

Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen

Resultaten 2017



Wij maken ons hart voor
de beste palliatieve zorg.

COLOFON

● Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen | publicatie 2019

Auteurs:

Dr. Linda Brom, IKNL / PZNL

Drs. Manon Boddaert, IKNL / PZNL

Dr. Marianne Klinkerberg, IKNL / PZNL

Dr. Jeroen Hasselaar, Palliactief

Dr. Arianne Brinkman, Erasmus MC

Dr. Natasja Raijmakers, IKNL / PZNL

Communicatie: Renske Romeijn

Vormgeving: Marja van Vliet- Van Beek

Naar dit document kan als volgt verwezen worden:

PZNL. Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen 2019 (beschikbaar op www.palliaweb.nl).

Heeft u vragen naar aanleiding van deze uitgave dan kunt u contact opnemen met:

Linda Brom, onderzoeker palliatieve zorg: l.brom@iknl.nl



INLEIDING

Elk ziekenhuis in Nederland dat oncologische zorg wil bieden, moet sinds 2017 beschikken over een team palliatieve zorg. Dit is vastgesteld door de Stichting Oncologische Samenwerking in het zogenaamde SONCOS normeringrapport¹. Hierin staat opgenomen dat voor ieder ziekenhuis in Nederland:

“De zorginstelling dient te beschikken over een multidisciplinair team palliatieve zorg dat werkt volgens de richtlijnen palliatieve zorg.”

(www.pallialine.nl, 2017)

Daarnaast worden er kwaliteitseisen gesteld aan dit team over de samenstelling, de opleiding van de teamleden, consultatiemogelijkheden, frequentie en vorm van teamoverleg en de beschikbaarheid van het team voor de huisartsen.

¹Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS). Multidisciplinaire normering Oncologische Zorg in Nederland - SONCOS normeringsrapport versie 2 (2014). www.soncos.org

Om de ontwikkelingen van deze teams inzichtelijk te maken, wordt er sinds 2013 regelmatig een vragenlijst onder de teams palliatieve zorg in de ziekenhuizen uitgezet.

Dit was een initiatief van Leerhuizen Palliatieve Zorg, Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en Erasmus MC Rotterdam. De uitvraag is voortgezet door IKNL in samenwerking met het Erasmus MC Rotterdam en Palliactief, de Nederlandse vereniging voor professionele palliatieve zorg.

Het doel van deze vragenlijst is de stand van zaken van de teams palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen in kaart te brengen, te volgen en de ontwikkeling van deze teams inzichtelijk te maken.

Voor u ligt het rapport van de derde enquête over palliatieve zorg in de ziekenhuizen.

Dr. Linda Brom, IKNL / PZNL

Drs. Manon Boddaert, IKNL / PZNL

Dr. Marianne Klinkenberg, IKNL / PZNL

Dr. Jeroen Hasselaar, Palliactief

Dr. Arianne Brinkman, Erasmus MC

Dr. Natasja Raijmakers, IKNL / PZNL

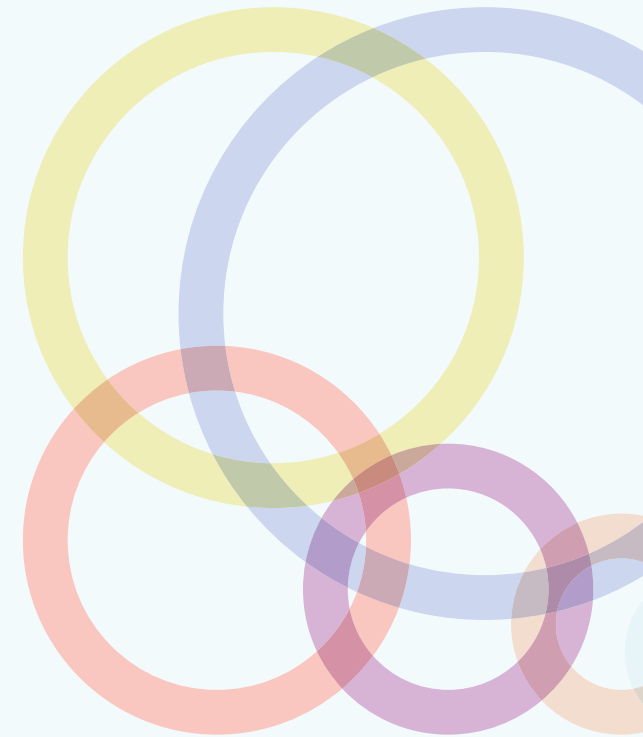
VOORWOORD

Zaterdagochtend, 8.30 uur. Net op het moment dat ik met mijn zoon in de auto stap, gaat de telefoon. Ik heb dienst en wordt doorverbonden met een huisarts. Zijn woorden getuigen van ervarenheid en betrokkenheid, maar in zijn stem klinkt wanhoop.

Hij introduceert een 26-jarige man met een osteosarcoom en onbehandelbare metastasen in botten, buik en longen. Recent is daardoor een inoperabele fractuur in de bovenarm ontstaan, waarbij de snel groeiende tumor inmiddels door de huid is heen gegroeid. De huisarts vertelt me dat hij dag en nacht bereikbaar is voor deze patiënt en dat hij vanmorgen om half zeven gebeld is, want de tumor lekte veel bloed en de pijn was ondragelijk. Samen met de echtgenote - met wie de patiënt twee weken geleden is getrouwd - heeft hij geprobeerd de wond te verzorgen. Ondanks hoge doses extra medicatie was het door de heftige pijn eigenlijk geen doen geweest. De onderhoudsmedicatie voor pijnstilling is in

de voorbije dagen al fors opgehoogd, en wordt voor de nacht gecombineerd met een slaapmiddel. Of ik adviezen heb voor betere pijnbestrijding en voor eventuele sedatie als dat nodig wordt.

Bij verdere verkenning blijkt de jonge man wisselend verward. Als hij helder is, zegt hij het liefst thuis te willen sterven. Hij ligt op bed, eet niet meer, drinkt steeds minder en ondanks medicatie slaapt hij slecht. Het lukt hem al enkele dagen niet meer om nog pillen in te nemen. We bespreken de heftigheid van de situatie voor alle betrokkenen. Er is sprake van zeer ernstige zenuwpijn, die nu hij de pillen tegen zenuwpijn niet meer kan slikken, onvoldoende reageert op de hoog gedoseerde morfine. Een behandeling met ketamine is de enige resterende mogelijkheid om zodanig verlichting te brengen dat hij thuis verzorgd kan blijven worden. Helaas is ketamine - in ieder geval in mijn eigen stad Rotterdam - nog steeds niet goed beschikbaar in de thuissituatie.

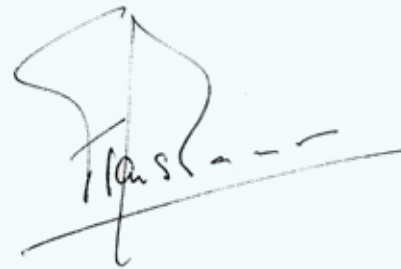


Bovendien is dan nog niet zeker dat dit voldoende werkzaam zal zijn.

Gezien de urgentie van de situatie heb ik het uitgebreide consult via de carkit in de auto verricht. Het ontlokt mijn zoon naast me de opmerking dat ketamine in het uitgaanscircuit voor een geringe vergoeding eenvoudig beschikbaar is voor thuisgebruik.

Ons lukt het niet om de ketamine voor medisch gebruik thuis geregeld te krijgen. Een opname in het ziekenhuis is onvermijdelijk om de situatie te verlichten. Pijnvrij (!) dankzij een injectie ketamine van de ambulanceverpleegkundige wordt de man diezelfde avond in de ambulance getild. Aangekomen in het academisch ziekenhuis moet men uiteindelijk nog alle moeite doen om de pijn te verminderen. Ketamine helpt onvoldoende en hij moet diep in slaap worden gebracht om rust te kunnen vinden. Met zijn familie om zich heen overlijdt hij de volgende dag.

Dit verhaal illustreert mijn ervaring dat het aantal zeer complexe thuissituaties groeit door de toenemende druk om iedereen thuis te verzorgen en thuis te laten sterven. Met (te) grote consequenties voor alle betrokkenen. Niet iedereen kán thuis sterven. Bij ernstige complexiteit lopen we het risico dat thuis sterven leidt tot 'slechte' palliatieve zorg. Om dat te voorkomen, zal het rondom de patiënt mogelijk moeten zijn om tussen thuis en ziekenhuis systematisch transmuraal samen te werken. Met de patiënt als vertrekpunt. Dat kan niet zonder een rol voor gespecialiseerde teams palliatieve zorg.



Frans PM Baar,
specialist ouderengeneeskunde en
consulent palliatieve zorg

Rotterdam, 31 augustus 2019



METHODE

Er is een vragenlijst uitgezet onder alle Nederlandse ziekenhuizen. Deze digitale vragenlijst is verspreid via een online tool (Survey Monkey). De vragenlijst is gebaseerd op eerdere uitvragen onder teams palliatieve zorg in de Nederlandse ziekenhuizen (ref rapport 2015 en 2013) en vastgesteld in samenwerking met Palliatief en het Erasmus MC Rotterdam.

Werving vond plaats via de regionale adviseurs palliatieve zorg van IKNL. Zij hebben hun contactpersonen in de ziekenhuizen uit hun werkregio benaderd. Teams palliatieve zorg (PZ) in de ziekenhuizen werden gevraagd de digitale vragenlijst in te vullen. De vragenlijst bevatte vragen die betrekking hadden op het jaar 2017. De dataverzameling vond plaats van maart tot en met mei 2018. Tijdens deze dataverzamelingsperiode is tweemaal een reminder verstuurd indien de vragenlijst nog niet was ingevuld.

RESPONS

In totaal zijn 79 ziekenhuizen (hoofdlocaties) benaderd om deel te nemen. Door fusies zijn er steeds minder ziekenhuizen in Nederland en bestaan deze uit samenwerkingsverbanden. In totaal hebben 63 ziekenhuizen de enquête ingevuld (respons 80%). Dit is gelijk aan de enquête van 2015 (respons 80%).

	2013	2015	2018
aantal ziekenhuizen benaderd (n)	92	92	79
vragenlijst ingevuld (n)	57	74	63
respons	62%	80%	80%
	↓	↓	↓
Universitair medisch centrum	11%	9%	13%
Topklinisch ziekenhuis	23%	31%	41%
Algemeen ziekenhuis	65%	58%	43%
Oncologisch ziekenhuis	2%	1%	3%

Van de 63 ziekenhuizen die de vragenlijst hebben ingevuld, gaven 62 ziekenhuizen aan een team palliatieve zorg te hebben in 2017, één ziekenhuis gaf aan dat team palliatieve zorg nog in oprichting was. De cijfers over de teams palliatieve zorg zijn gebaseerd op 62 teams.

benaderd: **79** ziekenhuizen
ingevuld: **63** ziekenhuizen
respons: 80%

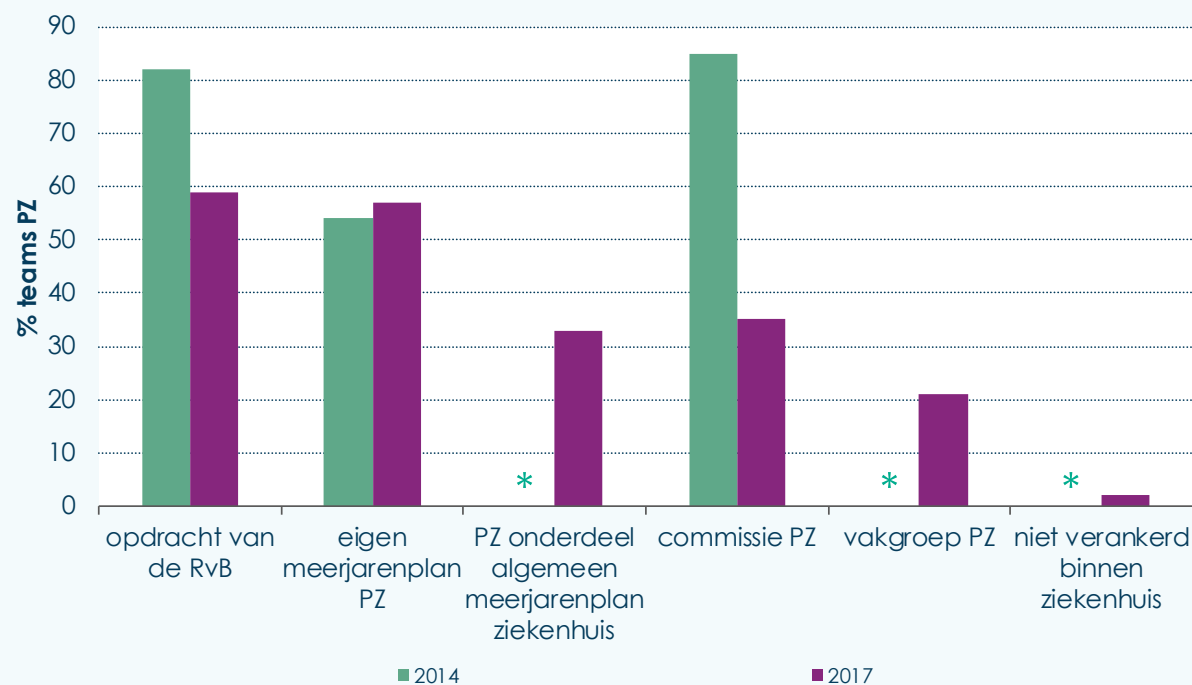
ALGEMENE RESULTATEN

BESTUUR, BELEID EN ORGANISATIE

In ruim de helft van de ziekenhuizen is palliatieve zorg verankerd door middel van een opdracht van de Raad van Bestuur (59%), is er een eigen meerjarenplan palliatieve zorg (57%) en/of is palliatieve zorg onderdeel van het algemeen meerjarenplan van het ziekenhuis (33%).

In 2015 had 82% van de deelnemende ziekenhuizen een opdracht van de Raad van Bestuur. Eén op de drie ziekenhuizen heeft ook een commissie palliatieve zorg (35%), in 2015 was dat 85%.

figuur Verankering van palliatieve zorg op beleidsniveau:



* geen data beschikbaar over 2014

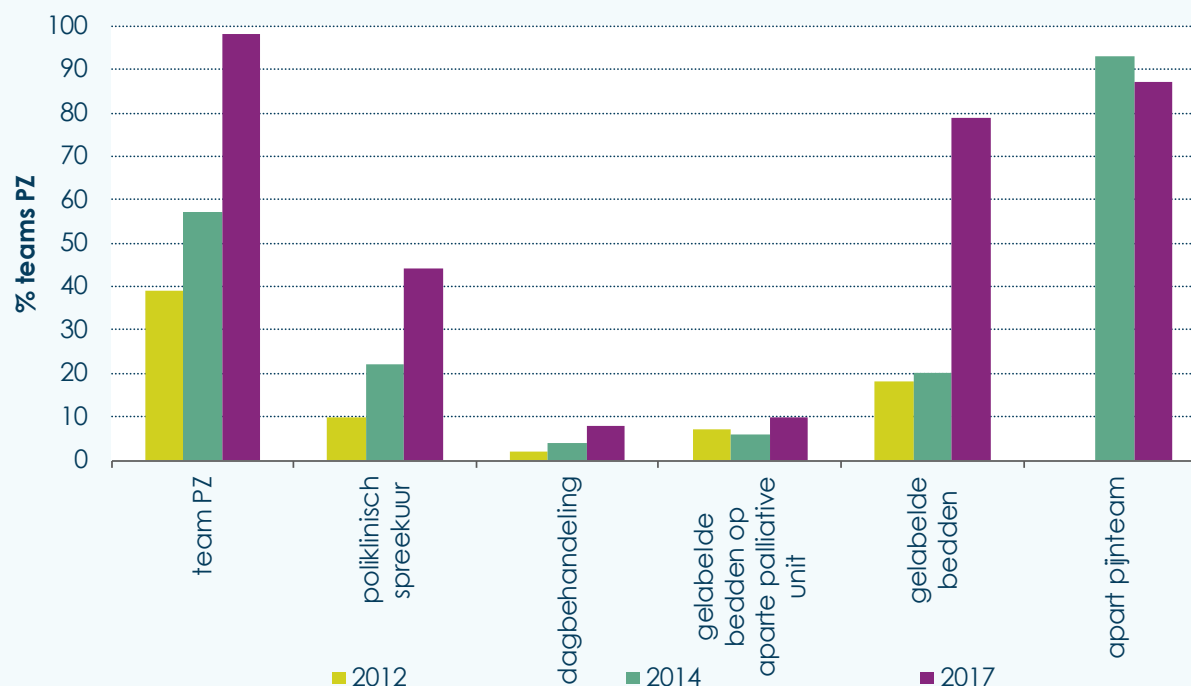
INBEDDING VAN PALLIATIEVE ZORG IN HET ZIEKENHUIS

Bijna alle ziekenhuizen geven aan een team PZ te hebben in 2017 (98%), voor één ziekenhuis was het team in oprichting. In 2014 gold dit voor iets meer dan de helft van de ziekenhuizen (57%). Uit de data blijkt een forse toename in het aantal ziekenhuizen dat bedden heeft die speciaal bestemd zijn voor palliatieve zorg (gelabelde bedden); van 20% in 2014 naar 79% in 2017, met een gemiddelde van vier gelabelde bedden voor palliatieve zorg per ziekenhuis (variërend van een tot 13 bedden). Ook is er sprake van een verdubbeling van het aantal ziekenhuizen met een poliklinisch spreekuur palliatieve zorg, van 22% in 2014 naar 44% in 2017. De aanwezigheid van een dagbehandeling palliatieve zorg is gestegen van 4% in 2014 naar tot 8% in 2017. Eén op de tien ziekenhuizen heeft een aparte palliatieve unit in het ziekenhuis beschikbaar.

