

Transitie Consultatie palliatieve zorg

De inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde
zorgverlener, met passende financiering

Integreren, expliciteren en normeren

Verslag van een jaar pionieren in acht Netwerken Palliatieve Zorg

Opdrachtgever:
Bestuur PZNL

Versie 1

Auteurs:
Hetty Kazimier, senior adviseur PZNL
Marianne Klinkenberg, senior adviseur PZNL



Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Aanpak van de pilots	7
2.1 Regionale pilots met praktische insteek	7
2.1.1 Landelijke randvoorwaarden	7
2.1.2 Pilotselectie	7
2.2 Voorbereiding op de pilotfase	9
2.2.1 Modellen	9
2.2.2 De inspiratiesessies	9
2.2.3 Sessies met zorgverkopers: verdiepingssessies en werkgroepbijeenkomsten	10
2.2.4 Verdere ondersteuning	10
2.2.5 Voorbereiding op reguliere financiering	10
2.3 Voorbereiding op de ontwikkeling van 'Lerende Netwerken voor en door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners'	12
3. Evaluatie van het pilotproces	13
3.1 Welke factoren waren stimulerend in het proces?	13
3.2 Welke factoren waren belemmerend in het proces?	14
3.3 Samenvatting projectresultaten	14
4. Resultaten	15
4.1 Inhoudelijke resultaten	15
4.1.1 Stevigere positionering	15
4.1.2 Wenselijke inzet	15
4.1.3 Samenwerking eerste en tweede lijn	16
4.2 Financiering	17
4.2.1 Bekostiging	17
4.2.2 Contractering	18
4.3 Hoe gaan de pilotregio's verder in 2023?	18
5. Conclusies	19
Bijlagen	
B1 Samenwerkingsovereenkomst	
B2 Beschrijving van de pilotregio's	
B3 Tijdspad, rollen en tools	
B4 Hulpmiddelen (ESH-model)	
B5 Patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden financiering	



1. Inleiding

Aanleiding voor de transitie van de consultatievoorziening

Het is een groot goed dat er in Nederland een (telefonische) consultatievoorziening palliatieve zorg is, waar in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners de consultatiefunctie vervullen. Sinds 2013 organiseert en coördineert PZNL (voorheen IKNL en Fibula) deze consultatievoorziening. Deze voorziening bestaat momenteel uit 36 consultatieteams met daarin 317 in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners die 24/7 geraadpleegd kunnen worden. In 2021 waren er 4956 telefonische consulten. De grootste groep consultvragers zijn huisartsen (bijna 70%), gevolgd door medisch specialisten, arts-assistenten, verpleegkundigen en verzorgenden. Van de patiënten waarover een consult wordt aangevraagd verblijft ruim 60% thuis en is ruim 60% van de consulten verleend door een in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundig specialist, gevolgd door de in palliatieve zorg gespecialiseerde huisarts, specialist ouderengeneeskunde en medische specialist.

Naast de telefonische consultatie zijn er door de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners met een contract bij PZNL 1166 multidisciplinaire overleggen (MDO's) in de ziekenhuizen en 799 Palliatieve Thuiszorg (PaTz)-besprekingen bijgewoond.

Met de toenemende complexiteit van zorg is de mogelijkheid tot raadplegen van specialistische deskundigheid blijvend nodig. Wel zien we dat de huidige telefonische voorziening, georganiseerd en gecoördineerd vanuit PZNL, niet meer aansluit bij de veranderingen in het zorglandschap. Inhoudelijke redenen - door het veld zelf aangegeven - zijn onder andere dat de huidige telefonische consultatie reactief is, dat er veelal laat wordt gebeld en dat de andere (proactieve) vormen van inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener nog onvoldoende in beeld én onvoldoende bekostigd zijn. Daarnaast is de huidige inzet gebaseerd op subsidiegeld en gekoppeld aan een landelijke ondersteuningsorganisatie. Daarmee is er geen duurzame financiering. Er is een doorontwikkeling of transitie nodig om de expertise van deze specialistische zorgverleners gemakkelijker en eerder in verschillende vormen (transmuraal) in te zetten en een betere verbinding tussen zorgverlener en consulent te creëren.

De in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener

In dit rapport gebruiken wij deze term voor:





- De kaderopgeleide huisarts
- De kaderopgeleide specialist ouderengeneeskunde
- De verpleegkundig specialist die de leergang palliatieve zorg heeft gevolgd
- De hbo opgeleide palliatieve zorg verpleegkundige (V&VN 2022)
- De medisch specialisten met kaderopleiding of die de 9-daagse cursus palliatieve zorg hebben gevolgd en veelal lid zijn van het team palliatieve zorg van het ziekenhuis

De ondoelmatige inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener kwam tot uiting tijdens de evaluatie en actualisatie van de telefonische consultatiedienst (2020). En aansluitend ook tijdens de invitational conference in 2021 - georganiseerd in samenwerking met Palliactief - waar de uitkomsten van de evaluatie ook zijn gepresenteerd. Voor een laagdrempelige en toekomstbestendige inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener was het advies vanuit de invitational conference:

- Zorg voor een verdere *integratie van de inzet* in bestaande zorgprocessen.
- Expliciteer de rol en inzet.
- Normeer de capaciteit en kwaliteit van de inzet.

Daarnaast blijkt aandacht voor passende governance van belang om de daadwerkelijke inzet te realiseren.

De doorontwikkeling is in opdracht van PZNL (eerder Fibula) omgezet in het project Transitie Consultatie. De Transitie Consultatie kende 4 deelprojecten, met per deelproject een projectleider die gezamenlijk de projectgroep vormen. De projectgroep valt direct onder het bestuur van PZNL. De vier deelopdrachten zijn:

-  **1. Regionale verankering (pilots):** Met het werkveld onderzoeken hoe de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener proactief en doelmatig ingezet kan worden in de Netwerken Palliatieve Zorg door middel van pilots.
-  **2. Passende financiering:** Voorbereidingen treffen voor een passende financiering van de inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener via de bestaande zorgwetten.
-  **3. Landelijke kaders:** Stimuleren van de ontwikkeling van landelijke kaders voor de inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener.
-  **4. Telefonische consultatie:** De consultatievoorziening zoals nu door PZNL gefaciliteerd afbouwen op geleide van de realisatie van de transitie. Dat wil zeggen, zodra de inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener door het Netwerk wordt ondersteund en bekostigd binnen bestaande en/of innovatieve betaaltitels.
Nb.: Deelproject Telefonische Consultatie maakt geen deel uit van dit rapport.



Afbeelding 1: Vier deelprojecten Transitie Consultatie

In Nederland is de palliatieve zorg generalistische zorg, zo nodig met in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners. Dit betekent dat iedere zorgverlener palliatieve zorg dient te kunnen verlenen. Bij vragen of in complexe situaties in de palliatieve zorg zijn er in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners (zoals genoemd in het kader hierboven) die, op wens van de generalist, de generalist ondersteunen en adviseren in het geven van palliatieve zorg. Op dit moment zijn er 317 in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners bij PZNL onder contract. In de inleiding is hun inzet geschetst. Naast de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners onder contract bij PZNL zijn er in de praktijk veel meer in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners die door zorgaanbieders worden ingezet. De aantallen hiervan zijn niet bekend door o.a. het ontbreken van passende registraties. Onder leiding van dit generalistische en specialistische veld ondersteunt PZNL de transitie in de periode t/m 2026. Dit project is daarmee onderdeel van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II.

In het voorjaar van 2022 zijn acht pilotregio's gestart als onderdeel van de Transitie Consultatie om de proactieve wenselijke inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners regionaal in te bedden binnen netwerkzorg. Hierbij is gekeken naar passende governance en passende financiering. Deze pilots zijn inmiddels geëvalueerd – aan de hand van een kwalitatieve, semi-gestructureerde vragenlijst - en dit resulteert in conclusies die zijn uitgewerkt in dit rapport. Het rapport is in concept, door middel van feedbackrondes, voorgelegd aan de voorzitters van de Expertise centra Palliatieve Zorg en de pilot regio's.

2. Aanpak van de pilots

2.1 Regionale pilots met praktische insteek

Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de praktijk en de al bestaande initiatieven met betrekking tot de tijdige en proactieve inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener is gekozen voor regionale pilots op netwerkniveau. De selectie van de pilotregio's vond plaats gesteund door bestuurlijk commitment van de bij de Netwerken Palliatieve Zorg betrokken zorgorganisaties in een regio op basis van facultatieve inschrijvingen. Er is daarbij uitgegaan van 5 tot maximaal 10 pilots met een doorlooptijd van circa 9 maanden. Deelname als pilotregio is vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst (zie bijlage 1).

Doel regionale pilots

Het primaire doel van de samenwerking met pilotregio's was om tot een (ver)nieuw(d)e werkwijze van de (consultatieve) inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener te komen, die regionaal gedragen wordt door Netwerk(en) Palliatieve Zorg. Hierbij is uitgegaan van de essenties van het Kwaliteitskader én van passende financiering. Alles binnen het huidige stelsel van wetten en regels in de context van ontwikkelingen binnen het Ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorginstituut Nederland (ZiNL). Met als uiteindelijk gevolg dat (groepen) patiënten adequate en continue palliatieve zorg ontvangen.

2.1.1 Landelijke randvoorwaarden

Om de passende inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners te kunnen realiseren heeft PZNL een vijftal landelijke randvoorwaarden beschreven.

Deze randvoorwaarden zijn:

- Passende governance binnen netwerkzorg, om transmurale inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener te kunnen realiseren;
- Passende financiering voor de wenselijke (transmurale) inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener;
- Landelijk register voor in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, waarin de kwaliteit en competenties van zorgverleners geborgd zijn;
- Landelijk deskundigheidsbevorderingsprogramma voor in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners/lerende Netwerken van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners;
- In het kader van een groeiend aantal patiënten en een lager aantal beschikbare zorgverleners moeten we kritisch kijken naar efficiënte, innovatieve en digitale inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners.

Tijdens het transitietraject heeft PZNL de rol op zich genomen om de randvoorwaarden te adresseren en te agenderen bij de juiste landelijke partijen, zoals de wetenschappelijke en beroepsverenigingen, Expertisecentra Palliatieve Zorg en de NZa.

2.1.2 Pilotselectie

De pilotselectie heeft medio 2021 plaatsgevonden door een oproep bij de Netwerken Palliatieve Zorg. Netwerken met belangstelling hebben zich gemeld. Vervolgens zijn er aanvullende gesprekken geweest met teamcoördinatoren, netwerkcoördinatoren en bestuurders van de Netwerken om de motivatie, wensen, urgentie en mogelijkheden te inventariseren.

