

A photograph of a hospital hallway with a blue tint. In the foreground, a nurse in white scrubs and a doctor in blue scrubs are walking away from the camera. In the background, a patient is sitting in a wheelchair, and another patient is lying on a gurney being pushed by a medical professional. The hallway has large windows and doors.

Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen

Resultaten 2020

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 normeringrapport.

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.'*

Daarnaast worden er kwaliteitseisen gesteld aan dit team over de samenstelling, de opleiding van de teamleden, consultatie-

mogelijkheden, frequentie en vorm van teamoverleg en de beschikbaarheid van het team voor de huisartsen.

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. 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 vierde enquête over palliatieve zorg in de ziekenhuizen.

VOORWOORD

TOCH NAAR HUIS?

Een 70-jarige patiënte werd opgenomen op de afdeling cardiologie met kortademigheid en vocht in de benen en buik door ernstig hartfalen en pulmonale hypertensie. Een complicerende factor was een taalbarrière, waarbij haar dochter en kleindochter als tolk optraden. Pogingen om via google translate contact te maken en haar eigen wensen uit te vragen, lukten niet. Na een onrustige eerste nacht besloten haar dochter en kleindochter afwisselend elke nacht op de kamer te blijven. Overdag bleef de communicatie moeizaam en was het voor iedereen duidelijk dat de patiënte zich hier gestrest en ongelukkig bij voelde. Aanvankelijk werden nog uitgebreide medicamenteuze pogingen gedaan om het vocht af te drijven. Echter, de vochtophopingen namen toe en er ontstonden wonden op buik en benen. Haar kortademigheid bleef aanwezig; op

den duur kon zij niet meer platliggen. Uiteindelijk werd in overleg met patiënte en naasten besloten tot symptoomgerichte palliatieve zorg.

Nadat het palliatief team in consult werd geroepen was de uitdrukkelijke wens van de patiënte en haar familie om nog dezelfde dag met ontslag te gaan. Een regelmatig terugkerend praktisch probleem is dat de benodigde zorg niet direct geregeld kan worden (vrijdagmiddagen blijven een uitdaging). Zo moest er per direct een hoog-laag bed en een zogenaamde Sara Steady (een opstaphulp) geregeld worden. Omdat haar dochter en kleindochter al tijdens de ziekenhuisopname de patiënte zeer vaak hielpen met haar dagelijkse handelingen, werd in samspraak met huisarts, palliatief ziekenhuis-team en de familie besloten haar de volgende dag naar huis te laten gaan. De thuiszorg was op dat moment nog niet geregeld.

Dezelfde dag werd de huisarts telefonisch op de hoogte gesteld van haar wens om terug naar huis te gaan en verstuurde het palliatief team een brief met daarin medicatieadviezen anticiperend op mogelijke klachten en symptomen in de nabije toekomst, zoals morfine bij toename benauwdheid en benzodiazepines bij onrust.

Dagelijks werd door het palliatief team gebeld met de dochter of kleindochter en konden adviezen worden gegeven over de wondzorg aan benen en buik. In samenwerking met de huisarts is gestart met orale morfine. Enkele dagen later volgde het akkoord voor thuiszorg. De thuiszorg kreeg telefonisch een “warme” overdracht als aanvulling op de aanvraag. Twee weken later overleed de patiënte thuis. Bij evaluatie met

de familie werden de overdracht en begeleiding naar de familie, de thuiszorgorganisatie en de huisarts als zeer betrokken ervaren.

Een goede begeleiding en samenwerking tussen de eerste en tweede lijn en met de naasten zorgt ervoor dat de wens van een patiënt om thuis te sterven gerespecteerd kan worden, ook als de zorg niet optimaal geregeld is. Met hulp van een betrokken familie en ondersteuning van huisarts en palliatief team kon dit voor bovenstaande patiënte direct in gang gezet worden. Voor de patiënte gaf dit eigen regie, rust en vertrouwdeheid.

Esther Ponsoen en Ellemieke van Eeden

Gespecialiseerd verpleegkundigen

palliatieve zorg RdGG - Delft

METHODE

In 2021 is er een vragenlijst uitgezet onder alle teams Palliatieve Zorg in de Nederlandse ziekenhuizen. Deze digitale vragenlijst is verspreid via een online tool (Survey Monkey). De vragenlijst is gebaseerd op eerder vragenlijstonderzoek onder teams palliatieve zorg in de Nederlandse ziekenhuizen (2017, 2014, 2013) en vastgesteld in samenwerking met Palliatief en het Erasmus MC Rotterdam.

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 2020. De dataverzameling vond plaats van juli tot en met november 2021. Tijdens de dataverzamelingsperiode is tweemaal een reminder verstuurd indien de vragenlijst nog niet was ingevuld.

RESPONS

In totaal zijn 74 ziekenhuizen (hoofdlocaties) benaderd om deel te nemen (tabel). In totaal hebben 55 ziekenhuizen de enquête ingevuld (respons 74%). Dit is iets lager dan bij de enquête van 2017 (respons 80%).

Gedurende het invullen van de vragenlijst is een aantal ziekenhuizen (n=9) vroegtijdig gestopt, 46 ziekenhuizen hebben de vragenlijst volledig ingevuld.

benaderd: **74** ziekenhuizen
ingevuld: **55** ziekenhuizen
respons: 74%

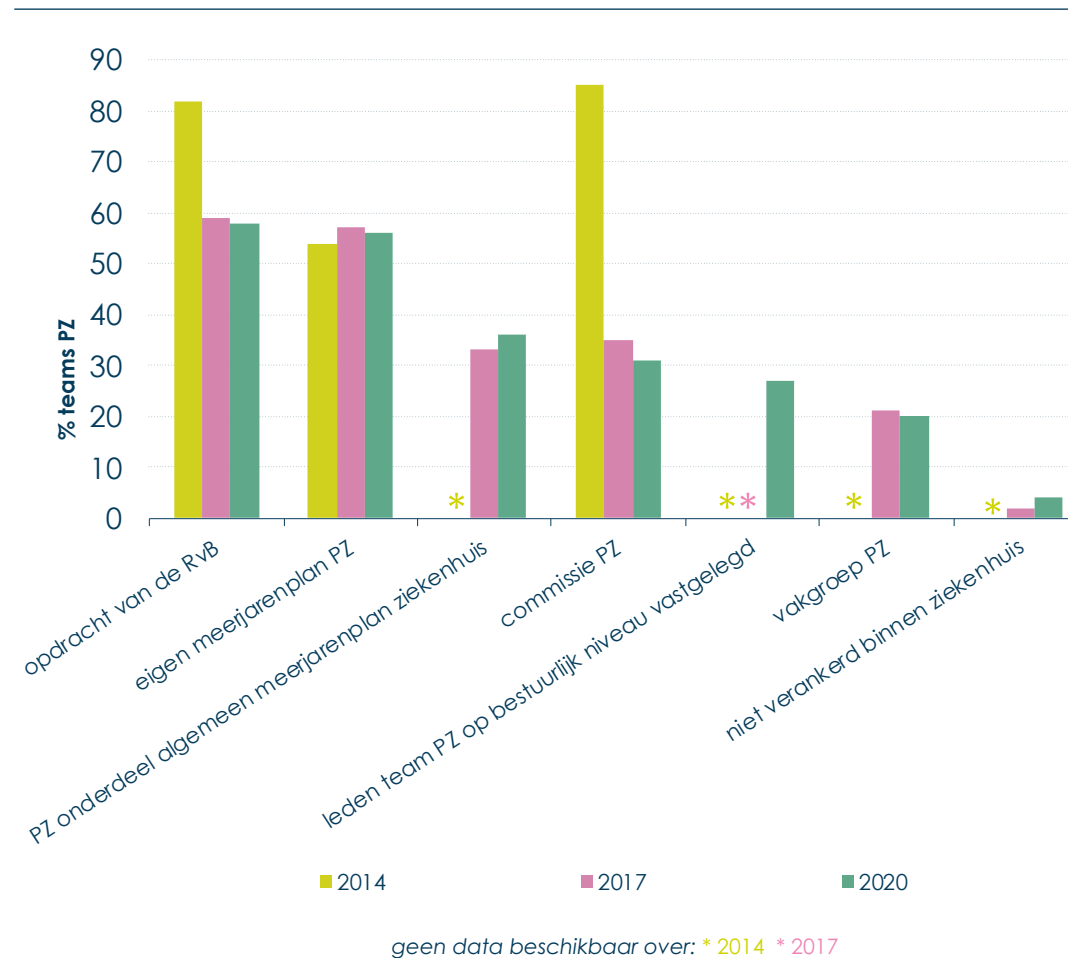
	2013	2015	2018	2021
aantal ziekenhuizen	92	92	79	74
vragenlijst ingevuld (n)	57	74	63	55
respons (%)	62	80	80	74
	↓	↓	↓	↓
type ziekenhuis	%	%	%	%
universitair medisch	11	9	13	11 (n=6)
topklinisch ziekenhuis (STZ)	23	31	41	38 (n=21)
algemeen ziekenhuis (SAZ)	65	58	43	47 (n=26)
categoriiaal ziekenhuis	2	1	3	4 (n=2)

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 (58%) en/of is er een eigen meerjarenplan palliatieve zorg (56%). In ongeveer een derde van de ziekenhuizen is palliatieve zorg onderdeel van het algemeen meerjarenplan van het ziekenhuis (36%), en/of is er een commissie palliatieve zorg (31%).

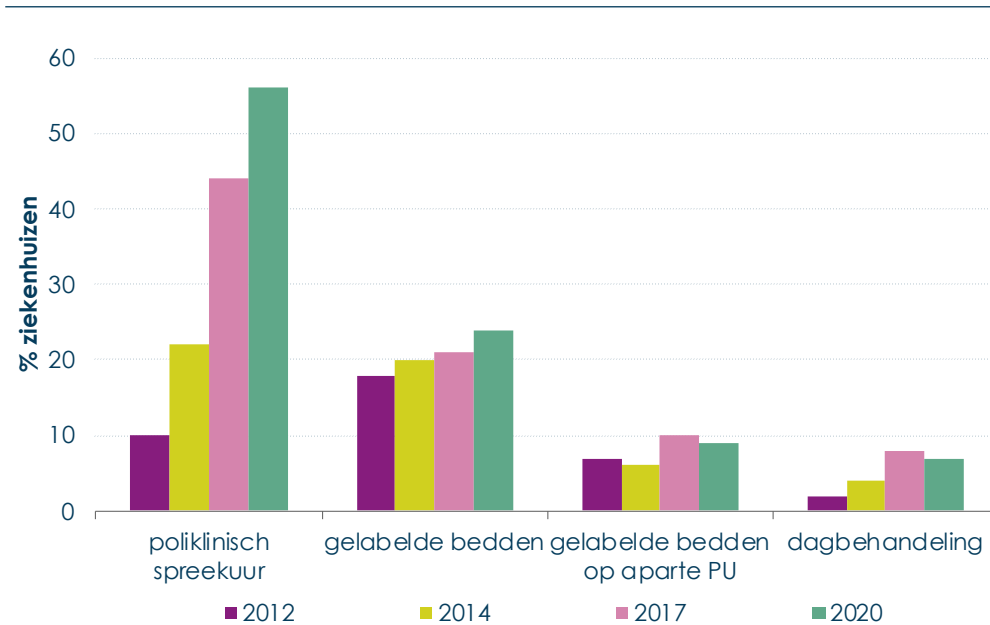
figuur verankering van palliatieve zorg op beleidsniveau



INBEDDING VAN PALLIATIEVE ZORG IN HET ZIEKENHUIS

Er is een stijging van het aandeel ziekenhuizen met een poliklinisch spreekuur palliatieve zorg, van 44% in 2017 naar 56% in 2020. Ook is er sprake van een lichte toename in het aantal ziekenhuizen dat bedden heeft die speciaal bestemd zijn voor palliatieve zorg (gelabelde bedden); van 21% in 2017 naar 24% in 2020. Het aantal bedden varieert van één tot tien gelabelde bedden voor palliatieve zorg per ziekenhuis. Het aantal ziekenhuizen met gelabelde bedden op een aparte palliatieve unit (9%) en een dagbehandeling palliatieve zorg (7%), is nagenoeg gelijk gebleven ten opzicht van 2017.

figuur inbedding palliatieve zorg in het ziekenhuis



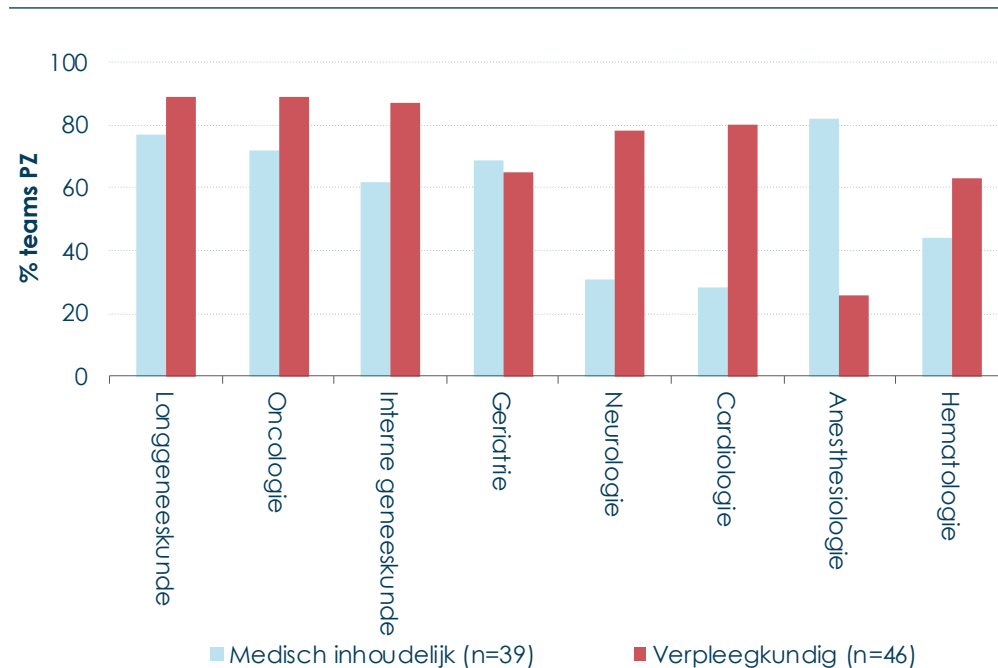
Alle ziekenhuizen geven aan naast een team PZ ook te beschikken over een pijnteam. In 2017 gold dat voor 87% van de ziekenhuizen. 94% van de teams PZ geeft aan dat er wordt samengewerkt tussen het pijnteam en het team PZ.

In 93% van de ziekenhuizen wordt gewerkt met aandachtsvelders palliatieve zorg. In 2017 gold dat nog voor de 83% van de ziekenhuizen. Er is in de enquête onderscheid gemaakt tussen medische en verpleegkundige aandachtsvelders.

Voor medische aandachtsvelders palliatieve zorg geldt dat 71% van de ziekenhuizen werkt met deze aandachtsvelders, variërend van een tot 17 aandachtsvelders per ziekenhuis. Van deze ziekenhuizen werken de volgende afdelingen relatief vaak met medisch inhoudelijke aandachtsvelders palliatieve zorg: Anesthesiologie (82%), Longgeneeskunde (77%) en Oncologie (72%).

84% van de ziekenhuizen geeft aan te werken met verpleegkundige aandachtsvelders, variërend van een tot 26 aandachtsvelders per ziekenhuis. In deze ziekenhuizen werken met name de afdelingen Longgeneeskunde (89%) en Oncologie (89%), Interne geneeskunde (87%) en Cardiologie (80%) met deze aandachtsvelders.

figuur inzet van aandachtsvelders PZ op afdelingen in het ziekenhuis



ONTWIKKELING EN OMVANG TEAM PZ

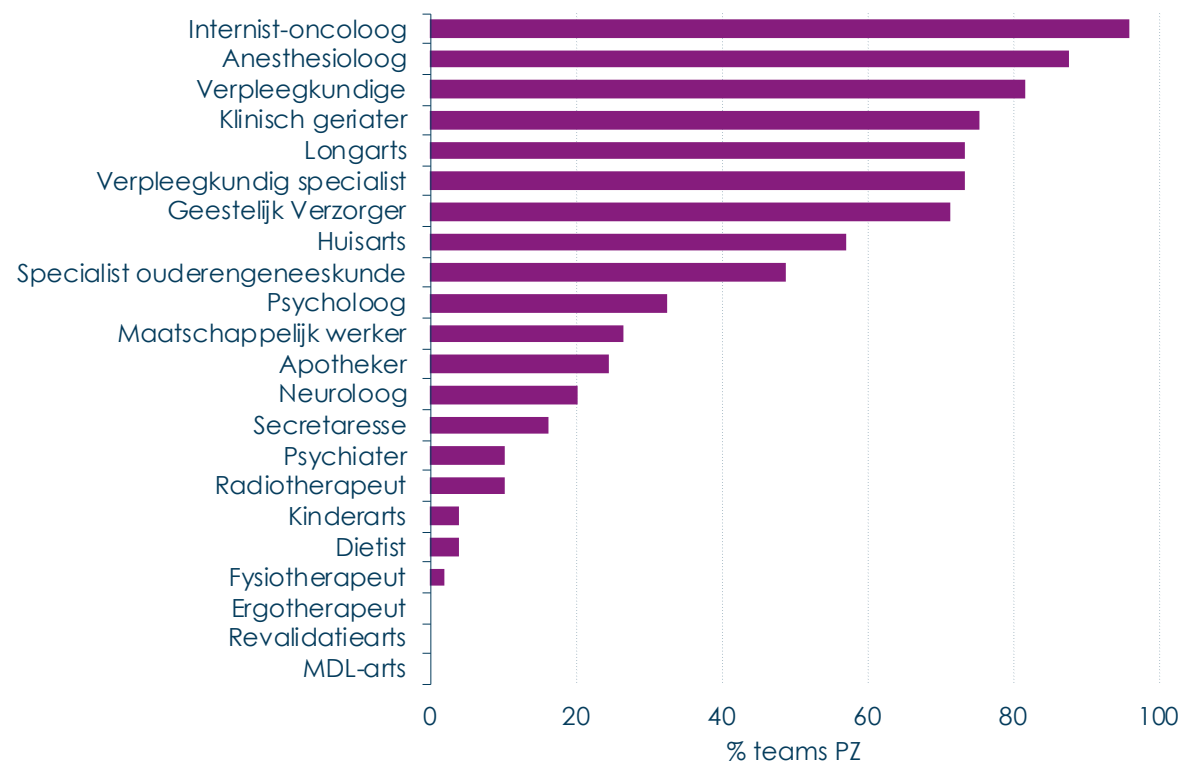
TEAM PALLIATIEVE ZORG

De kern van een team PZ bestaat gemiddeld uit negen verschillende disciplines met een variatie van tot 15 verschillende disciplines. Onder kernteam wordt het vaste team verstaan: de zogenoemde eerste schil.

