

# Knelpunten in de palliatieve spoedzorg

Erik Plat, Yvonne Peters, Marleen Smits, Paul Giesen

**De spoedzorg van palliatieve patiënten tijdens ANW-uren is de laatste tien jaar weliswaar sterk verbeterd, maar er zijn nog knelpunten, met name rond persoonlijke continuïteit, informatieoverdracht, identificatie van palliatieve patiënten en de voorbereiding op het palliatieve traject.**

Huisartsen in Nederland leveren van oudsher 24 uur per dag palliatieve zorg. Overdag gebeurt dat in de eigen praktijk, maar ook tijdens avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) verleent de eigen huisarts of de huisartsenpost (HAP) palliatieve zorg. Dat wordt dan als spoedzorg beschouwd. Aangezien het aantal palliatieve patiënten de komende jaren alleen maar zal toenemen, zou het goed zijn als het aantal onnodige spoedcontacten in ANW-uren zo beperkt mogelijk bleef. Dit vraagt om betere samenwerking en taakverdeling, en om meer kwaliteit en meer proactief handelen.

Er zijn al veel pogingen gedaan om de palliatieve zorg door de huisarts te verbeteren; het NHG en InEen hebben respectievelijk in 2009 en 2011 landelijke beleidskaders opgesteld voor huisartsenpraktijken en HAP's.<sup>1,2</sup> Toch komen er nog regelmatig signalen dat de kwaliteit van deze zorg te wensen overlaat. Wij laten in deze beschouwing zien welke knelpunten er anno 2019 nog zijn, en doen enige suggesties ter verbetering.

## ZORG VOOR PERSOONLIJKE CONTINUÏTEIT

In een online vragenlijstonderzoek uit 2018 meldde 61% van de praktijkhoudende huisartsen in Nederland dat zij via een eigen 06-nummer 'vaak' tot 'altijd' persoonlijk bereikbaar en beschikbaar waren voor het verlenen van palliatieve zorg in de ANW-uren. Ruim een kwart (27%) was via de HAP bereikbaar voor telefonisch overleg en 33% was via de HAP 'vaak' tot



Zorg bij iedere palliatieve patiënt in uw praktijk voor een goed gedocumenteerde en up-to-date informatieoverdracht.

Foto: iStock

## DE KERN

- De zorg aan palliatieve patiënten tijdens ANW-uren wordt als spoedzorg beschouwd; de kwaliteit van deze zorg is nog niet optimaal.
- Grote knelpunten in de spoedzorg zijn persoonlijke continuïteit van zorg en informatieoverdracht aan de dienstdoend huisarts.
- Huisartsen dienen te weten welke patiënten in hun praktijk palliatieve zorg krijgen en ervoor te zorgen dat de HAP over voldoende informatie over deze patiënten beschikt.
- Huisartsen zouden meer gebruik moeten maken van de mogelijkheden tot consultatie en kennisverwerving over palliatieve trajecten.

'altijd' beschikbaar voor een visite. Een kleinere groep droeg de zorg in ANW-uren volledig over aan een HAP (12%) of aan een collega uit de praktijk (8%).<sup>3</sup> Er waren wel verschillen binnen deze groepen: sommigen waren het hele etmaal volledig beschikbaar voor telefonische consulten en visites, anderen waren alleen telefonisch bereikbaar op bepaalde tijden, bijvoorbeeld tot elf uur 's avonds. In eerdere onderzoeken werden hogere percentages gevonden: in 2008 meldde 75% van de Nederlandse huisartsen dat zij persoonlijk beschikbaar waren en in 2011 was dat 85%.<sup>4,5</sup> Huisartsen in loondienst, in de stad of die een grotere woon-werkafstand hadden, waren in de regel minder beschikbaar,<sup>5</sup> en dat gold ook voor vrouwelijke huisartsen en voor parttime werkende huisartsen (gecorrigeerd voor % FTE).<sup>3</sup>

## Persoonlijke continuïteit vergroot het vertrouwen bij de patiënt en het verantwoordelijkheidsgevoel bij de huisarts

Patiënten hechten grote waarde aan persoonlijke continuïteit tijdens een palliatief ziekbed. De bereik- en beschikbaarheid van hun eigen huisarts is daarin cruciaal. Veel patiënten hebben een lange gemeenschappelijke geschiedenis met hun huisarts, die daardoor op de hoogte is van hun medische en niet-medische situatie en weet heeft van hun voorkeuren. Persoonlijke continuïteit zorgt voor een groter vertrouwen in de huisarts en voor een groter verantwoordelijkheidsgevoel bij de huisarts.<sup>6,7</sup>

