

Kosten-batenanalyse voor gespecialiseerde palliatieve zorg in de tweede lijn

Dit onderzoek is in opdracht van iKNL uitgevoerd door Plexus,
organisatieadviesbureau voor de zorgsector

Colofon

IKNL is het kennis en kwaliteitsinstituut voor de oncologische en palliatieve zorg

Contactpersoon namens het bestuur van IKNL

Marianne Klinkenberg, m.klinkenberg@ikca.nl

Auteurs

Marit Tanke, adviseur Plexus

Manon Boddaert, arts palliatieve geneeskunde, adviseur IKNL - locatie Amsterdam

Marc Berg, partner Plexus

april 2011

Inhoudsopgave

Colofon	3
1 Vraagstelling	7
2 Onderzoeksmethode	8
3 Organisatie palliatieve zorg in Nederland	9
3.1 Huidige situatie	10
3.2 Gewenste situatie	11
3.3 Adequate palliatieve zorg verhoogt de kwaliteit van leven in de laatste levensfase	12
4 Kostenanalyse van palliatieve zorg door specialistisch team	13
4.1 Toelichting indicatoren	13
4.2 Effect op SEH bezoeken	14
4.3 Effect op ziekenhuisopnames	15
4.4 Effect op opnameduur	16
4.5 Kosten specialistisch team palliatieve zorg	17
4.6 Kosten-batenanalyse	18
5 Conclusie	19
6 Literatuur	20
7 Bijlagen	22
7.1 Samenstelling specialistisch team palliatieve zorg	22
7.2 Berekening kosten specialistisch team palliatieve zorg	23
7.3 Definitie palliatieve zorg	24

1 Vraagstelling

Sinds 2004 is het takenpakket van de integrale kankercentra (IKC) in Nederland van overheidswege uitgebreid met de regionale ondersteuning van zorgverleners en instellingen op het gebied van de palliatieve zorg. Specifieke aandacht voor de palliatieve zorg lijkt een goede impuls aan zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van de oncologische zorg te kunnen bieden.

De afgelopen jaren is er vanuit de IKC's veel aandacht geweest voor palliatieve zorg in de eerste lijn, onder andere door deskundigheidsbevordering van zorgverleners en het opzetten van specialistische telefonische consultatiediensten. De ontwikkelingen in de tweede lijn lopen hierbij achter. Veel initiatieven om de palliatieve zorg een krachtige positie te geven in het ziekenhuis stranden. Dit komt voor een groot deel doordat het niet goed mogelijk lijkt binnen de reguliere ziekenhuisfinanciering een eenduidige bekostiging te vinden. Bij aanvang van dit onderzoek is geïnventariseerd hoe de huidige initiatieven rondom palliatieve zorg in de tweede lijn worden bekostigd. Hieruit blijkt dat er op dit moment geen reguliere financieringsmogelijkheden bestaan. De ziekenhuizen zijn daarom aangewezen op financiering uit eigen middelen. Juist voor hen is het daarom van belang om inzicht te hebben in de kosten en baten van dergelijke initiatieven.

Zeer recent heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangekondigd dat aparte DBC's palliatieve zorg in ontwikkeling zijn om de palliatieve zorg in ziekenhuizen een sterkere financiële basis te geven.

Onafhankelijk hiervan is onderzocht wat gespecialiseerde palliatieve zorg vanuit de ziekenhuizen Nederland financieel zou kunnen opleveren.

De gegevens zoals die in dit rapport gebruikt worden zijn gebaseerd op (inter)-nationaal beschikbare literatuur en Nederlandse expert opinies. Aan de hier gemaakte analyse kunnen geen rechten worden ontleend.

Het doel van dit rapport is om een bijdrage te leveren aan het besef dat een goede financieringssysteem voor gespecialiseerde palliatieve zorg in ziekenhuizen belangrijk is voor de kwaliteit van de zorg maar daarnaast ook kosten bespaart.

2 Onderzoeksmethode

Dit document is een eerste analyse van de kosten en opbrengsten van gespecialiseerde palliatieve zorg in Nederland.

Deze analyse is uitgevoerd in betrekkelijk korte tijd. Het is gebaseerd op een scan van de beschikbare literatuur en interviews met experts via het Integraal Kankercentrum Nederland.

In de literatuur is gezocht op indicatoren die een duidelijke kostencomponent hebben.

Dit zijn:

- 1 Aantal SEH bezoeken
- 2 Aantal ziekenhuisopnames
- 3 Aantal ligdagen per ziekenhuisopname

Onderzoekresultaten uit Europese studies (uitgevoerd in Zweden, Duitsland, Spanje en Italië) zijn aangevuld met cijfers uit de Nederlandse praktijk.

