



“Format experimentovereenkomst”

Met dit formulier vraagt u bij de NZa een experiment aan in het kader van de Beleidsregel ‘Innovatie voor kleinschalige experimenten’. Het ingevulde en ondertekende formulier stuurt u naar dit e-mailadres: info@nza.nl. Vermeld in het onderwerp van uw e-mail de naam van de zorgprestatie en het woord ‘innovatie’.

Heeft u vragen over (het indienen van) uw aanvraag? Stuur een WhatsApp-bericht naar (088) 770 8 770. Heeft u een uitgebreidere vraag? Stuur dan een e-mail naar info@nza.nl en vermeld het woord ‘innovatie’ in het onderwerp van uw e-mail.

Formulier experimentovereenkomst

Onderdeel A – De concrete eenduidige omschrijving van de innovatieve zorgprestatie

1. Naam van de innovatieve zorgprestatie

Prestatie 1. Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg
Prestatie 2a. Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): telefonische consultatie
Prestatie 2b. Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): bedside consultatie
Prestatie 3. Regiefunctie complexe palliatieve zorg

Gezamenlijk bekend als het experiment 'TrAnsmurale PAlliatieve zorg met passende beko\$ting'
(hierna: TAPA\$).

2. Korte omschrijving van het experiment

Deze omschrijving zal worden toegevoegd aan het overzicht van lopende innovatie experimenten.

Omschrijving experiment

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'. Uit gesprekken met innovatieve zorgaanbieders in de palliatieve zorg, in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners en vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars en de wetenschap blijkt 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. Op basis van het zorgproces dat de patiënt in de palliatieve fase doorloopt, zijn de volgende prestaties opgesteld voor transmuraal samenwerken:

Prestatie 1. Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg

Deze prestatie 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 bijv. intensieve coördinatie van zorg door de generalist voor complexe palliatieve patiënten en structureel multidisciplinair overleg (mdo) tussen generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, bijvoorbeeld volgens de PaTz-methodiek.

Prestatie 2a. SCOP - telefonische consultatie

Prestatie 2b. SCOP - bedside consultatie

Deze prestatie betreft steun en consultatie bij complexe palliatieve zorg aan de patiënt en diens hoofdbehandelaar. Deze zorg wordt geleverd 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. De SCOP kent 2 varianten: de telefonische consultatie (prestatie 2a) of de bedside consultatie (prestatie 2b). De huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde blijft hoofdbehandelaar en de (wijk)verpleging blijft de reguliere zorg bieden.

Prestatie 3. Regiefunctie complexe palliatieve zorg

Wanneer de palliatieve zorgvraag van de patiënt dusdanig complex blijkt of wordt, dat continuïteit van specialistische ondersteuning wenselijk is, dan kan een in palliatieve zorg gespecialiseerd verpleegkundige of verpleegkundig specialist ingeschakeld worden, die de patiënt, diens naasten en diens zorgverleners voor complexe palliatieve zorg begeleidt, adviseert en/of behandelt. Ook dan blijft de huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar en biedt de (wijk)verpleging de reguliere zorg.

3. 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.^{1 2 3} In het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (2017)⁴ 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 (2018)⁵ kan worden geboden: “het voorkomen van duurdere zorg” en “het verplaatsen van zorg dicht bij de mensen thuis”. Uit internationale literatuur blijkt dat inzet van palliatieve zorg a) een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van palliatieve patiënten⁶, b) een daling van het zorgverbruik teweeg kan brengen^{7, 8} en dat c) meer patiënten zullen sterven op de plek van voorkeur⁹.

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.¹⁰ Het blijkt dat hierdoor, ongeacht de verschillende manieren waarop deze samenwerking wordt georganiseerd, de tevredenheid van patiënten hoger is.¹¹

¹ IKNL (2014). [Palliatieve zorg in beeld](#)

² RIVM (2018). [Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht](#)

³ Jeurisse, P. et al (2018). [Betaalbare zorg](#)

⁴ IKNL/Palliactief (2017). [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

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

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

⁷ 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.

⁸ 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>

⁹ 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.