87% van de ziekenhuizen heeft naast een team PZ een apart pijnteam, waar dat in 2015

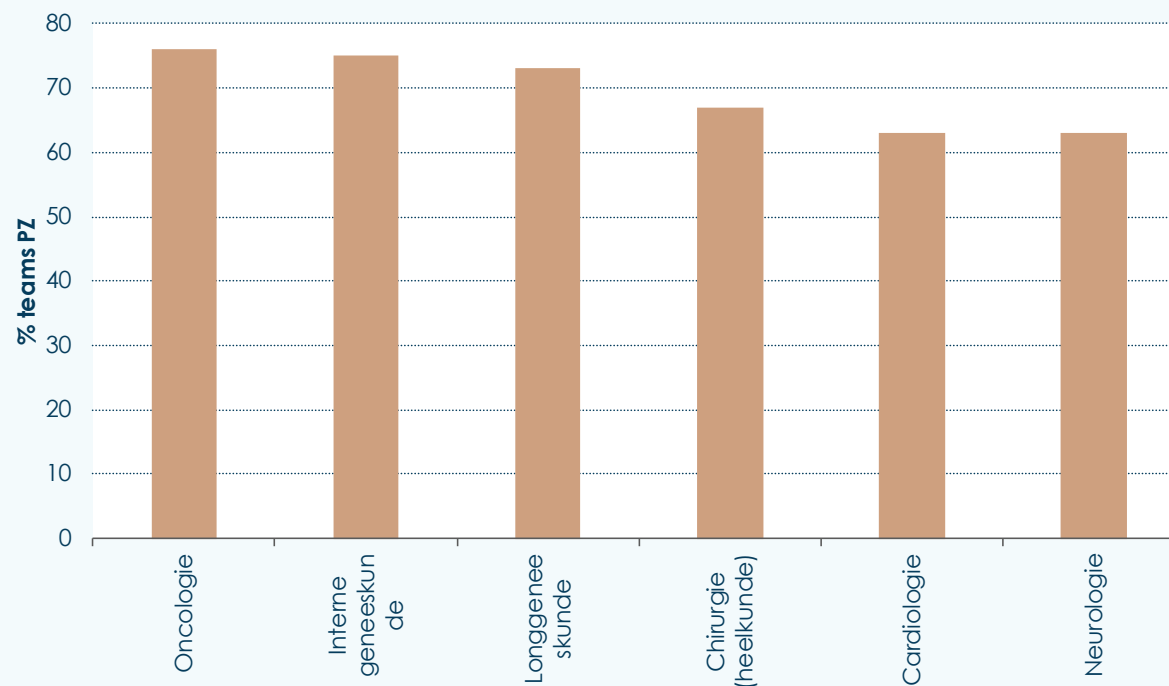
voor 93% van de ziekenhuizen gold. 59% van de ziekenhuizen maakt gebruik van meetinstrumenten om palliatieve patiënten te identificeren/markeren. De surprise question is het meest gebruikt (94%).

figuur Inbedding palliatieve zorg in het ziekenhuis:



In 83% van de ziekenhuizen wordt gewerkt met aandachtsvelders palliatieve zorg binnen het ziekenhuis, variërend van een tot 19 aandachtsvelders per ziekenhuis. In 2015 gold dat nog voor de helft van de ziekenhuizen. Afdelingen waarop relatief vaak met aandachtsvelders palliatieve zorg wordt gewerkt zijn de afdelingen Oncologie (76%), Interne geneeskunde (75%), Chirurgie (67%) gevolgd door Cardiologie en Neurologie (beide 63%).

figuur Gebruik van aandachtsvelders PZ op afdelingen in het ziekenhuis:



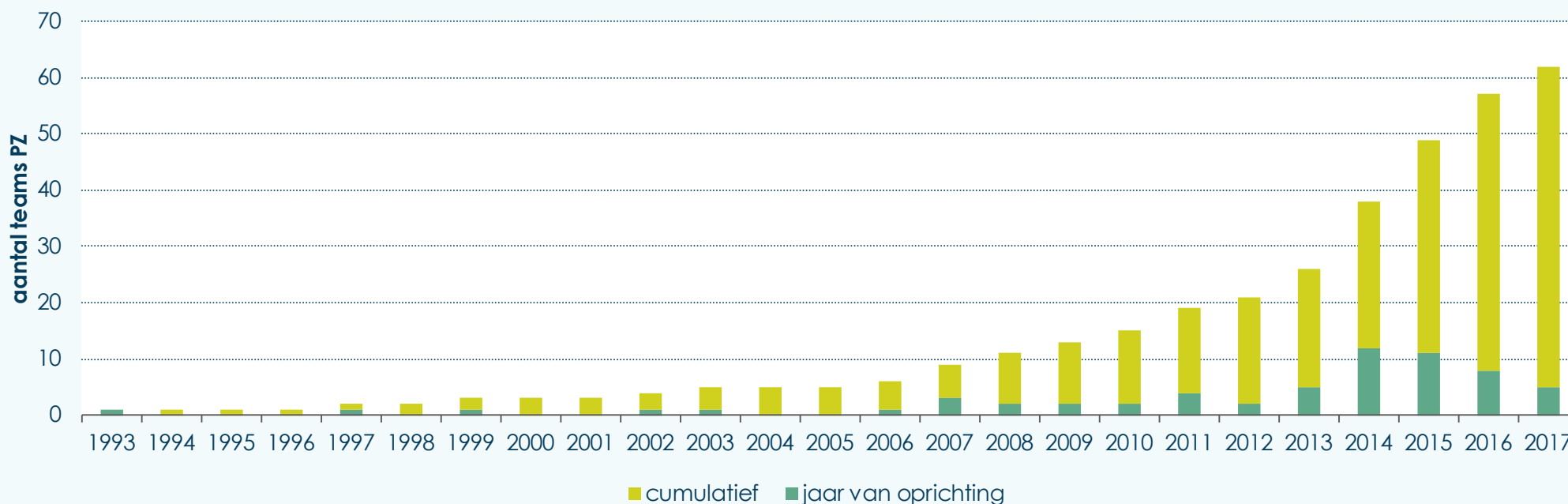
Ontwikkeling en omvang team PZ

OPRICHTING TEAM PZ

Het eerste team PZ werd opgericht in 1993. Vanaf 2007 begint het aantal teams PZ toe te nemen, met de sterkste toename van teams PZ tussen 2014 en 2016. Aannemelijk is dat deze groei verband heeft met de aan palliatieve zorg gestelde normen in het SONCOS normeringsrapport van 2014, dat stelt dat met ingang van 2017 elk ziekenhuis een team palliatieve zorg moet hebben.

figuur Groei van het aantal teams PZ over de jaren:

De totale balk geeft het aantal ziekenhuizen per jaar aan dat een team PZ heeft. Geel zijn de bestaande teams PZ, groen zijn de teams PZ die in dat jaar zijn opgericht.



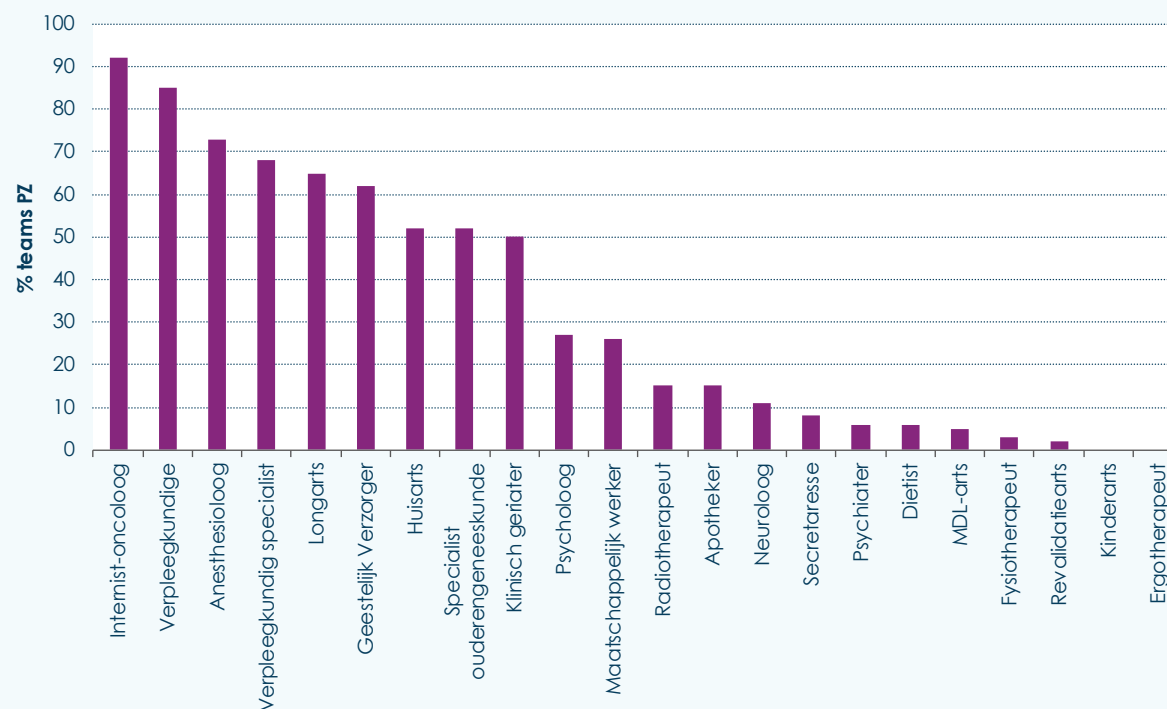
TEAM PALLIATIEVE ZORG

De kern van een team PZ bestaat gemiddeld uit acht verschillende disciplines met een variatie van twee tot 14 verschillende disciplines. Onder kernteam wordt het vaste team verstaan, de zogenoemde eerste schil.

Voor de discipline verpleegkundige zijn de volgende specialisaties samengevoegd: oncologie-, pijn-, thuiszorg-, ziekenhuis-, transfer- en overige verpleegkundigen. Oncologie verpleegkundigen nemen het vaakst deel aan een team PZ, gevolgd door pijn- en transfer verpleegkundigen.

In de meeste teams is een internist (92%) aanwezig, gevolgd door een verpleegkundige (85%), anesthesioloog (73%), verpleegkundig specialist (68%), longarts (65%) en geestelijk verzorger (62%). In ruim de helft van de teams is ook een huisarts of een specialist ouderengeneeskunde aanwezig.

figuur Disciplines aanwezig in de teams PZ:

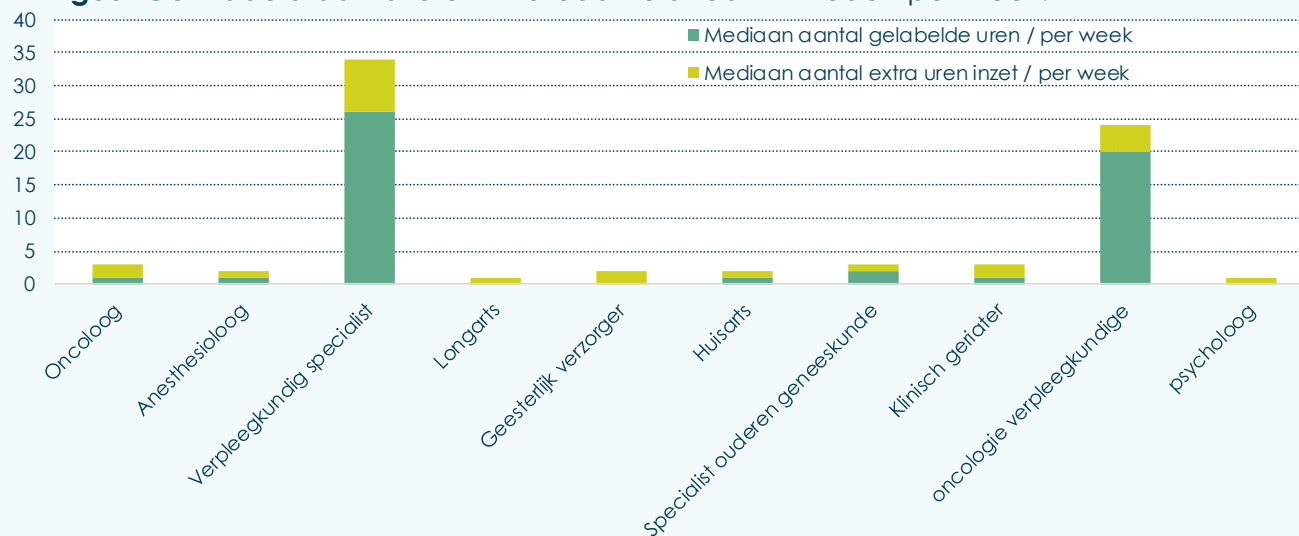


BESCHIKBAARHEID VOOR TEAM PALLIATIEVE ZORG

De tabel geeft de top 10 van meest voorkomende disciplines in het team weer, met daarbij het aantal uren beschikbaarheid voor team PZ. Het totaal aantal uren (totale inzet) voor het team PZ varieert van één uur tot ruim 42,5 uur per week (mediaan). Er is een uitsplitsing gemaakt van het totaal aantal uren beschikbaar naar gelabelde uren (uren die zijn vrijgemaakt om te besteden aan werkzaamheden ten behoeve van team PZ) en extra uren.

	N (aantal teams met betreffende discipline)	Mediaan totale inzet uren/week (range)	Mediaan aantal gelabelde uren/week (range)	Mediaan aantal extra uren inzet/week (range)
Internist-oncoloog	57	4 (1-40)	1 (0-28)	2 (0-20)
Anesthesioloog	45	2 (1-32)	1 (0-24)	1 (0-16)
Verpleegkundig specialist	42	42,5 (1-146)	26 (0 - ≥73)	8 (1 - ≥73)
Longarts	40	1 (1-52)	0 (0-24)	1 (0-32)
Geestelijk verzorger	38	2(1-12)	0 (0-8)	2 (0-4)
Huisarts	32	2 (1-16)	1 (0-8)	1 (0-8)
Specialist ouderen-geneeskunde	32	4 (1-44)	2 (0-32)	1 (0-16)
Klinisch geriatr	31	2 (1-24)	1 (0-16)	2 (0-12)
Oncologie verpleegkundige	26	24,5 (2-64)	20 (0-73)	4 (1-36)
Psycholoog	17	1 (1-5)	0 (1-1)	1 (1-1)

figuur Gemiddeld aantal uren inzetbaarheid team PZ leden per week:



TER ILLUSTRATIE

57 teams hebben een internist-oncoloog in het team PZ. In totaal besteden zij mediaan **4 uur per week aan team PZ**. Die uren zijn als volgt onderverdeeld. Mediaan hebben deze oncologen **1 uur per week** gelabelde uren beschikbaar om te besteden aan **werkzaamheden voor team PZ**. Daarnaast zetten oncologen zich mediaan nog **2 uur extra in per week voor team PZ**.

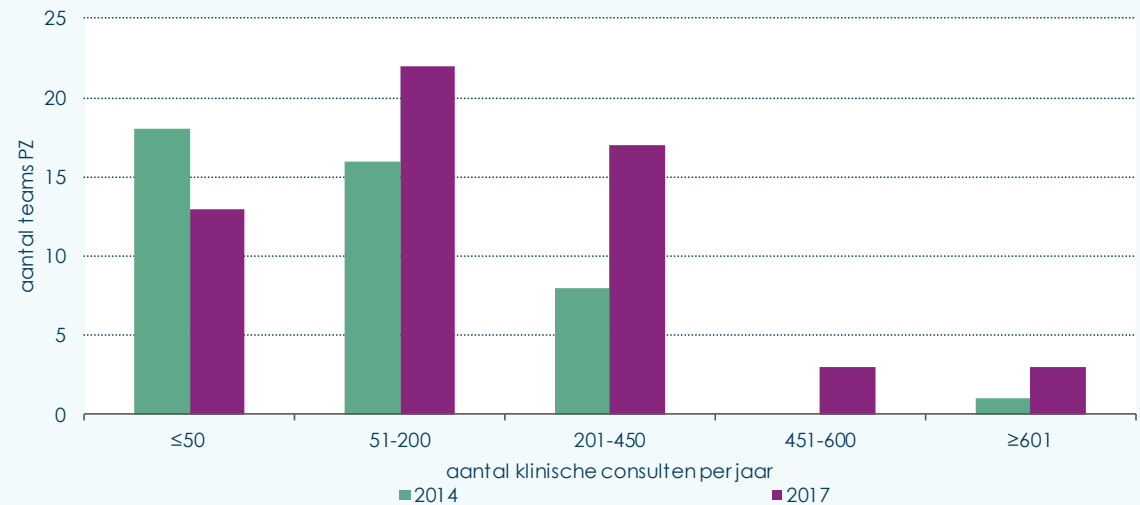
AANTAL KLINISCHE CONSULTEN

62 van de 63 ziekenhuizen geven aan een team PZ te hebben. Van de 62 teams geven twee teams aan geen klinische consulten te doen. Gemiddeld hebben teams PZ die wel klinische consulten hebben gedaan (n=58) 196 klinische consulten in 2017 verricht, variërend van tien tot 705 per jaar. De mediaan is 150. In 2015 varieerde het aantal klinische consulten tussen de 2 en 680, met een mediaan van 77. De grafiek geeft een weergave van het aantal consulten per jaar, verdeeld in categorieën.

