

Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen

Resultaten 2015

oktober 2015

Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen

Resultaten 2015

Auteurs

Manon Boddaert
Joep Douma
Bo van Aalst
Maureen Bijkerk
Arianne Brinkman
Linda Brom
Anne Degenaar

oktober 2015

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
Samenvatting	8
1 Inleiding	10
2 Algemene resultaten	11
3 Resultaten ziekenhuizen met team PZ	14
3.1 Het team PZ in beeld	14
3.2 Werkwijze	17
3.3 Transmuraal werken	20
3.4 Multidisciplinair overleg	21
4 Financiering	24
5 Het team PZ en kwaliteit	26
6 Belemmerende en bevorderende factoren	29
7 Discussie en aanbevelingen	30
Bijlagen	33
B1 Ziekenhuizen die de enquête hebben ingevuld	34
B2 Bronvermelding	36



Voorwoord

Voor u ligt een rapport met de weerslag van palliatieve zorg in het ziekenhuis anno 2015. Rondom de dataverwerking hebben we frequent met elkaar gesproken over de ontwikkeling van de palliatieve zorg in Nederland tot op heden. Onderstaand een weerspiegeling van één van onze overpeinzingen.

Het standpunt in Nederland dat palliatieve zorg beschouwd wordt als generalistische zorg impliceert dat alle hulpverleners geschoold zijn in generalistische palliatieve zorg. Dit is echter niet het geval. In het initiële onderwijs aan universiteiten wordt palliatieve zorg niet, dan wel facultatief aangeboden. Hetzelfde geldt voor de vervolgoopleidingen tot medisch specialist. Met andere woorden, de generalist palliatieve zorg is in zorginstellingen tot op de dag van vandaag niet of nauwelijks aanwezig. Voorzichtig gesteld lijkt de eerste lijn er wat beter voor te staan omdat in de opleiding tot huisarts meer aandacht aan palliatieve zorg wordt besteed dan in de opleiding tot specialist. Maar ook daar is verdieping meestal facultatief. Hetzelfde geldt voor de verpleegkundige opleidingen. Verrassend? Niet echt. Bij de keuze van het model generalist, specialist en expert palliatieve zorg werd destijds door de beleidsmakers het model onvoldoende gedefinieerd, niet in de breedte uitgewerkt en geconcretiseerd. Veel vragen zijn blijven liggen. Wat verstaan wij in de praktijk van alle dag onder een generalist, specialist en een expert palliatieve zorg? Hoe leiden wij de zorgprofessionals op? Hoe vindt bijvoorbeeld via 'casefinding' de generalist de specialist dan wel expert palliatieve zorg? En aansluitend, wat vinden we in Nederland dat de kwaliteit van palliatieve zorg moet zijn en hoe borgen en financieren we dit?

In de context van de actuele pluriforme Nederlandse situatie mogen we daar kritisch op zijn. Is palliatieve zorg als generalistische zorg nog steeds een passende keuze of bij nader inzien toch minder geslaagd? Naar ons idee is dit laatste verdedigbaar ondanks de inzet van onder andere de multidisciplinaire beroepsvereniging Palliatief, het Nationaal Programma Palliatieve Zorg, netwerken palliatieve zorg en Integraal Kanker Centrum Nederland. Palliatieve zorg is in ons land van iedereen en daarmee van niemand. Het lijkt erop dat de tijd daar is voor verandering.

Een verkenning van de landen om ons heen biedt stof tot nadenken. In het algemeen kunnen we stellen dat daar waar direct gekozen is voor het zelfstandig specialisme palliatieve zorg de ontwikkeling krachtadiger is geweest dan in landen waar deze keuze niet primair werd gemaakt. En, daar waar de keuze niet direct is gemaakt, vindt in toenemende mate de transformatie naar een (multidisciplinaire) wetenschappelijke vereniging palliatieve zorg plaats en daarmee naar een zelfstandig specialisme. Daarbij gaat het niet alleen over het onbetwiste aanspreekpunt voor palliatieve zorg gerelateerde zaken, slagvaardigheid, herkenbaarheid en aanspreekbaarheid, maar ook bijvoorbeeld over de regiefunctie bij het ontwikkelen van richtlijnen, indicatoren, passende registraties, visitaties, het opstarten van een eigen opleiding met manpowerplanning, participatie in wetenschappelijk onderzoek en beroepsbelangen behartiging.

Wij pleiten voor herbezinning op wat nodig is voor goede palliatieve zorg in ons land. Hoe versterken wij de generalistische palliatieve zorg, de keuze die eerder is gemaakt? Daarnaast, hoe zorgen wij ervoor dat in aanvulling hierop specialistische zorg wordt geleverd voor patiënten en naasten die dat nodig hebben? Dit vraagt om doelgerichte keuzes om zo tot een krachtige positionering te komen van de palliatieve zorg. De groei van het aantal patiënten dat palliatieve zorg nodig heeft, maakt deze herbezinning urgent. Dit rapport ondersteunt ons pleidooi voor herbezinning. Het geeft inzicht in de ontwikkeling van palliatieve zorg in de ziekenhuizen, biedt mogelijk herkenning en aanleiding tot reflectie. Zelf zien wij veel diversiteit in de samenstelling van de teams, werkwijze en beschikbaarheid, geleverde consulten, gebruik van instrumenten, financiering en gevolgde opleiding. De vele orkesten zijn nog op zoek naar de juiste maatvoering en de beste musici. De dirigent ontbreekt nog.

Laat dit rapport ondersteunend zijn bij het verder vormgeven van palliatieve zorg in uw ziekenhuis.
Manon Boddaert en Joep Douma

Samenvatting

Volgens het normeringsrapport van de Stichting Oncologische Samenwerking (Soncos) moeten alle ziekenhuizen in Nederland per 1 januari 2017 beschikken over een multidisciplinair team palliatieve zorg¹. Deze teams voor palliatieve zorg (PZ) kunnen onder andere geraadpleegd worden bij vragen over pijn en andere symptoombestrijding, psychosociale of spirituele problematiek en complexe medische besluitvorming. Uit recent onderzoek, vaak onder oncologische patiënten, blijkt dat de inzet van een team PZ kan leiden tot een betere kwaliteit van leven en tevredenheid voor patiënten met een beperkte levensverwachting²⁻⁴.

Om inzicht te krijgen in de huidige beschikbaarheid van teams PZ in het ziekenhuis en hun samenstelling en werkwijze, hebben Integraal Kankercentrum Nederland en de beroepsvereniging Palliactief in mei 2015, in samenwerking met het Erasmus MC, een enquête uitgezet onder 92 Nederlandse algemene, topklinische, universitaire en categorale ziekenhuizen. Met een respons van 80% geeft de enquête een representatief beeld.

De aandacht voor palliatieve zorg in het ziekenhuis is de afgelopen jaren sterk is toegenomen. Ten opzichte van 2013 blijkt dat vooral het aantal teams palliatieve zorg en het aantal poliklinische spreekuren palliatieve zorg zijn toegenomen⁵. Ook beleidsmatig is er aandacht voor palliatieve zorg, in de vorm van opdrachten voor de ontwikkeling van palliatieve zorg vanuit de raad van bestuur en/of medische staf en door het instellen van stuurgroepen of commissies palliatieve zorg.

In 57 ziekenhuizen is een team PZ aanwezig. Alle overige ziekenhuizen zijn bezig met de oprichting van een team. Het aantal ziekenhuizen met een team is vooral de afgelopen drie jaar sterk toegenomen. In 2014 waren 50 teams PZ operationeel. Het aantal klinische consulten per team varieerde tussen 2 en 680 consulten (mediaan: 77), waarbij teams die langer dan drie jaar bestonden aanzienlijk meer klinische consulten hadden (mediaan: 160) dan teams jonger dan 3 jaar (mediaan: 46).

Iets meer dan de helft van de teams verrichtte ook tussen 2 en 384 (mediaan: 20) poliklinische consultaties. Een kwart van de teams voerde huisbezoeken uit, waarbij het aantal bezoeken in 2014 varieerde tussen de 1 en 74 (mediaan: 6).

91% van de teams bestaat uit ten minste twee medisch specialisten en een verpleegkundige met specifieke expertise in de palliatieve zorg. Vaak maken oncologieverpleegkundigen (40%), pijnverpleegkundigen (37%) en/of verpleegkundig specialisten (54%) deel uit van de teams. Medisch specialisten die het meest zijn vertegenwoordigd, zijn internist-oncologen (90%), anesthesiologen (75%), longartsen (58%) en klinisch geriaters (44%). Het is opvallend dat zij in meer dan de helft van alle gevallen geen (gelabelde) uren beschikbaar hebben voor het team PZ. Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten daarentegen meestal wel, zij het met een wisselend aantal uren.

Geestelijke verzorgers maken deel uit van 65% van de teams, psychologen en maatschappelijk werkers zijn vertegenwoordigd in 28% van de teams. Naast de vaste deelnemers zijn er ook disciplines die het team PZ op afroep inschakelt.

Alle teams PZ kunnen geconsulteerd worden door de medisch specialisten in het betreffende ziekenhuis, 79% ook door verpleegkundigen, 40% door paramedici en 26% door patiënt of familie. Driekwart van de teams heeft beschreven voor welke situaties zij geconsulteerd kunnen worden. In sommige gevallen wordt (als onderdeel van de criteria) de 'Surprise Question' genoemd, waarbij de behandelend arts zich de vraag stelt 'Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen twaalf maanden zou overlijden?'⁶. Wanneer dit ontkennend beantwoord wordt, kan dit dienen als markering van de palliatieve fase.

De overgrote meerderheid van de teams is uitsluitend bereikbaar tijdens kantoor tijden. 11% is 7 dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar. Het merendeel van de consulten wordt aan het bed van patiënt (bedside) verleend. Alle consultatieteams voeren regelmatig multidisciplinair overleg. Bijna alle teams doen dit wekelijks (95%) en voldoen daarmee aan de Soncos-norm.

Voor optimale palliatieve zorg in de thuissituatie is bij ontslag uit het ziekenhuis tijdig en gestructureerd overleg en overdracht van belang. Momenteel geeft slechts 51% van de teams aan beschikbaar te zijn voor telefonische consultatie over patiënten die bekend zijn bij het team en thuis verblijven. Overigens geeft 77% van de teams wel aan transmuraal te werken. 54% van de teams bestaat uit een combinatie van professionals uit de eerste en tweede lijn. In 9% van de ziekenhuizen verrichten consultants uit de eerste lijn (van buiten het ziekenhuis) consulten bij patiënten die in het ziekenhuis opgenomen zijn.

Het Soncos-rapport noemt als eis dat ten minste een van de medisch specialisten in het team beschikt over specifieke scholing op het gebied van palliatieve zorg. Uit de enquête blijkt dat bijna alle ziekenhuizen (91%) eisen stellen aan de deskundigheid van de leden van het team, maar zonder eenduidigheid. Bij alle teams hebben een of meer van de aangesloten specialisten aanvullende scholing gevolgd. “De kaderopleiding” wordt het meest genoemd, maar onduidelijk is of het de korte cursus (acht dagen) of de tweejarige kaderopleiding Palliatieve Zorg betreft. Vaak hebben ook de verpleegkundigen bijscholingen of post-HBO opleidingen in palliatieve zorg gevolgd.

Het merendeel van de teams (90%) maakt gebruik van meetinstrumenten, richtlijnen en/of protocollen op het gebied van palliatieve zorg. Veelgebruikte instrumenten zijn de Lastmeter, een pijnscore (NRS of VAS), het Utrecht Symptoom Dagboek (USD), de Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), de Delirium Observatie Screening (DOS) en de Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). Door aandacht te besteden aan het functioneren van het team en ‘zorg voor de zorgenden’ wordt bij 61% van de teams de kwaliteit van de consulten geborgd. De helft van de teams voert regelmatig niet-patiëntgebonden overleg. 53% van de teams heeft ook scholing als team gezamenlijk.

