



Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen

Resultaten 2023

1

INLEIDING EN VOORWOORD

1.1 INLEIDING

Elk ziekenhuis in Nederland dat oncologische zorg wil bieden, moet sinds 2017 beschikken over een multidisciplinair team palliatieve zorg, dat werkt volgens de richtlijnen palliatieve zorg.

Dit is vastgesteld door de Stichting Oncologische Samenwerking in het zogenaamde SONCOS-normeringsrapport¹. Daarnaast worden er kwaliteitseisen gesteld aan dit team, waar het gaat over de samenstelling, de opleiding van de teamleden, consultatiemogelijkheden, frequentie en vorm van teamoverleg en de beschikbaarheid van het team

voor de huisartsen. Om de ontwikkeling 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 vijfde enquête over palliatieve zorg in de ziekenhuizen.

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

1.2 VOORWOORD (CASUS)

Karl is een 63-jarige man die in januari 2023 de diagnose darmkanker kreeg, met uitgebreide uitzaaiingen naar de lymfeklieren, lever en het buikvlies. Hij is een echte levensgenieter en staat nog volop in het leven. Momenteel ondergaat hij zijn derde lijn palliatieve chemotherapie, die hij goed verdraagt.

Als internist-oncoloog sprak ik Karl en zijn vrouw Jill tijdens één van onze consulten. Jill vroeg of zij alvast kennis konden maken met de verpleegkundige van het team palliatieve zorg. Ze vinden het belangrijk om te praten over de laatste levensfase en hoe ze die zo fijn en comfortabel mogelijk kunnen maken.

“Door eerder informatie te verzamelen bij je zorgverlener kun je het onderwerp daarna weer

even laten rusten, waardoor het ‘beladen’ gevoel wellicht wat wegebt. Het heeft mijn man (en mijzelf) in ieder geval rust gegeven.” - Jill

Als zorgverlener probeer je tijdens gesprekken over de behandeling vroegtijdig verschillende behandelscenario's te schetsen. Hierdoor hoop je dat de patiënt zich een voorstelling kan maken van hoe het ziekteproces zich kan ontwikkelen en voor welke keuzes hij of zij kan komen te staan. In het kader van proactieve zorgplanning is het belangrijk om niet alleen aandacht te hebben voor de laatste levensfase, maar juist ook voor het leven en de wensen van de patiënt. Daarnaast bespreek je wie namens de patiënt mag beslissen als dat zelf niet meer mogelijk is. Dit geeft patiënten, samen met hun naasten, de kans om hun behandelwensen en -grenzen duidelijk aan te geven, wat zorgt voor regie, rust en vertrouwen.

Voldoende tijd en een gestructureerde weergave van de verkregen informatie over wensen en grenzen van een patiënt, die voor iedere zorgverlener inzichtelijk is, zijn hierbij essentieel. Gelukkig is de ondersteuning van het team palliatieve zorg uitmuntend en is er een goede samenwerking met de oncologieverpleegkundigen, die inmiddels geschoold zijn in het voeren van proactieve zorgplanningsgesprekken. Daarnaast is in ons ziekenhuis het digitale proactieve zorgplanning formulier ingevoerd, waar iedere zorgverlener informatie kan invullen die voor iedereen inzichtelijk is. De uitdaging blijft echter om iedereen actief te blijven stimuleren dit formulier te gebruiken.

“Er komt een dag dat de oncoloog zegt, ik heb geen behandeling meer voor de ziekte. Je kunt nu alvast nadenken over vragen als: waar en hoe wil je jouw laatste levensfase doorbrengen? Wij zijn bijvoorbeeld al eens gaan kijken in een hospice. Je doet jezelf tekort als je deze informatie niet alvast verzamelt. Daarnaast kan het naasten in een moeilijke tijd steun bieden als zij weten wat de wensen en grenzen van de patiënt zijn. Er komt al genoeg op je pad als iemand ziek wordt. Dus maak keuzes als je nog goed genoeg bent en maak het beste van je leven terwijl je ziek bent. Het is verdrietig, maar het brengt ook veel moois, zoveel dankbaarheid voor wat er nu is.” - Jill

Jill en Karl van Houten

**Marlies van Bekkum, internist-oncoloog,
Reinier de Graaf Gasthuis**

2

METHODE

In 2024 is er een vragenlijst uitgezet onder alle teams palliatieve zorg (PZ) 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 (2012, 2014, 2017, 2020) en is vastgesteld in samenwerking met Stichting PZNL, Palliatief en het Erasmus MC Rotterdam.

De vragenlijst bevatte vragen die betrekking hadden op het jaar 2023. De dataverzameling vond plaats van januari tot half maart 2024. Tijdens de

dataverzamelingsperiode is tweemaal een reminder verstuurd als de vragenlijst nog niet of slechts deels was ingevuld. Ziekenhuizen die in de laatste week van de dataverzameling nog niet gereageerd hadden zijn door middel van een belronde gevraagd om de vragenlijst alsnog in te vullen.

De resultaten worden, waar mogelijk, voor meerdere jaren gepresenteerd. Vanwege de ontwikkeling van de vragenlijst door de jaren heen, zijn echter niet alle vragen in de vragenlijst van ieder jaar opgenomen, waardoor sommige resultaten niet voor alle jaren beschikbaar zijn.

2.1 RESPONS

In totaal zijn 72 ziekenhuizen (alleen de hoofdlocaties) benaderd om deel te nemen (tabel 1).

In totaal hebben 58 ziekenhuizen de vragenlijst ingevuld, resulterend in een respons van 81%.

Dit is hoger dan bij de eerdere enquêtes sinds 2013 (respons-percentages tussen 62% en 80%).

Onder de deelnemende ziekenhuizen waren meer universitair medische centra en minder algemene ziekenhuizen dan in de vorige enquête in 2021.

Alle deelnemende ziekenhuizen hebben de vragenlijst volledig afgerond. Niet alle vragen waren verplicht, wat resulteerde in enkele missende antwoorden.

TABEL 1 VERDELING RESPONS ZIEKENHUIZEN NAAR TYPE

	2013	2015	2018	2021	2024
Aantal ziekenhuizen benaderd (n)	92	92	79	74	72
Vragenlijst ingevuld (n)	57	74	63	55	58
Respons (%)	62	80	80	74	81
<i>Type ziekenhuis</i>	%	%	%	%	%
Universitair medisch centrum (UMC)	11	9	13	11	14
Topklinisch Ziekenhuis (STZ)	23	31	41	38	40
Algemeen ziekenhuis (SAZ)	65	58	43	47	43
Categoriaal ziekenhuis	2	1	3	4	3

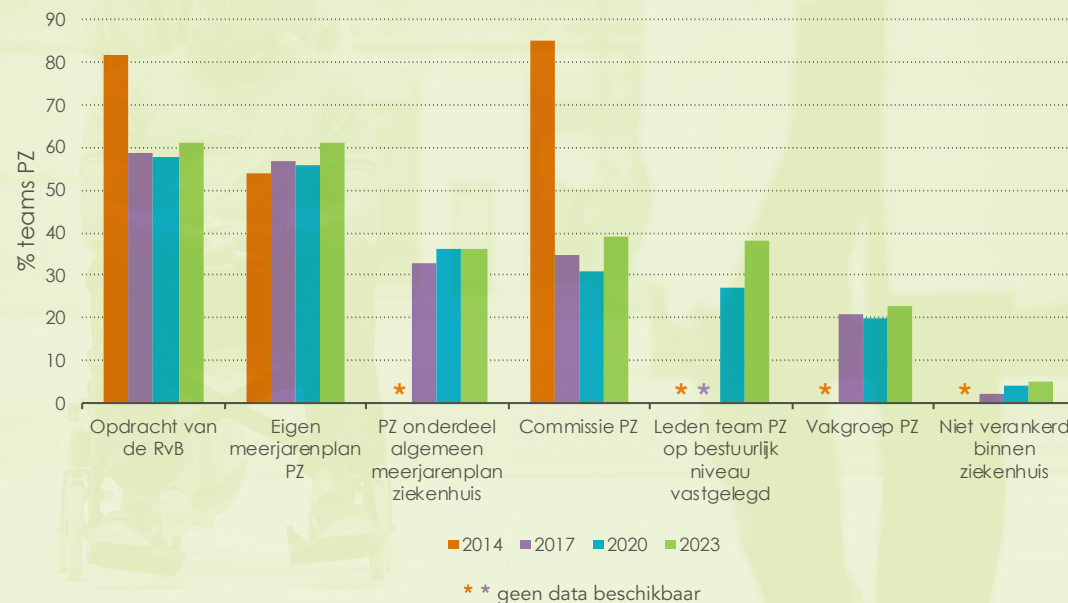
3

ALGEMENE RESULTATEN

3.1 BESTUUR, BELEID EN ORGANISATIE

In ongeveer een derde van de ziekenhuizen (36%) is palliatieve zorg onderdeel van het algemeen meerjarenplan en in ongeveer een kwart van de ziekenhuizen (23%) is er een vakgroep palliatieve zorg. Het aantal ziekenhuizen waarin er op bestuurlijk niveau is vastgelegd wie er lid zijn van het team PZ (38%), is gestegen ten opzichte van 2020 (27%).

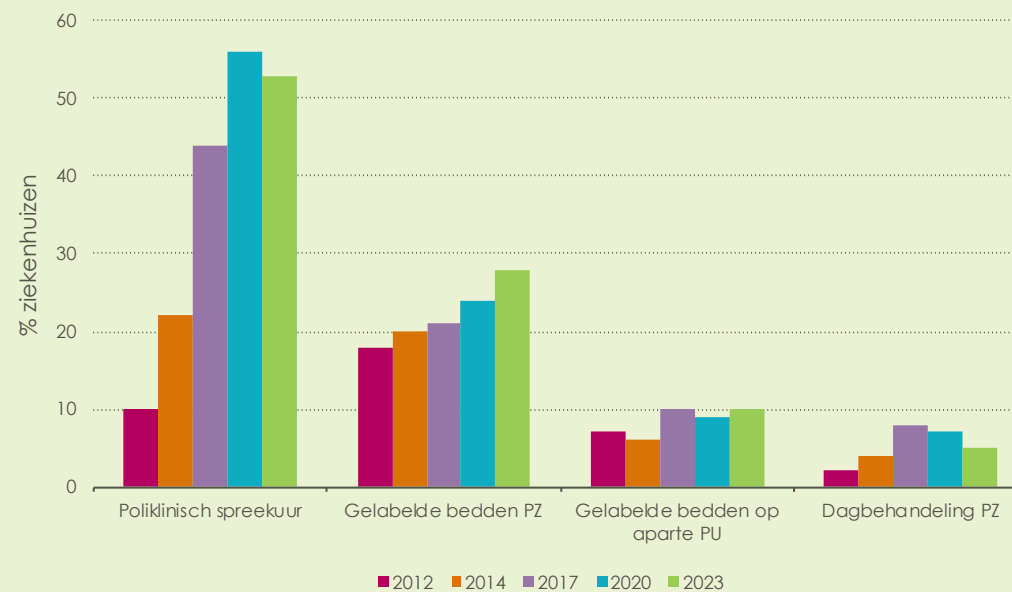
FIGUUR 1 VERANKERING VAN PALLIATIEVE ZORG OP BELEIDSNIVEAU



3.2 INBEDDING VAN PALLIATIEVE ZORG IN HET ZIEKENHUIS

Er is een lichte daling in het aandeel ziekenhuizen met een poliklinisch spreekuur palliatieve zorg, van 56% in 2020 naar 53% in 2023. Wel is er sprake van een lichte toename in het aandeel ziekenhuizen dat bedden heeft die speciaal bestemd zijn voor palliatieve zorg (gelabelde bedden), van 24% in 2020 naar 28% in 2023.

FIGUUR 2 INBEDDING VAN PALLIATIEVE ZORG IN HET ZIEKENHUIS



Het aantal gelabelde bedden varieert van één tot tien bedden voor palliatieve zorg per ziekenhuis. Het aantal ziekenhuizen met gelabelde bedden op een aparte palliatieve unit (PU) (10%) is nagenoeg hetzelfde gebleven. Het aantal ziekenhuizen met een dagbehandeling palliatieve zorg (5%), is licht gedaald sinds 2017 (8%).

Op één ziekenhuis na geven alle ziekenhuizen aan naast een team PZ ook te beschikken over een

pijnteam. 86% van de teams PZ geeft aan dat er wordt samengewerkt tussen het pijnteam en het team PZ, dit is minder dan in 2020 (94%).

In 95% van de ziekenhuizen wordt gewerkt met aandachtsvelders palliatieve zorg. Voor bijna alle ziekenhuizen geldt dit voor verpleegkundige aandachtsvelders (93%) en voor ongeveer de helft van de ziekenhuizen voor medische aandachtsvelders (47%).

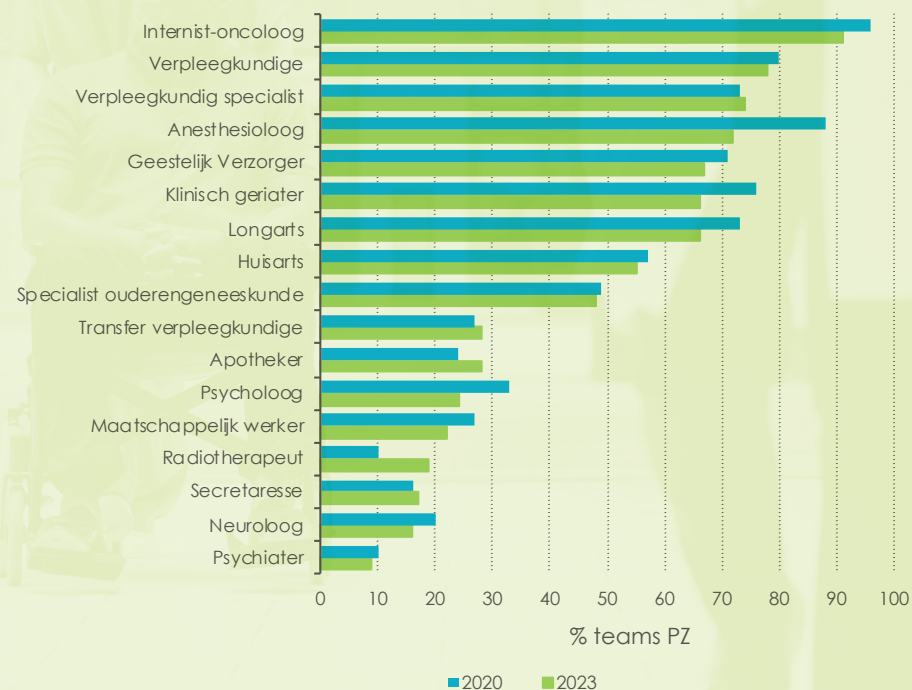
4

ONTWIKKELING EN OMVANG

4.1 TEAM PALLIATIEVE ZORG

Het kernteam PZ bestaat gemiddeld uit negen verschillende disciplines, met een variatie van 3 tot 16 disciplines. Onder een kernteam wordt het vaste team verstaan: de zogenoemde eerste schil. In de meeste teams is een internist-oncoloog (91%) vertegenwoordigd, gevolgd door een verpleegkundige (78%), verpleegkundig specialist (74%), anesthesioloog (72%), geestelijk verzorger (67%), klinisch geriater en een longarts (beide 66%). In de helft van de teams is ook een huisarts (55%) en/of een specialist ouderengeneeskunde (48%) aanwezig.

FIGUUR 3 DISCIPLINES DIE ZIJN VERTEGENWOORDIGD IN DE TEAMS PZ



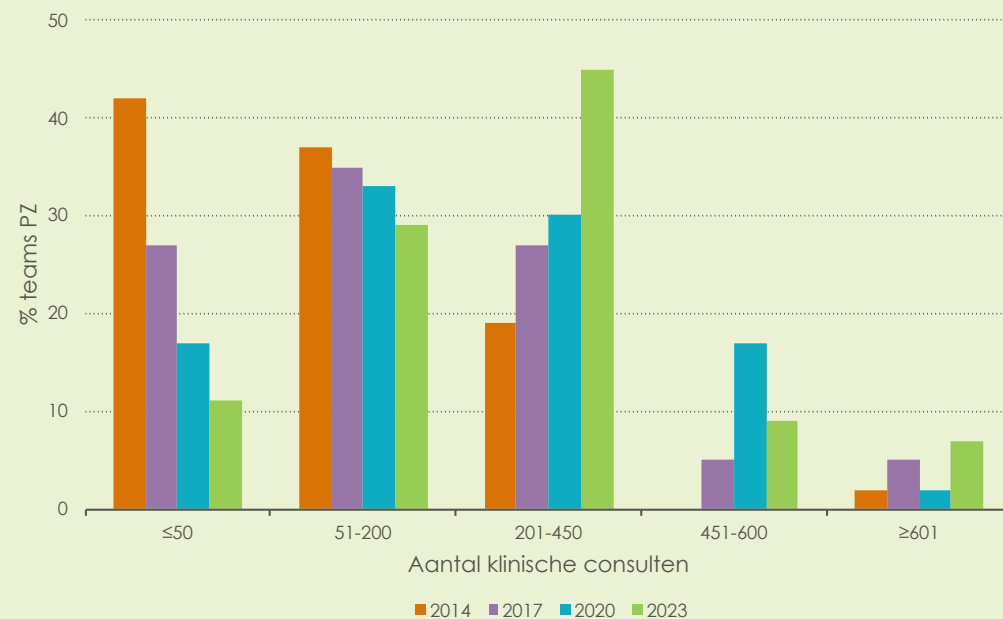
In de discipline verpleegkundige zijn de volgende specialisaties samengevoegd: oncologie-, pijn-, thuiszorg-, ziekenhuis-, en overige verpleegkundigen. Zij maken in 78% van de ziekenhuizen vast onderdeel uit van het team. Oncologieverpleegkundigen nemen het vaakst deel aan een team PZ.

Teams PZ geven ook aan dat er disciplines zijn die nu geen deel uitmaken van het kernteam, maar wel wenselijk zouden zijn om toe te voegen vanwege de verwachte meerwaarde. De meest genoemde disciplines zijn neuroloog (24%), huisarts (21%), transfer verpleegkundige (14%) en longarts (14%).