Bij de selectie is gekeken naar een diversiteit van de volgende kenmerken:

- Spreiding van pilotregio's over de vier grote zorgverzekeraars, Zilveren Kruis (Achmea), Menzis, CZ en VGZ. Dit in verband met het verschil in afspraken op inkoop en bekostiging.
- In ieder geval één à twee pilotregio's waarin MDO's Palliatieve zorg in de Thuiszorg (PaTz-groepen) actief zijn.
- In ieder geval één à twee pilotregio's waarin het team palliatieve zorg van het ziekenhuis transmu- raal werkt en betrokken is bij consultatie in de eerste lijn.
- In ieder geval één à twee pilotregio's waarin (transmurale) samenwerking tussen verschillende Net- werken plaatsvindt. Bijvoorbeeld op het gebied van dementie en oncologie.
- Spreiding van pilotregio's in het land én het soort gebied (stedelijk, landelijk).

Acht pilotregio's zijn uiteindelijk geselecteerd en hebben door middel van een samenwerkingsovereen- komst met PZNL hun commitment gegeven. Een uitgebreidere omschrijving van de pilotregio's en hun doelen is te vinden in Bijlage 2 Beschrijving van de pilotregio's.

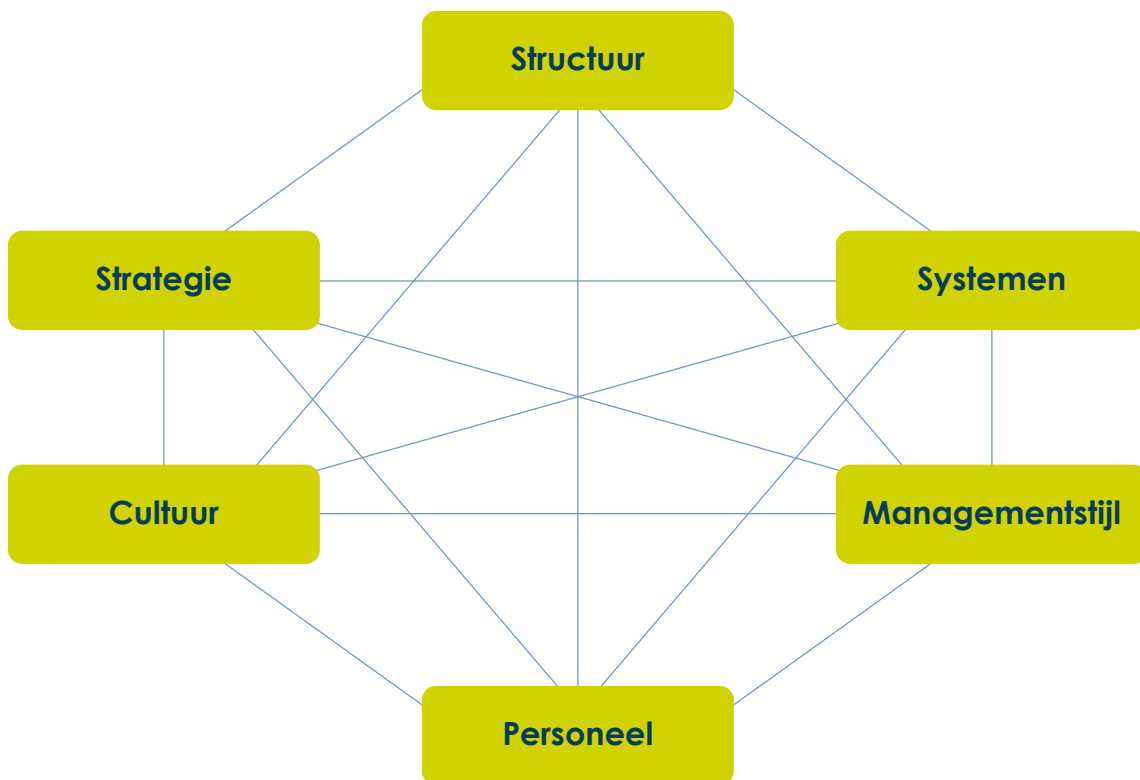


Afbeelding 2: Acht geselecteerde pilotregio's

2.2 Voorbereiding op de piloffase

2.2.1 Modellen

Om het verandertraject naar de gewenste situatie in beeld te krijgen, is het ESH-model door de projectgroep aangereikt als hulpmiddel. Het ESH-model, gebaseerd op het 7S-raamwerk (Athos en Pascale, 1982, later uitgewerkt door Peters en Waterman, 1982) kent zes componenten voor organisatiebesturing. Weggeman (2000) heeft dit model aangevuld met missie, visie en doelen en het realiseren van primaire en secundaire processen en voorzien van een 'kennisbril'. De letters 'E', 'S' en 'H' staan voor evenwicht, samenhang en heterogeniteit, waarmee onder meer wordt aangegeven dat iedere verandering van één van de componenten direct gevolg heeft voor alle andere vijf.



Afbeelding 3: ESH-model (Weggeman 2000)

Iedere pilotregio is - met behulp van het ESH-model - gestart met een brede inventarisatie van de *huidige situatie*. Hierin zijn onder andere het aantal in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, demografie en cultuur in de regio opgenomen. In de volgende stap is de *gewenste situatie* in kaart gebracht. Uiteindelijk is samen met de besturen van elk Netwerk gekeken naar de veranderafstand tussen de huidige en de nieuwe situatie. In Bijlage 3 staan de hulpmiddelen van het ESH-model toegelicht.

2.2.2 De inspiratiesessies

Vooraf en tijdens de pilotperiode zijn vanuit PZNL maandelijks inspiratiesessies georganiseerd, waarin projectleiders van de pilotregio's goede voorbeelden en knelpunten van vroegtijdige inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener uit hun regio's deelden. Tevens werd via de inspiratiesessie de voortgang van de pilot bewaakt en waar nodig extra ondersteuning aan een deelnemende regio gegeven. Bij de inspiratiesessies waren de betrokken regioadviseurs van PZNL aanwezig om andere lopende projecten en ontwikkelingen te verbinden aan de pilots en om de projectleiders optimaal te kunnen ondersteunen.

2.2.3 Sessies met zorgverkopers: verdiepingssessies en werkgroepbijeenkomsten

Ter voorbereiding op de gewenste inzet in de regio is samen met Zorgverzekeraars Nederland, de NZa en VWS een toetsingskader ontwikkeld. Het toetsingskader dient als raamwerk voor de regio's om de (on)mogelijkheden in financiering in beeld te krijgen. Vervolgens is via verdiepingssessies met zorgverkopers van betrokken pilotinstellingen het toetsingskader besproken op de volgende aandachtsgebieden:

1. Betaaltitels
2. Knelpunten in de bekostiging
3. Zorgverzekeraarsbeleid

Ook zijn aan de hand van concrete voorbeelden verdere acties en analyses uitgezet. In sommige regio's leidden de verdiepingssessies tot extra werkgroepbijeenkomsten met zorginkopers om de bekostiging van de wenselijke situatie in regio verder te doorgronden.

2.2.4 Verdere ondersteuning

Om tijdens de pilotperiode verbinding met elkaar te houden is via het online platform Basecamp een omgeving ingericht waar deelnemers met elkaar sparren, informatie kunnen delen en elkaar vragen stellen. Daarnaast heeft de projectgroep van PZNL een lijst van bestaande wetenschappelijke onderzoeken aangereikt ter onderbouwing van de inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners als input voor de businesscases. Tot slot heeft iedere pilotregio vacatiegeld van maximaal €20.000,00 ontvangen voor projectleiding en inzet van derden in de regio.

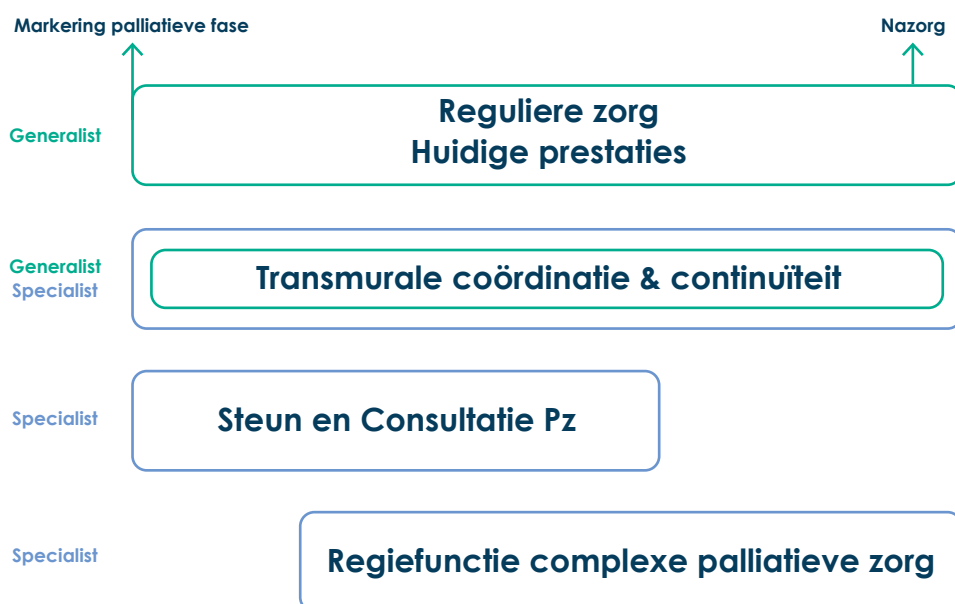
2.2.5 Voorbereiding op reguliere financiering

In het pilotproject wordt onderscheid gemaakt tussen bekostigings- en contracteringsvraagstukken. Bij bekostiging gaat het om betaaltitels. Deze betaaltitels en de bruikbaarheid ervan zijn in de eerdergenoemde verdiepingssessies met de zorgverkopers gedeeld. De focus lag in de eerste maanden van het project Transitie Consultatie op het inventariseren van bestaande betaaltitels binnen de sectoren van met name de eerste lijn.

In de laatste maanden van het pilottraject is meer aandacht besteed aan de zorgsoort overstijgende betaaltitels: de TAPA\$-prestaties. De TAPA\$-prestaties beschrijven op basis van het 'Stepped care model; samenwerking generalist en specialist' drie vormen van transmurale (specialistische) zorg (zie afbeelding 2). Voor meer informatie over het TAPA\$-project: [TAPA\\$: project TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende beko\\$tiging - Palliaweb](#).

