

Transmurale samenwerking

Minder ziekenhuis- en ic-opnames

In samenwerking met andere zorgorganisaties passende zorg leveren aan patiënten in de palliatieve fase: in de ene regio gaat dat succesvol, terwijl andere regio's daar nog zoekende in zijn. Wat levert transmurale samenwerking nu op? Die vraag stond in het project TAPA\$ centraal.

Door A. Dijkhoorn, S. de Loos en N. Raijmakers

Hoe kun je transmurale samenwerking in de palliatieve zorg organiseren? En welke uitdagingen liggen er nog voor ons om dit op grotere schaal te realiseren? Het project TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende bekostiging (TAPA\$) nam zes koploperinitiatieven op het gebied van transmurale samenwerking onder de loep met o.a. deze vragen en leverde begin dit jaar het eindrapport op. Dat rapport concludeert dat transmurale samenwerking lonend is. Zo zien we bij mensen die transmurale palliatieve zorg ontvangen minder ziekenhuis- en ic-opnames dan bij een vergelijkbare groep zonder deze zorg. Ook sterft de patiënt vaker op de plek waar hij of zij dat wil. Patiënten en naasten ervaren daarmee een waardiger afscheid, terwijl de zorgkosten voor deze patiënten met transmurale palliatieve zorg niet stijgen.

De zes koploperinitiatieven op het gebied van transmurale samenwerking:

- Gewenste zorg in de laatste levensfase:
Netwerk palliatieve zorg Westelijke Mijnstreek
- Transmuraal zorgpad palliatieve zorg:
Netwerk palliatieve zorg Oost Veluwe
- Thuisconsult specialistische palliatieve zorg:
Netwerk palliatieve zorg Zuid Holland Noord
- Regionale samenwerkingsafspraken multidisciplinaire consultatie palliatieve zorg en transmurale samenwerkingsafspraken:
Netwerk palliatieve zorg Oss Uden Meierijstad
- PalliSupport, transmurale zorg voor ouderen:
Netwerk palliatieve zorg Gooi- & Vechtstreek
Netwerk palliatieve zorg Westfriesland
- Transmurale 1,5 lijns Palliatieve Zorgcoach
Netwerk palliatieve zorg regio Arnhem en de Liemers

Onderzoek naar de meerwaarde

In de wetenschap dat de behoefte aan zorg in de palliatieve fase toeneemt (bijvoorbeeld door vergrijzing), stonden vanuit het TAPA\$-project vragen centraal als: wat is de kwaliteit van transmurale palliatieve zorg en hoe kunnen we dit passend bekostigen? De basis van het project is een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van zes regionale koploperprojecten (TAPA\$-initiatieven) in transmurale palliatieve zorg. Het kwalitatieve onderzoek bestond uit interviews met de projectleiders en betrokkenen bij de zes projecten. Voor de kwantitatieve analyse zijn VEKTIS-verzekeringsdata van overledenen, die gezien zijn binnen de TAPA\$-initiatieven, vergeleken met een vergelijkbare controlegroep (gematched op geslacht, leeftijd, regio, jaar van overlijden en kankerdiagnose). Potentieel niet-passende zorg is gedefinieerd in zes indicatoren: meer dan één ziekenhuisopname; 14 dagen of langer opgenomen in het ziekenhuis; meer dan één SEH-opname; een opname op de ic; sterven in het ziekenhuis en chemotherapie ontvangen (alleen bij mensen met kanker). Deze indicatoren zijn gebaseerd op internationaal onderzoek. Daarnaast werd er een vergelijking gedaan tussen de potentieel niet-passende zorg bij alle overleden patiënten voor en na het starten van de zes TAPA\$-initiatieven.

Meer passende zorg

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

Duidelijke meerwaarde

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

Geen stijging in zorgkosten

De mediane gedeclareerde zorgkosten in de laatste 30 dagen voor overlijden van overledenen die gezien zijn in een TAPAS-initiatief (€ 6.449) zijn lager dan in de vergelijkbare controlegroep (€ 7.031). Ten opzichte van deze controlegroep zijn daarnaast de kosten voor medisch specialistische zorg lager en de kosten voor huisartsen en wijkverpleging hoger. De zorgkosten die gemaakt werden voor transmurale palliatieve zorg zijn nog niet zichtbaar in deze vergelijking.

Zeven basiselementen

De transmurale samenwerking loont dus, maar wat maakt dat in deze regio's succesvol samengewerkt wordt? Vanuit het project werd gekeken naar de organisatie en wijze van samenwerking, en daar werden zeven basiselementen uit geïdentificeerd. Zeven elementen die in vrijwel alle regio's werden toegepast. De elementen kunnen worden gezien als tandwielen: elementen die nauw met elkaar samenhangen en elkaar in beweging zetten.