¹⁰ PZNL (2018). [Transmuraal model palliatieve zorg: hulpmiddel bij implementatie Kwaliteitskader? Methodiek veldverkenning.](#)

¹¹ 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.

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)
- Wanneer de zorgbehoefte of zorgsituatie van de patiënt complexer wordt (in relatie tot de deskundigheid van de generalist) kan aanvullende expertise van een gespecialiseerde zorgverlener worden ingezet worden.

Stepped care modellen bij complexe open beenwonden¹² en depressies¹³ 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 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 ronde tafels 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'* (2018)¹⁴ 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 (1) **'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 telefonische of bedside consultatie kan ontvangen van een in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener. De gespecialiseerde zorgverlener kan hiervoor prestatie (2a/2b) **Steun en Consultatie Palliatieve zorg (SCOP)** declareren. De (consult vragende) 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 of verpleegkundig specialist ingeschakeld worden. Hij/zij kan de andere zorgverleners in de zorg ondersteunen en adviseren. Hiervoor kan prestatie (3) **Regiefunctie**

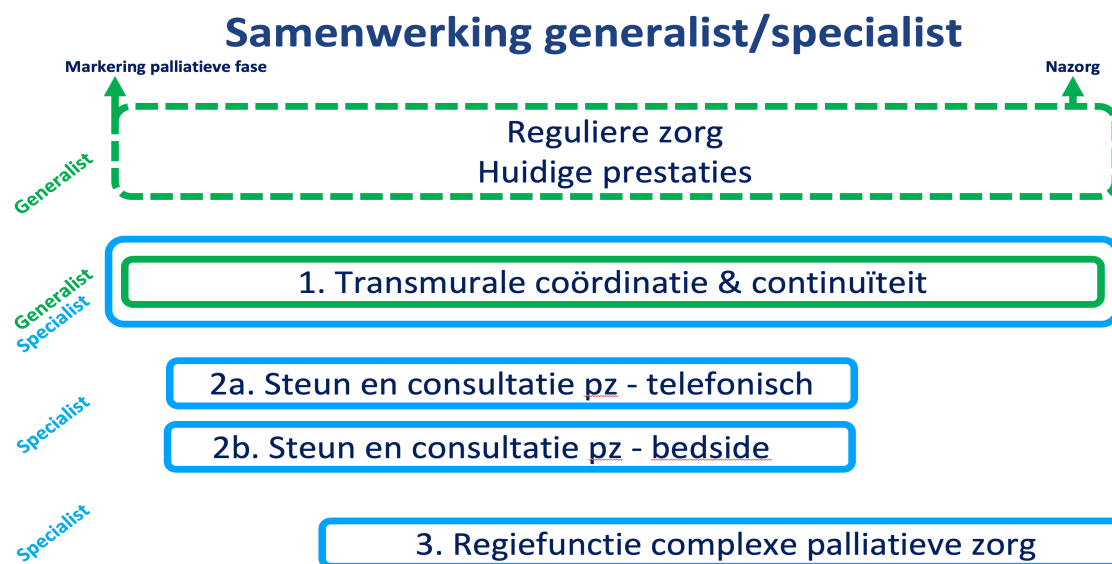
¹² CZ (2018). *Versnelling genezing complexe wond door andere werkwijze*

¹³ 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

¹⁴ NZa (2018). *Samenwerken in de palliatieve zorg: zorg rondom de patiënt*

complexe palliatieve zorg worden gedeclareerd door de gespecialiseerde zorgverlener. Ook dan blijft de (consult vragende) 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.

Figuur 1. Samenwerking generalist - specialist



--- de prestaties die reeds gedeclareerd kunnen gedeclareerd worden door de generalist via reguliere bekostiging.

— de prestaties die in experiment gedeclareerd kunnen worden door de generalist.

— de prestaties die in experiment 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 tenminste de volgende onderdelen:

- intensieve coördinatie van zorg door de generalist voor complexe palliatieve patiënten
- laagdrempelige, telefonische afstemming tussen generalist en specialist met betrekking tot praktische coördinatie en continuïteit van zorg op de gewenste plaats van zorg. Vragen kunnen bijv. betrekking op medisch-technische uitvoering, ethische of communicatieve aspecten van palliatieve zorg, waarvoor geen verslaglegging noodzakelijk is.
- Structureel multidisciplinair overleg (mdo) generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, bijvoorbeeld volgens de PaTz-methodiek
- Kennisdeling
- 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.