De TAPA\$-prestaties zijn (nu nog) experimentele prestaties in het kader van de beleidsregel Innovatie NZa.

Samenwerking generalist/specialist



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

Contracteringsvraagstuk

De voorbereidingen voor het gesprek met de zorgverzekeraar zijn tijdens het pilottraject ook aan de orde gekomen, de zogenaamde contracteringsvraagstukken. Vragen die de pilotregio's zichzelf stelden zijn:

- Wat willen we financieren en wat is haalbaar op korte en wat op langere termijn?
- Gaat het om de financiering van zorg die herleidbaar is naar een verzekerde (patiëntgebonden) of gaat het om de financiering van coördinatie, samenwerking, kennisuitwisseling die niet (altijd) herleidbaar is naar een verzekerde (niet patiëntgebonden)? Voor een voorbeeld van uitsplitsing tussen patiënt en niet-patiëntgebonden inzet specialistische wijkverpleging zie Bijlage 5 Patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden financiering.
- Gaat het om een nieuwe overeenkomst of een bestaande? Een aanpassing van een bestaande overeenkomst, waarin je bijvoorbeeld een aanvullende afspraak wilt opnemen (denk aan extra tijd voor advance care planning), is eenvoudiger dan het opstellen van een geheel nieuwe overeenkomst. Bijvoorbeeld één die zorgsoort overstijgend is.
- Waar begint de zorgverlening en waar houdt deze op? Het is van belang dat de reikwijdte van de zorgverlening duidelijk is.
- Kan de beoogde contractpartij de inhoudelijke en financiële verantwoordelijkheid hiervoor dragen?

Voor het beantwoorden van alle vragen is zoveel mogelijk feitelijke onderbouwing nodig. Voorbeelden hiervan zijn:

- Om hoeveel mensen gaat het?
- Bij wie zijn zij verzekerd (%)?
- Waarom is deze zorg zo belangrijk (onderbouw met o.a. kwaliteit van leven, welke zorg je kan voor komen) en is het haalbaar (denk aan krappe arbeidsmarkt)?

Gebruik beschikbare gegevens, zoals bijvoorbeeld de Vektis data.

Via deze [link](#) heeft u toegang tot meer belangrijke tips en informatie over het zorginkoopproces.

2.3 Voorbereiding op de ontwikkeling van 'Lerende Netwerken voor en door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners'

Om de Transitie Consultatie mogelijk te maken is - zoals eerder genoemd - een aantal landelijke randvoorwaarden van belang. Met één van de landelijke voorwaarden, te weten de deskundigheidsbevordering, heeft PZNL tijdens de pilotperiode een start gemaakt om wensen te inventariseren.

Met coördinatoren van consultatieteams, consultants en netwerkcoördinatoren zijn vanuit de PZNL-projectgroep verkennende gesprekken gevoerd over hun ideeën en behoeftes ten aanzien van lerende Netwerken voor in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners. Het gaat hierbij om o.a. de inhoud van de zorg(complexiteit), over de interprofessionele samenwerking, de uitvoerbaarheid/haalbaarheid van transmurale afspraken en de communicatie met de patiënten en naasten.

3. Evaluatie van het pilotproces

In de semigestructureerde evaluatie is aan projectleiders van de pilots gevraagd wat bevorderende en wat belemmerde factoren waren in het pilotproces. De uitkomsten van stimulerende factoren en ervaren knelpunten staan in dit hoofdstuk puntsgewijs beschreven.

3.1 Welke factoren waren stimulerend in het proces?

Stimulerende factoren

- Alle pilotregio's hadden een projectleider. In 6 van de 8 regio's heeft de netwerkcoördinator de projectleiding op zich genomen. In 1 geval was de coördinator van het Netwerk, naast de projectleider ook nog de coördinator van het bestaande consultatieteam. Sommige pilots hebben een aparte projectgroep opgezet, sommige regio's kozen ervoor het project met de reguliere netwerkgroep op te pakken.
- Er werd buiten de sessies om contact gelegd met elkaar. De mogelijkheid om informatie te delen via Basecamp werd beperkt gebruikt.
- De één-op-één begeleiding van de regioadviseur werd als prettig en ondersteunend ervaren.
- Starten vanuit de praktijk. Het ophalen van patiëntgebonden casuïstiek over waar de knelpunten zitten in de praktijk heeft geholpen om gezamenlijk draagvlak te krijgen. Vanuit de verschillende zorgaanbieders bleek de rode draad het gebrek aan identificatie van patiënten met een palliatieve zorgbehoefte en het gebrek aan coördinatie en continuïteit van zorg.
- Door mee te doen komen Netwerkgovernance issues aan de orde. Vragen als 'Wie is verantwoordelijk voor wat?' nopen tot nadenken over de rol van het Netwerk. Als de bestuurlijke laag van het Netwerk niet op orde is loopt de borging van een initiatief van enthousiaste zorgverleners gevaar.
- De inspanningen die tijdens de pilot zijn gedaan om tot financiering van de inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener te komen, hebben geleid tot drie verdiepingssessies waarbij op één na alle pilotregio's vertegenwoordigd waren. Zorgverkopers waren actief betrokken bij de werkgroepsessies die PZNL vervolgens heeft aangeboden om kennis over bekostiging en contractering te delen.
- In alle regio's, op één pilotregio na, is er in ieder geval één gesprek geweest met de zorgverzekeraar om hen te informeren over de plannen.
- De bijdrage van PZNL in projectleiding en vacatiegelden om deze pilot te doen werd door de meeste regio's als noodzakelijke randvoorwaarde gewaardeerd. Eén regio heeft ervan af gezien, omdat deze inspanning als 'behorend bij de taak van het Netwerk' wordt gezien.

Voorbeelden uit de praktijk

'De dialoogtafels waren erg succesvol voor de betrokkenheid en het kunnen teruggrijpen op wat volgens de professional de regionale lacunes zijn. Hiermee kan de tactische opdracht beter worden vormgegeven: voor welk probleem is dit een oplossing?' (Salland)

Er is in de pilots ook contact gelegd met bijvoorbeeld Netwerken voor ouderenzorg om een samenwerking in de bereikbaarheidsdienst/triage te verkennen.

'We onderzoeken of het Coördinatiepunt Ouderenzorg Noord-Holland een plek is waar ook de vragen over palliatieve patiënten naar toe kunnen om vervolgens naar de juiste specialist doorgezet te worden.' (Noord-Kennemerland en Kop van Noord-Holland)

'Wij zijn begonnen met de herinrichting van het Netwerk en het formeren van een stuurgroep. Die route is noodzakelijk gebleken om over de Zuid-Hollandse eilanden heen betere afspraken te maken over de inhoud, de samenwerking tussen de specialisten palliatieve zorg en later ook over de zorgverkoop.' (Zuid-Hollandse eilanden)

3.2 Welke factoren waren belemmerend in het proces?

Ervaren knelpunten

- Door de projectleiders werd aangegeven dat Transmurale samenwerking complex is. Er gebeurt veel in de zorg in het algemeen en in de palliatieve zorg in het bijzonder. De samenwerking tussen de generalist en specialist is daar (maar) een onderdeel van. Het is de kunst om focus te houden.
- Niet alle betrokken zorgorganisaties voelen het eigenaarschap om in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners in dienst hebben en/of op te leiden. Daardoor ontstaat er in een aantal gevallen onvoldoende capaciteit voor transmurale inzet en/of scheve verhoudingen in de Netwerken, omdat de ene zorgaanbieder wel de mensen heeft en de andere niet.
- Soms zaten niet altijd de juiste mensen om tafel. Het is balanceren tussen uitvoering (werkvloer), management en bestuur. Er moet energie en trekkracht zijn.
- Het was niet duidelijk wat PZNL landelijk doet en wat er regionaal opgepakt moet worden. De discussie daarover kwam regelmatig terug.
- Het regelen van de randvoorwaarden zoals governance afspraken, personele invulling, registratie, financiering en de bereikbaarheid van consultants organiseren waren te grote opgaves voor sommige regio's in een beperkte tijd.
- De onderhandelingspositie van de Netwerken naar zorgverzekeraars was minimaal, omdat er bij zorgverzekeraars geen opdracht/urgentiebesef/verplichting ligt om de inzet van de consultatiefunctie en de organisatie en coördinatie van de specialistische inzet te vergoeden. Daarbij is het Netwerk Palliatieve Zorg als entiteit geen partij die zorg verkoopt en in die zin geen onderhandelingspartner.
- Er was te veel tijdsdruk. Het bleek lastig om tegelijkertijd op inhoud (gewenste werkwijze), transmurale samenwerking en financiering breed draagvlak in de regio te krijgen.
- Een punt van kritiek is de vele verschillende soorten bijeenkomsten die met name voor de zomer werden georganiseerd rond de Transitie van de Consultatie. Men zag door de bomen het bos niet meer.
- De hulpmiddelen (regioplant, ESH-model) zijn behulpzaam geweest, maar als men er niet bekend mee was werden ze ook ervaren als te theoretisch en ingewikkeld.

3.3 Samenvatting projectresultaten

Er is beweging en bewustwording gecreëerd dat Netwerken een verantwoordelijkheid hebben in het organiseren en coördineren van transmurale palliatieve zorg met passende inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners. De mate waarin dat besef ook bestuurlijk is verankerd verschilt en is meestal nog mager. Daarnaast hebben de voorzitters van de Expertise Centra Palliatieve zorg aangegeven zich mede verantwoordelijk te voelen voor de passende inzet en deskundigheid van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener en het doen laten slagen van de Transitie Consultatie in de consortium regio.

Door de pilotregio's zijn regiobeelden gemaakt met data over de huidige situatie. O.a. is in kaart gebracht hoeveel in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners er zijn en waar zij werkzaam zijn. Hieruit blijkt dat er in de regio veel meer in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners beschikbaar zijn dan de onder PZNL gecontacteerden. En dat er nagedacht kan worden over een verdere differentiatie op de inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners in de Netwerken Palliatieve Zorg.

Door de pilotregio's is in kaart gebracht (kwantitatief/casuïstiek) waar de knelpunten zitten in de transmurale, proactieve palliatieve zorg en de inzet van de specialist palliatieve zorg.

Er is een duidelijk beeld van de werkwijze waarop men in de regio de inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners wil inbedden.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de pilots beschreven.

4.1 Inhoudelijke resultaten

4.1.1 Stevigere positionering

In de helft van de pilotregio's heeft het meedoen geleid tot een stevigere positie van het Netwerk. Het was aanleiding om de netwerkstructuur aan te passen.

