

## Overeenkomst TAPA\$:

# TrAnsmurale palliatieve zorg Met passende beko\$tiging



### Toelichting op dit document:

Dit is de Aanvraag in het kader van de [NZa Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten](#) die binnen TAPA\$ is ontwikkeld. Een van de TAPA\$ initiatieven heeft deze ingediend bij de NZa.

De NZa heeft hier een [beschikking](#) over afgegeven en daarmee goedgekeurd dat de bij onderdeel A beschreven prestaties kunnen worden ingekocht, geregistreerd en gedeclareerd in de periode 1 januari 2020 tot en met 31 december 2022.

Ook andere initiatieven in transmurale palliatieve zorg kunnen hier gebruik van maken. De NZa nodigt hen van harte uit om ook de doelstellingen zoals beschreven in onderdeel C te meten gedurende de experimentperiode. Dit is niet verplicht voor aansluiters.

Wil je gebruik maken van deze prestaties? Dat is in voorgenoemde periode mogelijk door een [Aansluitersovereenkomst innovatie \(zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar\)](#) in te dienen bij de NZa. Neem voor het proces hiervoor contact op met:

Chantal Pereira, projectleider TAPA\$: [c.pereira@iknl.nl](mailto:c.pereira@iknl.nl)

## Onderdeel A:

De concrete eenduidige omschrijving van de innovatieve zorgprestatie.

### 1. Naam van de zorgprestatie:

1. Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg
2. Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP)
3. Regiefunctie complexe palliatieve zorg

### 2. Opbouw van de zorgprestatie:

Beschrijf de zorgprestatie op productniveau en specificeer de afzonderlijke zorgonderdelen. De beschrijving moet duidelijk maken:

- Wat de zorg inhoudt,
- Welke zorg de patiënt geleverd krijgt,
- Door wie deze zorg geleverd wordt.

Als de zorgprestatie onderdeel is van een breder project/traject, geef dan duidelijk aan welke zorg wel of niet vanuit deze zorgprestatie wordt vergoed.

#### Aanleiding

Door de vergrijzing, toenemende multimorbiditeit en verbeterde diagnostiek en behandeling, is de verwachting dat de groep patiënten met een behoefte aan palliatieve zorg de komende jaren fors zal toenemen.<sup>1,2,3</sup> In het **Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland**<sup>4</sup> (2017) is beschreven wat vertegenwoordigers van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars vinden dat de kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland moet zijn. De verwachting is dat bij toepassing van het kwaliteitskader, de groeiende groep palliatieve patiënten de zorg zoals omschreven in het rapport de **Juiste Zorg op de Juiste Plek**<sup>5</sup> (2018) kan worden geboden: "het voorkomen van duurdere zorg" en "het verplaatsen van zorg dichterbij de mensen thuis". Uit internationale literatuur blijkt dat inzet van palliatieve zorg a) een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van palliatieve patiënten<sup>6</sup>, b) een daling van het zorgverbruik teweeg kan brengen<sup>7,8</sup> en dat c) meer patiënten zullen sterven op de plek van voorkeur<sup>9</sup>.

#### Toepassing kwaliteitskader

Om het kwaliteitskader toe te kunnen passen, organiseren zorgaanbieders de palliatieve zorg op een nieuwe, innovatieve manier: generalisten\* en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners\* werken samen over de lijnen van de zorg heen met als doel om de continuïteit van zorg te verbeteren.<sup>10</sup> Het blijkt dat hierdoor, ongeacht de verschillende manieren waarop deze samenwerking wordt georganiseerd, de tevredenheid van patiënten hoger is.<sup>11</sup>

#### Stepped care

Door de lijnoverstijgende samenwerking tussen generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners ontstaat een 'stepped care'-model voor palliatieve zorg:

- Patiënten krijgen in beginsel de minst intensieve zorg (palliatieve zorg door de generalist, die structureel samenwerkt met in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners)

\* In tegenstelling tot wat gebruikelijk is, wordt als het palliatieve zorg betreft, onder 'generalist' verstaan 'elke zorgverlener die niet middels een erkende opleiding in palliatieve zorg gekwalificeerd is en specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg heeft'. Dit betekent dat bijvoorbeeld huisartsen en medisch specialisten zonder voorgenoemde opleiding, kennis en vaardigheid, wat palliatieve zorg betreft generalistische zorgverleners zijn.

Een verdere verheldering van de begrippen 'generalist palliatieve zorg' en 'specialist palliatieve zorg', alsook van enkele andere veel gebruikte begrippen in deze aanvraag, is te vinden in [bijlage 1](#) van deze aanvraag. Bij het gebruik van deze begrippen in deze aanvraag, worden zij bedoeld zoals omschreven in bijlage 1.

In [bijlage 2](#) is een toelichting op de totstandkoming van deze aanvraag te vinden.

<sup>1</sup> IKNL (2014). [Palliatieve zorg in beeld](#)

<sup>2</sup> RIVM (2018). [Volksgesondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht](#)

<sup>3</sup> Jeurisse, P. et al (2018). Betaalbare zorg

<sup>4</sup> IKNL/Palliatief (2017). [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

<sup>5</sup> Taskforce Juiste zorg op de juiste plek (2018). [De juiste zorg op de juiste plek – wie durft?](#)

<sup>6</sup> Vanbutsele G, et al, (2018). Effect of early palliative care: complex intervention and complex results. *Lancet Oncol*. 2018 Mar;19(3):394-404.

<sup>7</sup> Cheung, M. C., et al, (2015). Impact of aggressive management and palliative care on cancer costs in the final month of life. *Cancer*, 121(18), 3307-3315.

<sup>8</sup> Maltoni, M., et al, (2016). Systematic versus on-demand early palliative care: A randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. *European Journal of Cancer*, 69, 110-118. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.10.004>

<sup>9</sup> Abarshi E, et al (2009). General practitioner awareness of preferred place of death and correlates of dying in a preferred place: a nationwide mortality follow-back study in The Netherlands. *J Pain Symptom Manage* 2009;38:568-77.

<sup>10</sup> PZNL (2018). [Transmurale model palliatieve zorg: hulpmiddel bij implementatie Kwaliteitskader? Methodiek veldverkenning.](#)

<sup>11</sup> Den Herder-van der Eerden, M. et al (2018). Integrated palliative care networks from the perspectives of patients. A cross-sectional explorative study in five European countries. *Palliative Medicine*, 32(6), 1103-1113.

- Wanneer de situatie complexer wordt (afhankelijk van de deskundigheid van de generalist) kan aanvullende deskundigheid ingezet worden.

Stepped care modellen bij complexe open beenwonden<sup>12</sup> en depressies<sup>13</sup> lieten verbetering zien in de kwaliteit van zorg tegen lagere kosten. Omdat uit de eerdergenoemde internationale literatuur blijkt dat inzet van palliatieve zorg een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg en een daling van het zorgverbruik teweeg kan brengen, is de verwachting is dan ook dat door transmurale samenwerking tussen generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners de kwaliteit van zorg beter zal zijn tegen gelijke of lagere kosten.

