

## Een nationaal model voor de palliatieve zorg in Nederland

### *Waarom een nationaal model?*

Patienten die niet verblijven in een instelling gespecialiseerd in palliatieve zorg kunnen onvoldoende beschikken over deskundige professionele zorg. Huisarts en wijkverpleegkundige kunnen door de relatief lage incidentie weinig ervaring opbouwen. De kennis met betrekking tot de lokale/regionale mogelijkheden is beperkt. Door marktwerking en indicatie wordt een lager kwalificatieniveau ingezet dan wenselijk is bij palliatieve (terminale) zorg. De noodzakelijke CIZ-indicatie voor palliatief terminale zorg wordt alleen verstrekt bij een levensverwachting < 3 maanden. Verspreid over het land zijn er voor patiënten na een slecht-nieuws-gesprek geen gelijke mogelijkheden voor begeleiding vanuit de thuiszorg<sup>1</sup> Patienten hebben in het algemeen geen toegang tot de consultatieteams. Er zijn momenteel drie netwerken/regio's die een aparte telefonische hulplijn voor patiënten en naasten hebben

De netwerken hebben een grote mate van vrijheid om de palliatieve zorg te verbeteren. Dit heeft geresulteerd in een grote lokale verscheidenheid, waardoor het voor patiënten en zorgverleners moeilijk te begrijpen is wat, waar beschikbaar is. Financiering van initiatieven is veelal tijdelijk via lokale partijen geregeld Een landelijk geldend model voor palliatieve zorg biedt eenduidigheid over de wijze waarop de palliatieve zorg georganiseerd is in Nederland. Een dergelijk model is aan alle huidige én ook toekomstige zorgverleners goed uit te leggen. Binnen dit model kunnen verschillende bestaande en in ontwikkeling zijnde initiatieven worden ondergebracht. Daarnaast biedt het model voldoende mogelijkheden om lokaal/regionaal een eigen invulling te geven.

Het gepresenteerde model is niet bedoeld als een keurslijf, waarin geen ruimte is voor een eigen invulling. Het model kent een viertal essentiële kernwaarden: (1) *multidisciplinariteit*, (2) *begeleiding*, (3) *deskundigheid* en (4) *zorg over de grenzen van de zorgsetting*, die als toetscriteria gelden.

Bij het ontwikkelen van dit model is bepaald dat het belang van de patiënt en diens naasten voorop moest staan. Dat betekent o.a. dat los van bestaande structuren is nagedacht hoe op de beste manier de zorg voor de ongeneeslijk zieke patiënt en zijn naasten georganiseerd zou moeten zijn. Het concept van 'skilled companionship' vormde een belangrijk uitgangspunt, waarbij zowel patiënt, naasten als reguliere zorgverleners de meerwaarde van een 'skilled companion' kunnen ervaren.<sup>4</sup>

De ongeneeslijk zieke patiënt die behoefte heeft aan palliatieve zorg kan op vier verschillende type zorglocaties verblijven: Thuis (1<sup>e</sup> lijnsvoorziening), (academisch) ziekenhuis (2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup> lijnsvoorziening), in een verpleeg- of verzorgingshuis of in een hospicevoorziening (fig.2) Kenmerkend voor de palliatieve zorg is dat er in de laatste fase van het leven verschillende overgangen tussen de verschillende zorglocaties plaatsvinden. Het betreft vaak meerdere

overgangen in deze periode. Dit stelt bijzondere eisen aan de kwaliteit van de transmurale zorg om de continuïteit van zorg zo goed mogelijk te waarborgen.

Om de patiënt binnen alle mogelijke zorgsettings de deskundigheid te bieden die past bij zijn/haar specifieke situatie wordt een *multidisciplinair begeleidingsteam palliatieve zorg* (MBT) samengesteld. Een dergelijk structuur is niet uniek. In meerdere landen (o.a. België, Zweden, Canada, Australië en de Verenigde Staten) functioneren dergelijke teams.<sup>5-7</sup>

### *Samenstelling*

Om recht te doen aan de vier aspecten van palliatieve zorg zoals benoemd door de WHO zijn in dit team minimaal de volgende disciplines vertegenwoordigd:

- gespecialiseerd verpleegkundige
- gespecialiseerd arts
- maatschappelijk werker
- geestelijk verzorger

Het team kan mogelijk worden uitgebreid met bijvoorbeeld een fysiotherapeut, psycholoog, anesthesioloog etc. Van belang is dat alle leden van het team aantoonbaar deskundig én ervaren zijn in de palliatieve zorg. Landelijk dienen criteria te worden opgesteld ten aanzien van deskundigheidsniveau, bij- en nascholing en intervisie.

### *Bereikbaarheid*

Het MBT is 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar. Het team kan zowel door de patiënt, diens naasten als de betrokken zorgverleners benaderd worden.