4.2 AANTAL KLINISCHE CONSULTEN

In 2023 verleenden de teams PZ gemiddeld 335 klinische consulten, variërend van 5 tot 2.228 per jaar. De mediaan is 276. In 2020 varieerde het aantal klinische consulten tussen de 12 en 1.700, met een mediaan van 214. Er is een toename in het aandeel teams PZ dat meer dan 200 klinische consulten per jaar verleende, van 49% in 2020 naar 61% in 2023.

FIGUUR 4 AANTAL KLINISCHE CONSULTEN



4.3 AANTAL CONSULTEN IN RELATIE TOT HET AANTAL OPGENOMEN PATIËNTEN

In totaal werden 18.761 klinisch consulten verricht door de teams PZ in de ziekenhuizen (n=58).

Het totaal aantal klinische opnames van deze ziekenhuizen in 2023 bedroeg 1.128.171.

De dekkinggraad is het percentage van het jaarlijks aantal klinische opnames dat gezien wordt door het team PZ. De gemiddelde dekkinggraad over 2023 was 1,7%. Dit wil zeggen dat 1,7% van het totaal aantal opgenomen patiënten per jaar gezien is door een team PZ. Er is een opwaartse trend te zien in de dekkinggraad, van 0,6% in 2014 tot 1,7% in 2023.

TABEL 2 GEMIDDELTE DEKKINGSGRAAD DEELNEMENDE ZIEKENHUIZEN

	2014	2017	2020	2023
	n=50	n=60	n=46	n=58
Dekkinggraad in % (range)	0,6 (0,0 - 2,3)	0,9 (0,0 - 3,7)	1,3 (0,1 - 4,8)	1,7 (0,1 - 5,7)

De dekkinggraad van 2017, 2020 en 2023 is weergegeven in bijgevoegde figuren. 35% van de ziekenhuizen heeft een dekkinggraad van minder dan 1% in 2023, wat een daling is ten opzichte van 2020 (46%). Voor 29% van de ziekenhuizen ligt de dekkinggraad hoger dan 2%, dit is bijna een verdubbeling ten opzichte van 2020 (15%).

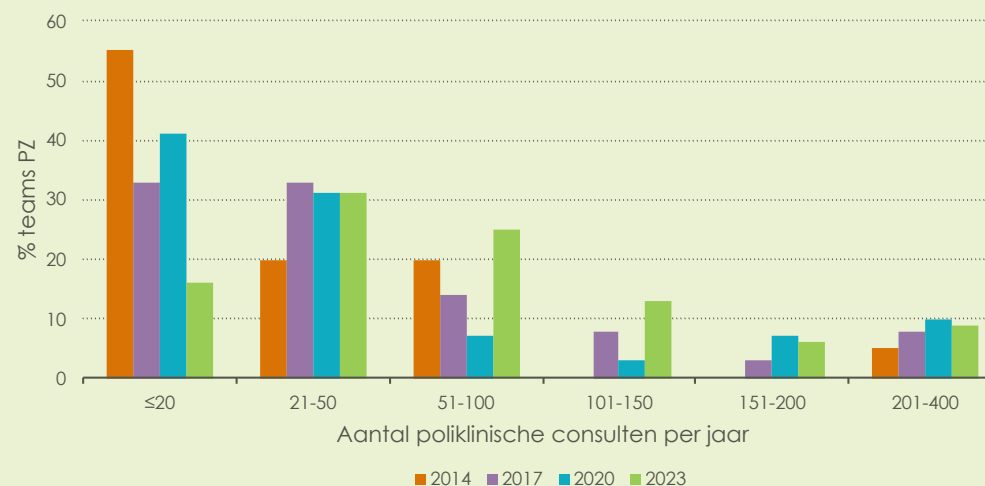
FIGUUR 5A EN 5B DEKKINGSGRAAD



4.4 AANTAL POLIKLINISCHE CONSULTEN

Twee derde (64%) van de teams PZ geeft aan poliklinische consulten te verrichten, dit is nagenoeg gelijk gebleven sinds 2020 (62%). Dit betreft consulten binnen de poliklinische setting, los van een eventueel poliklinisch spreekuur. Gemiddeld verleenden deze teams PZ 89 poliklinische consulten, variërend van 3 tot 348 per jaar. De mediaan van het aantal poliklinische consulten is 60. Het aantal ziekenhuizen dat meer dan 200 poliklinische consulten verricht is in vergelijking met eerdere jaren nagenoeg gelijk gebleven.

FIGUUR 6 AANTAL POLIKLINISCHE CONSULTEN



4.5 AANTAL HUISBEZOEKEN

In totaal is 34% van de teams PZ inzetbaar voor huisbezoeken. Deze teams hebben in 2023 variërend van 2 tot 65 huisbezoeken gedaan. Gemiddeld deden zij 23 huisbezoeken, de mediaan is 10. Er is een opwaartse trend in het aandeel teams dat inzetbaar is voor huisbezoeken, van 18% in 2014 naar 27% in 2017, 31% in 2020 en 34% in 2023.

5

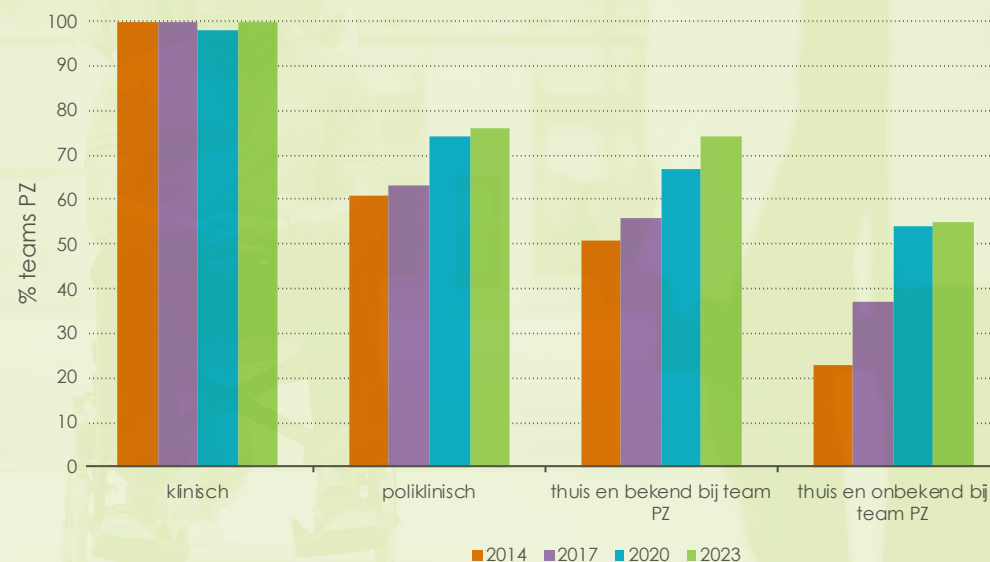
WERKWIJZE VAN TEAMS PZ

5.1 SETTING PATIËNTENZORG

Raadpleging team PZ

Alle teams PZ kunnen geraadpleegd worden voor klinische patiënten. Voor ruim driekwart (76%) van de teams PZ geldt dat zij ook geraadpleegd kunnen worden voor poliklinische patiënten. Wanneer patiënten thuis verblijven en reeds bekend zijn bij het team PZ, kan 74% van de teams PZ worden geraadpleegd. Ruim de helft (55%) 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 in de beschikbaarheid van teams PZ voor zowel poliklinische patiënten, als patiënten die thuis verblijven en bekend of onbekend zijn bij het team PZ.

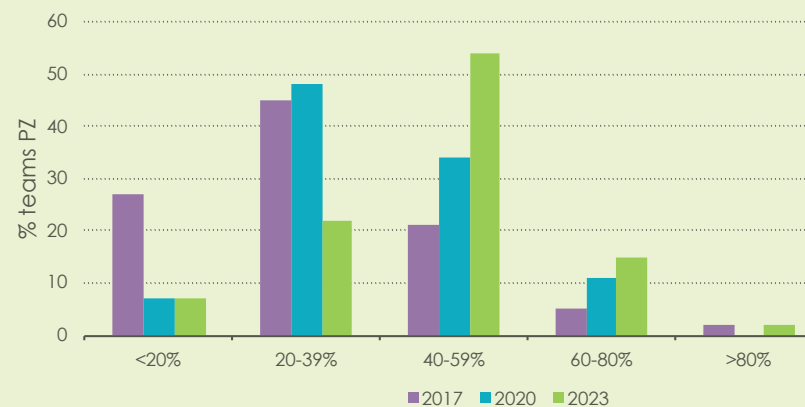
FIGUUR 7 MOGELIJKHEDEN TOT RAADPLEGING TEAM PZ IN VERSCHILLENDE SETTINGEN



Aandeel niet-oncologische patiënten

Voor ruim de helft van de teams PZ (54%) geldt dat het aandeel consulten voor niet-oncologische patiënten tussen de 40 en 60% ligt in 2023. Daarmee neemt dat aandeel toe, want in 2020 gold dat nog voor 34% van de teams PZ. Slechts 7% van de teams PZ geeft aan dat minder dan 20% van de verleende consulten niet-oncologische patiënten betreft, dit was in 2017 nog 27%.

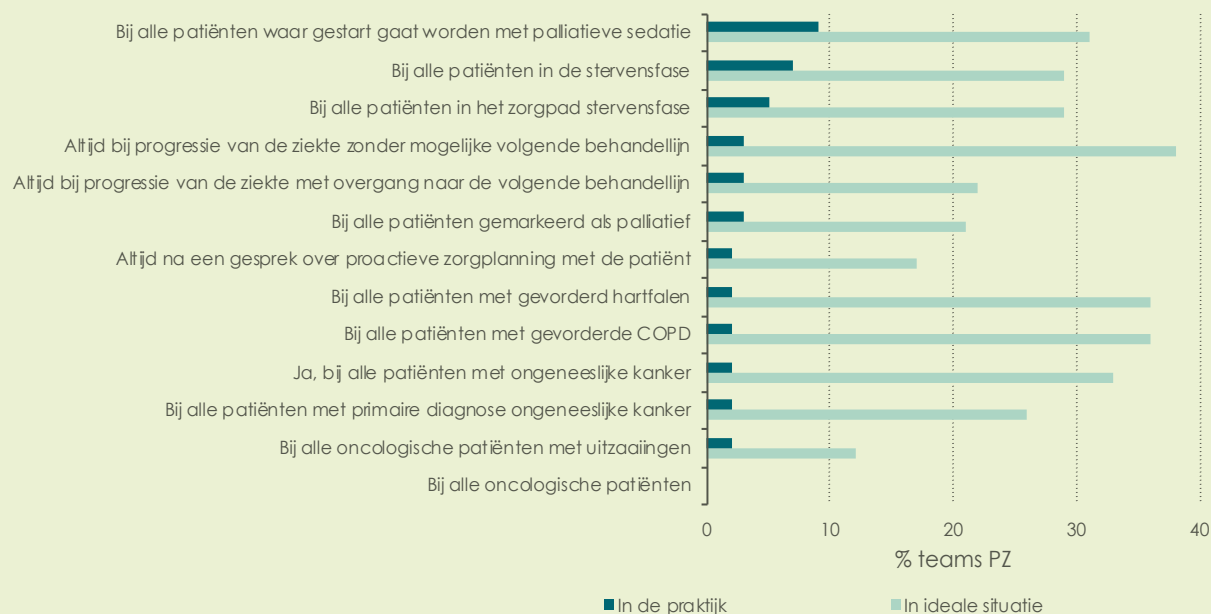
FIGUUR 8 AANDEEL CONSULTEN VOOR NIET-ONCOLOGISCHE PATIËNTEN BINNEN HET TOTAAL AANTAL CONSULTEN



Standaard een consult aanbieden

Eén op de vijf teams PZ (22%) wordt standaard in consult geroepen bij bepaalde patiëntengroepen. In 2020 lag dit hoger, namelijk 28%. Dit geldt met name voor patiënten waarbij gestart wordt met palliatieve sedatie (9%) en patiënten in de stervensfase (7%). De teams PZ zijn van mening dat zij bij bepaalde patiëntengroepen standaard in consult geroepen zouden moeten worden. Zo geeft ruim een derde van de teams PZ aan dat zij standaard een consult zouden willen bieden aan patiënten met progressie van de ziekte zonder mogelijke volgende behandellijn, gevorderd hartfalen of gevorderde COPD (resp. 38%, 36% en 36%).

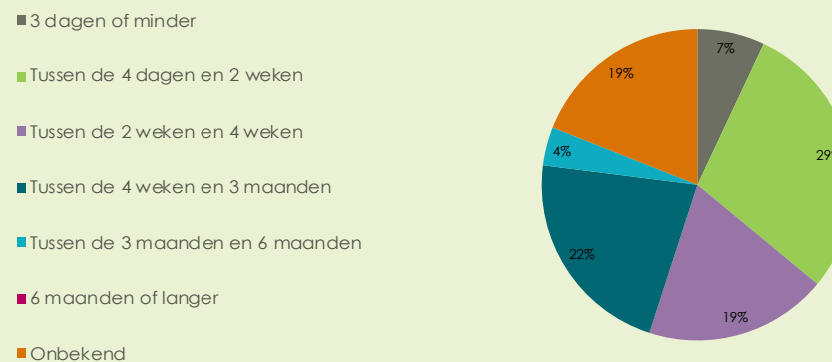
FIGUUR 9 PERCENTAGE TEAMS PZ MET STANDAARD CONSULTAANVRAAG VOOR BEPAALDE DOELGROEPEN



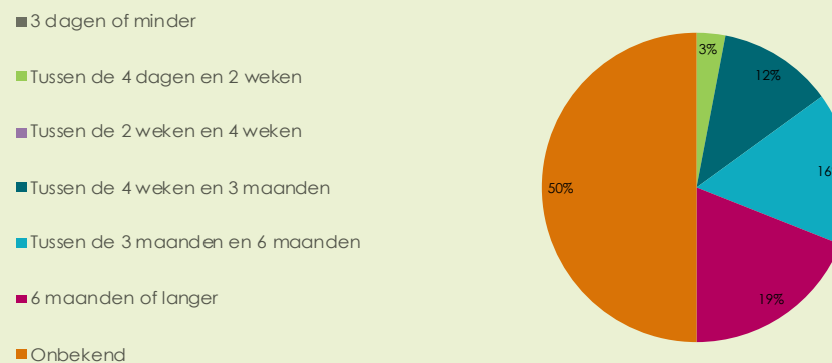
Gemiddelde levensverwachting van patiënten

De teams PZ geven aan dat de gemiddelde levensverwachting van ruim een derde (36%) van de klinische patiënten waarvoor zij in consult worden gevraagd, minder dan twee weken is. Voor de poliklinische patiënten waarvoor het team PZ in consult wordt gevraagd is dat slechts 3% en komt een gemiddelde levensverwachting van 3 dagen of minder niet voor. In deze groep geeft bijna een vijfde (19%) van de teams PZ aan dat de gemiddelde levensverwachting langer dan zes maanden is, terwijl een gemiddelde levensverwachting van 6 maanden of langer niet voorkomt bij consulten bij klinische patiënten. Voor de helft van de teams PZ (50%) is de gemiddelde levensverwachting van poliklinische patiënten onbekend.

FIGUUR 10A GEMIDDELDE LEVENSVRWACHTING VAN KLINISCHE PATIËNTEN BIJ WIE TEAM PZ IN CONSULT WORDT GEVRAAGD (% TEAMS PZ)



FIGUUR 10B GEMIDDELDE LEVENSVRWACHTING VAN POLIKLINISCHE PATIËNTEN BIJ WIE TEAM PZ IN CONSULT WORDT GEVRAAGD (% TEAMS PZ)

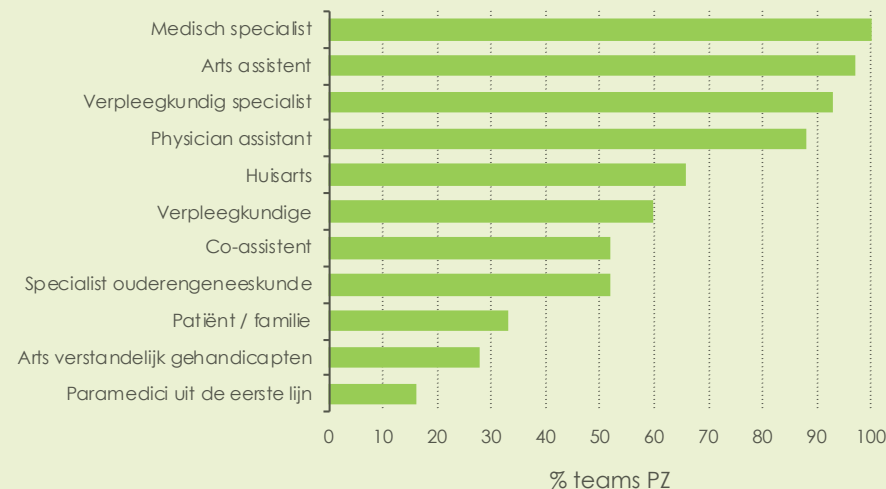


5.2 CONSULTAANVRAAG VOOR TEAM PZ

Alle teams PZ kunnen in consult gevraagd worden door medisch specialisten in het ziekenhuis, dit was ook zo in 2020 en 2017. Dit geldt in bijna alle ziekenhuizen ook voor arts-assistenten (97%) en verpleegkundig specialisten (93%). Ook physician assistants kunnen in veel ziekenhuizen (88%) het team PZ in consult vragen.

Bij twee derde (66%) van de teams PZ kunnen ook huisartsen het team PZ inschakelen. Eén op de drie teams PZ (33%) kan worden ingeschakeld door patiënten of diens familie, dit is iets lager dan in 2020 (39%).

