiënt worden uitgenodigd bij MDO.
Hoe vaak vindt het MDO plaats?	Wekelijks
Overige informatie MDO/ transmurale aspecten MDO	<ul style="list-style-type: none"> Prioritering patiënt a.d.h.v. kleurenschema Terugkoppeling van de bezoeken die thuis worden meegenomen in MDO om passend beleid te maken. Het MDO is een belangrijk stuk in de overdracht tussen eerste en tweedelij.

4. TRANSMURALE SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENERS

Welke zorgverleners zijn betrokken bij de TPZ?	Het transmuraal team ondersteuning en palliatieve zorg (tTOPZ) bestaat uit gespecialiseerde zorgverleners: kaderarts, gespecialiseerde verpleegkundigen palliatieve zorg wijkverpleging en hospice en gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen uit de eerste lijn zorgverleners uit de tweedelij.
Hoe is het team georganiseerd?	<ul style="list-style-type: none"> De verpleegkundigen inventariseren en de artsen zijn beschikbaar op de achtergrond (voor specifieke ingrepen). Er is gekozen voor een vorm waarin het tTOPZ en de 2e schil elkaar goed leren kennen en leren van elkaars deskundigheid om zo te komen tot optimale samenwerking en afstemming De TOPZ verpleegkundige coacht de wijkverpleegkundige om in contact te gaan met de huisarts en coacht de huisarts om in contact te gaan met het transmurale team.

5. INFORMATIE OVERDRACHT TUSSEN ZORGVERLENERS (FORMEEL EN INFORMEEL)

- Uitkomsten assessment worden teruggekoppeld aan de behandelend arts.
- Op basis van gesprek met patiënt een advies aan de hoofdbehandelaar op alle vier de domeinen.
- Er is contact met huisarts, minstens een maal voor ontslag of tijdens MDO.
- Na eerste consult nagaan zijn de relevante zorgverleners geïnformeerd?
- Dat er in die overdracht duidelijk moet staan welke zorgverleners er allemaal betrokken zijn. Dat die huisarts daar overzicht over heeft.
- Verlag inclusief individueel zorgplan van het MDO wordt verstuurd naar de centrale zorgverleners van de patiënt.
- Na het MDO wordt er een brief aan de huisarts gestuurd. Daarmee is de huisarts op de hoogte van de gesprekken over proactieve zorgplanning.
- Medische overdracht naar de huisarts is verzonden binnen 24 uur na ontslag.
- Hoofdbehandelaar geeft door aan het ziekenhuis dat patiënt is overleden en vice versa

6. AFSLUITEN TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG VOOR PATIËNT EN NAZORG VOOR NAASTEN

- * Mantelzorg ontvingt informatie over mogelijkheden van steun
- * Een maand na overlijden wordt contact opgenomen met mantelzorg om proces van overlijden te bespreken.

7. PROFILERING TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

- * Scholing aan verpleegkundigen en arts-assistenten om het markeringsgesprek aan te gaan.
- * e-learning palliatieve zorg onder de aandacht brengen
- * Scholing om huisartsen en verpleegkundigen goed te informeren en te instrueren
- * De artsen uit de eerstelij doen casuïstiekbesprekingen bij huisartsgroepen om zo te laten zien wat de meerwaarde kan zijn van een transmuraal TOPZ en tegelijkertijd een soort scholing te doen met betrekking tot palliatieve zorg onderwerpen.
- *Aandachtvelders palliatieve zorg op alle afdelingen als ambassadeurs om palliatieve zorg onder de aandacht te blijven brengen.

→ SPECIALISTISCH THUISCONSULT

 1. START VAN TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG VOOR PATIËNT (IDENTIFICATIE)

Wie signaleert de start van de palliatieve fase? Huisarts doet consultvraag bij het palliatief advies team (PAT). Het ziekenhuis consultteam palliatieve zorg (CPZ) kan ook thuisconsult initiëren bij 'gewone' consultvraag.

Wie markeert/verwijst de patiënt? Palliatief advies team includeert de patiënt. Dit gebeurt alleen na overleg met en met toestemming van de huisarts.

Hoe (met welk instrument) wordt gemarkeerd? Met een triage-instrument wordt geanalyseerd of een thuisconsult specialistische palliatieve zorg geïndiceerd is.