Het behoeft dus geen betoog dat de kwaliteit van de palliatieve zorg gebaat is bij zo groot mogelijke continuïteit van zorg in persoon, ook in de ANW-uren. Vooral in het weekend is dat een probleem voor de HAP; palliatieve patiënten krijgen dan in één weekend soms tot wel vijf verschillende huisartsen op

bezoek. Daarom hebben huisartsenposten in Schiedam en Nijmegen boven op de reguliere visitediensten een 'pool palliatieve zorg' (PPZ) opgezet, met huisartsen die fungeren als aanspreekpunt voor alle palliatieve zorgvragen. De resultaten waren positief, maar het initiatief heeft geen brede navolging gekregen; in Nijmegen is de PPZ inmiddels stopgezet.<sup>8,9</sup>

## ZORG VOOR GOEDE INFORMATIEOVERDRACHT

Om een palliatieve patiënt op de HAP goed te kunnen helpen, moet de dienstdoend huisarts informatie over die patiënt hebben. In diverse onderzoeken is echter gebleken dat die informatie voor 29-80% van de geïdentificeerde palliatieve patiënten niet volledig, niet actueel of zelfs helemaal niet beschikbaar was.<sup>4,10-14</sup> Dit terwijl de eigen huisartsen aangaven dat ze voor 76-97% van de betreffende patiënten een informatieoverdracht voor de HAP hadden gemaakt.<sup>4,14</sup> Het is onduidelijk waar deze discrepantie vandaan komt. Als reden waarom ze geen overdracht gemaakt hadden, noemden de huisartsen onder andere dat de patiënt net ontslagen was uit het ziekenhuis, dat de verslechtering onverwacht snel was gekomen of dat ze het gewoon vergeten waren. Ook 'onhandigheid met internet' en 'te weinig tijd' werden genoemd.<sup>4</sup> Er is zeker ruimte voor verbetering: veel huisartsen typen nog steeds informatie uit het medisch dossier over en sturen die per fax naar de HAP.<sup>3</sup>

In een van de aangehaalde onderzoeken waardeerden patiënten overigens de ervaren zorg op de HAP hoger wanneer de dienstdoend huisarts over goede informatie beschikte.<sup>13</sup>

## ZORG DAT PALLIATIEVE PATIËNTEN BEKEND ZIJN

Het komt geregeld voor dat een dienstdoend huisarts er pas tijdens het huisbezoek achter komt dat de patiënt in de palliatieve fase van een ziekte verkeert, zonder dat deze status bekend was op de HAP.<sup>4,15</sup> Vanaf dat moment loopt de huisarts achter de feiten aan, want zonder goede informatie is een situatie lastig in te schatten. De beleidskaders van het NHG en InEen geven aan wanneer en hoe huisartsen palliatieve patiënten onder de aandacht van de HAP kunnen brengen.<sup>1,2</sup>

## CONSULTATIE EN KENNIS

De 21 Consultatieteams Palliatieve Zorg van IKNL geven jaarlijks ongeveer 6600 adviezen aan huisartsen.<sup>21</sup> Dit is relatief weinig, wetend dat er jaarlijks in Nederland ongeveer 135.000 mensen overlijden, van wie 43% aan kanker of een chronische aandoening.<sup>17</sup> Huisartsen zijn weliswaar veel bekender met palliatieve zorg dan vroeger, maar velen zijn nog steeds onbewust onbekwaam. Een palliatief consulent kan huisartsen helpen beter te anticiperen op het palliatieve traject, bijvoorbeeld bij het opstellen van een goed proactief zorgplan, zodat problemen in de ANW-uren beter te voorzien zijn. Ook de gratis apps Palliarts en Pallialine kunnen helpen bij de voorbereiding op het palliatieve traject.

Dat veronderstelt echter wel dat zij in kaart hebben gebracht welke patiënten in hun eigen praktijk in aanmerking komen voor palliatieve zorg.