2a. Steun en consultatie bij palliatieve zorg (SCOP) - telefonisch

De prestatie SCOP-telefonisch betreft telefonische steun en consultatie bij complexe palliatieve zorg aan de hoofdbehandelaar.

De prestatie kan worden uitgevoerd 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 overleg met de (hoofd)behandelaar
- het bestuderen van het medisch dossier ten behoeve van de SCOP;
- 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 zorg kan ook worden uitgevoerd door een gespecialiseerd verpleegkundige, onder verantwoordelijkheid van een in palliatieve zorg gespecialiseerd arts of verpleegkundig specialist.

Declaratievoorwaarden

Per SCOP-verzoek kan de prestatie 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 nieuwe SCOP-telefonisch 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.

2b. Steun en Consultatie bij palliatieve zorg (SCOP) - bedside

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

De prestatie kan worden uitgevoerd door een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts of verpleegkundig specialist op verzoek van de hoofdbehandelaar van de patiënt. Het totaal aan activiteiten zoals beschreven onder prestatie 2a is onderdeel van prestatie 2b. In aanvulling op deze activiteiten valt het uitvoeren van bedside consultatie (s) bij de patiënt en diens omgeving door een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts of verpleegkundig specialist onder deze prestatie.

De zorg kan ook worden uitgevoerd door een gespecialiseerd verpleegkundige, onder verantwoordelijkheid van een in palliatieve zorg gespecialiseerd arts of verpleegkundig specialist.

Declaratievoorwaarden

Per SCOP-verzoek kan de prestatie 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 nieuwe SCOP-bedside 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;
- casemanagement¹⁵

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:
 - een volledig pakket thuis (vpt)
 - een modulair pakket thuis (mpt)
 - een persoonsgebonden budget (pgb)

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

4. 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.

¹⁵ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2018/03/22/verduidelijking-standpunt-casemanagement>

1. Transmurale coördinatie en continuïteit palliatieve zorg: Palliatieve patiënten met een levensverwachting < 1 jaar (gebaseerd op SQ, SPICT)
2. Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): Palliatieve patiënten met een levensverwachting < 1 jaar (gebaseerd op SQ, SPICT), op basis van complexe situatie of zorgbehoefte van de patiënt; 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), op basis van voortdurende complexe situatie of zorgbehoefte van de patiënt; zoals geïndiceerd op basis van SCOP consult.

5. 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).

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." 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." Door middel van de prestaties in deze aanvraag kan een bijdrage worden geleverd aan de uitgangspunten van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, de principes van passende zorg zoals geformuleerd door het Zorginstituut¹⁶, alsook aan de doelstellingen van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II: Proactieve zorg en ondersteuning op de juiste plaats, op het juiste moment, door de juiste zorgverleners en met de juiste bekostiging¹⁷:

- Het functioneren van mensen als uitgangspunt
- Het voorkomen van (duurdere) zorg
- Het verplaatsen van zorg dichtbij mensen thuis