FIGUUR 11 DISCIPLINES DIE EEN CONSULTAANVRAAG KUNNEN DOEN BIJ DE TEAMS PZ

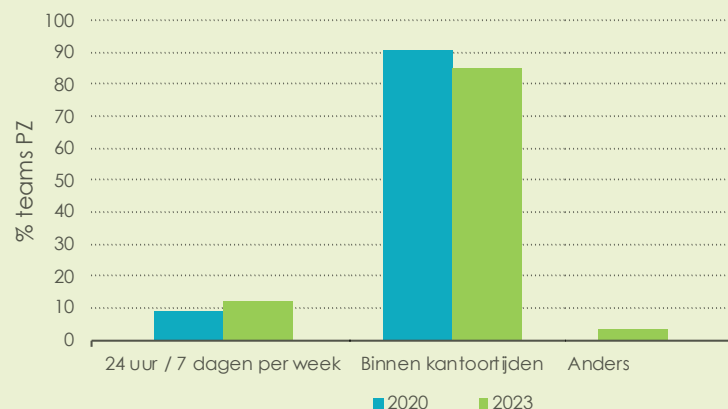


5.3 BEREIKBAARHEID TEAM PZ

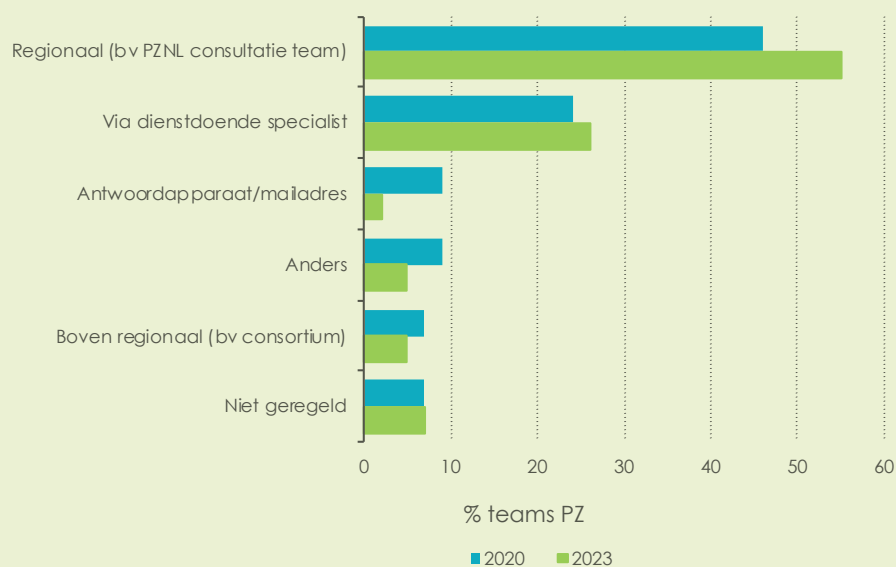
De meeste teams PZ (85%) zijn alleen bereikbaar tijdens kantoor tijden. 12% van de teams PZ is altijd bereikbaar (24/7), dit was in 2020 9%. De teams PZ geven aan dat de bereikbaarheid buiten kantoor-

tijden op verschillende manieren wordt vormgegeven. Voor 55% van de teams PZ is dat regionaal geregeld (o.a. via het Stichting PZNL-consultatieteam) en voor 26% van de teams via de dienstdoende specialist.

FIGUUR 12 BEREIKBAARHEID VAN DE TEAMS PZ



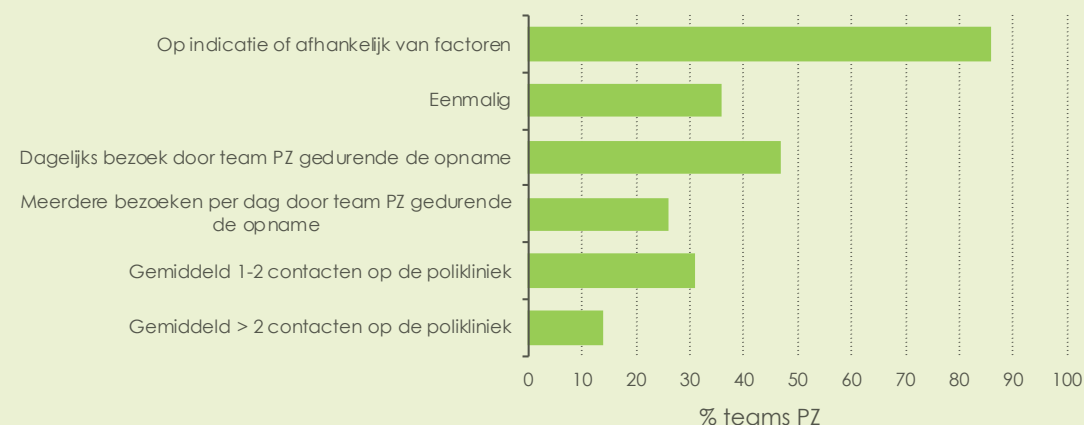
FIGUUR 13 BEREIKBAARHEID VAN DE TEAMS PZ BUITEN KANTOORTIJDEN



5.4 CONTACTFREQUENTIE MET PATIËNTEN

Voor 47% van de teams PZ geldt dat patiënten waarvoor het team PZ is geraadpleegd dagelijks worden bezocht tijdens de opname (in 2020 was dit slechts 18%) en bij 36% wordt de patiënt slechts eenmalig bezocht door het team (in 2020 was dit 4%). Daarnaast geeft 86% van de teams PZ aan dat de contactfrequentie met de patiënt ook afhankelijk is van de situatie.

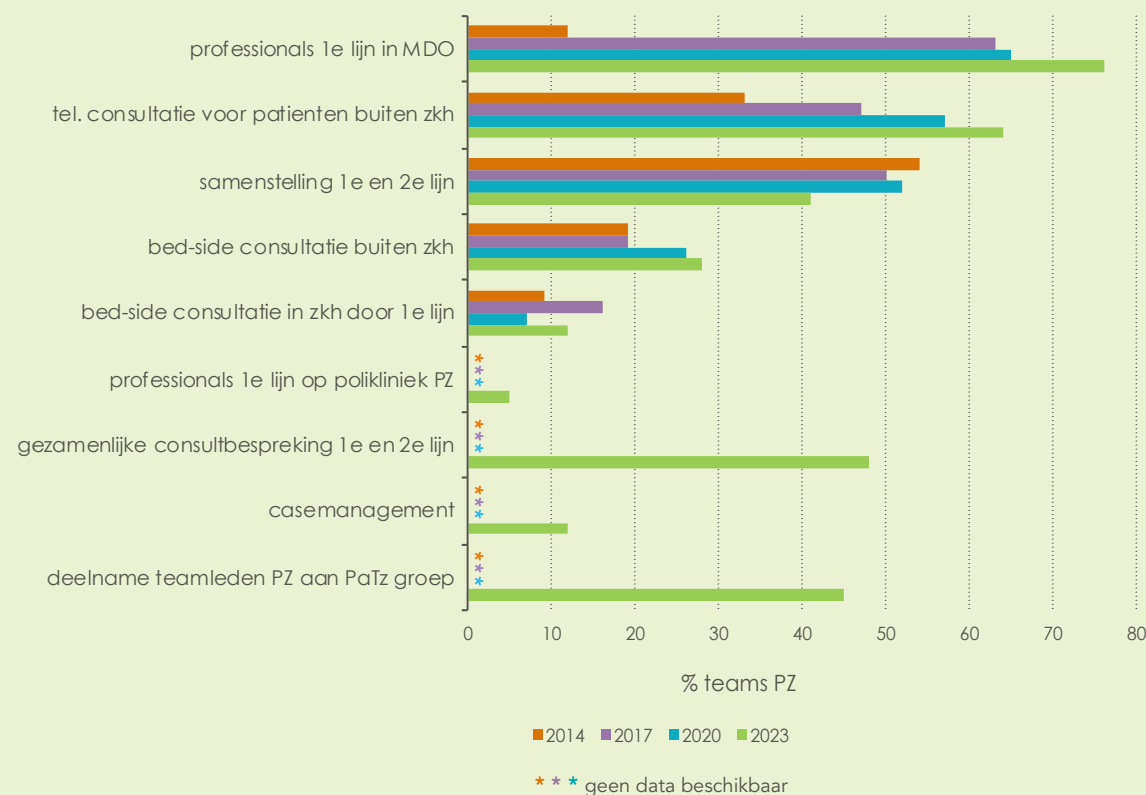
FIGUUR 14 CONTACTFREQUENTIE VAN HET TEAM PZ MET DE PATIËNT



5.5 TRANSMURAAL WERKEN

Drie kwart van de teams PZ (76%) werkt transmuraal middels deelname van professionals uit de eerste lijn in het MDO, in 2020 was dit nog krap twee derde (65%). Iets minder dan de helft van de teams PZ (41%) is samengesteld uit professionals van zowel de eerste als de tweede lijn. 64% van de teams PZ geeft aan dat ze telefonische consultatie bieden voor zorgprofessionals van patiënten buiten het ziekenhuis. 28% van de teams PZ verleent bed-side consultatie aan patiënten die buiten het ziekenhuis verblijven, in 2020 was dit nagenoeg gelijk (26%). Slechts 5% van de teams PZ geeft aan niet transmuraal te werken, in 2020 gold dit nog voor 22% van de teams PZ.

FIGUUR 15 VERSCHILLENDE MANIEREN VAN TRANSMURAAL WERKEN DOOR TEAMS PZ

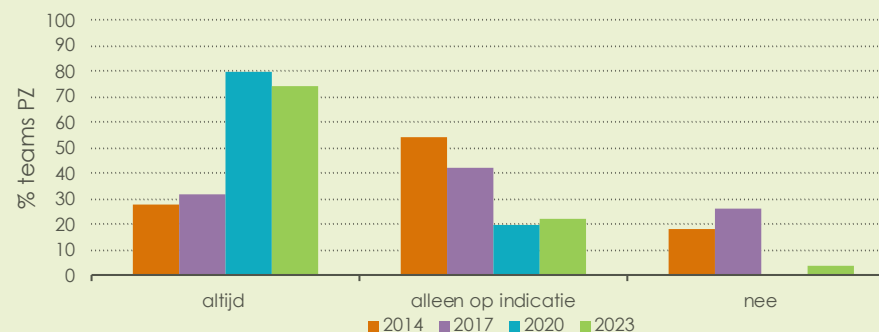


Contact voor ontslag

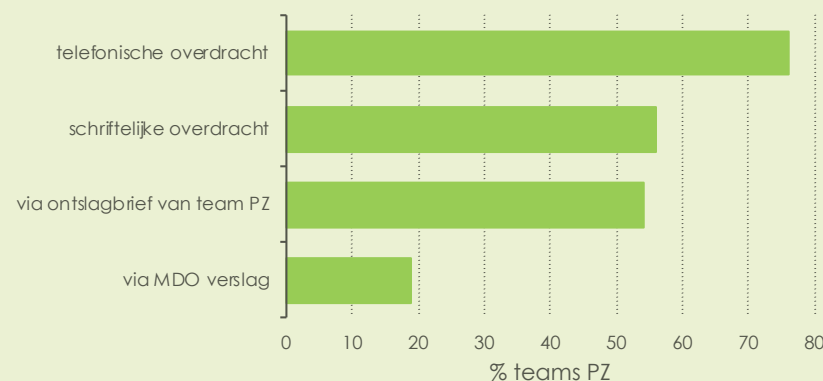
De meerderheid van de teams PZ (74%) geeft aan dat er altijd contact plaatsvindt tussen het ziekenhuis en de huisarts of specialist ouderengeneeskunde over palliatieve zorg in de thuis-situatie voor ontslag van de patiënt. Dit gebeurt met name door de regiebehandelaar (34%) of het team PZ (10%). In 2020 gaf 80% van de teams aan dat er altijd contact plaatsvindt voor ontslag. Daarnaast geeft 22% van de teams PZ aan dat dit contact alleen op indicatie plaatsvindt.

Dit contact vindt meestal plaats via een telefonische overdracht (76%). Meer dan de helft van de teams PZ maakt gebruik van een schriftelijke overdracht (56%) of stuurt een ontslagbrief (54%). Ook vindt dit contact plaats via het MDO verslag (19%).

FIGUUR 16 CONTACT MET DE EERSTE LIJN VOOR ONTSLAG NAAR THUISITUATIE

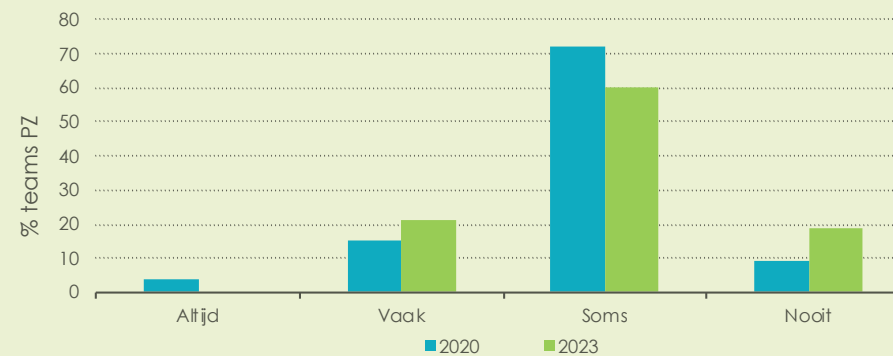


FIGUUR 17 OVERDRACHT NAAR THUISITUATIE



Contact met de patiënt na ontslag

60% van de teams PZ geeft aan soms contact op te nemen met de patiënt, nadat de patiënt ontslagen is. 21% van de teams PZ heeft vaak contact met de patiënt na ontslag, terwijl 19% van de teams PZ dit contact nooit heeft.

FIGUUR 18 CONTACT MET DE PATIËNT NA ONTSLAG

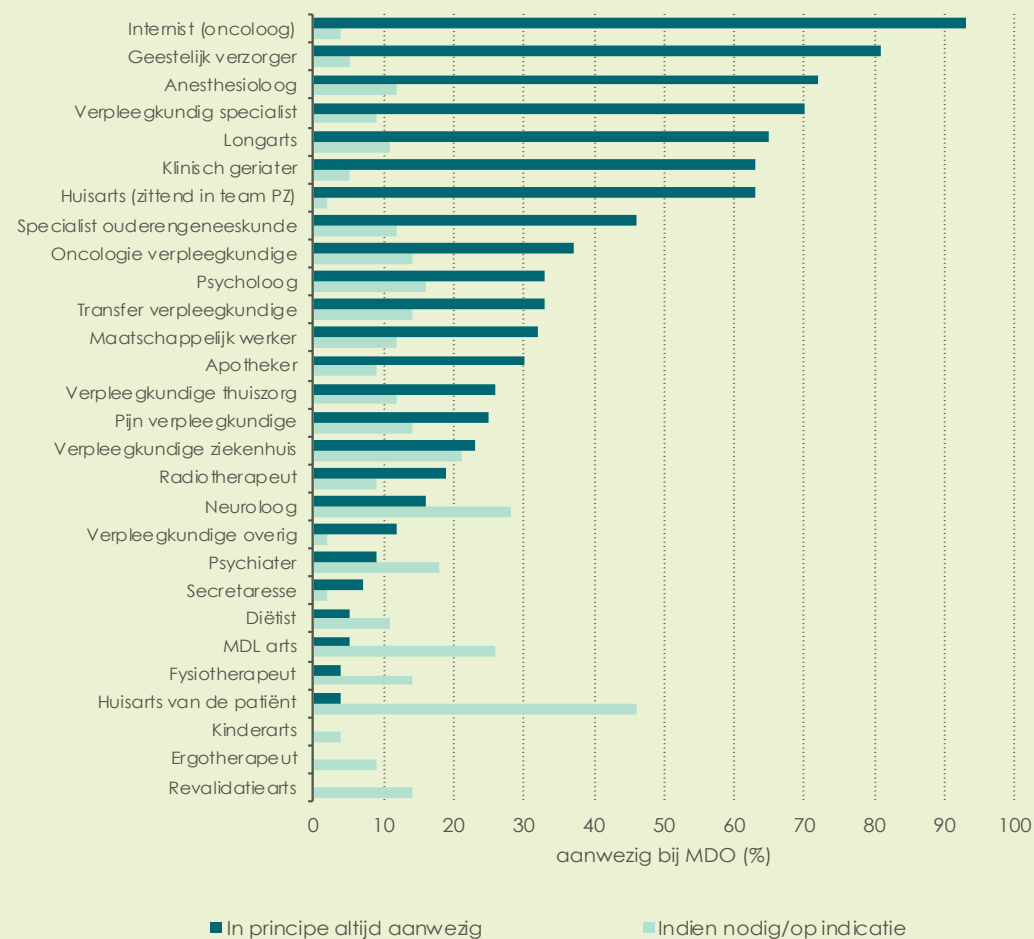
5.6 MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG (MDO)

De meeste teams PZ (89%) voldoen aan de SONCOS-norm (Stichting Oncologische Samenwerking) en hebben wekelijks een MDO, soms zelfs vaker. De teams die minder vaak bijeenkomen in een MDO hebben meestal een frequentie van één keer per twee weken. Het MDO duurt gemiddeld 50 minuten. Gemiddeld worden er 6 patiënten per MDO besproken. Bij 21% van de teams is de consultvrager altijd aanwezig bij het MDO en bij 63% van de teams is deze alleen aanwezig indien nodig of op indicatie.

88% van de teams PZ geeft aan dat er standaard een verslag naar de consultvrager gestuurd wordt, waarvan 69% van de teams dit via het elektronisch patiëntendossier (EPD) regelt. 32% van de teams PZ geeft aan dat er ook een verslag naar de huisarts of specialist ouderengeneeskunde gaat, dit is minder dan in 2020 (41%). Ruim een kwart van de teams (26%) geeft aan dat er naar aanleiding van het MDO, afstemming plaatsvindt met de bij de patiënt betrokken huisarts. Bij de helft van de teams (51%) worden alle patiënten besproken op het MDO. In andere teams worden alleen de nieuw aangemelde patiënten (47%) en/of complexe patiënten (53%) besproken op het MDO.

De vertegenwoordigers van disciplines uit het team PZ die in principe altijd aanwezig zijn bij het MDO zijn vooral de internist oncoloog (93%), geestelijk verzorger (81%), anesthesioloog (72%) en verpleegkundig specialist (70%). Bij meer dan de helft van de teams (53%) sluit een lid van het team PZ ook aan bij het MDO van andere afdelingen, waarbij de oncologie (73%), longgeneeskunde (40%) en cardiologie (33%) het meest genoemd worden.