In de meeste teams is een internist-oncoloog (96%) vertegenwoordigd, gevolgd door een anesthesioloog (88%), verpleegkundige (82%), klinisch geriater (76%), verpleegkundig specialist (73%), longarts (73%) en een geestelijk verzorger (71%). In ruim de helft van de teams is ook een huisarts (57%) aanwezig.

Onder de discipline verpleegkundige zijn de volgende specialisaties samengevoegd: oncologie-, pijn-, thuiszorg-, ziekenhuis-, transfer- en overige verpleegkundigen. Zij maken in 82% van de ziekenhuizen vast onderdeel uit van het team. Oncologieverpleegkundigen nemen het vaakst deel aan een team palliatieve zorg, gevolgd door pijn- en transferverpleegkundigen.

figuur disciplines die zijn vertegenwoordigd in de teams PZ



BESCHIKBAARHEID VOOR TEAM PZ

De tabel geeft de top 10 van meest vertegenwoordigde disciplines in het team weer, met daarbij het aantal uren beschikbaar voor het team palliatieve zorg. Het totaal aantal uren (totale inzet) voor het team PZ varieert van 1 uur tot 33 uur per week (mediaan). Er is een uitsplitsing gemaakt van het totaal aantal uren beschikbaar naar het aantal gelabelde uren (uren die zijn vrijgemaakt om te besteden aan werkzaamheden ten behoeve van team PZ) en het aantal extra uren.

Ter illustratie: 36 teams (van de 49 teams) hebben een verpleegkundig specialist in het team PZ. In totaal besteden zij 33 uur per week aan het team PZ. Die uren zijn als volgt onderverdeeld: deze verpleegkundig specialisten hebben 32 uur per week gelabelde uren beschikbaar om te besteden aan werkzaamheden voor team PZ. Daarnaast zetten zij zich nog 3 uur extra in per week voor het team palliatieve zorg.

Ten opzichte van 2017 zijn verpleegkundig specialisten meer uren per week inzetbaar voor team PZ. Oncologieverpleegkundige besteden daarentegen minder uren aan het team PZ in 2020.

Het aantal gelabelde uren wijkt af van het totaal aantal uren. Teams PZ geven hiervoor als reden: het gebrek aan afspraken waardoor er geen vergoede uren beschikbaar zijn voor artsen. Daarnaast is het MDO niet opgenomen in de gelabelde uren voor de werkzaamheden voor het team PZ.

	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)
Verpleegkundig specialist	36	33 (1-146)	32 (0-73)	3 (0-73)
Oncologie verpleegkundige	23	24 (1-80)	12 (0-64)	5 (0-40)
Specialist ouderengeneeskunde	24	2 (1-146)	1 (0-73)	1 (0-73)
Internist-oncoloog	47	4 (1-36)	1 (0-32)	2 (0-8)
Pijn verpleegkundige	17	1 (1-56)	0,5 (0-48)	1 (0-8)
Anesthesioloog	43	2 (1-40)	0 (0-32)	2 (0-8)
Klinisch geriater	37	4 (1-24)	0 (0-20)	2 (0-8)
Longarts	36	2 (1-12)	0 (0-12)	1 (0-4)
Huisarts	28	2 (1-28)	1 (0-24)	1 (0-4)
Geestelijk verzorger	35	2 (1-14)	0 (0-12)	1 (0-8)

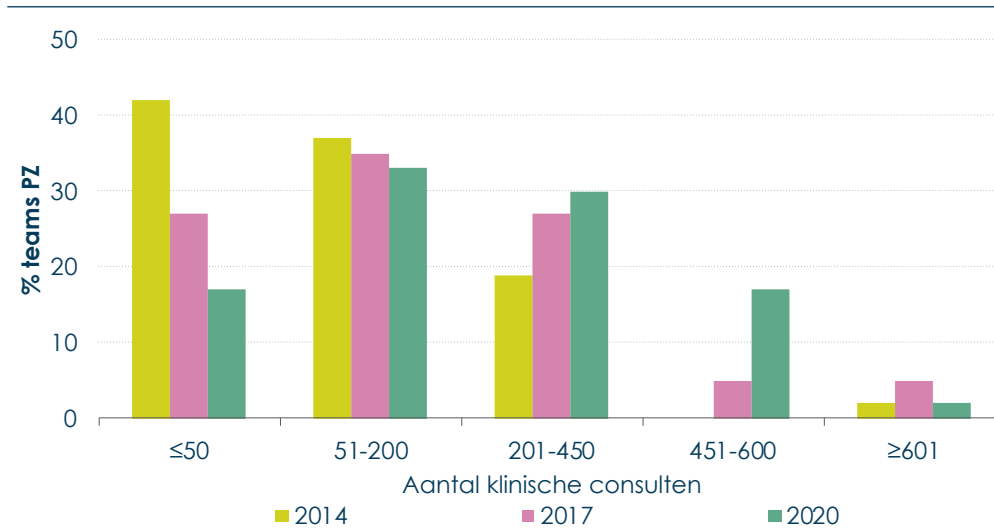
AANTAL KLINISCHE CONSULTEN

In 2020 verleenden de teams PZ gemiddeld 284 klinische consulten, variërend van 12 tot 1700 per jaar. De mediaan is 214. In 2017 varieerde het aantal klinische consulten tussen de 10 en 705, met een mediaan van 150. Er is een toename in het aandeel ziekenhuizen dat meer dan 200 klinische consulten per jaar verleend van 37% in 2017 naar 50% in 2020.

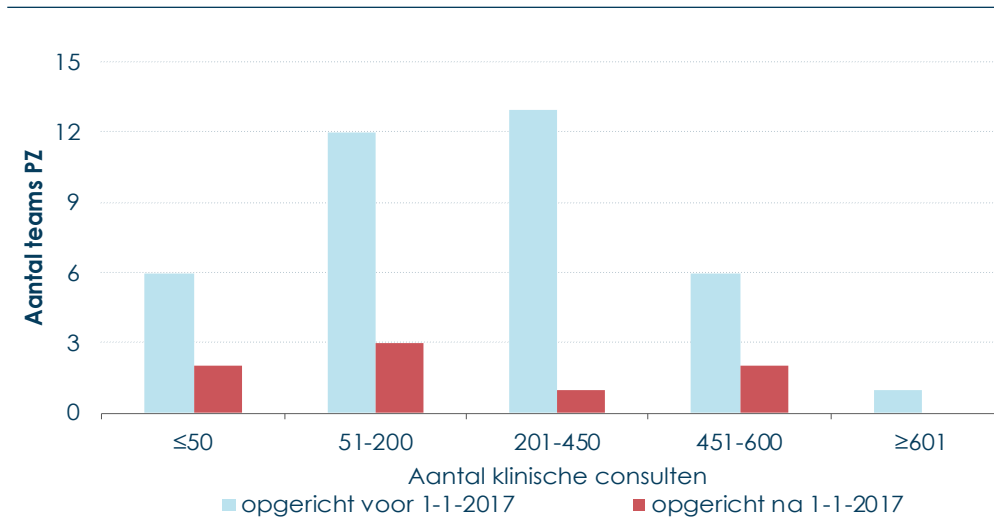
De meeste teams PZ zijn voor 1 januari 2017 opgericht (40 teams), 8 teams PZ zijn opgericht na 1 januari 2017. Teams die er voor zijn opgericht hebben gemiddeld meer consulten (293) ten opzichte van teams die erna zijn opgericht (239).

Er zijn drie teams PZ die ondanks hun relatief korte bestaan meer dan 200 consulten verleenden. Er zijn zes 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 totaal werden 13.044 klinisch consulten verricht door de teams PZ in de ziekenhuizen (n=46). Het totaal aantal opnames in 2020 van deze ziekenhuizen bedroeg 1.080.368. De dekkinggraad is het percentage van het jaarlijks aantal klinische opnames dat gezien wordt door het team PZ. De dekkinggraad over 2020 was 1,3%. Dit wil zeggen dat 1,3% van het aantal opgenomen patiënten gezien is door een team PZ. Er is een opwaartse trend te zien in de dekkinggraad, met 0,6 in 2014 en 0,9 in 2017. Het rapport van Center to Advance Palliative Care (CAPC) uit de Verenigde Staten laat een dekkinggraad van 5,6% zien in 2018 (Rogers, 2019¹).

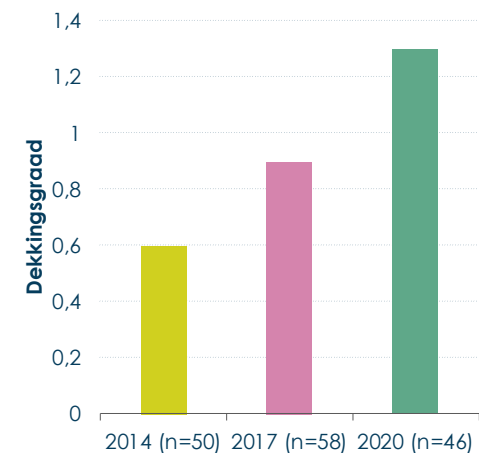
2014 (N=50)	0,6 (0,01-2,3)
2017 (N=58)	0,9 (0-3,7)
2020 (N=46)	1,3 (0,1-4,8)

De dekkinggraad van 2017 en 2020 is in detail weergegeven in onderstaande figuren. 46% van de ziekenhuizen heeft een dekkinggraad minder dan 1% in 2020. Voor 39% van de teams ligt dat aandeel tussen de 1 en 2%, terwijl dit in 2017 nog voor 19% van de teams gold.

figuur teams PZ in 2017 en 2020



figuur dekkinggraad



¹ Rogers, M., & Heitner, R. (2019). Latest trends and insights from the national palliative care registry. CAPC On-Demand Webinars.

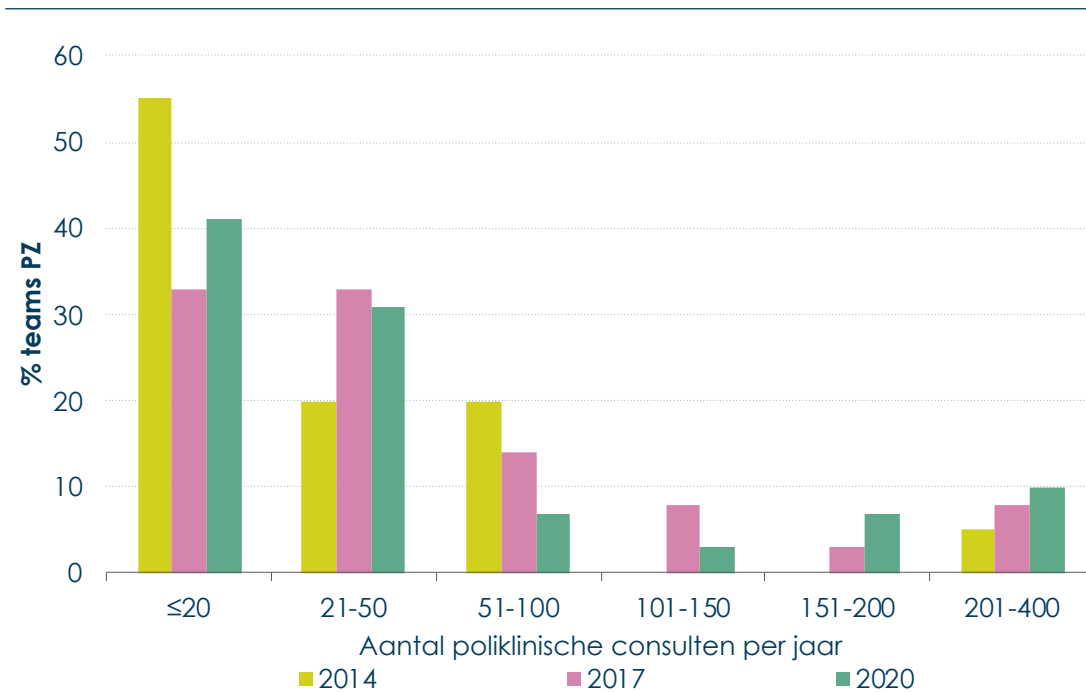
AANTAL POLIKLINISCHE CONSULTEN

62% van de teams geeft aan poliklinische consulten te verrichten. Gemiddeld verleenden deze teams PZ 62 poliklinische consulten, variërend van 2 tot 300 per jaar. De mediaan van aantal poliklinische consulten is 24. In vergelijking met 2017 is het percentage teams PZ die ook poliklinische consulten geven, toegenomen, van 58% naar nu 62% van de teams PZ. Er is een toename in het aantal ziekenhuizen dat meer dan 200 poliklinische consulten verricht in vergelijking met eerdere jaren.

AANTAL HUISBEZOeken

In totaal is 31% van de teams PZ inzetbaar voor huisbezoeken. Deze teams hebben in 2020 variërend van 1 tot 40 huisbezoeken gedaan. Gemiddeld deden zij 17 huisbezoeken, de mediaan is 18. Er is een opwaartse trend in het aandeel teams dat inzetbaar is voor huisbezoeken, van 18% in 2014 tot 27% in 2017 naar 31% in 2020.

figuur aantal poliklinische consulten per jaar



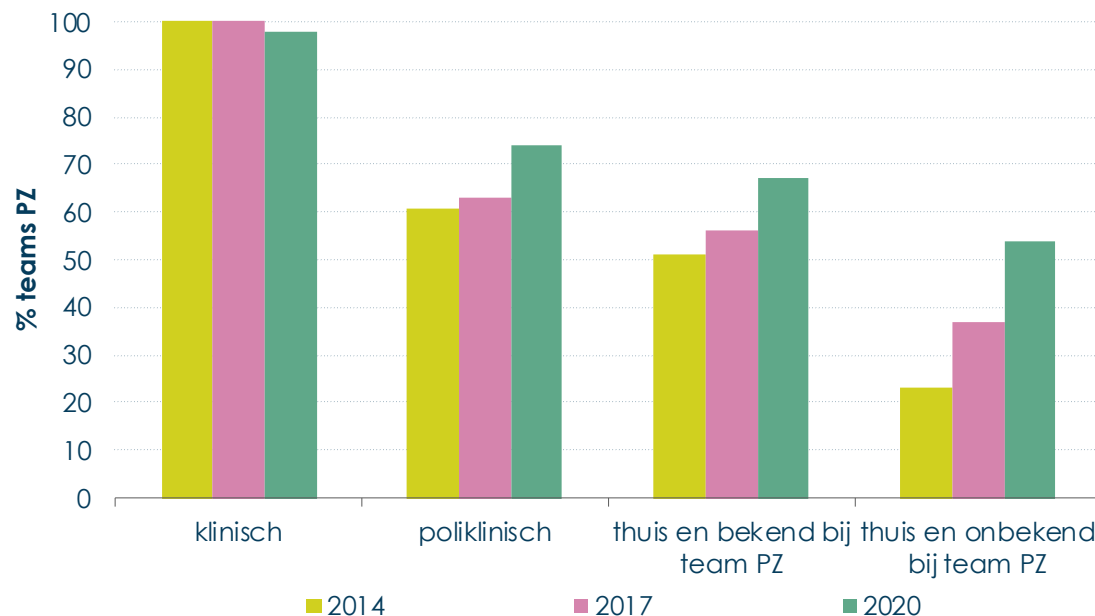
WERKWIJZE VAN TEAM PZ

SETTING PATIËNTENZORG

Raadpleging team PZ

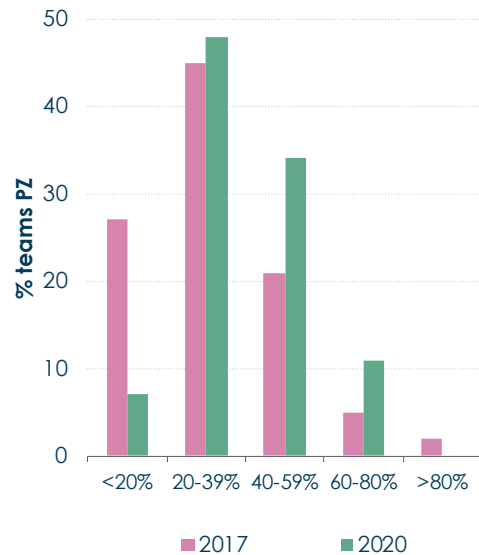
Bijna alle teams PZ kunnen geraadpleegd worden voor klinische patiënten (98%). Voor bijna driekwart (74%) van de teams PZ geldt zij dat ook geraadpleegd kunnen worden voor poliklinische patiënten. Wanneer patiënten thuis verblijven en al bekend zijn bij het team PZ, kan 67% van de teams PZ worden geraadpleegd. Ruim de helft (54%) van de teams PZ kan ook geraadpleegd worden voor patiënten die verblijven in een thuissituatie en die niet bekend zijn bij het team PZ. Sinds 2014 is er een toename te zien voor zowel poliklinische patiënten, als patiënten die thuis verblijven en bekend of onbekend zijn bij het team PZ.

figuur mogelijkheden tot raadpleging team PZ in verschillende settings



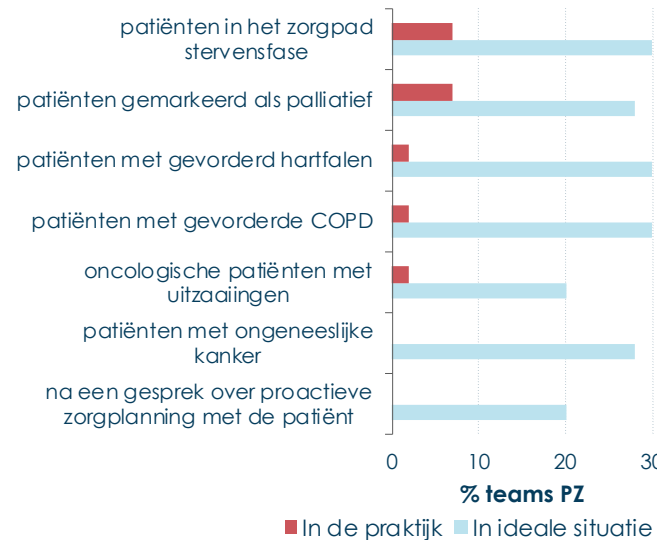
Aandeel niet-oncologische patiënten

Voor bijna de helft van de teams PZ (48%) geldt dat het aandeel consulten voor niet-oncologische patiënten tussen de 20 en 40% ligt in 2020. Slechts 7% van de teams PZ geeft aan dat minder dan 20% van de verleende consulten niet-oncologische patiënten betreft. In 2017 gold dat nog voor 27% van de teams PZ. Daarnaast geeft 34% van de teams PZ aan dat het aandeel verleende consulten aan niet-oncologische patiënten tussen de 40 en 60% ligt, terwijl dit in 2017 nog voor 21% van de teams gold.