 2. ZORGCONTACT MET PATIËNT

Wie heeft contact met de patiënt Specialistisch consulent Palliatieve Zorg

Waar heeft men contact met de patiënt? Bij patiënt thuis

Hoe vaak heeft men contact met de patiënt? In principe één consult

Inhoud van het contact

- Uitgebreide multidimensionale anamnese op alle 4 de dimensies;
- Opstellen van een multidimensionaal proactief stappenplan voor zowel huisarts, wijkverpleging als patiënt en naasten;
- Voorlichting aan patiënt en naasten over de huidige problemen en te verwachten problemen;
- Eventueel organiseren van extra zorg thuis.
- Indien mogelijk wordt vooraf de Leidse Gesprekshulp naar de patiënt gestuurd om alvast in te vullen.
- Patiënt en naasten helpen de juiste vragen te stellen aan de huisarts: wie moet ik nou bellen van het weekend, ben je dan bereikbaar, of weet de huisartsenpost dit?

 3. TRANSMURAAL MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

In welk MDO wordt de patiënt besproken? MDO van het Palliatief Advies Team

Wie zit er in het MDO? Verpleegkundig Specialist, kader huisarts PZ, kaderarts Ouderengeneeskunde, anesthesist (pijn), oncoloog, radiotherapeut, psycholoog, transferverpleegkundige, geestelijk verzorger, apotheker

Hoe vaak vindt het MDO plaats? Wekelijks

Overige informatie MDO/ transmurale aspecten MDO Huisarts wordt uitgenodigd om (digitaal) aanwezig te zijn bij het MDO

 4. TRANSMURALE SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENERS

Welke zorgverleners zijn betrokken bij de TPZ? Specialistisch consulenten palliatieve zorg van de deelnemende ziekenhuizen, leden MDO, huisarts van de patiënt en wijkverpleging

Hoe is het team georganiseerd?

- Alleen thuisconsult na overleg en toestemming van de huisarts
- Het consult is altijd onder supervisie van de kaderarts of van de specialist.
- De verpleegkundig specialist en de palliatief verpleegkundige in de thuiszorg stellen af wie wat doet.
- De eigen huisarts blijft hoofdbehandelaar en eerste aanspreekpersoon voor de patiënt. Het PAT staat paraat om mee te denken.

 5. INFORMATIE OVERDRACHT TUSSEN ZORGVERLENERS (FORMEEL EN INFORMEEL)

- Als de specialist een patiënt aandraagt voor thuisconsult neemt hij of het PAT contact op met de huisarts om dit te bespreken.
- De consulent bespreekt het voorgestelde plan van aanpak met de huisarts. Samen spreken ze af wie welke interventies zal opstarten en stellen een gezamenlijk beleid op. Het advies wordt tevens aan de wijkverpleging gestuurd. Het consult wordt in PRADO geregistreerd i.v.m. continuïteit. Het advies wordt ook gedeeld met de patiënt, zowel mondeling als schriftelijk.
- Na het thuisconsult heeft voorwacht nabespreking met achterwacht
- De verpleegkundige specialisten palliatieve zorg leggen verbindingen tussen verschillende zorgverleners en tussen de patiënt en de huisarts, of de naaste en de huisarts.

 6. AFSLUITEN TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG VOOR PATIËNT EN NAZORG VOOR NAASTEN

- Als de specialist een patiënt aandraagt voor thuisconsult neemt hij of het PAT contact op met de huisarts om dit te bespreken.
- De consulent bespreekt het voorgestelde plan van aanpak met de huisarts. Samen spreken ze af wie welke interventies zal opstarten en stellen een gezamenlijk beleid op. Het advies wordt tevens aan de wijkverpleging gestuurd. Het consult wordt in PRADO geregistreerd i.v.m. continuïteit. Het advies wordt ook gedeeld met de patiënt, zowel mondeling als schriftelijk.
- Na het thuisconsult heeft voorwacht nabespreking met achterwacht
- De verpleegkundige specialisten palliatieve zorg leggen verbindingen tussen verschillende zorgverleners en tussen de patiënt en de huisarts, of de naaste en de huisarts.

 7. PROFILERING TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

- Wanneer de eigen huisarts bepaalde handelingen niet zelf kan (bijvoorbeeld ascitespunctie), dan kan dat vanuit het PAT samen met die huisarts worden gedaan. Op deze manier kan de huisarts het daarna verder zelf doen.