'In de netwerk-governance is veranderd dat het bestuur meer rol en positie krijgt in opdrachtgeverschap. Ze voelen wat meer waar het Netwerk mee bezig is.'

'We hebben vastgesteld dat deze projectgroep eigenlijk de kerngroep van het Netwerk moet gaan vervangen. Vanwege de positieve energie en de focus. Dit wordt nu besproken met het bovenregionaal bestuur.'

'Het heeft geleid tot een transitie van NPZZG. Zowel in de governance als in tactisch en operationeel niveau gaan we een andere structuur en samenwerking opzetten. We zijn in progressie.'

4.1.2 Wenselijke inzet

De gewenste inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener is met draagvlak van betrokken stakeholders in de regio beschreven. Het gaat om het positioneren van een (bestaand of nieuw op te zetten) transmuraal team voor (proactieve) steun en consultatie en/of vormen van casemanagement door een in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige. Formele of informele transmurale samenwerkingsafspraken liggen hieraan ten grondslag, maar zijn in de meeste regio's nog niet geïmplementeerd.

De wenselijke vormen, al dan niet transmuraal, zijn:

- Telefonisch consultatie
- Bedside consult
- Consultatie in PaTz-groepen
- Advisering binnen een MDO (bijvoorbeeld in een ziekenhuis of in een hospice)
- Participeren in een transmuraal team palliatieve zorg
- Vormen van casemanagement
- Coördinatie en afstemming op patiëntniveau
- Deskundigheidsbevordering

In alle pilotregio's was men het unaniem eens over de wenselijke vormen en werden alle vormen als even belangrijk gezien. Alle vormen dienen voorhanden te zijn. Het verschilde per pilotregio wél welke vorm van inzet als eerste werd verkozen op te pakken en in te bedden. Dat verschil had vooral te maken met het pragmatisch aansluiten bij reeds bestaande initiatieven in de regio. In de ene regio was de wens de palliatieve zorgcoach uit te breiden en beter in te bedden. In een andere regio was de wens om de telefonische consultatie in een transmuraal team verder in te bedden in het Netwerk Palliatieve Zorg.

Bovengenoemde vormen passen binnen de opbouw van de drie innovatieve Tapa\$-prestaties. Een dubbele bevestiging dus dat de wenselijke vormen van (transmurale) inzet bekend zijn. Echter, om ze uit te kunnen voeren verdienen de randvoorwaarden aandacht.

4.1.3 Samenwerking eerste en tweede lijn

De meeste pilots hadden moeite om ziekenhuizen bij de transitieplannen te betrekken. De samenwerking tussen eerste en tweede lijn is nog niet vanzelfsprekend.

Hieronder volgen enkele voorbeelden van resultaten uit de praktijk.

Casemanagement: een voorbeeld

Voorbeeld van de inzet van Transmuraal Palliatieve zorg Verpleegkundigen (TPV) in Roosendaal- Bergen op Zoom-Tholen (RBT).

Dit is een vorm van casemanagement die al enkele jaren in deze regio plaatsvindt. Vijf grote thuiszorgaanbieders detacheren ieder een gespecialiseerde wijkverpleegkundige aan het Netwerk. Daarmee is er tijdens kantooruren altijd iemand beschikbaar voor vragen van de zorgprofessionals. Deze TPV-ers kunnen voor advies een beroep doen op 3 arts-consulenten palliatieve zorg die ook verbonden zijn aan het Netwerk vanuit hun eigen werkgever. De TPV-er is het vaste aanspreekpunt voor de patiënten/naasten die zij aangemeld hebben gekregen voor begeleiding, advies en ondersteuning. De TPV-er is inzetbaar voor alle patiënten in het Netwerk ongeacht waar deze patiënt zijn/haar (dagelijkse) zorg betreft.

Naast de advies- en begeleidingsrol zorgen de TPV-ers voor continuïteit van zorg door af te stemmen met andere zorgverleners, overdrachten te verzorgen en doen zij aan deskundigheidsbevordering.

Het doel van deze pilot is om deze werkwijze te borgen aangezien de huidige financiering versnipperd is en de kosten niet dekt.

Transmuraal team voor steun en consultatie: een voorbeeld

Voorbeeld van een transmuraal team voor advies en ondersteuning in NPZ R&o (Netwerk Palliatieve Zorg Rotterdam en omstreken).

Sinds 2002 bestaat er in Rotterdam een consultatieteam palliatieve zorg (CPT). Haar doelstelling is: Het optimaliseren van de palliatieve zorgverlening aan de individuele patiënt en diens naasten, ongeacht de plaats waar de patiënt verblijft. Dit gebeurt altijd aanvullend op en in overleg met bestaande hulpverlening.

Vanwege de vaak complexe problematiek is het CPT multidisciplinair samengesteld. De consultants zijn artsen en verpleegkundigen die door opleiding en praktijkervaring gespecialiseerd zijn in palliatieve zorg. Zij werken in het ziekenhuis, het verpleeghuis, in de (gespecialiseerde) thuiszorg of in het hospice. Het CPT adviseert voornamelijk huisartsen en wijkverpleegkundigen. De financiering van dit CPT komt voor 100% ten laste van PZNL-subsidie.

Rotterdam geeft binnen de pilot prioriteit aan het waarborgen dat het CPT kan blijven bestaan als er geen subsidiegelden meer zijn vanuit PZNL. Dat betekent dat de organisatie van de consultatiefunctie door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners ondergebracht wordt bij een partner (of groep van partners) van het NPZ R&o, opdat de bekostiging van de consultatie gecontinueerd wordt via reguliere zorgwetten en contracteringsafspraken.

Naast het borgen van de consultatie functie wil NPZ R&o de inzet van specialisten palliatieve zorg in PaTz-groepen opschalen door een toename van het aantal PaTz-groepen te stimuleren.

Een transmurale samenwerkingsafspraken: een voorbeeld
Pilot-regio Zuid-Gelderland wil een transmurale zorgpad implementeren waarbij het raadplegen en het inzetten van specialistische zorg 24/7 is geborgd.

Het specifieke protocol Palliatieve Zorgplanning Thuis dat hier onderdeel van is, is wetenschappelijk onderbouwd ([Jeroen Hasselaar et al, 2021](#)) en toont aan dat:

- door invoering van het protocol meer dan 2 x zoveel mensen kans maakten om thuis te sterven.
- ziekenhuisopnames via SEH 42,1% verminderden en SEH-bezoek verminderde met 23,8%.
- opnames (niet via SEH) 30,8% verminderden met minder en kortere ziekenhuisopnames in de laatste levensfase.
- na implementatie van het protocol de zorgkosten in de laatste maanden voor overlijden significant daalden.
- er veel minder ziekenhuisopnames in de laatste 3 maanden voor overlijden waren.
- er een hoge mate van tevredenheid was onder patiënten en hun naasten.

Het Netwerk wil dat in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners als één team samenwerken om specialistische zorg te verlenen met de juiste deskundigheid en op de juiste plek. Het gaat hier zowel om 24/7 telefonische bereikbaarheid als de bedside consulten (voorkomen ziekenhuisopname).

4.2 Financiering

Resultaten op passende financiering van specialistische inzet palliatieve zorg zijn te onderscheiden in bekostiging en contractering. Bij bekostiging gaat het hier om de beschikbare betaaltitels. Met contractering wordt de benutting van de bekostigingsmogelijkheden bedoeld. Dit zijn afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

4.2.1. Bekostiging

Uit de pilots blijkt dat de wenselijke inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners (zoals in vorige paragraaf beschreven) niet of ontoereikend wordt gefinancierd. Hieronder zijn de financieringsactiviteiten onderverdeeld in patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden inzet.

Niet-patiëntgebonden inzet

- Het organiseren van regionale beschikbaarheid van een transmurale team (rooster en telefonie)
- De coördinatie van de samenwerking binnen het transmurale team
- Deskundigheidsbevordering
- Lid zijn van een transmurale team (overleg, intervisie, casuïstiek bespreken)

Patiëntgebonden inzet

Financiering van de inzet van de kaderopgeleide huisarts, kaderopgeleide specialist ouderengeneeskunde (s.o.) en gespecialiseerd (wijk)verpleegkundige/VS voor de volgende activiteiten:

- Telefonisch en bedside consult
- Consultatie in PaTz-groepen
- Advisering binnen een MDO (bijvoorbeeld in een ziekenhuis of in een hospice o.a. 1^e lijn MDO's)
- Inzet in een ander MDO (kwetsbare ouderen, dak- en thuislozen, etc.)
- Vormen van casemanagement

De knelpunten in financiering gelden ook voor de leden van een ziekenhuisteam. Intern zijn er voor het team voor palliatieve zorg in het ziekenhuis DBC-betaaltitels, maar deze zijn ontoereikend om buiten het ziekenhuis te participeren in een transmurale team.

4.2.2. Contractering

De contacten met de zorgverzekeraars zijn in bijna alle Netwerken geïntensiveerd. In circa de helft is het plan om te komen tot een vorm van transmurale inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener besproken met de zorgverzekeraar. In geen enkele pilot heeft dit geleid tot concrete afspraken over de inkoop van specialistische zorg.

Voor de start van de pilots waren er geen contacten met zorgverkopers op Netwerkniveau. Zij zijn nu in circa de helft van de regio's betrokken bij de projectgroep. Voor andere regio's was het betrekken van de zorgverkopers een brug te ver. Men wilde eerst met de zorgverleners en beleidsmakers de gewenste werkwijze uitdenken en daar bestuurlijk commitment voor krijgen.

Ondanks de ambitie en de inspanningen van enkele regio's om het najaar van 2022 op enkele punten afspraken te maken met de zorgverzekeraar over de inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener, is dat niet haalbaar gebleken. Een veel terug gehoorde reactie van de zorgverzekeraar is dat palliatieve zorg volgens het Kwaliteitskader generalistische zorg is. Er staat onvoldoende beschreven wat en wanneer specialistische zorg nodig zou zijn.

4.3 Hoe gaan de pilotregio's verder in 2023?

Bijna alle pilots geven aan door te gaan op de ingeslagen weg. Sommigen vragen projectsubsidie aan bij de zorgverzekeraar om het transmurale team te kunnen laten starten. Anderen proberen voor 2024 de TAPA\$-prestaties te effectueren, maar daarvoor is de netwerkgovernance vaak nog onvoldoende passend. Eén van de pilotregio's geeft aan dat zij niet verder kunnen als de randvoorwaarden op landelijk niveau niet geregeld zijn. De vraagstukken worden te complex ervaren om er op lokaal niveau mee aan de slag te kunnen. Pilotregio's geven aan het gevoel te hebben dat zorgverzekeraars pas meebewegen als er een landelijke 'aanwijzing' komt om de knelpunten in de financiering van de transmurale palliatieve zorg, inclusief de specialistische inzet, op te lossen.

