

De olifant de kamer uit

Een einde aan het taboe rondom het voeren van het gesprek in en over de laatste levensfase



Over de potentie van de implementatie van proactieve transmurale palliatieve zorg, en hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen een impactvolle transformatie in de palliatieve zorg kunnen realiseren

Inleiding

Voor u ligt het rapport 'De olifant de kamer uit', het resultaat van een onderzoek uitgevoerd door Gupta Strategists, in opdracht van de Stuurgroep van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II).

Het NPPZ II heeft als doel om de maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg te vergroten en proactieve zorg en ondersteuning voor iedereen beschikbaar te maken.

De ambitie van het NPPZ II:

Palliatieve zorg voor iedereen overal en altijd beschikbaar.

De juiste zorg

Op de juiste plek

Op het juiste moment

Door de juiste zorgverlener

Tegen de juiste financiering

Aanleiding tot dit onderzoek

Terwijl de organisatie van proactieve palliatieve zorg steeds meer een transmurale benadering vraagt is de contractering nog steeds veelal segmentgericht. Ondanks bemoedigende pilots met enkele innovatieve prestaties wordt contractering van transmurale palliatieve zorg nog steeds als complex ervaren en wordt hierdoor de potentie van proactieve transmurale zorg nog onvoldoende benut. Met de bestaande praktijk van inkopen is het daarmee nog niet goed mogelijk proactieve transmurale palliatieve zorg te realiseren.

Opdracht aan Gupta Strategists

“Wat is de potentie van proactieve transmurale palliatieve zorg en hoe kan dit bijdragen aan de transformatiedoelen die nu in het Integraal Zorgakkoord beschreven staan?”

“Als we deze potentie willen realiseren, wat vraagt dat op het gebied van zorginkoop?”

Opdrachtgevers

Opdrachtgever is de Stuurgroep NPPZ II, met vertegenwoordiging vanuit PZNL, vanuit generalistische en specialistische zorg, Patiëntenfederatie en VWS (als opdrachtgever NPPZ II), en met o.a. ZN, NZa, VPTZ en ZonMw als agendaleden.



Onderzoekopzet

Dit rapport is tot stand gekomen vanuit deskresearch, gesprekken met experts en analyse van NZa-data rondom palliatieve zorg.

Over dit rapport

De oorspronkelijke versie van dit rapport dateert uit zomer 2023, in deze herziene versie zijn twee pagina's uit de conceptversie gesplitst naar elk 2 pagina's, zodat er meer context meegegeven kan worden (dit zijn nu pagina's 19-22) Tevens zijn getallen op pagina 7 aangepast naar meest recente cijfers (2023) en zijn in het rapport een aantal kleine tekstuele verbeteringen doorgevoerd.

'De olifant in de kamer'

De olifant in de kamer symboliseert het taboe rondom het voeren van het gesprek in en over de laatste levensfase:

- het gesprek tussen **patiënt, naasten en zorgverleners** over hun wensen, grenzen en behandelopties
- het gesprek tussen **zorgverleners onderling** over proactieve transmurale behandeling en besluitvorming
- het gesprek tussen **zorgverleners en zorgverzekeraars** over contractering van proactieve transmurale palliatieve zorg zoals beschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

Inhoud van het rapport

Dit rapport belicht de grote potentie van het **Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland** door implementatie van proactieve zorgplanning, gezamenlijke besluitvorming en transmurale coördinatie van zorg rondom de patiënt zoals reeds ingezet via het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II). De implementatie van het kwaliteitskader is precies het soort impactvolle transformatie waarvoor het onlangs ondertekende Integraal Zorgakkoord (IZA) is bedoeld.

Hierbij is het voeren van gesprekken tussen bovenstaande groepen een centrale randvoorwaarde. De realiteit is dat het voeren van deze gesprekken over de laatste levensfase nog een taboe is, iets waar patiënten, behandelaars en zorgverzekeraars nog vaak onnodig terughoudend over zijn.

Voor wie is dit rapport

Dit rapport **nodigt alle partijen uit** tot een open dialoog over het doorbreken van het taboe over het voeren van het gesprek over de zorg in deze kwetsbare fase van het leven.

Daarbij **roept het op tot een transformatie in palliatieve zorg**. Met daarbij een specifieke oproep aan de zorgverzekeraars om de impactvolle transformatie in de palliatieve zorg, in het kader van het IZA, samen met het programma NPPZ II te faciliteren.

Het momentum is er om proactieve transmurale palliatieve zorg beter te organiseren en te contracteren. Het rapport biedt zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderbouwde inzichten en concrete handvatten. Samen optrekken van alle partijen is cruciaal voor succes.

Zo helpen we gezamenlijk de olifant de kamer uit.

Leeswijzer

Het rapport start met een inhoudsopgave en samenvatting. Deze samenvatting is een opeenvolging van de titels van de onderliggende pagina's. Het geeft snel inzicht in de uitkomsten van het rapport.

- Hoofdstuk 1 - de algemene potentie en de huidige problematiek
- Hoofdstuk 2 - de potentie van implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland
- Hoofdstuk 3 - waarom is de implementatie van het Kwaliteitskader een impactvolle transformatie
- Hoofdstuk 4 - hoe verhoudt deze transformatie zich tot de doelen van het IZA
- Hoofdstuk 5 - uitnodiging aan zorgverzekeraars om deze impactvolle transformatie samen met NPPZ II aan te jagen

Inhoudsopgave

- H1** Zorg in de laatste levensfase beslaat een aanzienlijk deel van de zorg. Het gesprek over wensen in de laatste levensfase wordt nog te weinig gevoerd, waardoor de zorg nog sterk ziektegericht is. Dit verlaagt de kwaliteit van leven en sterven.
- H2** Palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader wordt inhoudelijk breed gedragen en heeft grote potentie t.a.v. kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de laatste levensfase.
- H3** Implementatie van het kwaliteitskader, waarbij palliatieve zorg onderdeel wordt van reguliere zorg, is een essentiële zorgtransformatie. Daarbij is samen optrekken cruciaal voor succes.
- H4** Deze transformatie is volledig in lijn met de doelen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en biedt dus een concrete kans deze te realiseren.
- H5** Zorgverzekeraars kunnen deze impactvolle Transformatie palliatieve zorg in samenhang met het NPPZ II aanjagen.

Bijlagen:

- Achtergrond palliatieve zorg en Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland
- Ook voor kinderpalliatieve zorg is de transformatie reeds in gang gezet
- Details impactschatting landelijke implementatie kwaliteitskader
- Achtergrond en inrichting IZA
- Potentie van uitbreiding hospicecapaciteit

Palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader heeft grote potentie om kwaliteit van leven en sterven in de laatste levensfase te verbeteren

H1

Zorg in de laatste levensfase beslaat een aanzienlijk deel van de zorg. Het gesprek over wensen in de laatste levensfase wordt nog te weinig gevoerd, waardoor de zorg nog sterk ziektegericht is. Dit verlaagt de kwaliteit van leven en sterven

- Jaarlijks overlijden in Nederland ongeveer 170.000 mensen, waarvan 120.000¹ niet onverwacht. De zorg voor patiënten in het jaar voor hun overlijden is omvangrijk en beslaat 8% van de totale zorgkosten.
- In deze kwetsbare levensfase hechten patiënten en hun naasten groot belang aan goede zorg. Onderzoek bevestigt dat patiënten duidelijke wensen hebben over hun laatste levensfase en graag controle hebben over het sterfproces. Hierbij hebben patiënten behoefte aan een meer symptomogerichte behandeling richting het einde van het leven.
- De realiteit is echter dat het gesprek over wensen in de laatste levensfase te weinig wordt gevoerd. Mede hierdoor is zorg in de laatste levensfase nog sterk gericht op ziekte, en te weinig op waarden, wensen en behoeften van de individuele patiënt. Dit leidt tot potentieel niet-passende (IC-)opnames in de laatste levensmaand, die een aanzienlijk beslag leggen op de zorgcapaciteit in het ziekenhuis (5-9% van de totale capaciteit).
- Naast de kwaliteit staan, mede door demografische ontwikkelingen, ook de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg in de laatste levensfase toenemend onder druk – met name voor wijkverpleging en verpleeghuiszorg.

1) Dit betreft volwassenen, jaarlijks overlijden ook ~1.100 kinderen verwacht

H2

Palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader kent inhoudelijk een breed draagvlak en heeft grote potentie t.a.v. kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de laatste levensfase

- Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland beschrijft hoe de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de laatste levensfase kan verbeteren door proactieve zorgplanning, gezamenlijke besluitvorming en coördinatie van zorg rondom de patiënt – elementen waarvoor breed draagvlak bestaat onder patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- Diverse onderzoeken en pilots tonen aan dat de implementatie van het kwaliteitskader de kwaliteit van zorg verhoogt en potentieel niet-passende zorg voorkomt. Dit rapport laat zien dat landelijke realisatie kan leiden tot een aanzienlijke kwaliteitsverhoging en netto kostenbesparing in de zorgketen.
- Voor een succesvolle implementatie van het kwaliteitskader is structurele vergoeding voor additionele palliatieve zorgverlening noodzakelijk. Denk daarbij vooral aan meer tijd voor zorgplanning en goede coördinatie. Realisatie vraagt daarnaast ook investeringen in kennis, (digitale) infrastructuur en sterk project-/programmamanagement.

Implementatie van het kwaliteitskader is precies het soort impactvolle transformatie waarvoor het IZA bedoeld is

H3

Implementatie van het kwaliteitskader, waarbij palliatieve zorg onderdeel wordt van reguliere zorg, is een essentiële zorgtransformatie. Daarbij is samen optrekken cruciaal voor succes

- Implementatie van het kwaliteitskader vraagt structurele uitbreiding van palliatieve zorg, en investering in kennis, (digitale) infrastructuur en projectmanagement. Het zal ertoe leiden dat deze zorg minder in de tweede lijn, en meer in de eerste lijn plaatsvindt. Dat kan alleen als men bereid is andere werkwijzen te adopteren. Denk daarbij aan meer ruimte voor zorgverleners om zelf keuzes te maken (met de juiste financiële prikkels), meer inzet van technologie ter ondersteuning van zorgverleners, uitbreiden van hospice-capaciteit en waar mogelijk effectievere inzet van vrijwilligers, mantelzorgers en het sociaal domein.
- Daarmee is dit een essentiële zorgtransformatie. Voor een succesvolle transformatie is gezamenlijk optrekken van aanbieders en zorgverzekeraars cruciaal, waarbij zij oog hebben voor elkaars behoeften en openstaan voor andere werkwijzen.

H4

Deze transformatie is volledig in lijn met de doelen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en is dus een concrete kans deze te realiseren

- Palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader is een uitstekend voorbeeld van passende zorg, en de hier beschreven transformatie voldoet aan alle criteria van de 'impactvolle transformatie' zoals het IZA die definieert. Het biedt ook de kans om ervaringen op te doen, bijvoorbeeld m.b.t. advance care planning¹, die een nog veel bredere impact op de zorg hebben.
- De transformatie loopt ook al. Vanuit het NPPZ II wordt al vol ingezet op implementatie van het kwaliteitskader. Er is daarnaast al een infrastructuur van Netwerken Palliatieve Zorg, en er zijn meerdere pilots uitgevoerd die de impact aantonen.
- Daarmee is er een grote synergie tussen NPPZ II en het IZA. Palliatieve zorg biedt een concrete, impactvolle kans op het realiseren van doelen die zijn gesteld in het IZA. Kwalificatie als 'impactvolle transformatie' kan daarbij ook helpen om de transformatie te versnellen, om te coördineren met andere transformaties, en om lessen te trekken voor de bredere zorg.

1) Later in dit rapport ook proactieve zorgplanning genoemd

H5

Zorgverzekeraars hebben voldoende handvatten om Transformatie van zorg in de laatste levensfase aan te jagen

- Ondanks de gevoeligheid van dit onderwerp is het belangrijk dat zorgverzekeraars – juist ook vanuit hun regiefunctie in het stelsel en als vertegenwoordigers van hun verzekerden – de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de laatste levensfase bespreekbaar durven te maken met hun contractpartijen.
- Hiervoor biedt dit rapport, als startpunt, diverse concrete handvatten waarmee zorgverzekeraars op dit onderwerp het verschil kunnen maken. Als uitvoerder van het NPPZ II kan Stichting PZNL hierbij ondersteunen, en gaat zij graag in gesprek om de grote potentie van palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader te realiseren.

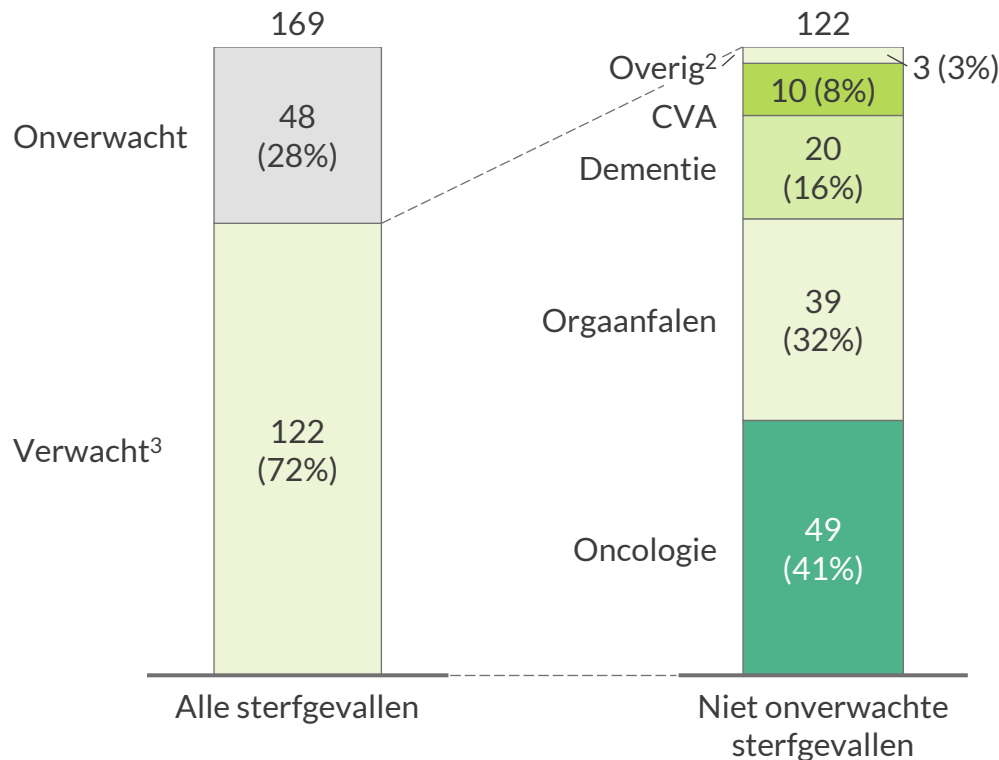
Hoofdstuk 1

Zorg in de laatste levensfase beslaat een aanzienlijk deel van de zorg. Het gesprek over wensen in de laatste levensfase wordt nog te weinig gevoerd, waardoor de zorg nog sterk ziektegericht is. Dit verlaagt de kwaliteit van leven en sterven.

- H2** Palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader wordt inhoudelijk breed gedragen en heeft grote potentie t.a.v. kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de laatste levensfase.
- H3** Implementatie van het kwaliteitskader, waarbij palliatieve zorg onderdeel wordt van reguliere zorg, is een essentiële zorgtransformatie. Daarbij is samen optrekken cruciaal voor succes.
- H4** Deze transformatie is volledig in lijn met de doelen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en biedt dus een concrete kans deze te realiseren.
- H5** Zorgverzekeraars kunnen deze impactvolle Transformatie palliatieve zorg in samenhang met het NPPZ II aanjagen.

Dit rapport richt zich op de ~120k Nederlanders die jaarlijks 'niet onverwacht' overlijden, dus voor wie palliatieve zorg relevant is

Overlijdensoorzaken in relatie tot palliatieve zorg
[2023 x 1.000, volwassenen¹]

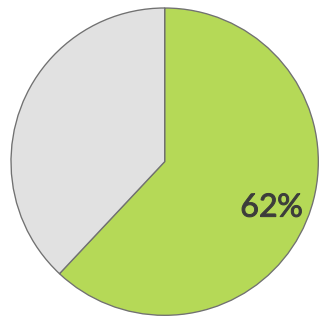


- Per jaar komen in Nederland ~170k personen te overlijden. Bij ~70% van de personen komt het overlijden niet onverwacht.³ Zodoende komt deze groep in aanmerking voor palliatieve zorg
- Deze verwachte sterfgevallen betreffen voornamelijk de patiëntgroepen oncologie, orgaanfalen, dementie en CVA

1) Jaarlijks overlijden ook ~1.100 kinderen. Voor verdieping zie bijlage ([link](#)) 2) Betreft: MS, M. Huntington en M. Parkinson 3) O.b.v. selectiecriteria volgens Etkind, Bron: Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, Murtagh FEM. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. BMC Medicine 2017; 15: 102. ([link](#))
Bronnen: NZa, CBS, analyse Gupta Strategists

Het aanvaarden van en het praten over het levenseinde wordt voor patiënten al steeds gewoner

Uitkomsten studies en rapporten naar wensen van patiënten in de laatste levensfase



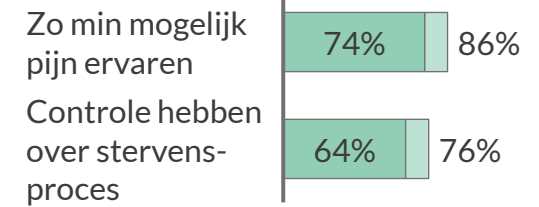
Van kankerpatiënten heeft (op enig moment) behoefte om over zijn of haar levenseinde te praten



Onderzoek Trouw: Wat doen we met de Dood?