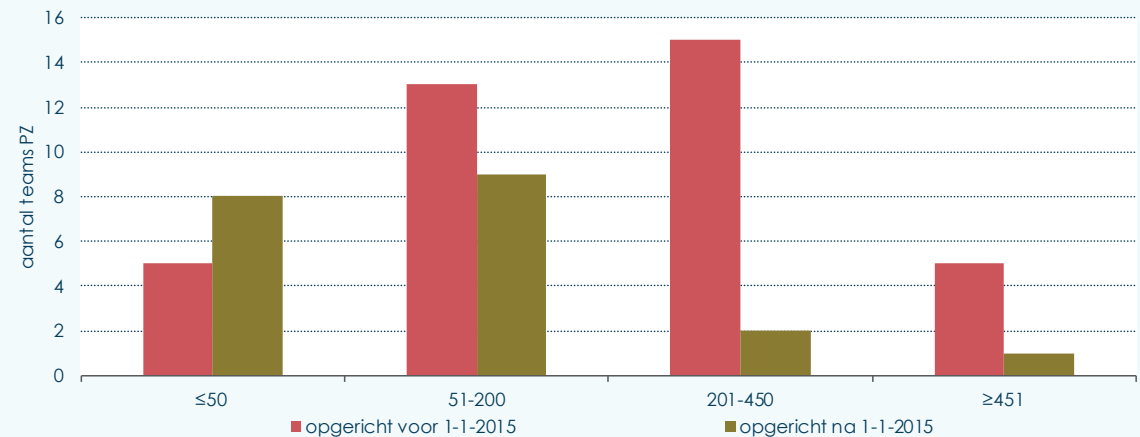
De meeste teams zijn voor 1-1-2015 opgericht (38 teams), 20 teams zijn opgericht na 1-1-2015. Teams die langer dan drie jaar bestaan (opgericht voor 1-1-2015) hebben gemiddeld meer consulten (243) ten opzichte van teams die korter dan drie jaar bestaan (126).

Er zijn drie teams PZ die ondanks hun relatief korte bestaan meer dan 250 consulten verleenden. Er zijn vijf teams die minder dan 50 klinische consulten verleenden ondanks hun relatief lange bestaan.

figuur Aantal klinische consulten in 2014 en 2017:



figuur Aantal klinische consulten per jaar in relatie tot moment van oprichting team PZ:



HET AANTAL CONSULTEN IN RELATIE TOT HET AANTAL OPGENOMEN PATIËNTEN

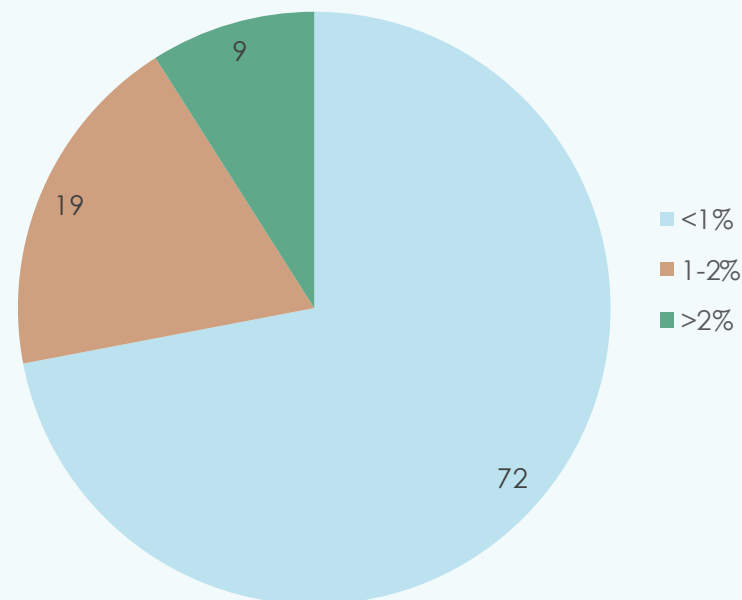
In de ziekenhuizen die in 2017 een operationeel team PZ hadden (n=58) werden in totaal 11.740 klinisch consulten uitgevoerd. Het totaal aantal opnames in 2017 van deze ziekenhuizen in 2017 bedroeg 1.464.599. De dekingsgraad is het percentage van het jaarlijks aantal klinische opnames dat gezien wordt door het team PZ. Dit is berekend voor ziekenhuizen met een team PZ in 2017 én die aangeven ook klinische consulten te doen (≥ 1) (n=58). De dekingsgraad over 2017 was 0,9%. Dit wil zeggen dat 0,9% van het aantal opgenomen patiënten gezien is door een team PZ. In 2015 lag dit lager, namelijk 0,6%. Het rapport van CAPC uit de Verenigde Staten laat een dekingsgraad van 4,8% zien in 2015¹.

	2014 (N=50)	2017 (N=58)
dekingsgraad	0,6 (0,01 – 2,3)	0,9 (0 – 3,7)

¹Rogers M, Dumanovsky, T. How We Work: Trends and Insights in Hospital Palliative Care. The Center to Advance Palliative Care and the National Palliative Care Research Center. February 2017.

De dekingsgraad van 2017 is in detail weergegeven. 72% van de ziekenhuizen heeft een dekingsgraad van onder de 1%. Dat wil zeggen dat 72% van de teams PZ minder dan 1% van de opgenomen patiënten gezien wordt door team PZ. Voor 19% van de teams ligt data aandeel tussen de 1 en 2%.

figuur Dekingsgraad in 2017:



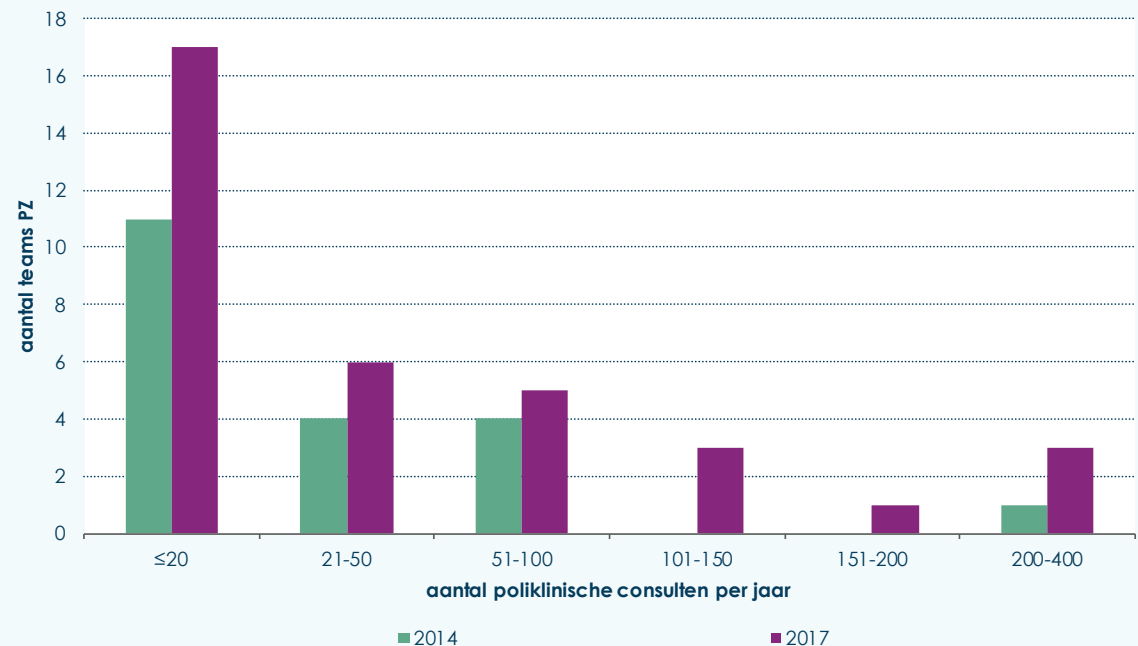
AANTAL POLIKLINISCHE CONSULTEN

Er zijn 36 teams (58%) die aangeven poliklinische consulten te verrichten. Hiervan heeft één team PZ heeft in 2017 geen poliklinische consulten verricht. Gemiddeld verleenden deze teams 66 poliklinische consulten, variërend van twee tot 400 per jaar. De mediaan van aantal poliklinische consulten is 24. In vergelijking met 2015 is het aantal teams PZ dat poliklinische consulten doet toegenomen, van 28 naar nu 35 teams PZ. De mediaan was 20 in 2014. De figuur laat het aantal poliklinische consulten zien van zowel 2014 en 2017. De figuur laat zowel de stijging zien in het aantal teams dat poliklinische consulten doet als in het aantal poliklinische consulten. In 2017 waren er 7 teams die meer dan 100 poliklinische consulten verleenden. In 2014 gold dit nog voor één team.

AANTAL HUISBEZOEKEN

In totaal zijn 17 teams PZ inzetbaar voor huisbezoeken (27%). 15 teams hebben daadwerkelijk huisbezoeken gedaan in 2017 variërend 1 tot 68. Gemiddeld deden zij 14 huisbezoeken, de mediaan is 5.

figuur Aantal poliklinische consulten per jaar:



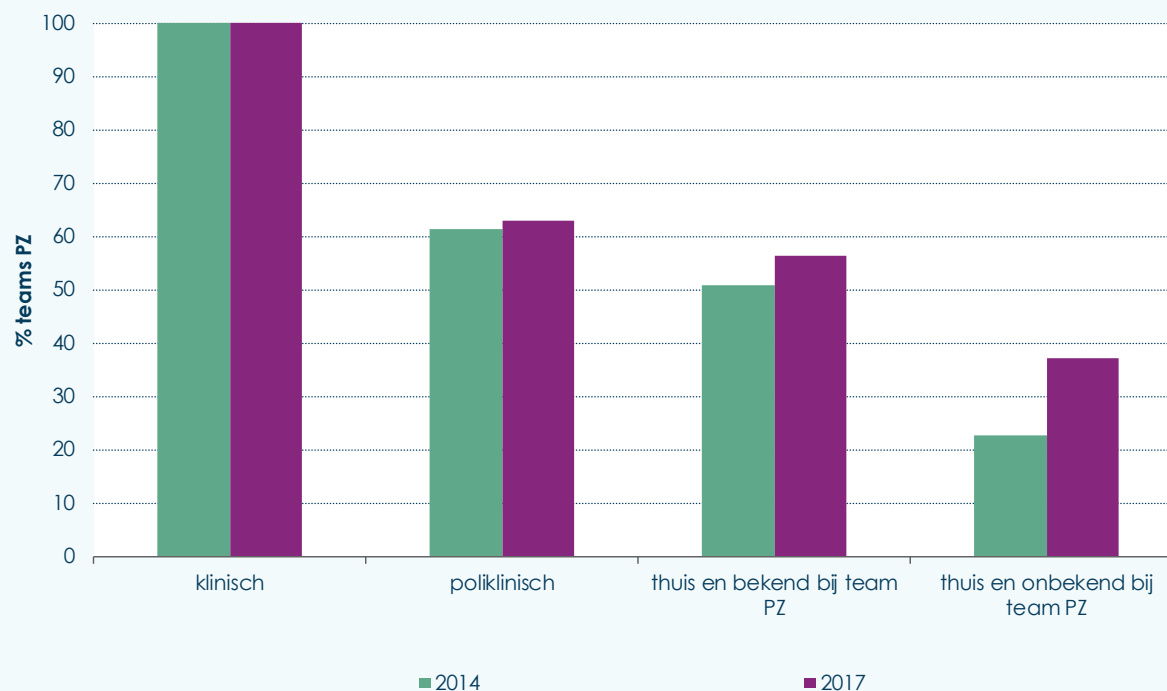
Werkwijze van team PZ

SETTING PATIËNTENZORG

Raadpleging team PZ

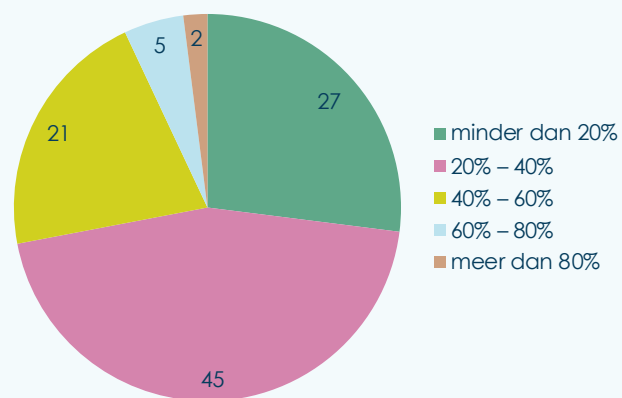
Alle teams PZ kunnen geraadpleegd worden voor klinische patiënten, dit is gelijk aan 2015 (100%). Voor 63% van de teams PZ geldt zij dat ook geraadpleegd kunnen worden voor poliklinische patiënten. Ruim de helft (53%) van de teams kan ook geraadpleegd worden voor patiënten die verblijven in een thuissituatie en die wel al bekend zijn bij het team PZ. Wanneer patiënten niet per se bekend zijn bij team PZ en in een thuissituatie verblijven, dan kan ruim een derde van de teams PZ (37%) toch worden geraadpleegd. In vergelijking met 2014 is er vooral bij de laatste groep een toename te zien, namelijk van 23% naar 37%.

figuur Mogelijkheden tot raadpleging team PZ per jaar:



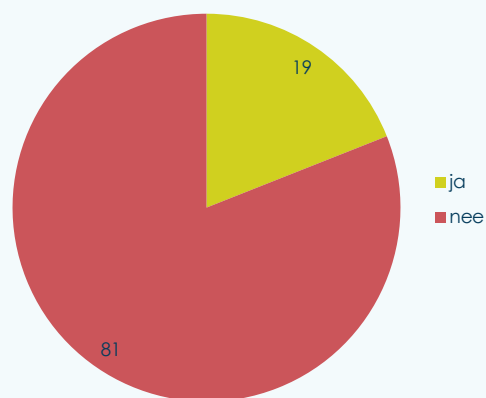
Aandeel niet-oncologische patiënten

Voor bijna de helft van de teams PZ (45%) geldt dat het aandeel consulten voor niet-oncologische patiënten tussen de 20 en 40% ligt. Ruim een kwart van de teams PZ (27%) geeft aan dat 20% van de verleende consulten niet-oncologische patiënten betreft. 21% van de teams PZ geeft aan dat aandeel verleende consulten aan niet-oncologische patiënten ligt tussen de 40 en 60%.



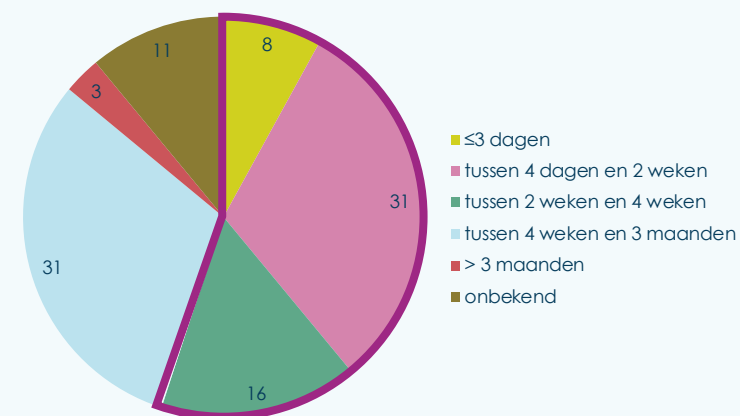
Standaard aanbieden van consult

Een vijfde van de teams PZ (19%) wordt standaard in consult geroepen bij bepaalde patiëntengroepen. Voorbeelden hiervan zijn patiënten met bepaalde diagnoses, zoals enkele vormen van kanker met een slechte prognose (oesophagus-, maag-, pancreascarcinoom, ovariumcarcinoom met metastasen of recidief cervix carcinoom), cardiologie patiënten met drie of meer opnames binnen een jaar, patiënten die opgenomen zijn op een palliatieve unit, patiënten die in het zorgpad COPD zitten, patiënten die verwezen worden naar een hospice of voor patiënten waar palliatieve sedatie gestart gaat worden of waar een euthanasiewens is.