→ GEWENSTE ZORG IN DE LAATSTE LEVENSFASE

1. START VAN TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG VOOR PATIËNT (IDENTIFICATIE)	
Wie signaleert de start van de palliatieve fase?	Signalering door 0e, 1e en 2e lijn
Wie markeert/verwijst de patiënt?	Behandelend specialist of huisarts
Hoe (met welk instrument) wordt gemarkeerd?	Surprise question, RADPAC+ en SPICT
2. ZORGCONTACT MET PATIËNT	
Wie heeft contact met de patiënt?	Behandelend specialist of huisarts
Waar heeft men contact met de patiënt?	
Hoe vaak heeft men contact met de patiënt?	
Inhoud van het contact	<ul style="list-style-type: none"> • Markeringsgesprek van medisch specialist of huisarts met patiënt en diens naasten • Time-out gesprek met huisarts geïnitieerd op oncologie poli, zodat patiënten weloverwogen behandelbeslissingen kan nemen. • Levensfasegesprek(ken) over de actuele situatie, wensen en behoeften en te verwachten problemen op alle domeinen van palliatieve zorg. • De hoofdbehandelaar stelt een (proactief) transmuraal zorgplan op, dat samen met de patiënt wordt besproken en inzichtelijk is voor de patiënt, diens naasten en betrokken ketenpartners. • Evaluatie en bijstellen van dit plan
3. TRANSMURAAL MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG	
In welk MDO wordt de patiënt besproken?	MDO van het Transmuraal Palliatief Advies Team
Wie zit er in het MDO?	Een geestelijk verzorger, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, huisartsen, specialist ouderen geneeskunde, medische specialisten (oncologen, geriater), apotheker
Hoe vaak vindt het MDO plaats?	Wekelijks
Overige informatie MDO/ transmurale aspecten MDO	
4. TRANSMURALE SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENERS	
Welke zorgverleners zijn betrokken bij de TPZ?	Huisartsen en bijbehorende apothekers, specialisten Oncologie, Geriatrie, Longgeneeskunde, Cardiologie en Dialyse, verpleegkundig specialisten en wijkverpleegkundigen.
Hoe is het team georganiseerd?	

5. Informatie overdracht tussen zorgverleners (formeel en informeel)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Medisch specialist en huisarts stemmen markering en inclusie in het zorgpad af en tevens wie van beide hoofdbehandelaar is. De hoofdbehandelaar stelt een zorg coördinator aan. • Na het voorstellen van het time out gesprek aan de patiënt, bespreekt de oncoloog dit de huisarts van die patiënt. • Overdracht huisartsenpost n.a.v. levensfase gesprek
6. Afsluiten transmurale palliatieve zorg voor patiënt en nazorg voor naasten	
	<ul style="list-style-type: none"> • Na overlijden is er een nazorgtraject voor de nabestaanden waarin wordt teruggekeken op het traject
7. Profileren transmurale palliatieve zorg en deskundigheidsbevordering	
	<ul style="list-style-type: none"> • ACP trainingsgesprekken en zorgpad implementatie

→ PALLIATIEVE ZORG-COACH

1. START VAN TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG VOOR PATIËNT (IDENTIFICATIE)	
Wie signaleert de start van de palliatieve fase?	Behandelend arts (huisarts/ medisch specialist/ specialist ouderengeneeskunde)
Wie markeert/verwijst de patiënt?	Het consultteam COPZ of vanuit de deelnemende huisartsenpraktijken. Huisarts voert markeringsgesprek met patiënt en bespreekt mogelijkheid een palliatieve zorg-coach toegewezen te krijgen. Indien patiënt dit wilt, wordt de patiënt aangemeld.
Hoe (met welk instrument) wordt gemarkeerd?	<ul style="list-style-type: none"> • Levensverwachting van max 1 jaar (positieve Surprise Question/SPICT). • Daarnaast wordt ook de zorg-en/of hulpvraag, al dan niet verwachte toename van complexiteit gedurende de verdere ziekteperiode en eventueel complicerende factoren meegewogen.
2. ZORGCONTACT MET PATIËNT	
Wie heeft contact met de patiënt?	Palliatieve zorg-coach (verpleegkundig specialist PZ)
Waar heeft men contact met de patiënt?	Daar waar patiënt zich bevindt (thuis, ziekenhuis, hospice)
Hoe vaak heeft men contact met de patiënt?	Meestal is er meerdere keren contact zowel face-to-face als telefonisch
Inhoud van het contact	<ul style="list-style-type: none"> • Multidimensionele inventarisatie • Verwerken van wensen en behoeften van patiënt in een individueel zorgplan. • Patiënten en hun naasten adviseren • Anticiperen op veranderingen