Wensen van patiënten m.b.t. tot de stervensfase:¹



Het gesprek over het levenseinde willen kankerpatiënten vooral voeren met:

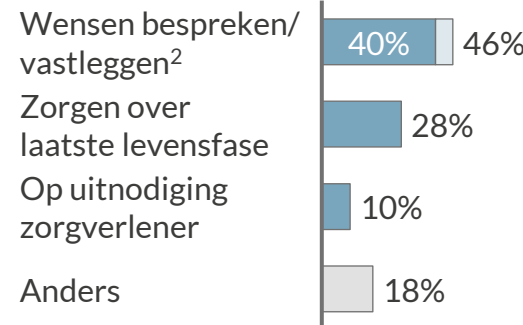


“Patiënten vinden het redelijk belangrijk dat een zorgverlener het initiatief neemt tot dit gesprek. Bij 22% is dit ook daadwerkelijk gebeurd”

Rapport: Praten over het levenseinde



Reden voor gesprek over levenseinde:



73% was tevreden tot zeer tevreden over gesprek met de zorgverlener over wensen omtrent het levenseinde

1) Minimum = mensen met migratieachtergrond, maximum = mensen zonder migratieachtergrond

2) 40% van patiënten wilde de wensen in de laatste levensfase bespreken, 46% vastleggen

Bronnen: NFK onderzoek Praten over de laatste levensfase ([link](#)), Trouw onderzoek Wat doen we met de Dood (24 maart 2023, [link](#)), Praten over het levenseinde (PZNL en Patiëntenfederatie Nederland, [link](#))

Maatschappelijk is er breed draagvlak voor het voeren van het gesprek over de kwaliteit van leven en sterven

Bewustwordingscampagne voor palliatieve zorg [Maart 2023]



De bewustwordingscampagne vanuit PZNL als onderdeel van NPPZ II moedigt mensen aan om met hun naasten en zorgverleners stil te staan bij hun wensen en grenzen in hun laatste levensfase. De campagne stimuleert ook zorgverleners om het gesprek over palliatieve zorg op tijd te voeren.

Niet alles wat kan, hoeft [2015]



In het rapport Niet alles wat kan, hoeft staan mechanismen beschreven die bijdragen aan overbehandeling, zoals complexiteit van gesprekken over het levenseinde en beperkte afstemming tussen zorgverleners. Dit leidt tot een tekort aan aandacht voor de kwaliteit van leven en behandelopties.

Nederlandse Kanker Agenda [2023]



Dit jaar stelt het Nederlands Kanker Collectief (INK, KWF en NFK) de Nederlandse Kanker Agenda op. Deze heeft als doel om een brede maatschappelijke beweging te starten die de impact van kanker op de maatschappij vermindert. Hierbij is expliciete aandacht voor palliatieve zorg.

Het gesprek over wensen rond het levenseinde wordt echter nog te weinig gevoerd; dit verlaagt de kwaliteit van leven en sterven

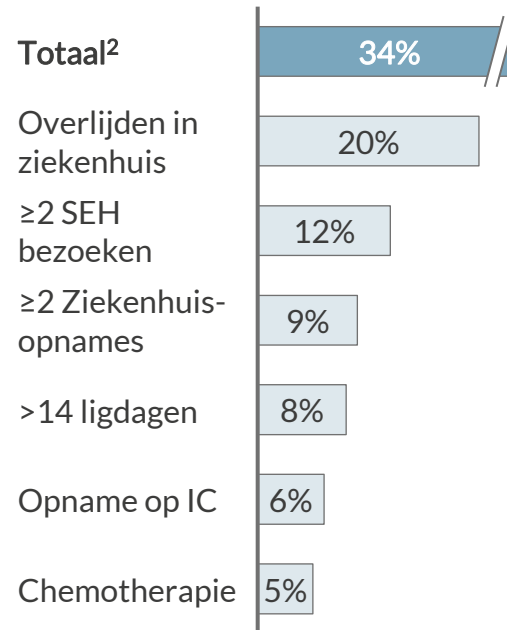
Bespreken wensen laatste levensfase [o.b.v. interviews]

"Bij slechts een beperkt deel van de patiënten wordt nu tijdig een goed gesprek rond het levenseinde gevoerd"

"Bij een aanzienlijk deel van de opgenomen patiënten is een gesprek over wensen rond het levenseinde gepast, maar dit gebeurt te weinig"

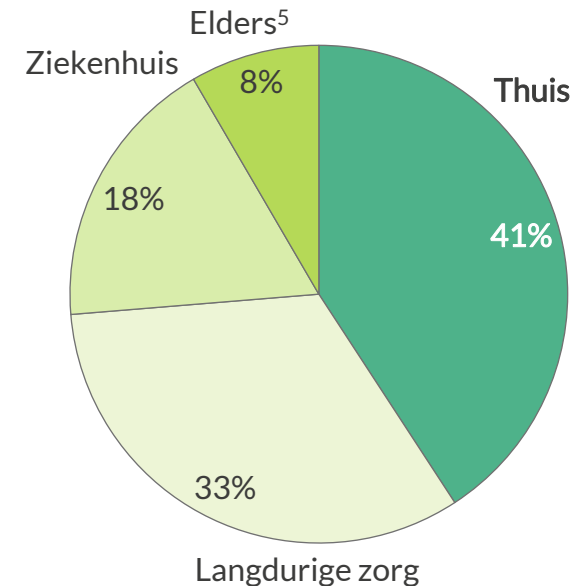
Onderzoek: 51% van de 70-plussers heeft nog nooit een gesprek met de zorgverlener gehad over de laatste levensfase¹

Potentieel niet-passende zorg [% van totaal, laatste 30 dgn, 2019]



34% van de kankerpatiënten ontvangt in de laatste 30 dagen potentieel niet-passende zorg³ (bij andere ziektegroepen is beeld vergelijkbaar⁴)

Locatie van overlijden [Bij behoefte aan PZ, 2021]



68% van de Nederlanders geeft aan het liefst thuis te overlijden⁶

1) PZNL en Patiëntenfederatie Nederland. Praten over de laatste levensfase (rapport). 2022 ([link](#)) Betreft personen boven de zeventig (vraag werd ook gesteld aan personen met ernstige aandoeningen en naasten die zorgden voor een persoon in laatste levensfase). 90% van geïnterviewde patiënten had een chronische aandoening 2) Totaal = minimaal 1 van de indicatoren aanwezig bij een individuele patiënt 3) O.b.v. Boddaert et al. - "Inappropriate-end-of-life-cancer-care" (2022, [link](#)) 4) Nivel factsheets palliatieve zorg ([link](#), [link](#), [link](#)) 5) Inclusief hospice 6) Koekoek. (2014). Regie over de plaats van sterven. Een kwalitatieve en kwantitatieve verkenning. ([link](#))
Bron: PZNL ([link](#)), interviews experts (zie pagina 41), analyse Gupta Strategists

Het gesprek over wensen wordt te weinig gevoerd, door complexiteit van het onderwerp, kennisniveau zorgverleners en financiering

Redenen waarom het gesprek in de laatste levensfase nog te weinig gevoerd wordt [Bron: interviews met experts]



Complexiteit
onderwerp

- “Zowel patiënten als artsen vinden het vaak een lastig onderwerp om over te praten”
- “Veel specialisten zijn geneigd om te denken en te praten vanuit hun eigen specialisme en behandelingsmogelijkheden daarbinnen i.p.v. palliatieve zorg”
- 67% van de patiënten vindt dat artsen te lang wachten met het gesprek over het levenseinde.¹ 46% van de artsen geeft aan het een moeilijk gesprek te vinden¹



Kennisniveau
zorgverleners

- “Artsen zijn opgeleid om te behandelen; niet om tijdig behoefte aan palliatieve zorg te herkennen en het gesprek te voeren over wensen en grenzen van de patiënt”²
- Palliatieve zorg is nog steeds een beperkt onderdeel van curricula en opleidingen³
- Uit onderzoek blijkt dat ruim een derde van de opgenomen patiënten behoefte heeft aan PZ; bij een groot deel van deze populatie wordt PZ momenteel niet geïndiceerd⁴



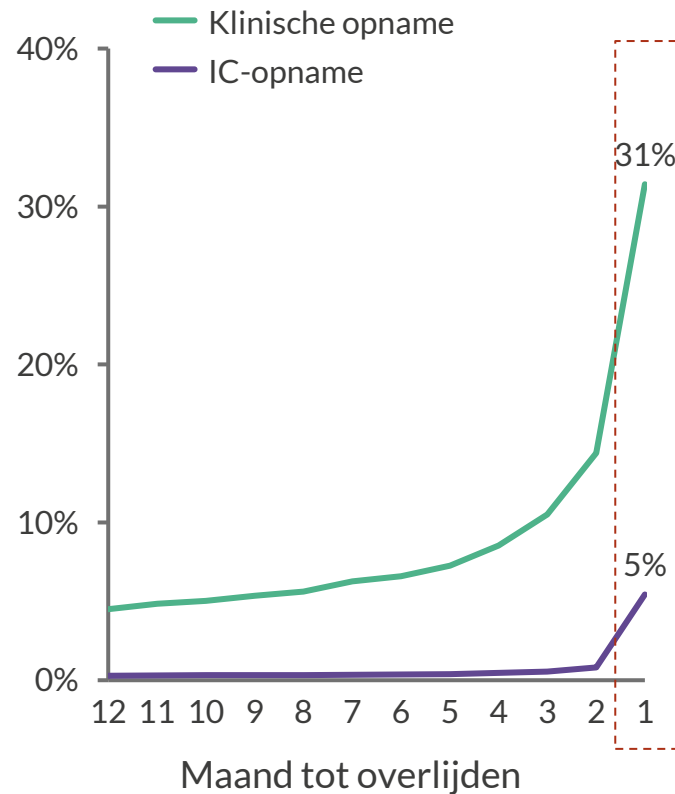
Financiering

- “De noodzakelijke tijd om de patiënt te spreken over diens waarden en wensen wordt niet vergoed.⁵ zowel voor specialisten als huisartsen, behandelingen zoals chemotherapie wel”
- “De huidige financiering stimuleert dat velen vanuit hun eigen eilandje denken, wat transmurale samenwerking⁶, noodzakelijk voor goede palliatieve zorg, erg moeilijk maakt”¹
- “Financiering PZ is afhankelijk van facultatieve en innovatieve prestaties”
- NZa⁷: “Het gevolg is dat financieel gezien kwantiteit boven kwaliteit van zorg gaat”

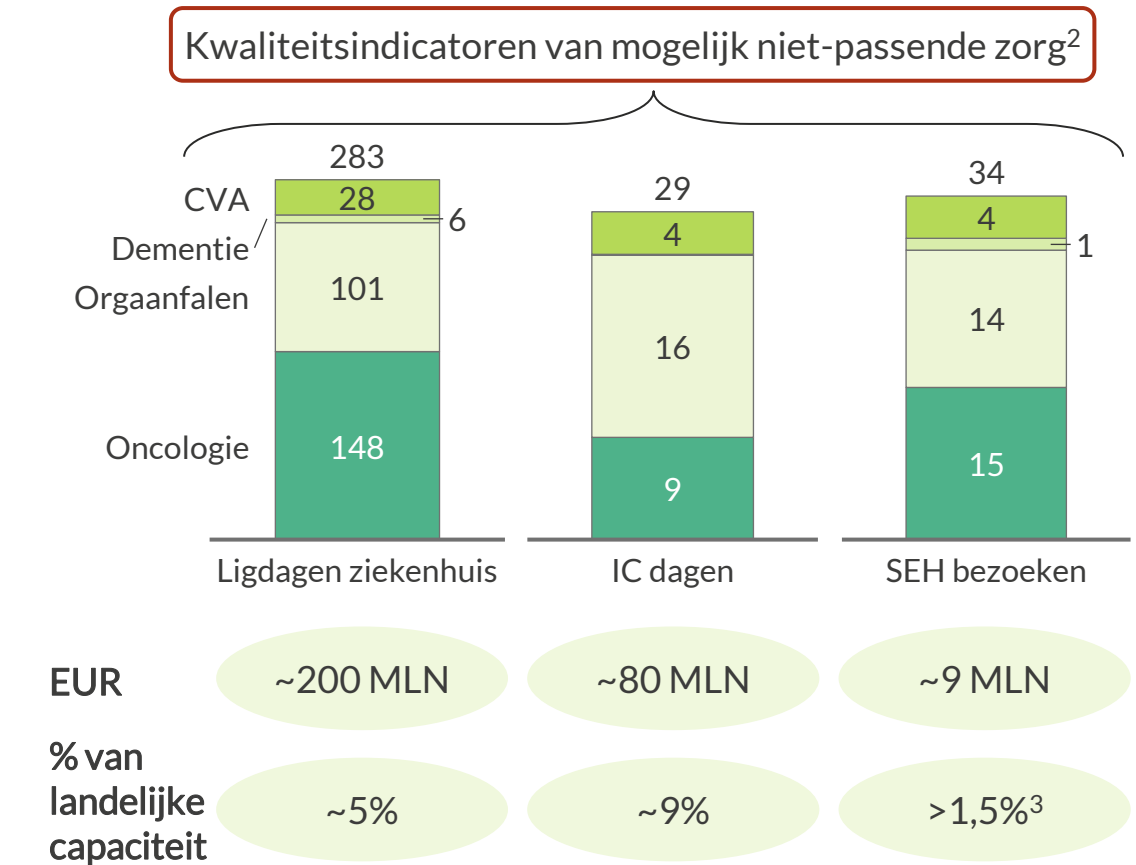
1) KNMG niet alles wat kan, hoeft ([link](#)). 2) Signalen uit interviews, in lijn met rapport van KNMG: “Niet alles wat kan, hoeft” ([link](#)) 3) De Bruin et al: End-of-life care in the Dutch medical curricula ([link](#)) 4) Van der velden et al. Identifying Dutch Hospitalized Patients with a Limited Life Expectancy and Palliative Care Team Involvement: A Flashmob Study ([link](#), publicatie van volledige studie volgt) 5) Momenteel is het alleen via innovatieve prestaties mogelijk om proactieve zorgplanning te financieren 6) Experts: inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener en MDOs kennen geen structurele bekostiging. Kosten voor casemanagement passen niet binnen integrale tarief WVP (zwaardere inzet). 7) NZa: Visie bekostiging palliatieve zorg (2022, [link](#))
Bron: NZa ([link](#)) interviews experts (zie pagina 41), analyse Gupta Strategists

Veel ziekenhuiszorg vindt plaats in de laatste levensmaand, terwijl dit volgens kwaliteitsindicatoren mogelijk niet-passende zorg is

Gebruik ziekenhuiszorg laatste 12 maanden
[% verwachte overlijdens¹, 2018]



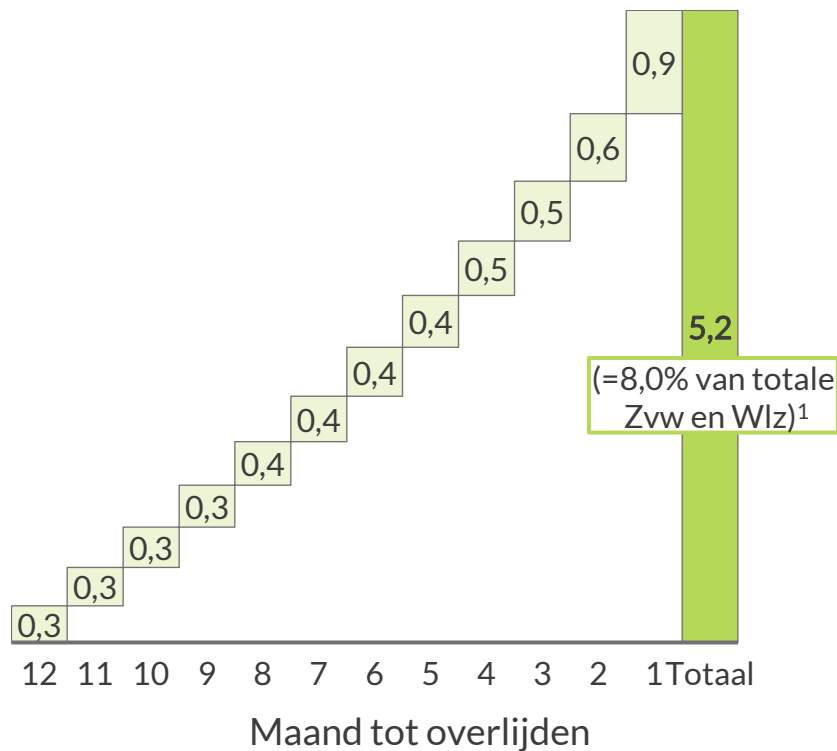
Ziekenhuiszorggebruik bij verwacht overlijden in 30 dagen voor overlijden, naar ziektegroep [# x 1.000, 2018]



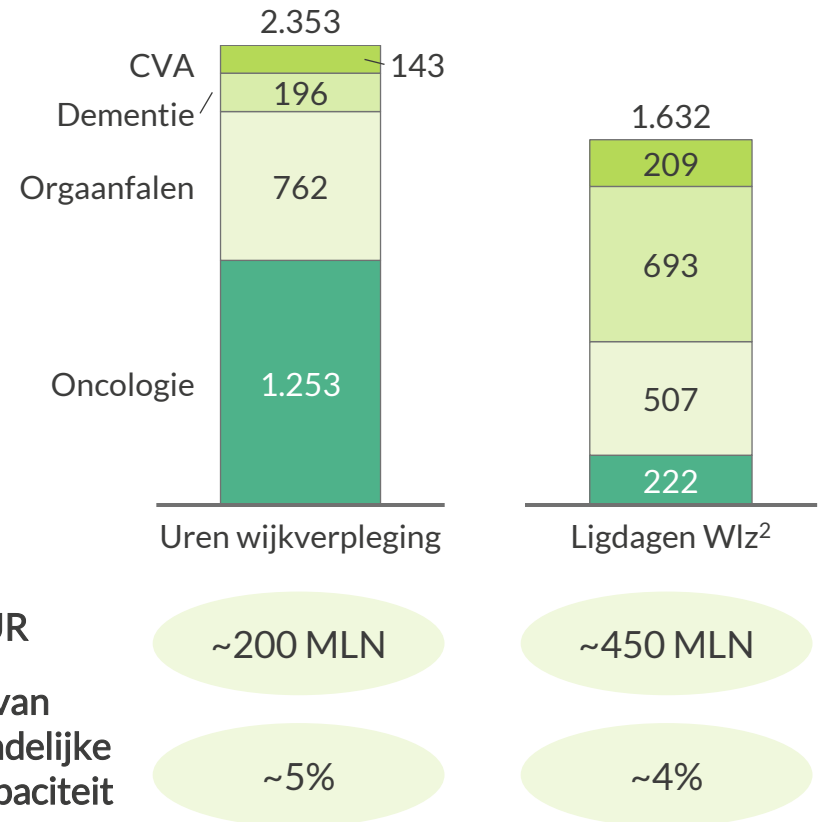
1) O.b.v. selectie volgens Etkind ([link](#)) 2) O.b.v. Boddaert et al. – “Inappropriate-end-of-life-cancer-care” (2022, [link](#)) 3) In absolute getallen valt het capaciteitsbeslag mee, maar patiënten in de laatste levensmaand die acuut worden opgenomen zijn vaak complexe patiënten die veel zorg nodig hebben en zodoende vaak lang op de SEH verblijven (input experts). Bronnen: Nivel Factsheets Palliatieve Zorg (2020, [link](#)), LCPS ([link](#)), Zorgwijzer ([link](#)), NZa Update cijfers acute zorg 2019 ([link](#)), projectervaring Gupta Strategists, analyse Gupta Strategists

Gebruik van wijkverpleging en verpleeghuiszorg in de laatste levensfase beslaat een substantieel deel van de landelijke capaciteit

Zorgkostenontwikkeling laatste levensjaar
[Zvw en Wlz, EUR MLD, 2018]



Zorggebruik langdurige zorg bij verwacht overlijden in laatste 30 dagen, naar ziektegroep [# x 1.000, 2018]



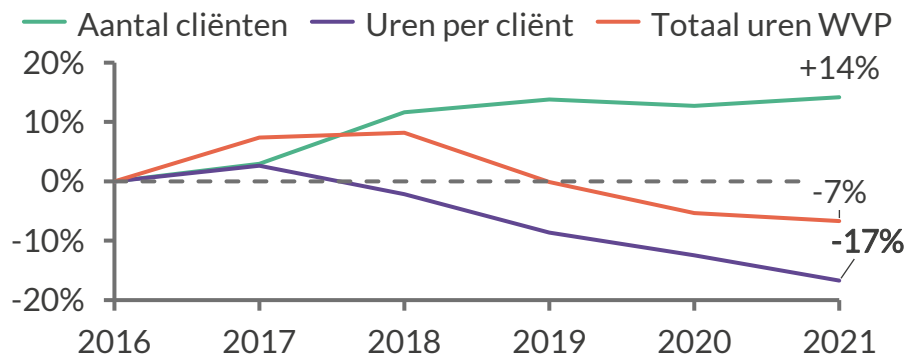
1) Totale kosten voor Wlz en Zvw bedroegen EUR 65 MLD in 2018 ([link](#))

2) Verpleeghuizen en verzorgingshuizen; ligdagen in de Wlz geven een indicatie van de capaciteit en het gebruik aldaar.