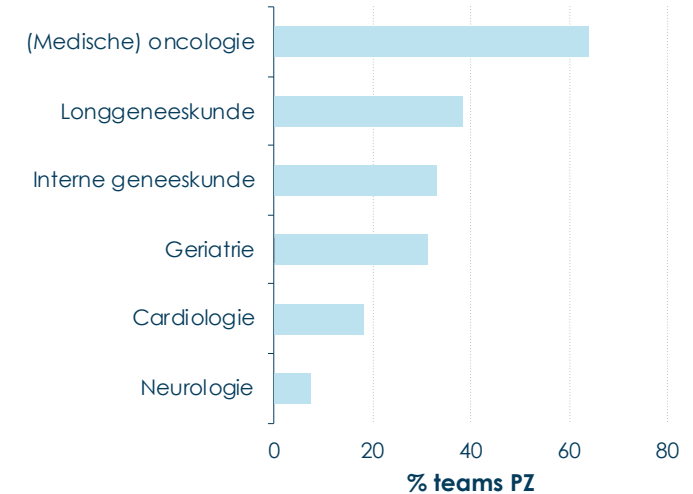
Standaard aanbieden van consult

Een kwart van de teams PZ (28%) wordt standaard in consult geroepen bij bepaalde patiëntengroepen. In 2017 lag dit lager, namelijk 19%. Dit geldt met name voor patiënten in het zorgpad stervensfase en patiënten gemarkeerd als palliatief (beiden 7%). De teams PZ zijn van mening zijn dat zij, idealiter, bij bepaalde patiëntengroepen standaard in consult geroepen zouden moeten worden. Zo geeft 30% van de teams PZ aan dat zij, in een ideale situatie, standaard een consult zouden willen bieden aan patiënten in het zorgpad stervensfase.



Screenen op symptomen

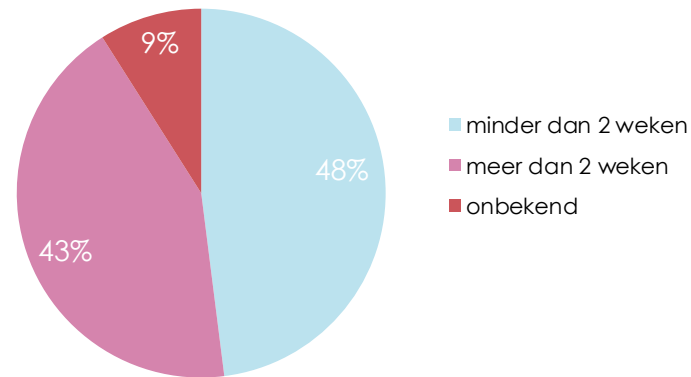
Twee derde van de ziekenhuizen (67%) geeft aan dat er routinematig wordt gescreend op symptomen bij poliklinische patiënten. Dit wordt het vaakst gedaan binnen de specialisme (medische) oncologie (64%), gevolgd door longgeneeskunde (38%), interne geneeskunde (33%) en geriatrie (31%).



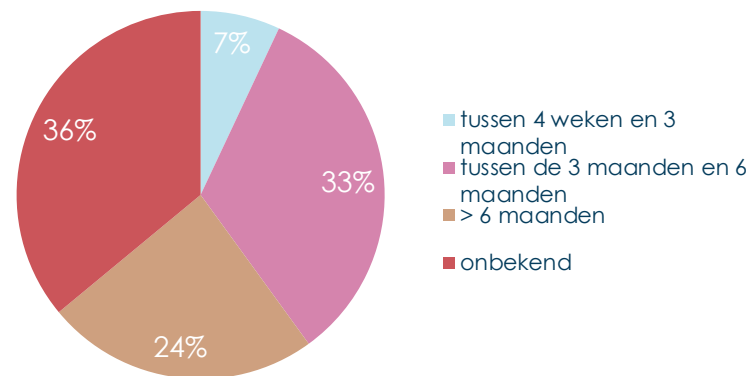
GEMIDDELDE LEVENSV ERWACHTING VAN PATIËNTEN

De teams PZ geven aan dat de gemiddelde levensverwachting van bijna de helft (48%) van klinische patiënten waarvoor zij in consult worden gevraagd, minder dan twee weken is. Voor de poliklinische patiënten geeft een derde (33%) van de teams PZ aan dat de gemiddelde levensverwachting tussen de drie en zes maanden is. Voor veel teams PZ (36%) is de gemiddelde levensverwachting van poliklinische patiënten onbekend.

figuur gemiddelde levensverwachting van klinische patiënten bij wie team PZ in consult worden gevraagd (% teams PZ)



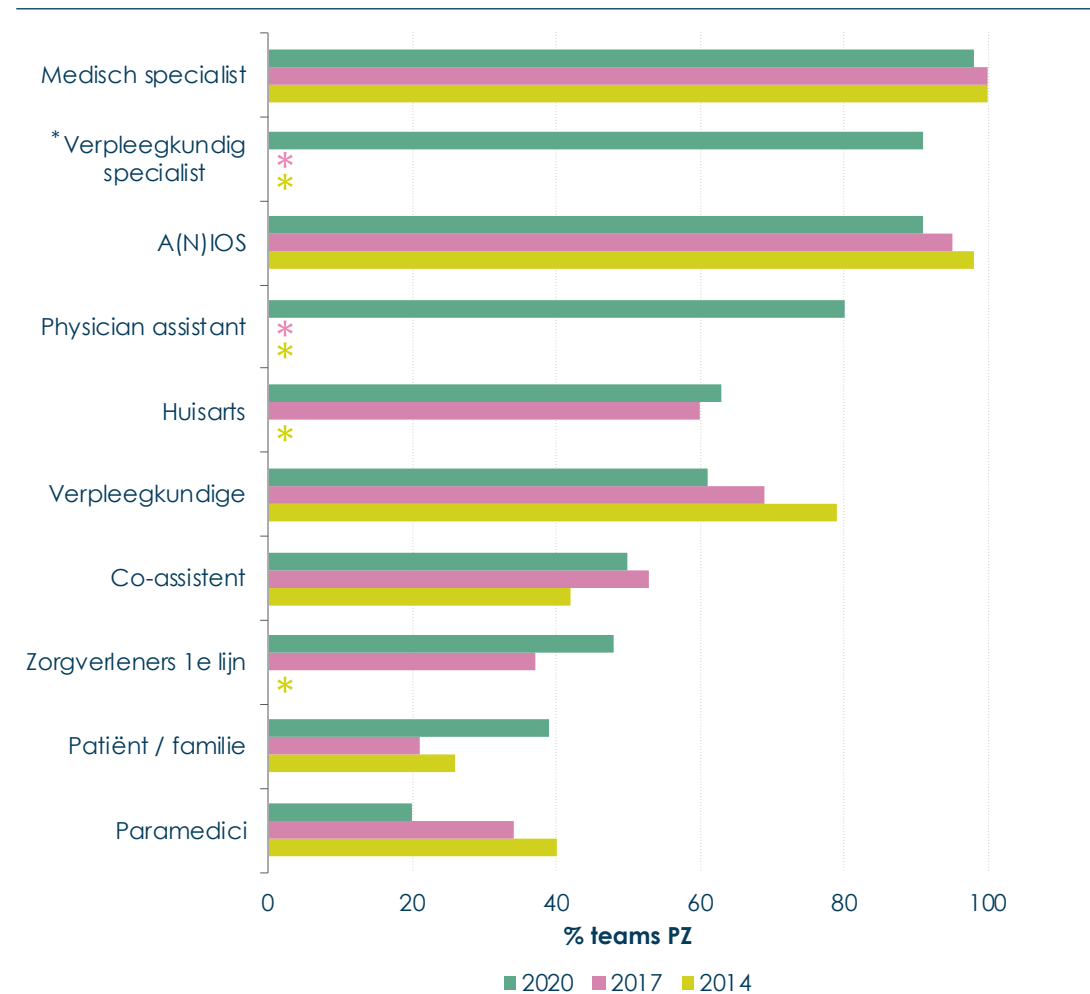
figuur gemiddelde levensverwachting van poliklinische patiënten bij wie team PZ in consult worden gevraagd (% teams PZ)



CONSULTAANVRAAG

Bijna alle teams PZ (98%) kunnen in consult gevraagd worden door medisch specialisten in het ziekenhuis, dit was vergelijkbaar in 2014 en 2017. Dat geldt in bijna alle ziekenhuizen ook voor artsen al dan niet in opleiding en verpleegkundig specialisten (beiden 91%). Ook physician assistants (80%) kunnen vaak het team PZ in consult vragen. Bij 63% van de teams PZ kunnen huisartsen het team PZ inschakelen en voor andere zorgverleners uit de eerste lijn geldt dat voor bijna de helft (48%). Voor 39% van de teams PZ geldt dat deze ingeschakeld kunnen worden door patiënten of diens familie, terwijl dit in 2017 nog 21% was.

figuur consultaanvraag



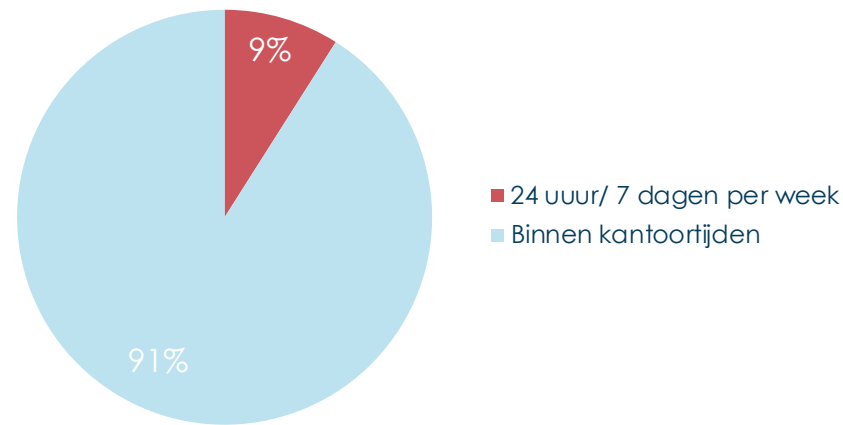
geen data beschikbaar over: * 2017 *2014

* In 2014 en 2017 was verpleegkundig specialist onderdeel van verpleegkundige

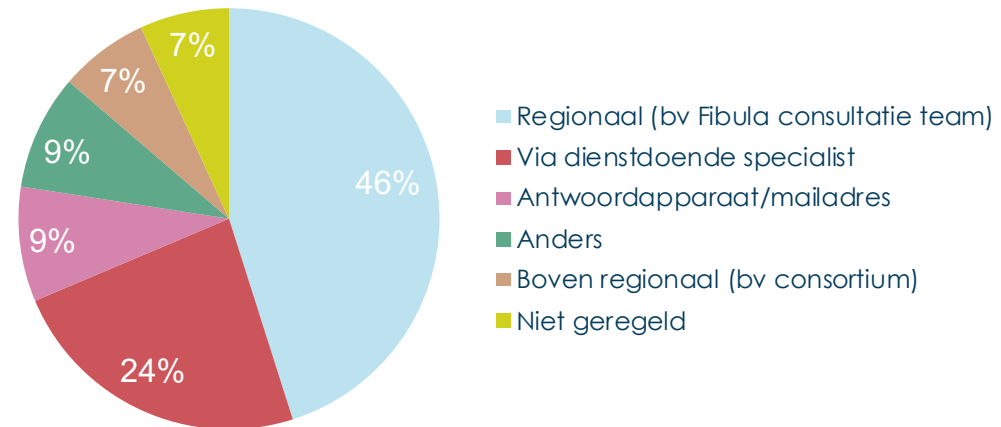
BEREIKBAARHEID TEAM PZ

9% van de teams PZ is altijd bereikbaar (24/7), in 2017 was dat nog 18%. De andere teams PZ (91%) zijn alleen bereikbaar binnen kantoor tijden. De teams PZ geven aan dat de bereikbaarheid buiten kantoor tijden op verschillende manieren wordt vormgegeven. Voor 46% van de teams PZ is dat regionaal geregeld (o.a. via het IKNL consultatieteam) en voor 24% van de teams via de dienstdoende specialist.

figuur bereikbaarheid van de teams PZ



figuur bereikbaarheid van de teams PZ buiten kantoor tijden



CONSULENT

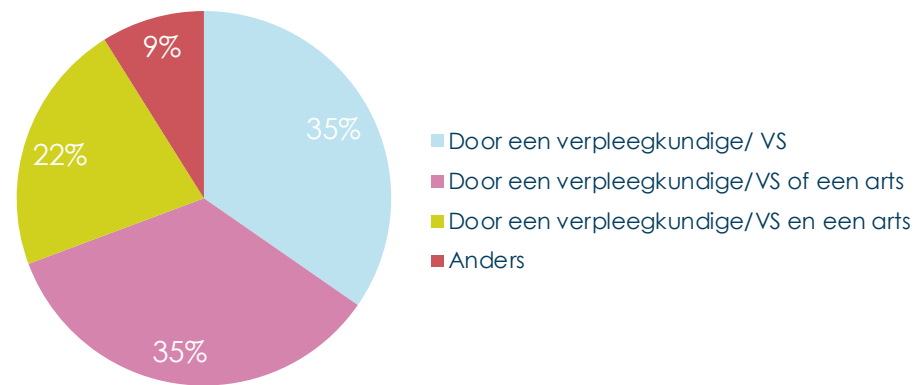
Patiënten worden bij één op de drie teams PZ (35%) standaard gezien door een verpleegkundige/verpleegkundig specialist en bij een gelijk aantal teams PZ door een verpleegkundige/verpleegkundig specialist óf een arts (35%). Bij 22% van de teams PZ wordt de patiënt door de verpleegkundige/verpleegkundig specialist én de arts gezien.

Bij de meeste patiënten (78%) vindt contact plaats op indicatie. 18% van de patiënten wordt dagelijks bezocht door het team PZ tijdens de opname en bij 4% wordt de patiënt slechts eenmalig bezocht.

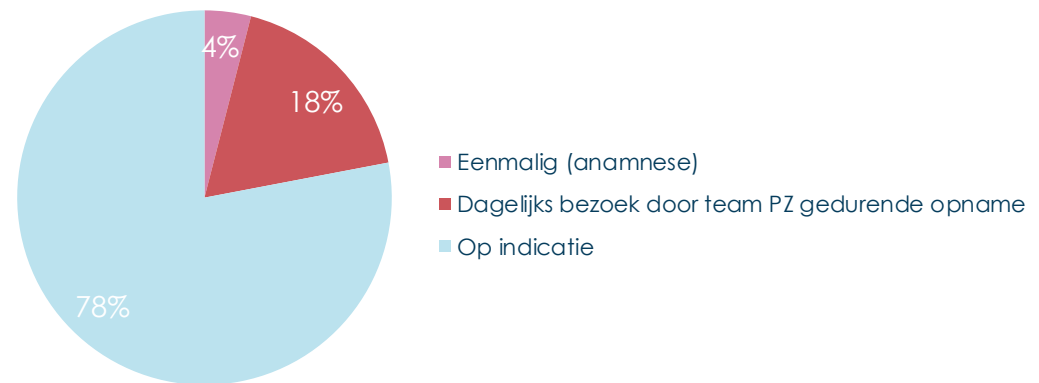
BEHANDELAARSCHAP

Een arts van team PZ treedt na consultatie vrijwel altijd op als consulent (87%) en zelden als medebehandelaar (11%) of regiebehandelaar (2%). Dit was vergelijkbaar in 2017.

figuur standaard consultatie



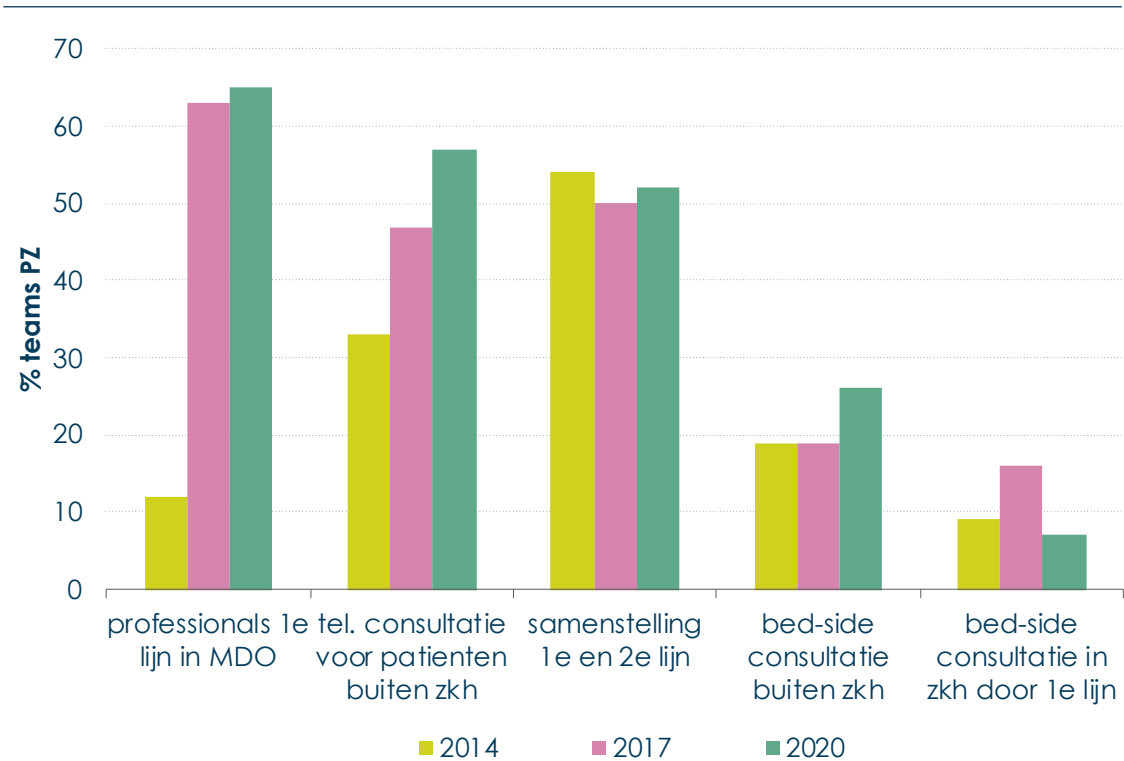
figuur contact met de patiënt



TRANSMURAAL WERKEN

Van de teams PZ werkt 65% transmuraal middels deelname van professionals uit de eerste lijn in het MDO. 57% van de teams PZ geeft aan dat ze telefonische consultatie bieden voor zorgprofessionals van patiënten buiten het ziekenhuis, in 2017 was dit bijna de helft van de teams PZ (47%). De helft van de teams PZ (52%) is samengesteld uit professionals van zowel de eerste als de tweede lijn. 26% van de teams PZ verleent bed-side consultatie aan patiënten die buiten het ziekenhuis verblijven, in 2014 en 2017 was dit 19%. Eén op de vijf teams PZ geeft aan niet transmuraal te werken (22%), in 2017 gold dit voor 18% van de teams PZ.