Gemiddelde levensverwachting van patiënten

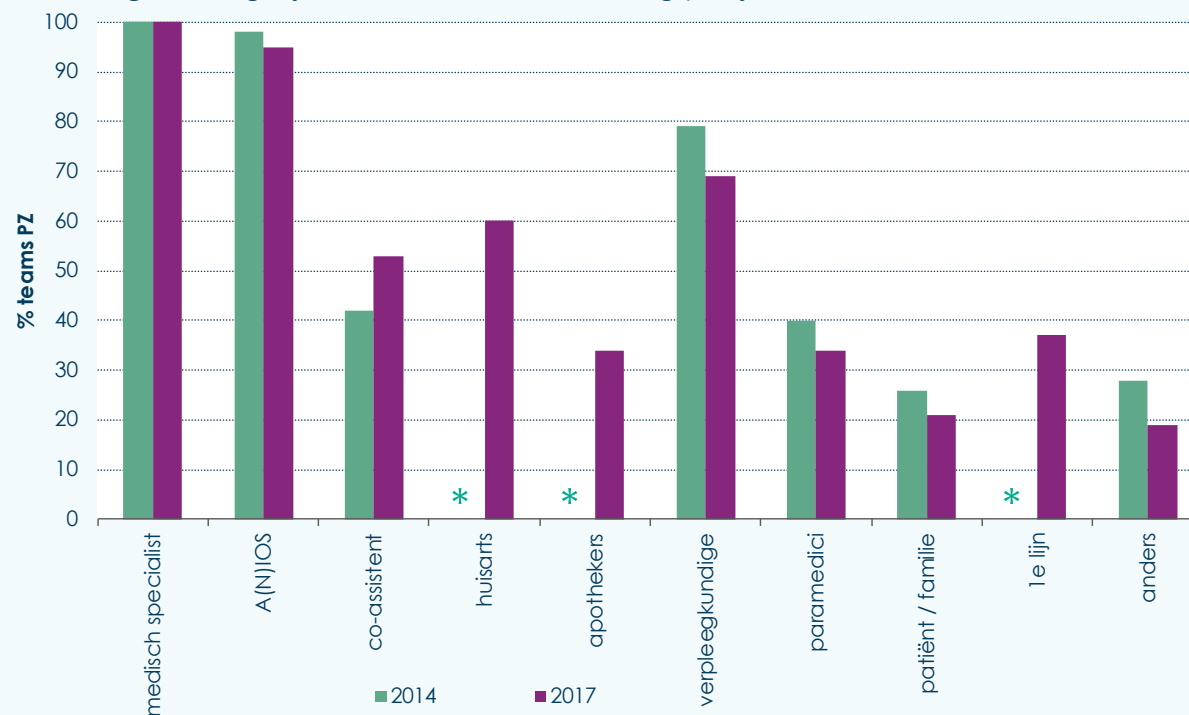
Ruim de helft van de teams PZ (55%) geeft aan dat de gemiddelde levensverwachting van de patiënten waarvoor zij in consult worden gevraagd, minder dan vier weken is. 31% van de teams PZ geeft aan dat de gemiddelde levensverwachting van patiënten tussen de vier weken en drie maanden is en twee teams geven aan dat de gemiddelde levensverwachting van patiënten waarbij zij in consult worden geroepen, drie maanden of langer is.



CONSULTAANVRAAG

Alle teams PZ kunnen in consult gevraagd worden door medisch specialisten in het ziekenhuis, dit was in 2015 ook het geval. Dat geldt in bijna alle ziekenhuizen ook voor artsen al dan niet in opleiding (95%). Ook verpleegkundigen kunnen vaak het team PZ in consult vragen (79%), in 2015 was dit 69%. Bij 60% van de teams PZ kunnen huisartsen het team PZ inschakelen en voor andere zorgverleners uit de 1e lijn geldt dat voor ruim een derde (37%). Eén op de vijf teams PZ kan ook door patiënten of diens familie ingeschakeld worden.

figuur Mogelijkheid tot consultaanvraag per jaar:



* geen data beschikbaar over 2014

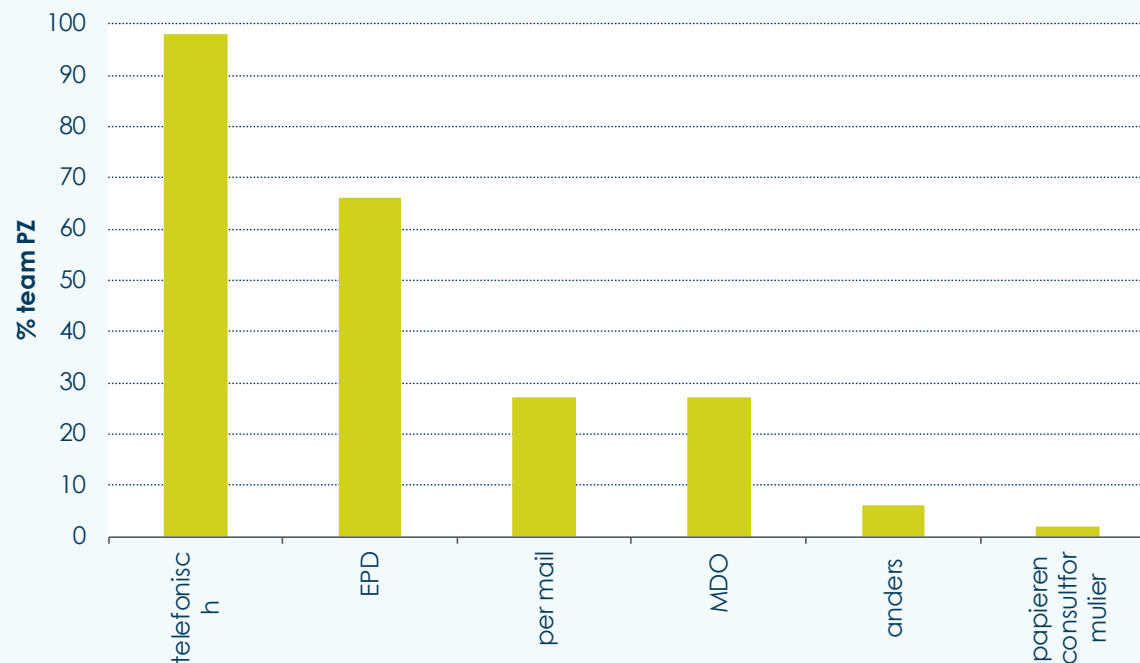
De consultaanvraag komt meestal telefonisch bij team PZ binnen (98%), gevolgd door een consultaanvraag via het elektronische patiëntendossier (66%). Ook per mail (27%) en via het MDO (27%) komen de consultvragen binnen bij de teams PZ.

De vorm waarop een consultvraag wordt beantwoord aan de consultvrager kan altijd telefonisch (100%), vaak face to face (94%), of per mail (37%). Via screen to screen (15%) kom minder vaak voor.

Aan patiënten worden verschillende vormen van consultatie aangeboden. Dat kan zijn via bed-side consulten (97%), gevolgd door face-to-face contact (poliklinisch) (63%). Ook kan dit voor de helft van de teams PZ (56%) telefonisch zijn. Een kwart van de teams PZ biedt ook huisbezoeken aan (24%).

De meest voorkomende manieren waarop het team PZ advies geeft is vrijwel altijd schriftelijk door het advies te noteren in het elektronisch patiënten dossier (98%), en mondeling: telefonisch (94%) of face-to-face met consultvrager (54%).

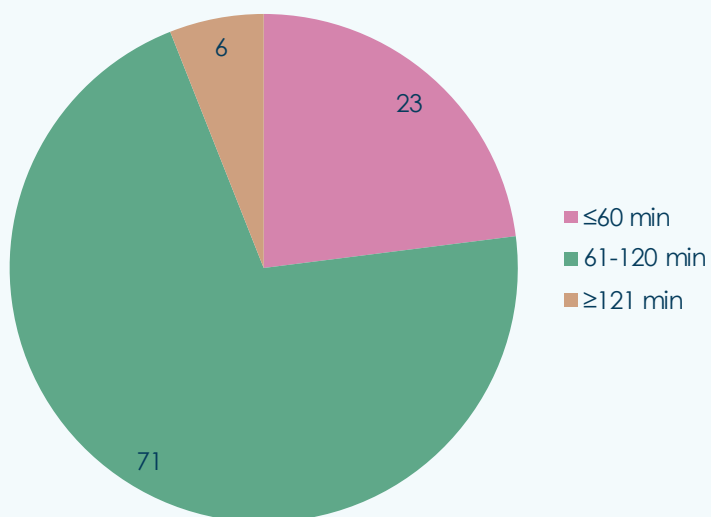
figuur Binnenkomst consultaanvraag team PZ:



Tijdsbesteding

Een eerste consult met de patiënt duurt gemiddeld 70 minuten, variërend van 30 minuten tot 240 minuten. Een vervolgsconsult duurt gemiddeld 29 minuten, variërend van vijf minuten tot 100 minuten.

figuur Tijdsduur van het eerste consult:



BEREIKBAARHEID TEAM PZ

Bijna één op de vijf (18%) teams PZ is altijd bereikbaar (24/7). 81% van de teams PZ is alleen bereikbaar binnen kantoor tijden. Bereikbaarheid buiten kantoor tijden is voor 32% van de teams geregeld via de dienstdoende specialist en is voor 44% van de teams PZ regionaal geregeld (o.a. via het IKNL consultatieteam).

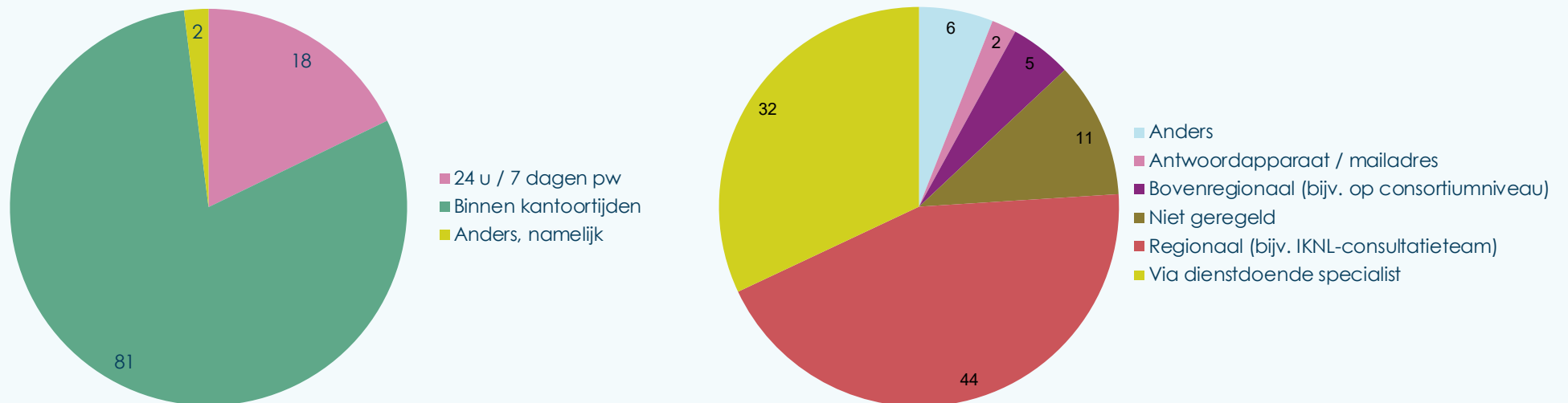
CONSULENT

Patiënten worden in 42% van de teams PZ standaard gezien door een verpleegkundige of een verpleegkundig specialist. Bij één op de drie teams PZ (35%) wordt de patiënt zowel door de verpleegkundige of verpleegkundig specialist én de arts gezien.

BEHANDELAARSCHAP

Een arts van team PZ treedt na consultatie vrijwel altijd op als consulent (90%), zelden als medebehandelaar (10%), en nooit als hoofdbehandelaar. In 2015 had 23% van de teams soms de rol als hoofdbehandelaar en 9% vaak een rol als hoofdbehandelaar. Bij vijf ziekenhuizen had de arts van team PZ altijd de rol van medebehandelaar in 2015.

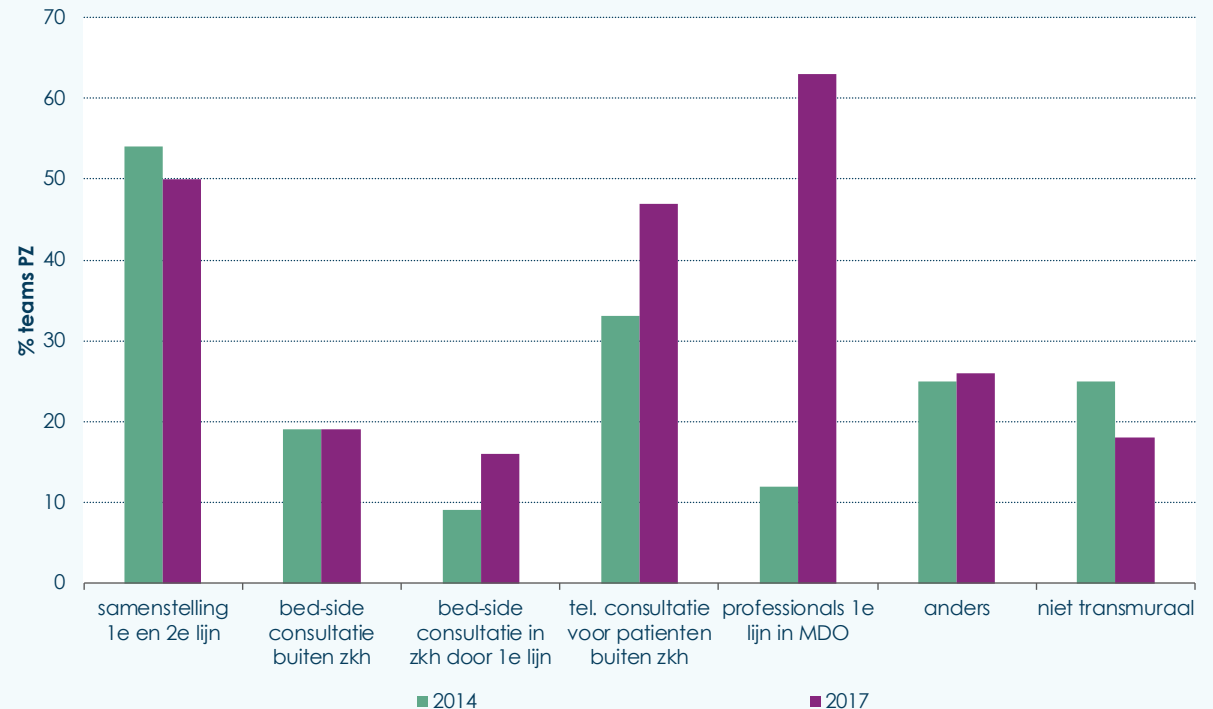
figuur Bereikbaarheid van de teams PZ:



TRANSMURAAL WERKEN

Van de teams die transmuraal werken, geeft 54% van de teams de samenstelling van het team met professionals van zowel de 1e als 2e lijn als reden op. 47% geeft aan dat ze telefonische consultatie bieden voor zorgprofessionals van patiënten buiten het ziekenhuis, in 2015 was dit een derde van de teams PZ (33%). 19% van de teams PZ verleent bed-side consultatie aan patiënten die buiten het ziekenhuis verblijven. 16% van de teams PZ geeft aan dat consultants uit de eerste lijn bed-side consultatie verrichten in het ziekenhuis, in 2015 was dit 9%. Bijna één op de vijf teams PZ geeft aan niet transmuraal te werken (18%), in 2015 gold dit voor een kwart van de teams PZ.

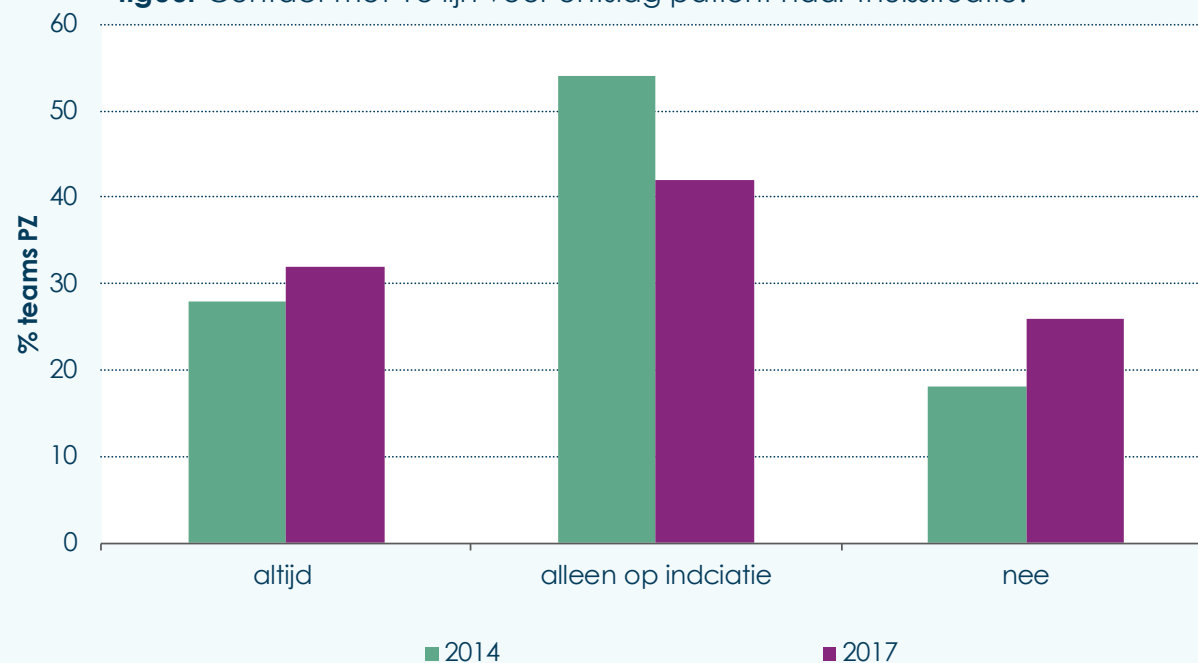
figuur Transmuraal werken:



Voor ontslag

Eén op de drie teams PZ geeft aan contact te hebben met de huisarts of specialist ouderengeneeskunde over palliatieve zorg in de thuissituatie voor ontslag van de patiënt (32%). In 2015 lag dat aandeel iets lager, namelijk op 28%. 42% van de teams PZ heeft alleen op indicatie contact met de huisarts of specialist ouderengeneeskunde en 26% heeft geen contact voor ontslag. De meest voorkomende reden hiervoor is dat dit gezien wordt als de taak van de hoofdbehandelaar (21%).

figuur Contact met 1e lijn voor ontslag patiënt naar thuissituatie:

