

Gestructureerde palliatieve zorg met het Zorgpad

De holistische hospicebenadering in de zorg voor stervenden is ook buiten het hospice toe te passen. De *Liverpool Care Pathway* is in Engeland ontwikkeld om die benadering toepasbaar te maken buiten het hospice. Swart et al. zijn nagegaan of de vertaling van de LCP, het 'Zorgpad voor de stervensfase Rotterdam (ZS-R)', in Nederland te gebruiken is.

De LCP is een lijst met drie hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk beslaat de initiële evaluatie, die begint als het multidisciplinaire team het erover eens is dat de patiënt stervende is. Hiervoor zijn criteria opgesteld. Men anticipeert op te verwachten complicaties, beveelt aan om onnodige medicatie te stoppen en evalueert of de patiënt en familie behoefte

hebben aan geestelijke en psychische hulp. Ook zorgt men voor informatie naar patiënt, familie en andere betrokkenen.

Het tweede hoofdstuk gaat over de voortdurende evaluatie: regelmatige controle van belangrijke indicatoren van comfort van patiënt en familie. En het derde over de zorg na overlijden: inventarisatie van de zorgbehoefte van familie en hulp bij praktische zaken.

Een regelrechte vertaling bleek onvoldoende te werken op drie Nederlandse palliatieve afdelingen. Zowel praktisch (de zorg voor nabestaanden is anders geregeld dan in Engeland) als in de vertaling van moeilijke concepten, zoals spiritualiteit, waren aanpassingen nodig. Toch waren verpleegkundigen en artsen

na afloop van de proeffase positief over het Zorgpad. De lijst hielp hen om de zorg voor stervenden te structureren en te anticiperen op problemen. Het artikel eindigt dan ook met de conclusies dat de Nederlandse versie zowel alle doelen van de Engelse versie in ere houdt, als toepasbaar is in de Nederlandse gezondheidszorg. De conclusie dat het Zorgpad toepasbaar is in de hele Nederlandse gezondheidszorg is daardoor breed, maar wel veelbelovend. Immers, ook de huisarts kan dit instrument als leidraad in de zorg gebruiken. (LK)

Swart S, et al. *Dutch experiences with the Liverpool Care Pathway. European Journal of Palliative Care* 2006;13:156-9.

Richtlijnen sturen zorg?

'Cochrane's celebrated vision of the 1930s, that "all effective treatment must be free", is not yet fulfilled. More than many other healthcare systems, which also experience such variation, the NHS can solve this long-standing problem', zo schrijft de *The Chief Medical Officer on the state of public health* in zijn jaarlijkse rapport. Dat is interessant, omdat we in Nederland juist een weg kiezen die daar diametraal tegenover staat. Want wat gaan de Engelsen doen? Zij vragen aan de zeer gerespecteerde, en door sommigen ook gevreesde, instelling NICE om ongewenste variatie in het medisch handelen terug te dringen. Uitgangspunt daarbij is dat geneeskundig handelen met aangetoonde effectiviteit wordt vergoed en handelen dat aantoonbaar ineffectief en inefficiënt is niet. Er zal sturing plaatsvinden met de geldkraan. Het rapport geeft enige voorbeelden. Behalve overbekende zaken als tonsillectomieën en uterusextirpaties noemt het nog een aantal andere zaken, zoals het gebruik van 574 (!) verschillende kop-halsprotheses bij heupvervangende operaties. NICE moet op basis van die variatie aanbevelingen gaan doen

voor goed klinisch handelen, waarbij op den duur overbodig en ineffectief handelen niet meer wordt vergoed. Men belooft daarbij plechtig dat besparingen worden teruggegeven aan de zorg in de vorm van vergoeding van nuttig handelen. Gezien de wijze waarop de NHS is georganiseerd denken de Engelsen dat zij daartoe in staat zijn.

Het hele plan doet wat denken aan de trechter van Dunning, die in Nederland maar niet gebruikt wordt. Op zich hoeft je helemaal geen nieuw onderzoek te doen om overbodige zorg aan te wijzen. Om dicht bij huis te blijven: wie kan verklaren dat we 10 miljoen euro uitgeven aan antibioticabevattende oogzalfjes, of dat we 70-80% van de kinderen met bronchitis of tonsillitis nog steeds antibiotica voorschrijven? Het probleem is dus niet de identificatie van overbodig (en ongewenst) handelen, maar de methode om het aan te pakken. In Nederland vertrouwen we op de marktwerking, de nieuwe mantra van het ministerie van VWS. Hoewel de geschiedenis bewijst dat het sturen van de zorg buitengewoon lastig is, lijken de Engelsen wat dat betreft wel in

het voordeel met hun veel verfoeide NHS. Het is immers juist die marktwerking die verantwoordelijk is voor veel overbodig gedoe en voor het bestaan van 574 verschillende kop-halsprotheses. (HvW)

The Chief Medical Officer on the state of public health. Annual report 2005, department of health. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/13/73/67/04137367.pdf>.

Abuis

De referentie bij het jaarnummer *Grieprik alleen voor heel jonge dokters* (H&W 2006;49:534) is onjuist. De eerste auteur van dat artikel is niet Michiel Barbara maar Barbara Michiels.

De berichten, commentaren en reacties in het Journal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgeneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom (redactie@nhg-nl.org). De bijdragen in deze aflevering zijn van Roger Damoiseaux, Henriëtte van der Horst, Liesbeth Kooiman, Roelf Norg, Henk Schers en Henk van Weert