FIGUUR 19 DISCIPLINES UIT HET TEAM PZ AANWEZIG BIJ MDO PALLIATIEVE ZORG



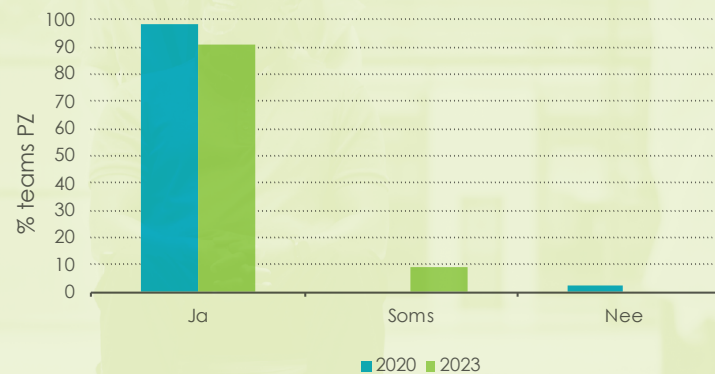
6

FINANCIERING

6.1 REGISTRATIE VAN DOT PALLIATIEVE ZORG

91% van de teams PZ geeft aan altijd de DOT (DBC's Onderweg naar Transparantie) palliatieve zorg te registreren, in 2020 was dit aandeel 98%.

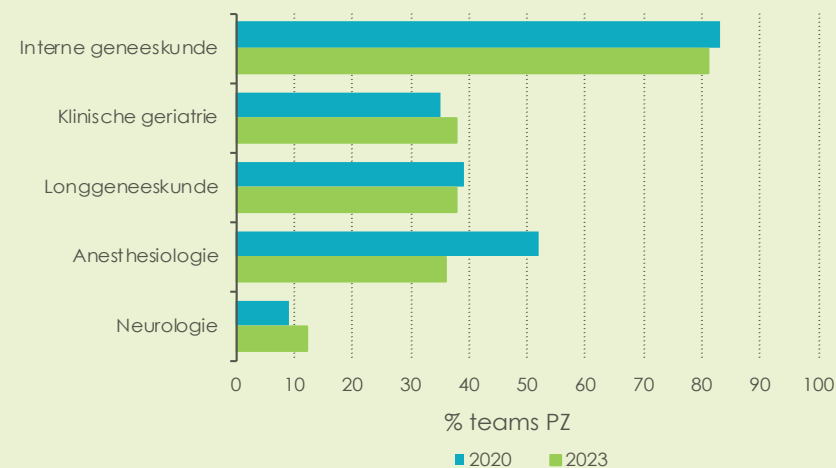
FIGUUR 20 AANDEEL TEAMS PZ DAT DE DOT PZ REGISTREERT



6.2 OPENEN DOT

Het specialisme dat de DOT PZ opent, is vaak interne geneeskunde (81%), gevolgd door klinische geriatrie en longgeneeskunde (beide 38%) en anesthesiologie (36%). Het specialisme neurologie opent zelden de DOT (12%).

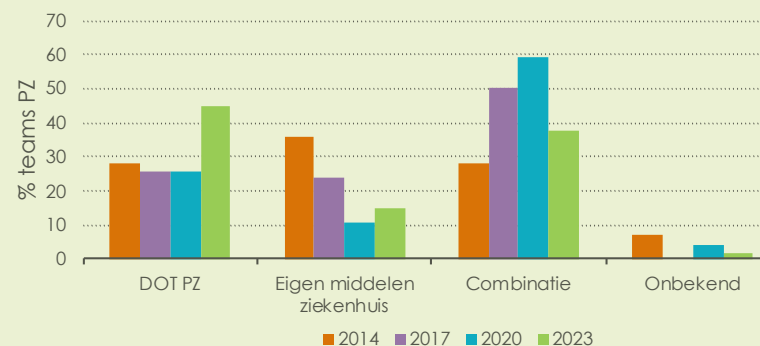
FIGUUR 21 HET SPECIALISME UIT HET TEAM PZ DAT DOT PZ OPENT



6.3 FINANCIERING

Bijna de helft van de teams PZ (45%) wordt uitsluitend door de DOT palliatieve zorg gefinancierd in 2023, dit is een flinke stijging ten opzichte van 2020 (26%). 15% van de teams PZ geeft 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 (38%), in 2020 was dit 59% en in 2017 50%.

FIGUUR 22 VERSCHILLENDE VORMEN VAN FINANCIERING VAN DE TEAMS PZ

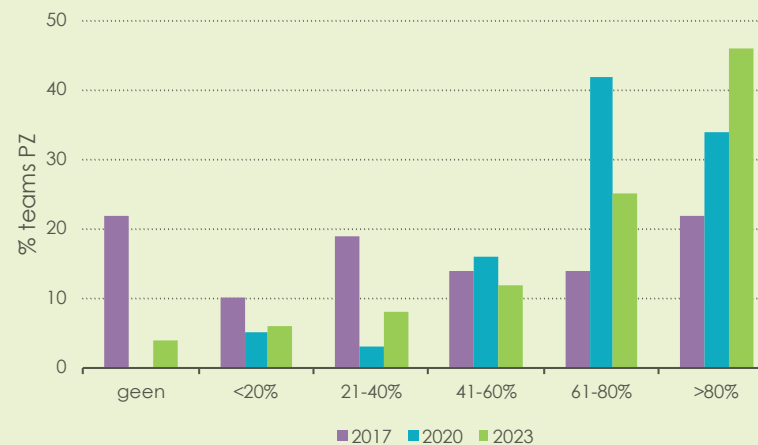


6.4 DECLAREREN

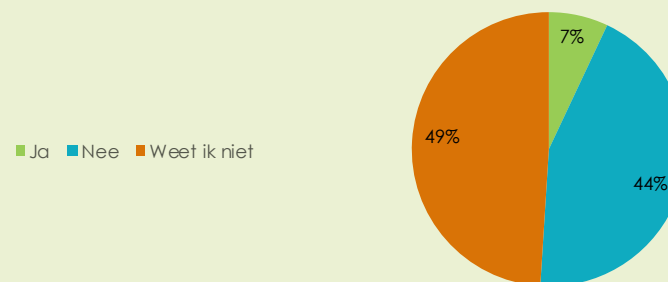
De mate waarin geregistreerde consulten kunnen worden gedeclareerd, is toegenomen ten opzichte van 2020. Bijna alle teams PZ geven aan consulten te kunnen declareren, voor enkele teams is dit niet het geval (4%). Bijna de helft van de teams PZ (46%) geeft aan dat meer dan 80% van de consulten gedeclareerd 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.

44% 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, 49% geeft aan dit niet te weten.

FIGUUR 23 AANDEEL TEAMS PZ DAT DE DOT PZ DECLAREERT



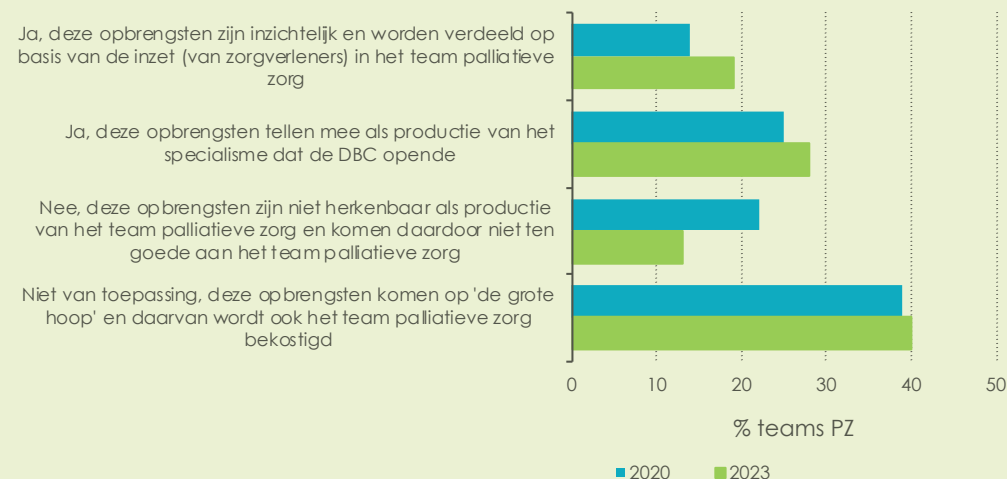
FIGUUR 24 AANDEEL TEAMS PZ DAT SPECIFIEKE AFSPRAKEN MET ZORGVERZEKERAR HEEFT OVER TEAM PZ



6.5 DBC-OPBRENGSTEN

Er is verdeeldheid in de mate waarin de DBC-opbrengsten van het team PZ daadwerkelijk terugvloeien naar het specialisme, de afdeling of de resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE) die ook de kosten voor het team draagt. Slechts één op de vijf 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 (19%). Daarnaast geeft ruim een kwart van de teams PZ (28%) aan dat deze opbrengsten meetellen als productie van het specialisme dat de DBC opende. Bij 13% van de teams zijn deze opbrengsten niet herkenbaar als productie van het team palliatieve zorg en komen daardoor niet ten goede aan het team palliatieve zorg. 40% van de teams PZ geeft aan dat deze opbrengsten op 'de grote hoop' komen en dat daarvan ook het team PZ wordt bekostigd.

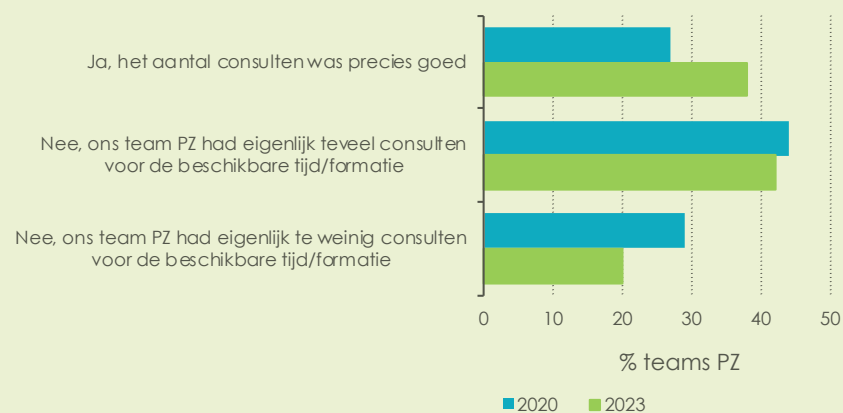
FIGUUR 25 STROOM VAN DE DBC-OPBRENGSTEN VAN HET TEAM PZ



6.6 CONSULTEN

Het aantal consulten in 2023 was voor 38% van de teams PZ in overeenstemming met het aantal gelabelde uren van de leden van de teams. Door 42% van de teams PZ werd aangegeven dat het team te veel consulten had voor de beschikbare tijd/formatie en voor een kleiner deel van de teams PZ (20%) was het tegenoverstelde het geval.

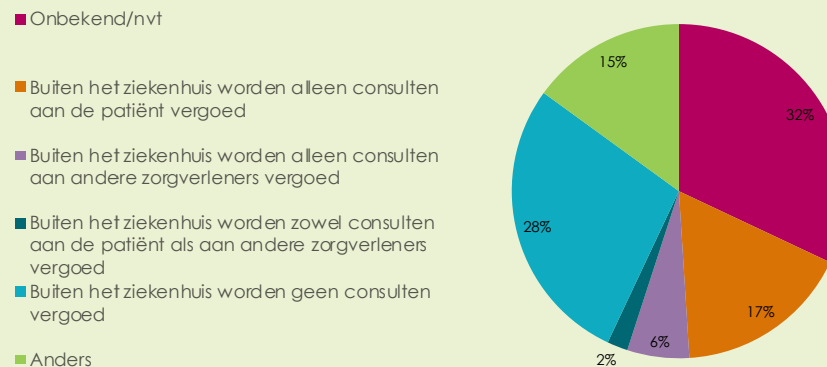
FIGUUR 26 OVEREENSTEMMING TUSSEN HET AANTAL CONSULTEN EN GELABELDE UREN VAN HET TEAM PZ



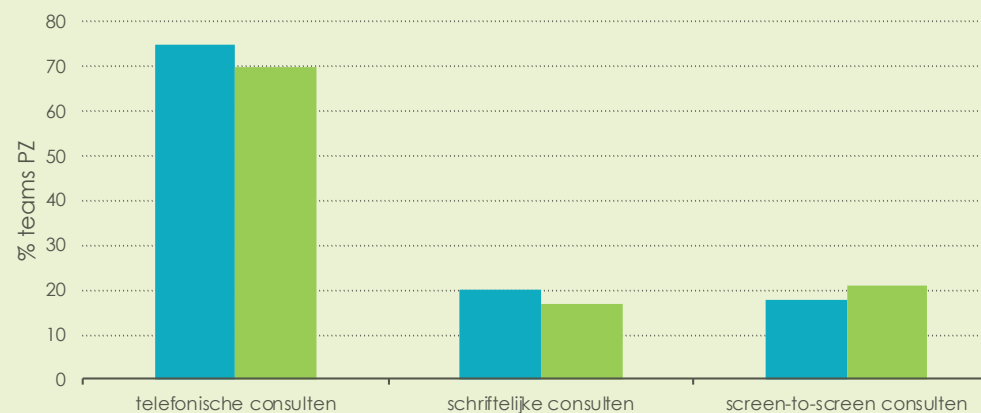
28% van de teams PZ geeft aan dat transmurale consulten niet vergoed worden. Voor andere teams geldt dat consulten worden vergoed voor alleen patiënten (17%), alleen zorgverleners (6%), of patiënten én zorgverleners (2%). 15% van de teams geeft aan dat consulten op een andere manier vergoed worden, hiervoor geldt met name dat consulten buiten het ziekenhuis gedeclareerd worden als poliklinisch consult, of dat dit via de telefonische consultatie van Stichting PZNL gedeclareerd wordt.

Naast fysieke consulten worden er ook andere vormen van consulten verricht door de teams PZ. 70% van de teams PZ verricht consulten ook telefonisch (mediaan 49 consulten), 17% schriftelijk (mediaan 45 consulten) en 21% screen-to-screen (mediaan 13 consulten).

FIGUUR 27 VERGOEDING VAN TRANSMURALE CONSULTEN



FIGUUR 28 NIET-FYSIEKE VORMEN VAN CONSULTATIE



6.7 BESCHIKBAARHEID VAN DISCIPLINES VOOR TEAM PZ

Tabel 3 geeft de top 10 van meest vertegenwoordigde disciplines in de teams PZ weer, met daarbij het aantal uren dat deze disciplines beschikbaar zijn voor hun werkzaamheden ten behoeve van het team PZ. Er is een uitsplitsing gemaakt van het totaal aantal uren inzet 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: 43 teams (van de 58 teams) hebben een verpleegkundig specialist in het team PZ. In totaal besteden zij 36 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 4 uur extra in per week voor het team PZ.

TABEL 3 OVERZICHT VAN DE INZET VAN DE DISCIPLINES BINNEN DE TEAMS PZ NAAR UREN INZET PER WEEK

<i>Disciplines in team PZ</i>	<i>Aantal teams met betreffende discipline (%)</i>	<i>Mediaan totale inzet in uren per week (range)</i>	<i>Mediaan aantal gelabelde uren per week (range)</i>	<i>Mediaan aantal extra uren inzet per week (range)</i>
Verpleegkundig specialist	43 (74)	36 (1-146)	32 (0-73)	4 (0-73)
Oncologie verpleegkundige	23 (40)	24 (2-36)	16 (0-36)	6 (0-24)
Internist-oncoloog	53 (91)	4 (0-52)	4 (0-36)	2 (0-16)
Specialist ouderengeneeskunde	28 (48)	4 (0-32)	2 (0-32)	1 (0-12)
Klinisch geriater	38 (66)	2 (0-24)	0 (0-12)	2 (0-16)
Anesthesioloog	42 (72)	2 (0-20)	1 (0-16)	1 (0-8)
Geestelijk verzorger	39 (67)	2 (0-16)	0 (0-12)	2 (0-8)
Longarts	38 (66)	2 (0-16)	1 (0-12)	1 (0-8)
Huisarts	32 (55)	1 (0-28)	1 (0-16)	2 (0-12)
Apotheker	16 (28)	1 (0-4)	0 (0-4)	1 (0-2)

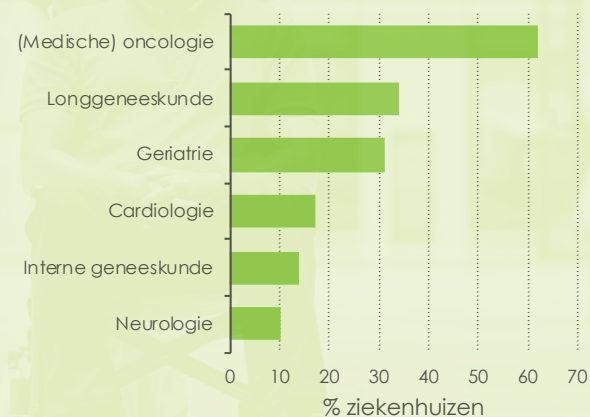
7

KWALITEIT EN DESKUNDIGHEID

7.1 SCREENEN OP PALLIATIEVE ZORG-
BEHOEFTE BINNEN HET ZIEKENHUIS

Bijna driekwart van de ziekenhuizen (72%) geeft aan dat zij routinematig poliklinische patiënten screenen op palliatieve zorgbehoeften. Dit wordt het vaakst gedaan binnen de specialismen (medische) oncologie (62%), gevolgd door longgeneeskunde (34%) en geriatrie (31%).