Voor de financiering maken de meeste ziekenhuizen gebruik van een combinatie van bronnen. 58% van de ziekenhuizen gebruikt de DOT palliatieve zorg, die sinds 2012 bestaat en 65% (ook) eigen middelen. 79% van de ziekenhuizen registreert een consult binnen de DOT palliatieve zorg, maar declareert deze niet altijd. Uit de enquête blijkt dat er bij de ziekenhuizen nog onduidelijkheid bestaat over de declaratie en de verdeling van inkomsten. Een kwart van de ziekenhuizen heeft specifieke afspraken met de zorgverzekeraar over de declaratie van de inzet van hun team PZ.

Dit onderzoek toont aan dat palliatieve zorg in ziekenhuizen volop in ontwikkeling is. Om deze ontwikkeling te versterken zijn er aanbevelingen geformuleerd. De aanbevelingen liggen op het gebied van financiering, eenduidigheid in definities en gedragen kwaliteitscriteria.

1 Inleiding

Palliatieve zorg is volop in beweging, kan rekenen op maatschappelijke (publiekelijke) belangstelling en staat op de agenda's van het ministerie van VWS, patiëntenorganisaties, zorginstellingen, zorgverzekeraars, wetenschappelijke verenigingen en koepelorganisaties.

VWS stelt dat in 2020 iedere burger, als het aan de orde is, verzekerd is van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en door de juiste zorgverleners. Daartoe is in 2014 het Nationaal Programma Palliatieve Zorg gestart. Relevant is ook dat, volgens normering van de Stichting Oncologische Samenwerking (Soncos), ziekenhuizen die oncologische zorg leveren per 1 januari 2017 moeten beschikken over een multidisciplinair team palliatieve zorg¹.

Om te kunnen voldoen aan de doelstelling van VWS is het primair van belang dat we de patiënten die palliatieve zorg nodig hebben, ook kunnen identificeren. Uit onderzoek in België blijkt dat ongeveer 10% van alle patiënten in het ziekenhuis in de palliatieve fase verkeert⁷. Eén van de criteria om deze fase te markeren is de zogenaamde 'Surprise Question', waarbij de arts zich de vraag stelt of hij verbaasd zou zijn wanneer zijn patiënt over een jaar overleden is. Een ontkennend antwoord kan een begin zijn van transitie van cure naar care, beginnend met een markeringsgesprek en uitmondend in gezamenlijke besluitvorming met patiënt en naasten over vroegtijdige zorgplanning.

Vanuit de gedachte dat palliatieve zorg generalistische zorg is die alle zorgverleners in Nederland moeten kunnen bieden, zullen de noden en behoeften van op deze manier geïdentificeerde patiënten vaak door de behandelend arts en andere betrokken zorgverleners geadresseerd kunnen worden.

Ongeveer 40% van de palliatieve patiënten opgenomen in een ziekenhuis komt op grond van complexe problematiek in aanmerking voor specialistische palliatieve zorg^{8,9}. Op grond van deze getallen zou een specialistisch team bij ongeveer 4% van het totale aantal opgenomen patiënten in een ziekenhuis betrokken moeten zijn¹⁰.

Bovendien blijkt uit internationale studies dat vroege (poliklinische) inzet van specialistische palliatieve zorg naast de gebruikelijke ziektegerichte behandeling, voor patiënten met een levensbedreigende aandoening leidt tot betere kwaliteit van leven, grotere tevredenheid over de zorg, minder depressies (ook bij de naasten) en langere overleving²⁻⁴. Diverse onderzoeken tonen aan dat deze aanpak tevens leidt tot kostenbesparingen (onder meer door minder lang doorbehandelen en minder en kortere ziekenhuisopnames)¹¹.

Om te kunnen komen tot specialistische inzet van palliatieve zorg heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in 2012 zorgproducten ontwikkeld, waarmee ziekenhuizen de geleverde palliatieve zorg kunnen declareren. Uit cijfers van de NZa blijkt dat alle ziekenhuizen van Nederland gezamenlijk gemiddeld 2550 DOT's palliatieve zorg per jaar declareren. Dit lage aantal kan te wijten zijn aan beperkte inzet van specialistische palliatieve zorg in de ziekenhuizen, slechte bereikbaarheid van de zorgproducten door bijkomende regelgeving of een combinatie van beide.

Om inzicht te krijgen in de huidige beschikbaarheid en inzet van specialistische teams in het ziekenhuis en hun samenstelling en werkwijze, hebben in mei 2015 Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en de beroepsvereniging Palliatief, in samenwerking met het Erasmus MC, een enquête uitgezet onder 92 Nederlandse algemene, topklinische, universitaire en categorale ziekenhuizen. In 2013 heeft Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg samen met IKNL en Erasmus MC in het kader van het project 'Handreiking voor de ontwikkeling, implementatie en verankering van een programma palliatieve zorg in grote organisaties' een eerste inventarisatie gedaan van de stand van zaken van palliatieve zorg in de Nederlandse ziekenhuizen. Daar waar mogelijk vergelijken we de resultaten van die enquête met de huidige resultaten om ontwikkelingen van de afgelopen twee jaar inzichtelijk te maken.

2 Algemene resultaten

Dit hoofdstuk geeft de resultaten van het eerste, algemene deel (vraag 1-20) van de enquête beantwoord door alle participerende 74 ziekenhuizen. In de volgende hoofdstukken staan de resultaten van de 57 ziekenhuizen met een operationeel team PZ.

Methodie

De basis voor de verstuurd vragenlijst is de enquête uit 2013 en een vragenlijst in het kader van de COMPASS-studie van Erasmus MC*. Deze vragen zijn door de projectgroep uitgebreid en aangescherpt vanuit het oogpunt van dit project.

De vragen zijn verwerkt in een digitale tool (Survey Monkey) en door de adviseurs van IKNL verstuurd naar de contactpersonen in de ziekenhuizen. Tijdens de onderzoeksperiode hebben de adviseurs tweemaal een update gekregen van de respons en is hen verzocht contact op te nemen met de ziekenhuizen die nog niet hadden gereageerd. De dataverzameling liep van april tot half mei 2015.

Algemene resultaten

Respons

Van de 92 ziekenhuizen die zijn benaderd, hebben 74 de vragenlijst geretourneerd (tabel 2.1). Deze respons van 80% geeft een representatief beeld van de palliatieve zorg in de Nederlandse ziekenhuizen.

Tabel 2.1

Verdeling respons ziekenhuizen naar type

Type ziekenhuis	2013	2015
Algemeen ziekenhuis (SAZ)	37	43
Topklinisch ziekenhuis (STZ)	13	23
Universitair medisch centrum	6	7
Categoriaal oncologisch ziekenhuis	1	1

Bestuur, beleid en organisatie

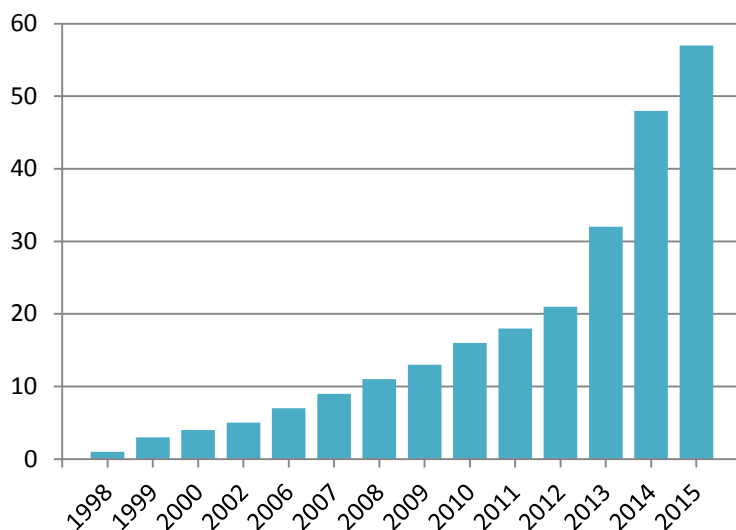
Op bestuursniveau is de aandacht voor palliatieve zorg in het ziekenhuis duidelijk aanwezig; 82% van de deelnemende ziekenhuizen geeft aan dat er een opdracht is van de raad van bestuur en/of het stafbestuur. Daarnaast geven 63 ziekenhuizen (85%) aan dat er een commissie is ingesteld voor implementatie van palliatieve zorg. In 2013 was dit bij 36 ziekenhuizen het geval. Slechts vier ziekenhuizen (5%) beantwoorden beide vragen negatief, terwijl drie van die ziekenhuizen wel een team PZ hebben.

De palliatieve zorg is organisatorisch in 74% van de ziekenhuizen ondergebracht bij de beschouwende specialismen en wordt op de werkvloer geconcretiseerd in een meerjarenbeleidsplan (54%), de aanwezigheid van een team PZ (77%) en in het aanstellen van aandachtsvelders op de afdelingen (73%).

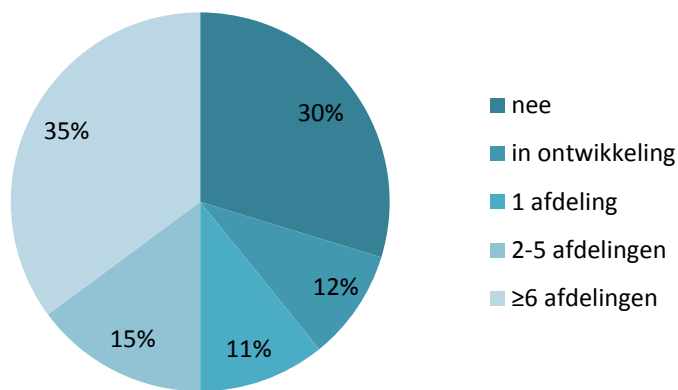
Uit de enquête blijkt dat alle participerende ziekenhuizen een operationeel team PZ (n=57) dan wel een team PZ in oprichting hebben (n=17). Uit figuur 2.1 blijkt dat het aantal ziekenhuizen met een team vooral de afgelopen drie jaar sterk is toegenomen. In de periode van 1998- 2010 waren er slechts dertien teams. In 2013 zijn elf teams gestart en in 2014 zestien. Bij 50% van de ziekenhuizen wordt op meerdere afdelingen gewerkt met aandachtsvelders (figuur 2.2).

* Aan deze studie doen twaalf ziekenhuizen mee. Onderzocht wordt wat de kwaliteit en kosteneffectiviteit van palliatieve zorg in het ziekenhuis is. Inhoudelijke afstemming met mw. drs. A. Brinkman – Stoppelenburg, hoofdonderzoeker van de COMPASS-studie, heeft plaatsgevonden.

Figuur 2.1 Aantal ziekenhuizen met een team PZ in de periode 1998-2015



Figuur 2.2 Inzet van aandachtsvelders op afdelingen van het ziekenhuis (n=74)



Zorgaanbod

De aandacht voor palliatieve zorg wordt weergegeven in een groeiend zorgaanbod ten opzichte van 2013 (tabel 2.2). De groei betreft vooral het poliklinische spreekuur en het team PZ. Het aantal gelabelde bedden, voorzieningen als een dagbehandeling of een aparte palliatieve unit zijn nagenoeg gelijk gebleven.

Tabel 2.2

Verdeling zorgaanbod over diverse organisatorische zorgvormen

Zorgaanbod	2013 (n = 57)	2015 (n=74)
Gelabelde bedden	10 (18%)	15 (20%)
Poliklinisch spreekuur	6 (10%)	16 (22%)
Dagbehandeling	1 (2%)	3 (4%)
Aparte palliatieve unit	4 (7%)	5 (6%)
Team PZ	22 (39%)	57 (77%)

Kwaliteit

Onderstaand worden de resultaten van het gebruik van meetinstrumenten, richtlijnen en het zorgpad Stervensfase in het gehele ziekenhuis beschreven.