¹⁶ Infographic Passende Zorg - Zorginstituut

¹⁷ Factsheet Nationaal Programma Palliatieve Zorg II

- Het vervangen van zorg door andere zorg, zoals e-health

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

Onderdeel B – Het innovatieve karakter van de nieuwe zorgprestatie

6. Innovatieve karakter van de zorgprestatie

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

Zorgverleners

Huidige prestaties	1. Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg	2a/2b. Steun en Consultatie Palliatieve zorg (SCOP)	3. Regiefunctie complexe palliatieve zorg
Generalisten: Huisartsen Medisch specialisten Specialist ouderengeneeskunde Verpleegkundigen Verzorgenden Etc.	Generalisten & specialisten palliatieve zorg (pz): Huisartsen Medisch specialisten Specialist ouderengeneeskunde Verpleegkundigen Verzorgenden Etc. Gespecialiseerde arts pz Gespecialiseerde vpk pz Verpleegkundig specialist pz	Specialisten palliatieve zorg (pz): Gespecialiseerde arts pz Verpleegkundig specialist pz	Specialisten palliatieve zorg (pz): Gespecialiseerd vpk pz 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”. 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 en de veldverkenning van PZNL in datzelfde jaar 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			
1. Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg			
2a. Steun en consultatie pz - telefonisch			
2b. Steun en consultatie pz - bedside			
3. 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	1. Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg	2a/2b. Steun en <u>CO</u> nSultatie Palliatieve zorg (SCOP)	3. Regiefunctie complexe palliatieve zorg
Generalistische zorg: O.a.: Consult(en) Intramuraal MDO Verpleging Verzorging	Samenwerking generalistische en gespecialiseerde zorg: O.a.: Transmuraal MDO Laagdrempelige voorziening voor vragen van de generalist Transmurale coördinatie Kennisdeling	Gespecialiseerde arts of verpleegkundig specialist: O.a.: Bestuderen medisch dossier Telefonische of <u>bedside</u> consultatie(en) Bespreking verslag Kennisdeling	Gespecialiseerde verpleegkundige of verpleegkundig specialist: O.a.: Zorgplan Kennisdeling Casemanagement Afstemming hoofdbehandelaar

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.

7. 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 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 redenen waarom zij niet volstaan, zijn te vinden in onderstaande tabel:

Onderdeel	Huidige zorgprestaties	Nieuwe prestatie
Transmurale samenwerking in de palliatieve zorg	Organisatie & Infrastructuur (O&I) De Organisatie & Infrastructuur prestaties beogen de organisatiegraad in de eerste lijn te versterken zonder daarbij een specifieke patiëntenpopulatie te bedienen.	1. Transmurale coördinatie en continuïteit palliatieve zorg De prestatie Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg, is lijnonafhankelijk en specifiek inzetbaar voor palliatieve zorg.
Ondersteuning van generalisten door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners	Meekijkconsult Zorgaanbieders geven aan dat in de praktijk blijkt dat bekostiging van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners	2a/2b. Steun en Consultatie palliatieve zorg (SCOP) & 3. Regiefunctie complexe palliatieve zorg

	<p>via het 'Meekijkconsult', niet uitvoerbaar is, vanwege de contractvereiste en administratieve afhandeling 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.</p> <p>Palliatieve consultatie, visite & telefonisch (M&I-verrichting) De M&I-verrichtingen voor Palliatieve consultatie, kan alleen vergoed worden, wanneer een huisarts 'een opgeleide palliatieve huisartsconsulent' in consult vraagt. Een in palliatieve zorg gespecialiseerde specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of hospice arts kunnen hier niet mee declareren.</p> <p>Experiment verpleging en verzorging Voor individueel toewijsbare verpleging en verzorging kunnen afspraken worden gemaakt op basis van het Experiment 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 ertoe 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&V afspraken hebben gemaakt over palliatieve zorg zonder dat dit onderdeel was van een tarief dat ook andere zorg bevat.</p>	<p>Met de SCOP telefonische consultatie of bedside consultatie en de regiefunctie complexe palliatieve zorg kunnen generalistische zorgverleners ondersteund worden door gespecialiseerde zorgverleners zonder dat zij de zorg aan deze gespecialiseerde zorgverleners 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).</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), Palliatieve zorg op maat (NZa, 2017) en de 'Handreiking financiering palliatieve zorg 2023' (PZNL, 2023). De huidige bekostigingsmogelijkheden zijn veelal gericht op één discipline of lijn, waardoor de patiënt daar naartoe 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) en in hun rapport 'Visie op financiering Palliatieve zorg' (2022) 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."

Onderdeel C – De meetbare doelstellingen van het experiment

8. 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 vooruitplannen en organiseren." 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 beoogd 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.

9. 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 verwijs) indien van toepassing (naar) instrumenten waarmee de indicatoren worden gemeten:

Mogelijke overbehandeling in de laatste levensfase

Voor het in kaart brengen van het terugbrengen van mogelijke overbehandeling in de laatste levensfase is de internationale maat 'potentially inappropriate end-of-life care'¹⁸ 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

¹⁸ 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.