#### **Transmuraal samenwerken bekostigen**

In rondetafels die de NZa tussen februari en april 2018 organiseerde gaven innovatieve zorgaanbieders in de palliatieve zorg, in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners en vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars en de wetenschap dan ook aan dat zij verwachten dat een vorm van transmurale bekostiging zou kunnen helpen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Omdat de huidige bekostiging monodisciplinair is ingericht, concludeert de Nza in hun rapport **Samenwerken in de palliatieve zorg: Zorg rondom de patiënt**<sup>14</sup> (2018) dat deze bekostiging transmurale samenwerking niet stimuleert. In het hoofdstuk *Transmuraal samenwerken bekostigen* geeft de NZa dan ook aan dat voor "experimenten waarin zorgaanbieders op een andere manier met elkaar samenwerken" gebruik kan worden gemaakt van de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten.

#### **Inhoud van de zorg**

Op basis van het zorgproces dat de patiënt in de palliatieve fase doorloopt, zijn een aantal prestaties nodig (zie ook figuur 1) voor transmuraal samenwerken:

Voor goede coördinatie en continuïteit van de zorg rondom de patiënt en diens naasten stemmen betrokken generalisten en specialisten gedurende het gehele zorgproces, ad hoc of bijvoorbeeld in een multidisciplinair overleg (mdo), af over palliatieve zorg in de regio. Hiervoor is de prestatie **Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg** nodig.

Palliatieve zorg wordt geleverd door de generalist. Wanneer deze een situatie bij een patiënt heeft, die de eigen deskundigheid overstijgt, kan het ondersteunend zijn als hij een advies op basis van bedside consultatie kan ontvangen van een in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener. Deze kan hier zelf een prestatie voor declareren: **Steun en Consultatie Palliatieve zorg (SCOP)**. De (generalistische) huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde blijft hoofdbehandelaar en de (wijk)verpleging blijft de reguliere zorg bieden.

Wanneer de zorgvraag van de patiënt dusdanig complex blijkt of wordt, dat continuïteit van specialistische ondersteuning wenselijk is, dan kan voor de palliatieve zorg een in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige ingeschakeld worden. Hij/zij kan de andere zorgverleners in de zorg ondersteunen en adviseren. Hiervoor kan de prestatie **Regiefunctie complexe palliatieve zorg** worden gedeclareerd. Ook dan blijft de (generalistische) huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar en biedt de (wijk)verpleging de reguliere zorg.

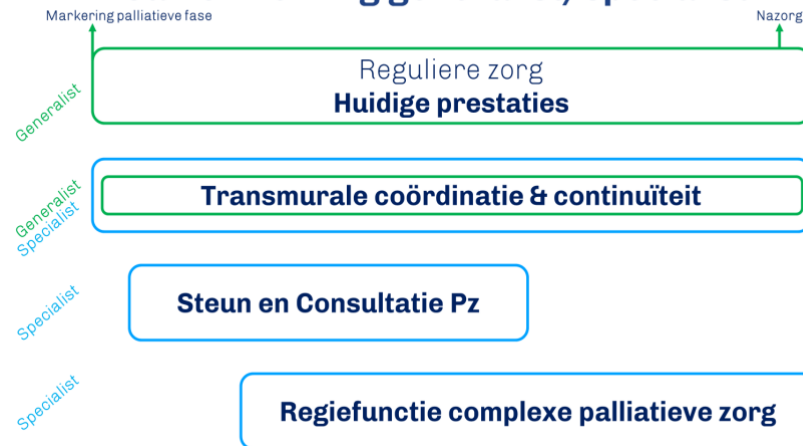
De zorg die geleverd wordt door de generalistische zorgverleners, wordt, zoals nu ook het geval is, bekostigd vanuit de **huidige prestaties** en is geen onderdeel van deze overeenkomst.

<sup>12</sup> CZ (2018). *Versnelling genezing complexe wond door andere werkwijze*.

<sup>13</sup> Meeuwissen, J.A.C., et al (2019). *The cost-utility of stepped-care algorithms according to depression guideline*. *Journal of affective disorders* 242 (2019) 244-254

<sup>14</sup> NZa (2018). *Samenwerken in de palliatieve zorg: zorg rondom de patiënt*

## Samenwerking generalist/specialist



Figuur 1 In groen de prestaties die gedeclareerd kunnen worden door de generalist. In blauw de prestaties die gedeclareerd kunnen worden door de specialist.

### 1. Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg

De prestatie transmurale coördinatie en continuïteit palliatieve zorg, betreft de voorzieningen die nodig zijn om, gedurende het gehele zorgproces, ad hoc en structureel samenwerken tussen generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners in een regio mogelijk te maken. Dit omvat o.a. de volgende onderdelen:

- Intensieve coördinatie van zorg door de generalist voor complexe palliatieve patiënten
- Telefonische ondersteuning door de specialist aan de generalist voor continuïteit van zorg op de gewenste plaats van zorg
- Structureel multidisciplinair overleg (mdo) generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, bijvoorbeeld volgens de PaTz-methodiek
- Infrastructurele voorzieningen (management, ICT, huisvesting, voorlichting & advies)

Partijen kunnen hier aanvullende onderdelen aan toevoegen die, passend binnen de context van de specifieke regio, de kwaliteit van palliatieve zorg aantoonbaar verbeteren.

De samenwerkende zorgaanbieders en/of -verleners en de zorgverzekeraar spreken in deze overeenkomst af of de prestatie wordt vergoed per verzekerde of per patiënt. Voor de hoogte van de vergoeding geldt een vrij tarief.

### 2. Steun en COnsultatie bij Palliatieve zorg (SCOP)

De prestatie Steun en COnsultatie bij Palliatieve zorg (SCOP) betreft steun en consultatie bij complexe palliatieve zorg aan de patiënt en diens hoofdbehandelaar.

De prestatie kan worden gedeclareerd door een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts of verpleegkundig specialist op verzoek van de hoofdbehandelaar van de patiënt. Onder de prestatie wordt het totaal aan activiteiten van de SCOP-arts/verpleegkundig specialist begrepen naar aanleiding van een SCOP-verzoek, waaronder:

- het overleggen met de behandelaar plus het bestuderen van het medisch dossier ten behoeve van de SCOP;
- het uitvoeren van bedside consultatie(s) bij de patiënt en diens omgeving;
- het advies en de verslaglegging ten behoeve van de behandelaar;
- het afsluitend overleg met de behandelaar voor onder meer bespreking van het advies. Met de bespreking van het advies en de verzending van het verslag wordt de SCOP afgesloten.