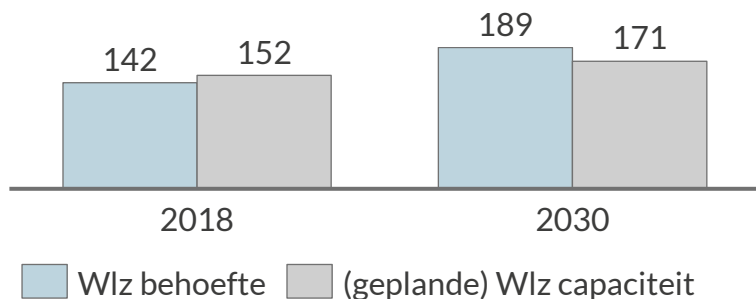
Bronnen: Nivel Factsheets Palliatieve Zorg (2020, [link](#)), Vektis monitor niet-gecontracteerde wijkverpleging ([link](#)), projectervaring Gupta Strategists, analyse Gupta Strategists

Toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de laatste levensfase staan al onder druk; komende decennia zal deze druk sterk toenemen

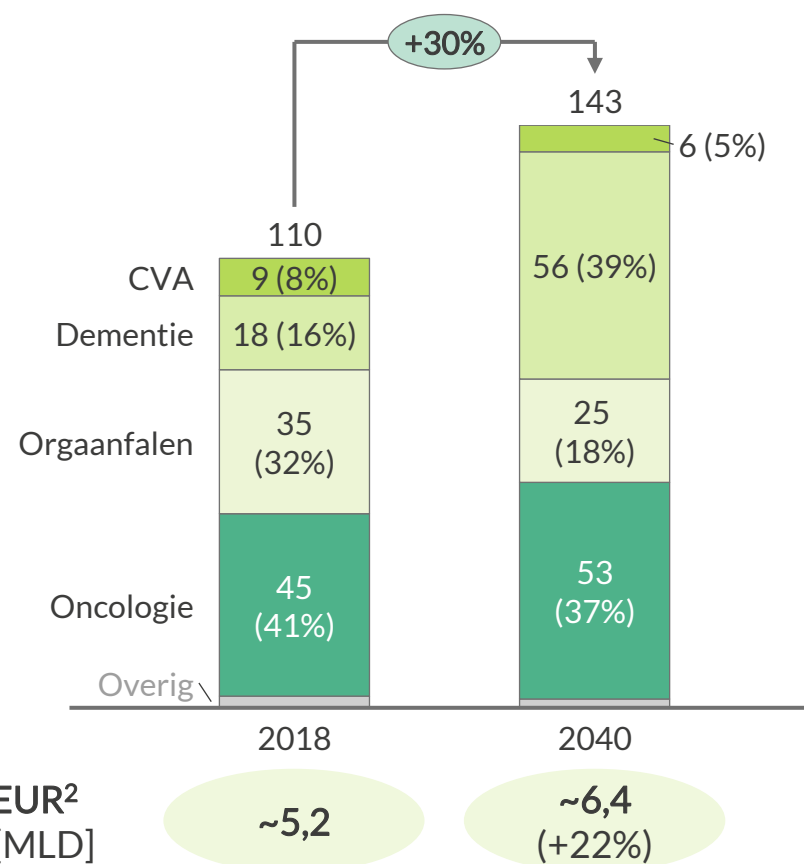
Geleverde capaciteit wijkverpleging
[2016-2021, geïndexeerd op 2016]



Ontwikkeling behoefte en capaciteit Wlz
[2018 - 2030, aantal x 1.000, vv 4 - 10]



Verwacht aantal 'niet onverwachte' sterfgevallen¹ en bijbehorende verwachte zorgkosten [2018-2040]



1) O.b.v. selectie volgens Etkind ([link](#))

2) O.b.v. ontwikkelingen in aantallen en gemiddelde kosten in 2018 zonder correctie voor inflatie
 Bron: Vektis ([link](#)), CBS ([link](#)) en SCP ([link](#)), Zorginstituut Nederland ([link](#)), TNO ([link](#)), ZN ([link](#)), verwacht aantal sterfte: CBS ([link](#)) en verwachting ontwikkeling overlijdens volgens Etkind ([link](#)), analyse Gupta Strategists

- H1** Zorg in de laatste levensfase beslaat een aanzienlijk deel van de zorg. Het gesprek over wensen in de laatste levensfase wordt nog te weinig gevoerd, waardoor de zorg nog sterk ziektegericht is. Dit verlaagt de kwaliteit van leven en sterven.

Hoofdstuk 2

Palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader wordt inhoudelijk breed gedragen en heeft grote potentie t.a.v. kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de laatste levensfase.

- H3** Implementatie van het kwaliteitskader, waarbij palliatieve zorg onderdeel wordt van reguliere zorg, is een essentiële zorgtransformatie. Daarbij is samen optrekken cruciaal voor succes.
- H4** Deze transformatie is volledig in lijn met de doelen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en biedt dus een concrete kans deze te realiseren.
- H5** Zorgverzekeraars kunnen deze impactvolle Transformatie palliatieve zorg in samenhang met het NPPZ II aanjagen.

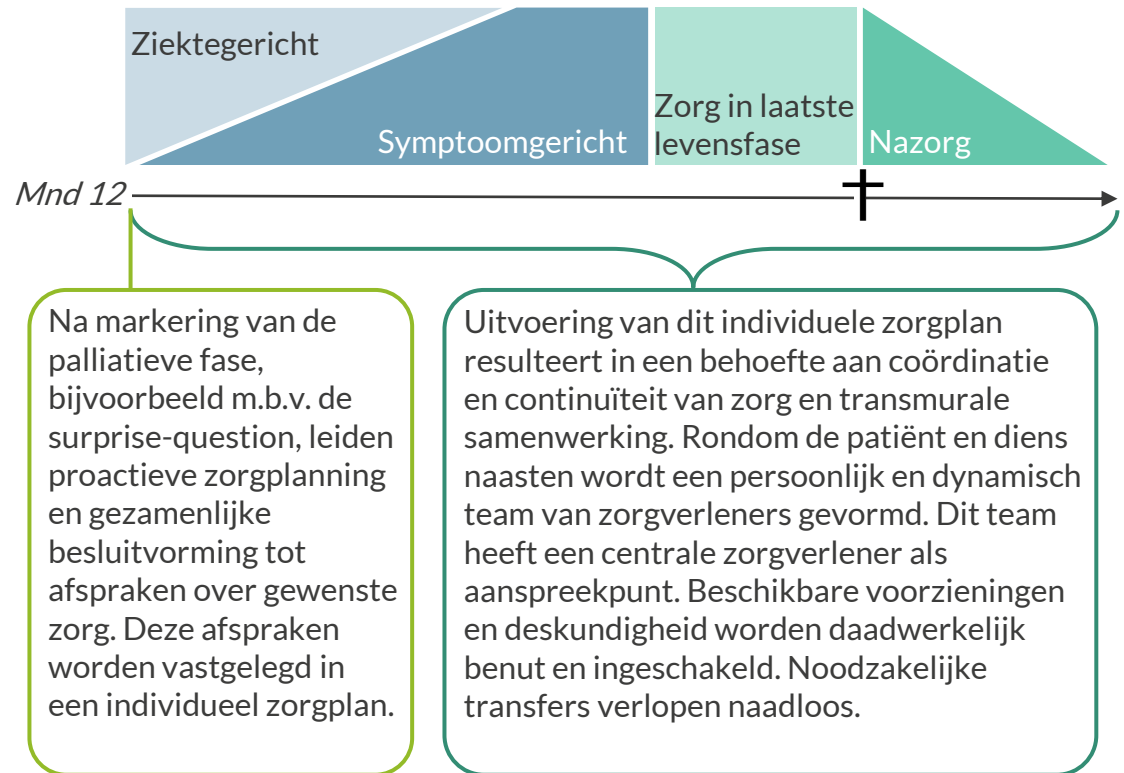
Wat is goede zorg in de laatste levensfase? Een brede expertgroep heeft dit vastgelegd in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland definieert 10 structuur- en proceselementen...

... die resulteren in een patiëntpad waarin proactieve zorgplanning, gezamenlijke besluitvorming en continuïteit van zorg centraal staan

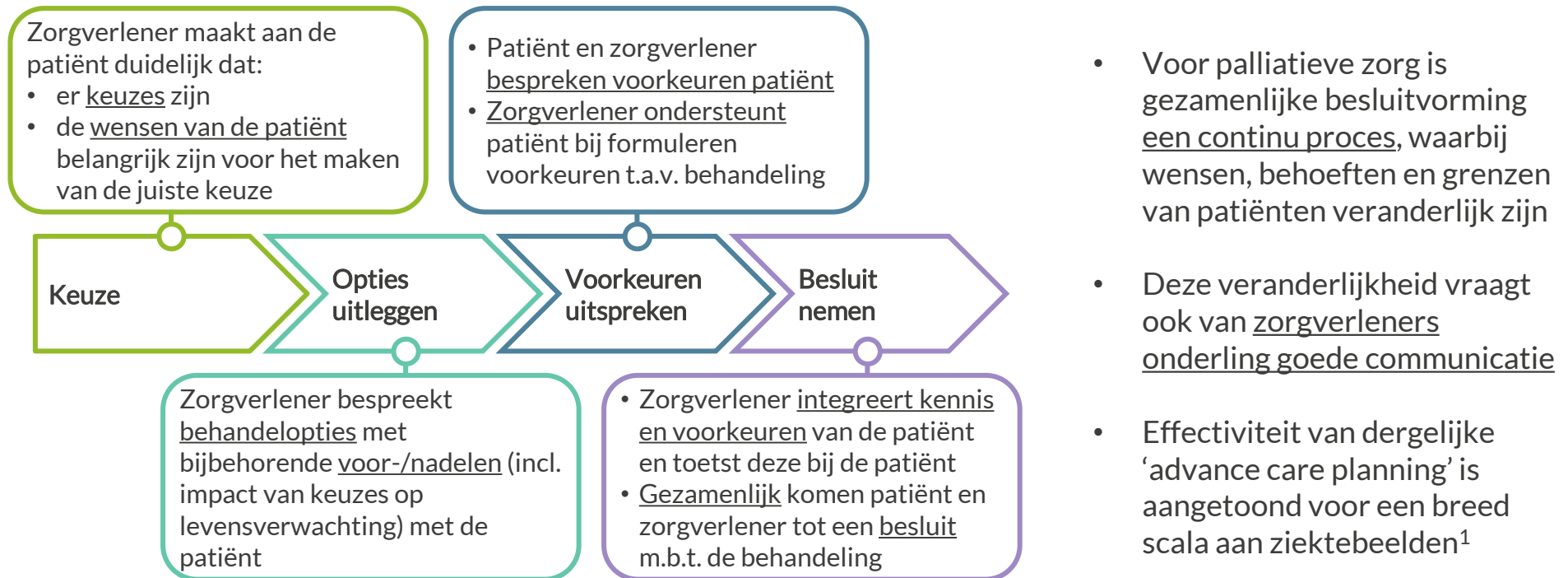


1. Markering
2. Gezamenlijke besluitvorming
3. Proactieve zorgplanning
4. Individueel zorgplan
5. Interdisciplinaire zorg
6. Mantelzorg
7. Coördinatie en continuïteit
8. Netwerk
9. Deskundigheid
10. Kwaliteit en onderzoek



Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland wordt gedragen door vertegenwoordigers van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars

Het gesprek over wensen rond zorg in de laatste levensfase is meer dan een gesprek: het is een gezamenlijk besluitvormingstraject



Implementatie van het kwaliteitskader biedt perspectief voor alle partijen; van meer werkplezier tot meer passende zorg

Kansen van implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland naar stakeholder

Patiënt

- Duurzame toegang tot goede palliatieve zorg
- Goede onderlinge afstemming tussen zorgverleners voor optimale zorg in de laatste levensfase
- Meer mogelijkheden om te overlijden op de plaats van voorkeur (bijv. thuis of in een hospice)

Eerste lijn en sociaal domein

- Meer tijd om gesprek te voeren met patiënt en naasten over wensen, behoeften en grenzen
- Gespecialiseerde ondersteuning bij complexe casus
- Groter werkplezier doordat zorg beter aansluit bij wensen patiënt en als passender wordt ervaren
- Transmurale samenwerking voor zorgcontinuïteit

Zorgverzekeraar en zorgkantoren

- Palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader die toegankelijk is voor alle verzekerden in een zeer kwetsbare fase van het leven
- Meer passende zorg met efficiëntere inzet van schaars zorgpersoneel

Tweede lijn

- *Idem als eerste lijn, aanvullend:*
- Door minder opnames van palliatieve patiënten is er meer capaciteit voor (complexe) klinische zorg

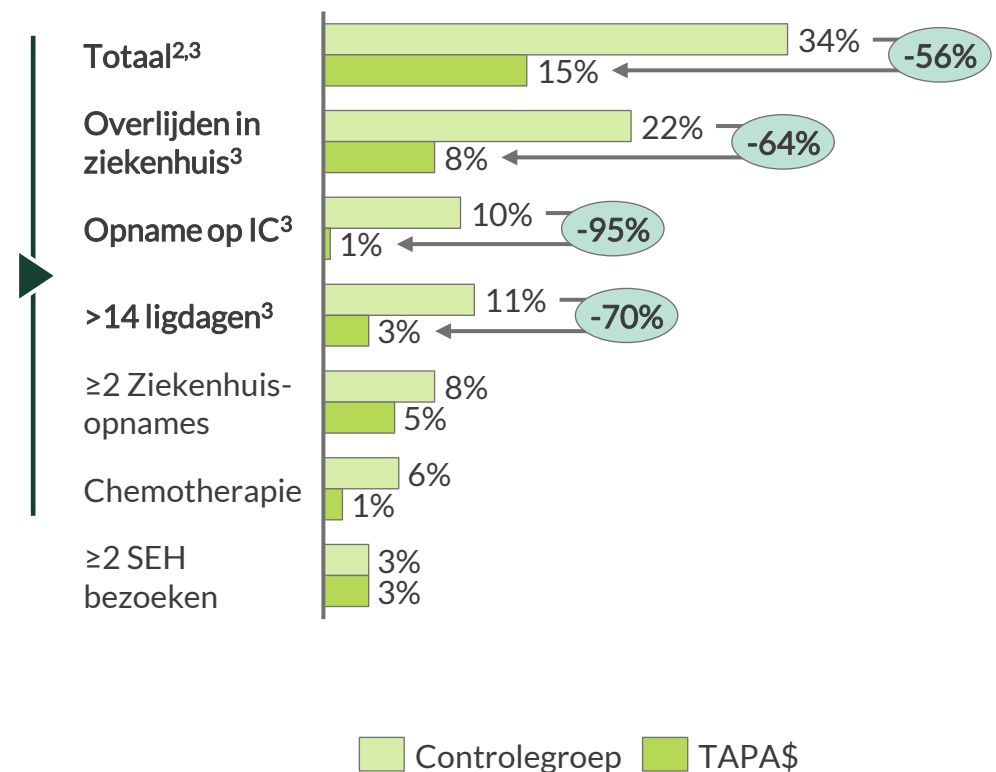
Ervaringen uit de TAPA\$-initiatieven leren dat goede palliatieve zorg zorgkwaliteit verhoogt en potentieel niet-passende zorg voorkomt

TAPA\$

TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende beko\$tiging (TAPA\$)-initiatieven waren gericht op interdisciplinaire transmurale samenwerking voor het realiseren van optimale palliatieve zorg voor de patiënten met de ontwikkeling van drie innovatieve prestaties¹

Het rapport 'Resultaten Project TAPA\$' bevat onder andere een analyse naar 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), deze analyse is aan de rechterzijde van deze pagina weergegeven.