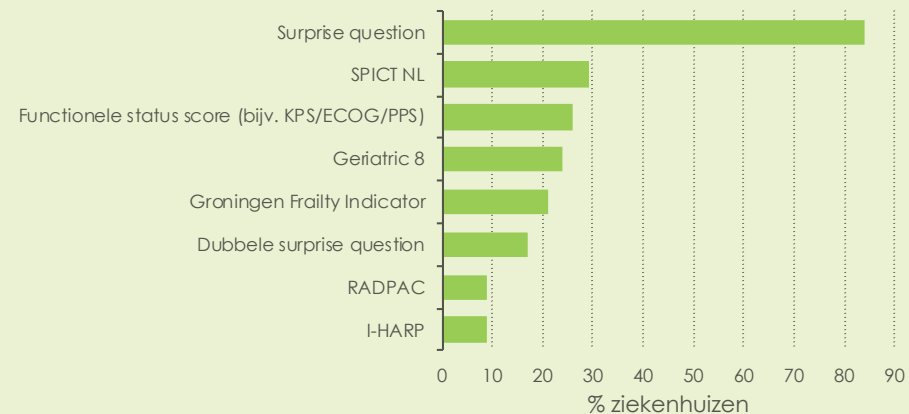
FIGUUR 29 ROUTINEMATIGE SCREENING OP PALLIATIEVE ZORGBEHOEFTE
BIJ POLIKLINISCHE PATIËNTEN



7.2 GEBRUIK MEETINSTRUMENTEN BINNEN HET ZIEKENHUIS

In 86% van de ziekenhuizen worden meetinstrumenten gebruikt om patiënten in de palliatieve fase te identificeren of markeren. De surprise question wordt hiervoor veruit het meest gebruikt (84%), gevolgd door de SPICT NL (29%).

FIGUUR 30 GEBRUIK MEETINSTRUMENTEN BINNEN HET ZIEKENHUIS

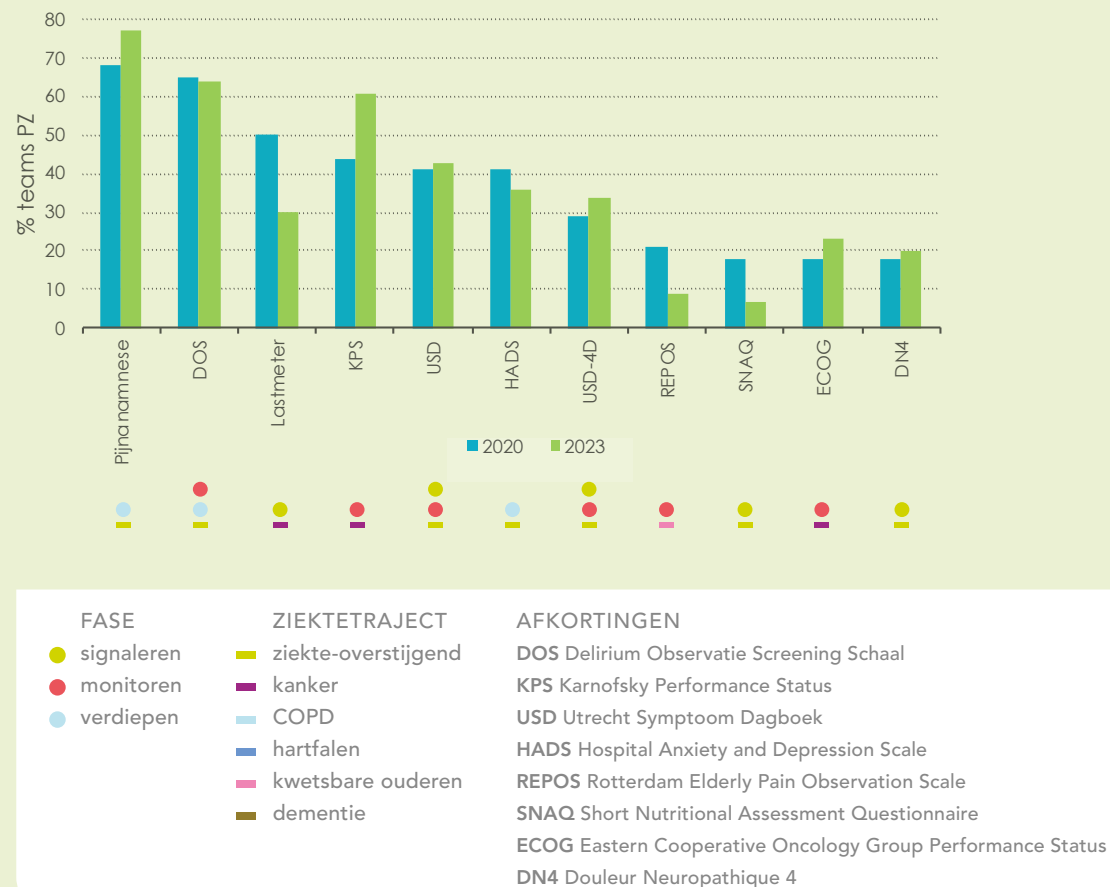


7.3 GEBRUIK MEETINSTRUMENTEN DOOR DE TEAMS PZ

76% van de teams PZ geeft aan meetinstrumenten te gebruiken in de dagelijkse praktijk, dit is ongeveer gelijk aan 2020 (74%). Gemiddeld worden vier meetinstrumenten gebruikt; variërend van 1 tot 8 verschillende meetinstrumenten.

De Pijnanamnese (77%) en de Delier Observatie Schaal (DOS) (64%) zijn de meest gebruikte meetinstrumenten, gevolgd door de Karnofsky Performance Scale (KPS) (61%) en het Utrecht Symptoom Dagboek (USD) (43%). Er worden instrumenten ingezet op diverse meetniveaus (signaleren, monitoren en verdiepen) (Meetinstrumenten, www.palliaweb.nl, 2024). Daarnaast zijn er instrumenten die zowel ziektespecifiek (bijvoorbeeld kanker en dementie) als ziekte-overstijgend gebruikt worden.

FIGUUR 31 MEEST GEBRUIKTE MEETINSTRUMENTEN DOOR TEAMS PZ

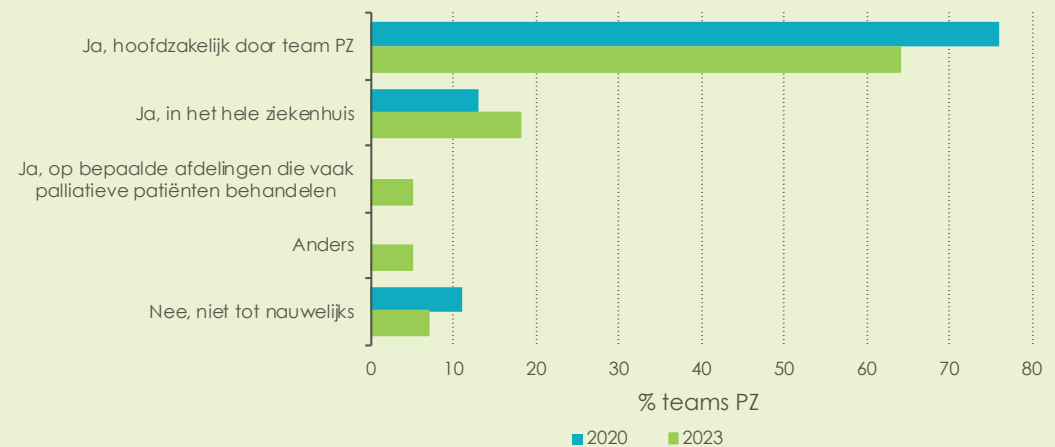


7.4 KWALITEIT

Kwaliteitskader palliatieve zorg

Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland wordt door 64% van de teams PZ en door 18% binnen het gehele ziekenhuis als leidraad gebruikt voor het ontwikkelen van beleid en/of protocollen. 7% van de ziekenhuizen gebruikt het Kwaliteitskader niet tot nauwelijks.

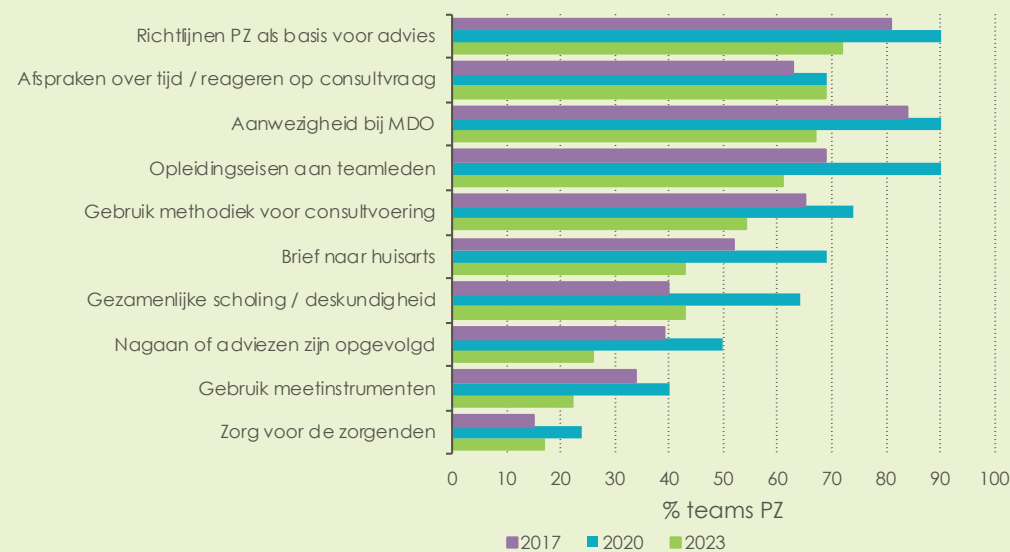
FIGUUR 32 GEBRUIK VAN HET KWALITEITSKADER PALLIATIEVE ZORG NEDERLAND



Kwaliteitscriteria

Het merendeel van de teams PZ heeft afspraken gemaakt over het gebruik van richtlijnen palliatieve zorg als basis voor advies (72%), over tijd en reageren op een consultvraag (69%) en over aanwezigheid bij het MDO (67%). Behalve de afspraken over tijd/reageren op een consultvraag, waarvoor het percentage gelijk is gebleven, zijn voor alle kwaliteitscriteria de afspraken gedaald ten opzichte van 2020.

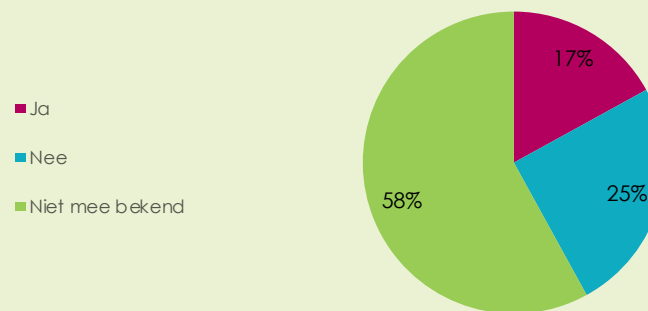
FIGUUR 33 KWALITEITSCRITEIA TEN AANZIEN VAN HET PROCES VAN CONSULTATIE



Stuurinformatie DHD Monitor Oncologische Zorg

Slechts een klein deel van de teams PZ (17%) maakt gebruik van de stuurinformatie over palliatieve zorg in het eigen ziekenhuis die wordt aangeboden door de DHD Monitor Oncologische Zorg. Het merendeel van de teams (58%) geeft aan hier niet mee bekend te zijn.

FIGUUR 34 GEBRUIK STUURINFORMATIE PALLIATIEVE ZORG UIT DHD MONITOR ONCOLOGISCHE ZORG DOOR DE TEAMS PZ

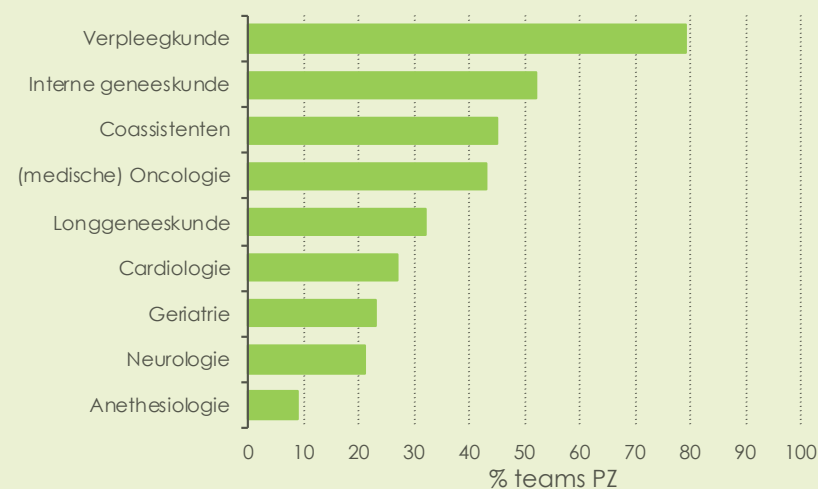


7.5 ONDERWIJS

Structureel onderwijs door team PZ

De helft van de teams PZ (79%) geeft aan dat zij structureel onderwijs geven over palliatieve zorg aan verpleegkundigen. Dit is in mindere mate ook het geval voor de zorgprofessionals van interne geneeskunde (52%), coassistenten (45%), medische oncologie (43%) en longgeneeskunde (32%).

FIGUUR 35 PERCENTAGE VAN DE TEAMS PZ DAT STRUCTUREEL ONDERWIJS GEEFT AAN VERSCHILLENDE DISCIPLINES

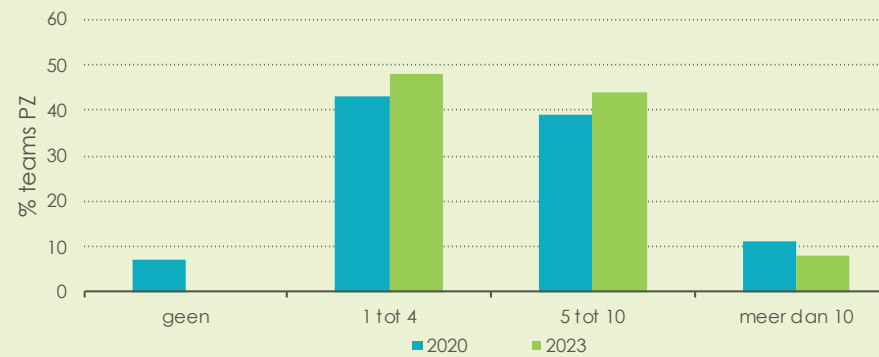


7.6 OPLEIDING TEAMLEDEN TEAM PZ

Opleiding artsen

In alle teams PZ is minimaal één arts aanwezig die een aanvullende opleiding en/of scholing op het gebied van palliatieve zorg heeft gevolgd. Voor 44% van de teams geldt dat er minimaal 5 tot 10 artsen met een aanvullende scholing in het team aanwezig zijn. De aanvullende opleiding is hier gedefinieerd als Kaderopleiding PZ, Cardiff Palliative Medicine Course of 9-daagse cursus PZ voor medische specialisten.

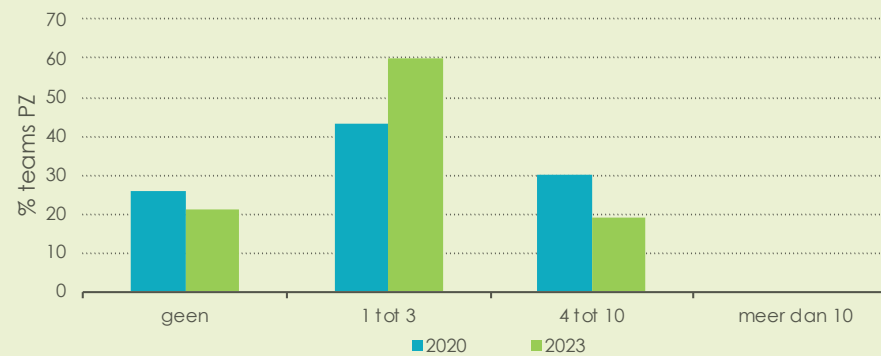
FIGUUR 36 AANTAL ARTSEN BINNEN DE TEAMS PZ DAT EEN SPECIFIEKE OPLEIDING PZ GEVOLGD HEEFT



Opleiding verpleegkundigen

In 79% van de teams is een gespecialiseerd verpleegkundige aanwezig die een aanvullende opleiding en/of scholing op het gebied van palliatieve zorg heeft gevolgd. Voor 60% van de teams geldt dat er minimaal één tot drie verpleegkundigen met een aanvullende scholing in het team aanwezig zijn. De aanvullende opleiding is hier gedefinieerd als Post-HBO palliatieve zorg, CZO opleiding oncologie, Post-HBO pijnconsulent en Basisopleiding palliatieve zorg. Eén op de vijf teams PZ (21%) geeft aan geen verpleegkundigen met een aanvullende opleiding in palliatieve zorg in het team te hebben.

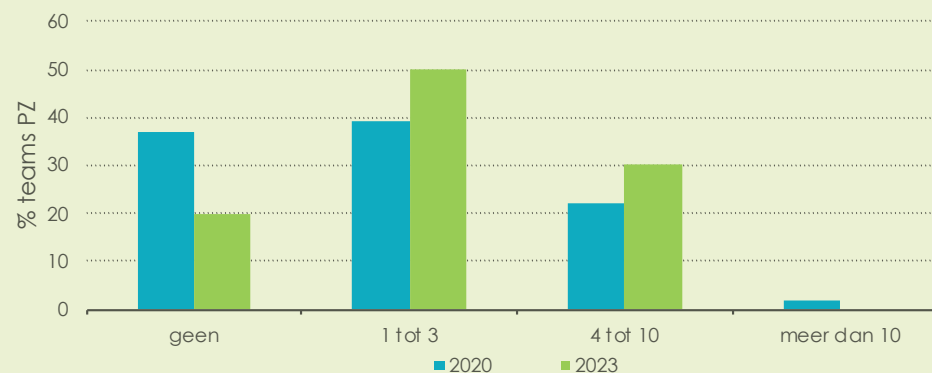
FIGUUR 37 AANTAL VERPLEEGKUNDIGEN BINNEN DE TEAMS PZ DAT EEN SPECIFIEKE OPLEIDING PZ GEVOLGD HEEFT



Opleiding verpleegkundig specialisten

In 80% van de teams is een verpleegkundig specialist aanwezig die een aanvullende opleiding en/of scholing op het gebied van palliatieve zorg heeft gevolgd. Voor 50% van de teams geldt dat er minimaal één tot drie verpleegkundig specialisten met een aanvullende scholing in het team zitten. De aanvullende opleiding is hier gedefinieerd als Post-HBO palliatieve zorg, 7/9 daagse leergang palliatieve zorg voor verpleegkundig specialisten en physician assistants, CZO opleiding oncologie, Post-HBO pijnconsulent en Basistraining palliatieve zorg.