### *Werkzaamheden*

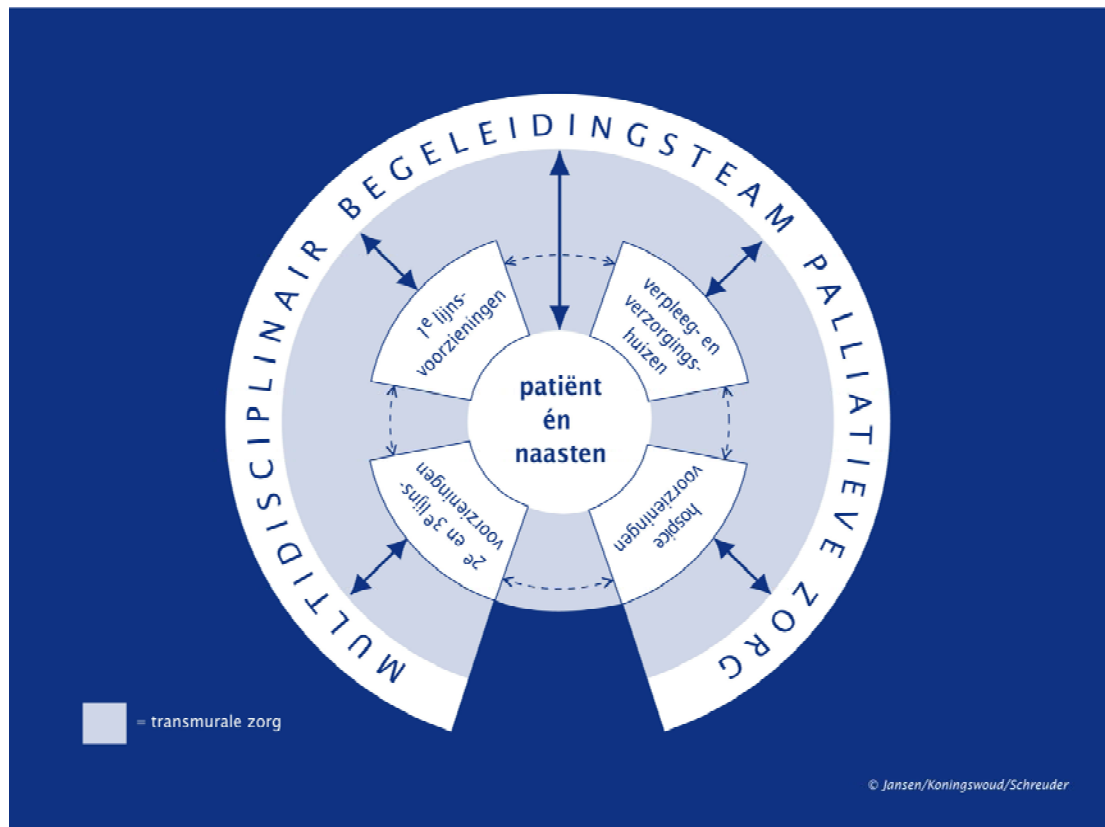
Het team neemt uitdrukkelijk geen medische en/of verpleegkundige zorg over van de directe zorgverleners. Op basis van deskundigheid en expertise ondersteunt en adviseert het team de primaire zorgverleners en de patiënt en diens naasten, waar nodig heeft het team een aanvullende zorgfunctie. De hoofdbehandelaar wordt altijd vooraf door het team geïnformeerd als deze niet zelf het team heeft benaderd. Het team kan, als constante factor, de overgang van patiënten tussen zorglocaties begeleiden.

De verpleegkundige(n) in het team fungeren als primair contact met de patiënten. Zij kunnen zowel telefonisch benaderd worden, als aan huis bezoeken afleggen. De verpleegkundige adviseert op basis van de waarnemingen of er inzet van andere disciplines vanuit het team gewenst is. Het team heeft na het overlijden ook een rol in de begeleiding van de nabestaanden.

### *Werkgebied*

Het werkgebied van het team wordt zodanig bepaald dat er voldoende inwoners zijn om een efficiënte inzet van het team te garanderen en de oppervlakte van het gebied niet te veel

beslag legt op de reistijden. De grenzen van het werkgebied kunnen worden bepaald door die van de netwerken palliatieve zorg. Het werkgebied van een MBT omvat dus één of meer netwerken. De 32 zorgkantoor-regio's in Nederland zouden als een vertrekpunt gekozen kunnen worden in de discussie over het aantal benodigde MBT's .



### *Registratie*

Het team maakt voor elke patiënt een (patiënt-volgend) dossier aan waarin de inzetten van het team worden geregistreerd, naar aard, tijdstip en locatie/betrokken zorgverlener. De MBT's kunnen met deze dossiers een belangrijke bijdrage leveren aan het verzamelen van data in het kader van een te ontwikkelen Minimale Data Set (MDS) voor de palliatieve zorg.