De samenwerkende zorgaanbieders en de zorgverzekeraar(s) kunnen op verschillende manieren een contract afspreken over de prestatie Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg, bijvoorbeeld:

- Eén van de samenwerkende zorgaanbieders ontvangt de totale vergoeding en treedt als portefeuillehouder op.
- Elk van de samenwerkende zorgaanbieders ontvangt de vergoeding voor het eigen aandeel in de samenwerking.

Per SCOP-verzoek kan de prestatie SCOP éénmaal gedeclareerd worden. In het tarief zitten alle handelingen die de SCOP-arts/verpleegkundig specialist verricht om tot een advies te komen. Pas bij een nieuwe zorgvraag, kan voor dezelfde patiënt een nieuw SCOP-consult worden gedeclareerd. De prestatie mag door de in palliatieve zorg gespecialiseerde arts of verpleegkundig specialist gedeclareerd worden als het gaat om een patiënt die niet al bij deze zorgverlener onder behandeling, ingeschreven of in zorg is.

### **3. Regiefunctie complexe palliatieve zorg**

De prestatie regiefunctie complexe palliatieve zorg is een traject waarin een in palliatieve zorg gespecialiseerd verpleegkundige of verpleegkundig specialist de patiënt, diens naasten en diens zorgverleners voor complexe palliatieve zorg begeleidt, adviseert en/of behandelt. De regiefunctie kan worden ingezet op verzoek van de hoofdbehandelaar, al dan niet op advies van de SCOP-arts/verpleegkundig specialist. Het traject omvat de volgende onderdelen:

- het uitvoeren van (bedside) consultatie(s) bij de patiënt en diens omgeving;
- het opstellen en zo nodig tussentijds bijstellen van een zorgplan;
- het bespreken van het zorgplan met de patiënt en de zorgverleners rondom de patiënt;
- kennisdeling en -verspreiding voor zorgverleners;
- voorlichting inzake symptoombestrijding op de vier dimensies en rondom het levenseinde aan de patiënt en/of diens naasten;
- triage en afstemming met de hoofdbehandelaar;
- casemanagement.<sup>15</sup>

Onder de prestatie kan daarnaast een deel van de behandeling plaatsvinden.

De volgende zorgaanbieders kunnen de prestatie declareren:

- verpleegkundigen met aantoonbare opleiding & expertise in palliatieve zorg
- verpleegkundig specialisten met aantoonbare opleiding & expertise in palliatieve zorg
- ziekenhuizen\*
- thuiszorginstellingen\*
- andere zorginstellingen\*

\*Mits de zorg geleverd wordt door verpleegkundigen met aantoonbare opleiding & expertise in palliatieve zorg of verpleegkundig specialisten met aantoonbare opleiding & expertise in palliatieve zorg.

De prestatie regiefunctie complexe palliatieve zorg wordt op patiëntniveau in rekening gebracht. De prestatie en het tarief mogen worden gedeclareerd, mits de patiënt niet in een Wlz-instelling verblijft. Uitzonderingen hierop zijn:

- wanneer de patiënt de zorg in de Wlz-instelling ontvangt vanuit een prestatie uit de Beleidsregel Eerstelijnsverblijf
- de regiefunctie complexe palliatieve zorg wordt gedeclareerd voor Wlz-cliënten die in een instelling verblijven en er is sprake is van directe aansturing door een in palliatieve zorg kaderopgeleide arts. 'Directe aansturing' betekent dat er in de overdracht door de behandelend arts is aangegeven dat de regiefunctie complexe palliatieve zorg gecontinueerd dient te worden en dat een in palliatieve zorg kaderopgeleide arts direct geraadpleegd dient te worden bij specifieke ontwikkelingen.
- De regiefunctie complexe palliatieve zorg kan ook worden gedeclareerd voor Wlz-cliënten die de zorg ontvangen door middel van:
  - o een volledig pakket thuis (vpt)
  - o een modulair pakket thuis (mpt)
  - o een persoonsgebonden budget (pgb)

Naast de prestatie regiefunctie complexe palliatieve zorg kunnen de reguliere zorgprestaties voor generalistische zorgverleners in rekening worden gebracht.

### **3. Geïndiceerde cliëntenpopulatie**

Geef aan welke cliënten/patiënten voor de innovatieve zorgprestatie in aanmerking komen. Benoem daarbij de geldende voorwaarden (bijvoorbeeld een verwijzing) en/of indicatie-criteria. Als er meerdere cliënten/patiëntengroepen binnen het experiment vallen, geef dan duidelijk aan hoe deze groepen te onderscheiden zijn.

1. Transmurale coördinatie en continuïteit palliatieve zorg,:  
Palliatieve patiënten met een levensverwachting < 1 jaar (gebaseerd op SQ, SPICT<sup>4</sup>)

2. Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP):  
Palliatieve patiënten met een levensverwachting < 1 jaar (gebaseerd op SQ, SPICT<sup>4</sup>), in consult gevraagd door de hoofdbehandelaar van de patiënt

3. Regiefunctie complexe palliatieve zorg:  
Palliatieve patiënten met een levensverwachting < dan 1 jaar (gebaseerd op SQ, SPICT<sup>4</sup>)

### **4. Begin en einde van het zorgproces**

Benoem op welk punt in het zorgproces van de cliënt / patiënt de zorgprestatie begint en op welk punt de zorgprestatie eindigt. Het antwoord moet duidelijk maken:

- Wat het doel van de zorg is,
- Wanneer dat doel is behaald.

#### **Begin**

Het palliatieve zorgproces start wanneer de hoofdbehandelaar verwacht dat de levensverwachting van zijn patiënt < 1 jaar is (gebaseerd op SQ / SPICT).<sup>4</sup>

#### **Einde**

Het palliatieve zorgproces eindigt na afronding van de nazorg. "Nazorg is een onderdeel van rouw en verliesbegeleiding en omvat de zorg en ondersteuning die – in het kader van palliatieve zorg – door de betrokken zorgverleners geboden wordt aan de nabestaanden van de overleden patiënt. Hierbij wordt direct na het overlijden adequaat ingespeeld op wat familie en naasten nodig hebben op praktisch, psychosociaal en spiritueel gebied om de periode van rouw en verliesverwerking goed te kunnen doorlopen."<sup>4</sup>

Wanneer in het nazorggesprek blijkt dat een nabestaande professionele begeleiding nodig heeft, heeft de nabestaande een nieuwe zorgvraag, welke buiten de scope van deze overeenkomst valt.

#### **Doel van de zorg**

"Palliatieve zorg heeft als doel om de kwaliteit van het leven te verbeteren van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden."<sup>4</sup>

Door middel van de prestaties in deze aanvraag kan een bijdrage worden geleverd aan de uitgangspunten van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland alsook aan de uitgangspunten van De Juiste Zorg op de Juiste Plek:

- Het functioneren van mensen als uitgangspunt
- Het voorkomen van (duurdere) zorg
- Het verplaatsen van zorg dichterbij mensen thuis
- Het vervangen van zorg door andere zorg, zoals e-health<sup>16</sup>

<sup>16</sup> [Infographic de Juiste Zorg op de Juiste Plek](#)

Wanneer deze doelen behaald zijn, wordt verder uitgewerkt in onderdeel C van deze overeenkomst.