De zeven basiselementen voor transmurale palliatieve zorg (zie figuur 1):

- Start van transmurale palliatieve zorg voor patiënt (identificatie): binnen de initiatieven is een duidelijk markeringspunt vastgelegd door een zorgverlener.
- Zorgcontact met patiënt (o.a. voor markering, proactieve zorg): de zorgbehoefte van de patiënt zijn duidelijk geïnventariseerd en besproken.
- Transmuraal multidisciplinair overleg: vanuit huisartsenzorg, medisch specialistische zorg en

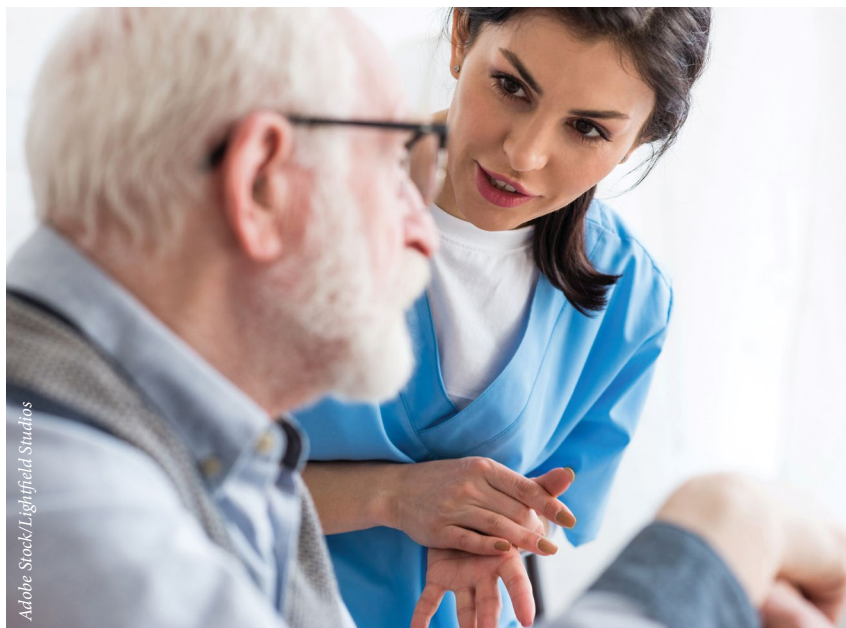
Toolkit

Op landelijk niveau is het nodig dat er duidelijke kaders komen rondom de bekostiging van transmurale palliatieve zorg. Dat hoeft regionale initiatieven echter niet in de weg te staan. PZNL heeft een toolkit ontwikkeld voor regio's, gebaseerd op de zes TAPAS-initiatieven. De toolkit neemt je mee door verschillende stappen in samenwerken, van het formuleren van een gezamenlijke ambitie tot het inrichten van een goede governancestructuur. De toolkit is te vinden op: palliaweb.nl/publicaties/toolkit-tapas-bekostiging-palliatieve-zorg.

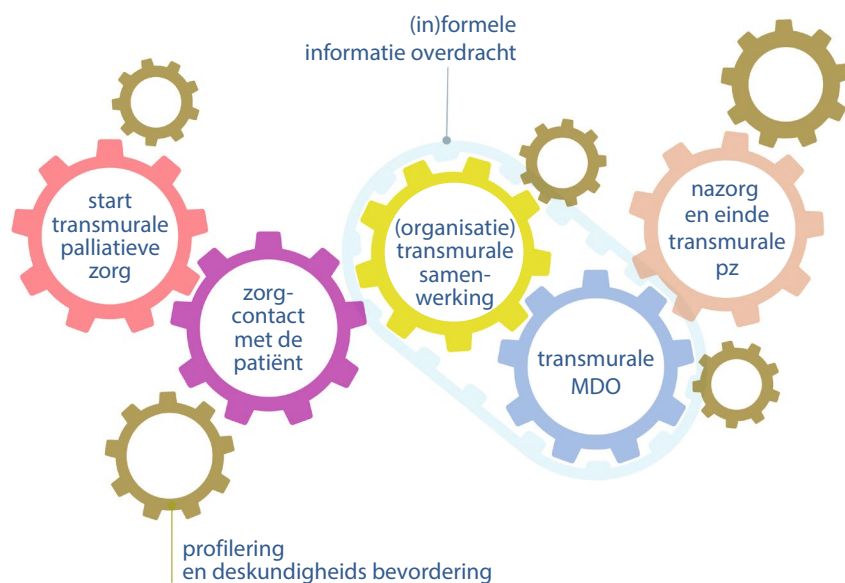
- verpleging vond een transmuraal MDO plaats.
- (Organisatie van) transmurale samenwerking tussen zorgverleners: zorgverleners hebben duidelijke afspraken met elkaar gemaakt.
- Informatie-overdracht tussen zorgverleners (formeel en informeel): bij die afspraken is ook vastgesteld via welke lijnen de zorgverleners elkaar informeren.
- Afsluiten transmurale palliatieve zorg voor patiënt en nazorg voor naasten: naast de patiënt was er in nazorg ook oog voor naasten.
- Profilering transmurale palliatieve zorg en deskundigheidsbevordering.