Meetinstrumenten

Ruim 90% (n=67) van de ziekenhuizen gebruikt meetinstrumenten om de symptoomlast van de patiënt te bepalen. De Lastmeter wordt in 49 ziekenhuizen (73%) op één of meerdere afdelingen toegepast. Daarnaast noemen ziekenhuizen ook vaak het Utrechts Syptoom Dagboek (USD)/Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) (18%) en de pijnscore/Numerical Rating Scale (NRS)/Visual Analogue Scale (VAS) (24%). Verder wordt een grote diversiteit aan overige instrumenten genoemd, variërend van Hospital Anxiety & Depression Scale (HADS) en Delirium Observatie Schaal (DOS) tot Karnofsky en Snaq-score.

Vooraf de (gespecialiseerde) verpleegkundigen (n= 47), verpleegkundig specialisten (n=17) en verpleegkundig consulenten (n=13) passen de meetinstrumenten toe.

Richtlijnen

96% van de ziekenhuizen geeft aan volgens de richtlijnen palliatieve zorg te werken. Echter, in de gegeven toelichting merken ze meermaals op dat niet iedereen de richtlijnen gebruikt, soms specifiek alleen het team PZ. Daartegenover melden ziekenhuizen dat de richtlijnen in ziekenhuisprotocollen zijn verwerkt en in scholingen aan de orde komen.

Zorgpad Stervensfase

52 (70%) ziekenhuizen gebruiken het zorgpad Stervensfase. De meeste ziekenhuizen hebben het zorgpad op meerdere afdelingen of zelfs ziekenhuisbreed geïmplementeerd. In 2013 werd het zorgpad Stervensfase door 37 ziekenhuizen toegepast; een toename van 40%.

Samenvatting

Op basis van de algemene vragen, beantwoord door alle participerende ziekenhuizen, concluderen we dat de aandacht voor palliatieve zorg in het ziekenhuis is toegenomen ten opzichte van 2013. Dit uit zich voornamelijk in een sterke groei van het aantal teams PZ, het inzetten van aandachtsvelders en het toegenomen aantal poliklinische spreekuren palliatieve zorg. Bovendien maakt een ruime meerderheid van de ziekenhuizen gebruik van meetinstrumenten, de richtlijnen palliatieve zorg en het zorgpad Stervensfase. Ook beleidsmatig is er aandacht voor palliatieve zorg, in de vorm van opdrachten voor de ontwikkeling ervan vanuit de raad van bestuur en/of medische staf en door het instellen van commissies. Ten opzichte van 2013 is het zorgaanbod op het gebied van gelabelde bedden palliatieve zorg, dagbehandeling en een aparte palliatieve unit gelijk gebleven.

3 Resultaten ziekenhuizen met team PZ

Van de 74 ziekenhuizen die de enquête hebben ingevuld, hebben 57 een operationeel team PZ. Alleen deze ziekenhuizen hebben het tweede deel van de enquête (vraag 21-78) beantwoord over onder andere de naamgeving, samenstelling, werkwijze en financiering van de teams.

3.1 Het team PZ in beeld

Naamgeving

65% van de teams heet consult(atie)team of adviesteam. De overige 35% gebruikt alleen het woord 'team' in de naam. Acht teams verwijzen in hun naam ook naar de mogelijkheid van ondersteuning/supportive care/symptoombestrijding. Eén team noemt zich expliciet 'intramuraal' en drie teams 'transmuraal'. Tweemaal blijkt uit de naamgeving dat het team palliatieve zorg en het pijnteam één team vormen.

Samenstelling

In het Soncos-normeringsrapport 2015 wordt gesproken over een multidisciplinaire samenstelling van het team PZ: "Het team bestaat ten minste uit twee medisch specialisten en een verpleegkundige met specifieke expertise in de palliatieve zorg, bij voorkeur een oncologieverpleegkundige of verpleegkundig specialist oncologie of anesthesiologie/pijngeneeskunde. Onder de verpleegkundige 'met specifieke expertise palliatieve zorg' is de pijnverpleegkundige, de verpleegkundige palliatieve zorg, de oncologieverpleegkundige en de verpleegkundig specialist geschaard."

Uit de gegevens blijkt dat 52 van de 57 teams PZ (91%) aan deze eis uit het Soncos-normeringsrapport voldoen. Van de medisch specialisten participeren de internist-oncoloog, anesthesioloog, klinisch geriater en longarts het vaakst in de kernteams. Van de overige disciplines zijn dat de geestelijk verzorger en de verpleegkundig specialist (tabel 3). In zes teams PZ (11%) zijn deze meest voorkomende disciplines allemaal vertegenwoordigd. De coördinatoren/trekkers van het team zijn meestal afkomstig uit het specialisme interne-oncologie (50%).

Het aantal uren dat een discipline te besteden heeft, blijkt beperkt. Drie teams PZ hebben helemaal geen gelabelde uren toegekend gekregen. In tabel 3.1 staat voor de meest genoemde disciplines het aantal keer dat zij in het kernteam palliatieve zorg participeren en de frequentie waarmee dat zonder gelabelde uren is.

Duidelijk wordt dat met name de verpleegkundig specialist en de oncologieverpleegkundige binnen hun functie tijd krijgen voor palliatieve zorg. De overige teamleden worden vaak geacht dit naast hun reguliere functie te doen.

Tabel 3.1

Overzicht meest vertegenwoordigde disciplines kernteam PZ met al dan niet gelabelde uren

Discipline	In kernteam (n)	Mediaan gelabelde uren (h)	In team zonder gelabelde uren (n)
Internist-oncoloog	49	1	28
Anesthesioloog	43	1	27
Longarts	32	1	22
Klinisch-geriater	19	1	12
Verpleegkundig specialist	32	38	6
Oncologieverpleegkundige	23	24	10
Pijnverpleegkundige	20	1	14
Geestelijk verzorger	36	1	21

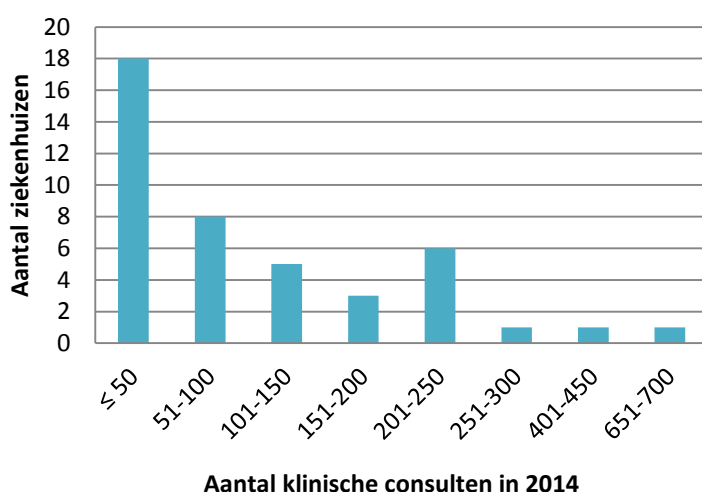
31 teams PZ (54%) hebben een of meer disciplines in het kernteam die de transmurale functie versterken, te weten de huisarts, hospice-arts, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundige of een consulent uit het regionale team. Bij driekwart van deze teams betreft het aantal inzetbare uren voor deze disciplines alleen participatie in het multidisciplinair overleg. Voor acht teams PZ (14%) betreft dit een groter aantal uren (>2). Voor alle teams PZ geldt dat op indicatie andere specialisten geconsulteerd kunnen worden.

Klinische consulten in 2014

In 2014 waren vijftig teams PZ operationeel. Het aantal klinische consulten per team varieerde tussen de 2 en 680 consulten (mediaan: 77). Van de vijftig teams hebben er vier geen klinische consulten opgegeven en drie poliklinische en klinische consulten niet apart geregistreerd. In deze drie ziekenhuizen varieert het aantal consulten van 215 tot 800. De verhouding poliklinische versus klinische consulten is onbekend. De mediaan van klinische consulten van de 43 ziekenhuizen ligt op 77.

Figuur 3.1

Aantal klinische consulten in 2014 bij 43 ziekenhuizen



Van de 43 ziekenhuizen met data over klinische consultatie hebben 26 teams PZ (60 %) minder dan honderd consulten verricht in 2014 (figuur 3.1). Hiervan zijn vijf teams vóór of in 2011 gestart en 21 teams (81%) in 2012 of later.

Zeventien teams PZ (40%) hebben meer dan honderd klinische consulten verricht in 2014. Dit aantal is nagenoeg gelijkmatig verdeeld over de UMC's, de STZ-en en de SAZ-ziekenhuizen. Van hen zijn er twaalf vóór of in 2011 gestart (71%) en vijf in 2012 of later.

Tien teams PZ (20%) hebben tweehonderd of meer klinische consulten verricht in 2014. Het gaat om vier SAZ-ziekenhuizen, vijf STZ en één UMC. Van hen zijn er acht vóór of in 2011 van start gegaan (80%), één in 2012 en één in 2013.

Teams die langer dan drie jaar bestaan, hebben tussen 20 en 680 klinische consulten gedaan (mediaan: 160) en teams jonger dan drie jaar tussen 2 en 250 (mediaan: 46).

Van de tien teams met meer dan tweehonderd klinische consulten hebben acht ook data opgegeven over totaal aantal opnames. Onderstaande figuur geeft weer hoe het aantal consulten zich verhoudt tot het totaal aantal ziekenhuisopnames.

Tabel 3.2

Aantal klinische consulten ten opzichte van het totaal aantal ziekenhuisopnames voor acht teams met meeste consulten

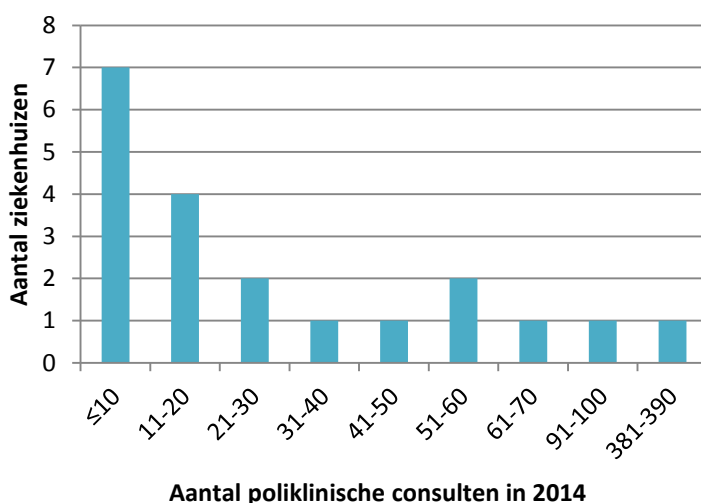
Soort ziekenhuis	Aantal opnames	Aantal klinische consulten	% van de opnames
STZ	25.600	214	0,8%
STZ	21.600	235	1,1%
STZ	31.600	295	0,9%
STZ	35.200	680	1,9%
STZ	30.100	224	0,7%
SAZ	18.000	415	2,3%
SAZ	13.700	250	1,8%
UMC	37.100	236	0,6%

Poliklinische consulten in 2014

28 van de 50 teams (56%) verrichtten ook poliklinische consultaties in 2014, bij acht van deze teams zijn hiervan geen aantallen bekend. Het aantal consulten van de overige twintig teams varieerde tussen 2 en 384 (mediaan: 20). Van de 28 teams PZ met poliklinische consulten doen dertien dat in de setting van een poliklinisch spreekuur. De overige teams verrichtten de consulten op een andere manier in het zorgtraject van de patiënt. Figuur 3.2 geeft een overzicht van het aantal poliklinische consulten in 2014.