figuur transmuraal werken

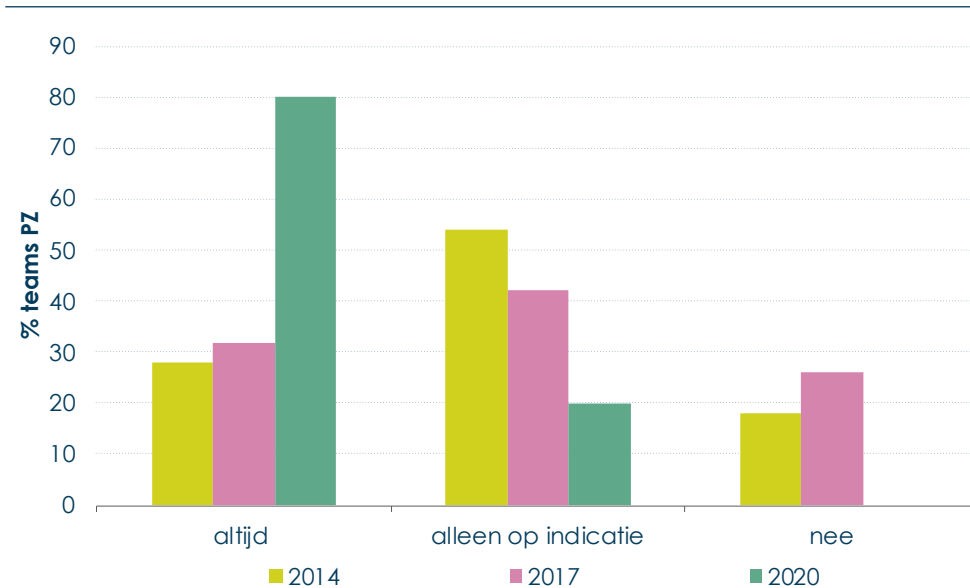


Voor ontslag

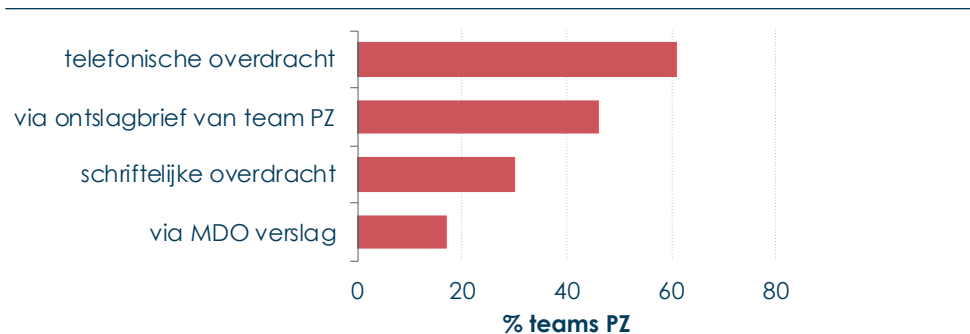
80% van de teams PZ geeft aan altijd contact te hebben met de huisarts of specialist ouderengeneeskunde over palliatieve zorg in de thuissituatie voor ontslag van de patiënt. In 2017 lag dat aandeel een stuk lager, namelijk op 32%. Voor deze teams vindt het contact plaats via de hoofdbehandelaar (59%) of via het team PZ (41%). 20% van de teams PZ heeft alleen op indicatie contact met de huisarts of specialist ouderengeneeskunde.

Dit contact vindt meestal plaats via een telefonische overdracht (61%). Bijna de helft van de teams PZ (46%) stuurt een ontslagbrief. Ook wordt gebruik gemaakt van een schriftelijke overdracht (30%) en/of een overdracht via het MDO verslag (17%).

figuur contact met 1^e lijn voor ontslag naar thuissituatie



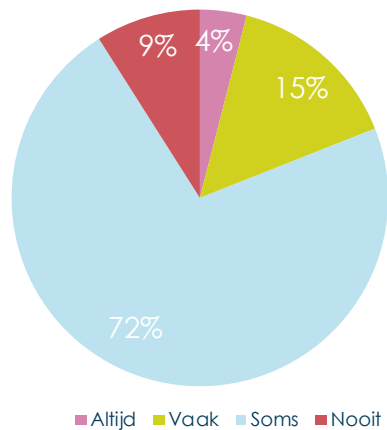
figuur overdracht naar thuissituatie



Contact met de patiënt na ontslag

72% van de teams PZ geeft aan soms telefonisch contact op te nemen met de patiënt, nadat de patiënt ontslagen is. 15% van de teams PZ heeft vaak contact met de patiënt.

figuur contact met de patiënt na ontslag



REDENEN OM TEAM PZ TE CONSULTEREN

Teams PZ worden voor verschillende onderwerpen geconsulteerd. De top 5 van meest voorkomende onderwerpen waarvoor teams PZ in consult gevraagd worden zijn: somatische problemen/symptomen, vragen rond medische besluitvorming rond het levenseinde, gevolgd door proactieve zorgplanning, psychische problematiek en problemen op sociaal gebied. Voor vragen rondom markering van de palliatieve fase worden teams PZ het minst vaak in consult gevraagd.

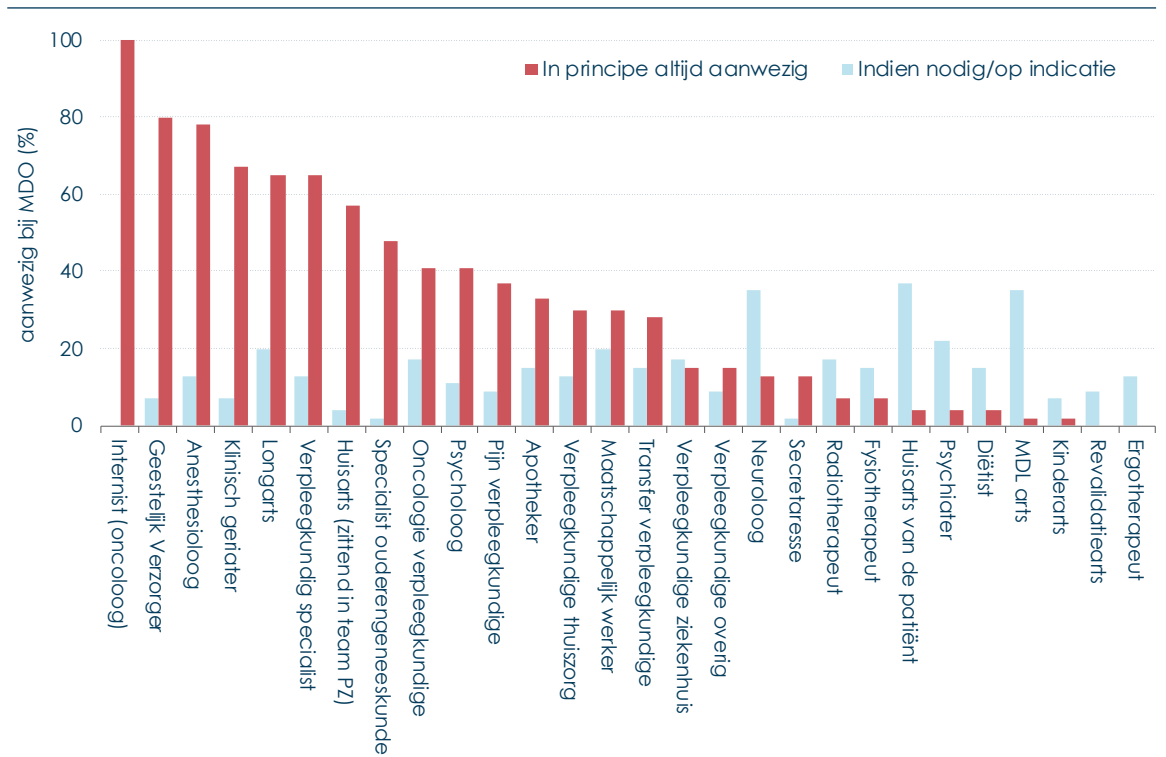
1. Somatische problemen/symptomen
2. Vragen rond medische besluitvorming rond het levenseinde
3. Proactieve zorgplanning (ACP)
4. Psychische problematiek
5. Problemen om sociaal gebied
6. Vragen/problemen op spiritueel gebied
7. Markering van de palliatieve fase

MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG (MDO)

De meeste teams PZ (87%) voldoen aan de SONCOS-norm (Stichting Oncologische Samenwerking) 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. Voor twee derde van de teams PZ (65%) duurt het MDO gemiddeld 60 minuten. Gemiddeld worden er 6 patiënten per MDO besproken, variërend van 1 tot 35 patiënten. Bij 20% van de teams is de consultvrager altijd aanwezig bij het MDO en bij 59% van de teams is deze alleen aanwezig indien nodig of op indicatie. Driekwart van de teams PZ geeft aan dat er standaard een verslag naar de consultvrager gestuurd wordt, waarvan de helft van de teams dit via het EPD regelt. 41% van de teams PZ geeft aan dat er ook een verslag naar de huisarts of specialist ouderengeneeskunde gaat. Bij bijna de helft van de teams (48%) worden alle patiënten besproken op het MDO. In andere teams worden alleen de nieuw aangemelde patiënten (43%) en/of complexe patiënten (20%) besproken op het MDO. De vertegenwoordigers van disciplines die in principe altijd aan-

wezig zijn bij het MDO zijn vooral internist oncoloog, geestelijk verzorger, anesthesioloog, klinisch geriater, longarts en verpleegkundig specialist. Bij meer dan de helft (59%) van de teams sluit een lid van het team PZ ook aan bij het MDO van andere afdelingen, waarbij de oncologie (46%), cardiologie (20%) en longgeneeskunde (17%) het meest genoemd zijn.

figuur disciplines aanwezig bij MDO palliatieve zorg



WAARDEN, WENSEN EN BEHOEFTE

Ruim een derde van de teams PZ (38%) geeft aan dat waarden, wensen en behoeften van de patiënt structureel worden uitgevraagd en vastgelegd. Deze teams geven aan dat dit wordt uitgevraagd door het team PZ (63%) en/of door de hoofdbehandelaar of verpleegkundige (47%). Het vastleggen van de waarden, wensen en behoeften wordt gedaan door het team PZ (58%) en door de hoofdbehandelaar of verpleegkundige (47%).

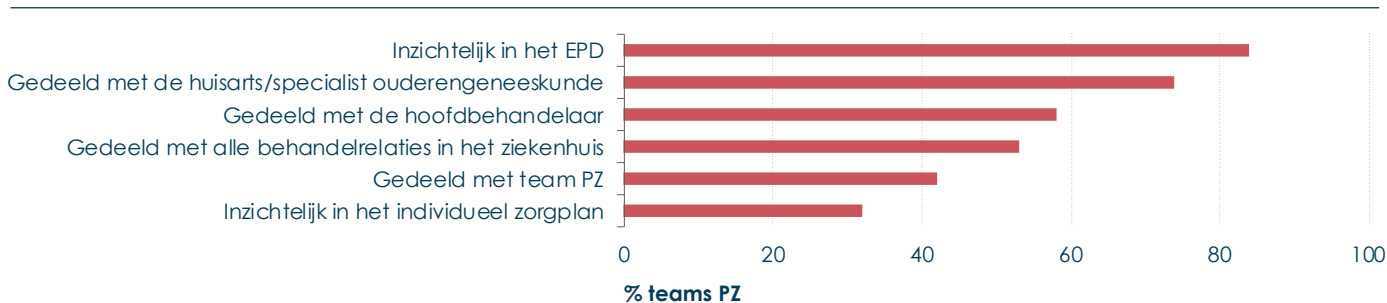
84% van de teams PZ geeft aan dat de waarden, wensen en behoeften inzichtelijk zijn in het EPD. Deze worden vooral gedeeld met de huisarts/specialist ouderengeneeskunde (84%), gevolgd door de hoofdbehandelaar

(58%) en de behandelrelaties in het ziekenhuis (53%).

KNELPUNTEN EN BEHOEFTE VAN TEAM PZ

De teams PZ ervaren verschillende knelpunten met betrekking tot het functioneren van het team PZ. Deze knelpunten worden vooral ervaren op lokaal niveau (70%), gevolgd door regionaal (20%) en landelijk niveau (10%). Teams PZ geven aan dat er met name behoefte is aan uitbreiding van formatie en gelabelde uren om beter te kunnen functioneren. Op landelijk niveau geven de teams PZ aan dat de financiering aandacht blijft behoeven, waaronder de vergoeding van transmurale zorg. Ook het kennisniveau van zorgverleners over palliatieve zorg blijft een punt van aandacht.

figuur delen en inzicht van de waarden, wensen en behoeften van de patiënt

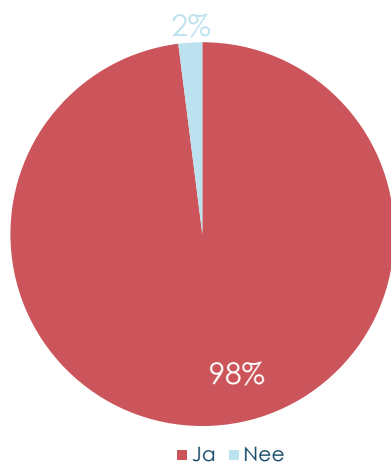


FINANCIERING TEAM PZ

REGISTEREN

98% van de teams PZ geeft aan de DOT (DB-C's Onderweg naar Transparantie) palliatieve zorg te registreren, in 2017 was dit aandeel 95%.

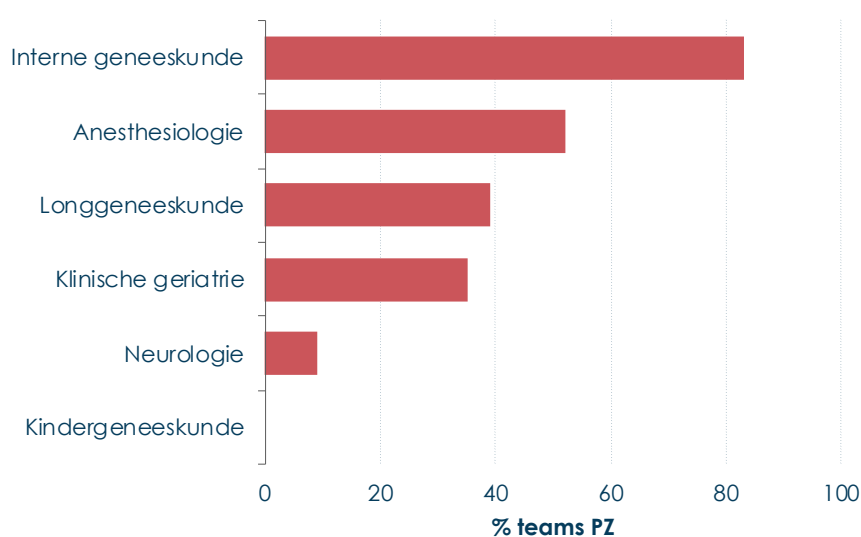
figuur aandeel teams PZ dat DOT PZ declareert



OPENEN DOT

Het specialisme dat de DOT PZ opent, is vaak inwendige geneeskunde (83%), gevolgd door anesthesiologie (52%) longgeneeskunde (39%) en klinische geriatrie (35%). Het specialisme neurologie opent zelden de DOT (9%) en kindergeneeskunde nooit (0%).

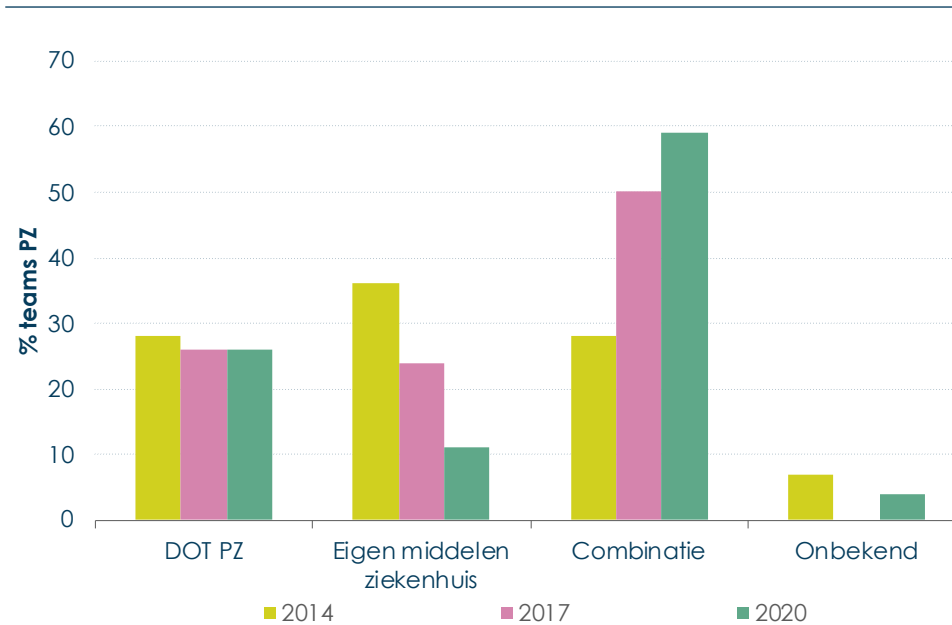
figuur aandeel teams PZ per specialisme dat DOT PZ kan openen



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 aandeel van vormen van financiering team PZ

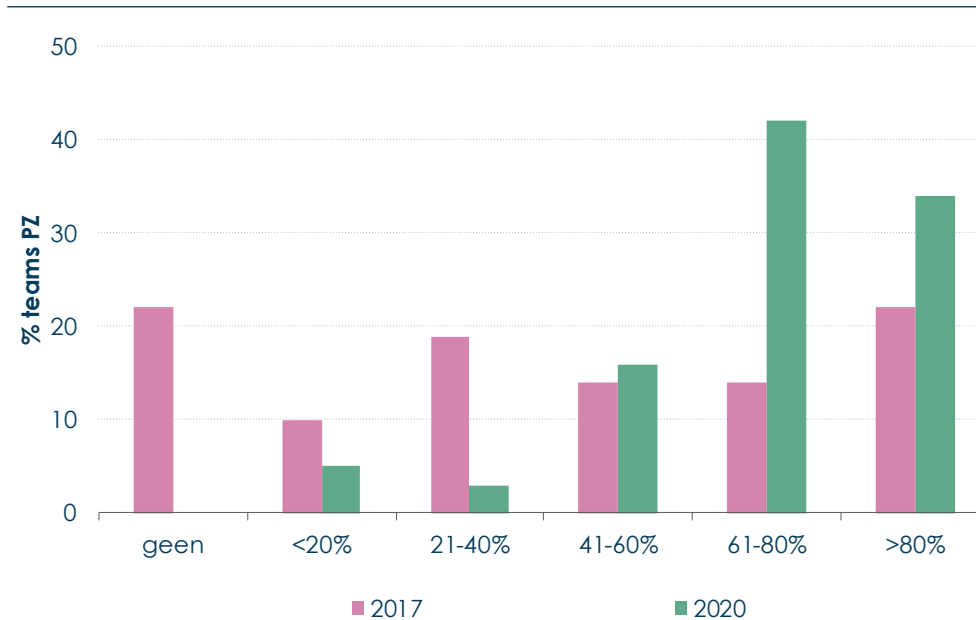


DECLAREREN

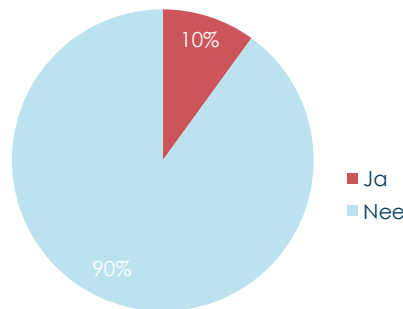
De mate waarin geregistreerde consulten kunnen worden gedeclareerd, is toegenomen ten opzichte van 2017. Alle teams geven aan consulten te kunnen declareren, in 2017 was dat voor een op de vijf teams nog niet het geval. (22%). 13 teams PZ (34%) geven aan dat meer dan 80% van de consulten gedeclareerd kunnen worden. De voornaamste redenen dat een deel van de geregistreerde consulten niet gedeclareerd wordt, zijn: het overlijden van de patiënt voordat het MDO heeft plaatsgevonden en omdat de patiënt niet is gezien door het specialisme dat de DBC kan openen.