Impact TAPA\$-initiatieven op indicatoren niet-passende zorg in de laatste levensmaand



1) De 3 innovatieve prestaties zijn: Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg, Steun en Consultatie Palliatieve zorg (SCOP), Regiefunctie complexe palliatieve Zorg 2) Totaal = minimaal 1 van de indicatoren aanwezig bij een individuele patiënt 3) Statistisch significant verschil
Bron: Rapport resultaten TAPA\$ ([link](#))

Ook ervaring met PaTz laat zien dat het vroegtijdig identificeren van palliatieve patiënten helpt om niet-passende zorg te voorkomen



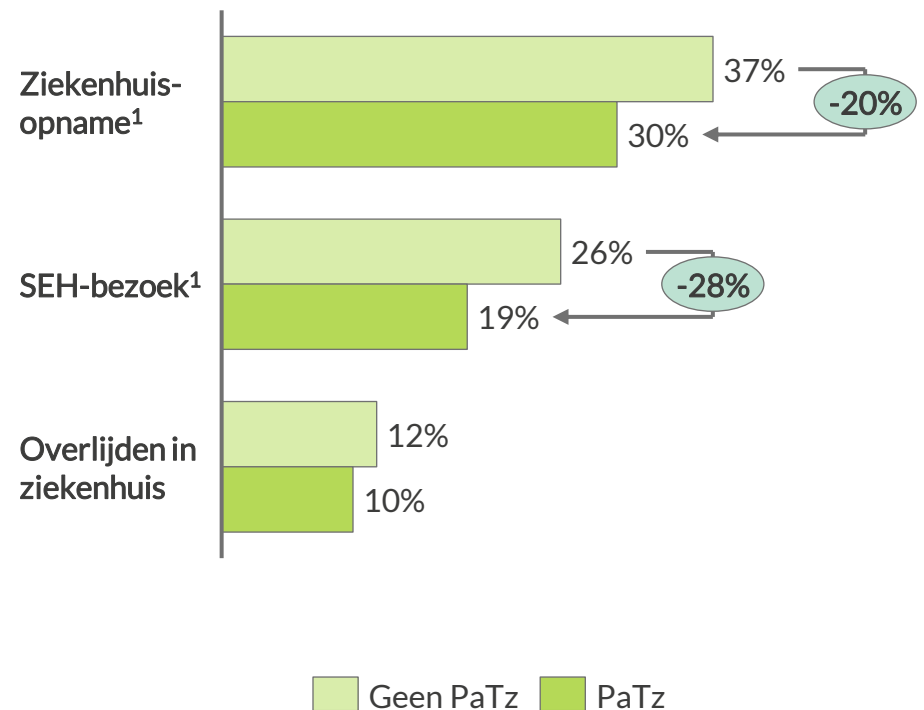
Binnen PaTz-groepen bespreken eerstelijns zorgverleners potentieel palliatieve patiënten met een consultant met als doel de palliatieve zorgbehoefte vroegtijdig te identificeren om anticiperend zorg te organiseren binnen de 1e lijn.

In de SentiMELC studie (Monitoring End of Life Care aan de hand van een Sentinel netwerk van huisartsen) worden gegevens over zorg aan het levenseinde verzameld. Deze worden geregistreerd door huisartsen die aangesloten zijn bij de zogenoemde 'huisartsenpeilstations'.

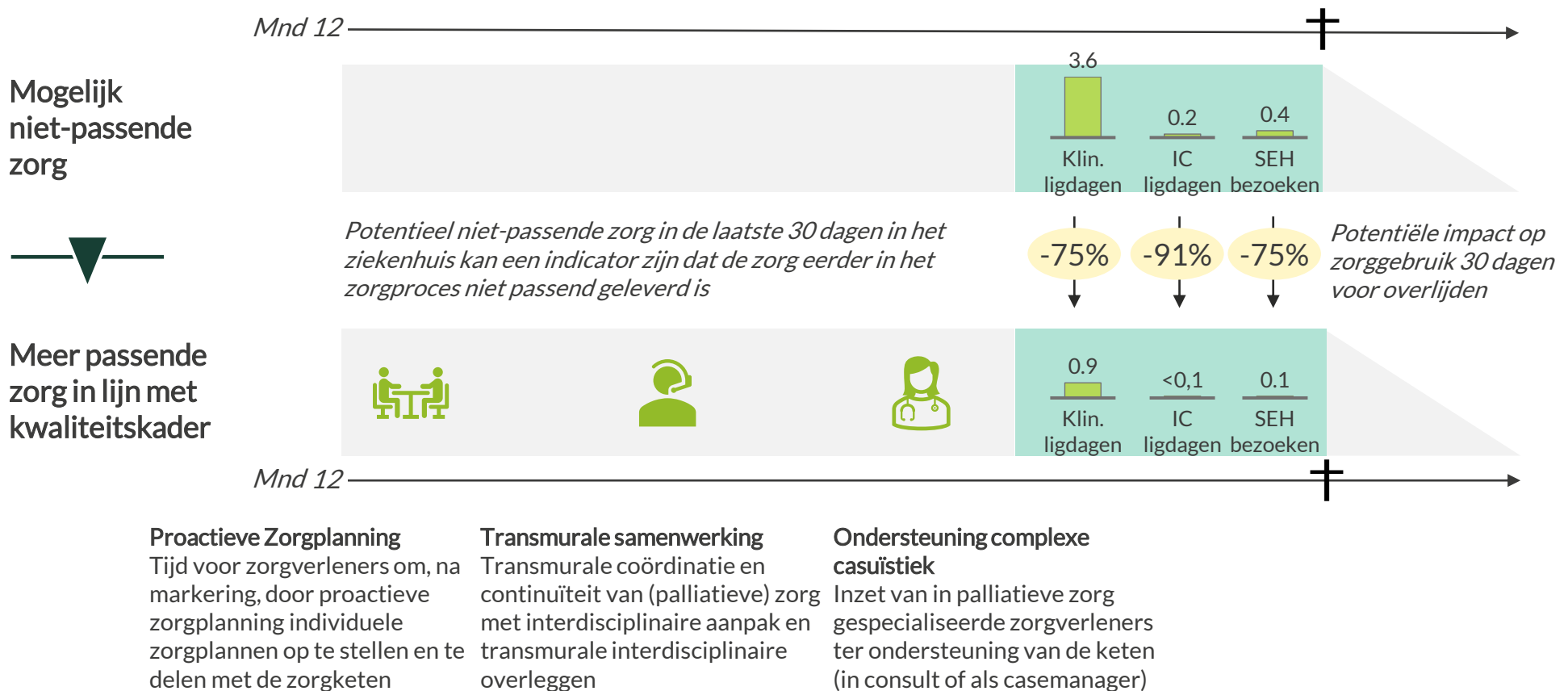
Van de 1848 overledenen (2016 t/m 2019) waren er 1102 verwacht overleden; daarvan hadden er 299 een huisarts die deelnam aan een PaTz-groep. Daarvan werden 210 overledenen opgenomen in het PaTz-register.

Van de 210 overledenen die in het PaTz-register waren opgenomen, werden er 144 ook besproken in de PaTz-groep; 66 werden niet besproken. De analyse rechts op deze pagina laat de verschillen tussen deze twee groepen zien.

Impact PaTz-groepen op SEH-bezoeken, opnames en overlijden in ziekenhuis laatste levensmaand

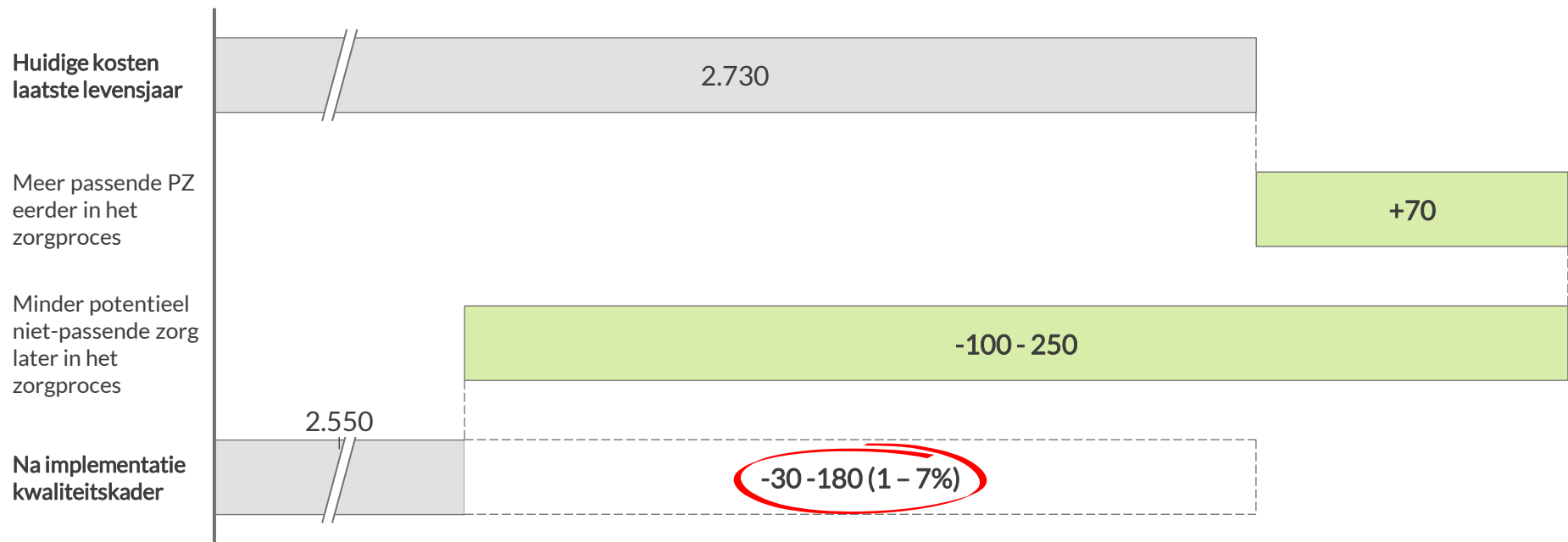


Landelijke implementatie van het kwaliteitskader leidt tot meer zorg eerder in het zorgproces, maar voorkomt later niet-passende zorg



De kostenverlaging als gevolg van minder niet-passende zorg is waarschijnlijk ruim groter dan de meerkosten van meer passende PZ

Geschat netto impactpotentieel van implementatie kwaliteitskader op zorgkosten
[EUR MLN, o.b.v. verwachte overlijdens buiten Wlz]



De mate waarin een netto kostenverlaging daadwerkelijk leidt tot lagere zorgkosten hangt, naast het succes van de transformatie zelf, ook af van externe factoren, zoals demografische ontwikkelingen en zorgcontractering

Implementatie van het kwaliteitskader vergt investering in kennis van palliatieve zorg, digitalisering en een projectmatige aanpak

Benodigde investeringen voor implementatie kwaliteitskader
[Bron: expert interviews]

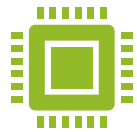


Kennis van palliatieve zorg:

Alle zorgverleners zijn in staat om generalistische palliatieve zorg te bieden met oog voor 4 dimensies (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel). Hierbij bijzondere aandacht voor markering (surprise question¹) en proactieve zorgplanning. Specialistische palliatieve zorg wordt tijdig betrokken

“Kennisniveau van palliatieve zorg is bij gemiddelde zorgverlener helaas ondermaats”

“Met name voor het voeren van gesprekken over levenseinde is men onvoldoende geëquipeerd”



Digitalisering voor transmurale samenwerking:

Transmurale coördinatie en continuïteit van zorg vraagt om goede samenwerking tussen alle zorgverleners. Hierbij dient het patiëntendossier een up-to-date digitaal individueel zorgplan te bevatten (te allen tijde overal beschikbaar)

“Goede overdracht en transmurale samenwerking is cruciaal; één goed digitaal dossier zou uitkomst bieden”

“Als huisarts is het lastig om te weten wat ze in het ziekenhuis willen en kunnen met individuele patiënten”



Projectmatige aanpak:

Structurele verandering van de palliatieve zorg vergt een meerjarige projectmatige aanpak. Hierbij is betrokkenheid en sturing vanuit alle partijen noodzakelijk

“Implementatie van het kwaliteitskader vergt goede planning, afstemming, en sturing op uitkomsten”

- H1** Zorg in de laatste levensfase beslaat een aanzienlijk deel van de zorg. Het gesprek over wensen in de laatste levensfase wordt nog te weinig gevoerd, waardoor de zorg nog sterk ziektegericht is. Dit verlaagt de kwaliteit van leven en sterven.
- H2** Palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader wordt inhoudelijk breed gedragen en heeft grote potentie t.a.v. kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de laatste levensfase.

Hoofdstuk 3

Implementatie van het kwaliteitskader, waarbij palliatieve zorg onderdeel wordt van reguliere zorg, is een essentiële zorgtransformatie. Daarbij is samen optrekken cruciaal voor succes.

- H4** Deze transformatie is volledig in lijn met de doelen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en biedt dus een concrete kans deze te realiseren.
- H5** Zorgverzekeraars kunnen deze impactvolle Transformatie palliatieve zorg in samenhang met het NPPZ II aanjagen.

Implementatie van het kwaliteitskader, waarbij PZ structureel onderdeel wordt van reguliere zorg, is een zorgtransformatie

Waaruit bestaat de Transformatie palliatieve zorg?



1) Hoe concreet wordt omgegaan met vrijgekomen capaciteit is geen onderdeel van dit rapport maar kan wel onderdeel zijn van transformatieplannen
2) Gericht op het creëren van voldoende capaciteit voor leveren generalistische palliatieve zorg in eerste lijn met passende ondersteuning door zorgverleners gespecialiseerd in palliatieve zorg

Voor een succesvolle transformatie is meerjarig commitment, een professionele organisatie en investeringsruimte cruciaal

Succesfactoren voor een transformatie van palliatieve zorg



Meerjarig commitment

Alle betrokken partijen (aanbieders, zorgverzekeraars en overheidsinstanties) spreken meerjarig commitment uit om palliatieve zorg conform het kwaliteitskader te realiseren voor iedereen, overal en altijd. Partijen stellen concrete doelstellingen op (bijv. t.a.v. proactieve zorgplanning en transmurale samenwerking) en leggen deze vast binnen afspraken met het doel deze gezamenlijk te realiseren.



Professionele organisatie

Een professionele samenwerking van alle betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen een governancestructuur is noodzakelijk om de afspraken en nieuwe werkwijze te realiseren. Implementatie van gemaakte afspraken vraagt een projectmatige aanpak, waarbij uitkomsten worden gemonitord en gedeeld, gevolgd door gerichte doorontwikkeling.

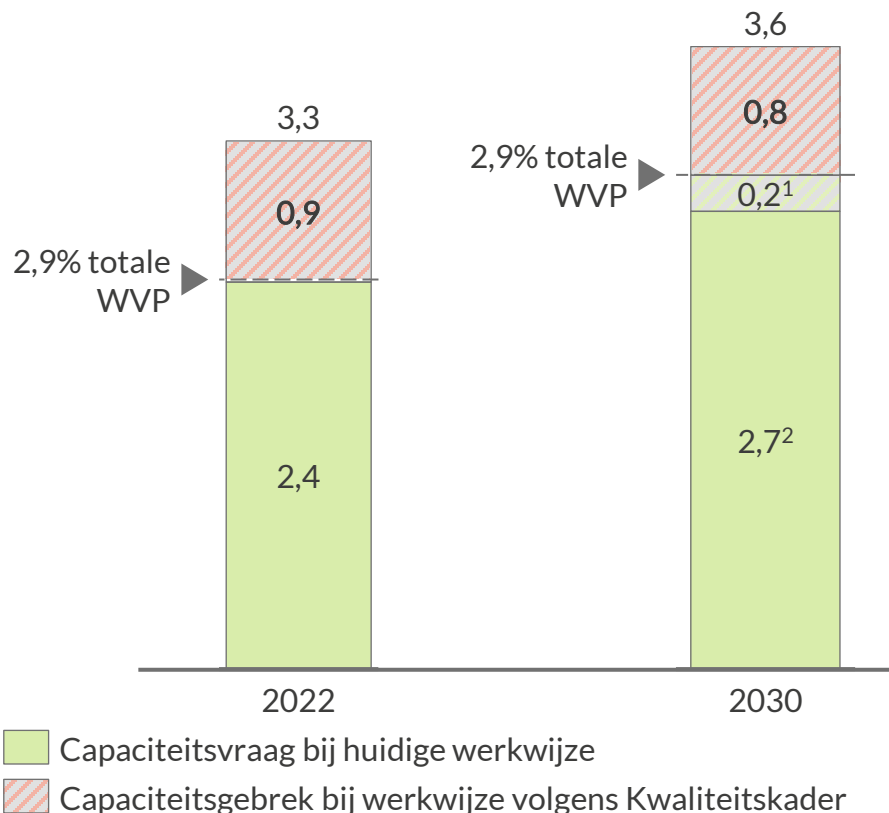


Investeringsruimte

Palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader vraagt om investering in (generalistische) kennis van palliatieve zorg en digitalisering. Daarnaast vraagt de projectmatige aanpak van de transformatie budget om projecten te kunnen inrichten, coördineren en uitvoeren.

Implementatie van het kwaliteitskader kan alleen als partijen open staan voor nieuwe werkwijzen

Totaal aantal uur wijkverpleging besteed aan palliatieve zorg in laatste levensmaand
[MLN uren wijkverpleging, laatste 30 dagen, 2022 vs. 2030]



Toelichting

De werkwijze volgens het kwaliteitskader vraagt in 2022 om additionele 0,9 MLN uur aan WVP-zorg. Bij gelijke inzet in 2030 (2,9%) is er nog steeds een tekort van 0,8 MLN uur. Het realiseren van deze extra capaciteit is een uitdaging, zeker gelet op een geheel capaciteitstekort van 18%.³

Daarom zal adoptie van nieuwe werkwijzen nodig zijn om palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader te realiseren:



Meer ruimte om keuzes te maken



Inzet van technologie



Uitbreiding hospicezorg



Effectievere inzet vrijwilligers, mantelzorgers en sociaal domein

1) De WVP-capaciteit groeit harder dan het aantal sterfgevallen. Zodoende ontstaat er capaciteit om nieuwe werkwijze te realiseren bij gelijke relatieve inzet wijkverpleging voor palliatieve zorg. Stijging beschikbare FTE en daarmee capaciteit in 2030 gebaseerd op prognosemodel Zorg en Welzijn, aantal werknemers per beroep ([link](#)) 2) Aanname: vraag naar palliatieve zorg stijgt evenredig met aantal overlijdens. Gebaseerd op sterftecijfers CBS in 2030 ([link](#)) 3) Algeheel verwacht capaciteitstekort in 2030 gebaseerd op prognosemodel Zorg en Welzijn, arbeidsmarkttekort welzijnsberoepen ([link](#))
Bron: Analyse Gupta Strategists

Er zijn veel mogelijkheden om het anders te doen; belangrijk om deze te verkennen en hierover landelijk/regionaal afspraken te maken

Meer ruimte om keuzes te maken:

- Ervaring uit bijvoorbeeld de Covid-periode toonde aan dat het mogelijk was om andere keuzes te maken¹. Door huidige en toekomstige schaarste zullen ook in de komende jaren andere keuzes moeten worden gemaakt
- Geef daarbij ruimte aan zorgverleners om keuzes te maken o.b.v. hun eigen moraal (waarmee is de patiënt echt geholpen?)²

Uitbreiding hospicezorg:⁴

- Hospicezorg zou voor veel patiënten een alternatief kunnen zijn voor ziekenhuiszorg in de laatste levensfase; er is momenteel meer vraag dan aanbod, dus er lijkt sowieso groeiruimte te bestaan
- Vooral het schaalvoordeel dat hospices bieden t.o.v. de thuissituatie maakt dat het een interessante component kan zijn in de mix van regionaal zorgaanbod
- De financiering van hospicezorg is complex en pluriform, bij opschaling is het zinvol te verkennen of dit eenvoudiger kan



Inzet technologie:

- Technologie kan ondersteunen bij verpleegkundige taken (bijv. medicijndispensers, slim incontinentiemateriaal, verzorgend wassen en aantrekken steunkousen)³
- Daarnaast kan inzet van beeldschermzorg (zowel voor huisarts als wijkverpleging)³ het aantal fysieke contactmomenten reduceren

Effectievere inzet vrijwilligers, mantelzorgers en sociaal domein:

- Gegeven demografische ontwikkelingen zal het de komende jaren lastig zijn om vrijwilligers- en mantelzorgcapaciteit te vergroten. Er zijn echter aanwijzingen dat vrijwilligers palliatieve zorg nog onderbenut worden, dus wellicht is er bij deze specifieke groep nog wel potentieel
- Ook kan worden gezien of inzet effectiever kan (voor vrijwilligers, mantelzorgers en sociaal domein) ter ontlasting van zorgverleners. Dit kunnen partijen meenemen bij het opstellen van Transformatieplannen⁵

1) J.D. Veldhuizen et al: The Impact of COVID-19 from the Perspectives of Dutch District Nurses: A Mixed-Methods Study ([link](#)) 2) Daarbij moet ook worden overwogen wat de juiste bijbehorende (financiële) prikkels zijn en hoe regeldruk kan worden verminderd 3) Voorbeelden van technologieën die uitkomst kunnen bieden: verzorgend wassen ([link](#)), slim incontinentiemateriaal ([link](#)), technologie voor steunkousen ([link](#)), medicijndispensers ([link](#)) en beeldschermzorg ([link](#)) 4) Zie bijlage stuk over hospicezorg ([link](#)) 5) Raad Volksgezondheid en Samenleving: Leven met het einde in zicht ([link](#))
Bron: interviews met experts (zie pagina 41)

- H1** Zorg in de laatste levensfase beslaat een aanzienlijk deel van de zorg. Het gesprek over wensen in de laatste levensfase wordt nog te weinig gevoerd, waardoor de zorg nog sterk ziektegericht is. Dit verlaagt de kwaliteit van leven en sterven.
- H2** Palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader wordt inhoudelijk breed gedragen en heeft grote potentie t.a.v. kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de laatste levensfase.
- H3** Implementatie van het kwaliteitskader, waarbij palliatieve zorg onderdeel wordt van reguliere zorg, is een essentiële zorgtransformatie. Daarbij is samen optrekken cruciaal voor succes.