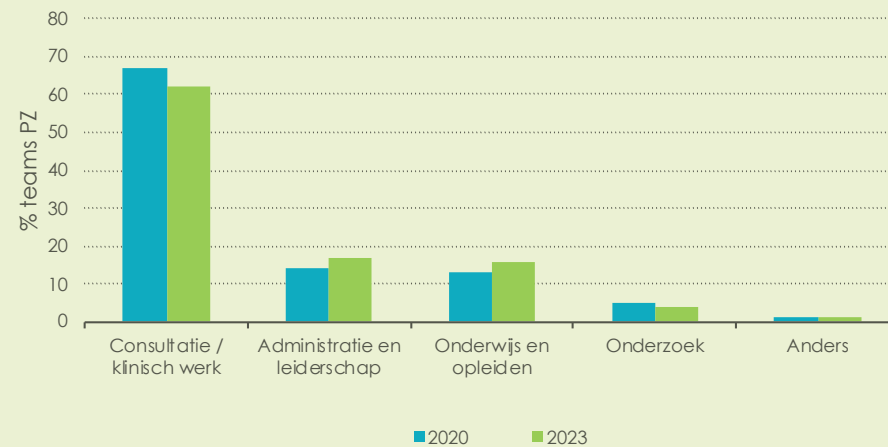
FIGUUR 38 AANTAL VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN DAT EEN SPECIFIEKE OPLEIDING PZ GEVOLGD HEEFT BINNEN DE TEAMS PZ



7.7 ACTIVITEITEN TEAM PZ

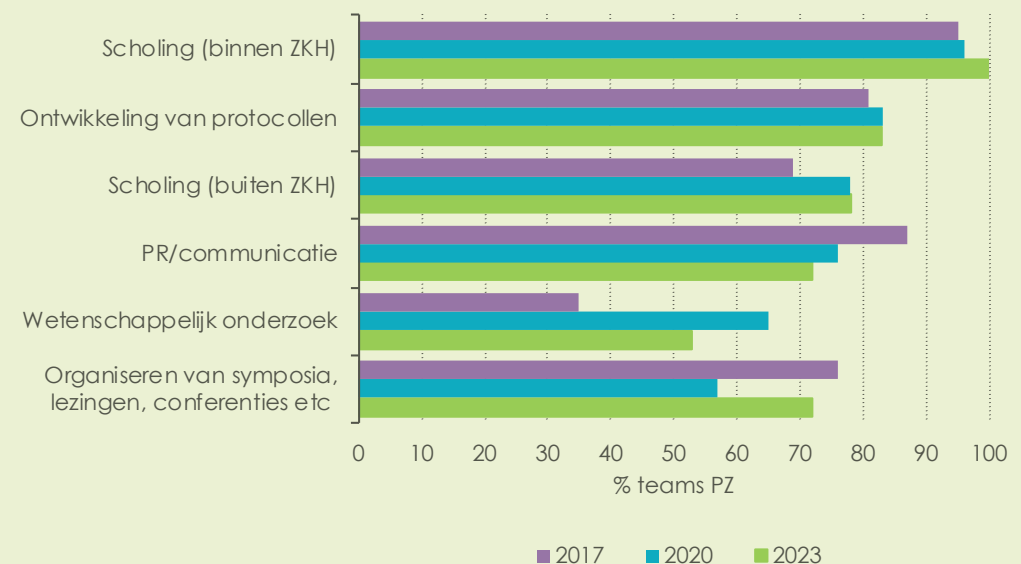
De teams PZ besteden gemiddeld bijna twee derde van hun tijd (62%) aan consultatie en klinisch werk. Daarnaast besteden ze tijd aan administratie en leiderschap (17%), onderwijs en opleiden (16%) en onderzoek (4%).

FIGUUR 39 TIJDSBESTEDING VAN DE TEAMS PZ AAN VERSCHILLENDE ACTIVITEITEN



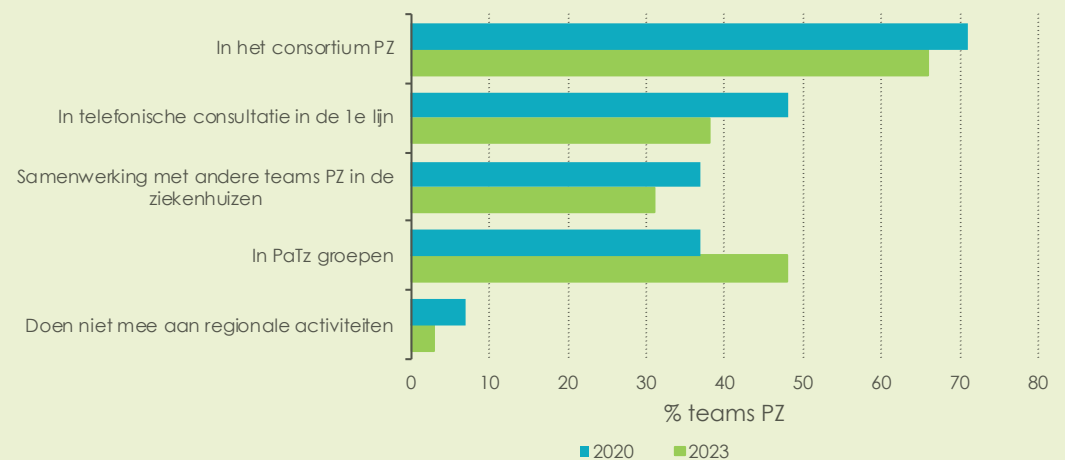
Alle teams PZ geven scholing over palliatieve zorg binnen het ziekenhuis, ruim driekwart van de teams PZ geeft ook scholing buiten het ziekenhuis (78%). Daarnaast voert iets meer dan de helft van de teams PZ ook wetenschappelijk onderzoek uit (53%), ten opzichte van twee derde in 2020 (65%).

FIGUUR 40 BETROKKENHEID VAN DE TEAMS PZ OP HET GEBIED VAN OPLEIDING EN ONDERZOEK



Teams PZ participeren op verschillende manieren in activiteiten binnen het regionale Netwerk Palliatieve Zorg. Veel teams PZ participeren in het consortium PZ (66%). Daarnaast participeert de helft van de teams PZ in PaTz groepen (48%), gevolgd door telefonische consultatie in de eerste lijn (38%) en een samenwerking met andere teams PZ in de ziekenhuizen (31%).

FIGUUR 41 PARTICIPATIE VAN TEAMS PZ IN REGIONALE EN LOKALE SAMENWERKINGSVERBANDEN



8

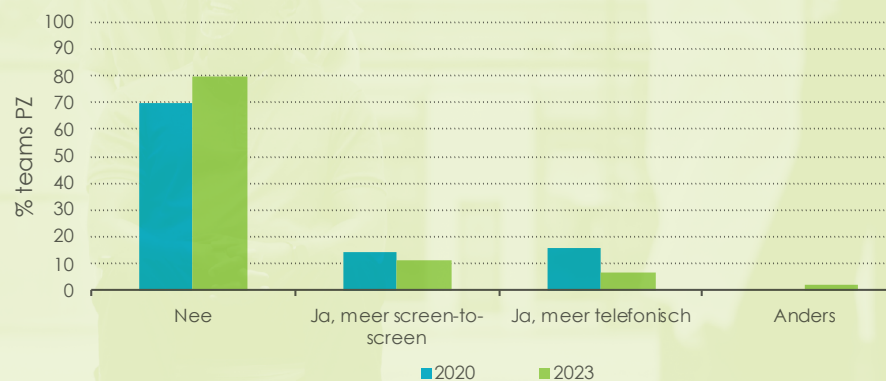
ZORG NA COVID-19

8.1 GEVOLGEN VAN DE COVID-19 PANDEMIE

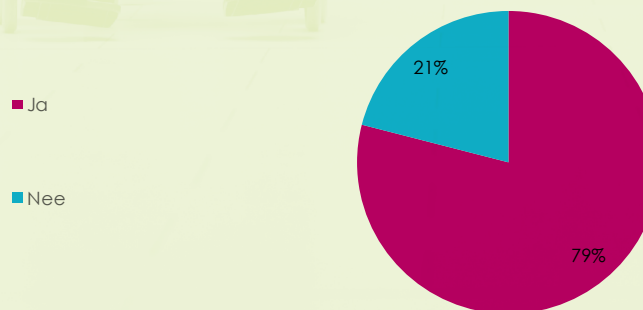
Het merendeel van de teams PZ (80%) geeft aan dat er door de COVID-19 pandemie geen verschuiving is opgetreden naar meer zorg op afstand. Andere teams geven aan dat er meer screen-to-screen (11%) of telefonische consultatie (7%) wordt geleverd.

79% van de 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 42 VERSCHUIVING CONSULTATIE ALS GEVOLG VAN COVID-19



FIGUUR 43 VOORTZETTEN MET AANBIEDEN ZORG OP AFSTAND

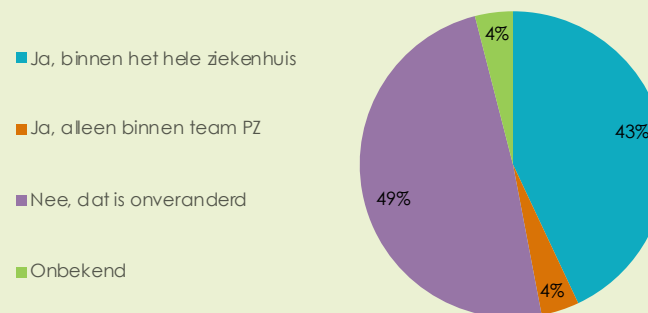


8.2 ZELFZORG EN ZORG VOOR ELKAAR

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 henzelf kan hebben.

Voor 43% van de teams PZ geldt dat er in het gehele ziekenhuis meer aandacht voor zelfzorg en zorg voor de zorgverlener is sinds de COVID-19 pandemie. Voor 4% van de teams geldt dit alleen binnen het team PZ. 49% van de teams PZ geeft aan dat dit onveranderd is.

FIGUUR 44 TOENAME IN AANDACHT VOOR ZELFZORG EN ZORG VOOR DE ZORGVERLENER SINDE DE COVID-19 PANDEMIE



9

PROACTIEVE ZORGPLANNING

Proactieve zorgplanning is het proces van bespreken, vooruitdenken, plannen en organiseren van gewenste passende zorg (in de palliatieve fase), met aandacht voor zowel de fysieke, psychische,

sociale als zingevingsdimensie¹. Dit proces dient tijdig te worden gestart, bij voorkeur in overleg met de huisarts, en opnieuw te worden doorlopen bij veranderingen in de situatie van de patiënt^{1,2}.

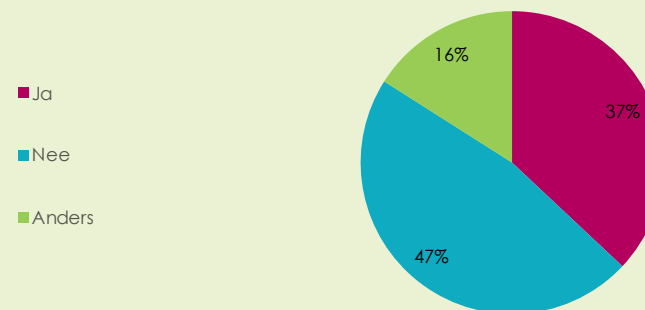
- 1 Stichting PZNL. *Richtlijn Proactieve zorgplanning in de palliatieve fase*. 2023. Beschikbaar op www.palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/proactieve-zorgplanning
- 2 IKNL/Palliactief. *Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland*. 2017. Beschikbaar op <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland>

9.1 ZORGBELEID

Ruim een derde van de teams PZ (37%) geeft aan dat proactieve zorgplanning als vast onderdeel van de zorg is opgenomen in het zorgbeleid voor patiënten in de palliatieve fase. Voor bijna de helft van de teams PZ (47%) is dit niet het geval.

Voor de teams die 'anders' hebben ingevuld, geldt met name dat het soms gebeurt of in specifieke situaties.

FIGUUR 45 PROACTIEVE ZORGPLANNING ALS VAST ONDERDEEL VAN DE ZORG

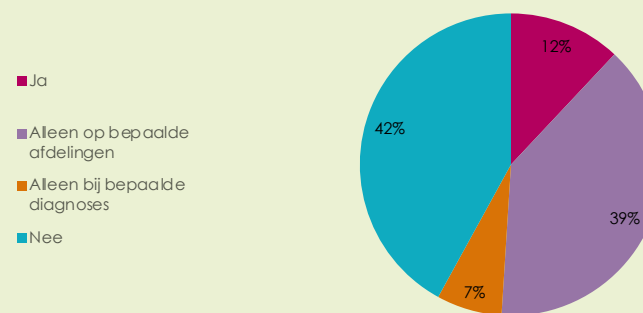


9.2 GESPREKSVOERING

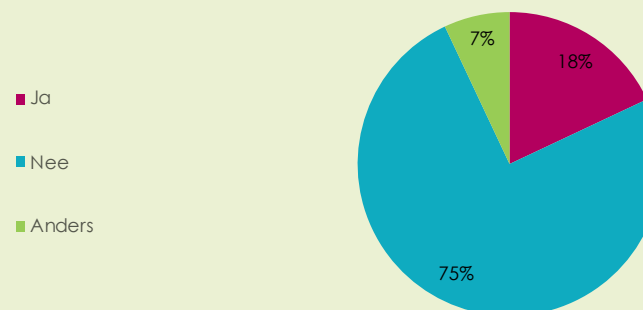
Een groot deel van de teams PZ (42%) geeft aan dat er binnen het ziekenhuis geen structurele gesprekken worden gevoerd over proactieve zorgplanning. 39% van de teams geeft aan dat dit alleen op bepaalde afdelingen gedaan wordt, waarbij de afdelingen oncologie, longgeneeskunde en cardiologie het meest genoemd werden. In 7% van de ziekenhuizen worden deze gesprekken alleen bij bepaalde diagnoses gevoerd, met name bij COPD en hartfalen.

Proactieve zorgplanningsgesprekken worden meestal niet standaard op vaste momenten gevoerd (75%). Voor 18% van de ziekenhuizen is dit wel het geval. 7% beantwoordt deze vraag met 'anders', waarbij voornamelijk geldt dat het afhankelijk is van het specialisme of de ziekte.

FIGUUR 46 STRUCTURELE GESPREKKEN OVER PROACTIEVE ZORGPLANNING

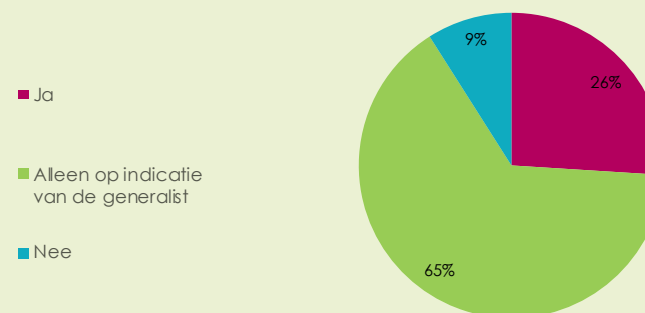


FIGUUR 47 STANDAARDMOMENTEN VOOR PROACTIEVE ZORGPLANNINGSGESPREKKEN



Het team PZ wordt in de meeste gevallen (65%) alleen bij gesprekken over proactieve zorgplanning betrokken op indicatie van de generalist.

FIGUUR 48 BETROKKENHEID TEAM PZ BIJ PROACTIEVE ZORGPLANNINGSGESPREKKEN



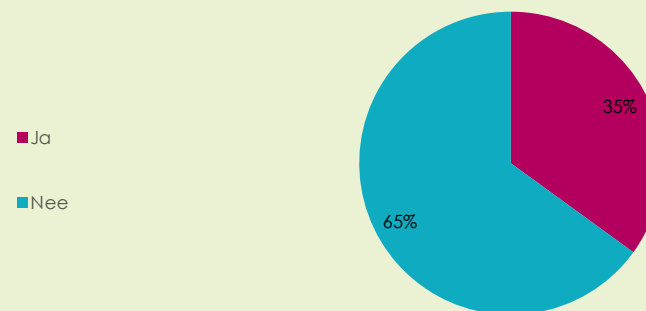
9.3 VASTLEGGEN EN OVERDRAGEN

35% van de teams PZ geeft aan dat er binnen het ziekenhuis gebruik wordt gemaakt van het digitaal invulbaar proactieve zorgplanning formulier (Uniform vastleggen proactieve zorgplanning, zoals opgenomen in de richtlijn proactieve zorgplanning) om transmurale behandelwensen en -grenzen herkenbaar en uniform over te dragen¹.

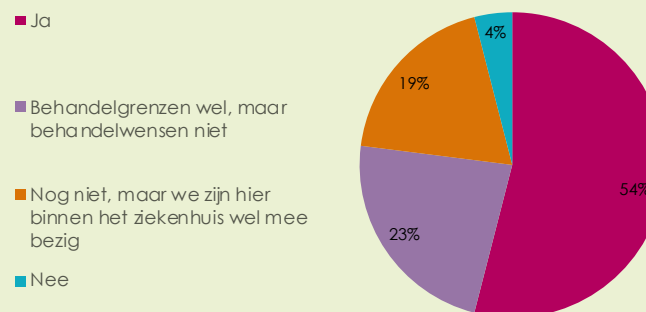
Iets meer dan de helft van de teams PZ (54%) geeft aan dat er een vaste plek in het EPD is waar behandelwensen en -grenzen vastgelegd kunnen worden die voortkomen uit proactieve zorgplanning. Dit geldt voor een kwart (23%) alleen voor het vastleggen van de behandelgrenzen, en niet de behandelwensen. Voor 19% van de ziekenhuizen geldt dat dit op dit moment nog niet kan, maar dat hier wel aan gewerkt wordt.