Figuur 3.2

Aantal poliklinische consulten in 2014 bij twintig ziekenhuizen



NB Bij de algemene resultaten in hoofdstuk 1 staat genoemd dat zestien ziekenhuizen een poliklinisch spreekuur palliatieve zorg hebben. Hiervan zijn tien teams PZ opgenomen in bovenstaande grafiek. Van de overige zes ziekenhuizen zijn geen gegevens bekend, omdat ze geen team PZ hebben (n=2), geen poliklinische consulten hebben opgegeven (n=2) of poliklinische en klinische consulten niet apart hebben geregistreerd (n=2).

Totaal aantal consulten

Alle participerende ziekenhuizen met een operationeel team PZ in 2014 samen hebben totaal 7169 consulten uitgevoerd. Het totaal aantal opnames van deze ziekenhuizen bedroeg 930.530 patiënten. Hiermee kreeg 0,8% van het aantal opgenomen patiënten specialistische palliatieve zorg.

Om consultvragen te kunnen krijgen, moet het team bekend zijn en zich profileren. Scholing, in allerlei vormen, binnen het ziekenhuis (95%) en buiten het ziekenhuis (50%) blijkt een veel toegepaste strategie. Daarnaast noemen ziekenhuizen het ontwikkelen van protocollen (81%) en het doen van wetenschappelijk onderzoek (35%). Andere manieren zijn visitekaartjes afgeven op afdelingen en participeren in netwerken.

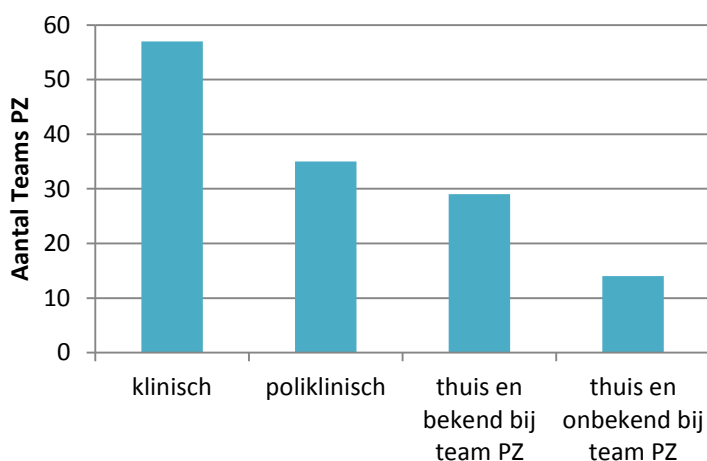
3.2 Werkwijze

Setting patiëntenzorg

In alle 57 ziekenhuizen kan het team PZ geconsulteerd worden voor klinische patiënten en in 61% van de ziekenhuizen (n=35) ook voor poliklinische patiënten (figuur 3.3). De helft van de teams PZ (n=29) is tevens beschikbaar voor al bekende patiënten in de thuissituatie en bijna een kwart van de teams PZ kan consultvragen krijgen over nog onbekende patiënten die thuis (of elders) verblijven.

Figuur 3.3

Setting patiëntenzorg teams PZ



Verwijscriteria

Driekwart van de teams heeft beschreven voor welke situaties zij geconsulteerd kunnen worden, soms in de vorm van zakkaartjes of folders. In sommige gevallen wordt (als onderdeel van de criteria) de 'Surprise Question' genoemd, waarbij de behandelend arts zich de vraag kan stellen "Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen twaalf maanden zou overlijden?"

Consultaanvraag

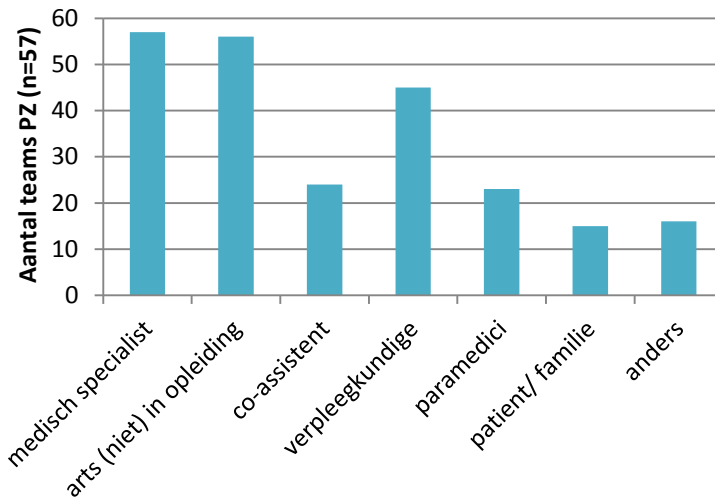
Alle teams kunnen geconsulteerd worden door de medisch specialisten die werkzaam zijn in het betreffende ziekenhuis (figuur 3.4). Hiernaast kan 79% van de teams ook door verpleegkundigen geconsulteerd worden, 40% door paramedici en 26% door patiënt of familie.

Bij de toelichting vermelden de ziekenhuizen dat de arts of hoofdbehandelaar altijd betrokken is bij de aanvraag, maar deze niet per se zelf hoeft te doen.

Het aanvragen van een consult kan in alle ziekenhuizen per telefoon. Daarnaast kan het bij veel ziekenhuizen ook via het elektronisch patiëntendossier (40%) en/of tijdens het MDO (35%).

Figuur 3.4

Wie mag consult aanvragen? (meerdere antwoorden mogelijk)



Bereikbaarheid

De meeste teams PZ (89%) zijn tijdens kantoortijden beschikbaar, waarbij drie ziekenhuizen in die tijd geen volledige dekking hebben en één ziekenhuis ruimere tijden aangeeft. Zes ziekenhuizen (11%) zijn 24/7 bereikbaar (twee UMC's en vier STZ-ziekenhuizen).

Buiten kantoortijden heeft 36% van de teams de waarneming intern geregeld door een dienstdoende specialist (oncologie, hematologie of pijnteam) of dienstdoende oncologieverpleegkundige. 40% van de teams maakt gebruik van externe waarneming door verwijzing naar een regionaal team PZ. Van de overige 24% is het team PZ buiten kantoortijden niet of niet rechtstreeks bereikbaar (mail of antwoordapparaat).

Relatie met pijnteam

De meeste ziekenhuizen geven aan dat er naast het team PZ een apart pijnteam bestaat (93%). Op de vraag of er een duidelijke taakafbakening is tussen pijnteam en team PZ antwoordt 77% (n=41) bevestigend. Uit de toelichting blijkt vooral dat goed wordt samengewerkt en dat laagdrempelig overleg plaatsvindt. In de organisatie van zorg is dat terug te zien doordat een afvaardiging van het pijnteam deel uitmaakt van het team PZ en/of doordat beide teams vertegenwoordigd zijn in het MDO palliatieve zorg (n=17). In de toelichting op de afbakening blijkt dat het pijnteam vooral wordt geconsulteerd voor acute pijn, postoperatieve pijn, chronische pijn en poliklinische pijnbehandeling. Patiënten in de palliatieve setting worden geconsulteerd door het team PZ en bijvoorbeeld bij chronische of complexe pijn soms ook door het pijnteam.

Consultatie

Contact

De teams PZ verrichten het merendeel van de consulten in face-to-face contact met de patiënt en zijn naasten (81%). Daarnaast worden consulten ook face-to-face met de consultvrager verricht (71%) of middels telefonisch contact (28%) (meerdere antwoorden mogelijk).

Een advies wordt face-to-face (81%) of telefonisch (49%) met de consultvrager besproken of alleen genoteerd in het elektronisch patiënten dossier (EPD) (58%) of in het papieren dossier (11%) (meerdere antwoorden mogelijk).

Verreweg de meeste teams PZ (89%) leggen het consult vast in het EPD; 14% in het papieren dossier (enkele ziekenhuizen leggen nog zowel elektronisch als in papieren dossiers vast). Daarnaast registreert 16% van de teams PZ het consult ook in PRADO (registratiesysteem IKNL) en heeft 11% ook een eigen registratie. Twee teams PZ werken niet in het patiëntendossier van het eigen ziekenhuis.

Tijdsbesteding

Driekwart van de teams PZ heeft geen vastgestelde tijd voor het eerste consult. De overige ziekenhuizen geven mediaan aan er één uur voor beschikbaar te hebben. Over het aantal contactmomenten kan tweederde van de teams PZ getalsmatig iets weergeven. De mediaan ligt daarbij op twee-drie keer. Teams merken vaak op dat ze het per patiënt bepalen aan de hand van situatie en opnameduur.

Consulent

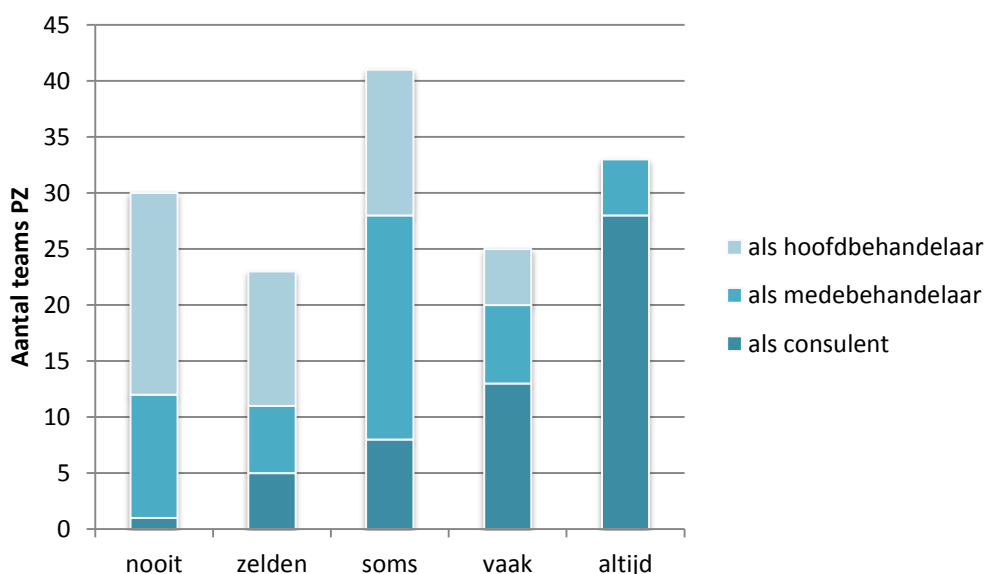
Bij tweederde (67%) van de teams wordt de patiënt gezien door de verpleegkundige al dan niet samen met de medisch specialist. In de toelichting zeggen de teams dat de verpleegkundige of verpleegkundig specialist als eerste de patiënt bezoekt en het consult doet en dat de arts er daarna bij betrokken wordt. De arts is bijvoorbeeld aanwezig bij het adviesgesprek met patiënt en naaste. Dat de verpleegkundige een grote rol heeft bij het consult blijkt ook uit het feit dat 23% van de teams PZ aangeeft dat alleen de verpleegkundige van het team PZ de patiënt ziet. Bij 4% van de teams PZ ziet alleen de arts de patiënt. De overige teams PZ bepalen aan de hand van de situatie van de patiënt wie deze het beste kan bezoeken.

Behandelaarschap

De arts van het team PZ kan bij de patiënt betrokken zijn als consulent, als medebehandelaar of als hoofdbehandelaar. Uit figuur 3.5 blijkt dat de arts meestal consulent of medebehandelaar is en slechts incidenteel hoofdbehandelaar.