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.^{19 20}

Door deze score van de regio te vergelijken met de landelijke cijfers geeft dit een indicatie van de kwaliteit van palliatieve zorg in de regio. 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 potentially inappropriate end-of-life care samenhangen met beter ervaren kwaliteit van leven^{21 22}.

Meerwaarde van perspectief van de zorgverleners

Er zal onderzoek worden gedaan om ervaringen en opvattingen van patiënten, naasten en zorgverleners over de meerwaarde van transmurale palliatieve zorg inzichtelijk te maken. In een vragenlijst voor patiënten, naasten en betrokken zorgverleners wordt gevraagd naar door hen ervaren meerwaarde van transmurale palliatieve zorg, hun huidige ervaringen met coördinatie en continuïteit in de zorg en hun tevredenheid over de geboden palliatieve zorg.

Kosten

In een buitenlandse studie en het TAPA\$ rapport uit 2022 blijkt dat de kosten voor patiënten die 'potentially inappropriate end-of-life care' ontvangen substantieel hoger zijn en dat de inzet van palliatieve zorg de kosten kan reduceren.²³ Om inzichtelijk te maken of dit binnen dit experiment ook het geval is zullen gedurende het experiment deze zorgkosten ook in kaart worden gebracht op basis van declaratiedata (Zvw en Wlz).

¹⁹ Vektis Factsheet Palliatieve Zorg 2019.

²⁰ Boddaert et al. Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist - specialist palliative care model. *BMJ Supp & Pall Care* 2020.

²¹ 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]

²² Virdun et al. Dying in the hospital setting: a systemic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important. *Palliat Med* 2017. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27932631/>

²³ Cheung, M.C. e.a. (2015), Impact of Aggressive Management and Palliative Care on Cancer Costs in the Final Month of Life

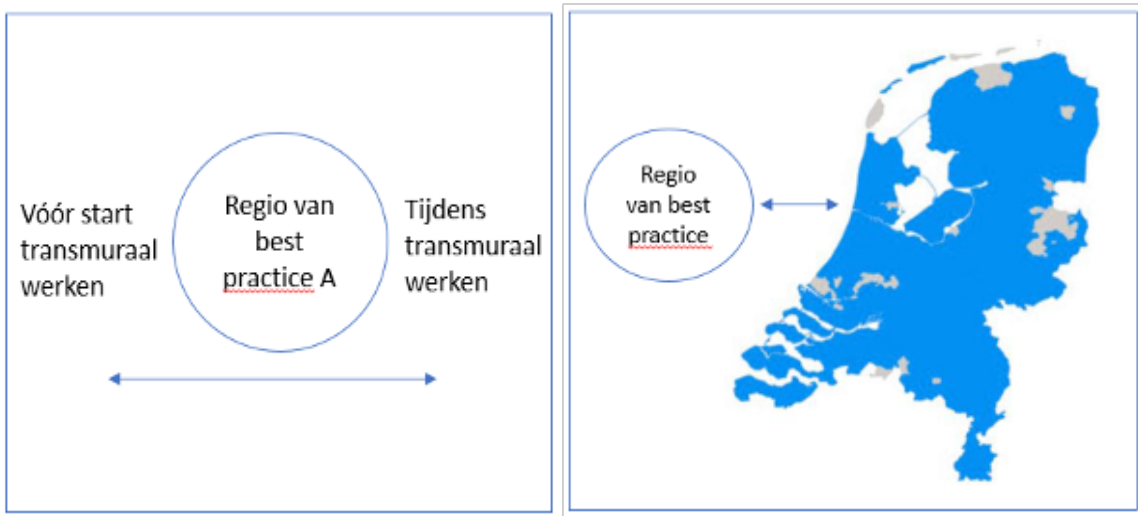
Onderdeel D – De experimentopzet

10. Experimentopzet

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 worden vergeleken met:

1. cijfers van de tijd vóór de start van het initiatief in die regio (prepost design);
2. landelijke cijfers;
3. cijfers van vergelijkbare regio's.



Het aandeel mensen met mogelijke overbehandeling in de periode voordat de regio transmurale palliatieve zorg aanbod 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.