Een veelgebruikte, snelle manier om de fase te markeren waar in een palliatieve benadering relevant wordt, is de *surprise question*: 'Zou het u verbazen als deze patiënt binnen een jaar overlijdt?'.<sup>16</sup> De Zorgmodule Palliatieve Zorg heeft een prominente plaats ingeruimd voor deze surprise question en ook de PaTz-groepen gebruiken hem.<sup>17,18</sup> Onderzoek heeft uitgewezen dat patiënten die als palliatief geïdentificeerd zijn meer contact hebben met hun eigen huisarts, minder vaak worden opgenomen in ziekenhuizen en vaker thuis sterven.<sup>19</sup>

## BEREID U VOOR

Het bovenstaande onderstreept nog eens de cruciale rol die huisartsen hebben voor palliatieve patiënten, ook in de ANW-uren. Het helpt als huisartsen zich op die rol voorbereiden, bijvoorbeeld door een training te volgen in het identificeren van palliatieve patiënten. Huisartsen die zo'n training volgden, identificeren meer patiënten, hebben meer oog voor de psychische en spirituele dimensie van de zorg en organiseren die zorg vaker in deelgebieden (somatische, psychische en sociale aspecten, ADL-mogelijkheden, existentiële vragen en zorgspecifieke taken). Verder lijkt het erop dat palliatieve patiënten met kanker sneller geïdentificeerd worden dan patiënten met COPD.<sup>20</sup>

## BESCHOUWING

De palliatieve huisartsenzorg in de Nederland in de ANW-uren is weliswaar sterk verbeterd, maar kent nog knelpunten, met name op het vlak van persoonlijke continuïteit, informatieoverdracht, identificatie van patiënten en de consultatie van palliatief consultants. Op deze knelpunten is verbetering mogelijk door nog eens te kijken naar de taakopvatting van de huisarts en de organisatie van de eigen beschikbaarheid in ANW-uren, naar ICT-oplossingen voor optimale informatieoverdracht en naar beter gebruik van bestaande consultatiemogelijkheden, ondersteunende apps en scholing.

## AANBEVELINGEN VOOR DE HUISARTS

Hieronder staat een viertal aanbevelingen om de beschreven knelpunten in de palliatieve spoedzorg aan te pakken.

- Vergroot uw eigen bereikbaarheid voor telefonische consultatie door de patiënt of de HAP tijdens ANW-uren en probeer beschikbaar te zijn voor visites – eventueel via de HAP. Zorg voor een zo groot mogelijke persoonlijke continuïteit en deleger de zorg in ANW-uren liever niet volledig aan de HAP, maar aan een directe collega uit de eigen praktijk. Uiteraard beseffen wij dat andere taken en het privéleven grenzen stellen aan uw beschikbaarheid.
- Zorg bij iedere palliatieve patiënt in uw praktijk voor een goed gedocumenteerde en up-to-date informatieoverdracht met proactieve zorgafspraken, waarin ook de wensen voor het levenseinde zijn vastgelegd voor alle betrokken zorgverleners. Een essentiële voorwaarde hiervoor is goede ICT.

- Zorg dat elke palliatieve patiënt als zodanig bekend is bij alle betrokken hulpverleners, vooral op de HAP. Gebruik de *surprise question* om palliatieve patiënten te identificeren: 'Zou het u verbazen als deze patiënt binnen een jaar overlijdt?'
- Vergroot uw expertise, bijvoorbeeld met de gratis apps Palliarts en Pallialine voor de smartphone, of via een van de 184 PaTz-groepen in Nederland.<sup>18,22,23</sup> Gebruik ook de mogelijkheden om experts te raadplegen, zoals het palliatief team van het ziekenhuis, de IKNL-consultatiediensten of een collega kaderhuisarts palliatieve zorg uit uw regio.<sup>24,25</sup> ■