90% van de teams PZ geeft aan dat er in de overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis geen specifieke afspraken zijn gemaakt over het team PZ.

figuur aandeel teams PZ dat DOT PZ declareert



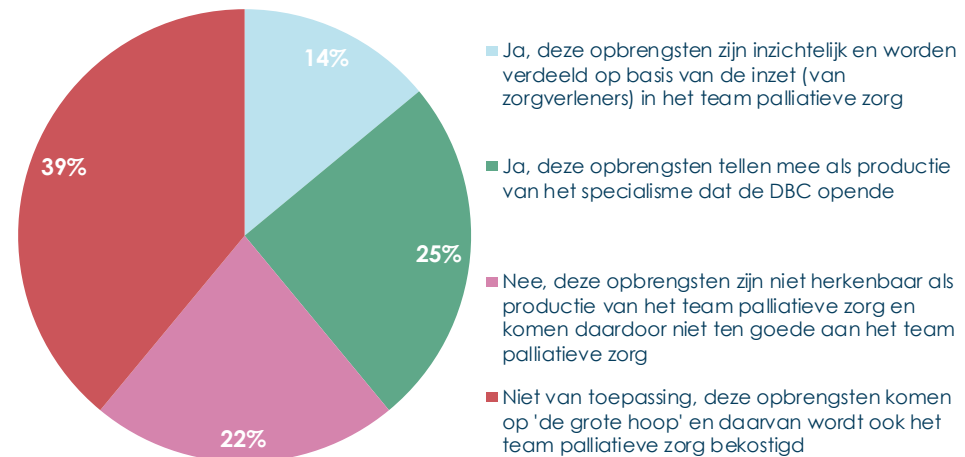
figuur aandeel teams PZ dat specifieke afspraken met zorgverzekeraar heeft over team PZ



DBC OPBRENGSTEN

Er is verdeeldheid in de mate waarin de DBC-opbrengsten van het team PZ daadwerkelijk terugvloeien naar het specialisme/ de afdeling/de RVE (resultaatverantwoordelijke eenheden) die ook de kosten voor het team draagt. Slechts 14% van de teams PZ geeft aan dat de DBC-opbrengsten inzichtelijk zijn en worden verdeeld op basis van de inzet (van zorgverleners) in het team palliatieve zorg. Daarnaast geeft een kwart van de teams PZ (25%) aan dat deze opbrengsten meetellen als productie van het specialisme dat de DBC opende. Bij een op de vijf teams zijn deze opbrengsten niet herkenbaar als productie van het team palliatieve zorg en komen daardoor niet ten goede aan het team palliatieve zorg. 39% van de teams PZ geeft aan dat deze opbrengsten 'op de grote hoop' komen en dat daarvan ook het team PZ wordt bekostigd. Vijf ziekenhuizen hebben aangegeven niet te weten waar de DBC-opbrengsten heen gaan.

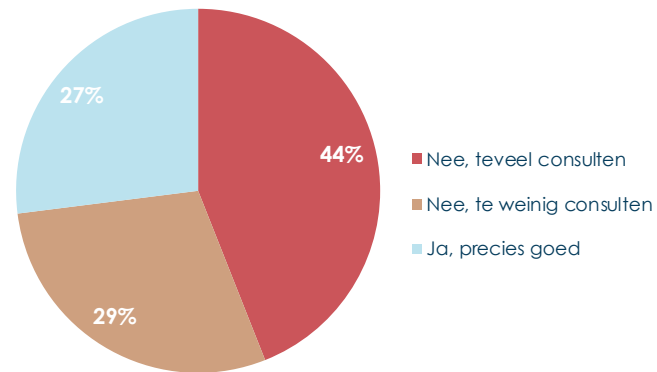
figuur stroom van de DBC opbrengsten van het team PZ



CONSULTEN

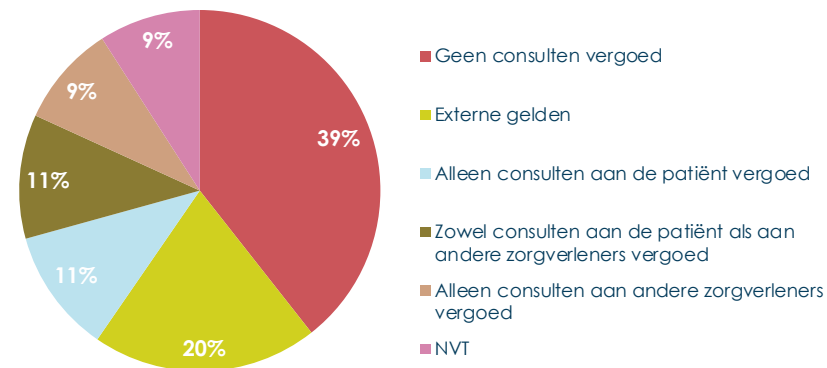
Het aantal consulten in 2020 was voor 27% van de teams PZ in overeenstemming met het aantal gelabelde uren van de leden. Door 44% van de teams PZ werd aangegeven dat het team teveel consulten had voor de beschikbare tijd/formatie en voor een kleiner deel van de teams PZ (29%) was het tegenoverstelde het geval.

figuur overeenstemming aantal consulten



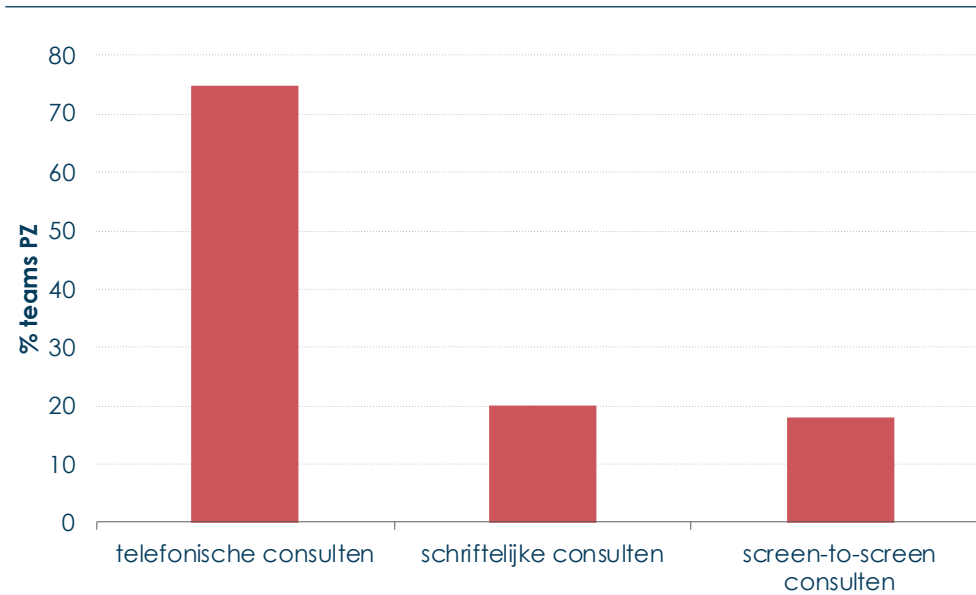
39% van de teams PZ geeft aan dat transmurale consulten niet vergoed worden. Voor een op de vijf teams PZ (20%) wordt transmurale consulten vergoed door externe gelden. Voor andere teams geldt dat consulten worden vergoed voor alleen patiënten (11%), patiënten én zorgverleners (11%) of alleen zorgverleners (9%).

figuur vergoeding van transmurale consulten



Er worden ook andere vormen van consulten verricht door de teams PZ. 80% van de teams PZ verricht ook telefonische consulten (mediaan 42), 20% schriftelijke (mediaan 37) en 18% screen-to-screen consulten (mediaan 9).

figuur andere vormen van consultatie



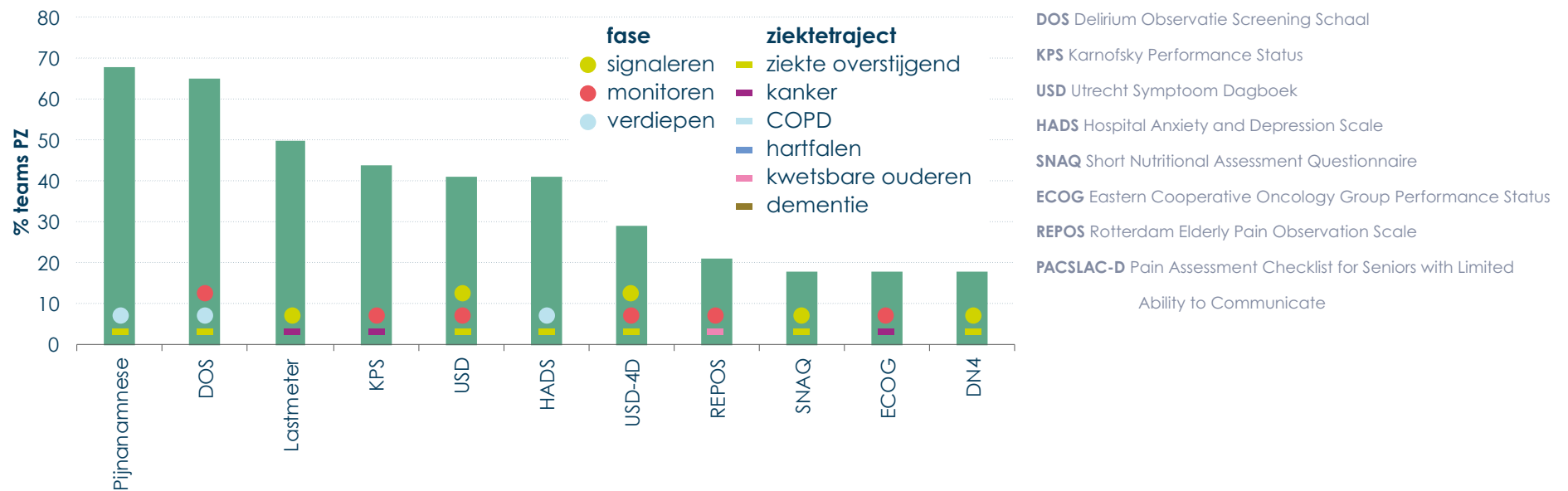
KWALITEIT EN DESKUNDIGHEID

GEBUIK MEETINSTRUMENTEN DOOR DE TEAMS PZ

74% van de teams PZ geeft aan meetinstrumenten te gebruiken in de dagelijkse praktijk, in 2017 was dit nog 90%. Gemiddeld worden vijf meetinstrumenten gebruikt; dit varieert van 1 tot 13 verschillende meetinstrumenten. De Pijnanamnese (68%) en de Delier Observatie Schaal (DOS) (65%) zijn de meest

gebruikte meetinstrumenten gevolgd door de Lastmeter (50%) en de Karnofsky Performance Scale (KPS) (44%). Er worden instrumenten ingezet op diverse meetniveaus (signaleren, monitoren en verdiepen). Daarnaast zijn er instrumenten die zowel ziektespecifiek (bijv. kanker en dementie) als ziekte-overstijgend gebruikt worden.

figuur top 10 gebruik meetinstrumenten door teams PZ



KWALITEIT

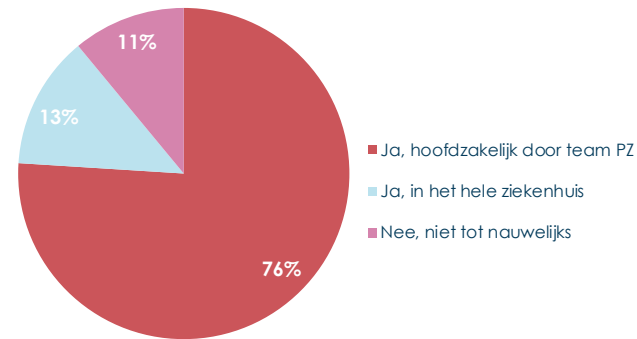
Kwaliteitskader Palliatieve zorg

Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg wordt als leidraad gebruikt om beleid en/of protocollen te maken door het team PZ (76%) of binnen het gehele ziekenhuis (13%). Voor 11% van de ziekenhuizen geldt dat het Kwaliteitskader PZ niet tot nauwelijks wordt gebruikt.

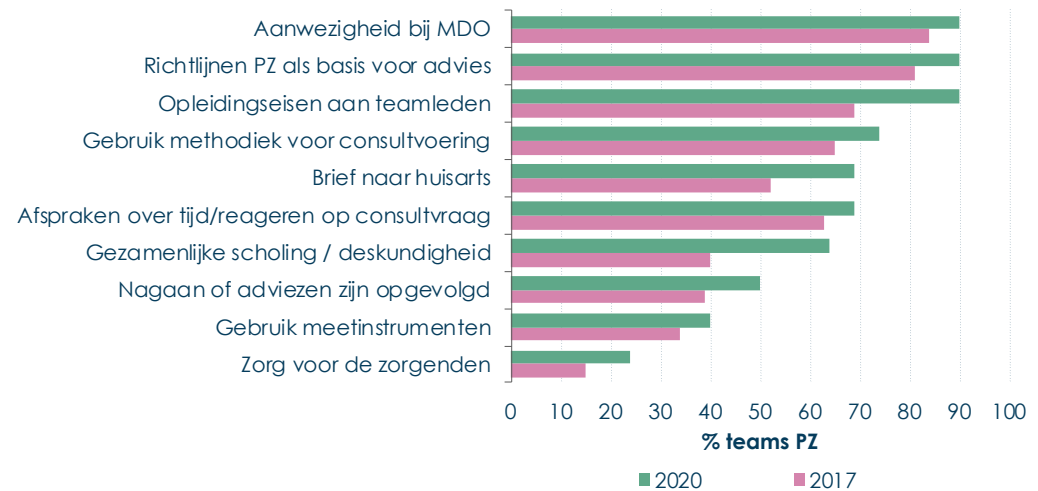
Kwaliteitscriteria

Het merendeel van de teams PZ (91%) heeft kwaliteitscriteria afgesproken ten aanzien van het proces van consultatie. De meeste teams PZ hebben afspraken gemaakt (allen 90%) over de aanwezigheid bij het MDO en het gebruik van richtlijnen PZ als basis voor advies en opleidingseisen aan teamleden. Hierin is een toename te zien in vergelijking met 2017. Daarnaast zijn er ook vaak kwaliteitscriteria afgesproken over de methodiek voor consultvoering (74%), overdrachtsbrieven naar de huisarts (96%) en ten aanzien van afspraken over de maximale tijd van reageren op een consultvraag (69%). Ook hier is een toename te zien in afgesproken kwaliteitseisen ten opzichte van 2017.

figuur gebruik van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg



figuur kwaliteitscriteria ten aanzien van het proces van consultatie



ONDERWIJS

Structureel onderwijs door team PZ

De helft van de teams PZ (52%) geeft aan dat zij structureel onderwijs geven over palliatieve zorg aan zorgprofessionals van interne geneeskunde. Dit is in mindere mate ook het geval voor de zorgprofessionals van de (medische) oncologie (37%), longgeneeskunde (35%), cardiologie (26%) en neurologie en geriatrie (beiden 22%).

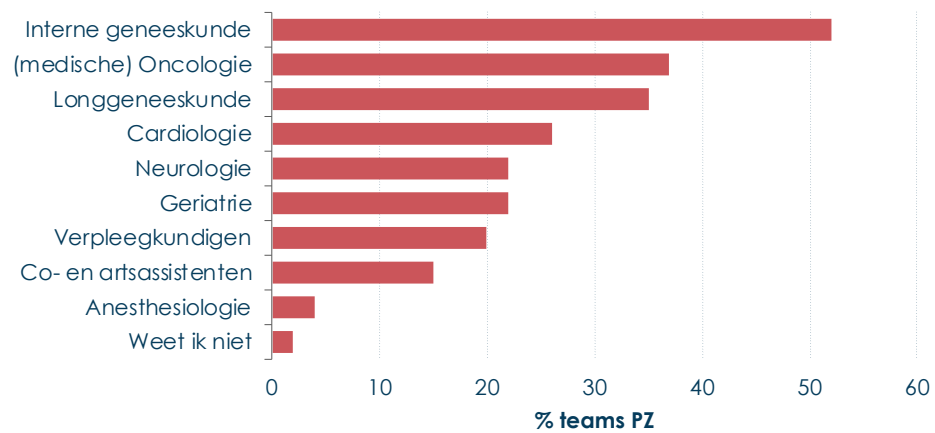
Disciplinair overstijgend onderwijs

60% van de teams PZ geeft aan dat palliatieve zorg is opgenomen in het disciplinair overstijgend onderwijs (DOO). Voor 9% van de teams geldt dat dit alleen op aanvraag en dus niet structureel gebeurt.

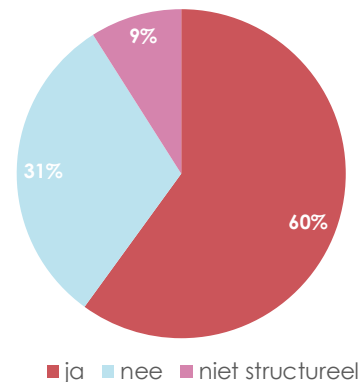
Keuzestage

Meer dan de helft van de teams PZ (55%) geeft aan dat er een mogelijkheid is voor een AIOS, ongeacht specialisme, of huisartsen in opleiding om een keuzestage te doen bij het team.