Hoofdstuk 4

Deze transformatie is volledig in lijn met de doelen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en biedt dus een concrete kans deze te realiseren.

- H5** Zorgverzekeraars kunnen deze impactvolle Transformatie palliatieve zorg in samenhang met het NPPZ II aanjagen.

Implementatie van het kwaliteitskader is een 'impactvolle transformatie', en biedt een grote kans om IZA-doelen te realiseren

Aansluiting Transformatie palliatieve zorg bij impactvolle transformatie, zoals gedefinieerd in het IZA



Implementatie van het kwaliteitskader voldoet aan de criteria voor impactvolle transformatie en passende zorg, zoals beschreven in IZA

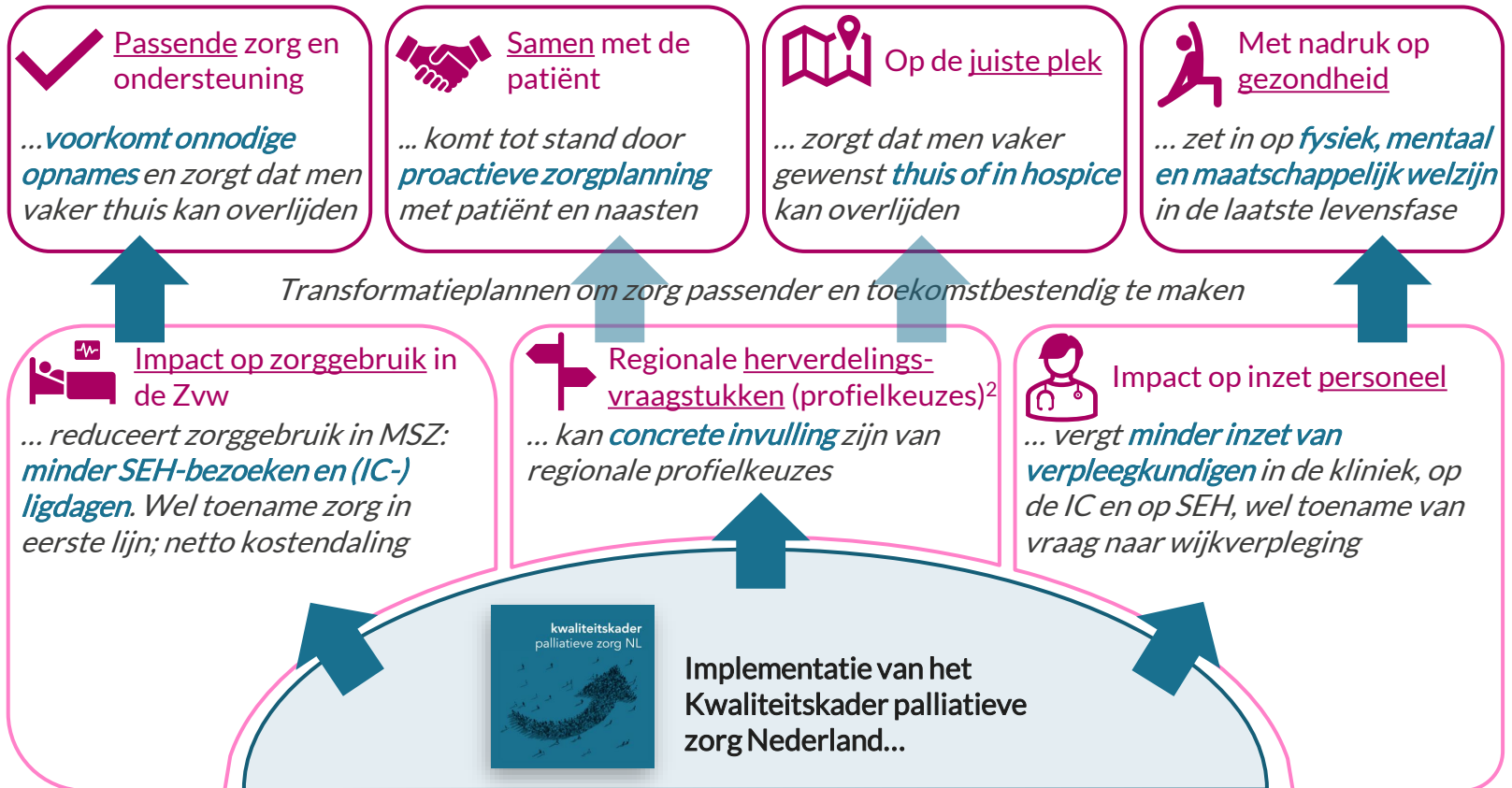


Doelen van passende zorg volgens het IZA

Kader passende zorg¹



Criteria impactvolle transformatie²



1) Zoals geformuleerd in IZA, gebaseerd op Kader Passende Zorg van ZIN ([link](#))

2) Een transformatieplan hoeft niet op alle criteria impact te hebben. Zo worden transformatieplannen ook beoordeeld op impact op zorgvastgoed. De verwachting is dat implementatie van het Kwaliteitskader hier geen directe impact op heeft.

Bron: IZA ([link](#)), interviews experts (zie pagina 41)

De doelen van het NPPZ II sluiten ook vrijwel naadloos aan op de werkgenda van het IZA



Werkagenda IZA¹



1. Passende zorg
2. Regionale samenwerking
3. Versterking organisatie eerstelijnszorg
4. Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz
5. Gezond leven en preventie
6. Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals
7. Digitalisering en gegevensuitwisseling
8. Contractering

- ✓ PZ conform kwaliteitskader is goed voorbeeld van passende zorg
- ✓ Transmurale coördinatie en continuïteit bij uitvoering van individueel zorgplan vraagt om regionale samenwerking met een sterke eerste lijn en ondersteuning vanuit sociaal domein en mantelzorgers
- ✓ Goede PZ zorgt voor duurzamere inzet van mantelzorgers²
- ✓ Doelmatigere inzet van personeel met meer voldoening en betekenisgeving²
- ✓ Transmurale coördinatie en continuïteit vraagt om gedeelde dossiers binnen keten
- ✓ Ontwikkelen mogelijkheden tot alternatieve bekostiging PZ

PZ conform Kwaliteitskader



€ Voor het realiseren van de IZA-doelen is EUR 2,8 MLD aan transformatiegelden beschikbaar gesteld

1) Zie voor verdere toelichting de bijlage ([link](#))
2) Goede palliatieve zorg zorgt voor duurzamere inzet van mantelzorgers omdat ze het beter aan kunnen en beter begeleid worden. Ook studies zien duidelijk verband tussen goede PZ en positieve ervaringen van mantelzorgers ([link](#))
Bron: IZA samenvatting ([link](#)), Kwaliteitskader palliatieve zorg ([link](#)), interviews met experts (zie pagina 41)

De implementatie van het kwaliteitskader is al in volle gang; de 'impactvolle transformatie' begint dus niet bij nul



Status van implementatie van het kwaliteitskader in Nederland



Opgebouwde kennis

Tijdens het NPPZ I is gewerkt aan een duidelijke definitie van goede palliatieve zorg, kwaliteitsstandaarden per domein en de onderlinge verbinding tussen de vier domeinen



Gerichte implementatie

De opgedane inzichten worden uitgewerkt en geïmplementeerd door verschillende thema's binnen het NPPZ II; bijv. proactieve zorgplanning, digitale gegevensuitwisselingen, monitoren, etc.



Samenwerkingsverbanden

Er zijn verschillende samenwerkingsverbanden om palliatieve zorg op regionaal niveau te verbeteren. Gericht op kennisdeling, afstemming, ondersteunen vrijwilligers en mantelzorgers, bieden ondersteuning door zorgverleners gespecialiseerd in palliatieve zorg, etc.



Richtlijnen

Er zijn verscheidene richtlijnen beschikbaar voor het leveren van goede palliatieve zorg; zowel gericht op specifieke ziekten als op symptomen



Praktijkervaring

Bij verschillende projecten is praktijkervaring opgedaan met het committeren van partijen, het inrichten van een transmurale samenwerking en het komen tot gezamenlijke afspraken

Voorbeelden



Kwaliteitskader palliatieve zorg NL



Nationaal Programma Palliatieve Zorg II met Stichting PZNL als regisseur



Netwerken Palliatieve Zorg en Consortia Palliatieve Zorg



28 reeds beschikbaar of in ontwikkeling; o.a. voor ALS, COPD, kinderen, delier, rouw, jeuk, angst en obstipatie

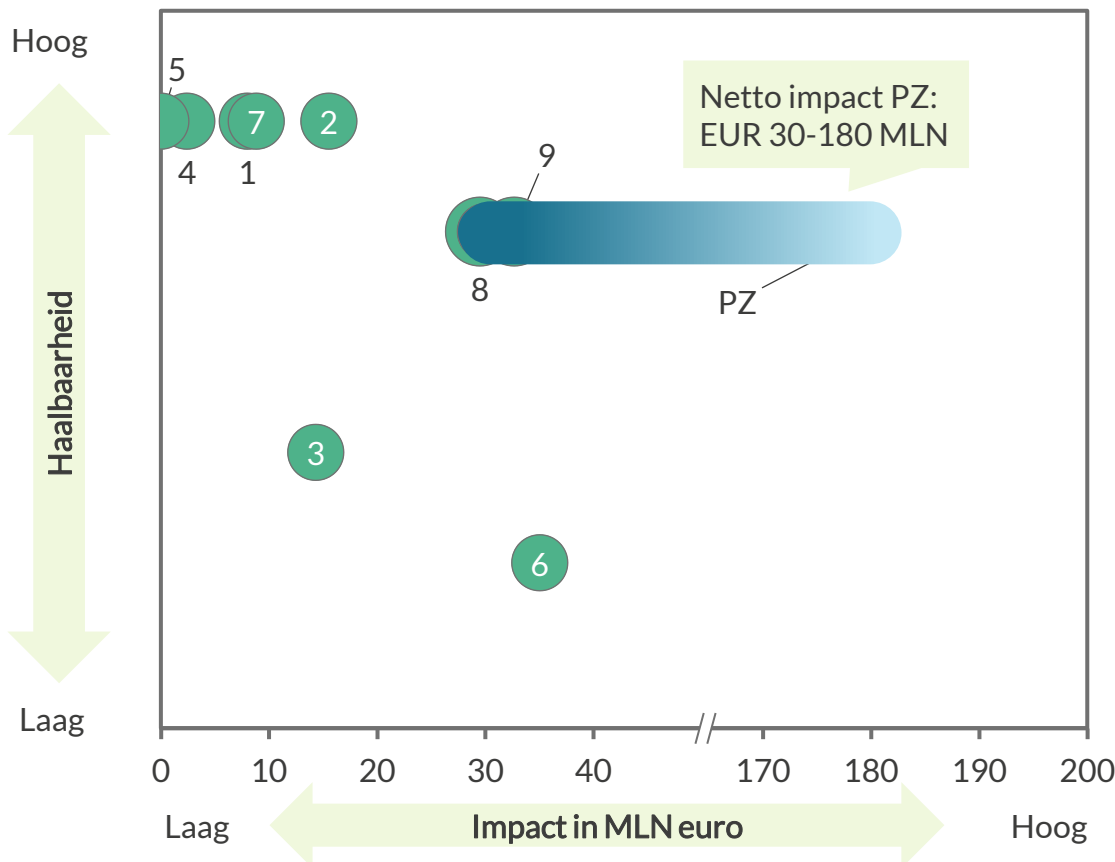


PaTz-initiatieven, TAPAS-pilots, inkoopontwikkeling Bernhoven, etc.

De relatief grote impact en haalbaarheid maken implementatie van het kwaliteitskader aantrekkelijk als 'impactvolle transformatie'



Impact-haikbaarheidsmatrix potentieel impactvolle transformaties
 [Impact in MLN EUR besparing 2022¹ en score haalbaarheid²]



Beoordeelde transmurale initiatieven

- Implementatie Kwaliteitskader pz NL
- 1 Academie patiënt en mantelzorg
- 2 Advance Care Planning
- 3 Zorgcoördinatiecentrum
- 4 COPD thuismonitoring
- 5 Integrale diabeteszorg
- 6 Reductie huisartsconsulten
- 7 Immuno- en chemotherapie thuis
- 8 Transmurale zorgbrug
- 9 Better-in-better-out

1) Impact geschat o.b.v. 3 componenten: verwachte besparing, verwachte structurele kosten en verwachte ingroei. 2) Haalbaarheid geschat o.b.v. 3 componenten: benodigde investeringen, draagvlak onder cliënten & medewerkers, en complexiteit van implementatie (score 0 = moeilijk tot 2 = eenvoudig). Respectievelijke score palliatieve zorg conform Kwaliteitskader: 1 (middelgrote investering nodig voor o.a. opzetten coördinatie), 2 (passende zorg voor patiënt, zorgmedewerkers en zorgverzekeraars zien toegevoegde waarde) en 1 (bestaande zorg maar transmurale samenwerking is vereist, veel uitwerking reeds gedaan)
 Bron: projectervaring Gupta Strategists en analyse Gupta Strategists

Implementatie van het kwaliteitskader kent aanzienlijke synergie met andere potentiële impactvolle transformaties



Beoogde transitie	Toelichting	Mogelijkheid tot opname van of bundeling met PZ
1 Academie patiënt en mantelzorg	Oprichten van een academie voor patiënt en mantelzorg met als doel de mate van zelfmanagement te vergroten	✓ Mantelzorg kan ook worden opgeleid voor PZ
2 Advance care planning	Vroegtijdig bespreekbaar maken en vastleggen van voorkeuren voor toekomstige zorg en behandeling	✓ ACP voor PZ is proactieve zorgplanning
3 Zorgcoördinatiecentrum	Patiënt en hulpverlener met een acute zorgvraag kunnen 24/7 snel en eenduidig terecht bij een regionaal ZCC	✓ Zorgcoördinatiecentrum kan ook PZ coördineren
4 COPD thuismonitoring	Thuis behandelen van patiënten door middel van diagnostiek thuis en support op afstand	✓ Van toegevoegde waarde voor PZ bij COPD-patiënten
5 Integrale diabeteszorg	Bundelen van alle zorg voor diabetespatiënten (thuiszorg, fysiotherapie, eerste lijn en ziekenhuis)	✓ PZ kan in integrale diabeteszorg worden opgenomen
6 Reductie huisartsconsulten	Implementeren van innovatieve (digitale) concepten, zoals Thuisarts.nl om aantal huisartsconsulten te verminderen	✓ Huisarts kan ook digitaal deel van PZ leveren ¹
7 Immuno- en chemotherapie thuis	Het thuis toedienen van immunotherapie en/of chemotherapie	✓ WVP is goed aanspreekpunt en kan tijdig PZ indiceren ²
8 Transmurale zorgbrug	Ondersteunen van kwetsbare ouderen na ziekenhuisopname door huisbezoeken van de wijkverpleegkundige	✓ WVP kan na opname PZ leveren of indiceren
9 Better-in-better-out	Patiënten gaan gezonder operatie in door prehabilitatie, dit vermindert complicatiekansen en opnameduur	✓ Bijv. i.h.k.v. palliatieve radiotherapie

Bundeling met andere transformaties maakt potentie en haalbaarheid van implementatie van het Kwaliteitskader PZ nóg groter

1) De huisarts gaat uiteraard nog steeds langs bij de patiënt als daar behoefte aan is, maar middels digitale consulten is er wellicht laagdrempeliger (kort) contact tussen de huisarts en de patiënt 2) In dit kader levert de wijkverpleegkundige de immuno- en chemotherapie aan huis. Hierbij kan de wijkverpleegkundige ook oog hebben voor een potentiële palliatieve zorgvraag
Bron: Analyse Gupta Strategists en projectervaring Gupta Strategists

Het zou waardevol zijn als zorgverzekeraars de Transformatie palliatieve zorg bespreekbaar maken aan de inkooptafel



Perspectief zorgverzekeraar



Perspectief aanbieders

“We zien ook dat er veel beter kan in de laatste levensfase, maar het is voor ons lastig te bespreken of om op te sturen”

“We willen niet dat verkeerde media-aandacht ontstaat, want dan is dit onderwerp de komende jaren onbespreekbaar”

“Voor ons is het essentieel om gezamenlijk met aanbieders op te trekken; het moet niet alleen vanuit ons komen”



De olifant de kamer uit

“Er is weliswaar regionale afstemming tussen aanbieders, maar alleen daarmee kom je er niet”

“Er is een brede culturomslag nodig om goede palliatieve zorg te realiseren voor alle patiënten”

“Wij hebben echt meerjarige commitment en steun van de verzekeraar nodig om het tot een succes te maken”

- H1** Zorg in de laatste levensfase beslaat een aanzienlijk deel van de zorg. Het gesprek over wensen in de laatste levensfase wordt nog te weinig gevoerd, waardoor de zorg nog sterk ziektegericht is. Dit verlaagt de kwaliteit van leven en sterven.
- H2** Palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader wordt inhoudelijk breed gedragen en heeft grote potentie t.a.v. kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de laatste levensfase.
- H3** Implementatie van het kwaliteitskader, waarbij palliatieve zorg onderdeel wordt van reguliere zorg, is een essentiële zorgtransformatie. Daarbij is samen optrekken cruciaal voor succes.
- H4** Deze transformatie is volledig in lijn met de doelen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en biedt dus een concrete kans deze te realiseren.