Amerikaanse studies laten veelal grotere verschillen zien in kostenreductie door inzet van een specialistisch team palliatieve zorg. Deze gegevens zijn in dit rapport niet meegenomen omdat bekend is dat de Amerikaanse situatie in de laatste levensfase moeizaam vergelijkbaar is met de Nederlandse situatie.

Natuurlijk gaat een dergelijke methode met veel onzekerheid gepaard. Het gezondheidszorgsysteem in deze landen is niet identiek aan de Nederlandse situatie. De overeenkomsten met de beschreven zorg in Zweden, Duitsland, Italië en Spanje zijn echter wel zodanig dat het niet irreëel is om deze gegevens te gebruiken als uitgangspunt voor de Nederlandse situatie.

3 Organisatie palliatieve zorg in Nederland

Palliatieve zorg heeft als doel om mensen met een (op termijn) terminale ziekte een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te bieden. De nadruk ligt bij palliatieve zorg op bestrijding van symptomen (zoals pijn, benauwdheid, algehele malaise, angst, depressie) en niet op het verlengen (of verkorten) van het leven¹.

De laatste jaren is de kwaliteit van de palliatieve zorg in de eerste lijn enorm toegenomen. Dit is onder andere bereikt door deskundigheidsbevordering van zorgverleners en het opzetten van specialistische telefonische consultatiediensten.

In de tweede lijn worden patiënten in de palliatieve fase vaak begeleid door artsen en verpleegkundigen die niet specifiek gespecialiseerd zijn in het geven van palliatieve zorg. Deze behandelaren zijn vanuit hun achtergrond voornamelijk gericht op curatie en minder op symptoombestrijding². De kwaliteit van de palliatieve zorg is hierdoor lager dan gewenst.

De kwaliteit van leven van een patiënt met een (op termijn) terminale ziekte kan worden verhoogd door vroeg in het ziekteverloop deskundigen op het gebied van palliatieve zorg in te schakelen^{3,4,5}. Deze deskundigen richten zich tijdens de “curatieve” (ofwel ziektegerichte) fase van de behandeling op bestrijding van bijwerkingen van de behandeling en symptomen van de ziekte. In de “palliatieve” (ofwel symptoomgerichte) fase wordt hun aandeel in de behandeling groter en werken ze nauw samen met de hoofdbehandelaar. Door deze gespecialiseerde behandelaren al vroeg bij de behandeling te betrekken wordt de overgang van de curatieve naar de palliatieve fase makkelijker voor de patiënt en de behandelaar. Hierdoor vinden er in de laatste levensfase minder onnodige behandelingen plaats^{5,6}.

¹Definitie Palliatieve Zorg WHO 2002 (zie bijlage). ²Oldenmenger et al, Eur J Cancer 2009.

³Bakitas et al, JAMA 2009. ⁴Brody et al, J Pall Med 2010. ⁵Hanson et al, J Pain Symptom Manage 2008.

⁶Van Dijk et al, NTvPZ 2009.

3.1 Huidige situatie

In de huidige situatie wordt de palliatieve behandeling uitgevoerd door de huisarts en de behandelend specialist. Het palliatieve traject gaat pas van start als de patiënt curatief “uitbehandeld” is.

Het nadeel van het huidige traject is dat de overstap van de “curatieve” (ziektegerichte) fase naar de “palliatieve” (symptoomgerichte) fase in een laat stadium gemaakt wordt.

De behandelend arts houdt lang vast aan mogelijkheden tot genezing c.q controle van de ziekte. Voor de patiënt is het ook lastig om zijn hoop op genezing of controle van de ziekte op te geven. Hierdoor is de behandeling relatief lang gericht op genezing en niet op het verbeteren van de kwaliteit in het leven dat nog rest.