Figuur 3.5

Rol arts van het team PZ bij patiënten waarvoor het team geconsulteerd wordt



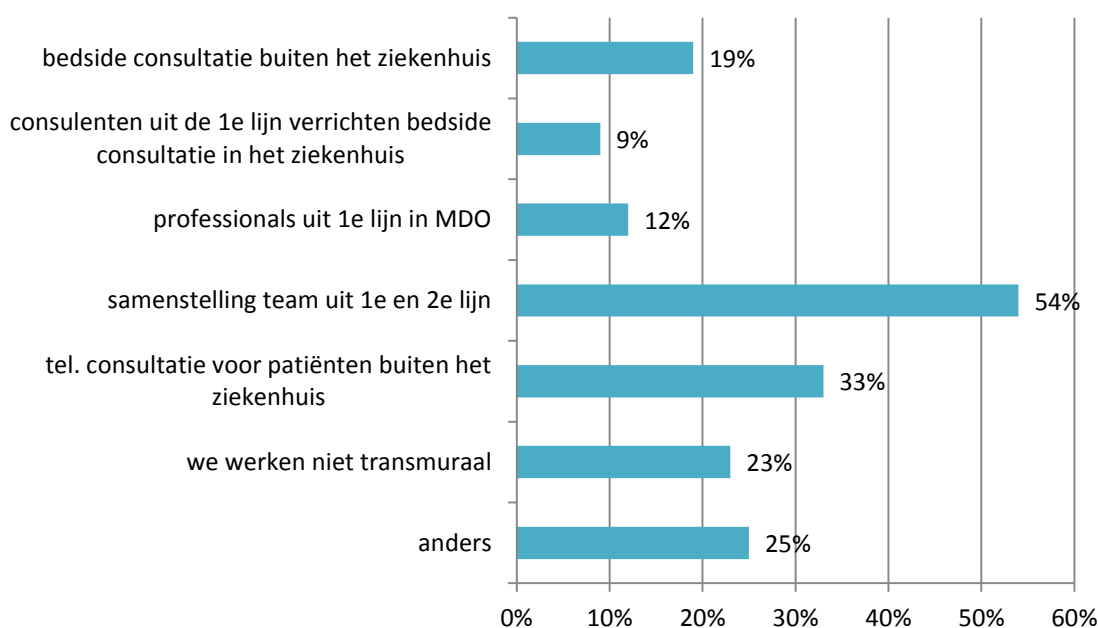
3.3 Transmuraal werken

Het Soncos-normeringsrapport zegt over transmuraliteit: '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.'

Zoals in de vorige paragraaf reeds genoemd, geeft 51% van de teams (n=29) aan beschikbaar te zijn voor telefonische consultatie over patiënten die bekend zijn bij het team en thuis verblijven (figuur 3.3).

Drie teams PZ (5%) geven in hun naamgeving blijk van transmuraliteit. In de enquête is gevraagd hoe de teams dit in de praktijk vormgeven. Driekwart van de teams PZ geeft aan transmuraal te werken, waarbij meer dan de helft zegt dat dat tot uiting komt in de samenstelling van het team. In de categorie 'anders' wordt in de toelichting aangegeven dat transmuraliteit vooral in ontwikkeling is of dat het tot uiting komt in bereikbaarheid of overdracht naar eerste lijn.

Figuur 3.6 Transmuraliteit in de praktijk (meerdere antwoorden mogelijk)



Vóór ontslag

Wanneer het team PZ bij de patiënt betrokken is, heeft het in 25% van de 57 ziekenhuizen altijd contact met de transferverpleegkundige over palliatieve zorg in de thuissituatie, in 70% van de ziekenhuizen gebeurt dat alleen op indicatie en bij 5% gebeurt dat niet. In de toelichting van enkele ziekenhuizen komt naar voren dat er korte lijnen zijn tussen het transferpunt en het team PZ.

Het team PZ heeft in 28% van de 57 ziekenhuizen vóór het ontslag altijd contact met de huisarts/specialist ouderengeneeskunde over palliatieve zorg in de thuissituatie. Bij 54% gebeurt dit alleen op indicatie en bij 18% gebeurt dat niet, met de toelichting dat dat gezien wordt als een taak van de hoofdbehandelaar.

Na ontslag

Ruim de helft van de teams PZ (57%) biedt na ontslag op indicatie een vorm van begeleiding, variërend van telefonisch contact met de patiënt tot een poliklinische vervolgspraak of huisbezoek. Na ontslag geeft 43% van de teams PZ geen vervolgadvis of begeleiding aan de patiënt.

Driekwart van de teams PZ heeft in 2014 geen huisbezoeken verricht. Daarvan geeft 21% aan dat in de toekomst wel te gaan doen. Tien teams PZ (18%) doen huisbezoeken en hebben daar ook gegevens van geregistreerd. Voor drie ziekenhuizen is het aantal substantieel (20-74).

3.4 Multidisciplinair overleg

Frequentie

Volgens het Soncos-normeringsrapport moet er wekelijks een MDO palliatieve zorg plaatsvinden. Van de 57 teams PZ voldoet 95% hieraan. Vier ziekenhuizen houden naast dit wekelijks MDO ook eenmaal per maand een groot MDO voor casuïstiekbespreking.

Drie ziekenhuizen hebben eenmaal in de twee weken een MDO en voldoen daarmee niet aan de norm. Van deze drie ziekenhuizen hebben er twee minder dan tien consulten gehad in 2014; het derde ziekenhuis spreekt over achthonderd consulten. Onduidelijk is welke rol het MDO hier heeft.

Duur

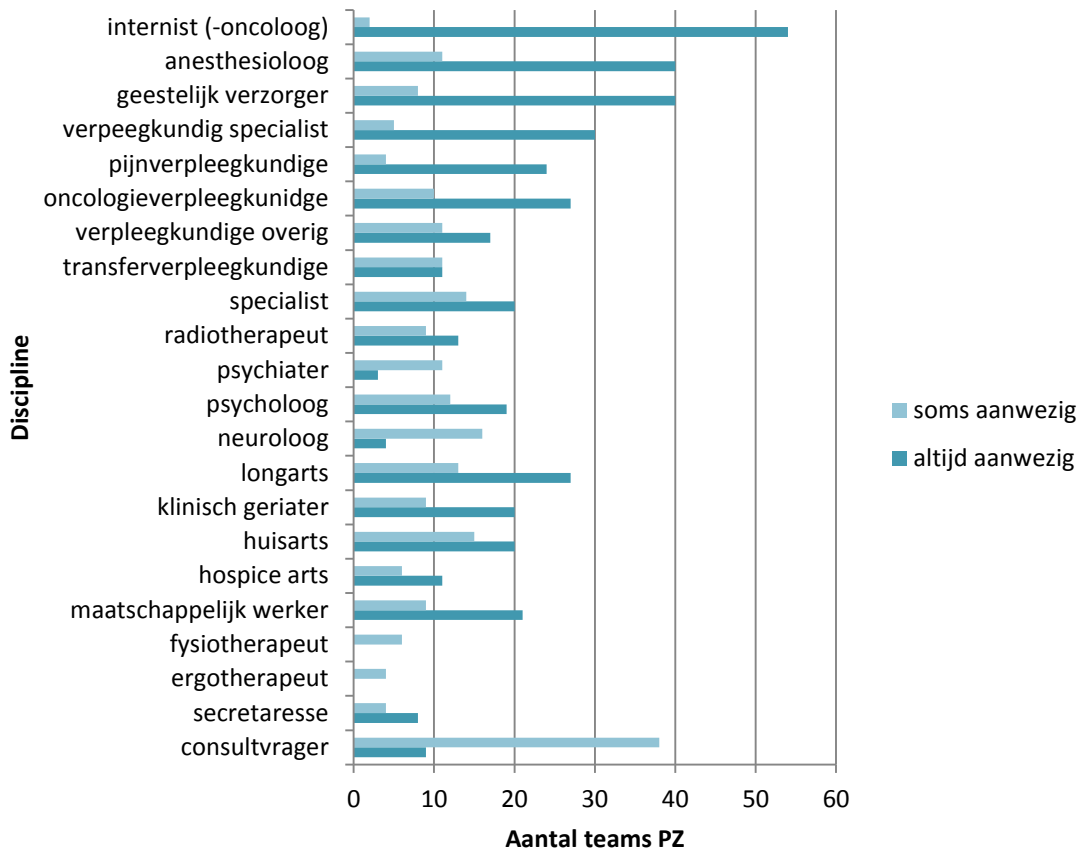
De gemiddelde duur van het MDO is voor driekwart van de teams PZ 60-90 minuten. De overige teams PZ besteden er 30-50 minuten aan.

Samenstelling

De samenstelling van het MDO is voor de ziekenhuizen verschillend (figuur 3.7). De internist(-oncoloog) is in 93% van de ziekenhuizen altijd aanwezig; de geestelijk verzorger en de anesthesioloog in 68%. De verpleegkundige discipline is altijd vertegenwoordigd al verschilt het per ziekenhuis welke specialisatie aanwezig is: oncologieverpleegkundige, pijnverpleegkundige, transferverpleegkundige of verpleegkundig specialist. De consultvrager is in een kwart van de ziekenhuizen meestal aanwezig, bij 43% soms en bij 29% van de ziekenhuizen zelden of nooit. In 55% van de ziekenhuizen is een lid van het team PZ aanwezig bij een overlegmoment, bijvoorbeeld grote visite, van andere afdelingen. Vooral bij de afdeling oncologie komt dat veel voor. Figuur 3.7 geeft een overzicht van alle genoemde disciplines die participeren in een MDO.

Figuur 3.7

Samenstelling MDO palliatieve zorg

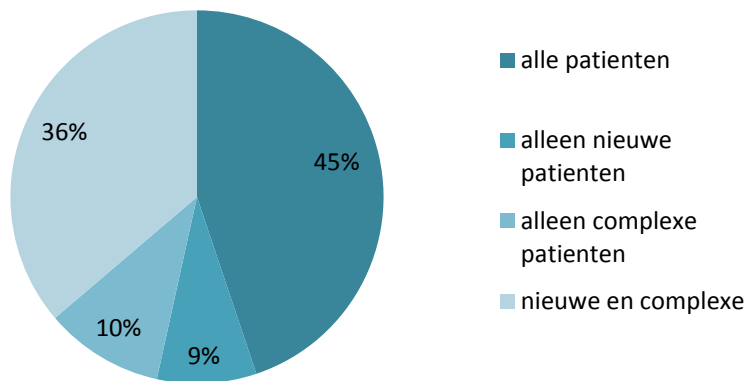


Patiënten

In het MDO palliatieve zorg bespreekt 45% van de teams PZ alle patiënten en 36% alleen de nieuwe en complexe patiënten (figuur 3.8).

Figuur 3.8

Bespreking van patiënten in MDO palliatieve zorg



Het aantal patiënten dat de teams PZ bespreken tijdens een MDO is bij 60% zes of minder en bij 9% meer dan zes. Van de overige ziekenhuizen waren de data afwezig of ongeschikt voor verwerking.

Verslaglegging

Driekwart van de teams PZ schrijft een verslag voor de consultvrager of legt het verslag vast in het EPD waar de interne consultvrager het kan inzien.

Aan de huisarts/specialist ouderengeneeskunde stuurt 53% van de teams PZ een verslag. Daarnaast worden ook andere keuzes gemaakt, bijvoorbeeld om aan de ontslagpapieren het verslag van het MDO toe te voegen of het informeren wordt aan de hoofdbehandelaar overgelaten.

Samenvatting

Wat betreft de multidisciplinaire samenstelling voldoet 91% van de teams PZ aan de Soncos-normering. De internist-oncoloog, anesthesioloog en longarts participeren het vaakst in het kernteam, naast geestelijk verzorger en verpleegkundig specialist.

Voor de leden van het team PZ zijn, met uitzondering van de verpleegkundige discipline, nauwelijks uren gelabeld.

Het aantal klinische consulten per jaar varieert sterk per team, de mediaan is 77. Van de teams met minder dan 100 consulten in 2014 is 81% in of na 2012 gestart en van de teams met meer dan 100 consulten is bijna driekwart vóór 2012 gestart. Iets meer dan de helft van de teams verricht ook poliklinische consultaties, de mediaan van het aantal consulten ligt op twintig.