Ongeveer de helft van de regio's is de komende tijd nog bezig met het verder vormgeven van de werkwijze, de samenwerkingsafspraken en netwerkaansturing. Zij zijn nog niet toe aan de voorbereiding op de financiering.

5. Conclusies

Het project Transitie van de Consultatie palliatieve zorg heeft, in de periode van januari t/m november 2022 door te experimenteren met regionale initiatieven in pilottrajecten, zowel bij deelnemende Netwerken Palliatieve Zorg als bij Netwerken Palliatieve Zorg die niet hebben meegedaan, een beweging in gang gezet. De informatie over de noodzaak om de verantwoordelijkheid voor de consultatiefunctie dichterbij de zorg rondom de patiënt te beleggen is breed geland. De Netwerken die hebben deelgenomen aan een pilottraject zijn de uitdaging aangegaan om de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener beter te verankeren in het zorgproces. Dat krijgt zijn beslag in transmurale samenwerkingsafspraken, het opzetten van een transmurale team palliatieve zorg rondom een ziekenhuis en/of het verankeren van een vorm van casemanagement. Een en ander heeft echter nog niet geleid tot financiële verankering van deze specialistische inzet middels contracten met zorgverzekeraars. We staan daarmee op dit moment nog aan het begin van deze transitie. Het vraagt een andere verantwoordelijkheid van een Netwerk Palliatieve Zorg dan tot nu toe gebruikelijk was omdat het organiseren van gespecialiseerde palliatieve zorg binnen een netwerk betekent dat:

- er binnen een Netwerk Palliatieve Zorg afspraken moeten worden gemaakt tussen de zorgaanbieders die gespecialiseerde palliatieve zorg leveren over hoe zij 'hun' specialisten transmurale inzetten ten behoeve van kwaliteit en continuïteit van de zorg aan "hun" patiënten in de palliatieve fase, naasten en diens directe hulpverleners.
- zij gezamenlijk verantwoordelijkheid moeten gaan voelen over onderhandelen met de zorgverzekeraar met betrekking tot de bekostiging van de te leveren zorg.

Zoals eerder al bleek uit het TAPA\$-project (periode van 2018-2021), waar werd ingezet op de bekostiging van transmurale palliatieve zorg, blijkt ook uit de in dit rapport beschreven pilottrajecten in de periode van januari t/m november 2022 dat er knelpunten zijn met betrekking tot de organisatiegraad en governance van Netwerken Palliatieve Zorg. Deze kennen een overeenkomstige of vergelijkbare spreiding over de initiatieven in het land.

Daarnaast missen landelijke kaders om de inzet op regionaal niveau goed te kunnen organiseren. De landelijk kaders zijn gexpliciteerd in de inleiding. Hierbij gaat het om: passende bekostiging, passende netwerk-governance en competenties van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners.

Om de wenselijke inzet te realiseren verdient het ervaren knelpunt rondom capaciteit aandacht (bijvoorbeeld: Hoeveel in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners heb ik nodig in een regio en hoe verdeel ik die?). Ook het feit dat zorgkantoren uitgaan van het Kwaliteitskader, waarin de generalistische zorg staat beschreven, vormt een knelpunt. Hierdoor wordt onvoldoende urgentie gevoeld voor financiering van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners.

Uit de pilots is duidelijk geworden wat de gewenste inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener is. Net als uit het TAPA\$-project bleek, gaat het om transmurale inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener voor advies aan en ondersteuning van de generalist. Dat kent diverse vormen:

- Telefonisch
- Face-to-face
- Aan het bed van de patiënt
- In een PaTz-groep
- In een MDO-verband

Daarnaast gaat het in complexe casussen over casemanagement door een gespecialiseerde verpleegkundige. Die transmurale inzet vraagt om coördinatie en afstemming ten behoeve van continuïteit van zorg door de samenwerkende zorgaanbieders.

Alle regio's geven aan gehinderd te worden door onduidelijkheid over de vraag wat op een landelijke tafel wordt opgepakt en wat een regionale verantwoordelijkheid is. Dat speelt bijvoorbeeld op het terrein van avond-, weekend- en nachtbereikbaarheid, digitale gegevensuitwisseling, normeringsvraagstukken, deskundigheidsbevordering, financiering en definiëring van het specialisme.

Het gebrek aan landelijke kaders en de onduidelijkheid over wie wat oppakt werkt voor sommige regio's verlamd. Van PZNL wordt verwacht de randvoorwaarden te agenderen en te adresseren op de juiste landelijke tafels om vandaaruit tot een heldere rol en taakverdeling te komen in wie, wat, wanneer oppakt. De overspannen situatie op de arbeidsmarkt speelt daarbij ook een rol: het zorgveld kan maar heel beperkt belast worden met 'projecten'.

Naast de eerdergenoemde randvoorwaarde van de financiering wordt het gebrek aan (inzicht op de) mogelijkheden voor digitale gegevensuitwisseling als een bijna even zo groot knelpunt genoemd. Vooral door regio's die geen gebruik maken van het PRADO-systeem van PZNL is dat knelpunt een drempel om een regionaal team te starten.

Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) geeft de mogelijkheden om een aantal landelijke kaders en randvoorwaarden op te pakken met het doel om deze te concretiseren, in afstemming met de partijen die in de NPPZ II-Stuurgroep vertegenwoordigd zijn. Daarnaast is het van belang dat de voortgang van Transitie Consultatie binnen NPPZ II geborgd is. Het is een goede zaak dat voor de voortgang van Transitie Consultatie een apart project binnen het werkpakket 'Versterken Samenwerking' ingericht is binnen het NPPZ II.

Bijlagen

B1 Samenwerkingsovereenkomst

Ondergetekenden:

1. **STICHTING PZNL**, een stichting, statutair gevestigd te Utrecht aan het Godebaldkwartier 419 (3511 DT), ingeschreven in het handelsregister van de Kamer van Koophandel onder nummer 53442075, te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer R.G.H. van Dam, bestuurder, hierna te noemen 'PZNL';

en

2. **Netwerk Palliatieve Zorg [naam]**, [adres], te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door [penvoerder], hierna te noemen de [...]

en

3. [eventuele derde partij]

hierna gezamenlijk ook aan te duiden als Partijen en afzonderlijk als Partij;

Nemen het volgende in aanmerking:

- Netwerken Palliatieve Zorg bevorderen interdisciplinaire en transmurale samenwerking ten behoeve van adequate en continue zorg voor de inwoners van het netwerkgebied die palliatieve zorg nodig hebben (netwerkzorg);
- PZNL ontvangt een subsidie van het ministerie van VWS om de consultatieve beschikbaarheid van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners te faciliteren, momenteel vormgegeven door middel van een 7x24 uur telefonische beschikbaarheid;
- Netwerken Palliatieve Zorg en PZNL nemen samen het initiatief tot doorontwikkeling van deze consultatievoorziening, omdat zij hiervoor diverse verbetermogelijkheden zien;
- Deze doorontwikkeling is gericht op een meer passende en proactieve werkwijze van de (consultatieve) inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener in de netwerkregio, in netwerkzorg, inclusief de bekostiging ervan;
- Partijen willen deze werkwijze gezamenlijk ontwikkelen via een zogenaamde pilot;
- Partijen willen de voorwaarden van de samenwerking vastleggen in deze samenwerkings-overeenkomst (de "Overeenkomst");

En zijn overeengekomen als volgt:

1. Partijen zijn bereid samen te werken aan de pilot die globaal de volgende aanpak kent
 - a. In kaart brengen huidige, regionale situatie van de (consultatieve) inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener;
 - b. Bepalen van de gewenste werkwijze van de pro-actieve (consultatieve) inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener;
 - c. Het maken van een verschillenanalyse tussen de huidige en de gewenste situatie voor wat betreft werkwijze, bekostiging en procesinrichting;
 - d. Maken van een plan van aanpak voor de implementatie van de nieuwe werkwijze ten aanzien van onder andere bekostiging en procesinrichting;
 - e. Het implementeren, realiseren van de nieuwe werkwijze;
 - f. Het beëindigen of aanpassen van de door PZNL gefaciliteerde consultatievoorziening;
 - g. Het evalueren van de resultaten van de samenwerking in de pilot.

2. Partijen komen overeen dat het eindproduct van de pilot is:
 - a. Een regionaal door Netwerk(en) Palliatieve Zorg gedragen,
 - b. (ver)nieuw(d)e werkwijze van de (consultatieve) inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener waardoor (groepen) patiënten adequate en continue palliatieve zorg ontvangen zoveel mogelijk conform de essenties van het Kwaliteitskader en
 - c. met passende bekostiging in het huidige stelsel van wetten en regels en in de context van ontwikkelingen binnen VWS/NZa/ZiNL.
3. Hiervoor stelt [naam NPZ] een regionale projectgroep samen bestaande uit in ieder geval vertegenwoordigers van de belangrijk(st)e aanbieders / werkgevers van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, een vertegenwoordiging van het huidige regionale consultatieteam voor de telefonische bereikbaarheid en de regionale zorgverzekeraar. Ook wijst [naam NPZ] een projectleider voor de pilot aan. Deze projectleider zit onder andere de regionale projectgroep voor.
4. Hiervoor levert PZNL de inzet van de vaste regioadviseur, projectadviseur(s) en een bekostigingsexpert. De regioadviseur ondersteunt de projectleider van de regionale projectgroep. Ook zorgt de regioadviseur - via de projectgroep binnen PZNL die het geheel van de doorontwikkeling van de consultatievoorziening en de pilots begeleidt - voor verbinding met de andere pilots.
5. Naast inzet van de regioadviseur, projectadviseur(s) en de bekostigingsexpert stelt PZNL een eenmalige financiële tegemoetkoming van [maximaal 20.000 euro] beschikbaar ter ondersteuning van de gemoeide projectkosten. Het betreft een eenmalige tegemoetkoming ongeacht de (uiteindelijke) looptijd van de pilot. De voorwaarden voor deze financiële tegemoetkoming aan het netwerk zijn:
 - a) de inspanningsverplichting om het overeengekomen eindproduct van de pilot te realiseren (conform artikel 2),
 - b) het aanstellen van een regionale projectleider (conform artikel 3) en
 - c) het zorgdragen voor aanvullende financiering die nodig is voor adequate uitvoering van het plan van aanpak voor de pilot. Het afgesproken bedrag kan in twee delen worden gefactureerd; aan het einde van de vierde maand na start van de pilot en aan het einde van negende maand.
6. Tot het eindproduct is gerealiseerd, blijft PZNL de 7x24 uur telefonische consultatiebeschikbaarheid faciliteren en bekostigen. Dit kan ook gedeeltelijk dan wel in aangepaste vorm zijn, mede afhankelijk van welke onderdelen van het eindproduct zijn gerealiseerd en in welke mate.
7. Partijen stemmen in met het delen van de kennis en ervaringen opgedaan in de pilot met andere Netwerken Palliatieve Zorg en consultatieteams door deze kennis centraal bij PZNL te verzamelen en vanuit PZNL beschikbaar te stellen.
8. Partijen zijn bereid mee te werken aan activiteiten door PZNL geïnitieerd om inzichten uit de pilots landelijk te agenderen of te verankeren.
9. De overeenkomst is vooreerst voor negen maanden en gaat in per [datum]. De looptijd van negen maanden is bij start de geschatte benodigde looptijd van de pilot; deze wordt gedurende de looptijd van de pilot gemonitord, geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.
10. Partijen zijn ieder verantwoordelijk en aansprakelijk voor hun eigen handelen, gedurende de pilot en hanteren de richtlijnen en protocollen Palliatieve zorg en het Kwaliteitskader als uitgangspunt voor kwalitatief goede palliatieve zorg. Er geldt voor tekortkomingen die voortvloeien uit deze Overeenkomst geen beperking van aansprakelijkheid, tenzij anders schriftelijk wordt overeengekomen.
11. Partijen kunnen deze Overeenkomst schriftelijk opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.
12. Door ondertekening van deze Overeenkomst vervallen alle voorgaande afspraken die Partijen hetzij mondeling, hetzij schriftelijk, met elkaar hebben gesloten met betrekking tot het onderwerp van deze Overeenkomst.
13. Op deze Overeenkomst is Nederlands recht van toepassing. In geval van een geschil tussen Partijen, zullen Partijen trachten in onderling overleg tot een oplossing te komen. Mochten zij daarin niet slagen, dan zal de meest gereede Partij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter te Midden-Nederland.