3. TRANSMURAAL MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

In welk MDO wordt de patiënt besproken?	transmuraal MDO Rijnstate. Daarnaast ook bij MDO in de eerste lijn of in het hospice, afhankelijk van betrokkenheid medisch specialistische zorg en plaats van de patiënt.
Wie zit er in het MDO?	De PZ-Coach en huisartsen van de betrokken patiënten sluiten aan bij MDO Rijnstate. Daarnaast ook waar mogelijk betrokken wijkverpleegkundige, medewerkers van het COPZ Rijnstate (indien betrokken).

Hoe vaak vindt het MDO plaats? Structureel eens in de 3 maand. Waar nodig vaker.

Overige informatie MDO/ transmurale aspecten MDO

4. TRANSMURALE SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENERS

Welke zorgverleners zijn betrokken bij de TPZ? Huisarts, thuiszorg, ziekenhuis, hospice

Hoe is het team georganiseerd?

- * De PZ-Coach wordt ondersteund en gesuperviseerd door een transmuraal multidisciplinair team bestaande uit minimaal een huisarts (kaderarts PZ), specialist ouderengeneeskunde en medisch specialisten van verschillende disciplines uit de tweede lijn.
- * PZ-Coach en huisarts bepalen samen het beleid

5. INFORMATIE OVERDRACHT TUSSEN ZORGVERLENERS (FORMEEL EN INFORMEEL)

- PZ-Coach legt contact met eventueel reeds relevante betrokken zorgverleners
- PZ-coach informeert wijkverpleging d.m.v. folder over deelname patiënt in project
- PZ-coach checkt specifiek of al een gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg betrokken is bij de patiënt en maakt daarmee gerichte samenwerkingsafspraken.
- Indien gewenst en noodzakelijk contact leggen en afspraken maken met thuiszorg over benodigde zorg thuis. Hierbij ook samenwerkingsafspraken maken met gespecialiseerd verpleegkundigen palliatieve zorgindien betrokken.
- Afspraken worden vastgelegd in OZO-verbindzorg en eigen dossiers

6. AFSLUITEN TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG VOOR PATIËNT EN NAZORG VOOR NAASTEN

- Er wordt afgesproken wie nazorg doet.
- Na overlijden bezoekt de PZ-coach in ieder geval nog één keer de naasten

7. PROFILERING TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

- Casuïstiekbespreking tussen de PZ-coaches en de medisch supervisoren en verpleegkundig consultants die betrokken zijn bij het IKNL-consultatieteam.

→ TRANSMURAAL ZORGPAD OOST-VELUWE

1. START VAN TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG VOOR PATIËNT (IDENTIFICATIE)

Wie signaleert de start van de palliatieve fase?	Signaleren kan iedereen doen, bijvoorbeeld de verpleegkundige, op basis van de surprise question
Wie markeert/verwijst de patiënt?	De behandelend arts (huisarts of medisch specialist) markeert de patiënt in de palliatieve fase. De hoofdbehandelaar schakelt een verpleegkundige palliatieve zorg uit de eerste lijn in.
Hoe (met welk instrument) wordt gemarkeerd?	Verschillende instrumenten, waarvan de Surprise Question de meest gebruikte is.

2. ZORGCONTACT MET PATIËNT

Wie heeft contact met de patiënt	Verpleegkundige palliatieve zorg
Waar heeft men contact met de patiënt?	Bij patiënt thuis
Hoe vaak heeft men contact met de patiënt?	Naar behoefte van patiënt
Inhoud van het contact	<ul style="list-style-type: none"> • Symptoomanalyse en uitreiken van het notitieboekje 'Wat ik wil (zeggen)' ter voorbereiding op gesprek over proactieve zorgplanning. • 1e levenseinde gesprek tussen hoofdbehandelaar en patiënt en naaste(n) • Periodieke evaluatie tussen hoofdbehandelaar en patiënt en naaste(n) met aandacht voor de vier domeinen. • Markering terminale fase door hoofdbehandelaar met patiënt en naaste(n). • 2e levenseinde gesprek door hoofdbehandelaar met patiënt en naaste(n) • VPZ richt zich op proactieve zorgplanning en organiseert waar nodig aanvullende zorg

3. TRANSMURAAL MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

In welk MDO wordt de patiënt besproken?