Meestal doet de hoofdbehandelaar of de arts-assistent een consultaanvraag. Vaak mag ook de verpleegkundige, met medeweten van de arts, het team PZ in consult vragen. De meeste ziekenhuizen hebben een eigen protocol voor verwijzing opgesteld. Voor tweederde van de ziekenhuizen geldt dat de patiënt voor consultatie wordt gezien door een verpleegkundige en een arts van het team PZ.

Van de teams PZ houdt 95% een wekelijks MDO en voldoet daarmee aan de Soncos-normering.

Driekwart van de teams werkt transmuraal, wat bij meer dan de helft tot uiting komt in de samenstelling van het team. Meer dan de helft van de teams stemt vóór ontslag, alleen op indicatie, af met de transferverpleegkundige en de huisarts/specialist ouderengeneeskunde. Na ontslag biedt 57% van de teams PZ vaak alleen op indicatie een vorm van begeleiding.

Momenteel voldoet 51% van de teams aan de Soncos-normering die zegt dat teams beschikbaar dienen te zijn voor telefonische consultatie over patiënten die bekend zijn bij het team en thuis verblijven.

Driekwart van de teams bezoekt (nog) geen patiënten buiten het ziekenhuis.

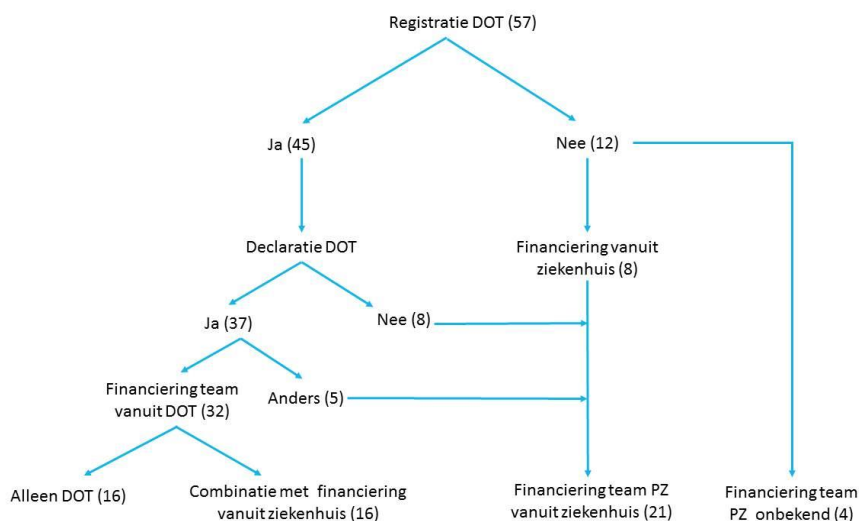
4 Financiering

Sinds 2012 zijn er zes diagnosebehandelcombinaties (DBC's) beschikbaar om de geleverde palliatieve zorg te registreren en zo mogelijk bij de zorgverzekeraar te declareren. Uit gegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat de ziekenhuizen jaarlijks gemiddeld totaal 2550 DBC's voor palliatieve zorg declareren. Naar aanleiding van aanpassingen in deze declaratiestructuur spreken we tegenwoordig over DOT's (DBC's Onderweg naar Transparantie). In dit hoofdstuk worden de data weergegeven van de vragen over dit onderwerp in de enquête.

Bekostiging

Op de vraag hoe het team PZ gefinancierd wordt, antwoordt 93% (n=53) dat dit gebeurt via de DOT's palliatieve zorg, eigen financiering van het ziekenhuis of een combinatie van beide (figuur 4.1). 32 teams (58%) geven aan vanuit de DOT gefinancierd te worden: zestien daarvan alléén door de DOT en 16 in combinatie met eigen middelen, 21 teams worden alleen uit eigen middelen gefinancierd. Daarnaast maken zeven teams gebruik van externe gelden en vier teams weten niet hoe ze gefinancierd worden (meerdere antwoorden waren mogelijk). Teams registreren meer consulten (n=45) dan dat ze declareren. De reden hiervan hebben we in de enquête niet nader uitgevraagd.

Figuur 4.1 Flowdiagram financiering teams PZ



In het vorige hoofdstuk is gebleken dat het aantal gelabelde uren voor het kernteam beperkt is. Vanuit het feit dat 38% (n=21) van de teams PZ alleen uit eigen middelen wordt gefinancierd, hebben we ons de vraag gesteld of financiering vanuit de DOT van invloed is op het toekennen van gelabelde uren. Voor de acht meest genoemde disciplines die zitting hebben in het kernteam is een vergelijking gemaakt tussen teams die mét en zonder de DOT gefinancierd worden. In tabel 4.1 is dat inzichtelijk gemaakt. 'Nul gelabelde uren' wordt toegekend aan disciplines die wel deel uitmaken van het kernteam PZ, maar hiervoor geen officiële uren krijgen toegekend.

Uit de tabel kunnen we niet opmaken dat financiering vanuit de DOT voor het aantal disciplines met nul gelabelde uren significant verschil maakt. Echter, als gelabelde uren worden toegekend, ligt het aantal toegekende uren aanzienlijk hoger voor ziekenhuizen met DOT-financiering dan voor ziekenhuizen zonder.

Tabel 4.1

Financiering van het team PZ met of zonder DOT (al of niet in combinatie met eigen financiering)

Discipline	Zonder DOT		Met DOT	
	0 uren	Gelabelde uren	0 uren	Gelabelde uren
Anesthesioloog	15	4	12	12
Geestelijk verzorger	16	4	9	8
Internist oncoloog	18	4	13	15
Klinisch geriater	12	1	4	8
Longarts	13	4	11	5
Oncologie vpk	4	5	6	8
Pijn vpk	11	1	4	5
Vpk Specialist	4	11	4	12
totaal	93	34	63	73

Tot slot is nog gevraagd of er afspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraar over palliatieve zorg. Van de 53 ziekenhuizen heeft een kwart van de teams (n=14) dit geregeld. Voor 18 ziekenhuizen (34%) geldt dat er afspraken zijn met raad van bestuur of medische staf over een interne verdeelsleutel. Zeven ziekenhuizen (15%) hebben afspraken met de zorgverzekeraar én passen een interne verdeelsleutel toe.

Samenvatting

Gevraagd naar de financiering van het team PZ antwoorden de meeste ziekenhuizen (93%) gebruik te maken van een combinatie van financieringsbronnen, 58% maakt hiervoor (deels) gebruik van de DOT. Uit de enquête blijkt dat er bij de ziekenhuizen nog onduidelijkheid bestaat over de declaratie en de verdeling van inkomsten. Een kwart van de ziekenhuizen heeft specifieke afspraken met de zorgverzekeraar over de declaratie van de inzet van hun team PZ. Wel is vastgesteld dat ziekenhuizen die financiering van het team PZ via de DOT regelen, meer uren labelen.

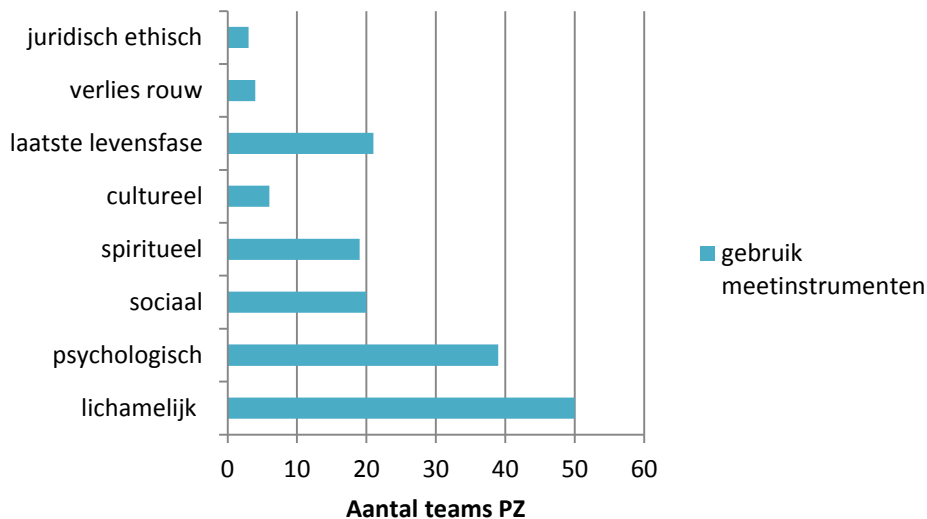
5 Het team PZ en kwaliteit

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan gebruik van richtlijnen, meetinstrumenten en de deskundigheid van de teams PZ.

Gebruik van richtlijnen, protocollen en meetinstrumenten

51 van de 57 teams PZ maken gebruik van richtlijnen, protocollen en (meet)instrumenten voor verschillende gebieden van palliatieve zorg (figuur 5.1). Hoewel dit een hoge score is, is het opvallend dat 10% (n=6) zegt hier geen gebruik van te maken. Vervolgens is nagegaan welke meetinstrumenten de teams inzetten op verschillende domeinen/gebieden (figuur 5.2 en 5.3).

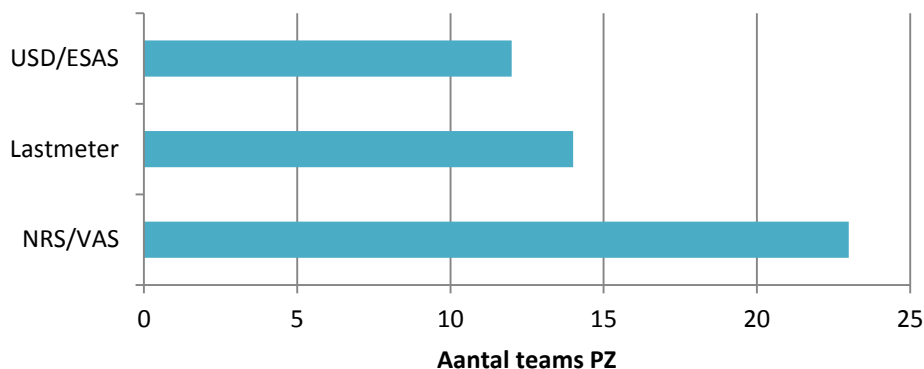
Figuur 5.1 Gebruik van richtlijnen, protocollen en (meet)instrumenten door team PZ



De inzet van meetinstrumenten

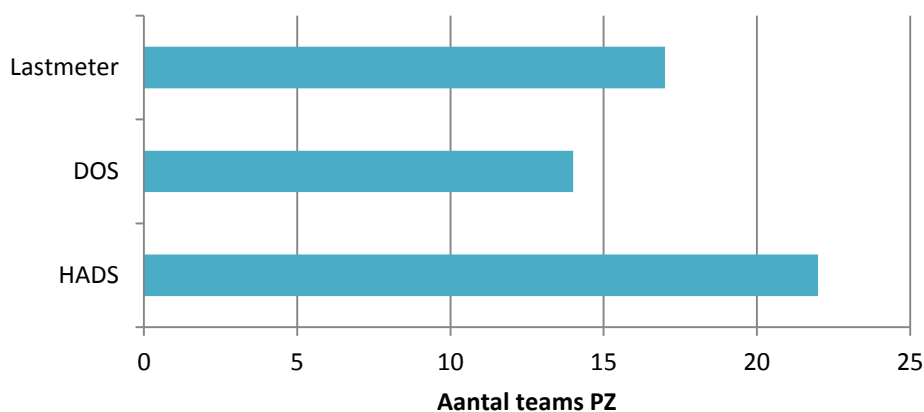
De inzet van meetinstrumenten is divers en ook het aantal meetinstrumenten dat een team gebruikt, varieert. Driekwart van de teams zet meetinstrumenten in op het somatisch domein. Meest genoemde instrumenten zijn de Lastmeter, meten van pijnscore (NRS of VAS) en het Utrechts Symptoom Dagboek (USD) / Edmonton symptom assessment scale (ESAS) (figuur 5.2).