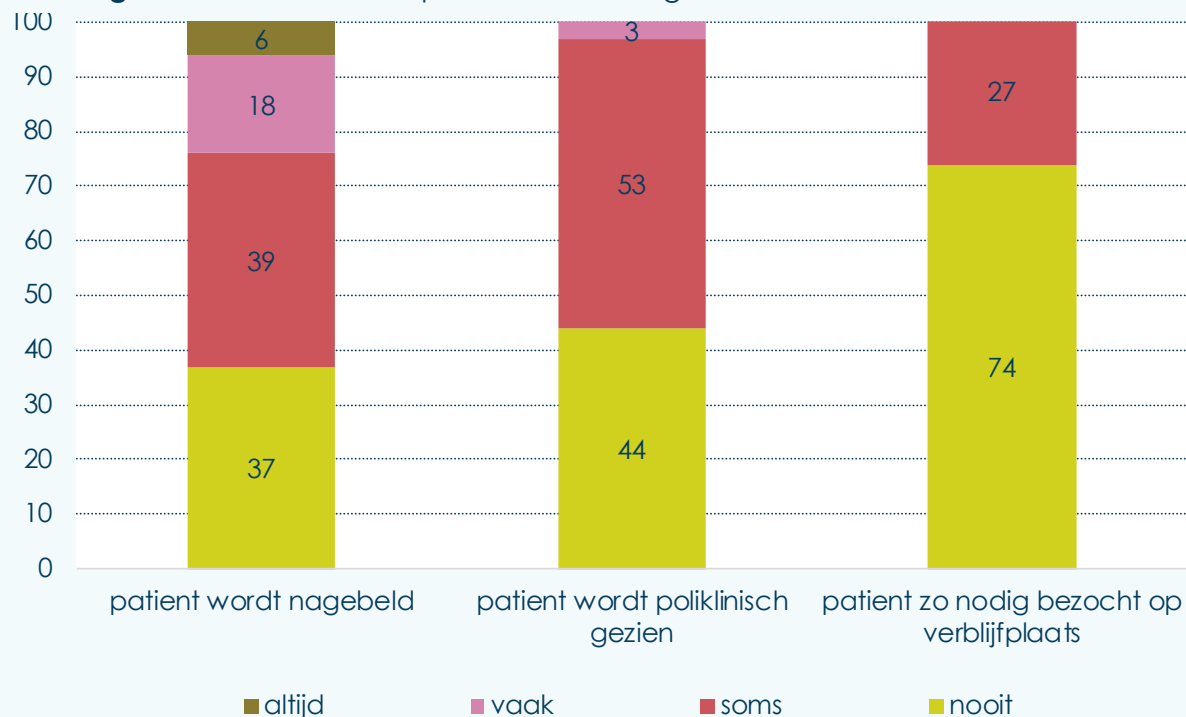


Contact met de patiënt na ontslag

6% van de teams PZ geeft aan altijd telefonisch contact op te nemen met de patiënt, nadat de patiënt terug is naar de thuissituatie. 37% van de teams PZ geeft aan dat nooit te doen, 39% geeft aan dat soms te doen en 18% van de teams PZ heeft vaak contact met de patiënt.

Patiënten worden soms terug gezien op de polikliniek door team PZ (53%), 3% van de teams PZ ziet patiënten vaak terug op de polikliniek. 44% van de teams PZ geeft aan de patiënt nooit terug te zien op de polikliniek. Een kwart van de teams geeft aan de patiënt zo nodig op zijn of haar verblijfplaats te bezoeken. Driekwart (74%) van de teams PZ zegt dit nooit te doen.

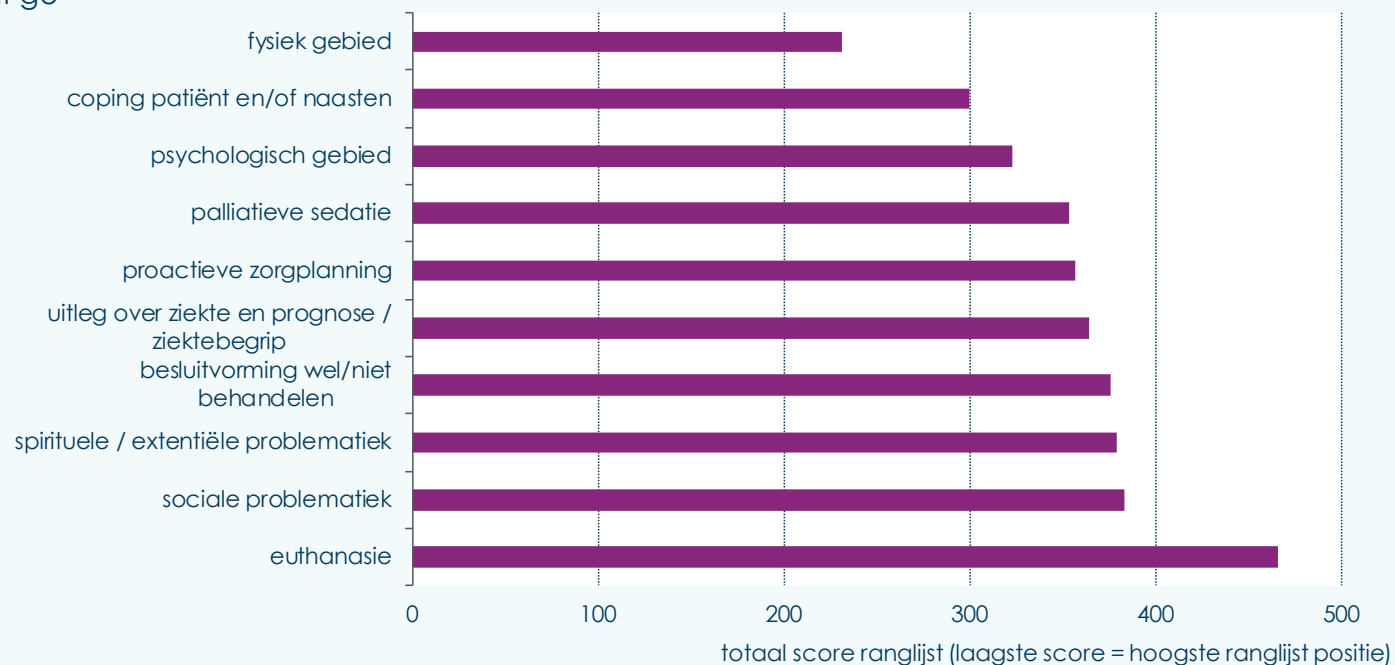
figuur Contact met de patiënt na ontslag:



REDENEN OM TEAM PZ TE CONSULTEREN

PZ teams worden voor verschillende onderwerpen geconsulteerd. De top 5 van meest voorkomende onderwerpen waarvoor teams PZ in consult gevraagd worden zijn problemen op fysiek gebied, coping patiënt en/of naasten, psychologisch vlak, palliatieve sedatie en proactieve zorgplanning. Voor vragen rondom euthanasie en sociale problematiek worden teams PZ het minst vaak in consult gevraagd.

figuur Redenen om team PZ te consulteren:



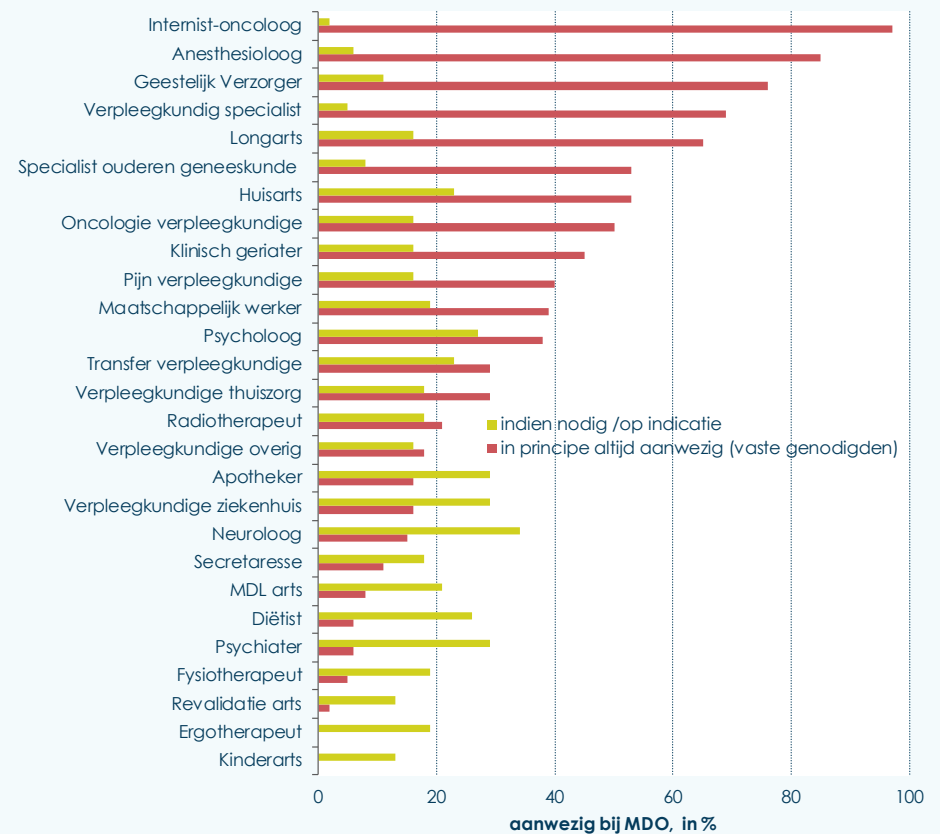
MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG (MDO)

De meeste teams PZ (89%) voldoen aan de SONCOS norm en hebben wekelijks een MDO, soms zelf vaker. De teams die minder vaak bijeenkomen in een MDO hebben meestal een frequentie van een keer per twee weken. De duur van een MDO varieert van 30 tot 90 minuten. Voor twee derde van de teams PZ (65%) duurt het MDO gemiddeld 60 minuten. Bij ruim de helft van de teams (58%) is de consultvragers aanwezig bij het MDO. Twee derde van de teams PZ geeft aan dat er standaard een verslag naar de consultvragers gestuurd wordt en een derde van de teams PZ geeft aan dat er ook een verslag naar de huisarts of specialist ouderengeneeskunde gaat.

Patiënten die besproken worden zijn met name patiënten die gezien zijn sinds het vorige MDO (56%) of alleen nieuwe en complexe patiënten (21%). Gemiddeld worden er vijf patiënten per MDO besproken, variërend van één tot 15 patiënten. De disciplines die in principe altijd aanwezig zijn bij het MDO zijn vooral Internist oncoloog, anesthesioloog, geestelijk verzorger en verpleegkundig specialist.

Bij de helft van de teams sluit een lid van het team PZ ook aan bij het MDO van andere afdelingen, waarbij de oncologie (45%) en longgeneeskunde (23%) het meest genoemd zijn.

figuur Aandeel aanwezige disciplines bij MDO palliatieve zorg:



FINANCIERING TEAM PZ

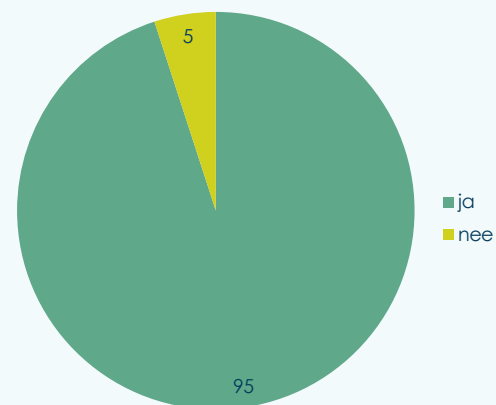
REGISTEREN

95% van de teams PZ geeft aan de DOT (DBC's Onderweg naar Transparantie) palliatieve zorg te registreren, in 2015 was dit aandeel 93%.

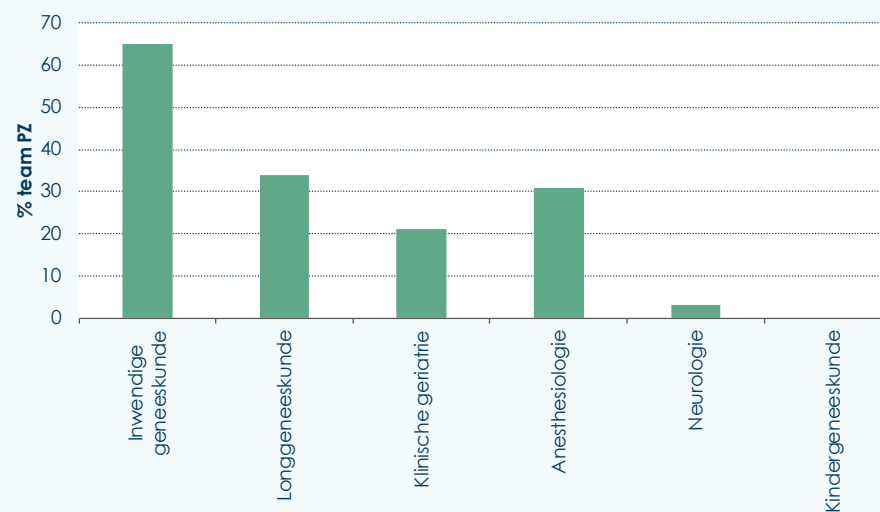
OPENEN DOT

Het specialisme dat de DOT opent, is vaak inwendige geneeskunde (65%), gevolgd door longgeneeskunde (34%), anesthesiologie (31%) en klinische geriatrie (21%). Het specialisme neurologie opent zelden de DOT (3%) en kindergeneeskunde nooit (0%).

figuur Registratie DOT PZ:



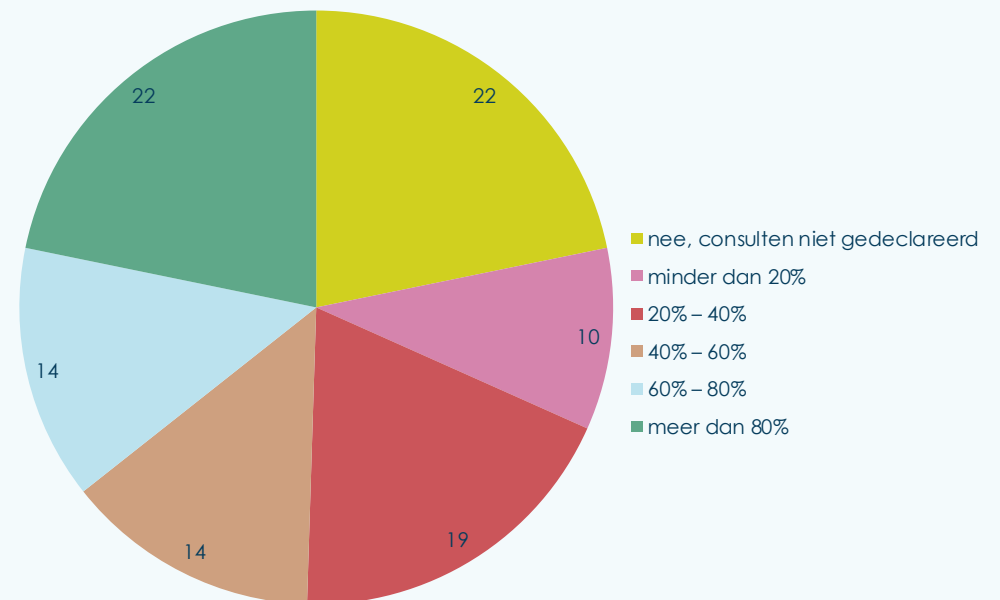
figuur Aandeel teams PZ per specialisme dat DOT kan openen:



DECLAREREN

Van de 62 teams PZ geven drie teams aan de DOT niet te registeren. Er is veel variatie in de mate waarin consulten kunnen worden gedeclareerd: 13 teams PZ (22%) geven aan dat meer dan 80% van de consulten wordt gedeclareerd. 22% van de teams PZ geeft aan dat de geregistreerde consulten niet kunnen worden gedeclareerd. Voornaamste redenen: er is onduidelijkheid over de financiering van de DOT, er zijn geen afspraken met de zorgverzekeraar, of deze vorm van financieren is nog niet van kracht in het ziekenhuis.