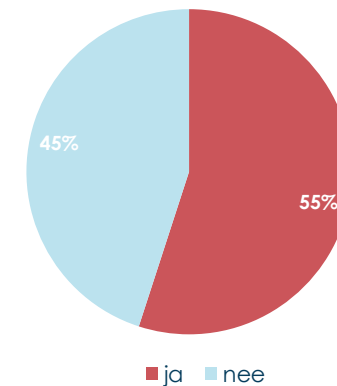
figuur % van de teams PZ dat structureel onderwijs geeft aan vakgroepen



figuur aandeel teams waarbij palliatieve zorg is opgenomen in het disciplinair overstijgend onderwijs



figuur percentage van het aantal teams met de mogelijkheid tot een keuzestage bij het team PZ



GENOTEN OPLEIDING TEAMLEDEN TEAM PZ

Opleiding artsen

In bijna alle teams PZ (93%) is een arts aanwezig die een aanvullende opleiding en/of scholing op het gebied van palliatieve zorg heeft gevolgd, hier gedefinieerd als Kaderopleiding PZ en Palliatieve zorg verkorte kadercursus voor medische specialisten. Voor 43% van de teams geldt dat er een tot vier artsen met een aanvullende scholing in het team aanwezig zijn.

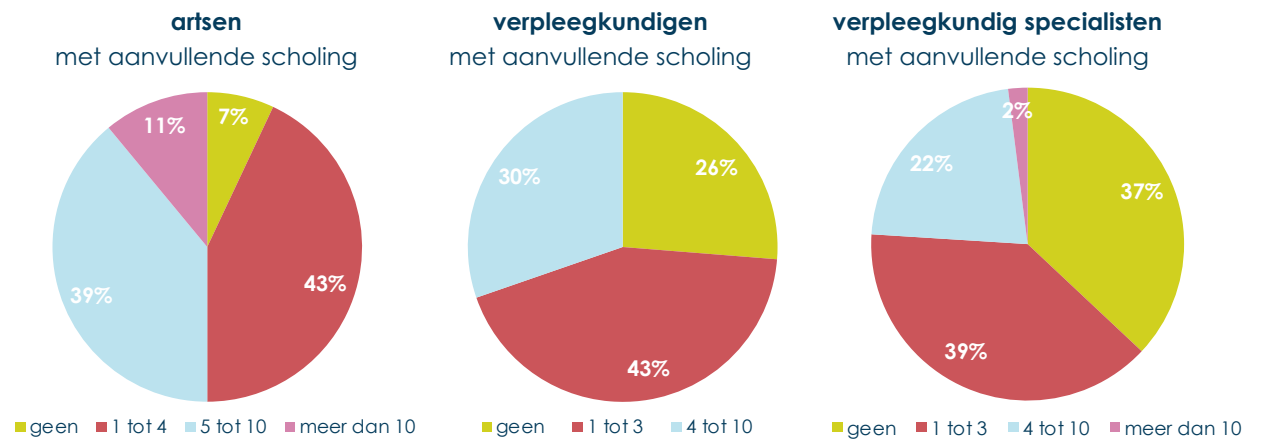
Opleiding verpleegkundigen

74% van de teams PZ heeft een verpleegkundige in het team met een opleiding in de palliatieve zorg, hier gedefinieerd als post-hbo palliatieve zorg, 5/6-daagse cursus voor verpleegkundig specialisten en physician assistants, CZO opleiding oncologie, post-hbo pijnconsulent en Basistraining Palliatieve zorg. Voor 43% van de teams geldt dat er een tot drie verpleegkundigen met een aanvullende scholing in het team aanwezig zijn.

Opleiding verpleegkundig specialisten

Bijna twee derde (63%) van de teams PZ heeft een verpleegkundig specialist in het team die specifieke scholing op het gebied van palliatieve zorg heeft gehad, hier gedefinieerd als post-hbo palliatieve zorg, CZO opleiding oncologie, post-hbo pijnconsulent en Basistraining Palliatieve zorg. Voor 39% van de teams geldt dat er 1 tot 3 verpleegkundig specialisten met een aanvullende scholing in het team zitten.

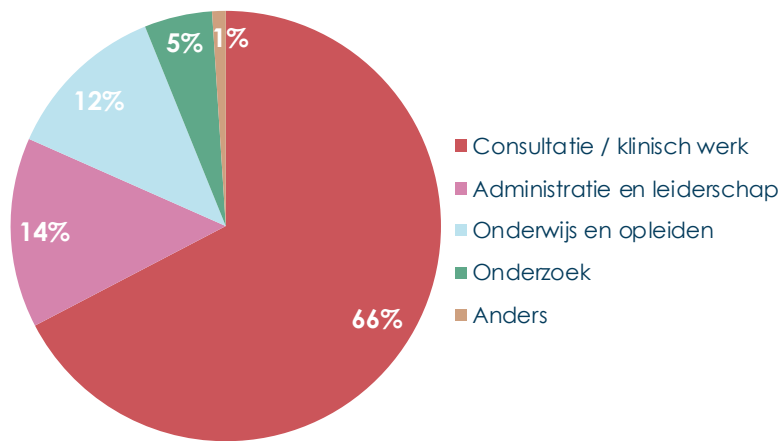
figuur specifieke opleiding PZ gevolgd binnen de teams PZ



ACTIVITEITEN TEAM PZ

De teams PZ besteden gemiddeld twee derde van hun tijd (66%) aan consultatie en klinisch werk. Daarnaast wordt er tijd besteed aan administratie en leiderschap (14%), onderwijs en opleiden (12%) en onderzoek (5%).

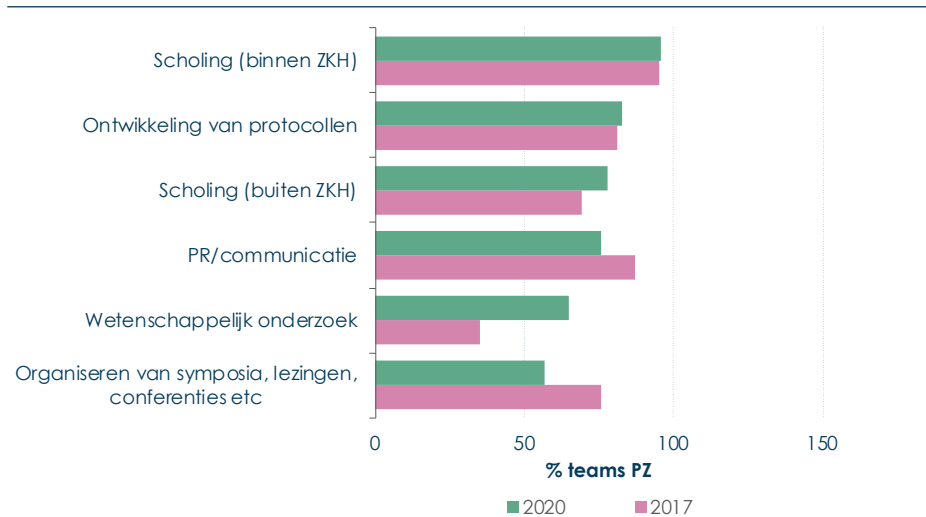
figuur tijdsbesteding van de teams PZ aan verschillende activiteiten



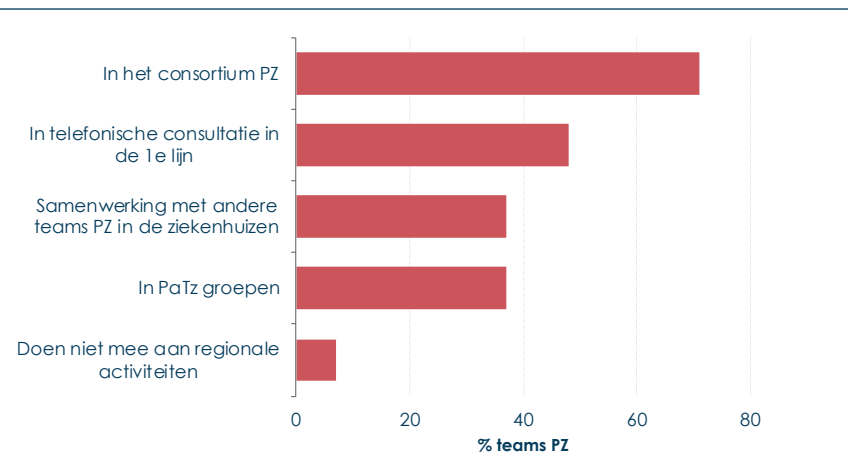
Bijna alle teams PZ geven scholing over palliatieve zorg binnen het ziekenhuis (96%), ruim driekwart van de teams PZ geeft ook scholing buiten het ziekenhuis (78%). Daarnaast voert twee derde van de teams PZ ook wetenschappelijk onderzoek uit (65%), terwijl dat in 2017 nog voor een derde van de teams (35%) gold.

De meeste teams PZ participeren in activiteiten binnen het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (93%). Veel teams PZ participeren in het consortium PZ (71%). Daarnaast participeert de helft van de teams PZ in telefonische consultatie in de eerste lijn (gefaciliteerd door Fibula) (48%), gevolgd door participatie in de PaTz groepen en een samenwerking met andere teams PZ in de ziekenhuizen (beiden 37%).

figuur aandeel activiteiten teams PZ op het gebied van opleiding en onderzoek



figuur participatie van teams PZ in regionale en lokale samenwerkingsverbanden



COVID-19

Ten tijde van het vragenlijstonderzoek was de COVID-19 pandemie in volle gang. Daarom is in de enquête mee genomen in welke mate de COVID pandemie van invloed is geweest op de inzet van team PZ.

COVID-19 PATIËNTEN

In 2020 zijn de teams PZ ook in consult gevraagd voor patiënten met (verdenking op) COVID-19, variërend van 0 tot 110 patiënten (mediaan 10).

39% van de teams PZ geeft aan dat er voor COVID-19 patiënten met een slechte prognose een speciale corona-unit in het ziekenhuis was.

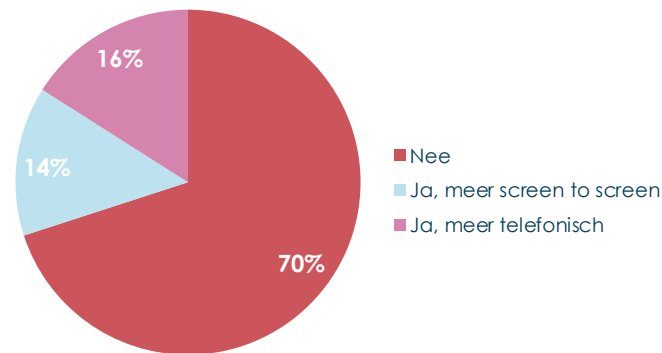
GEVOLGEN COVID-19

Het merendeel van de teams PZ (70%) geeft aan dat er door de COVID-19 pandemie geen verschuiving is opgetreden naar meer zorg op afstand. Andere teams geven aan dat er meer telefonische (16%) of screen-to-screen consultatie (14%) is geleverd.

Teams PZ geven aan dat zij positieve ervaringen hadden met consultatie op afstand.

Een deel van de teams geeft aan de voorkeur te hebben voor fysieke consulten. Alle teams die meer zorg op afstand leverden door de COVID-19 pandemie geven aan dat zij door willen gaan met het aanbieden van consultatie op afstand.

figuur verschuiving consultatie als gevolg van COVID-19



Door de COVID-19 pandemie is er een verschuiving opgetreden in de rollen en taken binnen het team PZ. De teams geven aan dat er meer betrokkenheid was van teamleden bij zowel het opstellen van protocollen en beleid rondom COVID-19 als bij de ondersteuning van andere zorgverleners.

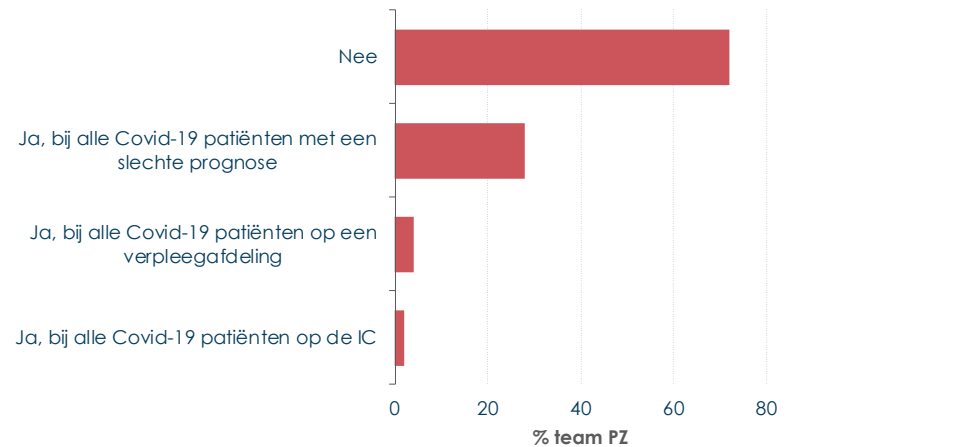
CONSULTEN TEN BEHOEVE VAN COVID-19 PATIËNTEN

De meeste teams PZ (72%) werden niet structureel in consult gevraagd bij COVID-19 patiënten. Voor een kwart van de teams PZ (28%) geldt dat zij wel structureel in consult werden gevraagd bij COVID-19 patiënten met een slechte prognose.

REDENEN OM TEAM PZ TE CONSULTEREN BIJ COVID-19 PATIËNTEN

De top 5 van meest voorkomende onderwerpen waarvoor teams PZ in consult gevraagd worden bij COVID-19 patiënten zijn: somatische problemen/symptomen, vragen rond medische besluitvorming rond het levenseinde, gevolgd door markering van de palliatieve fase, proactieve zorgplanning en psychische problematiek. Vergeleken met andere patiënten, is markering van palliatieve fase vaker een reden om team PZ te consulteren voor COVID-19 patiënten.

figuur % teams PZ dat structureel in consult werd gevraagd bij COVID-19 patiënten



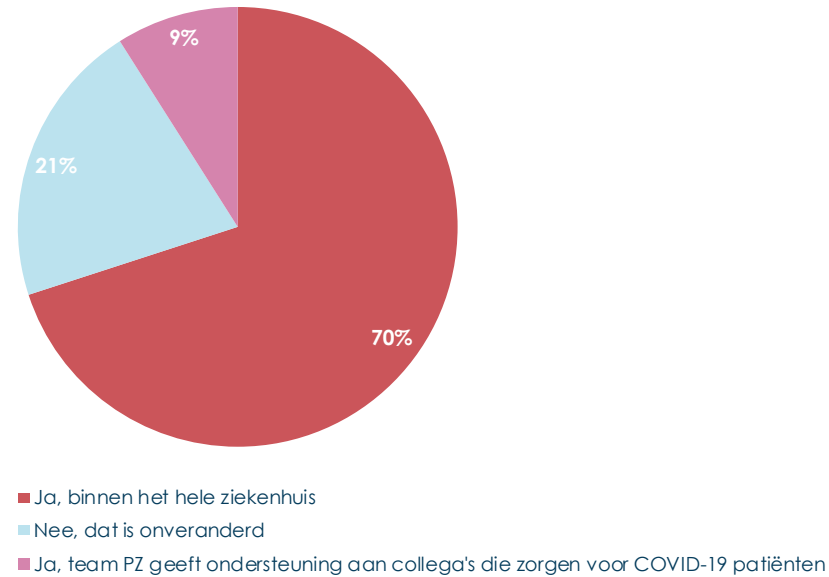
1. Somatische problemen/symptomen
2. Vragen rond medische besluitvorming rond het levenseinde
3. Markering van de palliatieve fase
4. Proactieve zorgplanning
5. Psychische problematiek
6. Problemen om sociaal gebied
7. Vragen/problemen op spiritueel gebied

ZELFZORG EN ZORG VOOR ELKAAR

Persoonlijke balans is opgenomen in het domein Kernwaarden en principes van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. Om 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 hen-zelf kan hebben.

Voor 70% van de teams PZ geldt dat er in het gehele ziekenhuis meer aandacht voor zelf-zorg en zorg voor de zorgverlener is sinds de COVID-19 pandemie. 9% van de teams PZ geeft ondersteuning aan collega's die zorgen voor COVID-19 patiënten. 21% van de teams PZ geeft aan dat dit onveranderd is.

figuur aandacht voor zelfzorg en zorg voor de zorgverlener sinds de COVID-19 pandemie



SONCOS: MATE WAARIN TEAMS PZ VOLDOEN AAN DE NORMEN VOOR GOEDE ONCOLOGISCH ZORG

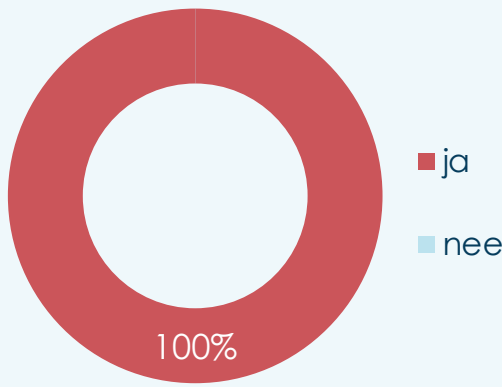
Elk ziekenhuis in Nederland dient sinds 2017 een consultatieteam palliatieve zorg te hebben. Dit is vastgesteld door de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) in het SONCOS normeringrapport, waarin (rand)voorwaarden omschreven staan waar goede oncologische zorg aan zou moeten voldoen¹. Volgens de SONCOS-norm dient ieder ziekenhuis in Nederland dat oncologische zorg verleent te beschikken over een multidisciplinair team palliatieve zorg dat werkt volgens de richtlijnen palliatieve zorg (Algemene principes van palliatieve zorg, www.pallialine.nl, 2010).

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

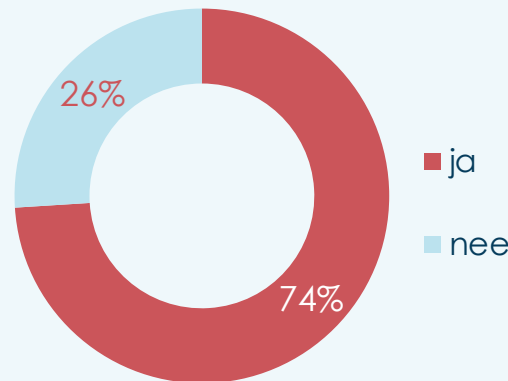
In dit hoofdstuk is per SONCOS-norm nagegaan of en in welke mate de teams PZ voldoen aan de gestelde normen.