Aldus in tweevoud opgemaakt en overeengekomen,

Door: Stichting PZNL
namens onderstaande partners in het project
Naam: R.G.H. van Dam
Functie: bestuurder
Datum:
Te: Utrecht

Door: Netwerk Palliatieve Zorg [naam]
Naam: [Penvoeder]
Functie:
Datum:
Te:

Door: [eventueel derde partij]
Naam:

Functie:
Datum:
Te:

Partners in het project: [organisaties noemen die vertegenwoordigd zijn in het project]

Naam organisatie: _____

Vertegenwoordigd door: _____

Naam organisatie: _____

Vertegenwoordigd door: _____

Naam organisatie: _____

Vertegenwoordigd door: _____

Naam organisatie: _____

Vertegenwoordigd door: _____

Naam organisatie: _____

Vertegenwoordigd door: _____

Naam organisatie: _____

Vertegenwoordigd door: _____

B2 Beschrijving van de pilotregio's

De gedeelde doelstelling is een regionaal door Netwerk(en) Palliatieve Zorg gedragen, (ver)nieuw(d) e werkwijze van de (consultatieve) inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener. Zodat (groepen) patiënten adequate en continue palliatieve zorg ontvangen conform de essenties van het Kwaliteitskader. Alles met passende financiering in het huidige stelsel van wetten en regels en in de context van ontwikkelingen binnen VWS/NZa/ZiNL.

Iedere pilotregio is met bovenstaande doelstelling op een eigen wijze aan de slag gegaan passend bij de ontwikkelingen. Hieronder wordt per regio beschreven wat de specifieke doelstelling(en) zijn, als ook de doelgroep(en), de partners in het project en wie de preferente zorgverzekeraar is.

Arnhem / De Liemers

Doel:

- Er is regiovisie en duidelijkheid over de gebruikte termen consultatie en inzet gespecialiseerde palliatieve zorg.
- Er worden regionaal afspraken gemaakt tussen de zorgaanbieders die gespecialiseerde palliatieve zorg leveren over hoe zij "hun" specialisten gaan inzetten ten behoeve van kwaliteit en continuïteit én er worden procesafspraken gemaakt over de taken en verantwoordelijkheden in het proces van toekomstige zorgplanning palliatieve zorg. Welke partij kan welke zorg leveren en door wie?
- Zij dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de populatie patiënten in de regio die palliatieve zorg nodig heeft.
- Zij onderhandelen gezamenlijk met de zorgverzekeraar over de bekostiging van de te leveren zorg en rapporteren daarover ook in gezamenlijkheid. Er wordt gestreefd naar een efficiënte manier van samenwerken als het gaat om bekostiging, verslaglegging en roostering.
- Verankering van de (consultatieve) inzet van de specialist palliatieve zorg, toekomstige zorgplanning en de financiering hiervan wordt vastgelegd in Regionale Samenwerkings Afspraken (en idealiter in een transmurale werkorganisatie palliatieve zorg).

Doelgroep: Kwetsbare patiënten.

Partners: Rijnstate Ziekenhuis, STMG, Santé Partners, Onze Huisartsen

Zorgverzekeraar: Menzis

Noord-Kennemerland / Kop van Noord-Holland

Doel:

Primair: het lanceren van een transmuraal team palliatieve zorg dat telefonisch geconsulteerd kan worden door collega-zorgverleners. Daarna zien we mogelijkheden om het team meer 'op te tuigen' door bijvoorbeeld structureel een rol te spelen bij deskundigheids- en bewustzijnsbevordering.

Doelgroep: De focus ligt op kwetsbare ouderen.

Partners: Hospice Alkmaar, ziekenhuis NWZ, 2 VVT organisaties (Omring en Eveen) en 2 huisartsenverenigingen (HKN, HONK)

Zorgverzekeraar: VGZ

Roosendaal-Bergen op Zoom-Tholen

Doel:

De levenskwaliteit van palliatieve zorgvragers in de laatste levensfase optimaliseren door ondersteunende en adviserende activiteiten op multidimensionaal vlak (lichamelijk, psychisch, sociaal en/of levensbeschouwelijk) aan de zorgvrager en diens naaste(n). Onderdeel hiervan is het zorgdragen voor coördinatie en continuïteit, denkend aan inzet en verbinden van formele en informele zorg.

Partners: Bravis, Groenhuysen, Tante Louise, Thebe, TWB, SVRZ, Avoord

Doelgroep: alle patiënten met een complexe zorgsituatie (meerdere zorgverleners betrokken en /of overbelaste mantelzorg)

Zorgverzekeraar: CZ, VGZ

Rotterdam

Doel:

1. Een business-case ontwikkelen met een kosteneffectieve inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners; werkzaam in de regio (zowel werkzaam binnen het huidige CPT als andere manieren van inzet) om kwalitatief de beste zorg/comfort/gemak voor de patiënt en naasten aan te tonen.
2. Door deelname aan de pilot komen de juiste tools voor de te voeren inkoopgesprekken voor 2023 beschikbaar. Verschillen worden blootgelegd zodat een eenduidige inkoop en financiering wordt verkregen met een zo groot mogelijk draagvlak.
 - a. R&o-niveau afspraken gemaakt tussen de zorgaanbieders die palliatieve zorg leveren over hoe zij 'hun' specialisten gaan inzetten ten behoeve van kwaliteit en continuïteit.
 - b. NPZR&o dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de populatie patiënten in de NPZ R&o-regio die palliatieve zorg nodig heeft.
 - c. NPZR&o onderhandelen gezamenlijk met de zorgverzekeraar over de bekostiging van de te leveren zorg en rapporteren daarover ook in gezamenlijkheid.

Doelgroep: Huidige CPT (contract met PZNL) en de andere in PZ gespecialiseerde zorgverleners werkzaam in alle sectoren (ziekenhuizen en VVT), zorgverkopers (in eerste instantie van Conforte partijen dus VVT), leden van het NPZ R&o.

Partners: Primair Aafje, Laurens, Leliezorggroep, de Zellingen: verenigd in Conforte en medeondertekenaar van de overeenkomst voor de pilot met PZNL. Daarnaast Ikazia ziekenhuis, Maasstadziekenhuis, 3 huisartsenpraktijken vanwege inzet van de consultants in het huidige CPT team PZNL. In een 2^e schil de overige 3 ziekenhuizen, borging via lidmaatschap NPZ R&o.

Zorgverzekeraar: 50% Zilveren Kruis, 25% VGZ, Overig is CZ, DSW en Menzis.

Salland

Doel:

Uit de impasse komen van het consultatieteam, dat onvoldoende geconsulteerd wordt.

De mankracht – specialisten - die we hebben, op een juiste manier in zetten en waar nodig uitbreiden.

Doelgroep: Inwoners van Salland die zich in de palliatieve levensfase bevinden.

Partners: Netwerkleiden (16 organisaties), specialisten, palliatieve zorg verpleegkundigen, experts palliatieve zorg.

Zorgverzekeraar: Eno

Zuid-Gelderland

Doel:

Inrichten transmuraal zorgpad waarbij raadplegen en inzet van specialistische zorg 24/7 is geborgd.

Doelgroep:

Mensen in de palliatieve fase van hun leven (breed) in aansluiting op bestaande trajecten (hartfalen-zorg thuis, kwetsbare ouderen, zorg in dementieketen en longzorg in de regio).

Partners: CWZ, Hospice de Brug en Thuis waken Maas en Waal, VPTZ Rijk van Nijmegen, Kalorama, TVN zorgt, Zorggroep Maas en Waal, huisartsenpraktijk Veldhoven, Radboud UMC PPP, NEO huisartsenzorg, Stichting Luciver, 's Heerenloo, HAN /VDO, Hospice en VPTZ thuis waken, Hospice Huis Wilma, cliënten vertegenwoordiging

Zorgverzekeraar: Menzis

Zuid-Hollandse Eilanden

Doel:

Het doel van de pilot is om de consultatievoorziening palliatieve zorg door te ontwikkelen, om voor iedereen te komen tot passende inzet van zorg, zodat iedereen kan sterven op de wijze en locatie naar wens.

Doelgroep: Doelgroep qua patiënten is breed: alle palliatieve patiënten in de regio Zuid Hollandse Eilanden.

Partners: CuraMare, Zorgwaard en Careyn (naast alle andere partners in de 3 Netwerken op de 3 eilanden)

Zorgverzekeraar: CZ

Zuid-Kennemerland / Meerlanden

Doel:

In de gewenste situatie werken de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners samen vanuit een transmuraal expertiseteam palliatieve zorg. De generalistische zorgverlener kan desgewenst in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners inschakelen, die kunnen meedenken, mee beoordelen en mee behandelen.