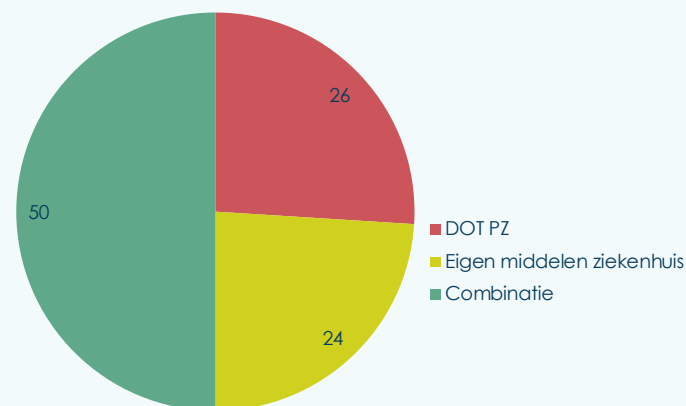
figuur Aandeel teams PZ dat DOT PZ declareert:



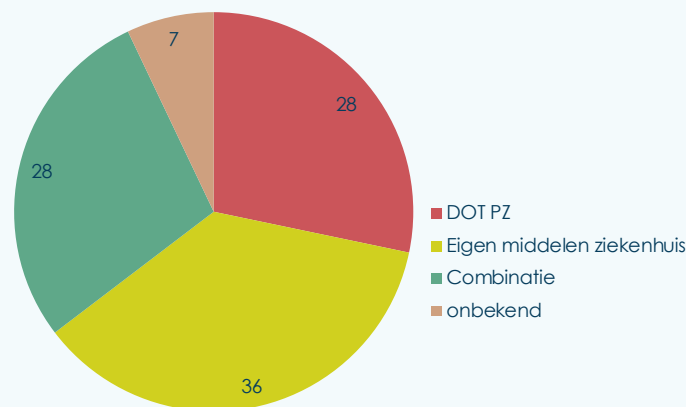
FINANCIEREN

Zestien teams PZ (26%) worden uitsluitend door de DOT palliatieve zorg gefinancierd, 15 teams PZ (24%) geven aan dat zij uitsluitend door eigen middelen van het ziekenhuis worden gefinancierd. De overige teams PZ worden gefinancierd door een combinatie van de DOT en eigen middelen van het ziekenhuis (50%). In 2015 werd 28% van de teams PZ uitsluitend door de DOT gefinancierd, 36% uitsluitend door eigen middelen en 28% door een combinatie van de DOT en eigen middelen.

figuur 2017:



figuur 2014:



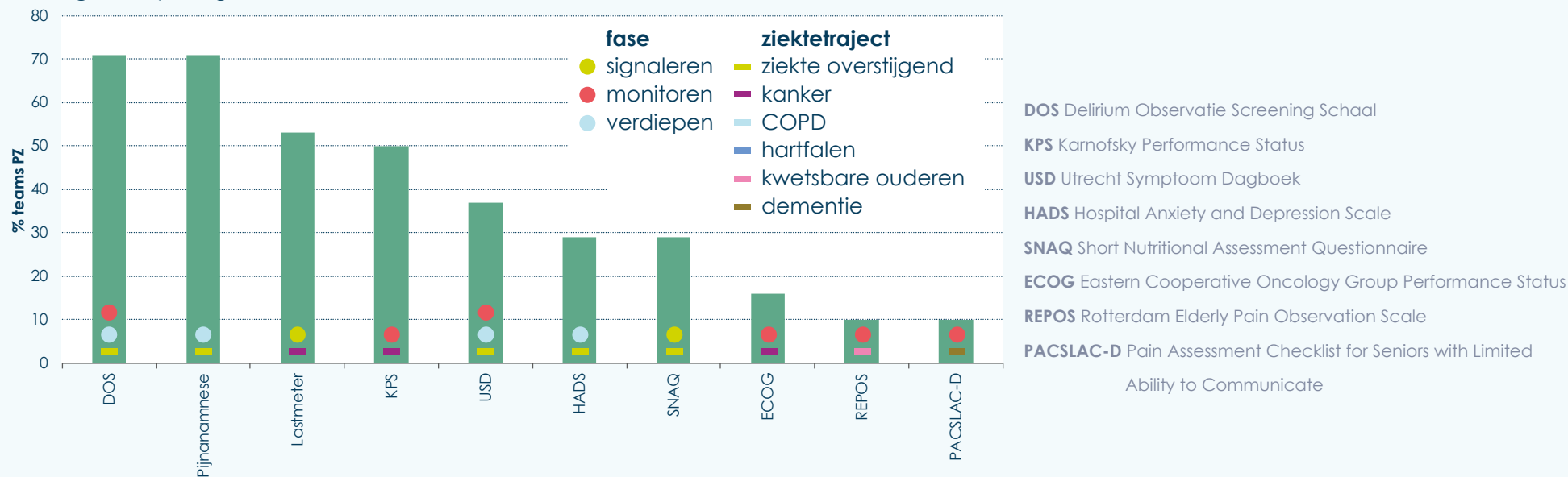
KWALITEIT EN DESKUNDIGHEID

GEBRUIK MEETINSTRUMENTEN DOOR DE TEAMS PZ

90% van de teams PZ geeft aan meetinstrumenten te gebruiken in de dagelijkse praktijk. Gemiddeld gebruiken teams PZ die met meetinstrumenten werken vijf meetinstrumenten; dit varieert van een tot elf verschillende meetinstrumenten.

De Delier Observatie Schaal (DOS) (71%) en de Pijnanamnese (71%) zijn de meest gebruikte meetinstrumenten gevolgd door de Lastmeter (53%) en de Karnofsky Performance Scale (KPS) (50%). Er worden instrumenten ingezet op diverse meetniveaus (signaleren, monitoren en verdiepen). Daarnaast zijn er instrumenten die zowel ziekte specifiek (bijv. kanker en dementie) als ziekte overstijgend gebruikt worden.

figuur Top 10 gebruik meetinstrumenten door teams PZ:



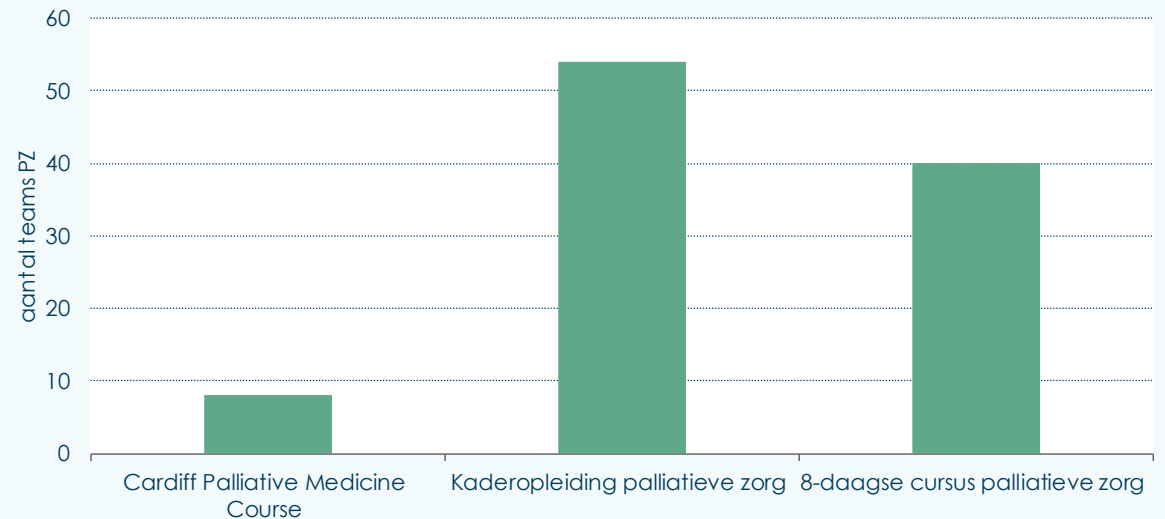
GENOTEN OPLEIDING TEAMLEDEN TEAM PZ

Opleiding artsen

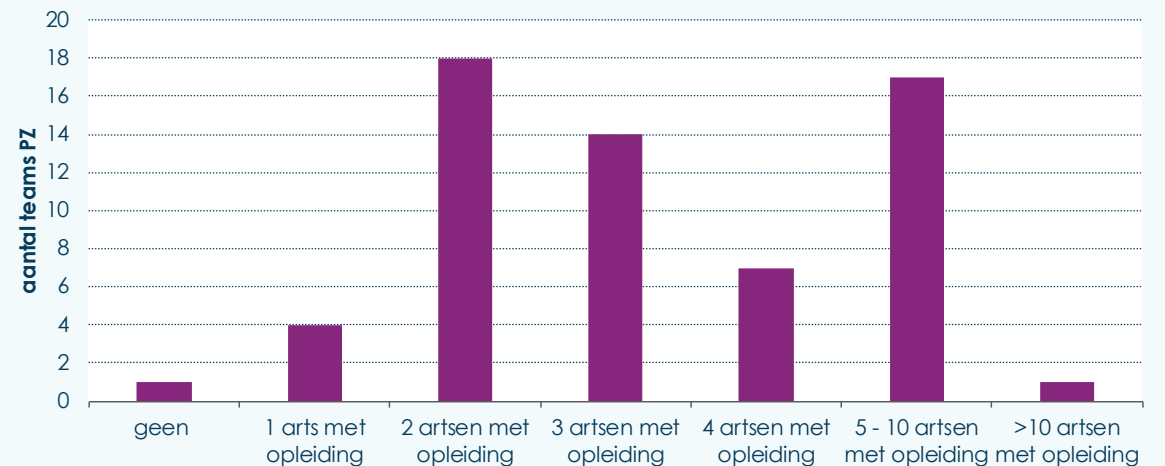
De meest voorkomende opleidingen waarmee een arts in Nederland zich kan bekwaamen in palliatieve zorg zijn Cardiff Palliative Medicine Course (post graduate), de Kaderopleiding palliatieve zorg en de 8-daagse cursus palliatieve zorg voor medisch specialisten. In de vragenlijst is gevraagd in hoeverre teamleden een van de drie bovenstaande opleidingen hebben gevolgd.

98% van de teams PZ heeft een arts in het team die is opgeleid in de palliatieve zorg door middel van een van de drie genoemde opleidingen. Wanneer we kijken naar de verdeling van opleidingen zien we dat 41 teams PZ (66%) tenminste één arts in het team hebben die de kaderopleiding PZ of Cardiff heeft gevolgd. De Kaderopleiding PZ is de meest genoten opleiding.

figuur Genoten opleiding in PZ voor artsen:



figuur Artsen met een opleiding in palliatieve zorg in de teams PZ:



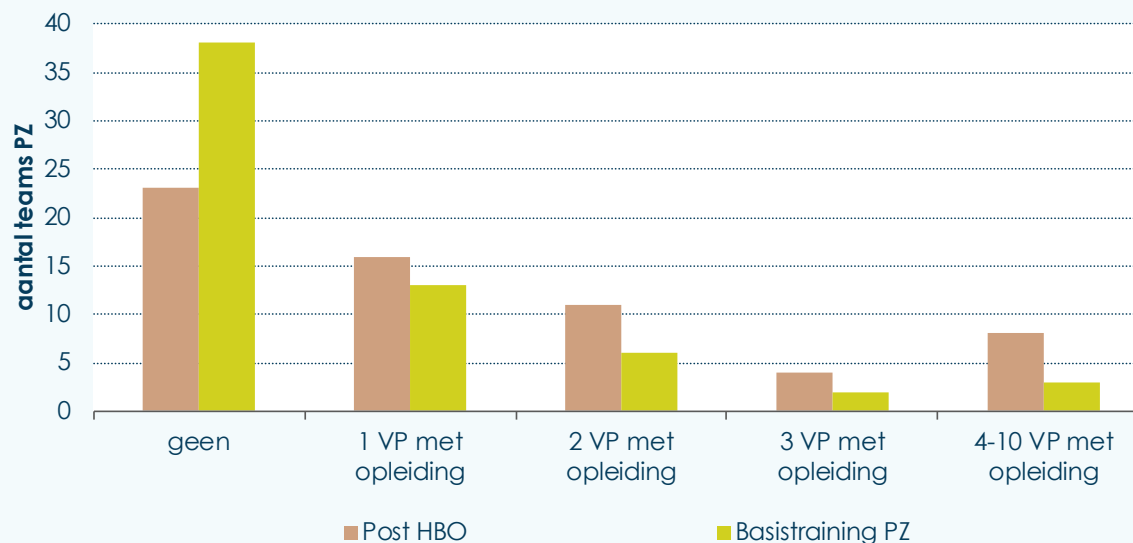
Opleiding verpleegkundigen

50 teams PZ (81%) hebben een verpleegkundige in het team met een opleiding in de palliatieve zorg, hier gedefinieerd als post HBO palliatieve zorg en/of een basistraining palliatieve zorg. Wanneer de post HBO opleiding en de basistraining PZ worden uitgesplitst, blijkt dat bijna tweederde van de teams een verpleegkundige in het team PZ heeft met een post HBO opleiding palliatieve zorg (63%).

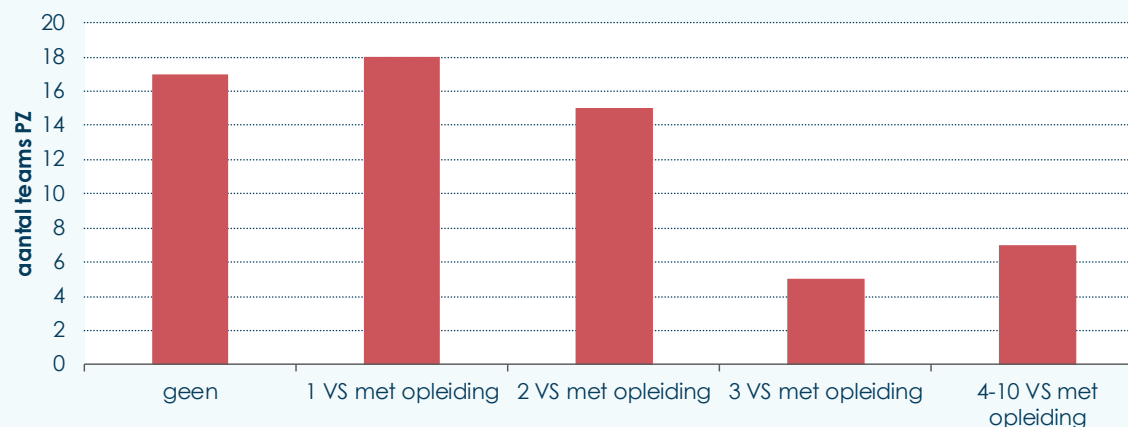
Opleiding verpleegkundig specialisten

Bijna driekwart (73%) van de teams PZ heeft een verpleegkundig specialist in het team die specifieke scholing op het gebied van palliatieve zorg heeft gehad. De differentiatie PZ en differentiatie oncologie zijn het meeste gevolgd, respectievelijk 48% en 40%.

figuur Aantal teams PZ met een verpleegkundige met opleiding in PZ:



figuur Overzicht van verpleegkundig specialisten met een opleiding in palliatieve zorg:



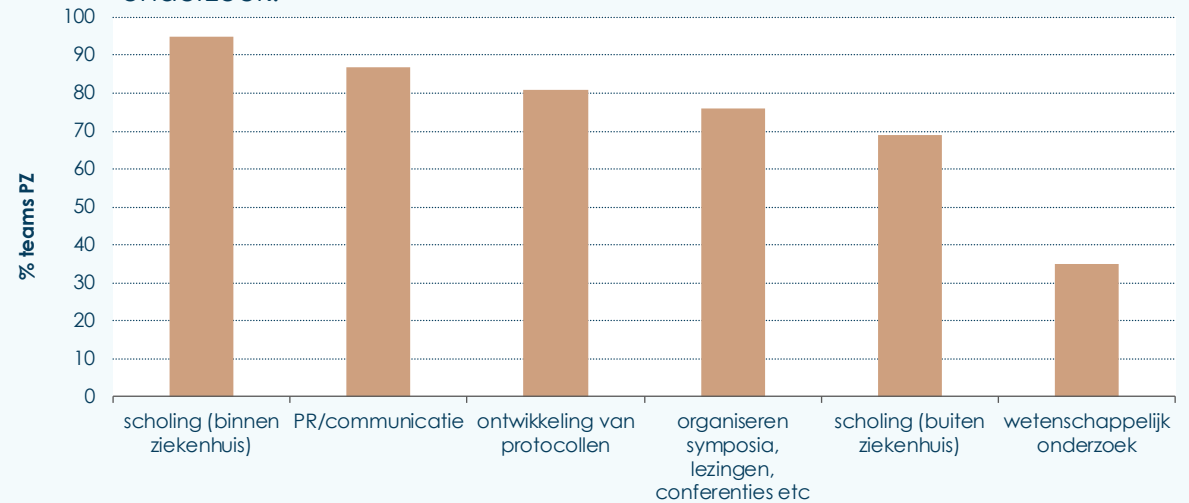
ONDERWIJS EN ONDERZOEK DOOR TEAMS PZ
 Bijna alle teams PZ geven scholing over palliatieve zorg binnen het ziekenhuis (95%), bijna driekwart van de teams PZ geeft ook scholing buiten het ziekenhuis (69%). Daarnaast voert een derde van de teams PZ ook wetenschappelijk onderzoek uit (35%), dat zijn met name de Universitair medisch centra en de topklinische ziekenhuizen.

ZELFZORG EN ZORG VOOR ELKAAR

Persoonlijke balans is opgenomen in het domein Kernwaarden en principes van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. Om die goede zorg te kunnen blijven leveren, is het belangrijk dat zorgverleners en vrijwilligers zich bewust zijn van de emotionele impact die het leveren van palliatieve zorg op henzelf kan hebben.

29% van de teams PZ geeft aan dat er op structurele basis aandacht voor zelfzorg is van

figuur Aandeel teams PZ met activiteiten op het gebied van opleiding en de leden van het team en zorg voor elkaar via onderzoek:



bijeenkomsten binnen het team. 32% van de teams geeft aan dat er binnen het ziekenhuis een burn-out programma is. 27% hiervan geeft aan dat er binnen het ziekenhuis wel een burn-out programma is, maar dat team PZ hier geen onderdeel van uit maakt.

SONCOS NORMEN

Elk ziekenhuis in Nederland dient vanaf 2017 een consultatieteam palliatieve zorg te hebben. Dit is vastgesteld door de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) in het SONCOS normeringrapport, waarin omschreven staat waar goede oncologische zorg aan moet voldoen¹. Hierin staat dat voor ieder ziekenhuis in Nederland dat oncologische zorg verleent:

“De zorginstelling dient te beschikken over een multidisciplinair team palliatieve zorg dat werkt volgens de richtlijnen palliatieve zorg”

(Algemene principes van palliatieve zorg, www.pallialine.nl, 2017).