¹ Stichting PZNL. *Richtlijn Proactieve zorgplanning in de palliatieve fase*. 2023. Beschikbaar op www.palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/proactieve-zorgplanning

FIGUUR 49 GEBRUIK DIGITAAL PROACTIEVE ZORGPLANNING FORMULIER



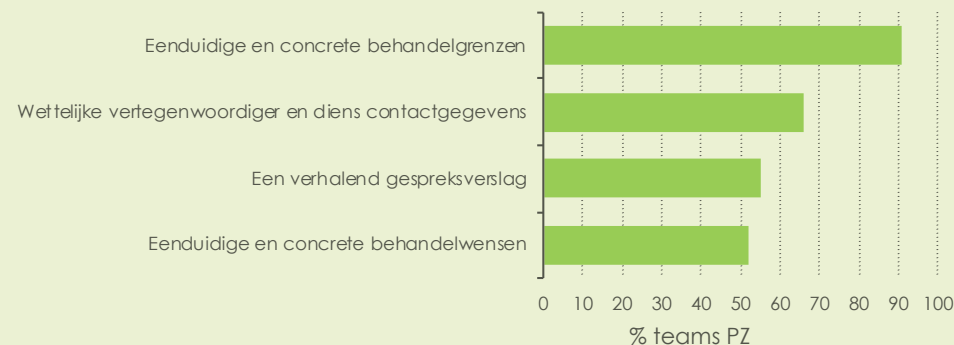
FIGUUR 50 VASTLEGGING BEHANDELWENSEN EN -GRENZEN IN HET EPD



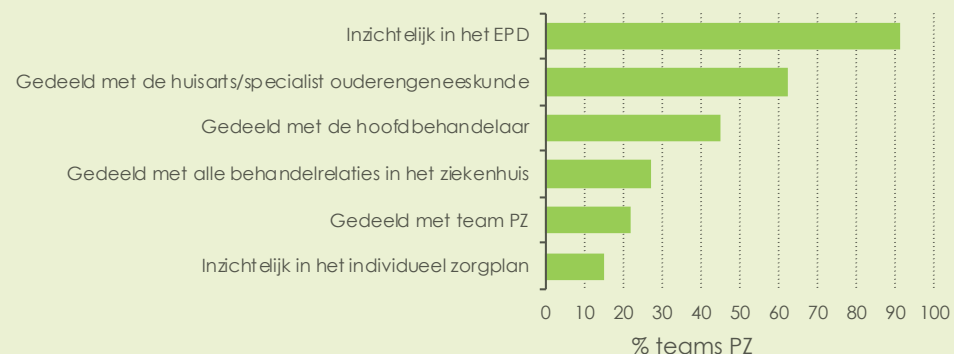
Met betrekking tot proactieve zorgplanning worden in het EPD bijna altijd eenduidige en concrete behandelgrenzen vastgelegd (91%), gevolgd door de wettelijke vertegenwoordiger en diens contactgegevens (66%), een verhalend gespreksverslag (55%) en eenduidige en concrete behandelwensen (52%).

Uitkomsten van proactieve zorgplanningsgesprekken worden voornamelijk via het EPD overgedragen (91%). Daarnaast worden ze gedeeld met de huisarts/specialist ouderengeneeskunde (62%), de hoofdbehandelaar (45%), met alle behandelrelaties in het ziekenhuis (27%) en het team PZ (22%). Voor slechts een klein deel (15%) geldt dat de uitkomsten van de proactieve zorgplanning gesprekken inzichtelijk zijn in het individueel zorgplan.

FIGUUR 51 PROACTIEVE ZORGPLANNING ITEMS DIE IN HET EPD WORDEN VASTGELEGD



FIGUUR 52 OVERDRACHT UITKOMSTEN PROACTIEVE ZORGPLANNINGSGESPREKKEN



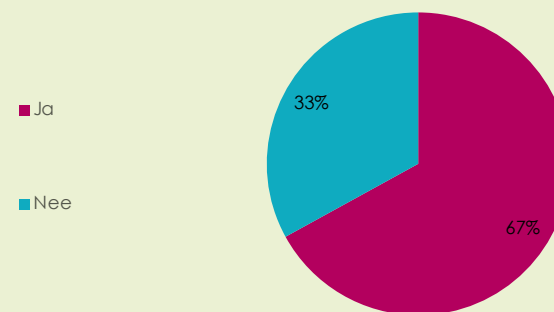
9.4 PROACTIEVE ZORGPLANNING IN BIJ- EN NASCHOLING

Twee derde van de teams (67%) geeft aan dat proactieve zorgplanning een vast onderdeel is van bij- en nascholing voor generalistische zorgverleners gegeven door teams PZ.

9.5 PROACTIEVE ZORGPLANNING IN HET MDO VAN TEAM PZ

Voor twee derde (66%) van de teams is proactieve zorgplanning een vast onderwerp in het MDO van het team PZ.

FIGUUR 53 PROACTIEVE ZORGPLANNING ALS VAST ONDERDEEL
VAN BIJ- EN NASCHOLING VOOR GENERALISTISCHE ZORGVERLENERS



10

MATE WAARIN TEAMS PZ VOLDOEN AAN DE NORMEN VOOR GOEDE

ONCOLOGISCHE ZORG (SONCOS)

Het SONCOS normeringsrapport omschrijft (rand-) voorwaarden waar goede oncologische zorg aan zou moeten voldoen en wordt jaarlijks herzien¹.

In het rapport van 2023 zijn onder andere de volgende normen voor faciliteiten en expertise in de palliatieve zorg geformuleerd:

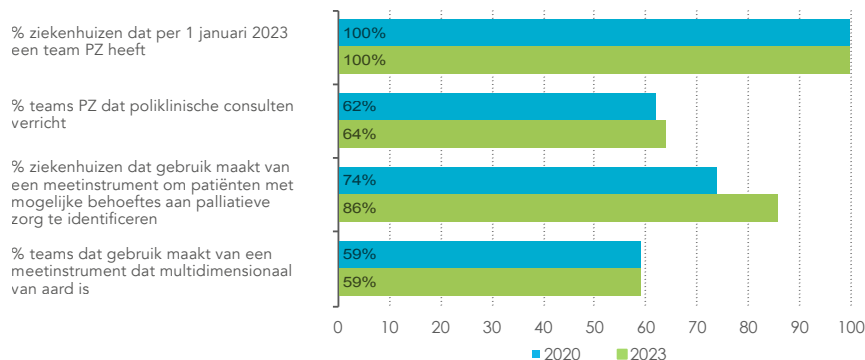
- De zorginstelling dient te beschikken over een multidisciplinair team palliatieve zorg, klinisch en poliklinisch, dat werkt volgens de richtlijnen palliatieve zorg (www.pallialine.nl, 2017) en gebruik maakt van een instrument om de behoefte aan palliatieve zorg te inventariseren.
- Het multidisciplinaire 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/pijn-geneeskunde.

- Tenminste één van de medisch specialisten in het multidisciplinaire team dient een 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.
- Het multidisciplinair team komt tenminste wekelijks bijeen. Naar aanleiding van het MDO vindt er afstemming met de huisarts plaats.
- Er dient gestructureerd en tijdig transmuraal overleg en overdracht te zijn ten behoeve van optimale palliatieve zorg in de thuissituatie en de huisarts wordt op de hoogte gebracht. Het multidisciplinaire team dient tevens beschikbaar te zijn voor overleg over patiënten die ontslagen zijn en thuis palliatieve zorg ontvangen onder leiding van de huisarts.

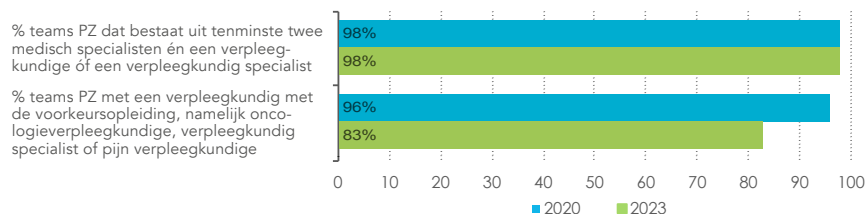
De uitgevoerde enquête bevat vragen over vijf SONCOS-normen. In dit hoofdstuk is per SONCOS-norm nagegaan in welke mate de teams PZ voldoen aan de gestelde normen.

1 Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS). *Multidisciplinaire normering oncologische Zorg in Nederland - SONCOS normeringsrapport versie 11*. 2023. Beschikbaar op www.soncos.org

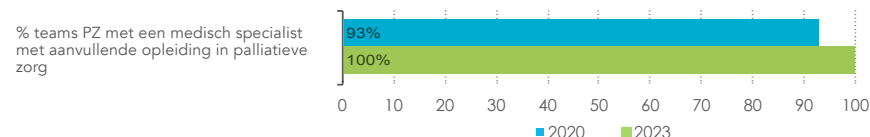
NORM De zorginstelling dient te beschikken over een **multidisciplinair team palliatieve zorg, klinisch en poliklinisch**, dat werkt volgens de richtlijnen palliatieve zorg (www.pallialine.nl, 2017) en **gebruik maakt van een instrument** om de behoefte aan palliatieve zorg te inventariseren.



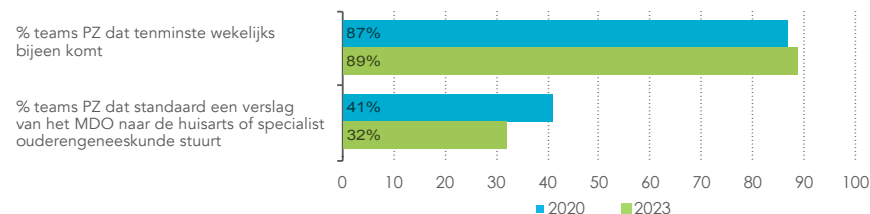
NORM Het multidisciplinaire team bestaat tenminste uit **twee medisch specialisten en een verpleegkundige** met specifieke expertise in de palliatieve zorg. De verpleegkundige is bij voorkeur een **oncologieverpleegkundige of verpleegkundig specialist oncologie of anesthesiologie/pijngeneeskunde**.



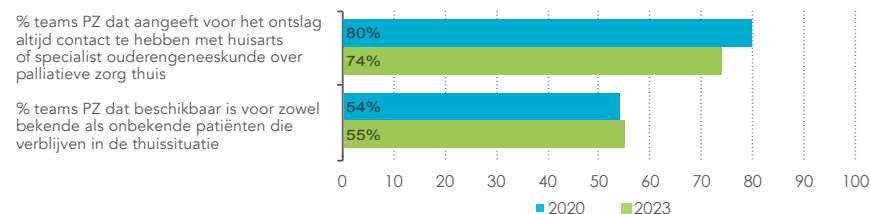
NORM Tenminste **één van de medisch specialisten in het multidisciplinaire team dient een specifieke scholing** op het gebied van palliatieve zorg te hebben voltooid. Het heeft de sterke voorkeur dat de andere betrokken zorgverleners ook specifieke scholing in palliatieve zorg volgen.



NORM Het **multidisciplinair team** komt tenminste **wekelijks bijeen**. Naar aanleiding van het MDO vindt er afstemming met de huisarts plaats.



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



11

INTEGRATIE INDICATOREN VOOR GOEDE ZORG ROND HET LEVENSEINDE

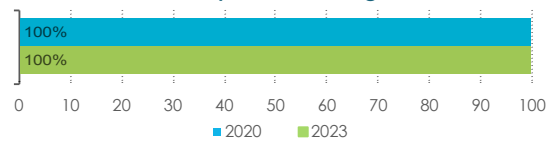
Om de integratie van palliatieve zorg ziekenhuisbreed te evalueren, zijn internationale indicatoren voor integratie van palliatieve zorg en oncologie gebruikt. Deze indicatoren zijn middels een Delphi procedure¹ op basis van consensus vastgesteld door een team van internationale experts in palliatieve zorg en 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 (met een prognose > 6 maanden).
- 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 opleiding tot specialisten en verpleegkundigen.
- 9 Mogelijkheid tot keuzestage bij team PZ voor AIOS (ongeacht specialisme) of huisartsen in opleiding.
- 10 Routinematig vastleggen van behandelwensen en -grenzen die voortkomen uit proactieve zorgplanning.

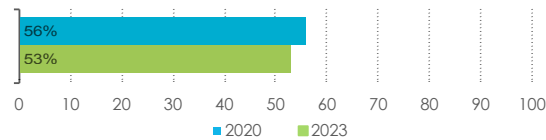
1 Hui, D., Cherny, N. I., Wu, J., Liu, D., Latino, N. J., & Strasser, F. (2018). Indicators of integration at ESMO designated centres of integrated oncology and palliative care. *ESMO open*, 3(5), e000372.

INDICATOR 1 Aanwezigheid van een *klinisch team palliatieve zorg*.

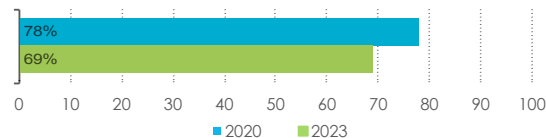
% ziekenhuizen dat een team PZ heeft en klinische consulten verricht

**INDICATOR 2** Aanwezigheid van een *poliklinisch spreekuur*.

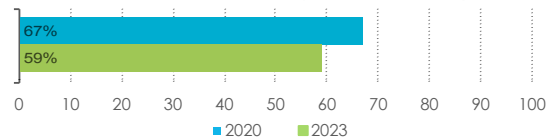
% teams PZ dat een poliklinisch spreekuur palliatieve zorg heeft

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

% teams PZ dat interdisciplinair is samengesteld

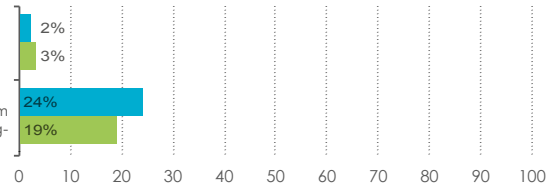
**INDICATOR 4** *Routinematig screenen van symptomen* van patiënten in de polikliniek.

% ziekenhuizen dat routinematig screent op symptomen bij patiënten in de polikliniek

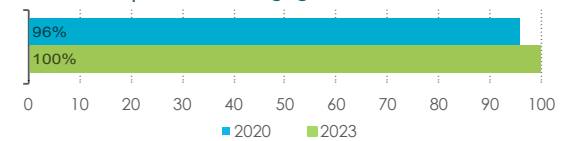
**INDICATOR 5** (*Vroeg*)*tijdige doorverwijzing naar het palliatief team (> 6mnd).*

% teams PZ dat aangeeft dat meeste **klinische** patiënten waarvoor het team PZ in consult geroepen wordt, een prognose van meer dan **drie** maanden hebben

% teams PZ dat aangeeft dat de meeste **poliklinische** patiënten waarvoor het team PZ in consult geroepen wordt, een prognose van meer dan **zes** maanden hebben

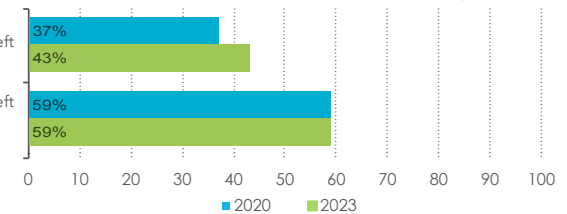
**INDICATOR 6** *Didactisch curriculum* over palliatieve zorg, geleverd door teams PZ.

% teams PZ dat scholing uitvoert binnen het ziekenhuis

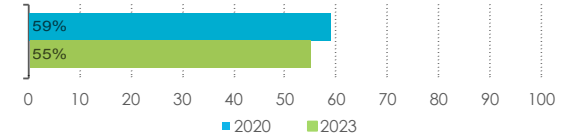
**INDICATOR 7** *Doorlopende medische educatie* voor behandelend oncologen over palliatieve zorg.

% teams PZ dat structureel onderwijs geeft over PZ aan zorgprofessionals binnen de oncologie

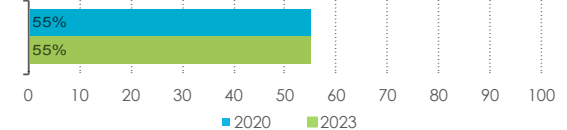
% teams PZ dat structureel onderwijs geeft over PZ aan zorgprofessionals binnen de oncologie, interne geneeskunde, cardiologie, geriatrie, longgeneeskunde en/of neurologie

**INDICATOR 8** *Gecombineerde onderwijsactiviteiten over palliatieve zorg en oncologie* voor artsen, artsen in opleiding tot specialist en verpleegkundigen.

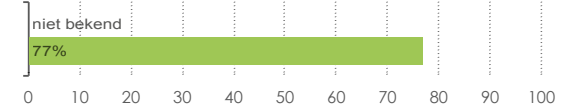
% teams PZ dat aangeeft dat palliatieve zorg is opgenomen in het disciplinair overstijgend onderwijs

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

% teams PZ dat aangeeft dat er een mogelijkheid is tot een keuzestage bij team PZ voor AIOS of huisartsen in opleiding

**INDICATOR 10** *Routinematig vastleggen van behandelwensen en -grenzen* die voortkomen uit proactieve zorgplanning.

% teams PZ dat aangeeft dat behandelwensen en -grenzen die voortkomen uit proactieve zorgplanning routinematig worden vastgelegd



12

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Met het oog op de verwachte groei van patiënten met palliatieve zorgbehoeften is integratie van palliatieve zorg in de reguliere zorg noodzakelijk [1, 2]. De kwaliteit van de onderlinge samenwerking tussen generalistische en specialistische palliatieve zorgverleners speelt hierin een belangrijke rol. Om inzicht te krijgen in palliatieve zorg in ziekenhuizen hebben de teams PZ van 58 Nederlandse ziekenhuizen voor de vijfde keer de stand van zaken gerapporteerd (respons 81%). Deze 3-jaarlijkse uitvraag biedt inzicht in de ontwikkeling die de teams sinds 2012 hebben doorgemaakt. De resultaten uit 2023 laten zien dat palliatieve zorg steeds beter is ingebed in de ziekenhuizen. Zo gebruikt het merendeel van de ziekenhuizen meetinstrumenten (86%) voor het markeren van patiënten met palliatieve zorgbehoeften ([SONCOS-norm](#)),

waarbij de 'surprise question' het meest toegepaste meetinstrument is. Ruim de helft van de ziekenhuizen (59%) screent regelmatig op symptomen bij poliklinische patiënten in de palliatieve fase en één op de drie ziekenhuizen heeft proactieve zorgplanning als vast onderdeel van de zorg opgenomen in het zorgbeleid voor patiënten met palliatieve zorgbehoeften (37%). In 2023 worden de teams PZ steeds vaker geconsulteerd, en is er een toename in het aandeel teams PZ dat meer dan 200 klinische consulten per jaar verleent (van 49% in 2020 naar 61% in 2023). Ondanks deze toename blijft de dekkinggraad, het aantal klinische consulten van het team PZ als percentage van het jaarlijks aantal klinische opnames, nog beperkt (1,7%). De resultaten tonen dat er op enkele andere aspecten ook nog ruimte voor verbetering is.