**Onderdeel B. Het innovatieve karakter van de nieuwe zorgprestatie.**

**5. Innovatieve karakter van de zorgprestatie**

Omschrijf wat de nieuwe zorgprestatie innovatief maakt ten opzichte van de huidige zorgprestaties.

**Zorgverleners**

| Huidige prestaties   | Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg  | Steun en COnsultatie Palliatieve zorg (SCOP)   | Regiefunctie complexe palliatieve zorg   |
|--|--|--|--|
| <b>Generalisten:</b><br>Huisartsen<br>Medisch specialisten<br>Specialist<br>ouderengeneeskunde<br>Verpleegkundigen<br>Verzorgenden<br>Etc. | <b>Generalisten &amp; specialisten palliatieve zorg (pz):</b><br>Huisartsen<br>Medisch specialisten<br>Specialist<br>ouderengeneeskunde<br>Verpleegkundigen<br>Verzorgenden<br>Etc.<br><br>Gespecialiseerde arts pz<br>Gespecialiseerde vpk pz<br>Verpleegkundig specialist pz | <b>Specialisten palliatieve zorg (pz):</b><br><br>Gespecialiseerde arts pz<br>Verpleegkundig specialist pz | <b>Specialisten palliatieve zorg (pz):</b><br><br>Gespecialiseerd vpk pz<br>Verpleegkundig specialist pz |

Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland stelt: "generalistische zorgverleners en waar nodig specialistische zorgverleners en vrijwilligers werken in palliatieve zorg samen als een interdisciplinair team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten en stemmen de behandeling af op door de patiënt gestelde waarden, wensen en behoeften".<sup>4</sup> Uit rondetafels die de NZa in 2018 organiseerde met innovatieve zorgaanbieders in de palliatieve zorg, in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners en vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars en de wetenschap<sup>14</sup> en de veldverkenning van PZNL in datzelfde jaar <sup>10</sup> bleek dat het veld deze interdisciplinaire samenwerking bij voorkeur transmuraal organiseert. Met de prestaties in deze aanvraag kan deze interdisciplinaire transmurale samenwerking en transmurale inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners worden bekostigd, aanvullend op de zorg die generalistische zorgverleners leveren vanuit de huidige prestaties.

**Stepped care palliatieve zorg**

|   | Complexiteit van zorg |  |  |
|---|-----------------------|--|--|
| Reguliere prestaties                                    |                       |  |  |
| Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg |                       |  |  |
| Steun en COnsultatie Palliatieve zorg (SCOP)            |                       |  |  |
| Regiefunctie complexe palliatieve zorg                  |                       |  |  |

Hiermee ontstaat een 'stepped care'-model waarin de generalist bij de zorg voor palliatieve patiënten wordt ondersteund door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners.

## Zorgactiviteiten

| Huidige prestaties  | Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg  | Steun en Consultatie Palliatieve zorg (SCOP)  | Regiefunctie complexe palliatieve zorg  |
|---|--|---|---|
| <b>Generalistische zorg:</b><br><br>O.a.:<br>Consult(en)<br>Intramuraal MDO<br>Verpleging<br>Verzorging | <b>Samenwerking generalistische en gespecialiseerde zorg:</b><br><br>O.a.:<br>Transmuraal MDO<br>Telefonische consultatie<br>Coördinatie | <b>Gespecialiseerde arts:</b><br><br>O.a.:<br>Consult(en)<br>Kennisdeling<br>Bespreking verslag | <b>Gespecialiseerde verpleegkundige:</b><br><br>O.a.:<br>Zorgplan<br>Kennisdeling<br>generalisten<br>Gespecialiseerd casem.<br>Afstemming hoofdbeh. |

De zorgactiviteiten die de generalistische en gespecialiseerde zorgverleners uitvoeren, kunnen deels dezelfde activiteiten zijn. Het innovatieve karakter van de prestaties in deze aanvraag bestaat dus niet uit het toevoegen van nieuwe zorg, maar uit het anders (transmuraal) organiseren van zorg en het toevoegen van deskundigheid aan de zorg.

### 6. Prestatie past niet binnen bestaande systematiek

Onderbouw waarom de reguliere zorgprestaties belemmerend zijn voor de uitvoering van het aangevraagde experiment. Met andere woorden, benoem waarom de doelstellingen van het experiment niet door middel van de bestaande reguliere zorgprestatie(s) gerealiseerd kunnen worden.

Op basis van door initiatieven in transmurale palliatieve zorg aangegeven belemmeringen in de bekostiging en suggesties voor oplossingen, het rapport 'Zorg rondom de patiënt' (2018) van de NZa<sup>14</sup> en een door PZNL georganiseerde bijeenkomst over transmurale palliatieve zorg op 11 december 2018, is bekeken welke huidige bekostigingsmogelijkheden kansrijk zijn (zie ook [Bijlage 2 Totstandkoming van de aanvraag](#)). Op basis van deze analyse is geconcludeerd dat de kansrijke bekostigingsmogelijkheden beter aan dienen te sluiten bij transmurale palliatieve zorg. De belangrijkste kansrijke prestaties en de reden waarom zij niet volstaan, zijn te vinden in onderstaande tabel:

| Onderdeel  | Huidige zorgprestaties   | Nieuwe prestatie   |
|--|--|--|
| Transmurale samenwerking in de palliatieve zorg  | <b>Organisatie &amp; Infrastructuur (O&amp;I)</b> <sup>17</sup><br>De Organisatie & Infrastructuur prestaties beogen de organisatiegraad in de eerste lijn te versterken zonder daarbij een specifieke patiëntenpopulatie te bedienen.   | <b>Transmurale coördinatie en continuïteit palliatieve zorg</b><br>De prestatie Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg, is lijnonafhankelijk en specifiek inzetbaar voor palliatieve zorg.  |
| Ondersteuning van generalisten door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners | <b>Meekijkconsult</b> <sup>18</sup><br>Zorgaanbieders geven aan dat in de praktijk blijkt dat bekostiging van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners via het 'Meekijkconsult', niet uitvoerbaar is, vanwege de contractver-eiste en administratieve afhan-deling via de consultvragende huisarts. Daarnaast zou niet alleen de huisarts, maar elke hoofdbehandelaar aanspraak moeten kunnen maken op een advies van een in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener.<br><br><b>Palliatieve consultatie, visite &amp; telefonisch (M&amp;I-verrichting)</b> <sup>19</sup><br>De M&I-verrichtingen voor Palliatieve consultatie, kan alleen vergoed worden, wanneer een huisarts 'een opgeleide palliatieve huisartsconsultent' in consult vraagt. Een in palliatieve zorg gespecialiseerde specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of hospice arts kunnen hier niet mee declareren. | <b>Steun en Consultatie Palliatieve zorg (SCOP) &amp; Regiefunctie complexe palliatieve zorg</b><br>Met het SCOP consult en de regiefunctie complexe palliatieve zorg kunnen generalistische zorgverleners ondersteund worden door gespecialiseerde zorgverle-ners zonder dat zij de zorg aan deze gespecialiseerde zorgverle-ners over hoeven te geven. De ondersteuning beperkt zich niet tot huisartsen en kan worden ingezet vanaf de start van het palliatieve zorgproces (wanneer de hoofdbehandelaar verwacht dat de levensverwachting van zijn patiënt < 1 jaar is). |