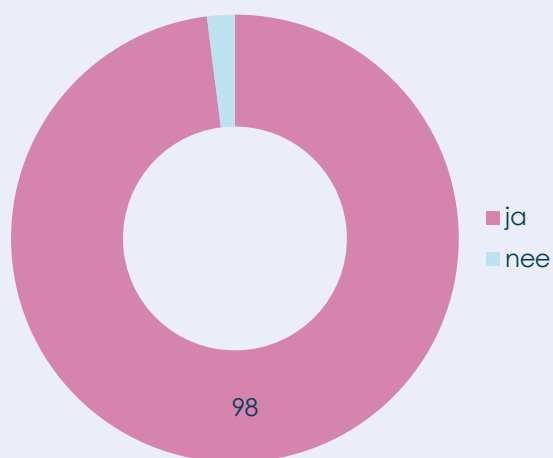
Daarnaast worden er kwaliteitseisen gesteld aan dit team betreffende de samenstelling, de opleiding van de teamleden, consultatie mogelijkheden, frequentie en vorm van teamoverleg en de beschikbaarheid van het team voor de huisartsen.

In dit hoofdstuk is nagegaan of en in welke mate de teams PZ voldoen aan de gestelde normen.

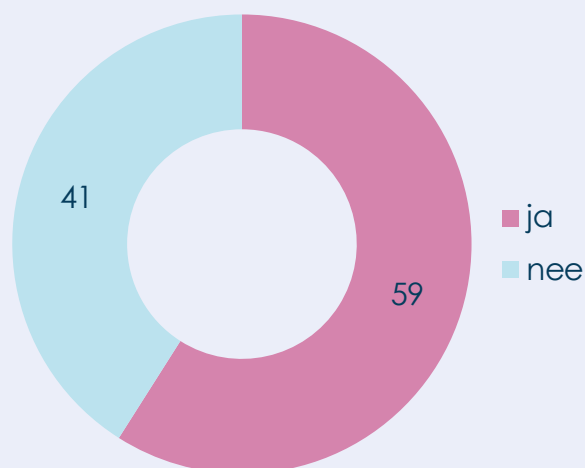


¹Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS). Multidisciplinaire normering Oncologische Zorg in Nederland - SONCOS normeringsrapport versie 4 (2016). www.soncos.org

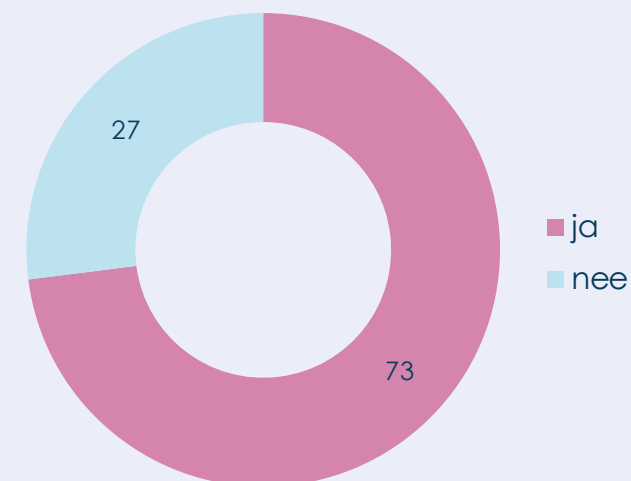
De zorginstelling dient per 1 januari 2017 te beschikken over een **multidisciplinair team palliatieve zorg** dat werkt volgens de richtlijnen palliatieve zorg (Algemene principes van palliatieve zorg, www.pallialine.nl, 2017) en **gebruik maakt van een instrument** om de behoefte aan palliatieve zorg te inventariseren.



98% van de ziekenhuizen heeft per 1-1-2017 een team PZ.



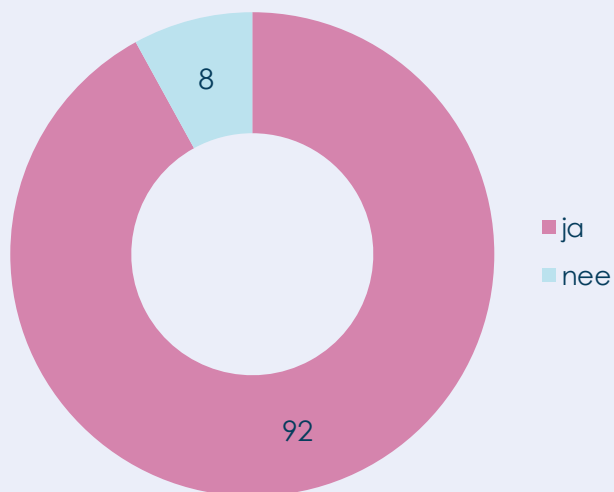
59% van de ziekenhuizen maakt gebruik van een meetinstrument om patiënten met mogelijke behoeftes aan palliatieve zorg te identificeren.



73% van de teams PZ maakt dagelijks gebruik van een meetinstrument die multidimensionaal* van aard is.

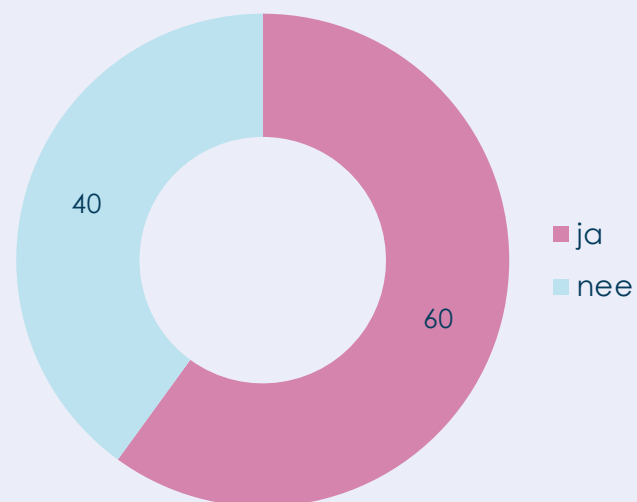
* Lastmeter, Utrecht Symptoom Dagboek (USD), Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ), Care Related Quality of Life voor Chronisch, Hartfalen (CareQoL CHF), Groningen Frailty Indicator (GFI), Geriatric 8 (G8)

Het multidisciplinaire team bestaat tenminste uit **twee medisch specialisten en een verpleegkundige** met specifieke expertise in de palliatieve zorg. De verpleegkundige is bij voorkeur een **oncologieverpleegkundige of verpleegkundig specialist oncologie of anesthesiologie/pijngeneeskunde**.



92% van de teams PZ bestaat uit tenminste twee medisch specialisten én een verpleegkundige óf een verpleegkundig specialist*.

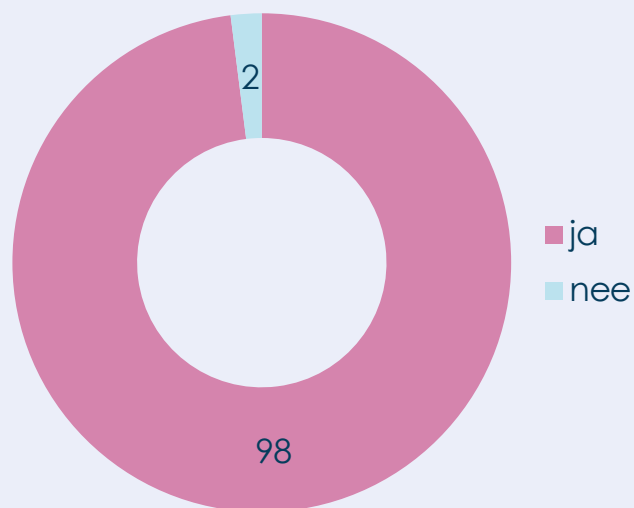
* 'met specifieke expertise' is hier buiten beschouwing gelaten omdat opleiding van artsen in het team is uitgevraagd en niet specifiek opleiding van medisch specialisten (zie volgende pagina)



In 60% van de teams PZ heeft de verpleegkundige de voorkeursopleiding, namelijk oncologieverpleegkundige, verpleegkundig specialist oncologie of anesthesiologie/pijngeneeskunde.

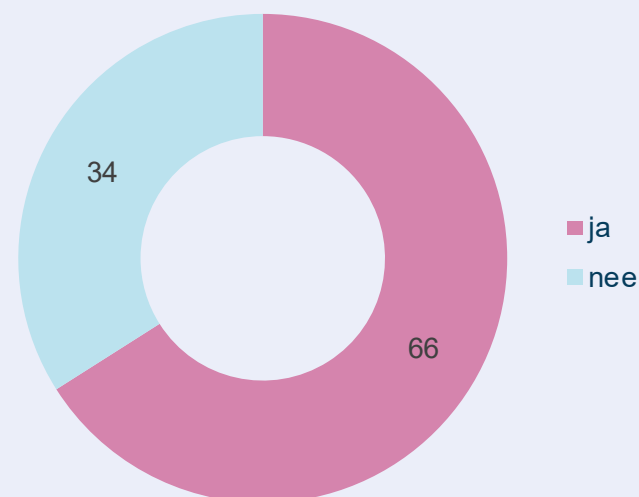
Tenminste **één van de medisch specialisten in het multidisciplinaire team dient per 1 januari 2017 specifieke scholing** op het gebied van palliatieve zorg te hebben voltooid.

Het heeft de sterke voorkeur dat de andere betrokken zorgverleners ook specifieke scholing in palliatieve zorg volgen.



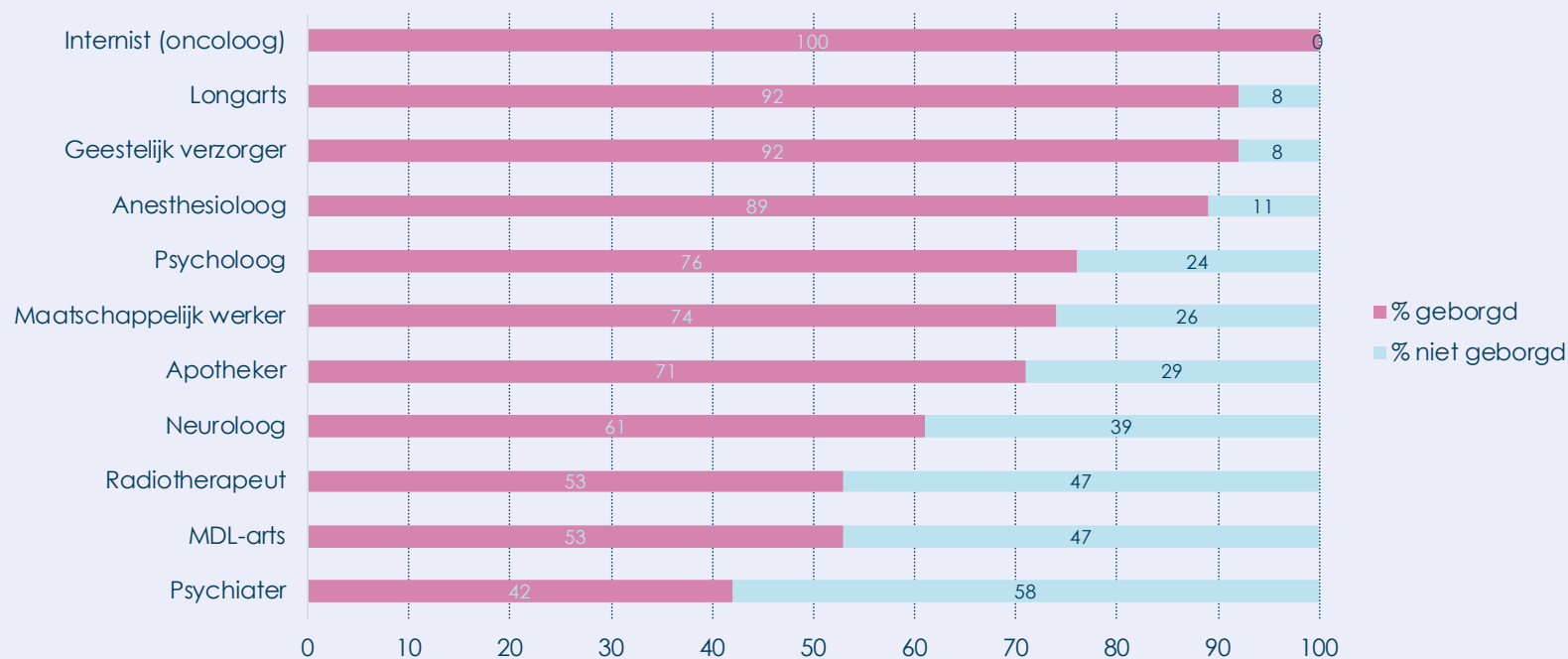
98% van de teams PZ heeft tenminste één arts in het team die is opgeleid in de palliatieve zorg door middel van een van de drie eerder genoemde opleidingen*.

* opleiding van artsen in het team is uitgevraagd en niet specifiek opleiding van medisch specialisten.



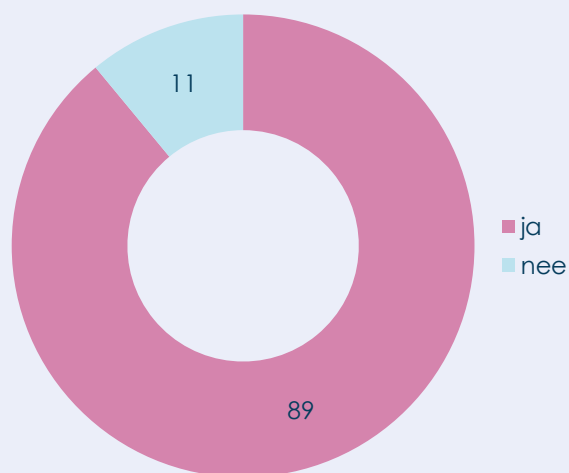
66% van de teams PZ heeft tenminste één arts in het team die de kaderopleiding palliatieve zorg of Cardiff Palliative Medicine Course heeft gevolgd.

Er is **vaste mogelijkheid tot consultatie** van internist-oncoloog, anesthesioloog, neuroloog, longarts, MDL-arts, radiotherapeut, apotheker, psycholoog, psychiater, geestelijk verzorger en maatschappelijk werkende, allen met deskundigheid in palliatieve zorg, voor zover dezen niet al deel uitmaken van het multidisciplinair team.



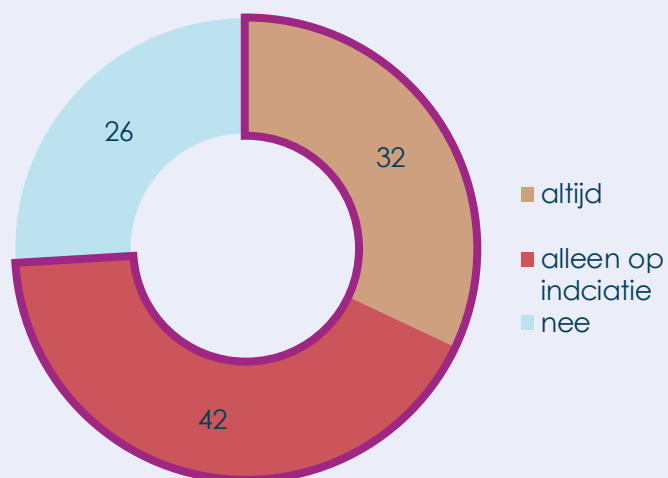
Alle ziekenhuizen met een team PZ geven aan dat consultatie voor het specialisme internist-oncoloog geborgd is, via lidmaatschap van het team PZ dan wel via vaste consultatieafspraken. Borging van consultatie van andere specialismen is als volgt: longartsen (92%), geestelijke verzorgers (92%) en anesthesiologen (89%). Voor MDL-artsen en psychiaters is consultatie minder goed geborgd.

Het multidisciplinair team komt **tenminste wekelijks bijeen**.

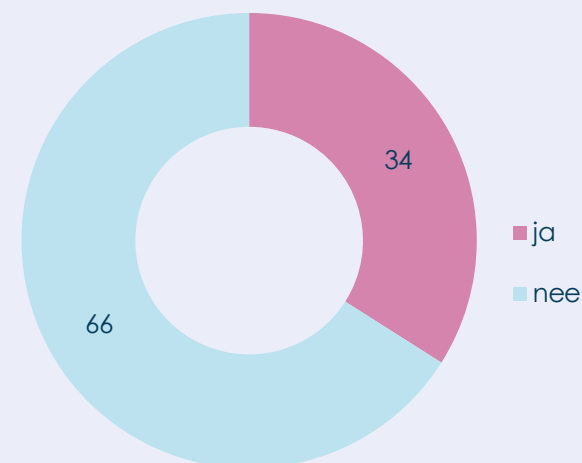


89% van de teams PZ komt tenminste wekelijks bijeen.

Er dient **gestructureerd en tijdig transmuraal overleg en overdracht te zijn ten behoeve van optimale palliatieve zorg in de thuissituatie**. Het multidisciplinair team dient tevens **beschikbaar te zijn voor overleg over patiënten die ontslagen zijn en thuis palliatieve zorg ontvangen** onder leiding van de huisarts.



74% van de teams PZ geef aan voor het ontslag contact te hebben met huisarts of specialist ouderengeneeskunde over palliatieve zorg in de thuissituatie. Hiervan heeft 32% altijd contact.



34% van de teams is beschikbaar voor zowel bekende als onbekende patiënten die verblijven in de thuissituatie.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Deze derde uitvraag onder teams palliatieve zorg (PZ) in de Nederlandse ziekenhuizen heeft geresulteerd in een respons van 80% en geeft daarmee een representatief beeld van de stand van zaken van de teams PZ in de ziekenhuizen en de ontwikkeling die zij sinds de eerste uitvraag in 2012 hebben doorgemaakt. De groei van de teams PZ laat zien dat palliatieve zorg een wezenlijk onderdeel is geworden van het zorgaanbod in ziekenhuizen. Daarnaast laten de resultaten zien dat er op een aantal aspecten nog verbetering te bereiken is. In dit hoofdstuk benoemen we de aspecten die naar onze mening aandacht behoeven.