Aan de betrokken zorgverleners wordt 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 vragenlijsten.

Het experiment wordt als succesvol beschouwd wanneer de kwaliteit van zorg verbetert tegen gelijkblijvende of lagere kosten.

Onderdeel E – De afgesproken tarieven

11. 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.

Prestaties en tarieven 2023:

	Omschrijving	Tarief
Prestatie 1:	Transmurale coördinatie en continuïteit palliatieve zorg - bedrag per (ingeschreven) verzekerde per jaar	€
Prestatie 2a	Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): telefonische consultatie - bedrag per zorgvraag	€
Prestatie 2b	Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): bedside consultatie – bedrag per zorgvraag	€
Prestatie 3	Regiefunctie complexe palliatieve zorg - bedrag per zorgvraag	€

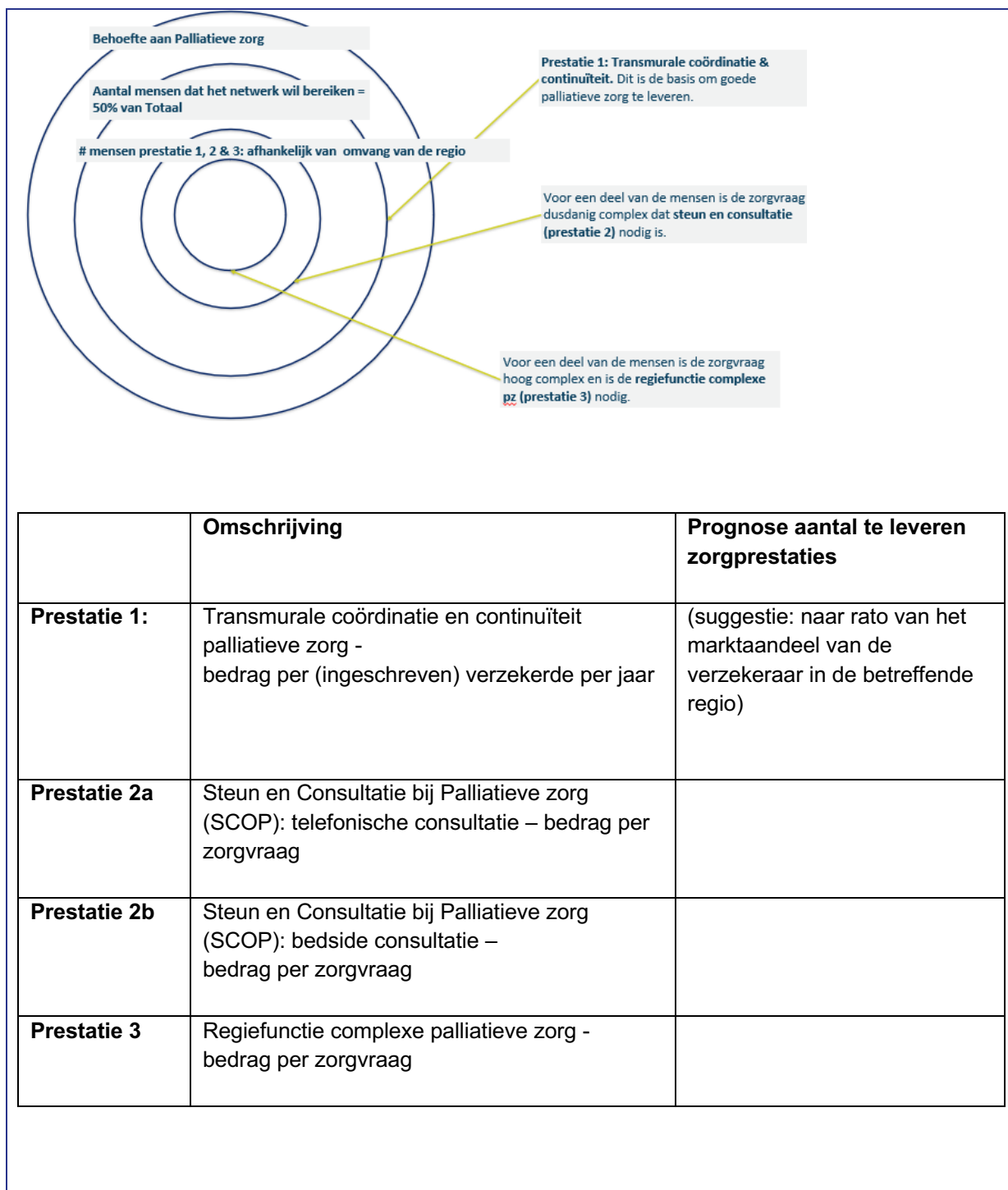
De tarieven worden jaarlijks geïndexeerd op basis van de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA).