Figuur 5.2 Aantal ziekenhuizen dat gebruik maakt van meetinstrumenten voor somatisch domein



Voor het psychisch domein is de diversiteit van gebruikte meetinstrumenten minder groot. Meest toegepaste meetinstrumenten zijn de Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), Delirium Observatie Schaal (DOS) en Lastmeter (figuur 5.3). 37 teams PZ (65%) maken hiervan gebruik.

Figuur 5.3 Toepassing meetinstrumenten op psychisch domein



Meetinstrumenten om noden en behoeften in het sociale domein vast te stellen passen achttien teams PZ (32%) toe. Daarvan gebruiken dertien teams de Lastmeter. Tien teams (18%) zetten de Lastmeter ook in om behoeftes op spiritueel/existentieel gebied vast te stellen.

Inzet van meetinstrumenten op andere vlakken

Inventarisatie van behoeftes op cultureel gebied, verlies en rouw, juridisch en ethisch gebied gebeurt nauwelijks. Meetinstrumenten voor de laatste 24 uur worden door 21 teams PZ gebruikt, daarvan gebruiken zeventien teams het Zorgpad Stervensfase (30%).

Zeventien teams PZ (30%) gebruiken meetinstrumenten op alle vier dimensies van palliatieve zorg, te weten twee UMC's, vijf STZ- en tien SAZ-ziekenhuizen. Op welke afdelingen de instrumenten worden toegepast, frequentie van gebruik of over effect van het gebruik op de kwaliteit van zorg zijn geen verdere vragen gesteld.

Kwaliteitscriteria voor consultatie

Op de vraag of er kwaliteitscriteria zijn afgesproken voor de consultatie antwoorden 37 teams PZ positief (65%). Bijna de helft van deze teams PZ (45%) heeft de afspraak gemaakt op werkdagen binnen 24 uur een advies te geven aan de consultvrager. Twaalf teams PZ hebben meer criteria opgesteld dan alleen een tijdsafspraken. Voorbeelden daarvan zijn het bespreken in het MDO, overleg met de huisarts en het aanstellen van een casemanager. Twintig teams PZ (35%) hebben geen kwaliteitscriteria opgesteld voor de consultatie.

Opvolging adviezen

Of gegeven adviezen worden opgevolgd, gaat 60% van de teams PZ na. Dit gebeurt op verschillende manieren tijdens de follow up, door face-to-face of telefonisch contact met de consultvrager en het volgen van de patiënt gedurende de opname.

Opleidingseisen

91% van de teams PZ geeft aan specifieke eisen te stellen aan de leden van het team.

Op de vraag welke scholingen de huidige leden hebben gevolgd, antwoordt 89% dat de artsen een kaderopleiding (waarbij het niet helder is of het om de verkorte of de lange variant gaat) of een andere palliatieve opleiding hebben gevolgd.

Eveneens 89% geeft aan dat de verpleegkundigen van het team scholing hebben gevolgd. Een post-HBO opleiding palliatieve zorg is gevolgd door 35% van de verpleegkundigen, 37% heeft een bij- of nascholing palliatieve zorg gehad, 28% volgde een niet-specifieke, aanvullende scholing.

Geen van de teams geeft aan dat paramedici specifieke opleidingen op het gebied van palliatieve zorg hebben gevolgd. Een enkele heeft een bijscholing gedaan. Dat geldt ook voor de geestelijk verzorger.

Gezamenlijke scholing

53% van de teams heeft gezamenlijke scholing gevolgd. Teams noemen vaak algemene symposia, congressen, workshops en IKNL-scholingen. Een aantal noemt het MDO een vorm van intercollegiale toetsing en een vorm van scholing, mede door de aanwezigheid van een consultant.

Aandacht voor zorg voor zorgenden

Ruim de helft (61%) van de teams PZ heeft aandacht voor elkaar. Voor twaalf teams wordt hier aandacht aan besteed in het MDO. Ook intervisie, intercollegiale toetsing en het nabespreken van consulten worden genoemd.

De aandacht voor elkaar blijkt ook uit de antwoorden op de vraag of er binnen het team overleg is ter evaluatie van de werkwijze en resultaten van het team. 51% van de teams doet dit met een vaste frequentie, 47% incidenteel en 2% niet. De frequentie varieert van maandelijks tot enkele keren per jaar.

Samenvatting

Het Soncos-normeringsrapport noemt als eis dat ten minste een van de medisch specialisten in het team beschikt over specifieke scholing op het gebied van palliatieve zorg. Uit de enquête blijkt dat bijna alle ziekenhuizen (91%) eisen stellen aan de deskundigheid van de teamleden, maar zonder eenduidigheid. Bij alle teams hebben een of meer van de aangesloten specialisten aanvullende scholing gevolgd. De meest genoemde opleiding is de kaderopleiding palliatieve zorg, waarbij onduidelijk is of het de korte cursus (acht dagen) of de tweejarige kaderopleiding betreft. In 89% van de ziekenhuizen hebben ook de verpleegkundige teamleden aanvullende scholingen gevolgd, waarvan 35% een post-HBO-opleiding.

Op de vraag of er kwaliteitscriteria zijn afgesproken voor de consultatie antwoordt 65% positief. Het meest genoemd criterium is dat er binnen 24 uur een advies moet liggen.

Het merendeel van de teams (90%) maakt gebruik van meetinstrumenten, richtlijnen en/of protocollen. De inzet van meetinstrumenten is divers en ook het aantal meetinstrumenten dat een team gebruikt, varieert. Borging van de kwaliteit van de consulten door aandacht te besteden aan het functioneren van het team en 'zorg voor de zorgenden' vindt plaats bij 61% van de teams. De helft van de teams voert regelmatig niet-patiëntgebonden overleg en 53% van de teams heeft scholing als team gezamenlijk.

6 Belemmerende en bevorderende factoren

In de enquête hebben we ook gevraagd welke bevorderende en belemmerende factoren de teams hebben ervaren in het invoeren van specialistische palliatieve zorg.

Succesfactoren

De belangrijkste succesfactor is het team zelf! De gedrevenheid, volhardendheid en het enthousiasme van het team worden vaak aangehaald. Daarnaast de bereidheid er eigen tijd in te steken, een heldere visie en doelen, een brede multidisciplinaire samenstelling, goede scholing en kennis en expertise.

Maar ook de interesse van collega's van andere afdelingen en de behoefte aan adviezen over palliatieve zorg dragen bij aan een succesvolle implementatie.

De adviezen van het palliatieve team worden erg gewaardeerd omdat ze leiden tot aantoonbare kwaliteitsverbeteringen zoals lagere pijnscores. De hoge waardering genereert weer nieuwe consulten.

Naast de waardering van de interne afdelingen, noemen de teams ook de waardering van huisartsen, andere consultvragers, patiënten en nabestaanden als belangrijke succesfactoren voor implementatie.

Door een enthousiast team palliatieve zorg komt er een bewustwording op gang binnen en buiten de organisatie. De laagdrempelige werkwijze van de teams zorgt ervoor dat zij makkelijk gevraagd worden om mee te denken. Verpleegkundigen worden als ambassadeurs van de palliatieve zorg gezien. Het promoten van het team, bijvoorbeeld door gericht scholing te geven, door het organiseren van een symposium of brede communicatie in het ziekenhuis, zorgt voor meer consultvragen.

Teams noemen ook de facilitering. Het begint met de steun van de raad van bestuur en/of de vakgroep, waardoor er ruimte komt om beleid te ontwikkelen. De facilitering vanuit het management vertaalt zich naar gelabelde uren, het mogen pionieren en ICT-ondersteuning. Ook de ondersteuning van IKNL wordt een aantal keren genoemd. De Soncos-norm dat in 2017 ieder ziekenhuis met oncologische zorg een team palliatieve zorg moet hebben, is voor een aantal teams de steun in de rug geweest om te starten met de implementatie ervan.

Belemmerende factoren

De grootste belemmerende factor is de onduidelijkheid over de financiering. Dat vertaalt zich ook naar andere genoemde factoren als gebrek aan tijd, geen gelabelde uren en naar knelpunten bij het personeel (te weinig formatie, discontinuïteit). De trage besluitvorming door en het gebrek aan ondersteuning van de raad van bestuur is in een aantal teams voelbaar. Concreet betekent dit dan dat een duidelijke opdracht voor het team ontbreekt, er geen portefeuillehouder palliatieve zorg is, dat er onduidelijke kaders zijn en onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid van het team. De bekendheid van het team, binnen en buiten het ziekenhuis, blijft daardoor een probleem.

Waar de waardering van collega's van andere afdelingen over de adviezen van het team PZ een belangrijke factor in het succes is, blijkt de onbewuste onbekwaamheid van collega's juist een belangrijke belemmerende factor te zijn. Onbekendheid met de palliatieve zorg, het niet durven markeren, niet de meerwaarde ervan inzien, de stelling nemen dat palliatieve zorg niet samengaat met een behandelplan, ervaart het team als terugkerende obstakels.

7 Discussie en aanbevelingen

De resultaten van de enquête geven met een respons van 80% een representatief beeld van de palliatieve zorg in de ziekenhuizen. Daarbij dienen de beperkingen van een enquête als onderzoeksinstrument uiteraard onderkend te worden. De groei van de teams PZ in de ziekenhuizen laat zien dat palliatieve zorg een wezenlijk onderdeel is geworden van het zorgaanbod. Daarnaast laat dit rapport zien dat op een aantal punten verbetering te bereiken is. In dit hoofdstuk benoemen wij de punten die naar onze mening aandacht behoeven.

Teams PZ breder in het zorgproces implementeren en borgen

Uit de verkregen data rondom consultatie blijkt weliswaar dat er sprake is van een grote spreiding in het aantal consulten, maar ook dat teams die langer dan drie jaar bestaan aanzienlijk meer klinische consulten hebben (mediaan: 160) dan teams jonger dan drie jaar (mediaan: 46). Op basis van het aantal jonge teams is een groei van het aantal consulten palliatieve zorg te verwachten.

Duidelijk wordt dat vooral de verpleegkundig specialist en de oncologieverpleegkundige binnen hun functie tijd krijgen voor palliatieve zorg. De overige teamleden worden vaak geacht dit naast hun reguliere functie te doen. Het aantal gelabelde uren is met name voor de medisch specialisten zeer gering.

Daarnaast weten we uit internationaal onderzoek dat 10% van alle patiënten in het ziekenhuis in de palliatieve fase verkeert en 4% van alle patiënten specialistische palliatieve zorg nodig heeft^{7,10}. Uit de enquête wordt duidelijk dat in Nederland in de ziekenhuizen slechts 0,8% van de opgenomen patiënten specialistische palliatieve zorg ontvangt.

Aanbevelingen

Om te zorgen dat de patiënten die palliatieve zorg nodig hebben, het ook ontvangen, zijn heldere criteria voor 'casefinding' noodzakelijk. De 'surprise question' is een belangrijke vraag om de bewustwording van palliatieve zorg te vergroten. Vervolgens is de vraag belangrijk of de inzet van een specialistisch team PZ geïndiceerd is. Om deze vraag te kunnen beantwoorden moet de generalistisch opgeleide zorgverlener gebruik kunnen maken van specifieke criteria die de noodzaak voor verwijzing aangeven.

Deze criteria zijn voorhanden, bijvoorbeeld de Nederlandse RADPAC (Radboud indicators for Palliative Care needs)¹² gebaseerd op het Engelse Golden Standard Framework⁹ of de SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool)¹³. Zowel de surprise question als criteria voor casefinding moeten daarom opgenomen worden in het zorgproces.