OPTIMALISEREN KWALITEIT VAN PALLIATIEVE ZORG DOOR GROTER BEREIK EN VROEGE INZET VAN TEAMS PZ

KWALITEIT VAN DE TEAMS PALLIATIEVE ZORG ERKENNEN EN STIMULEREN DOOR HELDERE CRITERIA OMTRENT OPLEIDINGSEISEN

MENSEN EN MIDDELEN UITBREIDEN OM INBEDDING VAN PALLIATIEVE ZORG TE BORGEN

TEAMS PZ INZETTEN VOOR ONTWIKKELING RICHTING NETWERKZORG

OPTIMALISEREN KWALITEIT VAN PALLIATIEVE ZORG DOOR GROTER BEREIK EN VROEGE INZET VAN TEAMS PZ

De toename van het aantal teams PZ in ziekenhuizen en het aantal klinische consulten per team PZ wijzen op betere integratie van palliatieve zorg in de standaard zorg. Echter, de dekkinggraad, het aantal klinische consulten van het team palliatieve zorg ten opzichte van het jaarlijks totale aantal opnames in een ziekenhuis, blijft laag, namelijk minder dan 1% van de patiënten ontvangt specialistische palliatieve zorg in de Nederlandse ziekenhuizen. Daartegenover staat bijvoorbeeld een studie uit de VS die laat zien dat daar de dekkinggraad het afgelopen decennium is gestegen naar 5,3% (Rogers, 2019). Eerder onderzoek laat zien dat 10% van alle patiënten in het ziekenhuis in de palliatieve fase verkeert (Desmedt, 2012) en dat 40% van alle opgenomen patiënten behoefte heeft aan palliatieve zorg (Gardiner, 2013). Gezien de bovengenoemde dekkinggraad van minder dan 1% lijkt dit te suggereren dat nog onvoldoende voorzien wordt in de PZ behoefte van patiënten.

Naast toename van het aantal teams PZ bieden ook meer teams PZ poliklinische consultatiemogelijkheid aan, bijna twee derde van de teams. Uit internationale studies is gebleken dat vroege, poliklinische inzet van specialistische palliatieve zorg naast ziekte-gerichte behandeling voor patiënten met een levensbedreigende aandoening leidt tot betere kwaliteit van leven, grotere tevredenheid over de zorg, minder depressies (ook bij naasten) en voor sommigen zelfs langere overleving (Temel, 2010, Zimmerman, 2014, Gaertner, 2017). Waarbij gestandaardiseerde inzet van palliatieve zorg leidt tot betere integratie in de standaard zorg (Ferrell, 2017) en beter resultaat oplevert dan wanneer palliatieve zorg wordt ingezet afhankelijk van behoeften (Vanbutsele, 2018). In bijna een vijfde van de ziekenhuizen wordt hierop geanticipeerd door het team PZ standaard in consult te vragen bij bepaalde patiëntengroepen met bijvoorbeeld kanker met een slechte prognose, hartfalen met drie of meer opnames in een jaar of als onderdeel van het zorgpad COPD. Echter, er wordt nog maar beperkt gebruik gemaakt van

het poliklinische aanbod. En voor meer dan de helft van de teams PZ geldt dat een verwijzing naar team PZ nog altijd pas plaats vindt in de laatste weken voor overlijden.

Aanbeveling

Om te zorgen dat de patiënten, die palliatieve zorg nodig hebben, deze ook tijdig ontvangen, is herkennen van deze patiënten essentieel. De 'surprise question' is een belangrijk instrument om de bewustwording ten aanzien van palliatieve zorgbehoeften te vergroten. Vervolgens dient te worden vastgesteld of de inzet van een specialistisch team PZ geïndiceerd is. Hierbij kan het structureel inzetten van een gevalideerd meetinstrument zoals SPICt bij patiënten met een levensbedreigende aandoening van meerwaarde zijn.

Daarnaast kan vroegtijdige, gestandaardiseerde inzet van het team PZ bij specifieke patiëntengroepen de kwaliteit van leven voor deze patiënten vergroten (Vanbutsele, 2018). Inzicht in het aandeel patiënten in de ziekenhuizen dat in Nederland behoefte heeft aan specialistische palliatieve zorg is nodig en ontbreekt op dit moment.

Met deze informatie kan een inschatting gemaakt worden wat nodig is aan toekomstige capaciteit en samenstelling voor de teams PZ, zodat de patiënten met complexe palliatieve zorgbehoeften ook bereikt kunnen worden. Daarnaast is ook belangrijk dat er afspraken gemaakt worden voor welke patiëntgroepen het team PZ standaard wordt geconsulteerd, hiervoor zouden criteria ontwikkeld kunnen worden.

KWALITEIT VAN DE TEAMS PALLIATIEVE ZORG ERKENNEN EN STIMULEREN DOOR HELDERE CRITERIA OMTRENT OPLEIDINGSEISEN

Palliatieve zorg is generalistische zorg daar waar het kan en specialistische zorg daar waar nodig, geldend voor iedere setting. De generalist (in palliatieve zorg) roept een team PZ in consult wanneer specialistische kennis nodig is om aan complexe zorgbehoeften van patiënten te kunnen voldoen. De resultaten van deze uitvraag tonen aan dat het opleidingsniveau van de leden van een team PZ voor de meerderheid van de teams hoog is. 98% van de teams PZ heeft een medisch specialist in het team, die is opgeleid in de palliatieve zorg door middel

van een van de drie genoemde opleidingen (namelijk: kaderopleiding palliatieve zorg, Cardiff Palliative Medicine Course (post graduate) en de achtdaagse cursus palliatieve zorg). Wanneer we kijken naar de verdeling van opleidingen zien we dat 41 teams PZ (66%) tenminste één specialist in het team hebben die de kaderopleiding PZ of Cardiff heeft gevolgd.

Aanbeveling

Het verdient aanbeveling om de reeds beschikbare specialistische kennis van de diverse disciplines te erkennen door deze duidelijk te definiëren en er de gewenste opleidingseisen, competenties en (her)registratie criteria aan te verbinden. Dit zal de ontwikkeling van de kwaliteit van de palliatieve zorg kunnen vergroten, alsook de financieringsmogelijkheden. Naar verwachting zullen financieringsmogelijkheden in de toekomst beschikbaar komen om de transmurale organisatie van palliatieve zorg verbeteren.

MENSEN EN MIDDELEN UITBREIDEN OM INBEDDING VAN PALLIATIEVE ZORG TE BORGEN

De resultaten laten zien dat er een verschuiving plaatsvindt in de manier van inbedding van palliatieve zorg in ziekenhuizen. Palliatieve zorg is vaker opgenomen in het meerjarenplan van het ziekenhuis en een toenemend aantal ziekenhuizen heeft een vakgroep palliatieve zorg. Opvallend is dat er minder vaak een specifieke opdracht voor palliatieve zorg is van de Raad van Bestuur. Dit suggereert dat palliatieve zorg het projectniveau is ontstegen en wellicht beter geïntegreerd wordt in de standaard zorg en vaker onderdeel is van de begroting en afspraken met de zorgverzekeraars. De toename van het aantal ziekenhuizen dat op afdelingen werkt met aandachtsvelders palliatieve zorg en een palliatieve unit of gelabelde bedden heeft voor palliatieve zorg kan hier ook een aanwijzing voor zijn. Alsook het feit dat de financiering voor palliatieve zorg nu vaker tot stand komt met behulp van de DOT palliatieve zorg. Daar staat tegenover dat de leden van de teams PZ vaak niet uitkomen met de uren

die zij voor het team inzetbaar zijn. Veel teams rapporteren dat hun teamleden naast gelabelde uren ook vele extra uren werken. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het mediane aantal consulten per team ten opzichte van 2014 is verdubbeld. Echter, het aantal gelabelde uren per week voor verpleegkundig specialisten en oncologie verpleegkundigen is gedaald. De beschikbare gelabelde uren van medisch specialisten zijn beperkt en worden waarschijnlijk vooral ingezet voor het wekelijks MDO, terwijl zij veelal ook betrokken zijn bij de uitvoering van consulten. Bovendien geven teams PZ aan dat nog altijd een deel van de consulten niet kan worden gedeclareerd.

Aanbeveling

Wij stellen voor om niet alleen eisen te stellen aan de samenstelling van het team PZ (zoals de SONCOS normering), maar ook op basis van taakfunctieomschrijvingen voor de betrokken professionals – en uitgaand van verwachte groei van het aantal consulten per discipline – een minimaal aantal gelabelde uren toe te kennen dat

voldoende is voor het te verwachten aantal consulten. Dit vraagt van de ziekenhuizen een keuze in de jaarlijks te maken en te verdelen productieafspraken.

Vanaf 2018 is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de regelgeving voor registratie en declaratie aangepast om deze beter toegankelijk te maken in de praktijk. Om optimaal gebruik te kunnen maken van de mogelijkheden voor bekostiging van de palliatieve zorg, kan de jaarlijks geactualiseerde Handreiking Financiering palliatieve zorg handvatten bieden. Bij constatering van knelpunten in de praktijk is het advies deze te melden bij het Praktijkteam palliatieve zorg van het ministerie van VWS, zodat eventuele drempels in organisatie en financiering van de palliatieve zorg kunnen worden weggenomen.

TEAMS PZ INZETTEN VOOR ONTWIKKELING RICHTING NETWERKZORG

Teams PZ zijn meer transmuraal gaan samenwerken in vergelijking met 2014. De teams zijn niet meer alleen samengesteld met zorgprofessionals uit de eerste en tweede lijn, maar zijn ook vaker beschik-

baar voor telefonische consultatie voor patiënten die buiten het ziekenhuis verblijven of voor huisbezoeken. Met de kanttekening dat het aantal verrichte huisbezoeken nog laag is en dat slechts een derde van de teams beschikbaar is voor consultatie over nieuwe patiënten buiten het ziekenhuis.

Met het oog op de toegevoegde waarde van inzet van specialistische palliatieve zorg thuis (Gomes, 2013 ; Meatens, 2019) en de beweging van de Nederlandse gezondheidszorg van lijngeoriënteerde zorg naar transmurale- of netwerkzorg (visiedocument Medisch Specialist 2025), is de verwachting dat de behoefte aan transmuraal georganiseerde palliatieve zorg zal groeien.

Aanbeveling

Vanuit de patiënt gezien is het belangrijk dat de zorg naadloos overgaat van de ene zorgsetting naar de andere en dat de mogelijkheid bestaat tot specialistische ondersteuning, ongeacht de plek waar de patiënt zich bevindt. Voor het transmuraal organiseren van palliatieve netwerkzorg zijn afspraken over regie van het zorgpro-

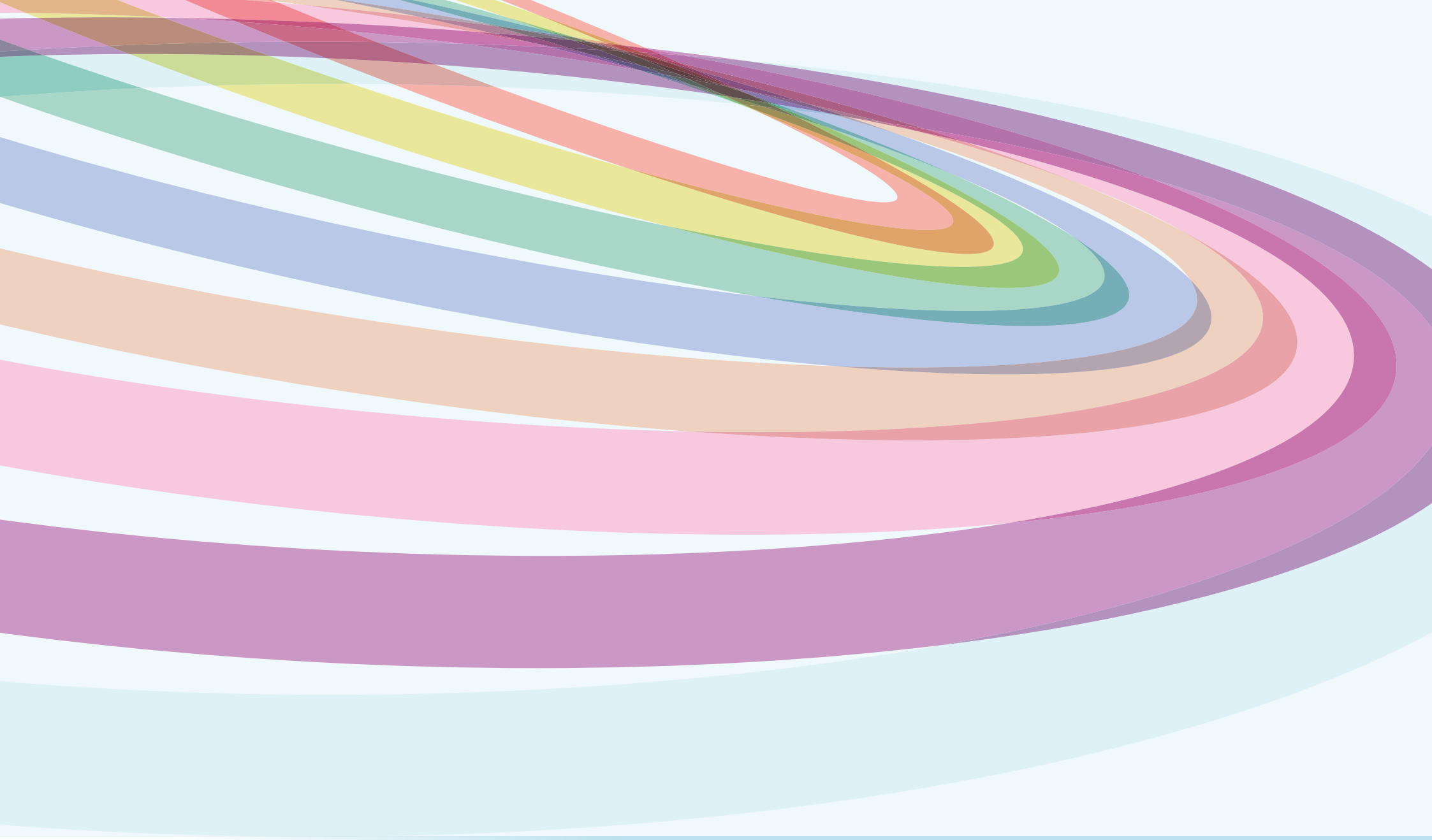
ces, samenwerking van zorgverleners uit de verschillende zorgsettings, alsook bekostigingsafspraken van belang.

Om goede continuïteit van (transmurale) zorg te waarborgen en eigen regie van patiënten en naasten te vergroten, is het noodzakelijk dat er een digitaal systeem voor registratie en communicatie wordt ontwikkeld voor alle zorgsettings. Daarbij is onderzoek naar de meerwaarde van transmurale organisatie van zorg van belang.

Tot slot

Doelstellingen voor 2020 van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg zijn onder andere dat meer mensen sterven op de plek van voorkeur en dat de zorg zo dichtbij als mogelijk wordt georganiseerd. Cruciaal daarvoor is dat de aansluiting tussen de eerste en de tweede lijn is verbeterd en specialistische en multidisciplinaire kennis snel beschikbaar is. Voor de patiënt beschreven in het voorwoord was sterven op de plek van voorkeur nog niet haalbaar. Hoewel er steeds meer ontwikkelingen zijn waarin palliatieve zorg (vroegtijdig) geïntegreerd wordt in de reguliere zorg, is er zeker nog ruimte voor verbetering. De teams PZ kunnen een sleutelrol vervullen als het gaat om het bieden van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en door de juiste zorgverlener. Wij hopen dat de resultaten van deze uitvraag daarin een extra stimulans zijn.

- Desmedt MS, de la Kethulle YL, Deveugele MI, Keirse EA, Paulus DJ, Menten JJ, et al. Palliative inpatients in general hospitals: a one day observational study in Belgium. *BMC Palliat Care*. 2011;10:2.
- Federatie Medisch Specialisten. Visiedocument Medisch Specialist 2025. 2017
- Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, Finn JI, Paice JA, Peppercorn JM, Phillips T, Stovall EL, Zimmermann C, Smith TJ. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2017 Jan;35(1):96-112
- Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, Antes G, Meffert C, Xander C, Stock S, Mueller D, Schwarzer G, Becker G. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2017 Jul 4;357:j2925
- Gardiner C, Gott M, Ingleton C, Seymour J, Cobb M, Noble B, et al. Extent of palliative care need in the acute hospital setting: a survey of two acute hospitals in the UK. *Palliat Med*. 2013;27(1):76-83.
- Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 6;(6):CD007760
- Maetens A, Deliens L, Van den Block L, Beernaert K, Cohen J. Are We Evolving Toward Greater and Earlier Use of Palliative Home Care Support? A Trend Analysis Using Population-Level Data From 2010 to 2015. *J Pain Symptom Manage*. 2019 Jul;58(1):19-28.e10.
- Rogers M, Meier DE, Heitner R, Aldridge M, Hill Spragens L, Kelley A, Nemec SR, Morrison RS. The National Palliative Care Registry: A Decade of Supporting Growth and Sustainability of Palliative Care Programs. *J Palliat Med*. 2019 Jul 19
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733-42.
- Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, Eecloo K, Cocquyt V, Geboes K, Deliens L. Effect of early palliative care: complex intervention and complex results. *Lancet Oncol*. 2018 Mar;19(3):394-404.
- Vektis/IKNL. Factsheet palliatieve zorg voor mensen met kanker. Beschikbaar op: <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-palliatieve-zorg>
- Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leigh N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9930):1721-30.



PZNL

Wij maken ons hart voor
de beste palliatieve zorg.