<sup>17</sup> Artikel 6.2.1 Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - BR/REG-19133

<sup>18</sup> Artikel 7.2 Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - BR/REG-19133

<sup>19</sup> Bijlage 2a Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - BR/REG-19133



|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p><b>Experiment verpleging en verzorging<sup>20</sup></b><br/> Voor individueel toewijsbare verpleging en verzorging kunnen afspraken worden gemaakt op basis van het Experiment bekostiging verpleging en verzorging. In de praktijk wordt dit vertaald in een integraal tarief, waardoor het leveren van palliatieve zorg door gespecialiseerde zorgverleners vanuit bedrijfseconomisch oogpunt ongunstig is. Daarnaast kan dit er toe leiden dat de patiënt in de laatste fase over moet naar een andere zorgaanbieder, omdat de zorgaanbieder die tot dan toe de zorg leverde, geen palliatieve terminale zorg levert. Er zijn geen afspraken bekend waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars op basis van het experiment v&amp;v afspraken hebben gemaakt over palliatieve zorg zonder dat dit onderdeel was van een tarief dat ook andere zorg bevat.</p> |  |
|--|---|--|

Meer informatie over de bekostiging van transmurale palliatieve zorg en knelpunten hierin is te vinden in het rapport 'Samenwerken in de palliatieve zorg. Zorg rondom de patiënt' (NZa, 2018)<sup>14</sup>, Palliatieve zorg op maat (NZa, 2017)<sup>21</sup> en de 'Handreiking financiering palliatieve zorg 2020' (PZNL, 2019)<sup>22</sup>. De huidige bekostigingsmogelijkheden zijn veelal gericht op één discipline of lijn, waardoor de patiënt daar naar toe dient te bewegen in plaats van dat de juiste zorg op de juiste plek kan worden geboden. De NZa concludeert hierover in hun rapport 'Samenwerken in de palliatieve zorg: Zorg rondom de patiënt' (2018)<sup>14</sup> dat er binnen de huidige bekostiging mogelijkheden zijn voor samenwerking, maar dat de uitvoering daarvan niet eenvoudig is: "De bekostiging is monodisciplinair ingericht en zeker het bekostigen van (transmurale) samenwerking en coördinatie is een complexe aangelegenheid."

Aansluiters hoeven geen evaluatie in te dienen bij de NZa. Dit mag wel.

### Onderdeel C. De meetbare doelstellingen van het experiment.

#### 7. Doelen en subdoelen

Benoem welke doelen en subdoelen u verwacht te realiseren:

"Goede kwaliteit van palliatieve zorg vergt coördinatie en continuïteit van zorg en met kennis van zaken vooruit plannen en organiseren."<sup>14</sup> Transmurale palliatieve zorg beoogt bij te dragen aan het verbeteren van de coördinatie en continuïteit van zorg door betere samenwerking tussen zorgverleners over de lijnen van de instellingen heen te realiseren en de vroegtijdige inzet van palliatieve zorg te waarborgen. Hiermee wordt beoogt mogelijke overbehandeling in de laatste levensfase (laatste maand) te reduceren. De verwachting is dat deze reductie ook een reductie in kosten oplevert die ten minste even hoog of hoger is, dan de kosten van de inzet van transmurale palliatieve zorg. Hierdoor kan de beoogde kwaliteitsverbetering tegen gelijke of lagere kosten worden gerealiseerd.

#### 8. Indicatoren waarmee doelen meetbaar worden gemaakt

Beschrijf per doel en/of subdoel van het experiment met welke indicatoren u de doelstellingen meetbaar maakt. Beschrijf (of verwijst) indien van toepassing (naar) instrumenten waarmee de indicatoren worden gemeten:

**Mogelijke overbehandeling in de laatste levensfase**

<sup>20</sup> Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging - BR/REG-19144

<sup>21</sup> NZa (2017), Palliatieve zorg op maat

<sup>22</sup> PZNL (2019), Handreiking financiering palliatieve zorg 2020

Voor het in kaart brengen van het terugbrengen van mogelijke overbehandeling in de laatste levensfase is de internationale maat 'potential aggressive end of life care'<sup>23</sup> score te gebruiken. Deze score bestaat uit 6 items in de laatste 30 dagen van overleden patiënten:

- Meer dan 1 ziekenhuisopname
- >14 dagen opgenomen in ziekenhuis
- Meer dan 1 SEH opname
- Een opname op IC
- Sterven in het ziekenhuis
- Chemotherapie ontvangen (alleen bij kanker)

Deze items kunnen op basis van declaratie-data vastgesteld worden. Hiermee hoeven zij niet aanvullend geregistreerd te worden (beperkte registratielast). In 2018 heeft IKNL in samenwerking met VEKTIS onderzocht of deze score te berekenen is met behulp van landelijke declaratiedata. Dit bleek het geval, niet alleen voor mensen die waren overleden met kanker, maar ook met andere aandoeningen, zoals hartfalen of ernstige longziekten.<sup>24</sup>

Door deze score van de regio te vergelijken in tijd (voor en na) en te vergelijken met de landelijke cijfers geeft dit een indicatie van de kwaliteit van palliatieve zorg in de regio. Ook wordt er gekeken naar de timing van de *potential aggressive end-of-life score*, namelijk hoe vaak een opname (ziekenhuis, SEH) van een patiënt plaatsvindt in het weekend ten opzichte van weekdagen. Aanvullend zal de lengte van de periode die een patiënt in het initiatief is opgenomen worden vastgelegd (vroegtijdigheid) en hoe lang het duurt voordat er na ontslag uit het ziekenhuis contact met de huisarts is.

Al deze uitkomsten geven inzicht op groepsniveau en zeggen dus niets over de 'mogelijke overbehandeling' van een individuele patiënt. Meer dan 1 ziekenhuisopname in de laatste maand van het leven is niet per definitie ongewenst voor een individu (overbehandeling), maar op groepsniveau is het belangrijk dat dit percentage niet te hoog is, aangezien het samenhangt met mindere kwaliteit van leven. Internationaal onderzoek laat namelijk ook zien dat de items uit de *potential aggressive end of life care* samenhangen met beter ervaren kwaliteit van leven<sup>25</sup>.