Doelgroep: Patiënten waarbij de SQ negatief wordt beantwoord

Partners: huisarts, VVT ZorgBalansgroep, hospice Bardo, ziekenhuis Spaarne Gasthuis

Zorgverzekeraar: Zilveren Kruis en Zorg&Zekerheid

B3 Tijdspad, rollen en tools

Tijdspad 2022



Rollen

1. Projectleider is verantwoordelijk voor het samenstellen regionale projectgroep
2. PZNL-regioadviseur begeleidt en ondersteunt de regionale projectleider met advies en formats
3. PZNL ondersteunt met data, monitort en zorgt voor uitwisseling tussen de pilots
4. PZNL-bekostigingsexpert bereidt samen met de regionale zorgverkopers de businesscase voor
5. PZNL-bekostigingsexpert zorgt voor landelijke financiële kaders, werkgroepen met de zorgverzekeraars en NZa/VWS/ZINL

Tools

1. Samenwerkingsovereenkomst, commitment en governance op inzet in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener
2. Regioplaat specialistische inzet in relatie tot regio (demografie, aanbod, zorggebruik, kosten, etc.)
 - a. PZNL levert cijfers aan
 - b. Aangevuld door regio
3. Missie en visie op toekomstbestendige inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners regionaal bepalen en beschrijven.

B4 ESH-Model

Format voor pilot: Transitie Consultatie

Versie 7-2-22

Auteurs: Marianne Klinkenberg en Hetty Kazimier | adviseurs PZNL

Hoofdstuk 1. Inleiding

De bredere inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners vraagt van Netwerken een visie op netwerkzorg. We hebben in 2020 het Regenboogmodel van Valentijn omarmd. We hebben de netwerkcoördinatoren en bestuurders aangegeven dat dit een behulpzaam model is.

Een zorgnetwerk is een gecoördineerde manier van samenwerken van een groep zorgaanbieders om de gezondheidsuitkomsten van een (deel)populatie te verbeteren. De zorgaanbieders zijn daarbij bereid gezamenlijk risico te dragen voor het wel of niet realiseren van kwaliteit en kosten van zorg. Als afgeleide hiervan zeggen wij in onze boodschap over de Transitie Consultatie dat meedoen aan de pilots het volgende van Netwerken vraagt:

- Er worden regionaal afspraken gemaakt tussen de zorgaanbieders die gespecialiseerde palliatieve zorg leveren over hoe zij 'hun' specialisten gaan inzetten ten behoeve van kwaliteit en continuïteit.
- Zij dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de populatie patiënten in de regio die palliatieve zorg nodig hebben.
- Zij onderhandelen gezamenlijk met de zorgverzekeraar over de bekostiging van de te leveren zorg en rapporteren daarover ook in gezamenlijkheid.

Om pilotregio's te helpen bij het maken van een goed onderbouwde kosteneffectieve inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener vind je in dit format het stappenplan en tools die daarbij helpen.

Hoofdstuk 2. Beschrijven hoe de regio eruitziet

Stap 1.

Geef aan de hand van [deze Excel](#) een korte beschrijving van de regio: demografie, aantal ziekenhuizen, zorgkosten, aantal Netwerken, aantal consultatieteams, schaalgrootte, andere bijzonderheden.

Stap 2.

Beschrijf missie en visie van de regio/het Netwerk op inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners in het Netwerk/de regio. En beschrijf de motivatie om mee te doen. etc.

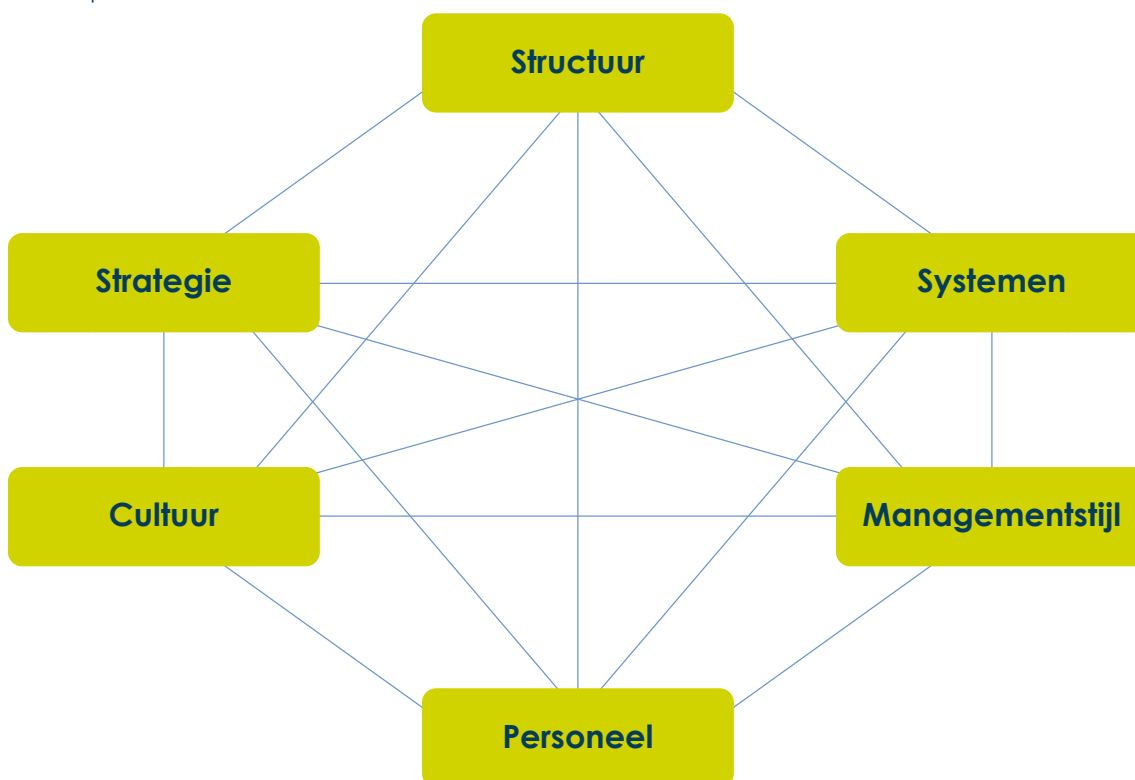
Missie: _____

Visie: _____

Stap 3.

Breng de huidige structuur en werkwijze in kaart aan de hand van het ESH-model

Onderstaand figuur is het ESH-model gepresenteerd (Weggeman (2000)). ESH staat voor: Evenwicht, Samenhang en Heterogeniteit. Wanneer in één van de elementen verandering optreedt, zal dat ook gevolgen hebben voor de andere vijf elementen. Het ESH-model is zowel een diagnostisch als een ontwerpmodel.



Bij het organiseren van passende inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener gaat het om de beantwoording van twee vragen:

1. Hoe kan de inzet van de (consultatie) van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener als extra advies of ondersteuning passend bij de regio beter verankerd worden?
2. En hoe kan de financiering daarvan geregeld worden?

In de pilot brengen we aan de hand van het ESH-model de huidige en wenselijke situatie in kaart. Om vervolgens vandaaruit op de verschillende onderdelen te kijken hoe de veranderafstand tussen huidige en wenselijk te overbruggen.

Aanpak: Breng in onderstaande tabel de bevindingen op de huidige situatie van inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener in de regio in beeld. Het ESH-model is heel breed in te vullen. Een handvat voor het invullen is de opdracht, namelijk: Van reactieve naar proactieve inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener binnen netwerkzorg en het regelen van de passende financiering daarvan.

Daarbij ligt de focus op:

- Huidige inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners
- Huidige onderliggende samenwerkingsverbanden
- Hoe wordt daarop in huidige situatie gestuurd?
- Waar ligt eigenaarschap in de regio/ het Netwerk?
- Huidige cultuur, etc.
- Wie bekostigt wat in de huidige situatie en waarom?

Factoren	Bevindingen
<p>Strategie: Beschrijf de huidige manier waarop (vooraf-gestelde) doelen in het kader van inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener bereikt worden. Voeg jaarplannen, strategieplannen, etc. bij.</p>	
<p>Managementstijl: Beschrijf kenmerkende gedragspatronen van het management/werkgevers van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners binnen het Netwerk op alle niveaus. Vragen waar je aan kunt denken zijn: Verkopen de werkgevers hun in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners op Netwerkniveau? Nemen de bestuurders de juiste rol? Pakt de netwerkcoördinator de juiste rol?</p>	
<p>Systemen: Beschrijf regels en procedures waarmee het huidige functioneren van de inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener binnen het Netwerk wordt gestuurd en geregeld. Denk aan ICT-toepassingen waarmee zorgverleners transmuraal gegevens kunnen uitwisselen, inclusief hun beperkingen.</p>	
<p>Personeel: Beschrijf de stand van zaken van generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners (kwalitatief en kwantitatief). Hoe complex is de zorg en wat is er dus nodig? Wat is niveau van de generalist? Zijn er voldoende specialisten? Wordt er voldoende en tijdig geraadpleegd? Zit er coördinatie op?</p>	
<p>Cultuur: Beschrijf gemeenschappelijke waarden en normen binnen de regio/het Netwerk en de daaruit voortvloeiende manieren van doen.</p>	
<p>Structuur: Beschrijf de taak-, verantwoordelijkheids- en bevoegdheidsverdeling, de coördinatie en de bekostiging daarvan. Denk aan Netwerk-governance, de rol en verantwoording van het bestuur en de netwerkcoördinator.</p>	

Stap 4.

Conclusie op basis van de inventarisatie en de items in het ESH-model

Hoofdstuk 3. Wenselijke situatie

In het eerste hoofdstuk is vanuit verschillende knelpunten, bronnen en gesprekken de huidige situatie geschetst en zijn in de conclusie aanbevelingen voor verandering gedaan. In dit hoofdstuk wordt de gewenste situatie beschreven.

Stap 1.

Beschrijf in hoofdlijnen de wenselijke situatie voor wat betreft de inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener.

Stap 2.

Geef aan de hand van het ESH-model per onderdeel aan wat wenselijk is.