## LITERATUUR

1. NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg (december 2009). Utrecht: NHG, 2009.
2. Handreiking Palliatieve Zorg. Utrecht: InEen, 2011.
3. Plat FM, Peters YAS, Giesen P, Smits M. Availability of Dutch general practitioners for after-hours palliative care. *J Palliat Care* 2018;33:182-6.
4. Giesen PHJ, Terpstra E, Schweitzer BPM. Terminale zorg buiten kantoor. *Med Contact* 2008;63:240-2.
5. Hoexum M, Bosveld HE, Schuling J, Berendsen AJ. Out-of-hours medical care for terminally ill patients: a survey of availability and preferences of general practitioners. *Palliat Med* 2011;26:986-93.
6. Michiels E, Deschepper R, Van Der Kelen G, Bernheim JL, Mortier F, Vander Stichele R, et al. The role of general practitioners in continuity of care at the end of life: a qualitative study of terminally ill patients and their next of kin. *Palliat Med* 2007;21:409-15.
7. Borgsteede SD, Graafland-Riedstra C, Deliens L, Francke AL, Van Eijk JT, Willems DL. Good end-of-life care according to patients and their GPs. *Br J Gen Pract* 2006;56:20-6.
8. Standaart A, Van Wijngaarden J. Een palliatieve dienst in de Huisartsenpost: Verslag van een evaluatie onderzoek van de PZ dienst CHP NWN. Rotterdam: Bureau Obelon/iBMG, 2015.
9. Giesen P, Veldhoven C, Vlaar N, Borghuis M, Koetsenruijter J, Verheggen S. Patiëntervaringen met palliatieve zorg huisartsen tijdens weekenddiensten. *Huisarts Wet* 2011;54:646-9.
10. Schweitzer BP, Blankenstein N, Deliens L, Van der Horst H. Out-of-hours palliative care provided by GP co-operatives: availability, content en effect of transferred information. *BMC Palliat Care* 2009;8:17.
11. Schweitzer B, Blankenstein N, Deliens L, Van der Horst H. Out-of-hours palliative care provided by GP co-operatives in the Netherlands: a focus group study. *Eur J Gen Pract* 2011;17:160-6.
12. Schweitzer B, Blankenstein N, Willekens M, Terpstra E, Giesen P, Deliens L. GPs' views on transfer of information about terminally ill patients to the out-of-hours co-operative. *BMC Palliat Care* 2009;8:19.
13. Schweitzer B, Blankenstein N, Slort W, Knol DL, Deliens L, Van der Horst H. Writing information transfers for out-of-hours palliative care: a controlled trial among GPs. *Scand J Prim Health Care* 2016;34:186-95.
14. De Bock GH, Van Kampen IM, Van der Goot JH, Hamstra M, Dekker JH, Schuit KW, et al. Transfer of information on palliative home care during out-of-hours period. *Fam Pract* 2011;28:280-6.
15. Van der Plas AGM, Vissers KC, Francke AL, Donker GA, Jansen WJ, Deliens L, et al. Involvement of a case manager in palliative care reduces hospitalisations at the end of life in cancer patients: a mortality follow-back study in primary care. *Plos One* 2015;10:e0133197.

16. Moss AH, Lunney JR, Culp S, Auber M, Kurian S, Rogers J, et al. Prognostic significance of the 'surprise' question in cancer patients. *J Palliat Med* 2010;13:837-40.
17. Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0. Utrecht: CBO, 2013.
18. Goed Voorbeeld: PaTz, hoeksteen van palliatieve thuiszorg. Utrecht: IKNL. [www.iknl.nl](http://www.iknl.nl), geraadpleegd juli 2019.
19. Thoonsen B, Vissers K, Verhagen S, Prins J, Bor H, van Weel C, et al. Training general practitioners in early identification and anticipatory palliative care planning: a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2015; 16: 126.
20. Thoonsen B, Gerritzen SH, Vissers KC, Verhagen S, Van Weel C, Groot M, et al. Training general practitioners contributes to the identification of palliative patients and to multidimensional care provision. *BMJ Support Palliat Care* 2019;9:e18.
21. Fröhleke B, Van de Watering M, Jansen-Landheer M. Te weinig consultatie bij palliatieve zorg. *Med Contact* 2013;68:11.
22. PalliArts. Utrecht: IKNL, 2018. [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl), geraadpleegd juli 2019.
23. Pallialine. Utrecht: IKNL, 2018. [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl), geraadpleegd juli 2019.
24. Consultatie palliatieve zorg en transmurale consultatie. Utrecht: IKNL, 2018. [www.iknl.nl](http://www.iknl.nl), geraadpleegd juli 2019.
25. PalHAG, Huisartsen Adviesgroep Palliatieve Zorg. Utrecht: NHG. [palhag.nhg.org](http://palhag.nhg.org), geraadpleegd juli 2019.

Plat FM, Peters YA, Smits M, Giesen PH. Kneelpunten in de palliatieve spoedzorg. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0244-2. Radboudumc, IQ healthcare, Nijmegen: F.M. Plat, huisarts [n.p.], onderzoeker: erik.plat@radboudumc.nl; dr. M. Smits, postdoc-onderzoeker; dr. P.H.J. Giesen, huisarts, senior onderzoeker. Sint Maartenskliniek, Ubbergen: Y.A.S. Peters, onderzoeker · Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.