### **Meerwaarde vanuit perspectief van de zorgverleners**

Er zal onderzoek worden gedaan om ervaringen en opvattingen van zorgverleners over de meerwaarde van transmurale palliatieve zorg inzichtelijk te maken. In interviews met betrokken zorgverleners van de initiatieven wordt gevraagd naar door hen ervaren meerwaarde van transmurale palliatieve zorg. Daarnaast wordt er een korte vragenlijst uitgezet onder de betrokken zorgverleners over hun huidige ervaringen met coördinatie en continuïteit in de zorg voor mensen met een beperkte levensverwachting en hun visie op hoe het voor de start van het initiatief was.

### **Kosten**

In een buitenlandse studie bleek dat de kosten voor patiënten die 'potential aggressive end of life care' ontvangen substantieel hoger zijn en dat de inzet van palliatieve zorg de kosten kan reduceren.<sup>26</sup> Om inzichtelijk te maken of dit binnen dit experiment ook het geval is zullen gedurende het experiment de zorgkosten die in het laatste levensjaar worden gemaakt, in kaart worden gebracht op basis van declaratiedata (Zvw en Wlz).

## **9. Experimentopzet**

<sup>23</sup> Earle CC, Neville BA, Landrum MB, et al. Trends in the Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life. *Journal of Clinical Oncology*. 2004; 22: 315-321.

<sup>24</sup> Vektis, *Ongelofelijk hoeveel je kunt bereiken in 3 weken*

<sup>25</sup> 1. 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] B, Nilsson ME, Prigerson HG. Factors important to patients' quality of life at the end of life. *Arch Intern Med*. 2012 Aug 13;172(15):1133-42

<sup>26</sup> Cheung, M.C. e.a. (2015), Impact of Aggressive Management and Palliative Care on Cancer Costs in the Final Month of Life

Beschrijf de opzet van uw experiment en welk experimenteel design u hanteert om de resultaten van de innovatieve zorgprestatie te vergelijken met een controlesituatie. Benoem bij welk resultaat op de eerdergenoemde indicatoren het experiment als succesvol wordt beschouwd.

Het is een observationeel design, waarbij gegevens uit de regio van een geselecteerd initiatief worden vergeleken met:

1. cijfers van de tijd vóór de start van het initiatief in die regio (pre-post design);
2. landelijke cijfers.



Het aandeel mensen met mogelijke overbehandeling in de periode voordat de regio transmurale palliatieve zorg aanbood wordt vergeleken met de tijd waarin deze zorgverbetering loopt. Op deze manier krijgen we inzicht in verschillen in tijd. Daarnaast dienen de landelijke cijfers als controlegroep voor het geheel. In de eerdergenoemde pilot studie die IKNL in samenwerking met VEKTIS deed, werden regionale verschillen gezien, dus de verwachting is dat er verschillen aantoonbaar zijn. Wel moet hierbij rekening gehouden worden met verschil in o.a. leeftijdsopbouw per regio.

Het effect van een complexe interventie is uitdagend om te meten. Daarom is het belangrijk om naast uitkomstmaten (mogelijke overbehandeling verminderen) ook inzicht in het proces te krijgen. Naast de omvang van mogelijke overbehandeling in de laatste maand van het leven van overleden patiënten wordt ook gekeken naar de tijd dat een patiënt in beeld is bij het initiatief (vroegtijdigheid) en of de mogelijke overbehandeling vooral in het weekend of op weekdays wordt geleverd.

Ook worden betrokken zorgverleners gevraagd naar hun ervaringen met het verlenen van transmurale palliatieve zorg en naar de door hen ervaren meerwaarde van transmurale palliatieve zorg, via interviews en een vragenlijst.

Aansluiters dienen zelf met de zorgverzekeraar in een apart contract afspraken te maken over de tarieven en volumes.

#### Onderdeel D. Tarief- en volumeafspraken.

##### 10. Overeengekomen tarieven

Het tarief omvat alle kosten die nodig zijn om de zorgprestatie, zoals in deel A beschreven, in zijn geheel te leveren. Geef hierbij de volgende zaken aan:

- Benoem het overeengekomen tarief (of deeltarieven) en geef een basale tariefopbouw.
- Geef, indien van toepassing, aan wat hiervan door ondercontractanten in rekening wordt gebracht bij de hoofdcontractant.
- Indien het een combinatie van Zvw- en Wlz-zorg en/of niet verzekerde zorg betreft, specificeer dan per onderdeel de tariefopbouw.

**11. Verwacht volume**

Geef een prognose van het aantal te leveren zorgprestaties per jaar gedurende de looptijd van het experiment.

**12. Looptijd van het experiment:**

Vermeld de gewenste start- en einddatum van het experiment.

**13. Informatie over de financieringsbron**

Geef gemotiveerd aan welke financieringsbron van toepassing is op de nieuwe zorgprestatie. Dit kan de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn, maar partijen kunnen ook een niet-verzekerde prestatie aanvragen zolang de prestatie binnen de reikwijdte van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) valt. Hierbij geldt dat niet-verzekerde zorg binnen een experiment onder de beleidsregel 'Innovatie voor kleinschalige experimenten' ook niet verzekerd is/blijft.

Financieringsbron van innovatieve zorgprestatie volgens partijen:

- [Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#)
- Wet langdurige zorg (Wlz)
- De kosten van de zorgprestatie worden niet ten laste van de Wlz of Zvw gebracht

**14. Motivatie keuze van financieringsbron:**

Bij twijfel over de vraag of de zorg ten laste mag worden gebracht van de aangevinkte financieringsbron (zie vraag 13) kan de NZa de door u aangevraagde innovatieve zorgprestatie ter beoordeling voorleggen aan Zorginstituut Nederland ([www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)). Om te beoordelen of dit nodig is, ontvangen wij graag aanvullende informatie. Wij vragen u, voorzien van een motivatie, de volgende informatie aan te leveren:

- verwijzingen naar relevante geldende richtlijnen, zorgstandaarden, protocollen, etc. [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)<sup>4</sup>
- overige stukken en documenten.

**Onderdeel E: Ondertekening**

Partijen verklaren met ondertekening van de overeenkomst dat zij bekend zijn en instemmen met de inhoud van de overeenkomst:

|  |  |
|--|--|
| <b>Zorgverzekeraar/Wlz-uitvoerder:</b><br><br>[Handtekening] | <b>Zorgaanbieder:</b><br><br>[Handtekening]      |
| <b>Naam van rechtsgeldige vertegenwoordiger:</b>             | <b>Naam van rechtsgeldige vertegenwoordiger:</b> |
| Datum ondertekening:<br>.....                                | Datum ondertekening:<br>.....                    |

Aansluiters dienen dit document niet in bij de NZa, maar in plaats daarvan de [Aansluitersovereenkomst innovatie \(zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar\)](#).