Factoren	Bevindingen
Strategie: Beschrijf de wenselijke manier waarop (vooraf-gestelde) doelen, in het kader van inzet in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners bereikt worden.	
Managementstijl: Beschrijf de wenselijke kenmerkende gedragspatronen van het management/werkgevers van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener binnen het Netwerk op alle niveaus.	
Systemen: Beschrijf de wenselijke regels en procedures waarmee het functioneren van de inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener, binnen het Netwerk wordt gestuurd en geregeld.	
Personeel: Beschrijf de wenselijke stand van zaken van generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners (kwalitatief en kwantitatief). Hoe complex is de wenselijke zorg en wat is er dus nodig? Wat is het wenselijke niveau van de generalist? Wat is het wenselijke aantal specialisten? Hoe worden ze voldoende en tijdig geraadpleegd in de wenselijke situatie? In welke vorm? (Denk bijvoorbeeld aan casemanagement/ coachende rol, Zie ook goede voorbeelden van TapaS). Welke wenselijke coördinatie en hoe?	
Cultuur: Beschrijf de wenselijke gemeenschappelijke waarden en normen binnen de regio/het Netwerk en de daaruit voortvloeiende manieren van doen.	
Structuur: Beschrijf de wenselijke taak-, verantwoordelijkheids- en bevoegdheidsverdeling, de coördinatie en de compensatie daarvan.	

Stap 3.

Conclusie

In de beschrijving van de gewenste situatie wordt gefocust op passende inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener. De juiste inzet en passende bekostiging kan een belangrijke bijdrage leveren aan de optimale zorg op maat voor alle palliatieve patiënten. Dit zorgt voor een concreet handvat in de verdere doorontwikkeling van palliatieve zorg. In de volgende hoofdstukken wordt de impact van de verbreding van de inzet verder uitgewerkt.

Hoofdstuk 4 De impact van de verandering

Tussen de huidige situatie en de gewenste situatie van de passende inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener voor extra advies of ondersteuning zit een groot/ klein verschil. Om inzichtelijk te maken wat er zal moeten veranderen, wordt gebruik gemaakt van de COPAFIJTHER-analyse.

4.1 COPAFIJTHER-analyse

COPAFIJTHER is een acroniem binnen de bedrijfsvoering waarmee alle relevante bedrijfselementen gebundeld zijn. In de voorbereiding van de verandering worden alle elementen bekeken.

COPAFIJTHER Aspect	Verandering
Communicatie	
Organisatie	
Personeel	
Administratieve organisatie	
Financiën (zorgkosten en implementatiekosten)	
Informatie	
Juridisch	
Techniek	
Huisvesting	
Emotie	
Risico's	

4.2 Conclusie

Aan de hand van de COPAFIJTHER-analyse zijn alle relevante bedrijfselementen bekeken. Voor de verdere ontwikkeling van palliatieve zorg en de implementatie van passende inzet en vergoeding, zijn de nodige veranderingen noodzakelijk. Alvorens concreet aan de slag te kunnen gaan met de verschillende elementen, wordt door de werkgroep een ontwerp gemaakt van de passende inzet in de regio. In het volgende hoofdstuk is dit ontwerp weergegeven en toegelicht.

Hoofdstuk 5. Het ontwerp

In de voorgaande hoofdstukken is de weg geschetst naar de keuze voor het ontwikkelen van passende inzet en bekostiging van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener. Met behulp van de passende inzet kan de kwaliteit en continuïteit in de palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener gegarandeerd en gewaarborgd worden. De gespecialiseerde zorgverleners vormen een platform voor specialistische en complexe palliatieve zorgvragen en richten zich daarnaast op de verdere ontwikkeling van palliatieve zorg en deskundigheidsbevordering. In dit hoofdstuk wordt hier een eerste ontwerp van geschetst.

5.1 Mogelijkheden en schets

5.2 Visie en missie

5.3. Plan van aanpak

Hoofdstuk 6. Implementatieplan

Na de ontwerp- en voorbereidingsfase volgt de implementatiefase. In deze fase wordt de verandering procesmatig ingevoerd. Deze implementatie heeft een breed doel, namelijk dat de verandering is geïntegreerd in het beroepsmatig handelen en in het functioneren van het Netwerk. Een aanpak voor succesvolle implementatie van de passende wenselijke inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners en optimale palliatieve zorg wordt in dit hoofdstuk weergegeven.

6.1 Implementatieplanning

In het opstellen van het implementatieplan is wederom COPAFIJTHER een hulpmiddel. Op basis van de eerder beschreven COPAFIJTHER-analyse zijn verschillende bedrijfselementen in kaart gebracht. Conform de planning dient het implementatieplan te worden uitgevoerd en de voortgang dient te worden gemonitord. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn: regelmatig overleg tussen alle betrokkenen, aandacht hebben voor de samenhang van de verschillende activiteiten, mijlpalen zichtbaar maken voor alle betrokkenen en maximale openheid over voortgang en eventuele problemen. De velden 'Door wie?' en 'Wanneer gereed?' dienen waar mogelijk ingevuld te worden.

COPAFIJTHER Aspect	Implementatieactiviteit	Door wie?	Wanneer gereed?
Communicatie			
Organisatie			
Personeel			
Administratieve organisatie			
Financiën			
Informatie			
Juridisch			
Techniek			
Huisvesting			
Emotie			
Risico's			

6.2 Weerstand

In het veranderproces kan weerstand een belangrijke rol spelen. In de veranderingen op het gebied van palliatieve zorg en de implementatie van passende inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener is het van belang deze weerstand te herkennen en hier op een goede wijze mee om te gaan. Veranderen doe je immers samen.

6.3 Evaluatie

Na de implementatiefase volgt de fase van evaluatie. Hierin zal bekeken worden of de gewenste situatie bereikt wordt. Voldoen we aan de beschreven missie en visie?

Bijlage 1.

Samenstelling werkgroep Transitie Consultatie in regio

Naam	Functie	Rol in de werkgroep

Andere intensief betrokkenen bij het veranderplan

Naam	Functie

Bijlage 2.

Opleidingen in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners noemen

Criteria opleiding en ervaring consulenten

BIG-geregistreerde artsen komen in aanmerking voor het consulentchap als zij werkzaam zijn binnen een functie/specialisme die raakt aan de palliatieve zorg en één van de volgende opleidingen hebben gevolgd:

- Kaderopleiding palliatieve zorg
- Cardiff Palliative Medicine (post-graduate)
- Cursus palliatieve zorg voor medisch specialisten

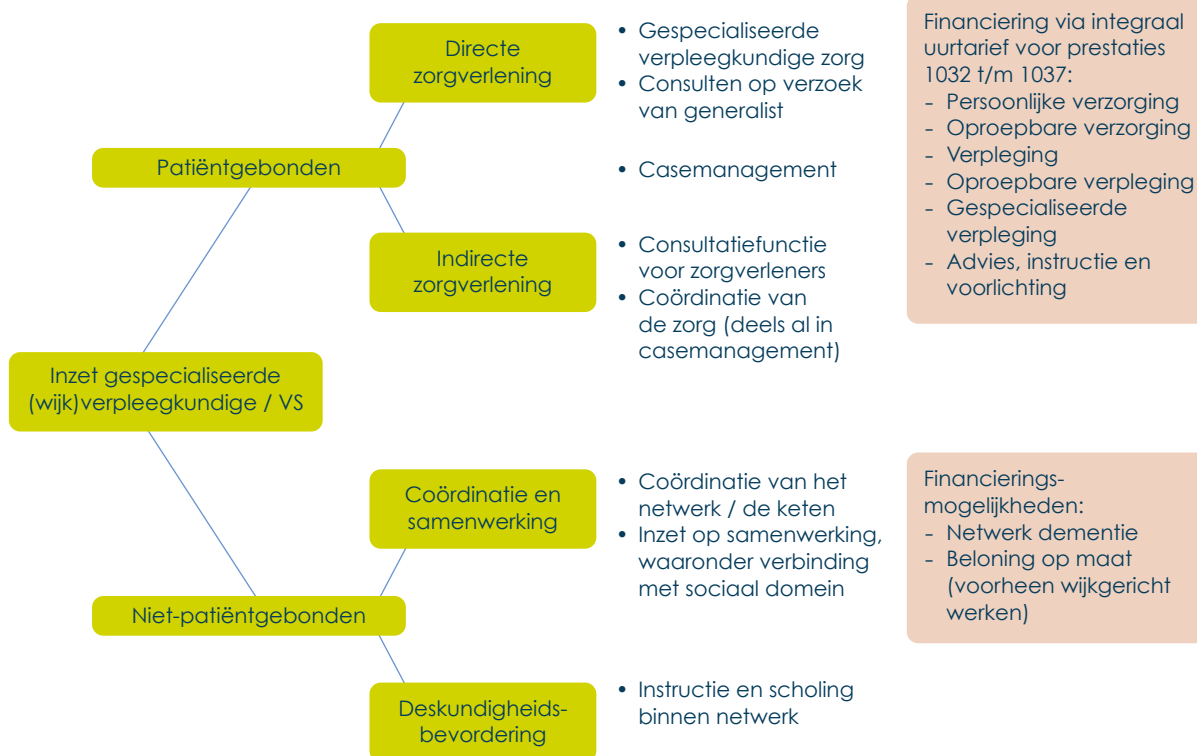
BIG-geregistreerde verpleegkundigen (HBO-werk- en -denkniveau) komen in aanmerking voor het consulentchap als zij werkzaam zijn binnen een functie/specialisme die raakt aan de palliatieve zorg en voldoen aan het Profiel Palliatieve Zorg Verpleegkundige (V&VN PZ | 2022). Dit profiel biedt een expliciete beschrijving van de specifieke kennis en vaardigheden van de palliatieve zorg verpleegkundige. Een erkende opleiding is noodzakelijk om als in de palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener (Kwaliteitskader palliatieve zorg NL, 2017) gekwalificeerd te kunnen worden. Beide zijn een voorwaarde voor de positionering van de verpleegkundige werkzaam in de meer complexe palliatieve zorg. Tot die tijd geldt het volgen van een (post) HBO-opleiding.

BIG-geregistreerde verpleegkundig specialisten (MSc) komen in aanmerking voor het consulentchap als zij werkzaam zijn binnen een functie/specialisme die raakt aan de palliatieve zorg en:

- de opleiding (MSc) in een palliatieve zorgsetting hebben gedaan of daar nu werkzaam in zijn
- als zij verpleegkundig specialist of physician assistant zijn die in een consultatieteam werken en de 8-daagse leergang voor v.s./pa hebben gevolgd.

Vanaf 2024 organiseert de V&VN v.s. palliatieve zorg visitatie door de eigen beroepsgroep.

B5 Patiëntgebonden en niet-patientgebonden financiering





Godebaldkwartier 419
3511 DT Utrecht
info@pzn.nl
pzn.nl

PZNL