1 PALLIATIEVE ZORGBEHOEFTE BETER IN BEELD

Het *tijdig herkennen van de palliatieve zorgbehoefte* bij patiënten speelt een belangrijke rol in de integratie van palliatieve zorg in het ziekenhuis. Driekwart van de ziekenhuizen screent routinematig op palliatieve zorgbehoeften bij poliklinische patiënten, met name op de afdelingen oncologie, longgeneeskunde en geriatrie. Het tijdig herkennen van palliatieve zorgbehoefte en inzetten van palliatieve zorg is belangrijk voor patiënten in de palliatieve fase. Zo is bekend dat tijdige inzet van (specialistische) palliatieve zorg in het ziekenhuis samenhangt met betere kwaliteit van leven, lagere symptoomlast en minder potentieel niet-passende zorg in de laatste levensfase [3-5].

Ruim de helft van de ziekenhuizen (59%) *screent regelmatig op symptomen* bij poliklinische patiënten in de palliatieve fase. Dit was in 2020 hoger, namelijk 67%. Het tijdig blijven identificeren en hiermee tijdig kunnen behandelen van symptomen op de vier dimensies is essentieel om passende palliatieve zorg te kunnen bieden [6]. Het routinematige monitoren van symptomen bij mensen met een ongeneeslijke aandoening is bewezen effectief in de oncologie en leidt tot betere kwaliteit van leven en langere overleving [7]. Het [TIPZO project](#) (Tijdige Integratie Palliatieve Zorg in de Oncologie) bevestigt de noodzaak van symptoommonitoring bij patiënten met ongeneeslijke kanker met een levensverwachting van minder dan één jaar.

Ondanks de positieve effecten van symptoommonitoring, blijkt het moeilijk te integreren in de dagelijkse zorgpraktijk. Redenen hiervoor zijn onder andere tijdgebrek bij zorgverleners en technische belemmeringen [8]. Er zijn meerdere ontwikkelingen gaande om routinematig monitoren van symptomen in de palliatieve fase te bevorderen. Zo wordt het Utrecht Symptoom Dagboek (USD) ([-4 dimensioneel](#)) steeds meer gebruikt (43% van de teams PZ gebruikt het USD en 34% het USD-4D) en heeft het [OPTIMISM](#) project als doel een landelijk symptoommonitoringsysteem te ontwikkelen en te implementeren voor patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (PROM's) bij kankerpatiënten in de palliatieve fase, waarbij het USD-4D een belangrijke rol speelt.

Twee derde van de teams PZ verricht **poliklinische consulten** ([SONCOS-norm](#)). Dit aantal is vrijwel onveranderd ten opzichte van 2020 (62%). Daarnaast heeft ongeveer de helft van de teams PZ een poliklinisch spreekuur (53%). Onderzoek heeft aangetoond dat de beschikbaarheid van een poliklinisch spreekuur palliatieve zorg samenhangt met meer en eerdere verwijzingen naar het team PZ [9]. De onderbezetting van de teams PZ kan een rol spelen in de stagnatie in poliklinische consulten; 42% van de teams PZ geeft aan te veel consulten te hebben voor de beschikbare tijd en/of teamformatie.

AANBEVELINGEN

- Blijf het gebruik van meetinstrumenten voor het identificeren van patiënten in de palliatieve fase verder stimuleren voor het tijdig herkennen van palliatieve zorgbehoeften. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van het [Meetinstrumenten overzicht op Palliaweb](#).
- Zet als ziekenhuis in op het routinematig monitoren van symptomen in de palliatieve fase, bijvoorbeeld middels het Utrecht Symptoom

Dagboek – 4 dimensioneel (USD-4D) of de

[SYMPRO BijKanker app](#), aangezien dit essentieel is voor het leveren van passende zorg.

- Investeer als ziekenhuis in de poliklinische bereikbaarheid en beschikbaarheid van het team PZ om het aantal verwijzingen naar het team PZ voor patiënten met een complexe zorgvraag te verhogen en de tijdigheid van deze consulten te verbeteren.

2 DE POSITIE VAN DE TEAMS PZ WORDT GELEIDELIJK AAN STERKER

De *toename van het aantal klinische consulten* per team PZ kan wijzen op een versterkte positie binnen het ziekenhuis. Ook de dekkingsgraad, het aantal klinische consulten van het team PZ als percentage van het jaarlijks aantal klinische opnames, toont al sinds 2014 een stijgende lijn (van 0,6% in 2014 naar 1,7% in 2023). In vergelijking met de VS (5,6%) is de dekkingsgraad relatief laag [10]. Mogelijk worden patiënten met complexe palliatieve zorgbehoeften in Nederland onvoldoende gezien door het team PZ, zoals blijkt uit een recente Nederlandse flashmobstudie onder 48 Nederlandse ziekenhuizen. Deze flashmobstudie toonde aan dat een derde van de klinische patiënten (n=8.789) mogelijk behoefte heeft aan palliatieve zorg en dat het team PZ slechts betrokken was bij 2,2%

van de klinische patiënten, terwijl dit volgens de zorgverleners bij 4,3% van de patiënten wenselijk zou zijn [11].

Vroegtijdige inzet van het team PZ draagt bij aan betere zorg in de laatste levensfase en minder potentieel ongewenste (dure) zorg [3, 12]. Juist in deze tijd, waarin de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in toenemende mate onder druk staat door personeelstekort en vergrijzing, met een verwachte stijging van patiënten met behoefte aan palliatieve zorg [2], is het extra relevant hierin te investeren. Investerings in de capaciteit, het opleidingsniveau en de bereikbaarheid van teams PZ via poliklinische spreekuren kunnen de druk op de teams verlichten [9], waardoor er meer passende zorg kan worden geleverd in de laatste levensmaanden [13].

De **toename in het aantal consulten** kan ook duiden op een complexere zorgvraag, door nieuwe behandelmogelijkheden en langere overlevingsduur van patiënten die ongeneeslijk ziek zijn [2]. Deze toename kan ook komen doordat generalistische zorgverleners zich meer bewust zijn geworden van het belang van passende palliatieve zorg, mede door de COVID-19-pandemie en door de inspanningen van de teams PZ om hun zichtbaarheid te vergroten. Aan de andere kant kan een toename in consulten ook betekenen dat teams PZ vaker worden ingeschakeld in situaties waar generalistische palliatieve zorg eigenlijk zou moeten volstaan. Dit kan komen door beperkte kennis van en ervaring met palliatieve zorg van generalistische zorgverleners. In de medische curricula komt palliatieve zorg nog onvoldoende aan bod [14] en scholing in palliatieve zorg bestaat voornamelijk uit facultatieve bij- en nascholing. Het verbeteren van de deskundigheid van zorgverleners in palliatieve zorg, zoals in het programma [Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg \(O²PZ\)](#) en in het

lopende programma [Basisscholing palliatieve zorg](#), zou de druk op teams PZ kunnen verlichten, waardoor hun capaciteit behouden blijft voor patiënten met complexere zorgvragen.

OPTIMALISEREN ONDERWIJS PALLIATIEVE ZORG (O²PZ)

Het ZonMW programma [Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg \(O²PZ\)](#) zet zich in voor de structurele integratie van palliatieve zorg in het zorgonderwijs en heeft gepleit voor de verankering van palliatieve zorgonderwijs in zorgopleidingen. Een motie met dit doel is recent aangenomen in de Tweede Kamer. Naar verwachting zal dit bijdragen aan een betere basisopleiding van generalisten.

De toename in transmurale consultaties duidt op een betere integratie van palliatieve zorg in de reguliere zorg buiten het ziekenhuis. Bij ruim de helft van de teams PZ (55%) is de huisarts een vast onderdeel van het team PZ. Driekwart van de teams PZ (76%) werkt transmuraal middels deelname van professionals uit de eerste lijn in het MDO van het team PZ. Dit is een forse stijging ten opzichte van het jaar 2020, waarin dit bij twee derde van de teams PZ het geval was. Daarnaast bieden teams PZ telefonische consultatie aan zorgprofessionals van patiënten buiten het ziekenhuis (64%). Een derde van de teams PZ is bovendien beschikbaar voor huisbezoek (34%).

CONSULTATIE PALLIATIEVE ZORG

Om passende transmurale inzet en beschikbaarheid verder te stimuleren en meer eenduidigheid in de werkwijze en samenstelling van teams PZ te verkrijgen, wordt op dit moment op initiatief van Palliactief het [Kader consultatie palliatieve zorg](#) uitgewerkt door een werkgroep van zorgprofessionals (verwacht eind 2025).

AANBEVELINGEN

- Blijf als ziekenhuis werken aan de positie van de teams PZ (bekendheid, zichtbaarheid, beschikbaarheid), zodat deze tijdig worden ingezet en goed kunnen functioneren binnen en buiten het ziekenhuis. Hiervoor zijn aanhoudende investeringen nodig.
- Zorg dat zorgverleners beter worden opgeleid om zelfstandig basis palliatieve zorg te kunnen

bieden, gezien de verwachte stijging van het aantal patiënten met (complexe) palliatieve zorgbehoeften. Hiervoor zijn goede scholingen beschikbaar.

- Bevorder als ziekenhuis de transmurale overdracht en beschikbaarheid van het team PZ voor patiënten in de thuissituatie en hun zorgverleners.

3 INVESTEREN IN PROACTIEVE ZORGPLANNING

Slechts 37% van de ziekenhuizen heeft proactieve zorgplanning als vast onderdeel van de zorg opgenomen in het zorgbeleid. In lijn met de doelstellingen van het [Integraal Zorgakkoord \(IZA\)](#) over passende zorg in de laatste levensfase, zou met **alle patiënten** in de palliatieve fase en hun naasten een gesprek gevoerd moeten worden over behandelwensen, -grenzen en hun keuzes.

Dit helpt om waarden, wensen en behoeften duidelijker te maken [15]. Bijna de helft van de teams PZ (42%) geeft aan dat er binnen het ziekenhuis geen structurele proactieve zorgplanningsgesprekken worden gevoerd. Het digitale [formulier voor het uniform vastleggen en transmuraal overdragen van proactieve zorgplanning](#), wordt momenteel slechts door 35% van de ziekenhuizen gebruikt. Ook vindt niet altijd een goede overdracht naar de thuissituatie plaats;

74% 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 ([SONCOS-norm](#)). Dit percentage ligt iets lager dan in 2020 (80%).

Er zijn verschillende barrières bekend voor het voeren van deze proactieve zorgplanningsgesprekken, namelijk de complexiteit van het onderwerp, de communicatievaardigheden en deskundigheid van zorgverleners en de financiering van proactieve zorgplanning [16]. Binnen het [NPPZ II](#) wordt daarom ingezet op het vergroten van bewustwording en kennis van proactieve zorgplanning in de zorgpraktijk, integratie van interventies op het gebied van proactieve zorgplanning in de brede gezondheidszorg, verdere implementatie van het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#) en inbedding van de richtlijn Proactieve zorgplanning in de palliatieve fase [17].

De in opdracht van het KWF ontwikkelde [Basis-scholing palliatieve zorg](#) voor verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, fysician assistants en artsen, besteedt veel aandacht aan proactieve zorgplanning. Ook de teams PZ hebben een rol in het opleiden van hun collega's op het gebied van proactieve zorgplanning; twee derde van de teams (67%) geeft aan dat proactieve zorgplanning een vast onderdeel is van de bij- en nascholing die zij verzorgen voor zorgverleners. Ook spelen financieringsproblemen mogelijk een rol: op dit moment behoort proactieve zorgplanning nog niet tot de basisvoorziening huisartsenzorg zoals gedefinieerd door de [NZa](#). Huisartsen kunnen proactieve zorgplanning activiteiten wel declareren onder multidisciplinaire zorg en zorgvernieuwing, maar dit gebeurt nog niet structureel. Vanaf 2025 wordt bekostiging voor proactieve zorgplanning in de medisch

specialistische zorg in het ziekenhuis geïntroduceerd [18] en vanaf 2027 wordt proactieve zorgplanning onderdeel van de basisvoorziening huisartsenzorg.

PROACTIEF GEGEVENS DELEN IN DE PALLIATIEVE FASE

Het project [Proactief gegevens delen in de palliatieve fase](#) werkt aan de digitale uitwisseling van actuele gegevens over proactieve zorgplanning tussen verschillende zorgverleners en -organisaties. Hierdoor kunnen zorgverleners uit het netwerk van de patiënt vanuit het eigen patiëntendossier de vastgelegde behandelwensen en -grenzen van elkaar inzien.

AANBEVELINGEN

- Neem proactieve zorgplanning als vast onderdeel van de zorg voor patiënten in de palliatieve fase op in het beleid van het ziekenhuis. Leg, met het oog op digitale uitwisseling, behandelwensen, -grenzen en keuzes van de patiënt bij voorkeur vast middels het [digitale proactieve zorgplanning formulier](#) in het EPD (richtlijn Proactieve zorgplanning in de palliatieve fase [17]).
- Zet als ziekenhuis in op structurele deskundigheidsbevordering voor (nieuwe) medewerkers

in het voeren van proactieve zorgplanning gesprekken, mogelijk door middel van een [scholing palliatieve zorg](#). De [gesprekskaart proactieve zorgplanning](#) kan een handig hulpmiddel zijn bij het voeren van proactieve zorgplanning gesprekken.

- Licht zorgverleners en beleidsmakers in ziekenhuizen voor over de nieuwe betaaltitel proactieve zorgplanning (ingang 2025) en stimuleer het structureel inzetten, registreren en declareren van proactieve zorgplanning activiteiten.

LITERATUUR

- 1 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.
- 2 Stichting PZNL/AHzN/KWF/VPTZ. *Rapport Trendanalyse Palliatieve Zorg*. 2020. Beschikbaar op www.palliaweb.nl.
- 3 Boddaert, M.S., et al., *Association between inappropriate end-of-life cancer care and specialist palliative care: a retrospective observational study in two acute care hospitals*. Cancers, 2024. 16(4): p. 721.
- 4 Haun, M.W., et al., *Early palliative care for adults with advanced cancer*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(6).
- 5 Hui, D., et al., *Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients*. Cancer, 2014. 120(11): p. 1743-1749.
- 6 Koldenhof, J., *Patient-reported symptoms in daily oncology practice*. 2024, Utrecht University.
- 7 Basch, E., et al., *Symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: a randomized controlled trial*. Journal of Clinical Oncology, 2016. 34(6): p. 557-565.
- 8 Billings, N.E., et al., *Patient-vs Physician-Initiated Response to Symptom Monitoring and Health-Related Quality of Life: The SYMPRO-Lung Cluster Randomized Trial*. JAMA Network Open, 2024. 7(8): p. e2428975-e2428975.
- 9 Boddaert, M.S., 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: p. 1-10.
- 10 Rogers, M. and R. Heitner, *Latest trends and insights from the national palliative care registry*. CAPC On-Demand Webinars, 2019.
- 11 van der Velden, A.W., et al., *Abstracts from the 12th World Research Congress of the European Association for Palliative Care*. Abstract ID: OA01:05. Palliative Medicine, 2022. 36 (1_suppl): p. 3-122.
- 12 Pereira, C.F., 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*. International Journal of Integrated Care, 2024. 24(3).
- 13 Boddaert, M.S., et al., *Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study*. BMJ supportive & palliative care, 2022. 12(e1): p. e137-e145.
- 14 de Bruin, J., et al., *End-of-life care in the Dutch medical curricula*. Perspectives on medical education, 2018. 7: p. 325-331.
- 15 Stichting PZNL. *Proactieve zorgplanning*. 2024. Beschikbaar op www.palliaweb.nl/zorg-praktijk/proactieve-zorgplanning.
- 16 GUPTA Strategists, *De olifant de kamer uit*. 2024. Beschikbaar op www.palliaweb.nl.
- 17 Stichting PZNL. *Richtlijn Proactieve zorgplanning in de palliatieve fase*. 2023. Beschikbaar op www.palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/proactieve-zorgplanning.
- 18 Stichting PZNL. *Betaaltitel voor proactieve zorgplanning in ziekenhuizen gepland per 2025*. 2024. Beschikbaar op www.palliaweb.nl/nieuws/2024/betaaltitel-voor-proactieve-zorgplanning-in-zieken.

COLOFON

Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen

Uitgave van Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)

November 2024

AUTEURS

Nienke van Velzen, Msc, IKNL

Dr. Sytske Wiegersma, IKNL

Dr. Manon Boddaert, IKNL

Drs. Hetty Kazimier, Stichting PZNL

Drs. Marleen Kiers-Pijl, Palliactief

Dr. Maurice van der Vorst, Palliactief

Dr. Michel Wagemans, Palliactief

Dr. Arianne Stoppelenburg, Erasmus MC

Dr. Natasja Raijmakers, IKNL

Communicatie: Drs. Monique Becker, IKNL

Vormgeving: Neo & Co

Naar dit document kan als volgt worden verwezen:

IKNL. Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen: resultaten 2023 (beschikbaar op www.palliaweb.nl)

Heeft u vragen naar aanleiding van deze uitgave dan kunt u contact opnemen met: Sytske Wiegersma, adviseur palliatieve zorg, s.wiegersma@iknl.nl