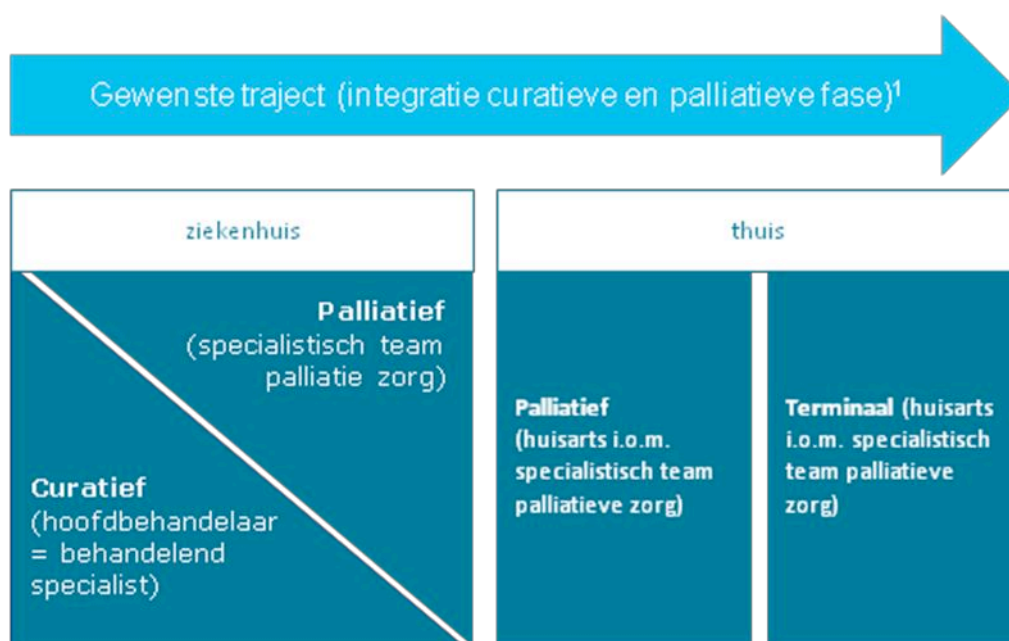
Een ander nadeel van het huidige systeem is dat de artsen die de palliatieve behandeling in de praktijk uitvoeren vaak niet specifiek gespecialiseerd zijn in palliatieve zorg. Hierdoor is de kwaliteit van de palliatieve zorg lager dan wanneer de palliatieve zorg gegeven wordt door een gespecialiseerd team palliatieve zorg.



¹Figuur naar Lynn en Adamson, Living well at the end of life 2003. Expert interviews

3.2 Gewenste situatie

In het gewenste traject wordt kort na de diagnose een palliatief (symptoomgericht) traject gestart naast het curatieve (ziektegerichte) traject. Dit palliatieve traject is in eerste instantie gericht op het behandelen van de bijwerkingen van de behandeling. Naarmate er minder mogelijkheden zijn tot behandeling van de ziekte zal het palliatieve traject een grotere rol gaan spelen. De palliatieve behandeling wordt uitgevoerd door artsen die gespecialiseerd zijn in palliatieve zorg.



Voordelen nieuwe traject:

- Betere kwaliteit palliatieve zorg met meer aandacht voor specifieke (behandelingsgerelateerde) klachten tijdens curatieve traject
- Lagere behandelkosten door minder (onnodige) behandelingen in de laatste levensfase
- Eerdere voorbereiding van de patiënt op de laatste levensfase, waardoor hij/zij beter keuzes kan maken.

¹Fguur naar Lynn en Adamson, Living well at the end of life 2003.
Plan van Aanpak Palliatieve zorg 2008-2010, Ministerie VWS. Expert interviews.

3.3 Adequate palliatieve zorg verhoogt de kwaliteit van leven in de laatste levensfase

De kwaliteit van leven in de laatste levensfase hangt af van de lichamelijke en psychische ongemakken die patiënten ondervinden. Dit zijn aan de ene kant symptomen van de ziekte en bijwerkingen van de behandeling en aan de andere kant de behandelingen die deze patiënten ondergaan en de setting waarin zij verblijven.

Patiënten die begeleid worden door een specialistisch team palliatieve zorg rapporteren hogere kwaliteit van leven¹ en minder lichamelijke en psychische klachten dan patiënten die de reguliere zorg krijgen². Deze patiënten ervaren minder pijn, ze hebben minder vaak last van minder bijwerkingen van de ziekte of behandeling (zoals misselijkheid), en hebben minder psychische problemen zoals depressieve gevoelens en gevoelens van angst³.

Patiënten die palliatieve zorg krijgen van een gespecialiseerd team ondergaan minder belastende behandelingen dan patiënten die reguliere zorg krijgen⁴ en zij worden minder vaak opgenomen in het ziekenhuis. Dit draagt ook bij aan de verhoging van de kwaliteit van leven⁵.

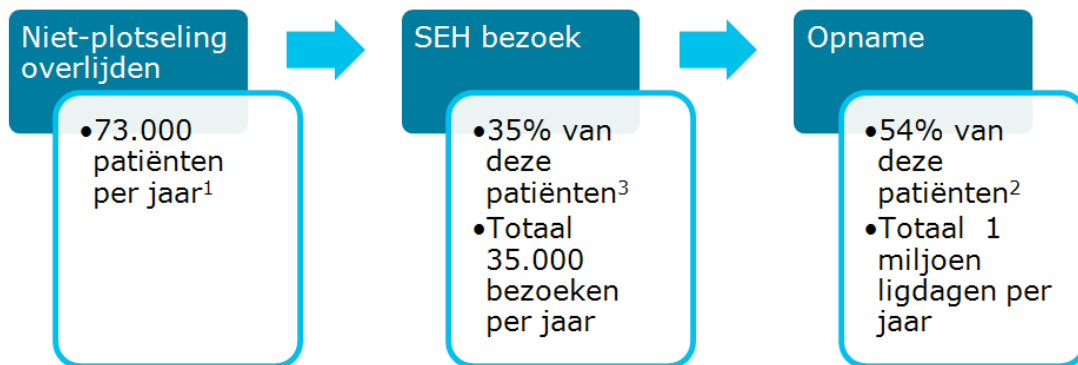
¹Bakitas et al, JAMA 2009. ²Follwell et al, J Clin Oncol 2008. ³Temel et al, NEJM 2010.
⁴Brumley et al, J Am Geriatr Soc 2007. ⁵Gade et al, J Pall Care 2008.