### *Kwaliteit*

Toepassing van dit model biedt uitstekende mogelijkheden voor toepassing van het kwaliteitssysteem voor ketenzorg zoals dat door HKZ is ontwikkeld.

## **Wat levert de instelling van een Multidisciplinaire Begeleidingsteams Palliatieve Zorg op?**

Instelling van MBT's zal de volgende verbeteringen opleveren in de kwaliteit van palliatieve zorg:

- Er is regionaal één telefoonnummer voor het inroepen van het MBT. Er is een 24 uurs bereikbaarheid;
- Het MBT kan zowel door zorgverleners als patient/naasten ingeroepen worden;
- Het MBT is multidisciplinair samengesteld en de leden van het team zijn binnen hun vakgebied deskundig en ervaren op het gebied van palliatieve zorg;
- Door de begeleiding gedurende een langere periode kan er een anticiperend beleid gevoerd worden, waarmee problemen in een later stadium voorkomen kunnen worden;
- Door de uitstekende kennis van de lokale/regionale sociale kaart in combinatie met de huisbezoeken kunnen de beschikbare voorzieningen optimaal worden ingezet (inzet vrijwilligers, steunpunt mantelzorgers, dagzorg, tijdelijke opnamen etc.)
- Het MBT is een constante factor welke met name tijdens overdracht tussen zorglocaties een bijdrage kan leveren aan de continuïteit van zorg.
- Het MBT kan vroegtijdig worden ingezet, bij voorkeur na een slecht-nieuws-gesprek in het ziekenhuis;
- Het MBT vervult een rol in de begeleiding van nabestaanden;
- In de opleiding van artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, maatschappelijk werkers en geestelijk verzorgers kan dit landelijk geldende model worden toegelicht;
- Beroepsverenigingen kunnen competenties opstellen voor leden van een MBT;
- Het HKZ-kwaliteitsstelsel voor ketenzorg is goed toepasbaar op dit model;
- De registratie van het MBT kan een bijdrage leveren aan een nog nader te definiëren Minimal Data Set;
- Vroegsignalering krijgt een duidelijke plaats binnen de palliatieve zorg;
- Eenduidigheid en vereenvoudiging van subsidiering.

## **Consequenties van het implementeren van MBT's**

Het instellen van MBT's heeft een aantal consequenties:

- Consultatieteams verdwijnen in hun huidige vorm en gaan op in het MBT. De kennis en ervaring van consultants kan uiteraard benut worden in de samenstelling van de MBT's;
- Netwerkiniciatieven ten aanzien van casemanagement en continuïteitshuisbezoeken worden een taak van het MBT;
- Telefonische hulplijnen voor patiënten en naasten kunnen opgaan in het MBT.

- De verantwoordelijkheid voor een goed functioneren van het MBT ligt bij het (de) netwerk(en) waar het MBT actief is;
- Het NPTN 'nieuwe stijl' kan verantwoordelijk worden gesteld voor de beoordeling van de deskundigheid van de MBT-leden, bijvoorbeeld via een visitatiesysteem
- In samenwerking met de beroepsverenigingen dient een landelijke bij- en nascholingsprogramma te worden verzorgd voor leden van de MBT's

21 juli 2009,

WJJ Jansen, coördinator netwerk palliatieve zorg Amsterdam-Diemen

J Koningswoud, directeur hospice Calando, Dirksland

H Schreuder, coördinator netwerk Palliatieve zorg Nieuwe Waterweg Noord

### **Bronnen**

1. Beter thuis sterven? Vroegsignalering door de thuiszorg bij patiënten in de palliatieve fase. MC. De Korte-Verhoef, SCCM Teunissen. Onderzoek uitgevoerd in het kader van het Plan van Aanpak Palliatieve Zorg 2008-2010. NPTN, 2009
2. Harps-Timmerman A, van der Cingel M, Jukema JS, Groen- van der Ven L. Skilled Companionship. TvZ Tijdschrift voor verpleegkundigen.3:28-30, 2009.
3. Ferris FD, Bruera E, Cherny N, Cummings C, Currow D, Dudgeon D, JanJan N, Strasser F, von Gunten CF, Von Roenn JH. Palliative cancer care a decade later: Accomplishments, the need, next steps-From the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 27:3052-8, 2009.
4. Jack BA, Littlewood C, Eve A, Murphy D, Khatri A, Ellershaw JE. Reflecting the scope and work of palliative care teams today:an action reserach project to modernise a national minimum data set. Pall Med 23:80-6, 2009.
5. Mitchell GK, DeIMar CB, O'Rourke PK, Clavarino AM. Do case conferences between general practitioners and specialist palliative care servcices improve quality of life? A randomized controlled trial. Pall Med 22:904-12, 2008.