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

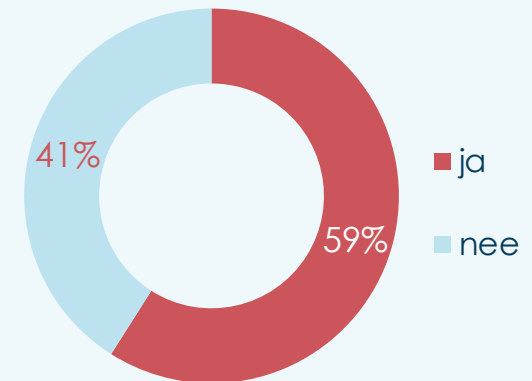
De zorginstelling dient per 1 januari 2017 te beschikken over een **multidisciplinair team palliatieve zorg** dat werkt volgens de richtlijnen palliatieve zorg (Algemene principes van palliatieve zorg, www.pallialine.nl, 2017) en **gebruik maakt van een instrument** om de behoefte aan palliatieve zorg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



100% van de ziekenhuizen heeft per 1-1-2020 een team PZ.

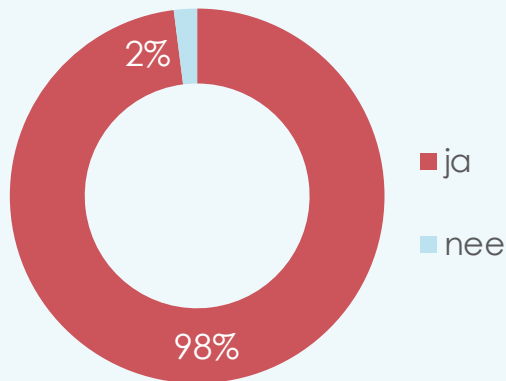


74% van de ziekenhuizen maakt gebruik van een meetinstrument om patiënten met mogelijke behoeftes aan palliatieve zorg te identificeren.

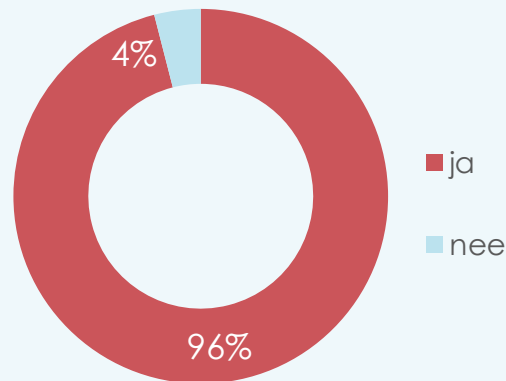


59% van de teams PZ maakt gebruik van een meetinstrument dat multidimensionaal van aard is.

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**.

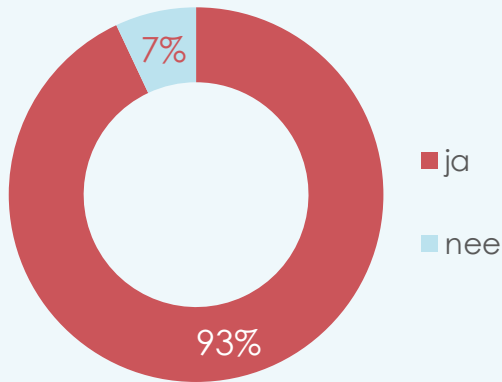


98% van de teams PZ bestaat uit tenminste twee medisch specialisten én een verpleegkundige óf een verpleegkundig specialist.



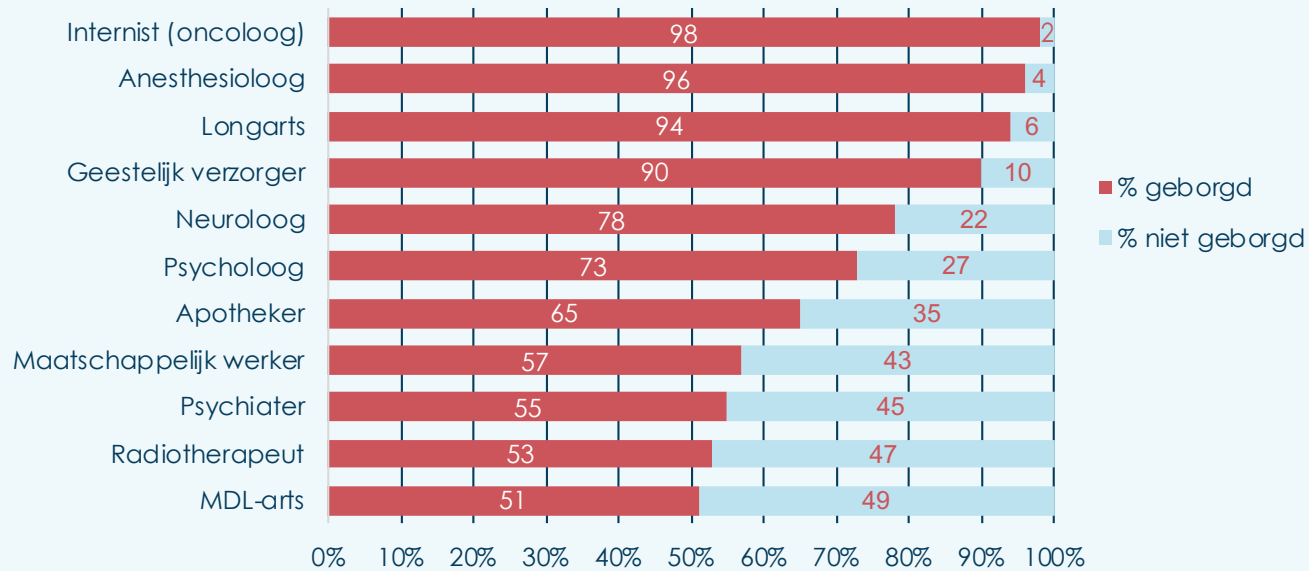
In 96% van de teams PZ heeft de verpleegkundige de voorkeursopleiding, namelijk oncologieverpleegkundige, verpleegkundig specialist oncologie of anesthesiologie/pijngeneeskunde.

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.



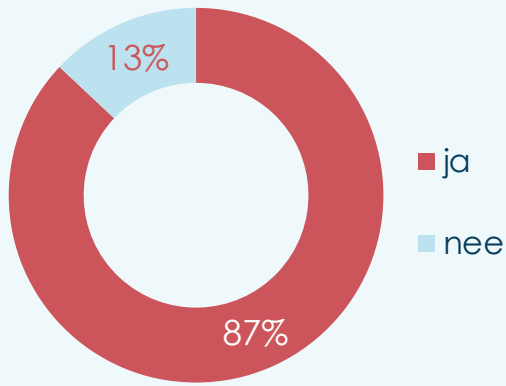
93% van de teams PZ heeft een medisch specialist met aanvullende opleiding in palliatieve zorg.

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 de-zen niet al deel uitmaken van het multidisciplinair team.



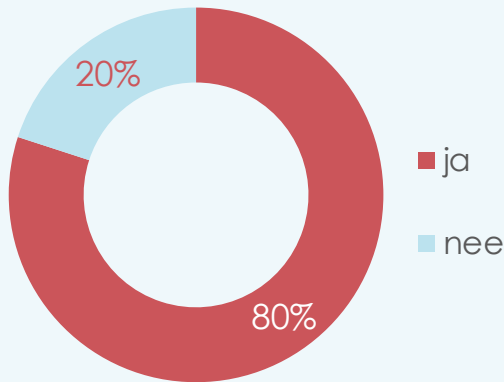
Vaste mogelijkheid tot consultatie van disciplines binnen de teams PZ

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

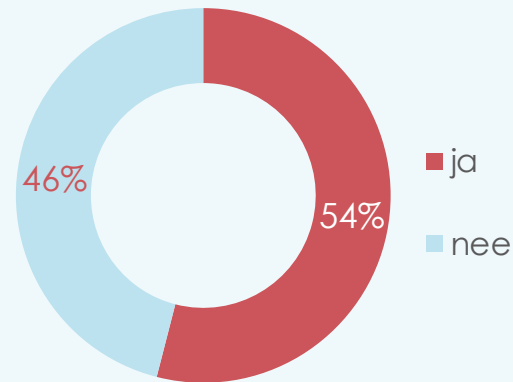


87% van de teams PZ komt tenminste wekelijks bijeen.

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.



80% van de teams PZ geeft aan voor het ontslag altijd contact te hebben met huisarts of specialist ouderengeneeskunde over palliatieve zorg in de thuissituatie. Voor 20% van de teams PZ gebeurt dit alleen op indicatie.



54% van de teams PZ is beschikbaar voor zowel bekende als onbekende patiënten die verblijven in de thuissituatie.

INDICATOREN VOOR GOEDE ZORG ROND HET LEVENSEINDE

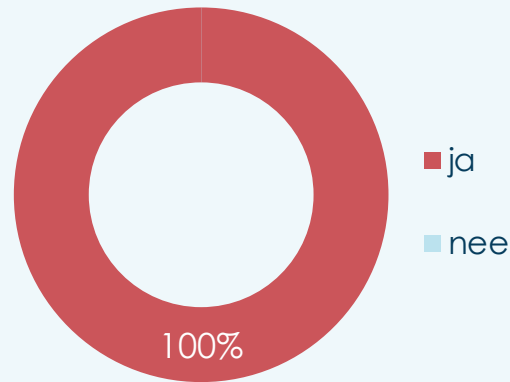
Om de integratie van palliatieve zorg te evalueren, zijn indicatoren voor integratie van goede zorg rond het levenseinde gebruikt. Deze indicatoren zijn gebaseerd op een publicatie van Hui en collega's (Hui, 2018²) en vastgesteld op basis van consensus voor de integratie van palliatieve zorg in de oncologie. De indicatoren zijn enigszins aangepast om deze geschikt te maken voor de Nederlandse setting.

- 1 Aanwezigheid van een klinisch team palliatieve zorg
- 2 Aanwezigheid van een poliklinisch spreekuur
- 3 Samenstelling van het team PZ is interdisciplinair (medisch specialist én een verpleegkundige én psychosociaal medewerker (psycholoog, geestelijk verzorger of maatschappelijk werker))
- 4 Routinematig screenen van symptomen van patiënten in de polikliniek
- 5 (Vroeg)tijdige doorverwijzing naar het palliatief team (>6mnd)
- 6 Didactisch curriculum over palliatieve zorg voor artsen, geleverd door teams PZ
- 7 Doorlopende medische educatie voor behandelend oncologen over palliatieve zorg
- 8 Gecombineerde onderwijsactiviteiten over palliatieve zorg en oncologie voor artsen, artsen in op leiding tot specialist en verpleegkundigen
- 9 Mogelijkheid tot keuzestage bij team PZ voor AIOS (ongeacht specialisme) of huisartsen in opleiding

² David Hui, Nathan I Cherny, Jimin Wu, Diane Liu, Nicola Jane Latino, Florian Strasser. Indicators of integration at ESMO Designated Centres of Integrated Oncology and Palliative Care. ESMO Open. 2018 Jul 11;3(5):e000372. doi: 10.1136/esmoopen-2018-000372.

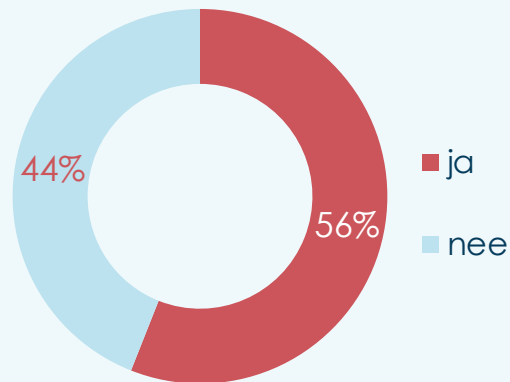
1 Aanwezigheid van een klinisch team palliatieve zorg

100% van de deelnemende ziekenhuizen heeft een team PZ en verricht klinische consulten



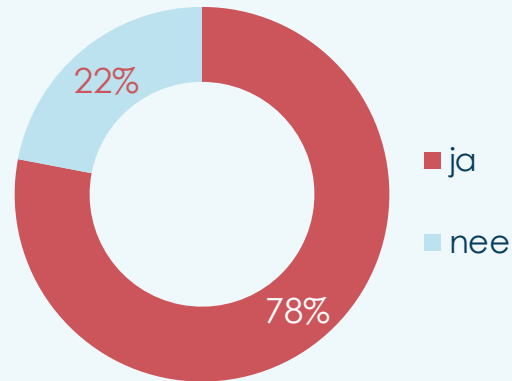
2 Aanwezigheid van een poliklinisch spreekuur

59% van de teams PZ heeft een poliklinisch spreekuur palliatieve zorg



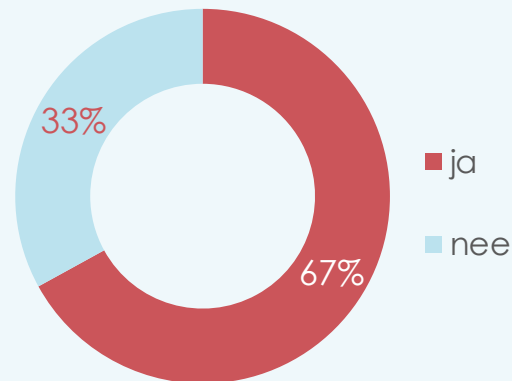
3 Samenstelling van het team PZ is interdisciplinair team (medisch specialist én een verpleegkundige én psychosociaal medewerker (psycholoog, geestelijk verzorger of maatschappelijk werker))

78% van de teams PZ is interdisciplinair samengesteld



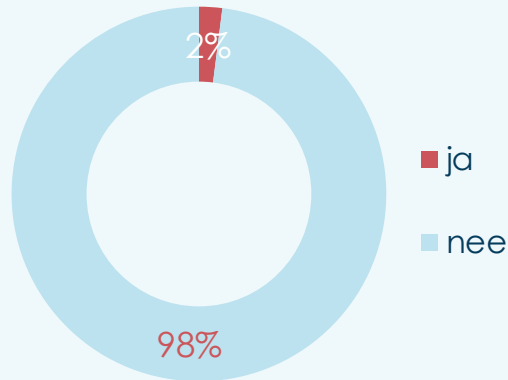
4 Routinematig screenen van symptomen van patiënten in de polikliniek

67% van de teams PZ screent routinematig op symptomen bij patiënten in de polikliniek

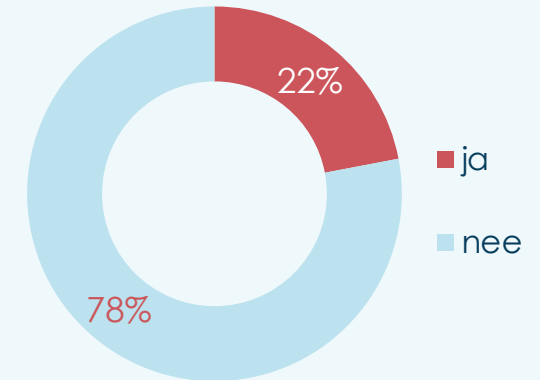


5 (Vroeg)tijdige doorverwijzing naar het palliatief team (>6mnd)

2% van de teams PZ geeft aan dat de meeste klinische patiënten waarvoor team PZ in consult geroepen wordt, een prognose van meer dan drie maanden hebben

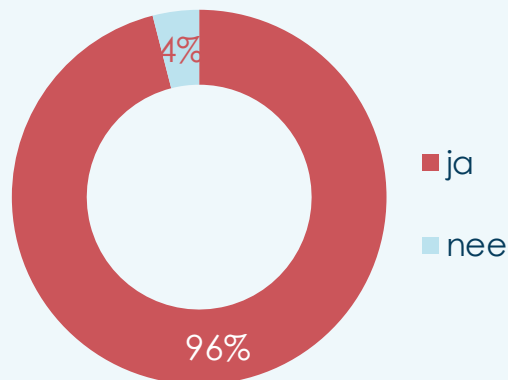


24% van de teams PZ geeft aan dat de meeste poliklinische patiënten waarvoor team PZ in consult geroepen wordt, een prognose van meer dan zes maanden hebben



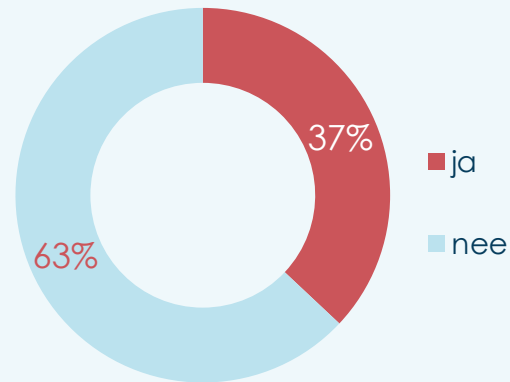
6 Didactisch curriculum over palliatieve zorg voor artsen, geleverd door teams PZ

96% van de teams PZ voert scholing uit binnen het ziekenhuis



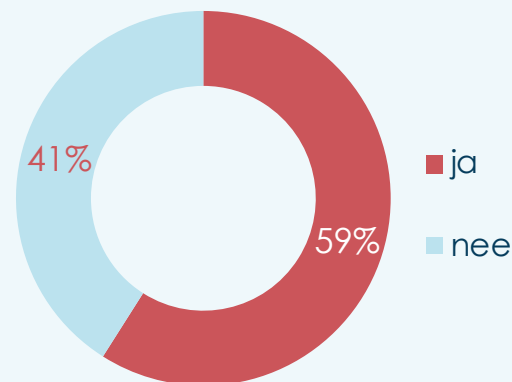
7 Doorlopende medische educatie voor behandelend oncologen over palliatieve zorg

37% van de teams PZ geeft structureel onderwijs over PZ aan zorgprofessionals binnen de oncologie. Wanneer er ook gekeken wordt naar interne geneeskunde, cardiologie, geriatrie, longgeneeskunde en/of neurologie dan geldt dit voor 59% van de teams PZ.



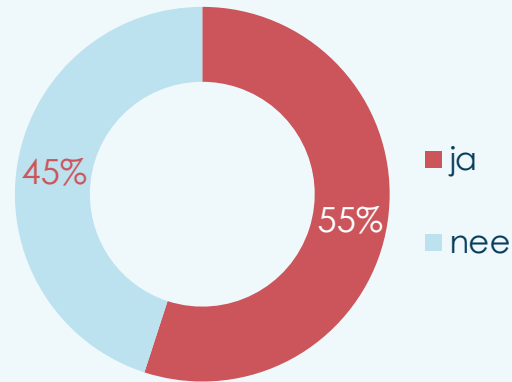
8 Gecombineerde onderwijsactiviteiten over palliatieve zorg en oncologie voor artsen, artsen in op leiding tot specialist en verpleegkundigen

59% van de teams PZ geeft aan dat palliatieve zorg is opgenomen in het disciplinair overstijgend onderwijs.



9 Mogelijkheid tot keuzestage bij team PZ voor AIOS (ongeacht specialisme) of huisartsen in opleiding.

55% van de teams PZ geeft aan dat mogelijkheid is tot een keuzestage bij team PZ voor AIOS of huisartsen in opleiding.



CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In 2021 hebben de teams palliatieve zorg (PZ) in de Nederlandse ziekenhuizen voor de vierde keer de stand van zaken gerapporteerd. Dit geeft inzicht in de ontwikkeling die de teams sinds 2012 hebben doorgemaakt. Met een goede respons van 74% geven de resultaten een representatief beeld weer. De positie van de teams PZ binnen de ziekenhuizen en in de transmurale samenwerkingsverbanden is verder verstevigd. Daarnaast laten de resultaten zien dat er op een aantal aspecten nog verbetering mogelijk is. In dit hoofdstuk worden de aspecten die nog aandacht behoeven toegelicht en aanbevelingen gedaan.

1 TOENAME VAN CONSULTEN

De toename van het aantal klinische consulten per team PZ wijst op betere integratie van palliatieve zorg in de standaard zorg. De dekkinggraad, het percentage van het jaarlijks aantal klinische opnames dat gezien wordt door het team PZ, is toegenomen van 0,6% in 2014 naar 1,3% in 2020. Dit blijft echter

laag in vergelijking met andere landen zoals de VS waar een dekkinggraad van 5,6% gerapporteerd wordt in 2018 [1]. De flashmob studie, waarbij op één dag in 48 Nederlandse ziekenhuizen de behoefte aan palliatieve zorg werd geïnventariseerd, laat zien dat ongeveer een derde van de opgenomen patiënten mogelijk behoefte heeft aan palliatieve zorg [2].

Daarnaast hebben meer teams PZ nu een poliklinisch spreekuur palliatieve zorg in vergelijking tot voorgaande jaren. Boddaert en collega's concludeerden in hun onderzoek dat het aantal verwijzingen naar de teams PZ samenhangt met het beschikbaar hebben van een poliklinisch spreekuur [3]. Ook blijkt uit dit onderzoek dat de teams PZ met meer verwijzingen dan gemiddeld deze patiënten ook vaker en vroeger in het palliatieve zorgtraject zien. Desalniettemin worden patiënten nog steeds pas laat in het ziekteproces verwezen naar het team PZ.

Ook is er een toename in het aantal teams dat beschikbaar is voor patiënten die in de thuissituatie verblijven (al dan niet bekend bij het team). Van de teams PZ is 67% beschikbaar voor patiënten die in de thuissituatie verblijven en al bekend zijn bij het team. Ruim de helft (54%) van de teams PZ kan ook geraadpleegd worden voor patiënten in de thuissituatie die nog niet bekend zijn bij het team. Door palliatieve zorg ook voor patiënten buiten het ziekenhuis beschikbaar te maken, verbreedt het team PZ de consultatieve functie. Tevens geven teams PZ aan dat zij vaker standaard betrokken worden bij bepaalde patiëntgroepen, zoals patiënten in het zorgpad stervensfase en patiënten gemarkeerd als palliatief. Welke standaard indicaties om patiënten te verwijzen naar het team PZ zinvol zijn, wordt onderzocht binnen het [TIPZO project](#) (Tijdige Integratie Palliatieve Zorg in de Oncologie). In de eerste resultaten geven de geraadpleegde experts aan dat voor verschillende kankerdiagnoses en momenten in het ziekteverloop vroegtijdige palliatieve zorg dient te worden ingezet, zoals bijvoorbeeld bij patiënten met uitgezaai-

de ziekte, bij wie ook proactieve zorgplanningsgesprekken moeten worden gestart. Uiteindelijk zal het project TIPZO leiden tot aanbevelingen van een heldere werkwijze voor goede zorg voor mensen met ongeneeslijke kanker.

Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) heeft twee hoofddoelstellingen: maatschappelijke bewustwording en proactieve zorg en ondersteuning. Het NPPZ II richt zich op de implementatie van bestaande kennis en goede voorbeelden in de consortia en netwerken palliatieve zorg. De impact wordt op landelijk niveau gemeten en gemonitord om ontwikkelingen in de tijd te volgen. In het NPPZ II wordt bijvoorbeeld nagegaan of er meer bewustwording voor het markeren van de palliatieve fase is en of teams PZ ook eerder worden ingezet. [Peilingen](#) die door PZNL zijn uitgezet laten op dit moment zien dat zorgverleners wel bekend zijn met markeringshulpmiddelen, maar dat het gebruik ervan nog beperkt is.

AANBEVELINGEN

Tijdige (poliklinische) inzet van teams PZ kan de kwaliteit van zorg verbeteren voor patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid [3-6]. Ook transmuraal inzet van teams PZ kan hieraan bijdragen [7]. Daarnaast vergroot vroegtijdige, gestandaardiseerde inzet van het team PZ bij specifieke patiëntengroepen de kwaliteit van zorg voor deze patiënten. Het is belangrijk dat criteria ontwikkeld worden voor welke patiëntengroepen standaard consultatie van teams PZ zinvol is om passende zorg te leveren. Ziekenhuizen dienen het opzetten van een poliklinisch spreekuur palliatieve zorg te stimuleren om zo meer verwijzingen vanuit verschillende afdelingen naar het team PZ te genereren. Ook dienen zij meer beschikbaar te zijn voor patiënten die thuis verblijven zodat het bereik van de palliatieve teams kan worden uitgebreid en het potentieel meer wordt benut.

2 AANDACHT VOOR NIET-ONCOLOGISCHE PATIËNTEN

Teams PZ worden gelukkig steeds vaker geconsulteerd voor patiënten met een niet-oncologische aandoening of ziekte. Bijna de helft van de PZ teams (45%) geeft aan dat meer dan 40% van hun consultaties bestaat uit consulten voor patiënten met een niet-oncologische aandoening. Het aantal teams met weinig consultaties (<20% van het totaal) voor patiënten met een niet-oncologische aandoening neemt af van 27% in 2017 naar 7% in 2020. Een mogelijk verklaring hiervoor is de toegenomen deelname van de teams PZ aan niet-oncologische Multi Disciplinaire Overleggen (MDO's). Met name aansluiting bij MDO's cardiologie en longgeneeskunde werden genoemd. Het is belangrijk dat teams PZ ook goed bekend zijn bij deze disciplines, omdat de [Kerncijfers Palliatieve Zorg](#) laten zien dat twee-derde van alle overledenen in 2021 met een mogelijke behoefte aan palliatieve zorg overleed aan een niet-oncologische aandoening [8].

Daarnaast concludeert een andere studie dat de behoefte aan palliatieve zorg vergelijkbaar is tussen patiënten met oncologische en niet-oncologische aandoeningen. Beide groepen hebben namelijk een vergelijkbare symptoomlast als het gaat om fysieke, psychosociale en spirituele aspecten [9].

AANBEVELINGEN

Deelname aan MDO's van niet-oncologische afdelingen of disciplines kan leiden tot een toename in verwijzingen waardoor ook voor deze patiënten de kwaliteit van leven en sterven kan verbeteren. Vroegtijdige inzet van (specialistische) palliatieve zorg leidt tot afname van symptoomlast, verbeterde kwaliteit van leven en meer passende zorg in het levenseinde [3-6].

Vanuit bestuurlijk niveau dienen ziekenhuizen te stimuleren dat teams PZ structureel aansluiten bij zowel oncologische als niet-oncologische MDO's, waar patiënten besproken worden met een levensbedreigende aandoening, of bij wie sprake kan zijn van een behoefte aan palliatieve zorg. Tevens bevordert deelname aan MDO's de samenwerking

tussen zorgverleners en de teams PZ, wat verwijzing naar de teams ten goede kan komen waardoor de kwaliteit en deskundigheid op het gebied van palliatieve zorg verbetert.

3 TRANSMURALE SAMENWERKING VERDER UITBREIDEN EN DOORONTWIKKELEN

De vraag naar palliatieve zorg zal in de nabije toekomst toenemen. Door vergrijzing, toenemende multimorbiditeit en verbeterde diagnostiek en behandeling is de komende jaren een forse toename van palliatieve zorgbehoefte te verwachten [10, 11]. Deze toename vraagt om passende zorg. Onderzoek laat zien dat patiënten het liefst thuis willen sterven [12]. Dit vraagt om een goede transmurale samenwerking en overdracht. De teams geven aan dat het aandeel consulten buiten het ziekenhuis is toegenomen ten opzichte van de vorige uitvraag. Daarnaast heeft 80% van de teams PZ structureel contact met de 1e lijn vóór ontslag van de patiënt. Toch geeft 1 op de 5 teams aan alleen op indicatie contact te hebben met de 1e lijn voor ontslag.

Eerder onderzoek toont aan dat verpleegkundigen en artsen uit verschillende zorginstellingen matig tevreden zijn met de informatie-overdracht, waarbij met name de overdracht van het ziekenhuis naar de thuis-situatie verbeterd kan: zo is de overdracht voornamelijk gericht is op het fysieke domein, terwijl er ook aandacht moet zijn voor het psychosociale domein [13].

Daarnaast is er behoefte om zorgverleners gespecialiseerd in de palliatieve zorg in te bedden in de regio om kennis te verspreiden. In 2022 zijn er pilots van start gegaan, waaruit nu al blijkt dat een gevarieerde inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen gewenst is. Er is enerzijds behoefte aan telefonische consultatie, bedside mogelijkheden, meekijken en het coachen van generalistische zorgverleners. Anderzijds is deze inzet nodig voor het coördineren en begeleiden van complexe zorg rondom een patiënt (casemanagement). Uit de pilots blijkt ook dat passende financiering van de transmurale inzet en de benodigde

governance een knelpunt is. Professionals hebben de overtuiging dat transmurale samenwerking kan bijdragen aan kwalitatief hoogwaardige palliatieve zorg [12], maar er moet ook aandacht zijn voor de randvoorwaarden zoals financiering en digitale gegevensuitwisseling.

Het [TAPAS project](#) (TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende beko\$tiging) laat zien dat transmurale palliatieve zorg het potentieel heeft om de kwaliteit van zorg te verbeteren voor patiënten in de palliatieve fase, zonder dat de betaalbaarheid in het gedrang komt [7, 14].

Voor een goede overdracht en bekendheid van behandelwensen en –grenzen van patiënten in de palliatieve fase kan digitale gegevensuitwisseling een belangrijke bijdrage leveren. Dit is de basis van het huidige Zon-Mw project Proactief gegevens delen. Vanuit NPPZ II wordt gekeken welke mogelijkheden er zijn voor opschaling van dit project.

AANBEVELINGEN

Goede transmurale samenwerking tussen betrokken zorgverleners versterkt de kwaliteit en continuïteit van palliatieve zorg. Met een transmurale werkwijze wordt gestreefd naar proactieve en tijdige signalering en markering van de palliatieve fase samen met de patiënt en naasten. Ook zorgt transmurale samenwerking voor een zorgvuldige en eenduidige overdracht. In de zogenaamde regionale transmurale afspraken (RTA's) of transmurale zorgpaden moet afgesproken worden hoe in de palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners effectief en proactief ingezet kunnen worden. Ook moet hierin worden afgesproken hoe gegevens uniform kunnen worden vastgelegd om digitale uitwisseling in de toekomst mogelijk te maken. Het met breed draagvlak opgestelde [unifor-me format](#) ten tijde van de Covid-19 pandemie kan hiervoor als basis dienen.

Daarnaast is het wenselijk dat in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners aansluiten bij MDO's en PaTz-groepen, waarbij ingezet wordt op deskundigheidsbevordering. De schaalgrootte van een lokaal initiatief ligt meestal rond het adherentiegebied van een ziekenhuis, waardoor er korte lijnen zijn en aangesloten kan worden bij de transmurale samenwerkingsafspraken.

Om de knelpunten rondom passende financiering van de transmurale inzet te beslechten dienen de mogelijkheden binnen de bestaande betaaltitels onderzocht te worden. Als die ontoereikend zijn, dient er gekeken te worden in hoeverre de TAPA\$ prestaties hierin uitkomst bieden.

LITERATUUR

- 1 Rogers, M. and R. Heitner, *Latest trends and insights from the national palliative care registry*. CAPC On-Demand Webinars, 2019.
- 2 Van Der Velden, A., et al., *Identifying Dutch Hospitalized Patients with a Limited Life Expectancy and Palliative Care Team Involvement: A Flashmob Study*. *Palliative Medicine*, 2022: p. 18-18.
- 3 Boddaert, M., et al., *Specialist palliative care teams and characteristics related to referral rate: a national cross-sectional survey among hospitals in the Netherlands*. *BMC palliative care*, 2021. 20(1): p. 1-10.
- 4 Temel, J.S., et al., *Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: a randomized clinical trial*. *Journal of Clinical Oncology*, 2017. 35(8): p. 834.
- 5 Vanbutsele, G., et al., *Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial*. *The Lancet Oncology*, 2018. 19(3): p. 394-404.
- 6 Zimmermann, C., et al., *Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial*. *The Lancet*, 2014. 383(9930): p. 1721-1730.
- 7 Pereira, C., et al., *Potentially inappropriate end of life care and healthcare costs in the last 30 days of life in regions providing integrated palliative care in the Netherlands: a registration-based study*. Gepresenteerd op 12th World Research Congress of the European Association for Palliative Care op 18-05-2022.
- 8 Palliatieve Zorg Nederland (PZNL). *Kerncijfers behoefte aan palliatieve zorg*. Verkregen via palliaweb.nl/publicaties/kerncijfers-behoefte-aan-palliatieve-zorg, op 17-11-2022.
- 9 Jang, H., et al., *Unmet needs in palliative care for patients with common non-cancer diseases: a cross-sectional study*. *BMC Palliative Care*, 2022. 21(1): p. 1-13.
- 10 Integraal Kankercentrum Nederland, *Kanker in Nederland: trends & prognoses tot en met 2032*. 2022.

- 11 Sleeman, K.E., et al., *The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions*. The Lancet Global Health, 2019. 7(7): p. e883-e892.
- 12 Raijmakers, N.J., et al., *Which patients die in their preferred place? A secondary analysis of questionnaire data from bereaved relatives*. Palliative Medicine, 2018. 32(2): p. 347-356.
- 13 Flierman, I., et al., *Health care providers' views on the transition between hospital and primary care in patients in the palliative phase: a qualitative description study*. Journal of pain and symptom management, 2020. 60(2): p. 372-380. e1.
- 14 Pereira, C., et al., *Resultaten Project TAPA\$: TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende bekostiging*. 2022.

COLOFON

Palliatieve zorg in Nederlandse Ziekenhuizen,
publicatie 2022

AUTEURS

Nienke van Velzen, Msc, IKNL/PZNL

Drs. Hetty Kazimier, PZNL

Dr. Maurice van der Vorst, Palliactief

Dr. Michel Wagemans, Palliactief

Drs. Marleen Kiers-Pijl, Palliactief

Dr. Arianne Stoppelenburg, ErasmusMC

Dr. Natasja Raijmakers, IKNL/PZNL

Dr. Linda Brom, IKNL/PZNL

Communicatie: drs. Monique Becker

Vormgeving: Marja van Vliet

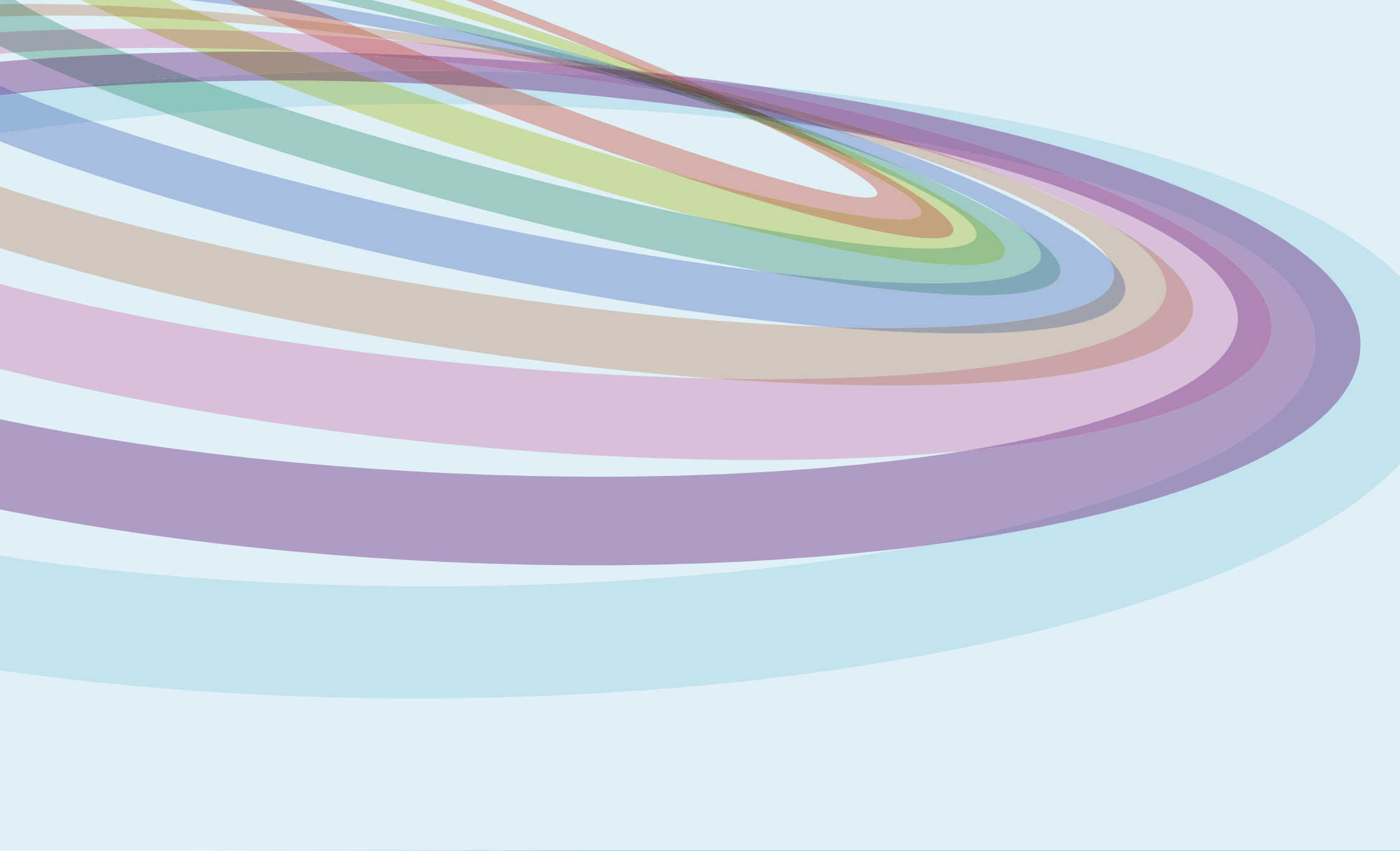
Naar dit document kan als volgt worden
verwezen: *PZNL. Palliatieve zorg in Nederlandse
ziekenhuizen 2022*

(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



PZML