Hoofdstuk 5

Zorgverzekeraars kunnen deze impactvolle Transformatie palliatieve zorg in samenhang met het NPPZ II aanjagen.

Als vertegenwoordiger van verzekerden kunnen zorgverzekeraars implementatie van het kwaliteitskader aanjagen

Acties waarmee zorgverzekeraars implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg NL kunnen aanjagen¹



1) De olifant in de kamer is de zorg in de laatste levensfase die beter kan. Door inzet op palliatieve zorg volgens het kwaliteitskader te bespreken stuurt de zorgverzekeraar de olifant de kamer uit (verdere toelichting zie [link](#))
2) Eventueel gebruikmaken van innovatieve prestaties voortgekomen uit de TAPA\$-projecten. Deze betreffen: Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg, Steun en Consultatie Palliatieve zorg (SCOP), Regiefunctie complexe palliatieve zorg ([link](#))

Als uitvoerder van het NPPZ II gaat Stichting PZNL graag het gesprek aan over hoe zij zorgverzekeraars kan helpen de transformatie aan te jagen

Hoe kan Stichting PZNL zorgverzekeraars helpen de potentie van palliatieve zorg te realiseren?



Stichting PZNL kan, als uitvoerder van het NPPZ II, zorgverzekeraars helpen *Individueel*

- Helpen bij het benaderen van partijen vanuit eigen netwerk (bijv. via Netwerken Palliatieve Zorg en Consortia)
- Meedenken over structurele bekostigingsmogelijkheden

- Gesprekken tussen zorgverzekeraars en regionale partijen begeleiden en ondersteunen met onderbouwde verhaal als onafhankelijk platform
- Aanbieders helpen bij opstellen van Transformatieplannen (IZA)



Gezamenlijk



Analyseren eigen verzekerden



Opnemen in inkoopbeleid



Maken individuele afspraken



Regionaal gesprek voeren



Transformatie realiseren

Helpen bij analyse situatie verzekerden op regionaal niveau met bepaling van potentie van PZ volgens het kwaliteitskader o.b.v. KPI's. Daarnaast bijv. benchmarks met andere regio's

- Aandragen blauwdrukken voor concrete doelstellingen, governancestructuur, transmurale coördinatie en samenwerking, projectaanpak, meten en monitoren, etc.
- Aanbieden van inzet transformatie-experts (met expertise in projectmanagement, samenwerking, governance, etc.)
- Inzetten van investeringsmiddelen vanuit NPPZ II¹
- Ophalen van regionale knelpunten die landelijke aanpak vragen

Agenda

Bijlagen

Achtergrond palliatieve zorg en Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

- Ook voor kinderpalliatieve zorg is de transformatie reeds in gang gezet
- Details impactschatting landelijke implementatie kwaliteitskader
- Achtergrond en inrichting IZA
- Potentie van uitbreiding hospicecapaciteit

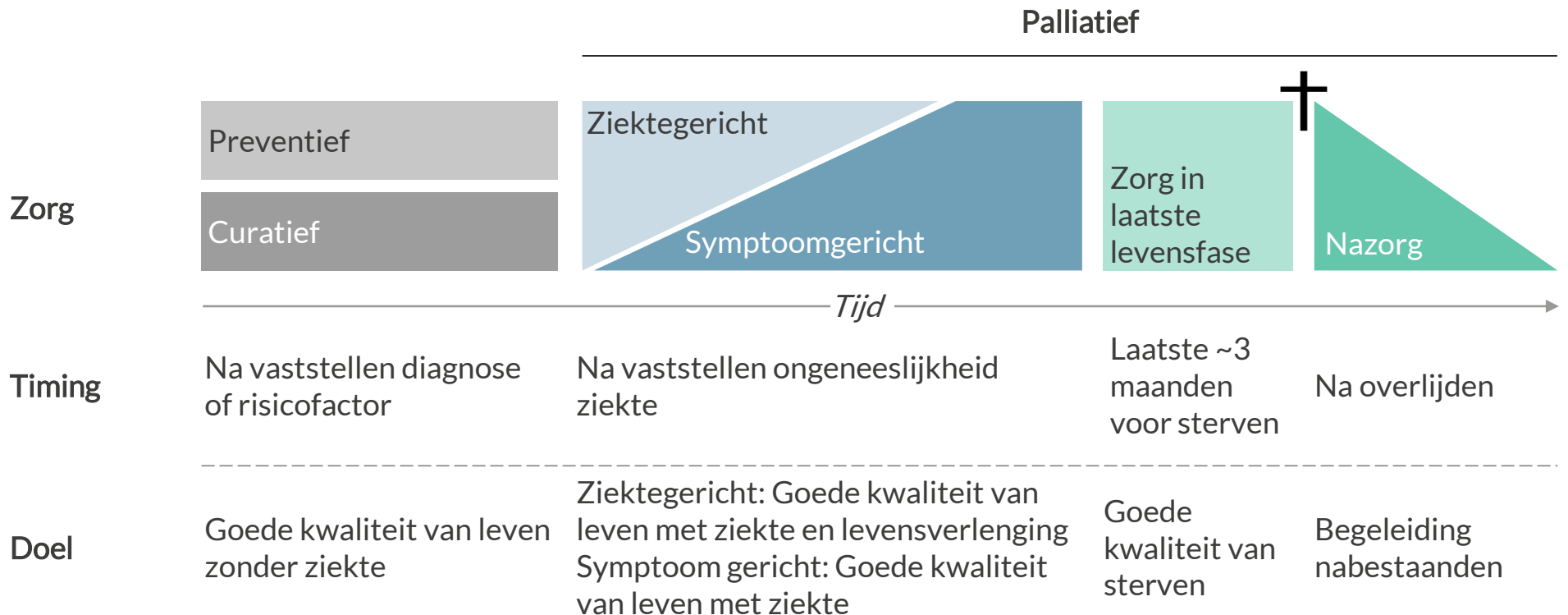
We hebben diverse experts geïnterviewd om input op te halen en het verhaal te toetsen

Geïnterviewde experts

- Annemieke Wagemans AVG bij Koraal
- Marijke Tonino AVG, spec. ouderengnk, hospice-arts¹
- Joke Breugem Huisarts in Apeldoorn
- Bart Meijman Huisarts in Amsterdam
- Marieke Ausems Huisarts en kaderarts PZ
- Toosje Valkenburg Huisarts en hospice-arts bij Demeter
- Lucas Aulbers Huisarts en hospice-arts bij Casembrood
- Christiaan Rhodius Hospice-arts bij Bardo
- Fabiene Warmerdam Oncoloog bij Zuyderland
- Lobke van Leeuwen Oncoloog bij Diaconessenhuis
- Yvette van den Linden Radiotherapeut en hoogleraar LUMC
- Kris vissers Anesthesioloog Radboud, stuurgroeplid
- Jeroen Hasselaar Prof. palliatieve geneeskunde Radboud
- Dave Tjan Intensivist ZGV
- Henk Jan de Winter Adviseur betrokken bij PZ netwerk
- Berdine Koekoek Coördinator PZ netwerk
- Els Verschuur Projectleider Palliatieve zorg bij COPD
- Roderick van Grinsven Zorgverkoop LUMC
- Georgina Kay Zorgverkoop OLVG
- Martijn Hendriks Zorgverkoop ZGV
- Larissa Exalto Adviseur Patiëntparticipatie PZNL
- Dianne Boxman Verpleegkundig adviseur PZNL
- Monique Daniels Onderzoeker PZ in Japan
- Jan Kremer Hoogleraar zorg en samenleving Radboudumc, en Speciaal gezant passende zorg VWS
- A.C. Van Harderswijk FMS
- Margret Lefering, Marjolein van Harten & Jenny Heering LHV
- Yvonne Lensink Verenso
- Susanne Rutten Directeur Zorginkoop ZZ
- Joost de Haan Beleidsadviseur ENO
- Thijs Jansen Manager Zorg, ONVZ
- Rachel Mosselaar Zorgexpert Wijkverpleging Menzis
- Martin Wijnen Zorginkoper CZ
- Bas Vreugdenhil Zorginkoop VGZ
- Brigitte Kapteijn Inkoop CZ
- Annemarel Neuteboom Zorginkoop ASR
- Wilma den Hollander Verpleegkundig specialist
- Marc Janssen Voorzitter netwerk palliatieve zorg Midden Limburg, bestuurder Land van Horne (VVT)
- Ciska Zerstegen Verpleegkundig specialist
- Verscheidene stuurgroepleden NPPZ II²
- Jorrit-Jan Verlaan Prof. orthopedie UMCU
- Esther Kruitwagen Revalidatiearts UMCU
- Dick Dam Beleidsadviseur ZK
- Jaap Gootjes Directeur / bestuurder van Hospice Kuria Amsterdam
- Mascha Juffermans Verpleegkundig specialist PZ (VenVN)

Het zorgpad van een palliatieve patiënt begint met de ziektegerichte en symptoomgerichte fase, gevolgd door een stervensfase

Overzicht palliatieve zorgpad over tijd
[Schematische weergave]

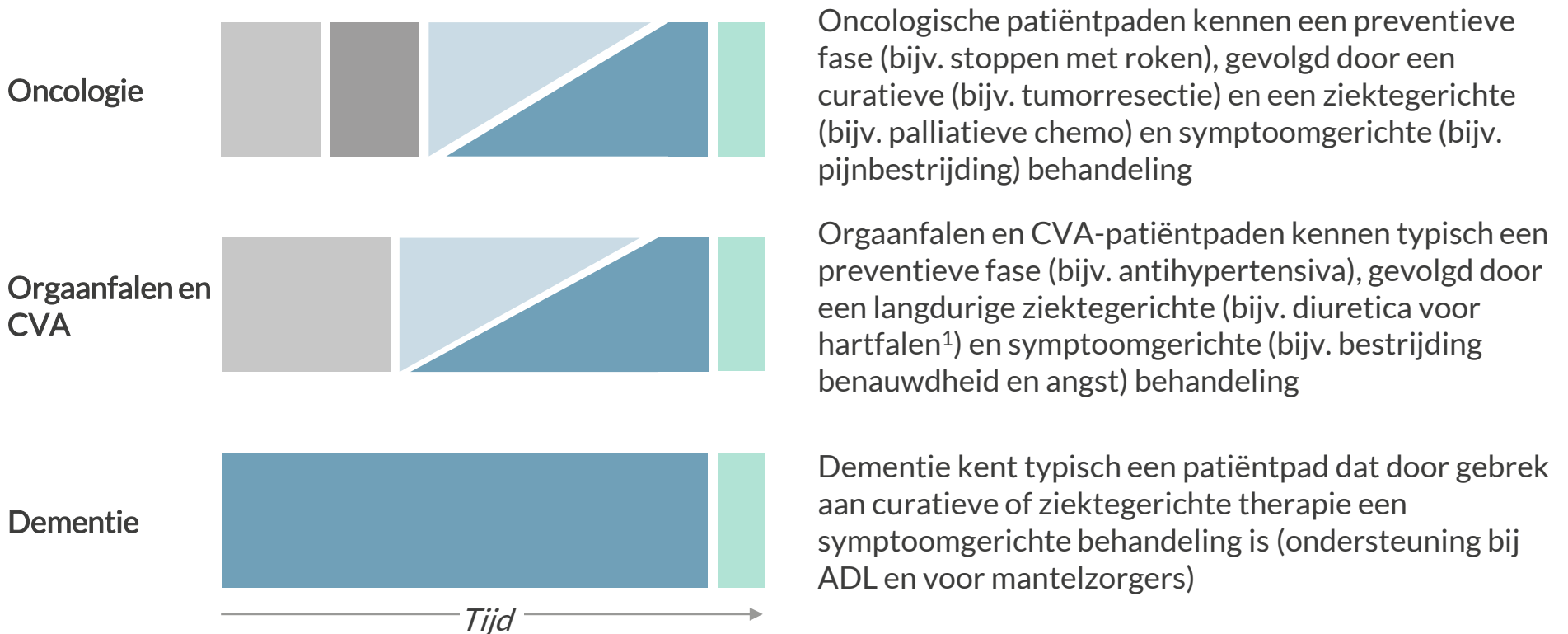


Het zorgpad van palliatieve patiënten verschilt per ziektegroep

Illustratief overzicht verschil in patiëntpaden per ziektegroep over tijd

Preventief Curatief Palliatief (ziektegericht) Palliatief (symptoomgericht) Laatste levensfase

Ziektegroepen Typisch patiëntpad (exclusief nazorg)

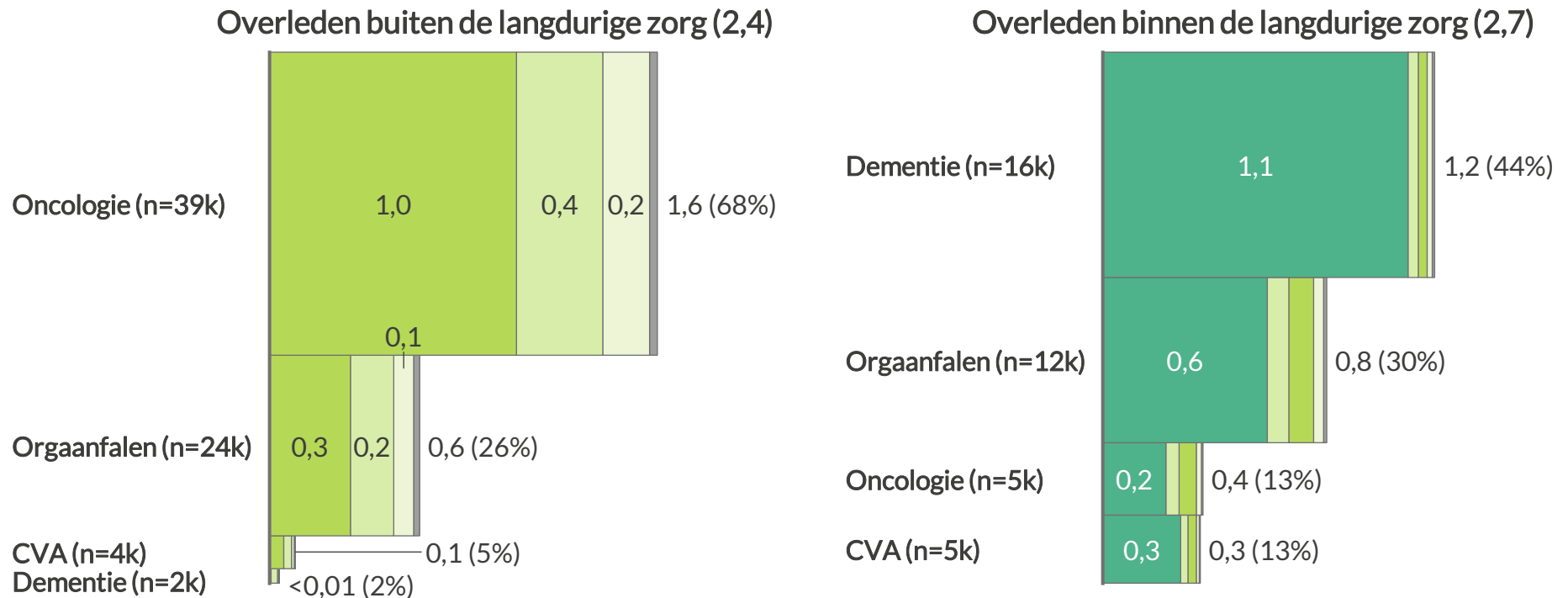


Qua aantallen en kosten betreft het laatste levensjaar vooral oncologie (buiten langdurige zorg) en dementie (binnen langdurige zorg)

Zorgkostenopbouw in laatste levensjaar naar opnamestatus langdurige zorg en ziektegroep¹

[in EUR MLD, 2018, verwachte overlijdens]

MSZ (incl. DGM)² WVP/ELV/GRZ² Eerste lijn Wlz Overig³



Merk op dat ook orgaanfalen (zoals hart- en longaandoeningen) zowel qua patiëntaantallen als zorgkosten een grote subcategorie is

1) Enkele ziektebeelden met zeer kleine aantallen vormen een restgroep die niet is weergegeven (o.a. M. Parkinson). Hierdoor tellen de totalen net niet op tot EUR 5,2 MLD. Exclusief acute doodsoorzaken o.b.v. selectie volgens Etkind ([link](#)) 2) Afkortingen: MSZ: medisch specialistische zorg, DGM: dure geneesmiddelen, WVP: wijkverpleging, ELV: eerstelijnsverblijf, GRZ: Geriatrie revalidatiezorg 3) Vervoer en GGZ
Bron: NZa, analyse Gupta Strategists

Agenda

Bijlagen

- Achtergrond palliatieve zorg en Kwaliteitskader voor palliatieve zorg Nederland

Ook voor kinderpalliatieve zorg is de transformatie reeds in gang gezet

- Details impactschatting landelijke implementatie kwaliteitskader
- Achtergrond en inrichting IZA
- Potentie van uitbreiding hospicecapaciteit

Jaarlijks overlijden ~1.100 kinderen met een palliatieve zorgvraag; eerdere inventarisatie heeft hierbij diverse knelpunten blootgelegd

Kosten en zorggebruik palliatieve zorg bij kinderen

Aantallen

Jaarlijks overlijden ~1.100 (1.063 in 2020) kinderen met een palliatieve zorgvraag. Hierbij zijn oncologie, stofwisselingsziekten, neurologie en dysmorfologie belangrijke ziektegroepen

Zorgkosten

De zorgkosten in het laatste levensjaar van kinderen met een palliatieve zorgvraag bedragen: EUR ~90 MLN. Per kind is dit gemiddeld EUR 78k, waarbij er grote variatie is tussen verschillende ziektegroepen