Wij pleiten ervoor om ook in Nederland te onderzoeken welk percentage van de patiënten in de ziekenhuizen behoefte heeft aan specialistische palliatieve zorg. Met deze informatie kan een inschatting gemaakt worden wat nodig is aan toekomstige manpowerplanning en daarbij behorende opleiding. Daarnaast stellen wij voor om niet alleen eisen te stellen aan de samenstelling van het team PZ, 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. Dit vraagt van de ziekenhuizen een keuze in de jaarlijks te maken en te verdelen productieafspraken.

Om zowel de bewustwording van palliatieve zorg bij de generalistische zorgverlener in het ziekenhuis als de basiskennis op afdelingsniveau te vergroten, pleiten we er ook voor om te investeren in het inzetten en toerusten van aandachtsvelders, naast de specialistische teams PZ.

Huidige financiële regelingen doorontwikkelen

Voor de financiering van palliatieve zorg in het ziekenhuis is sinds 2012 de DOT palliatieve zorg beschikbaar. Hiervan maakt 58% gebruik. Daarnaast maakt 65% van de ziekenhuizen (ook) gebruik van eigen financiële middelen.

Uit de enquête blijkt dat 57 ziekenhuizen 7169 consulten palliatieve zorg hebben verricht, terwijl er bij de NZa jaarlijks 2550 DOT's worden gedeclareerd. Op grond van deze data lijken de huidige zorgproducten slecht bereikbaar voor declaratie.

Aanbevelingen

Heldere regelgeving voor registratie en declaratie is noodzakelijk om de inzetbaarheid van de teams PZ te vergroten. Onderzoek naar de redenen waarom er weinig gedeclareerd wordt, is nodig om vervolgens tot een passend financieringssysteem te komen.

Daarbij moet het financiële kader niet alleen gelden voor financiering van palliatieve zorg in de ziekenhuizen, maar ook passend zijn voor transmurale samenwerking. Op die manier kan de continuïteit van specialistische palliatieve zorg voor de patiënt geborgd worden, ongeacht waar die verblijft.

Heldere criteria omtrent opleidingseisen formuleren

Uit de enquête blijkt dat bijna alle ziekenhuizen (91%) eisen stellen aan de deskundigheid van de leden van het team PZ, maar zonder eenduidige criteria. Bij alle teams hebben een of meer van de aangesloten specialisten en de betrokken verpleegkundigen aanvullende scholing gevolgd. Er is echter sprake van grote diversiteit in de gevolgde opleidingen.

Aanbevelingen

Palliatieve zorg is generalistische zorg daar waar het kan en specialistische zorg daar waar nodig, geldend voor iedere setting. De generalist roept een team PZ in consult wanneer specialistische kennis nodig is om aan complexe zorgvragen van patiënten te kunnen voldoen. Wat die specialistische kennis is, dient gedefinieerd te worden, zodat duidelijke eisen te stellen zijn aan de gewenste opleiding.

De inzet van een specialistisch team hangt mede af van de kennis van de generalistische zorgverlener. In het initiële onderwijs en in de vervolgoopleidingen moet scholing in palliatieve zorg daarom een vast onderdeel zijn.

Eenduidig gebruik van (meet)instrumenten afspreken

90% van de teams PZ maakt gebruik van richtlijnen, protocollen en/of meetinstrumenten op het gebied van palliatieve zorg. Een aantal instrumenten wordt veelvuldig genoemd, maar opvallend is ook hier de grote diversiteit in de gebruikte instrumenten. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de inzet van de instrumenten, zoals op welk moment en voor welke doelgroep en met welk effect op de kwaliteit van zorg.

Aanbevelingen

Een overzicht met een heldere beschrijving welk instrument voor welke zorgvragen ingezet kan worden en daarnaast op welke manier de instrumenten elkaar aanvullen, zal bijdragen aan uniformiteit in de geleverde kwaliteit van zorg.

In de opleidingen voor zowel de generalistische als specialistische palliatieve zorg moet aandacht gegeven worden aan het juist gebruik van meetinstrumenten.

Invulling geven aan transmuraal werken

Slechts 51% van de teams voldoet aan de Soncos-norm beschikbaar te zijn voor telefonische consultatie over patiënten die bekend zijn bij het team en thuis verblijven en slechts een kwart van de ziekenhuizen (28%) heeft voor het ontslag altijd contact met de huisarts/ specialist ouderengeneeskunde.

Uit internationale studies blijkt dat vroege (poliklinische) inzet van specialistische palliatieve zorg naast de gebruikelijke ziektegerichte behandeling, voor patiënten met een levensbedreigende aandoening leidt tot betere kwaliteit van leven, grotere tevredenheid over de zorg, minder heropnames, minder depressies (ook bij de naasten) en langere overleving.

Aanbevelingen

Op grond van bovenstaande is vroege inzet van palliatieve zorg voor alle palliatieve patiënten wenselijk. Transmuraal / poliklinisch werken is daarom voor teams PZ een logische volgende stap.

Het begrip 'transmuraal werken' moet verder invulling krijgen naar doelstelling, criteria en randvoorwaarden. Afspraken over regie van het zorgproces en samenwerking van zorgverleners uit de verschillende zorgsettingen zijn van belang. Vanuit de patiënt gedacht is het belangrijk dat de zorg naadloos overgaat van de ene zorgsetting naar de andere.

Voor goede continuïteit van zorg is het noodzakelijk dat er een digitaal systeem voor registratie en communicatie wordt ontwikkeld voor alle zorgsettingen.

Ziekenhuizen regelmatig voorzien van spiegelinformatie

Ziekenhuizen en teams PZ kunnen zich met de resultaten van deze enquête op grote lijnen vergelijken met andere ziekenhuizen en op basis hiervan het beleid rond palliatieve zorg aanscherpen.

Aanbeveling

Het verdient aanbeveling de ziekenhuizen en teams PZ regelmatig, mogelijk met de frequentie van eens in de twee jaar, te voorzien van spiegelinformatie over de geleverde kwaliteit van palliatieve zorg. Het is van belang dat de kwaliteit van de palliatieve zorg gemeten wordt door middel van kwaliteitsregistratie op basis van kwaliteitsindicatoren en een minimale dataset. Op deze wijze brengen we de ontwikkeling in de palliatieve zorg voor Nederland in kaart, wat een impuls kan geven aan de verdere ontwikkeling en professionalisering van de palliatieve zorg. Om de ontwikkeling extra te stimuleren, geven wij in overweging deze informatie binnen consortiumverband te bespreken.

Ontwikkelen van gedragen kwaliteitskader palliatieve zorg

Uit de resultaten blijkt dat er veel verschillen zitten in de samenstelling van teams, werkwijze en beschikbaarheid, geleverde consulten, gebruik van instrumenten, financiering en gevolgde opleiding. Er is geen geformaliseerd kwaliteitskader waaraan een team PZ zich kan toetsen.

Aanbeveling

Een landelijk gedragen kwaliteitskader legitimeert en stimuleert de teams PZ binnen de ziekenhuizen in verdere ontwikkeling en daarmee verbetering van kwaliteit van zorg. Dit kader is de basis voor ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, kwaliteitsmeting en voor visitatie en accreditatie.

Bijlagen

B1 Ziekenhuizen die de enquête hebben ingevuld

- Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- Alrijne Ziekenhuis, locatie Leiden
- Alrijne Ziekenhuis, locatie Leiderdorp
- Amphia Ziekenhuis, locatie Breda
- Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam
- Antonius Ziekenhuis Sneek, Sneek
- Atrium Orbis, locatie Sittard-Geleen (per 1 juli Zuyderland)
- Beatrix Ziekenhuis, Gorinchem
- Bernhoven, Uden
- BovenIJ ziekenhuis, Amsterdam
- Bravis ziekenhuis, Bergen op Zoom
- Bronovo Ziekenhuis, Den Haag
- Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
- Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
- Deventer Ziekenhuis, Deventer
- Diaconessenhuis, Utrecht
- Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, Tilburg
- Elkerliek ziekenhuis, Helmond
- Erasmus MC, Rotterdam
- Flevoziekenhuis, Almere
- Gelre ziekenhuizen, Apeldoorn
- Gemini Ziekenhuis, Den Helder
- Groene Hart Ziekenhuis, Gouda
- Havenziekenhuis, Rotterdam
- Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, Dirksland
- IJsselland Ziekenhuis, Capelle aan Den IJssel
- Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam
- Isala, Zwolle
- Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's- Hertogenbosch
- Kennemer Gasthuis, Haarlem
- Laurentius Ziekenhuis, Roermond
- Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
- Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
- Maastricht UMC+, Maastricht
- Maasziekenhuis Pantein, Boxmeer
- Martini Ziekenhuis, Groningen
- MC Slotervaart, Amsterdam
- MC Zuiderzee, Lelystad
- Meander Medisch Centrum, Amersfoort
- Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar
- Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden
- Nij Smellinghe Ziekenhuis, Drachten
- Ommelander Ziekenhuis Groep, locatie Winschoten
- Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
- Refaja Ziekenhuis Stadskanaal, Stadskanaal
- Reinier de Graaf, locatie Delft
- Rijnstate, Arnhem
- Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk

-
- Röpcke-Zweers Ziekenhuis, Hardenberg
 - Scheperziekenhuis, Emmen
 - Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam
 - Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam
 - Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem
 - Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp
 - St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
 - St. Anna Ziekenhuis, Geldrop
 - St. Jans Gasthuis, Weert
 - Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk
 - Tergooi, Hilversum
 - Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht
 - Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen
 - VieCuri Medisch Centrum, locatie Venray
 - Vlietland Ziekenhuis, Schiedam
 - VU medisch centrum, Amsterdam
 - Waterlandziekenhuis, Purmerend
 - Westfriesgasthuis, Hoorn
 - Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Assen
 - Ziekenhuis Amstelland, Amstelveen
 - Ziekenhuis Bethesda, Hoogeveen
 - Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede
 - Ziekenhuis Rivierenland, Tiel
 - Ziekenhuis De Tjongerschans, Heerenveen
 - ZGT Hengelo/Almelo, locatie Hengelo
 - Zorgcombinatie Noorderboog, Meppel
 - Zuwe Hofpoort Ziekenhuis, Woerden

B2 Bronvermelding

Literatuur

1. Samenwerking SSO. Multidisciplinaire normering Oncologische Zorg in Nederland - SONCOS normeringsrapport 3. SONCOS, 6 februari 2015.
2. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. *Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial*. Lancet, 2014;383(9930):1721-30.
3. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. *Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer*. NEJM, 2010;363(8):733-42.
4. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, et al. *Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review*. Jama, 2008;299(14):1698-709.
5. C. Galesloot (IKNL), M. Klinkenberg (IKNL), A. van der Heide (Erasmus MC), F.P.M. Baar (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg). *Enquête stand van zaken palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen*. Rotterdam: Leerhuizen Palliatieve Zorg, 2013.
6. Murray S, Boyd K. *Using the 'surprise question' can identify people with advanced heart failure and COPD who would benefit from a palliative care approach*. Palliative medicine, 2011;25(4):382.
7. Desmedt M, Kethulle, Y de la, Deveugele M, et al. *Palliative inpatients in general hospitals: a one day observational study in Belgium*. BMC Pall Care 2011;10:2.
8. Gardiner C, Gott M, Ingleton C, 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.
9. Golden Standard Framework. <http://www.goldstandardsframework.org.uk>
10. National Palliative Care Registry, august 2015. Center to Advance Palliative Care (CAPC), NY USA
11. Smith S, Brick A, O'Hara S, et al. *Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review*. Palliat Med 2014;28(2):130-50.
12. Thoonsen B, Engels Y, van Rijswijk E, et al. *Early identification of palliative care patients in general practice: development of RADboud indicators for Palliative Care Needs (RADPAC)*. Br J Gen Pract 2012;62(602):625-31.
13. Highet G, Crawford D, Murray SA, et al. *Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study*. BMJ Support Palliat Care 2014 ;4(3):285-90.

Integraal Kankercentrum
Nederland
info@iknl.nl
www.iknl.nl