Bekostiging blijft complex

Binnen het TAPAS-project zijn vertegenwoordigers van de initiatieven geïnterviewd over de bekostiging. Palliatieve zorg moet 'over de schotten heen' gefinancierd worden. Organisaties uit eerste en



Figuur 1: Zeven basiselementen transmurale palliatieve zorg



tweede lijn werken samen, terwijl de financiering per organisatie individueel geregeld is. Ook komt de financiering vanuit verschillende geldstromen en deze blijken ook niet altijd toereikend. Dat maakt de bekostiging complex. Vanuit de TAPA\$-initiatieven zijn drie tijdelijke zorgprestaties voor de zorg die zij transmuraal vormgeven opgesteld om de bekostigingsmogelijkheden, waar nodig, aan te vullen. Dit in samenspraak met wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties van bij palliatieve zorg betrokken zorgprofessionals, betrokken branche- en koepelorganisaties en overheid. De NZa heeft hiervoor een beschikking afgegeven per 1 januari 2020. Tijdens het project is in drie van de zes TAPA\$-initiatieven transmurale palliatieve zorg ingekocht. Maar ook met die beschikking geven geïnterviewde betrokkenen onder zorgaanbieders en -verzekeraars aan dat zij het inkoopproces van de experimenteerprestaties en de reeds bestaande bekostigingsmogelijkheden als blijvend complex ervaren. Het blijft onduidelijk welk deel van de zorg in de transmurale samenwerking onder welke zorgprestatie valt en vanuit welk budget vergoeding moet komen. Succesvolle inkoop vraagt om draagvlak, gevoel van eigenaarschap en intrinsieke motivatie. Daar-

Anne-Floor Dijkhoorn en Natasja Raijmakers zijn onderzoeker, IKNL/PZNL. Sandra de Loos is senior adviseur palliatieve zorg, PZNL.

naast geven zowel zorgverzekeraars als projectleiders aan dat meer cijfermatige inzichten in de kwaliteit en kosten van transmurale zorginkoop helpen. Ook is het zinvol om een onafhankelijk procesbegeleider aan te stellen. Het helpt wanneer zorgverzekeraars tijdig betrokken zijn. Betrokken zorgverzekeraars binnen TAPA\$-initiatieven zochten naar mogelijkheden binnen hun eigen organisatie om bekostiging mogelijk te maken. Ook helpt het om een businesscase op te stellen, zodat inzichtelijk wordt waar en door wie zorg geleverd wordt. Om een businesscase op te stellen, is kennis van de verschillende sectoren nodig en meer cijfermatig inzicht in patiëntenpopulatie, effecten en kosten.

Daarnaast spelen in regio's afspraken tussen ziekenhuizen en regio's over de afbouw van zorg. Wanneer transmurale palliatieve zorg in die context wordt ingekocht, is het vaak makkelijker om afspraken te maken. Dat de betrokken partijen in de regio gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het behalen van de (financiële) doelstellingen wordt ook als ingewikkeld ervaren. Het wringt met bestaande (financiële) doelstellingen en belangen. Tot slot is het inkoopproces voor betrokkenen tijdrovend. Wisselingen onder betrokken functionarissen en verschuiving van prioriteiten, bijvoorbeeld gedurende de COVID-19-pandemie, zorgen voor een discontinuïteit, en daarmee vertraging, in het proces.

Werkagenda en meer inzichten

Transmurale palliatieve zorg werkt. Het geeft mensen in de palliatieve fase een waardiger afscheid, en zorg wordt passender geleverd. Dat kan door op regionaal niveau bestaande en regionale bekostigingsmogelijkheden te benutten. Op landelijk niveau is het van belang dat er een werkagenda komt, waarin wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties, branche- en koepelorganisaties en PZNL samen afspraken maken bij welke zorgaanbieders welk deel van transmurale palliatieve zorg kan worden ingekocht. Tot slot is het van belang om meer inzicht te krijgen in de palliatieve zorgbehoefte. PZNL werkt hier vanuit PALZON en IKNL aan door inzichten te genereren uit (wetenschappelijk) onderzoek. •