Potentieel niet passende zorg in de laatste levensmaand:¹



IC-opnames: 55% van de patiënten



Klinische opnames: 64% van de patiënten



SEH-bezoeken: 25% van de patiënten

Knelpunten in de palliatieve zorg voor kinderen



Complexiteit onderwerp

- “Artsen en verpleegkundigen kijken veelal naar het nu en niet naar de toekomst van een ernstig ziek kind”
- “Jongeren en ouders voelen weinig ruimte om mogelijke vragen te bespreken”



Kennisniveau zorgverleners

- Er zijn veel verschillende professionals betrokken vanuit Zvw, Wlz, Jeugdwet en WMO die naar elkaar wijzen t.a.v. verantwoordelijkheden; “Er zijn kennishiaten bij indicatiestellers over (on)mogelijkheden binnen hun wetgevende kaders”



Financiering

- Rouw- en verliestherapeuten worden slechts beperkt vergoed (alleen AV). Ouders consulteren zodoende in rouwperiode de arts (zonder betaaltitel)

1) Boddaert, et al. Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study ([link](#))

Bronnen: Richtlijn palliatieve zorg voor kinderen ([link](#)), Rapporten Kenniscentrum kinderpalliatieve zorg Domein overstijgend indiceren ([link](#)), Onderzoeksrapport 18-/18+ ([link](#)) Rapportage patient journeys ([link](#)) Kenniscentrum kinderpalliatieve zorg, NZa, analyse Gupta Strategists

Voor een transformatie van kinderpalliatieve zorg zijn reeds een kwaliteitskader, netwerken en transmurale initiatieven aanwezig

Kwaliteitskader palliatieve zorg voor kinderen

Addendum kinderpalliatieve zorg bij Kwaliteitskader palliatieve zorg NL



Het addendum voor kinderpalliatieve zorg bij het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland beschrijft waaraan palliatieve zorg voor kinderen dient te voldoen (o.a. t.a.v. ACP, organisatie van zorg, psychologische zorg, zorg bij verlies en rouw en omgang met symptomen)

Overzicht Netwerken Integrale Kindzorg



In Nederland zijn reeds 7 Netwerken Integrale Kindzorg (verbonden aan de umc's) waarbinnen zorgprofessionals en aanbieders over de gehele keten samenwerken voor intensieve zorg en/of palliatieve zorg voor kinderen

Lopende initiatieven voor transmurale zorg



Binnen de kinderpalliatieve zorg zijn reeds transmurale initiatieven geïmplementeerd. Zo zijn er Kinder Comfort Teams (KCT). Dit zijn multidisciplinaire teams die opereren vanuit academische centra en gezinnen begeleiden en zorg organiseren en coördineren

Agenda

Bijlagen

- Achtergrond palliatieve zorg en Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland
- Ook voor kinderpalliatieve zorg is de transformatie reeds in gang gezet

Details impactschatting landelijke implementatie kwaliteitskader

- Achtergrond en inrichting IZA
- Potentie van uitbreiding hospicecapaciteit

Wat is goede palliatieve zorg? Een brede expertgroep heeft dit gedefinieerd en vastgelegd in het Kwaliteitskader palliatieve zorg NL

Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland definieert 10 structuur- en proceselementen



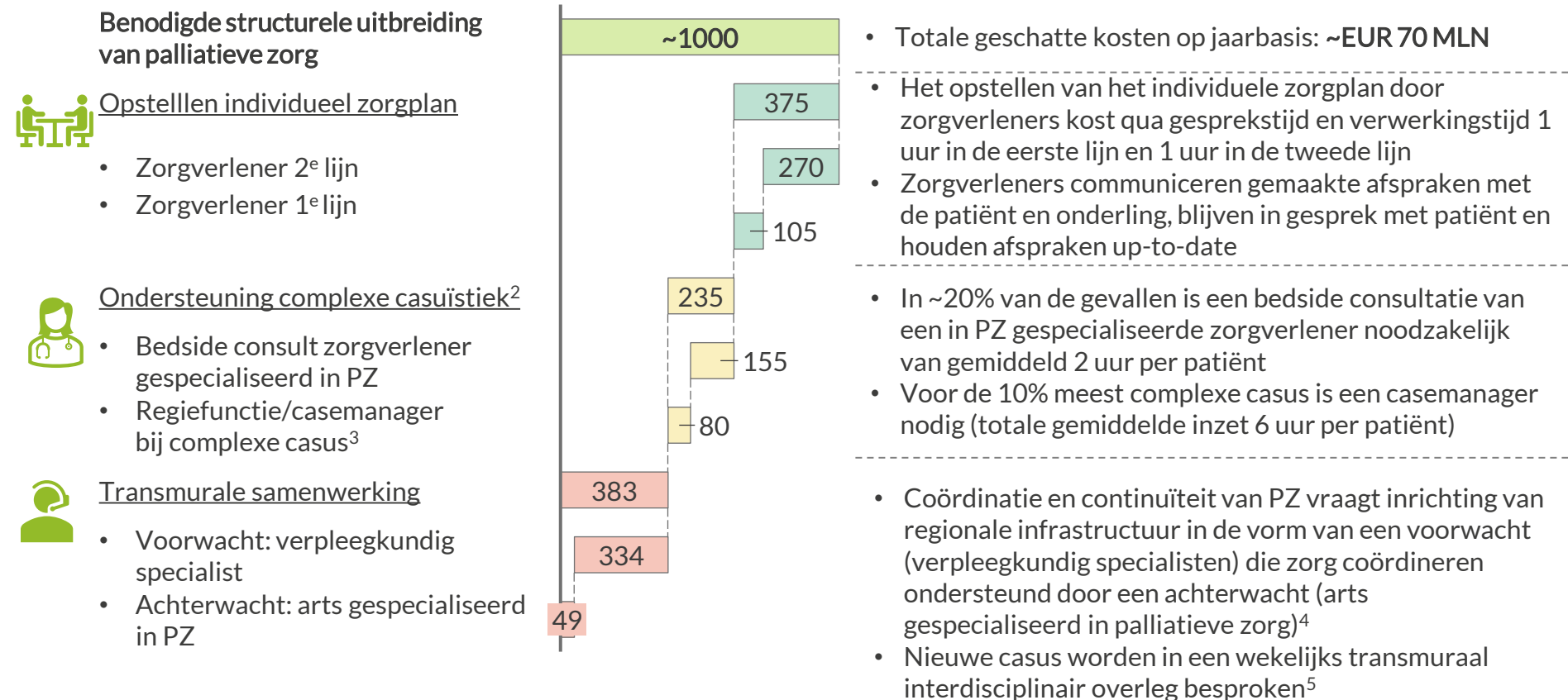
- 1. Markering** De start van de palliatieve fase worden tijdig gemarkeerd, bijv. door de surprise-question.¹ Hierna onderneemt de zorgverlener acties om de palliatieve zorg op te starten
- 2. Gezamenlijke besluitvorming** Gezamenlijke besluitvorming is het continue proces waarin zorg wordt afgestemd op de persoonlijke situatie en waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten
- 3. Proactieve zorgplanning** Het continue en dynamische proces van vooruit denken, plannen en organiseren van zorg dat wordt bijgehouden in een individueel zorgplan en waar nodig bijgesteld
- 4. Individueel zorgplan** Het individueel zorgplan dient om de patiënt, diens naasten, zorgverleners en vrijwilligers op één lijn te houden en om de gemaakte afspraken toegankelijk bij elkaar te hebben
- 5. Interdisciplinaire zorg** De multidimensionale benadering vraagt om een interdisciplinair team dat bestaat uit zorgverleners en vrijwilligers en samenwerkt met de patiënt en diens naasten
- 6. Mantelzorg** De mantelzorger wordt door zorgverleners en vrijwilligers erkend als dí naaste die een belangrijke rol heeft in de zorg voor de patiënt en wordt daar actief bij betrokken
- 7. Coördinatie en continuïteit** Uitvoering van het individuele zorgplan vergt coördinatie en continuïteit van zorg bij alle zorgverleners, waarbij een centrale zorgverlener het aanspreekpunt is voor de patiënt
- 8. Netwerk** Een Netwerk Palliatieve Zorg is een formeel samenwerkingsverband van zelfstandige organisaties in een regio die samen werken voor effectieve en efficiënte palliatieve zorg
- 9. Deskundigheid** Iedere zorgverlener² betrokken bij palliatieve zorg, op generalistisch, specialistisch of expertniveau, is bijbehorend gekwalificeerd en volgt passende bij- en nascholing
- 10. Kwaliteit en onderzoek** Aanbieders van palliatieve zorg streven naar de beste kwaliteit van palliatieve zorg o.b.v. voortgaande evaluatie en verbetering

1) Surprise-question luidt: 'Zou het mij verbazen wanneer deze patiënt in de komende 12 maanden komt te overlijden?' bij 'nee' is de palliatieve fase gemarkeerd. De surprise-question is accuraat in ~75% van de gevallen ([link](#))

2) Ook betrokken vrijwilligers dienen pas ingezet te worden na een gekwalificeerde basistraining en hebben hun eigen Kwaliteitskader ([link](#))
Bron: Kwaliteitskader palliatieve zorg ([link](#))

De structurele uitbreiding PZ bestaat uit proactieve zorgplanning, ondersteuning complexe casuïstiek en transmurale samenwerking

Opbouw meerkosten voor benodigde structurele uitbreiding van palliatieve zorg
[EUR per gemiddelde patiënt, voor populatie niet onverwacht overleden buiten de Wlz, n=71k¹]

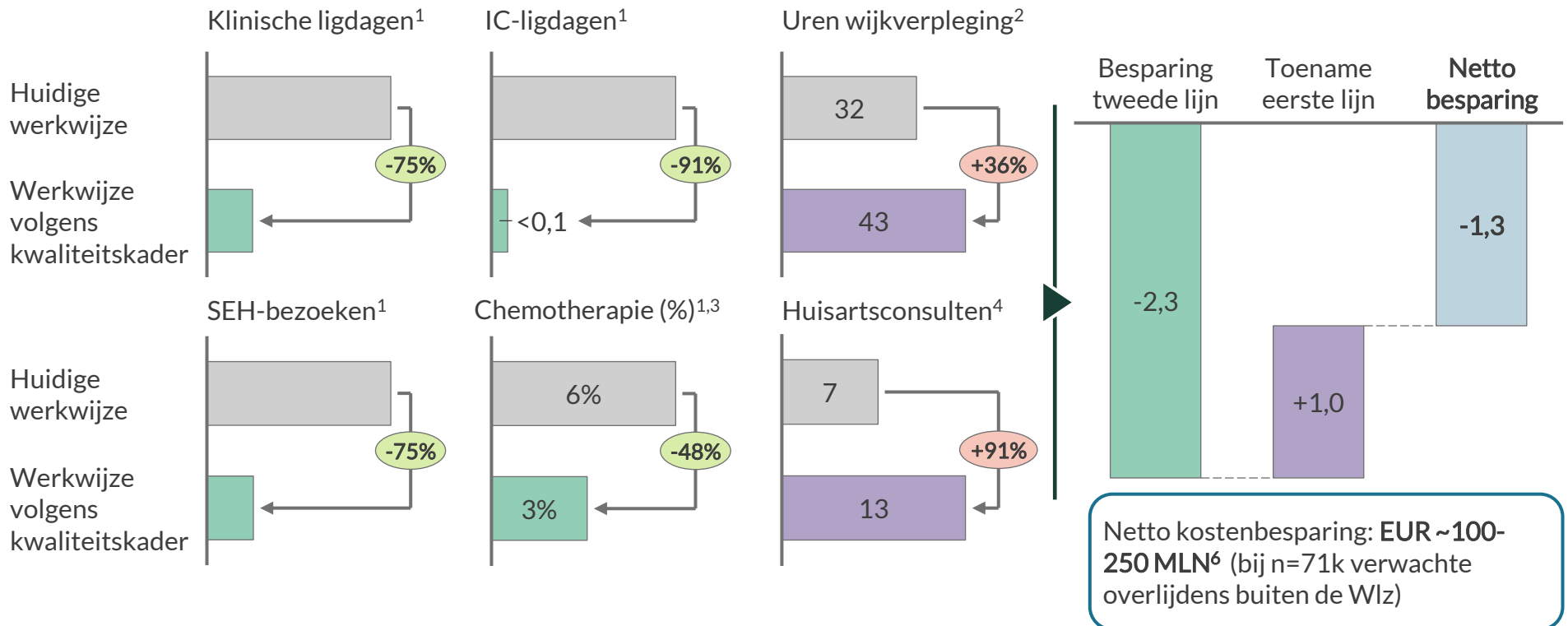


1) O.b.v. sterftecijfers CBS met correctie voor oversterfte ([link](#), [link](#)) 2) In dit geval worden dus zorgverleners die generalistische palliatieve zorg verlenen ondersteund door zorgverleners gespecialiseerd in palliatieve zorg 3) Casemanagers zijn bewezen effectief in de praktijk. Zie uitkomsten Proscop-onderzoek ([link](#)) 4) Per 1.000 palliatieve patiënten op jaarbasis wordt rekening gehouden met de volgende benodigde inzet: 40 uur per week aan inzet door verpleegkundig specialisten als voorwacht en 10 uur per week aan inzet van een arts gespecialiseerd in PZ als achterwacht. Casemanagers kunnen ook onderdeel zijn van dit team 5) Patiënten worden gemiddeld 2 keer in het overleg besproken waaraan 3 zorgverleners deelnemen. Per 1.000 patiënten op jaarbasis wordt rekening gehouden met 2 uur MDO per week (~40 patiënten per week om te bespreken). Overleg kan ook enkel binnen eerste lijn plaats vinden volgens PaTz systematiek Bron: NZa, Interviews met experts palliatieve zorg (zie pagina 41), NZa uurtarieven ([link](#), [link](#), [link](#)), analyse Gupta Strategists

Implementatie van het kwaliteitskader voorkomt potentieel niet-passende zorg, maar vraagt een andere werkwijze - in 1^e én 2^e lijn

Impact werkwijze volgens het kwaliteitskader op zorggebruik
 [Voorbeeld voor gemiddelde oncologische patiënt in 30 dgn voor overlijden]

Impact werkwijze op kosten⁵
 [EUR x 1.000 per patiënt]



1) Afnameratio gebaseerd op studie: Boddaert, et al. Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study ([link](#)) 2) Qua zorgvraag staat een klinische ligdag (IC en klinisch) gelijk aan 4 uur wijkverpleging 3) Kans op chemotherapie gebaseerd op gehele oncologie populatie in laatste levensmaand (incl. Wlz) 4) De intensiteit van huisartsenzorg in de laatste maand wordt verhoogd naar dezelfde intensiteit tijdens de laatste 7 dagen voor overlijden 5) Tarieven gebaseerd op "Prestatie en tariefbeschikkingen 2023" NZa ([link](#)) & Zorgwijzer ([link](#)) 6) EUR 100 MLN o.b.v. impact in de laatste maand, EUR 250 bij lineaire extrapolatie naar het gehele laatste levensjaar
 Bron: Analyse Gupta Strategists

Agenda

Bijlagen

- Achtergrond palliatieve zorg en Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland
- Ook voor kinderpalliatieve zorg is de transformatie reeds in gang gezet
- Details impactschatting landelijke implementatie kwaliteitskader

Achtergrond en inrichting IZA

- Potentie van uitbreiding hospicecapaciteit

Het IZA kent een werkagenda met acht onderdelen; van passende zorg tot contractering

Werkagenda IZA



1. Passende zorg

Voorkomen van niet-passende zorg en inzet op passende zorg door continue verbetering

2. Regionale samenwerking

Regionale samenwerking gericht op concentratie en spreiding MSZ en continuïteit en kwaliteit acute zorg

3. Versterking organisatie eerstelijnszorg

Meer samenwerking tussen alle aanbieders in de eerste lijn met meer tijd voor de patiënt

4. Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz

Samenwerking sociaal domein, huisarts en ggz gericht op kwaliteit en kortere wachtlijsten in ggz

5. Gezond leven en preventie

Preventie en leefstijlverbeteringen gericht op fysiek, mentaal en maatschappelijk welzijn

6. Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals

Meer werkplezier, ontwikkelkansen en invloed op beleid met minder administratie

7. Digitalisering en gegevensuitwisseling

Elektronische gegevensuitwisseling is de standaard in de zorg. Zorg is zoveel mogelijk thuis en digitaal

8. Contractering

Focus blijft op concurrentie, maar met mogelijkheid gelijkgerichte contracten voor passende zorg

Kern van IZA zijn de 'impactvolle transformaties'; regiobeelden, regioplannen en landelijke thematafels zijn hierin ondersteunend

Onderdelen ter realisatie van IZA

Individueel, lokaal, regionaal¹ en/of landelijk worden opgesteld^{2,3}:



Plannen voor 'impactvolle transformaties'

- Gericht op aanpakken van knelpunten in de zorg door impactvolle transformaties en gelijkgericht⁴ handelen
- Gezamenlijk opgesteld door: zorgaanbieders, -professionals, -verzekeraars, patiëntorganisaties, en/of gemeenten
- Voor aanspraak op transformatiemiddelen worden Transformatieplannen aan beoordelingskader getoetst

Deadline: eind 2025

Uitkomsten regiobeelden, regioplannen en thematafels zijn input voor Transformatieplannen

Per zorgkantoorregio wordt opgesteld^{2,5}:



Regiobeeld, dat basis is voor...