Wie zit er in het MDO? Specialisten palliatieve zorg uit de 1e en 2e lijn en de vraagsteller.

Hoe vaak vindt het MDO plaats?

Overige informatie MDO/ transmurale aspecten MDO

- aansluiten bij het MDO is geen standaard onderdeel van het zorgpad.
- Indien nodig kan de VPZ aansluiten bij een PATZ overleg

4. TRANSMURALE SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENERS

Welke zorgverleners zijn betrokken bij de TPZ? Verpleegkundigen palliatieve zorg, huisartsen, medisch specialisten, geestelijk verzorgers en VPTZ

Hoe is het team georganiseerd?

- Inclusie in zorgpad gebeurt door te bellen naar de betrokken thuiszorgorganisaties. Verwijzing kan ook zonder inzet van zorg en kan ook eventueel door het transferbureau van het ziekenhuis.
- De verpleegkundige palliatieve zorg is het eerste aanspreekpunt voor patiënt, naasten en andere hulpverleners.
- De verpleegkundigen kennen de sociale kaart goed en verwijzen daar waar nodig door naar andere zorg bv richting WMO

5. INFORMATIE OVERDRACHT TUSSEN ZORGVERLENERS (FORMEEL EN INFORMEEL)

- Verpleegkundige palliatieve zorg (VPZ) informeert andere betrokken zorgverleners na het gesprek thuis. De verpleegkundige koppelt terug naar de verwijzer, wat er is gebeurd in het gesprek. In principe gebeurt dit telefonisch
- Er is afstemming tussen huisarts en medisch specialist wie de hoofdbehandelaar is, taakverdeling en bereikbaarheid worden vastgelegd.
- Overdracht van informatie gebeurt via POINT, het digitale dossier.
- De VPZ stemt regelmatig af met onder andere de huisarts, de verpleegkundig specialist in het ziekenhuis, thuiszorg, de verpleegkundig specialist palliatieve zorg, of met een nierverpleegkundige of longverpleegkundige.
- Tussentijds overleg vindt ook plaats via Silloo (beveiligde app)

6. AFSLUITEN TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG VOOR PATIËNT EN NAZORG VOOR NAASTEN

- Er vindt een nagesprek met naasten plaats

7. PROFILERING TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

- VPZ krijgen een incompany post-HBO opleiding palliatieve zorg
- De VPZ komen 4 x per jaar een dagdelen bij elkaar voor een vraaggestuurde scholingsmiddag.
- Voor aanvang zijn vakgroepen en huisartsen geïnformeerd en hebben alle huisartsen een training communicatie gehad (gericht op markeren)
- Twee keer per jaar ontmoeten een VS/PA en de aandachtsvelders palliatieve zorg van de verpleegafdelingen uit het ziekenhuis en de verpleegkundigen uit de thuiszorg elkaar.
- De transferverpleegkundigen hebben twee keer per jaar een overleg in het ziekenhuis waarin ze casuïstiek bespreken of processen bespreken.

→ TRANSMURALE PALLIATIEF ADVIESTEAM OSS/UDEN/MEIJERIJSTAD

1. START VAN TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG VOOR PATIËNT (IDENTIFICATIE)

Wie signaleert de start van de palliatieve fase?

Wie markeert/verwijst de patiënt?

Hoe (met welk instrument) wordt gemarkeerd?

2. ZORGCONTACT MET PATIËNT

Wie heeft contact met de patiënt

Waar heeft men contact met de patiënt? • In het ziekenhuis vaak aan bed, en in de thuissituatie meestal telefonisch

Hoe vaak heeft men contact met de patiënt?

Inhoud van het contact

3. TRANSMURALE MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

In welk MDO wordt de patiënt besproken?

Wie zit er in het MDO?