**Mede ondertekend door:**

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Zorgverzekeraar/Wlz-uitvoerder/Zorgaanbieder*</b></p> <p><b>Naam van rechtsgeldige vertegenwoordiger:</b></p> <p>.....</p> <p>Contactpersoon formele besluitvorming:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naam:</li> <li>- Adres:</li> </ul> <p>Contactpersoon voor vragen over het experiment:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naam:</li> <li>- E-mailadres:</li> <li>- Telefoonnummer:</li> </ul> | <p><b>Zorgverzekeraar/Wlz-uitvoerder/Zorgaanbieder*</b></p> <p><b>Naam van rechtsgeldige vertegenwoordiger:</b></p> <p>.....</p> <p>Contactpersoon formele besluitvorming:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naam:</li> <li>- Adres:</li> </ul> <p>Contactpersoon voor vragen over het experiment:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naam:</li> <li>- E-mailadres:</li> <li>- Telefoonnummer:</li> </ul> |
| <p>Datum ondertekening:</p> <p>.....</p> <p><i>[Handtekening]</i></p> <p>.....</p>   | <p>Datum ondertekening:</p> <p>.....</p> <p><i>[Handtekening]</i></p> <p>.....</p>   |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Zorgverzekeraar/Wlz-uitvoerder/Zorgaanbieder*</b></p> <p><b>Naam van rechtsgeldige vertegenwoordiger:</b></p> <p>.....</p> <p>Contactpersoon formele besluitvorming:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naam:</li> <li>- Adres:</li> </ul> <p>Contactpersoon voor vragen over het experiment:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naam:</li> <li>- E-mailadres:</li> <li>- Telefoonnummer:</li> </ul> | <p><b>Zorgverzekeraar/Wlz-uitvoerder/Zorgaanbieder*</b></p> <p><b>Naam van rechtsgeldige vertegenwoordiger:</b></p> <p>.....</p> <p>Contactpersoon formele besluitvorming:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naam:</li> <li>- Adres:</li> </ul> <p>Contactpersoon voor vragen over het experiment:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naam:</li> <li>- E-mailadres:</li> <li>- Telefoonnummer:</li> </ul> |
| <p>Datum ondertekening:</p> <p>.....</p> <p><i>[Handtekening]</i></p> <p>.....</p>   | <p>Datum ondertekening:</p> <p>.....</p> <p><i>[Handtekening]</i></p> <p>.....</p>   |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Zorgverzekeraar/Wlz-uitvoerder/Zorgaanbieder*</b></p> <p><b>Naam van rechtsgeldige vertegenwoordiger:</b></p> <p>.....</p> <p>Contactpersoon formele besluitvorming:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naam:</li> <li>- Adres:</li> </ul> <p>Contactpersoon voor vragen over het experiment:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naam:</li> <li>- E-mailadres:</li> <li>- Telefoonnummer:</li> </ul> | <p><b>Zorgverzekeraar/Wlz-uitvoerder/Zorgaanbieder*</b></p> <p><b>Naam van rechtsgeldige vertegenwoordiger:</b></p> <p>.....</p> <p>Contactpersoon formele besluitvorming:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naam:</li> <li>- Adres:</li> </ul> <p>Contactpersoon voor vragen over het experiment:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naam:</li> <li>- E-mailadres:</li> <li>- Telefoonnummer:</li> </ul> |
| <p>Datum ondertekening:</p> <p>.....</p> <p><i>[Handtekening]</i></p> <p>.....</p>   | <p>Datum ondertekening:</p> <p>.....</p> <p><i>[Handtekening]</i></p> <p>.....</p>   |

\* Hier doorhalen wat niet van toepassing is.

# Bijlage 1: Verheldering gehanteerde begrippen

## 1. Deskundigheid

### Standaard deskundigheid

Zowel de zorgverlener\* als de vrijwilliger zijn gekwalificeerd voor de zorg die ze verlenen en houden aantoonbaar hun kennis actueel met relevante bij- en nascholing.

\*Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 1.0 als onderdeel van de Kennissynthese onderwijs palliatieve zorg (2016)

**Bron:** Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief (2017)<sup>4</sup>

### Generalist palliatieve zorg

Elke zorgverlener heeft als generalist basiskennis en basisvaardigheden in palliatieve zorg\*. Vanuit zijn functie integreert hij de kernwaarden, principes, methodes en procedures van palliatieve zorg in de zorg voor een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Het gaat daarbij niet alleen om niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies voor symptoombestrijding, maar ook om effectieve communicatie met de patiënt, diens naasten en andere betrokken zorgverleners, in de context van markering van de palliatieve fase, gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning. De generalist palliatieve zorg kent daarin zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een specialist palliatieve zorg.

\*zie: Criteria voor zorgverleners bij Standaard deskundigheid in Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

**Bron:** Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief (2017)<sup>4</sup>

### Specialist palliatieve zorg

De specialist palliatieve zorg is middels een erkende opleiding in palliatieve zorg gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg\*. Veelal is de specialist palliatieve zorg, vanuit zijn functie werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg frequent deel uit maakt van de dagelijkse praktijk, maar niet de belangrijkste focus is. De specialist palliatieve zorg is bij voorkeur ingebed in een gespecialiseerd team palliatieve zorg. De specialist palliatieve zorg kent zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een expert palliatieve zorg.

\* zie: Criteria voor zorgverleners met specifieke palliatieve deskundigheid bij Standaard deskundigheid in Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

**Bron:** Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief (2017)<sup>4</sup>

Voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde geldt de kaderopleiding palliatieve zorg als erkende opleiding, waarmee zij als kaderarts palliatieve zorg geregistreerd kunnen worden.

Voor medisch specialisten en verpleegkundigen zijn de criteria voor erkenning als in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener in ontwikkeling.

## 2. Interdisciplinaire samenwerking

### Standaard interdisciplinaire zorg

De multidimensionele benadering van de patiënt en zijn zorgvragen in de palliatieve fase vraagt om kennis en betrokkenheid van meerdere disciplines die in een interdisciplinair werkend team verenigd zijn. Dit team wordt gevormd door zorgverleners en vrijwilligers in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten.

**Bron:** Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief (2017)<sup>4</sup>

### **Multidisciplinair overleg (mdo)\***

Het team van betrokken zorgverleners overlegt, met input van de patiënt en diens naasten, op vaste momenten en zo nodig ad hoc om het welzijn van de patiënt en de zorg te evalueren. De afspraken in het individuele zorgplan worden zo nodig herzien. In de eerstelijns vindt dit overleg bij voorkeur plaats in een PaTz-groep of een ander vergelijkbaar multidisciplinair overleg.

In palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners worden zo nodig, in overleg met de hoofdbehandelaar, betrokken als generalistische zorgverleners in de palliatieve zorg niet aan de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten kunnen voldoen

\*zie: Criteria bij Standaard interdisciplinaire zorg

**Bron:** Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief (2017)<sup>4</sup>

### PaTz-overleg

PaTz staat voor Palliatieve ThuisZorg. In PaTzgroepen werken huisartsen en wijkverpleegkundigen, soms aangevuld met andere zorgverleners, samen om palliatieve thuiszorg op kwalitatief hoog niveau te leveren. Een PaTzgroep voldoet aan de volgende voorwaarden:

- De PaTzgroep komt minimaal 6 maal per jaar bij elkaar.
- De groep wordt begeleid door een inhoudelijk deskundige op het gebied van palliatieve zorg.
- Er wordt gebruik gemaakt van de PaTzmethodiek: vroegtijdig signaleren en proactief plannen van zorg met behulp van het palliatieve zorg register.
- De PaTzgroep neemt deel aan monitoring voor evaluatie door het Expertisecentrum Palliatieve Zorg VUmc.<sup>27</sup>

Een PaTz-MDO is niet alleen gericht op het directe leveren van goede patiëntenzorg maar ook op een blijvende toename in deskundigheid en op persoonlijke ondersteuning en groei.

**Bron:** [www.patz.nu](http://www.patz.nu)<sup>27</sup>

### Aanvulling vanuit de praktijk:

In de praktijk ervaart men de aanwezigheid van een gespecialiseerde zorgverlener als toegevoegde waarde.<sup>28,29</sup>

### **Complexe palliatieve zorgvraag\***

In palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners worden zo nodig, in overleg met de hoofdbehandelaar, betrokken als generalistische zorgverleners in de palliatieve zorg niet aan de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten kunnen voldoen.

\*zie: Criterium bij Standaard interdisciplinaire zorg

**Bron:** Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief (2017)<sup>4</sup>

## **3. Verantwoordelijkheden & rollen**

### **Hoofdbehandelaar**

De hoofdbehandelaar is de arts die inhoudelijk eindverantwoordelijk is voor de zorgverlening aan de patiënt.

**Bron:** Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief (2017)<sup>4</sup>

---

<sup>27</sup> [www.patz.nu](http://www.patz.nu)

<sup>28</sup> Verenso (2015). Handreiking Multidisciplinair overleg (MDO) Het MDO als basis voor heldere regievoering door de specialist ouderengeneeskunde

<sup>29</sup> Schweitzer, B. et al (2015). Handleiding ten behoeve van de implementatie van PaTz



### **Centrale zorgverlener**

De centrale zorgverlener is het belangrijkste aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten en het gehele team van betrokken zorgverleners. Deze aangewezen eerstverantwoordelijke is in principe een BIG-geregistreeerde zorgverlener met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van de zorg. In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd door de hoofdbehandelaar, danwel gedelegeerd aan een ander (in palliatieve zorg gespecialiseerd) teamlid.

**Bron:** Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief (2017)<sup>4</sup>

### **Casemanagement**

De inhoud van casemanagement kan variëren. Gemeenschappelijk kenmerk is steeds coördinatie, regie, organisatie.

**Bron:** Memo verduidelijking casemanagement, Zorginstituut (2017)<sup>15</sup>

## Bijlage 2: Totstandkoming van de aanvraag

|               |  |
|---------------|--|
| Voorjaar 2018 | <p><u>Veldverkenning</u></p> <p>PZNL heeft aan de regio adviseurs van IKNL en netwerkcoördinatoren van de netwerken palliatieve zorg gevraagd om, in afstemming met de voorzitter van het consortium in hun regio, regionale initiatieven van transmurale consultatie en samenwerking door te geven. Zij gaven 39 initiatieven door. Om eenduidig inzichtelijk te maken op welke manier deze 39 initiatieven de palliatieve zorg verbeteren, is een documentenanalyse uitgevoerd. Het kwaliteitskader is daarvoor als basis gebruikt. Dit leverde 14 initiatieven op die een bovengemiddelde aandacht hebben voor meerdere essenties voor toepassing van het kwaliteitskader.<sup>30</sup></p> |
| Najaar 2018   | <p><u>Werkbezoeken</u></p> <p>Op basis van geografische spreiding en verschil in aanpak zijn zeven initiatieven naar voren gekomen. Bij deze zeven initiatieven zijn NZa, ZonMw en PZNL gezamenlijk op werkbezoek gegaan. In deze werkbezoeken lichtten de initiatieven hun aanpak om de palliatieve zorg te verbeteren toe. Daarnaast gaven zij bevorderende en belemmerende factoren aan die zij daarbij ervaren.</p>  |

De zeven initiatieven in transmurale palliatieve zorg waarbij NZa, ZonMw en PZNL in het najaar van 2018 op werkbezoek zijn gegaan, zullen, ondersteund door PZNL, in het project [Transmurale Palliatieve zorg met passende bekostiging \(TAPA\\$\)](#):

- Inzichtelijk maken wat de kwaliteit in deze zeven initiatieven is (werkgroep kwaliteit)
- Hiervoor passende bekostiging ontwikkelen (werkgroep bekostiging)

Hiervoor zijn zij voor het eerst bij elkaar gekomen tijdens een startbijeenkomst op 11 december 2018.

De werkgroep bekostiging is in de eerste helft van 2019 enkele malen bij elkaar gekomen voor de ontwikkeling van deze concept aanvraag:

|                  |   |
|------------------|---|
| 20 februari 2019 | Formulering benodigde prestaties op basis van de in de werkbezoeken besproken belemmeringen in de bekostiging en suggesties voor oplossingen, zoals die waren gedaan in de werkbezoeken, het rapport <b>Samenwerken in de palliatieve zorg: Zorg rondom de patiënt</b> (NZa, 2018) en de bijeenkomst op 11 december 2018. |
| Consultatieronde | Op basis van de bespreking op 20 februari 2019 is een concept van deze aanvraag opgesteld. De initiatieven hebben dit concept voorgelegd in hun regio en NZa en ZN hebben het concept voorzien van feedback.  |
| 15 april 2019    | De feedback op de conceptaanvraag is besproken.   |
| Consultatieronde | Op basis van de feedback en de bespreking op 15 april 2019 is het concept van deze aanvraag bijgesteld. De initiatieven hebben dit concept opnieuw voorgelegd in hun regio. Daarnaast zijn NZa, ZN, V&VN, FMS, LHV, NFU, NVZ en Stichting PatZ geconsulteerd.   |
| 4 juni 2019      | De feedback op de conceptaanvraag is besproken.   |
| 27 juni 2019     | In een Invitational Conference zijn de prestaties in de aanvraag met landelijke stakeholders besproken.   |

Parallel aan dit proces is in de eerste helft van 2019 door de werkgroep kwaliteit Onderdeel C van deze aanvraag ontwikkeld. Vertegenwoordigers en wetenschappers uit de initiatieven hebben tezamen met wetenschappelijk experts in de palliatieve zorg de meetbare doelstellingen van het experiment opgesteld.

De nu voorliggende aanvraag is tot stand gekomen dankzij de gezamenlijke inspanning van al deze partijen.

1. Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG. Factors important to patients' quality of life at the end of life. *Arch Intern Med*

<sup>30</sup> PZNL (2018). [Factsheet Essenties Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

2012;172(15):1133-42. doi: 10.1001/archinternmed.2012.2364  
[published Online First: 2012/07/11]