- Prognoses van bevolkingsontwikkeling, zorgvraag, zorgcapaciteit, welzijn en ondersteuning
- Regio duidt beeld gezamenlijk

Deadline: eind Q2 2023



... Regioplan

- Partijen stellen regioplannen op en prioriteren deze o.b.v. impact op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg

Deadline: eind Q4 2023

Landelijk wordt gewerkt aan:



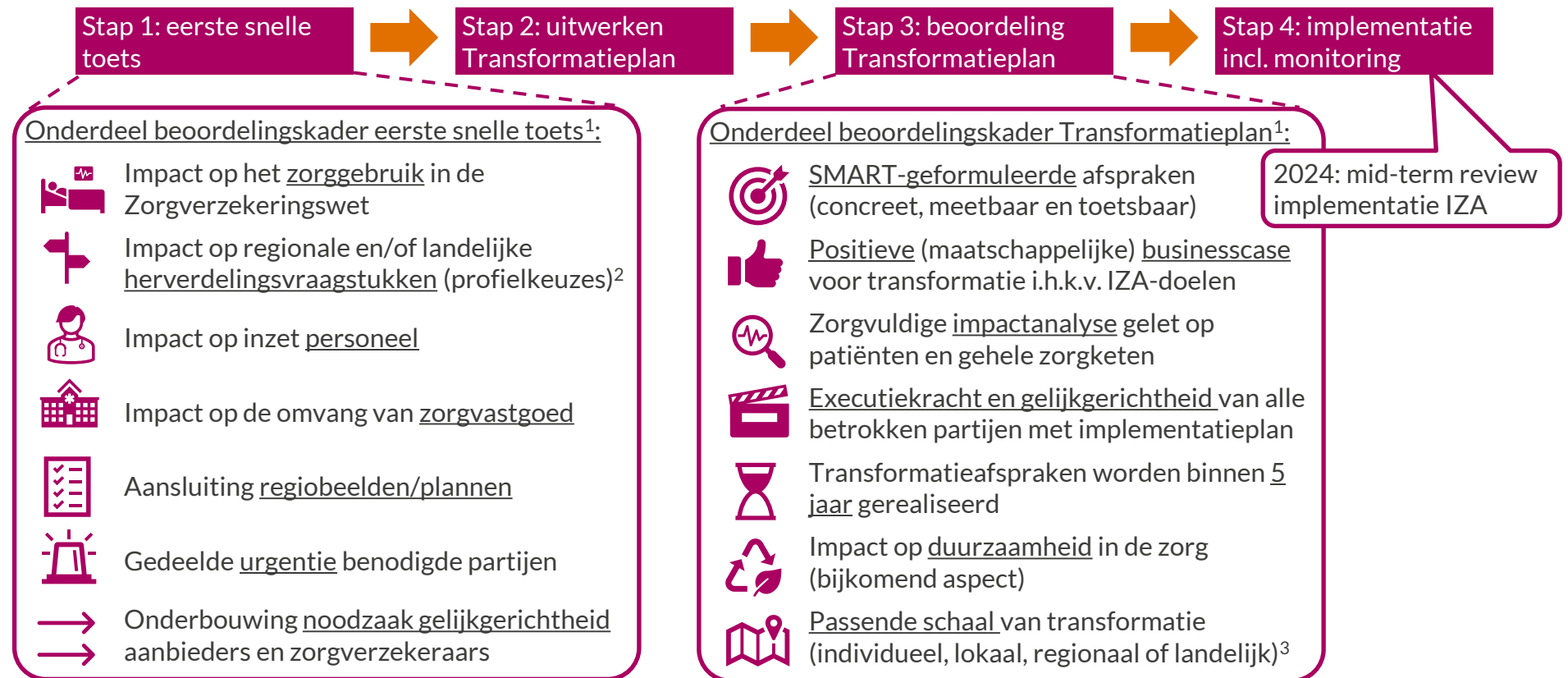
Landelijke thematafel⁶

- O.b.v. werkagenda van IZA zijn landelijke thematafels ingesteld waar men afspraken uitwerkt en uitvoering vormgeeft
- Momenteel wordt gewerkt aan 10 thema's; o.a. preventie en digitalisering

1) Regionaal niveau hoeft niet overeen te komen met zorgkantoorregio, ROAZ-regio of een andere formele regio 2) Integraal Zorgakkoord ([link](#)) 3) Beoordelingskader Impactvolle zorgtransformaties en inzet transformatiemiddelen ([link](#)) 4) Onder 'gelijkgericht handelen' wordt verstaan dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in hun individuele handelen en in contractafspraken dezelfde beweging nastreven 5) Criteria regiobeelden en regioplannen ([link](#)) 6) O.b.v. kamerbrief ([link](#)) en voortgang per thematafel ([link](#))

Plannen voor 'impactvolle transformaties' kunnen tot 2025 worden ingediend en worden beoordeeld door zorgverzekeraars

Beoordelingsproces plannen voor 'impactvolle transformaties'



1) Een plan ingediend i.h.k.v. de eerste toets hoeft niet aan alle onderdelen te voldoen, focus ligt op eerste 4

2) Verschuivingen van patiëntenstromen met als doel het voorkomen van (zwaardere) zorg en optimale inzet van capaciteit binnen de regionale dan wel landelijke context

3) Situationeel van toepassing (net als helder geschreven plannen, opschaalbaarheid, niet-vrijblijvendheid afspraken)

Bron: Beoordelingskader Impactvolle zorgtransformaties en inzet transformatiemiddelen ([link](#)), het indieningsformat snelle toets van zorgverzekeraars ([link](#)) en beoordelingskader transformatieplan ([link](#))

Agenda

Bijlagen

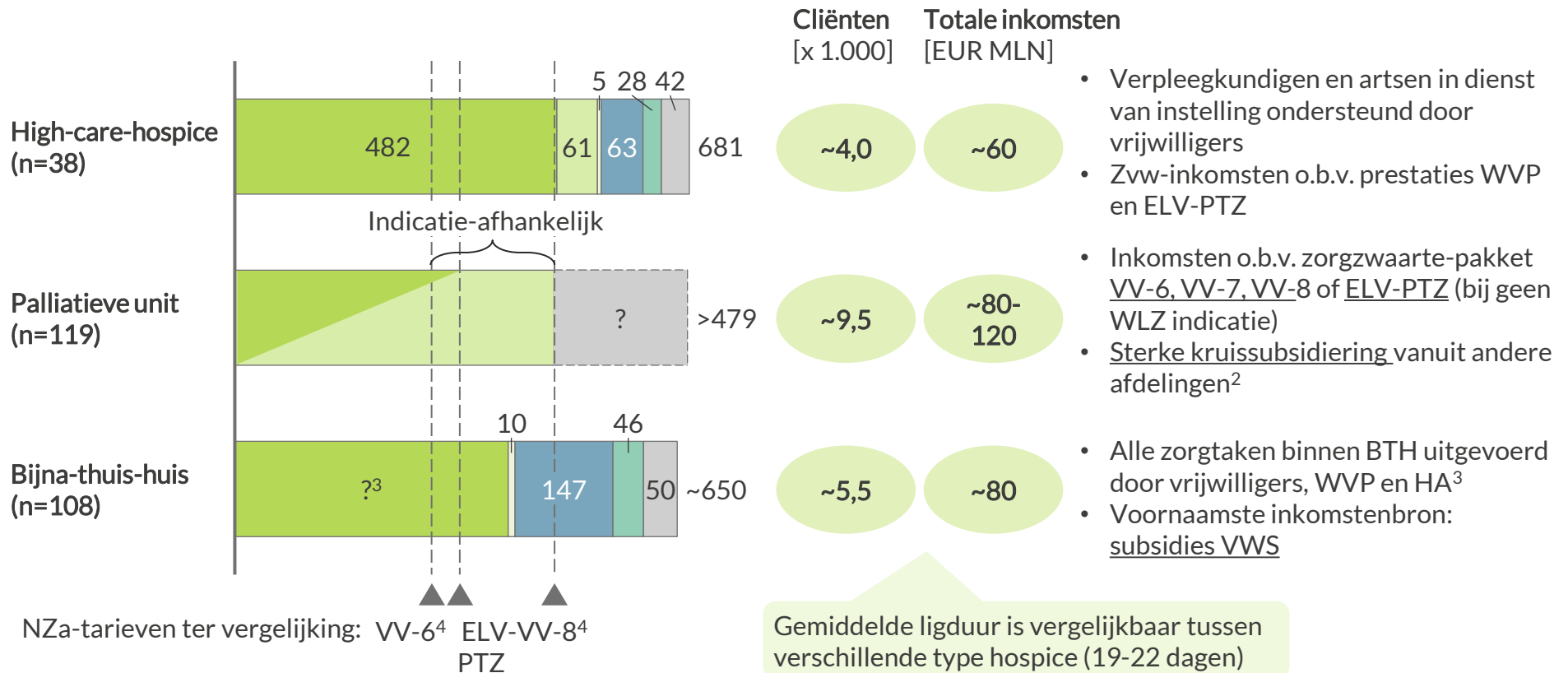
- Achtergrond palliatieve zorg en kwaliteitskader voor palliatieve zorg Nederland
- Ook voor kinderpalliatieve zorg is de transformatie reeds in gang gezet
- Details impactschatting landelijke implementatie kwaliteitskader
- Achtergrond en inrichting IZA

Potentie van uitbreiding hospicecapaciteit

Financiering van hospicezorg is complex en kent grote verscheidenheid aan bronnen

Gemiddelde inkomsten per ligdag

[Naar type hospice en inkomstenstroom, EUR, 2021]



- Verpleegkundigen en artsen in dienst van instelling ondersteund door vrijwilligers
- Zvw-inkomsten o.b.v. prestaties WVP en ELV-PTZ
- Inkomsten o.b.v. zorgzwaarte-pakket VV-6, VV-7, VV-8 of ELV-PTZ (bij geen WLZ indicatie)
- Sterke kruissubsidiëring vanuit andere afdelingen²
- Alle zorgtaken binnen BTH uitgevoerd door vrijwilligers, WVP en HA³
- Voornaamste inkomstenbron: subsidies VWS

1) Betreft een vaste subsidie. Experts: omdat subsidie niet meegroeit met de vraag ontstaat knelpunt omtrent coördinatie vrijwilligers 2) Experts: Palliatieve unit binnen VVT is aantrekkelijk naar buitenwereld omdat dan totaalpakket kan worden aangeboden. Echter, zorg aldaar is duurder en vergt meer personeel dan ervoor beschikbaar is vanuit de financiering. Zodoende is er sprake van kruissubsidiëring. Overige inkomsten zijn beperkt (o.b.v. jaarrekening AxionContinu waar bijdragen cliënten, subsidies en inkomsten WMO beperkt zijn (link)) 3) In een BTH verlenen wijkverpleging en huisarts ook zorg. Dit zijn derhalve geen directe inkomsten voor het hospice, waarbij de inzet varieert. In de nacht wordt inzet WVP over patiënten verdeeld. Men ervaart dit als knelpunt in de financiering 4) VV-6 tot VV-8 inclusief component niet-beïnvloedbare factoren, toegelaten voor behandeling. Bronnen: VPTZ Registratierapportage (link), HOPEVOL studie (link), jaarrekeningen verscheidene HCH (link, link), tarieven NZa (link, link, link), interviews met experts (zie pagina 41), analyse Gupta Strategists

Hospicezorg zet verpleegkundige capaciteit effectief in door schaalvoordeel, inzet vrijwilligers en minder niet-zorggebonden tijd

Manieren waarop hospicezorg verpleegkundige capaciteit effectief in zet



Schaalvoordeel

Bij toegenomen schaal kan schaarse capaciteit beter worden verdeeld over patiënten. Zo kan in de nacht een verpleegkundige ondersteund door een vrijwilliger voor 8 tot 10 patiënten zorgen.



Vrijwilligers

Omdat vrijwilligers in hospices ervaren en goed opgeleid zijn, kunnen zij verpleegkundigen goed ondersteunen. Zo kunnen vrijwilligers in een hospice zorgtaken van verpleegkundigen overnemen en hen ondersteunen bij zorgtaken zodat deze minder tijd kosten.¹

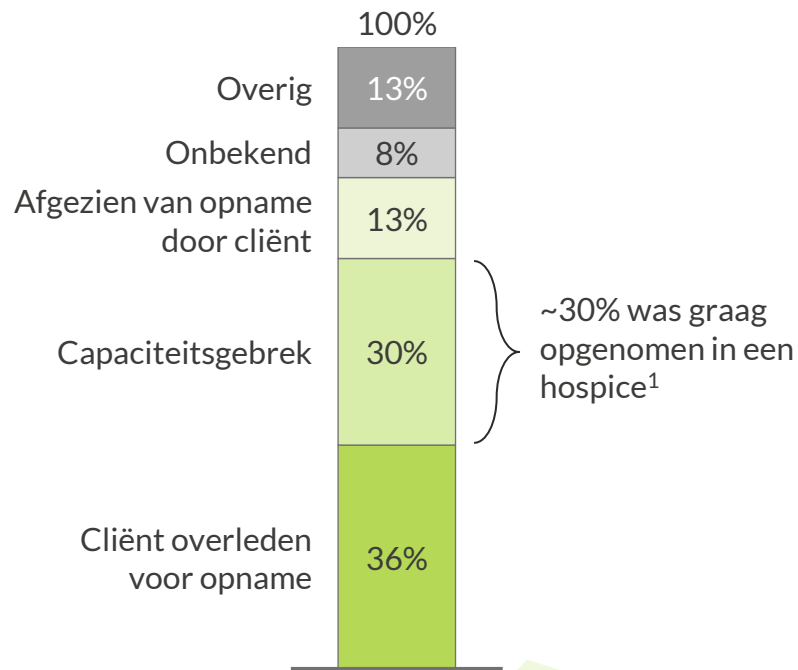


Minder niet-zorggebonden tijd

Omdat patiënten zich op dezelfde plek bevinden hoeven verpleegkundigen niet tussen patiënten te reizen. Hierdoor zijn verpleegkundigen t.o.v. wijkverpleegkundigen minder tijd kwijt aan niet-zorggebonden activiteiten.

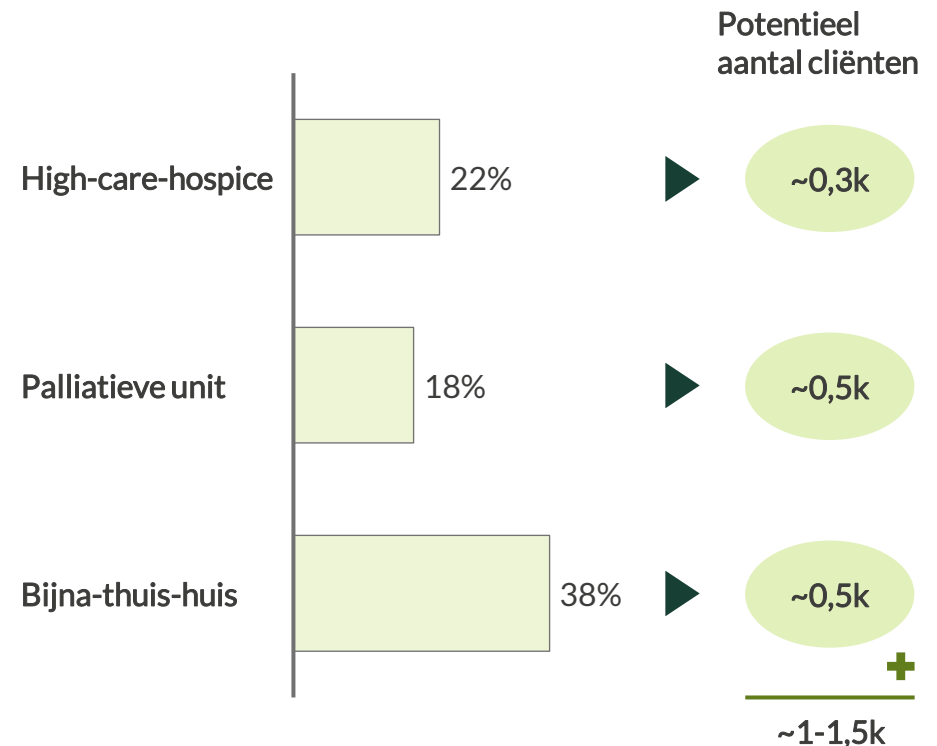
De vraag naar hospicezorg is momenteel groter dan het aanbod; capaciteit kan met minimaal 1 tot 1,5k cliënten worden uitgebreid

Redenen afwijzing opname bij hospice [2021]



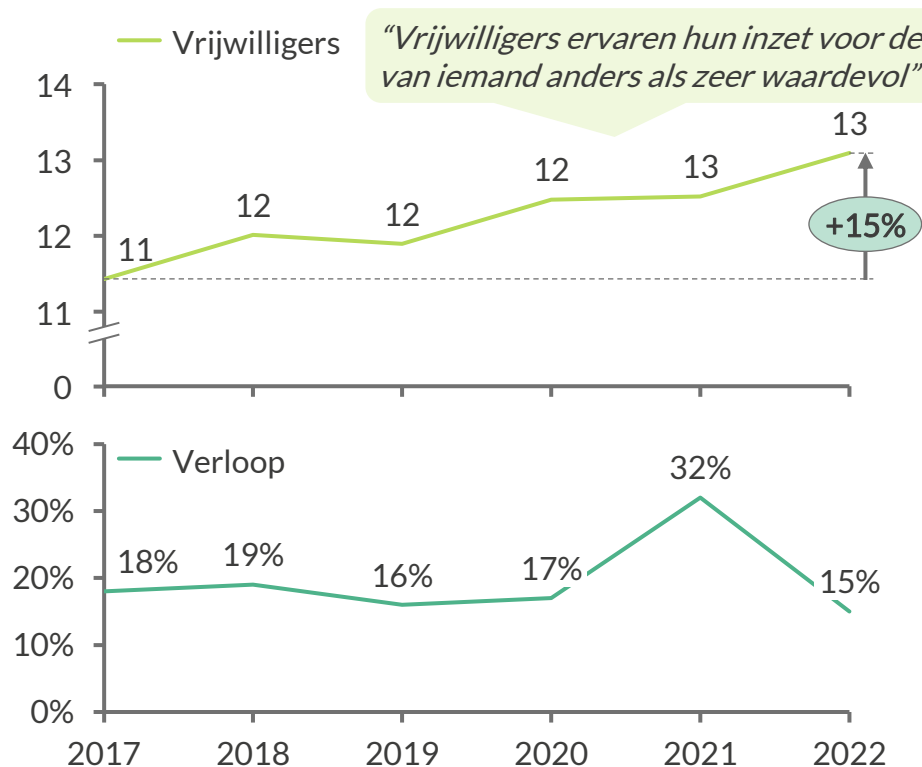
Hospice-arts: "Gezien huidige wachtlijsten kan capaciteit fors worden uitgebreid ... men overlijdt dan nog steeds op plek van voorkeur"

Aandeel afgewezen cliënten per type hospice [% van totaal aantal aanmeldingen, 2021]



Er zijn vooralsnog voldoende vrijwilligers beschikbaar om hospicezorg uit te breiden

Ontwikkeling in aantal vrijwilligers voor palliatieve zorg
[# vrijwilligers x 1.000, verloop in %, over tijd]



- De beschikbaarheid van vrijwilligers voor palliatieve zorg groeit jaar-op-jaar, afgezien van een stagnatie in 2021 vanwege de Covid-19 pandemie. VPTZ (organisatie voor vrijwilligers in de palliatieve zorg) ervaart momenteel geen problemen rond de beschikbaarheid van vrijwilligers voor palliatieve zorg
- Daarnaast is het verloop ook constant met ~15% per jaar, afgezien van een hoger verloop in 2021 i.v.m. de Covid-19 pandemie.
- Zodoende is de verwachting dat er voldoende beschikbaarheid is van vrijwilligers om hospicezorg uit te breiden