Onderdeel F – De prognose van te leveren zorgprestaties

12. Verwacht volume

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

Palliatieve zorg wordt stepped-care aangeboden. Het aantal te leveren zorgprestaties per jaar is afhankelijk van onder andere de grootte van de regio.



Onderdeel G – De duur van het experiment

13. Looptijd van het experiment

Vermeld de gewenste start- en einddatum van het experiment.

1 januari 2023 tot en met 31 december 2025.

Onderdeel H – Informatie over de financieringsbron

14. 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

15. 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). 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'
- overige stukken en documenten.

Ondertekening experimentovereenkomst

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

Ziektekostenverzekeraar 1		Ziektekostenverzekeraar 2	
Naam organisatie		Naam organisatie:	
Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:		Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:	
Functie:		Functie:	
Handtekening:		Handtekening:	
Datum ondertekening:		Datum ondertekening:	
Contactpersoon:		Contactpersoon:	
E-mailadres:		E-mailadres:	
Telefoonnummer:		Telefoonnummer:	

Zorgaanbieder		Zorgaanbieder	
Naam organisatie		Naam organisatie:	
Type organisatie: (ziektelasten- verzekeraar of zorgaanbieder)		Type organisatie: (ziektelasten- verzekeraar of zorgaanbieder)	
Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:		Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:	
Functie:		Functie:	
Handtekening:		Handtekening:	
Datum ondertekening:		Datum ondertekening:	
Contactpersoon:		Contactpersoon:	
E-mailadres:		E-mailadres:	
Telefoonnummer:		Telefoonnummer:	

Zorgaanbieder		Zorgaanbieder	
Naam organisatie		Naam organisatie:	
Type organisatie: (ziektekosten- verzekeraar of zorgaanbieder)		Type organisatie: (ziektekosten- verzekeraar of zorgaanbieder)	
Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:		Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:	
Functie:		Functie:	
Handtekening:		Handtekening:	
Datum ondertekening:		Datum ondertekening:	
Contactpersoon:		Contactpersoon:	
E-mailadres:		E-mailadres:	
Telefoonnummer:		Telefoonnummer:	

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)

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)

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)

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)

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)

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 pro-actief plannen van zorg met behulp van het palliatieve zorg register.
- De PaTzgroep neemt deel aan monitoring voor evaluatie door het Expertisecentrum Palliatieve Zorg VUmc.

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.²⁴

Aanvulling vanuit de praktijk:

In de praktijk ervaart men de aanwezigheid van een gespecialiseerde zorgverlener als toegevoegde waarde.

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)

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)

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-geregistreerde 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)

Casemanagement

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

Bron: Memo verduidelijking casemanagement, Zorginstituut (2017)

²⁴ www.patz.nu

Bijlage 2: Historie totstandkoming van de TAPA\$ aanvraag van 2019

De voorliggende aanvraag is voortgekomen uit de TAPA\$ aanvraag zoals deze is gedaan in 2019. Het voorbereidend werk dat heeft plaatsgevonden voor die aanvraag vormt ook voor de huidige aanvraag nog goede onderbouwing. Gezien de grote variatie in betrokken personen destijds en op dit moment, achten wij het van waarde deze onderbouwing ook deel te laten uitmaken van de huidige 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.</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 beko\$ting (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	<p>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 Samenwerken in de palliatieve zorg: Zorg rondom de patiënt (NZa, 2018) en de bijeenkomst op 11 december 2018.</p>
Consultatieronde	<p>Op basis van de bespreking op 20 februari 2019 is een concept van deze aanvraag opgesteld. De initiatieven</p>

	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.