Hoe vaak vindt het MDO plaats? • Wekelijks

Overige informatie MDO/ transmurale aspecten MDO • In principe worden alle patiënten besproken

4. TRANSMURALE SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENERS

Welke zorgverleners zijn betrokken bij de TPZ? Het palliatieve adviesteam wordt bemenst door huisartsen, specialisten, en specialisten ouderen geneeskunde, allemaal met kaderopleiding palliatieve zorg. En door verpleegkundigen van zowel de thuiszorgorganisaties als de ouderenzorg als het ziekenhuis, ook alle palliatief opgeleid

Hoe is het team georganiseerd?

- Eén verpleegkundige heeft voorwacht en één arts achterwacht.
- Bij bedside consult spreekt de achterwacht ook zelf de patiënt. Bij telefonisch consult worden de consultaties die de verpleegkundige aanneemt overlegd met de achterwacht
- Het team denkt mee in de regionale samenwerkingsafspraken en over implementatie en beheer van die afspraken.
- Het team ondersteunt bij scholingen en het opleiden van nieuwe professionals

5. INFORMATIE OVERDRACHT TUSSEN ZORGVERLENERS (FORMEEL EN INFORMEEL)

6. AFSLUITEN TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG VOOR PATIËNT EN NAZORG VOOR NAASTEN

7. PROFILERING TRANSMURALE PALLIATIEVE ZORG EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

- De verpleegkundige voorwachten gaan naar de afdelingen om hun expertise aan te bieden.
- Elke verpleegafdeling in het ziekenhuis heeft een aandachtsvelder palliatieve zorg, die komen een aantal keer per jaar bij elkaar om ontwikkelingen te bespreken en de neuzen dezelfde kant op te krijgen.

B4 Analyse bekostigingsmogelijkheden

De NZa concludeerde dat in de verschillende zorgsectoren mogelijkheden zijn om transmurale palliatieve zorg te bekostigen, maar dat dit wel zeer complex is.²² De TAPA\$-initiatieven hebben bekeken welke bekostigingsmogelijkheden beschikbaar zijn binnen de reguliere bekostiging (voor aanvang van het project in 2019) voor de zorgactiviteiten die zij transmuraal vormgeven. In onderstaande **tabel** is weergegeven:

- wat de zorgactiviteiten binnen de TAPA\$ initiatieven zijn;
- of dit zorg betreft door de generalistische zorgverlener, of door de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener;
- welke zorgverlener die zorgactiviteit uitvoert;
- welke bekostigingsmogelijkheden er zijn voor de betreffende transmurale zorg

Activiteit	m.b.t. pz		reguliere bekostiging					
	generalist	specialist	Zorgprofessional	msz	huisartsen	V&V	GZSP*	WIZ
Consulten markering / proactieve zorgplanning			Huisarts					
			Specialist ouderen					
			Medisch specialist					
			Gespecialiseerd verpleegkundige					
			VSer					
Transmuraal mdo palliatieve zorg & coordinatieactiviteiten			Huisarts					
			Geestlijk verzorger					
			Specialist ouderen					
			Medisch specialist					
			Gespecialiseerd verpleegkundige					
			Apotheker					
			Psycholoog					
			VSer					
Bedside consultatie in de thuissituatie			Huisarts					
			Medisch specialist					
			Specialist ouderen					
			Gespecialiseerd verpleegkundige					
			VSer					
Transmuraal casemanagement			Gespecialiseerd verpleegkundige					
			VSer					

* GZSP was bij het maken van dit schema nog geen bekostigingsmogelijkheid.

NB: Financieringsmogelijkheden vanuit subsidiestromen zijn in dit overzicht buiten beschouwing gelaten.

- bekostiging voor deze zorgverlener mogelijk
- bekostiging voor deze zorgverlener deels mogelijk
- geen bekostiging van deze zorg voor deze zorgverlener

Op basis van de tabel blijkt de setting vaak bepalend voor de bekostigingsmogelijkheden, in plaats van de expertise van de betreffende zorgverlener en de zorgvraag van de patiënt. Daarnaast blijkt er in de praktijk ook nog regelmatig discussie te ontstaan over of iets wel of niet onder de reikwijdte van een bepaalde zorgprestatie valt. Daarom is er voor gekozen om zorgprestaties op basis van de NZa Beleidsregel voor kleinschalige experimenten specifieke zorgprestaties voor transmurale palliatieve zorg te ontwikkelen.

B5 Aanvraag NZa BR innovatie

Overeenkomst TAPA\$

TrAnsmurale palliatieve zorg Met passende beko\$ting



Wij maken ons hart voor
de beste palliatieve zorg.