4 Kostenanalyse van palliatieve zorg door specialistisch team

4.1 Toelichting indicatoren

In Nederland sterven per jaar naar schatting ongeveer 73.000 mensen na een chronische ziekte¹. 54% van deze mensen zal in de laatste levensmaanden een of meerdere keren opgenomen worden in het ziekenhuis. Gemiddeld worden deze mensen 26 dagen opgenomen². Deze opnames kosten de samenleving naar schatting 300 miljoen euro per jaar.

Wij hebben ons in onze berekening gericht op de potentiële afname in het aantal SEH bezoeken, ziekenhuisopnames, en ligdagen als gevolg van adequate palliatieve zorg. Dit wordt verder uitgewerkt op de volgende pagina's.



¹NIVEL, 2007. ²SENTI-MELC studie Nederland 2009 (ongepubliceerde data). ³Wiese et al, BMC Palliative Care 2008

4.2 Effect op SEH bezoeken

Gespecialiseerde palliatieve zorg voor ambulante patiënten leidt tot 66% minder SEH contacten

indicator	Patiënten die gebruik maken van				Verandering zorggebruik
	Reguliere zorg		Palliatieve zorg		
	%	aantal contacten	%	aantal contacten	
"Emergency calls" in laatste 6 levensmaanden ¹	35	1,4	4	1	-92%
SEH bezoeken ²					-66%

Een Duitse studie toonde aan dat patiënten, die worden begeleid door een specialistisch team palliatieve zorg in de thuissituatie, minder vaak de spoedeisende hulp bellen dan patiënten die niet begeleid worden door een palliatief team (4% vs 35%). 70% van de patiënten die niet werden begeleid door een specialistisch team palliatieve zorg werd naar aanleiding van een telefoontje (ongewenst) opgenomen. Geen van de patiënten die werden begeleid door een specialistisch team palliatieve zorg werd opgenomen¹.

Een Spaanse studie toont aan dat patiënten die niet begeleid worden door een specialistisch team palliatieve zorg drie keer zo vaak de SEH bezoeken als patiënten die wel begeleid worden door specialistisch team².

In Nederland overlijden elk jaar zo'n 73.000 mensen aan kanker of andere chronische ziekten³. Als 35% van deze mensen de SEH gemiddeld 1,4 keer bezoeken in de laatste levensfase zijn er jaarlijks 35.500 SEH bezoeken. Een afname van het aantal SEH bezoeken met 66% leidt tot 23.000 minder SEH bezoeken per jaar.

¹Wiese et al, BMC Palliative Care 2008. ²Paz-Ruiz et al, J Pain Symptom Manage 2009. ³NIVEL, 2007.

4.3 Effect op ziekenhuisopnames

Gespecialiseerde palliatieve zorg leidt tot 20% minder ziekenhuisopnames in de laatste 3 maanden

indicator	Patiënten die gebruik maken van		Verandering zorggebruik
	Reguliere zorg	Palliatieve zorg	
Min. 1 opname in de laatste 3 levensmaanden ¹	67%	53%	-21%
Min. 1 opname in de laatste levensmaand ^{1,3}	47-63%	16-29%	-59%
Totale tijd in het ziekenhuis in de laatste levensmaand	57%	31%	-45%
Overlijden in het ziekenhuis ^{1,2}	41-63%	14-22%	-65%

Als patiënten begeleid worden door een specialistisch team palliatieve zorg kan het aantal patiënten dat minstens 1 keer wordt opgenomen in het ziekenhuis in de laatste 3 levensmaanden dalen met 20%. Het aantal patiënten dat in de laatste levensmaand opgenomen wordt kan zelfs met 59% afnemen. De studies waar deze getallen op zijn gebaseerd zijn uitgevoerd in Zweden, Spanje en Italië. Het specialistisch team palliatieve zorg in de Zweedse studie bestond uit verpleegkundigen, een oncoloog, een fysiotherapeut en een maatschappelijk werker. Dit team was zeven dagen per week beschikbaar, naast de reguliere eerste- en tweedelijns zorg. In de andere twee studies is het team niet duidelijk omschreven.

In Nederland overlijden elk jaar zo'n 73.000 mensen aan kanker of andere chronische ziekten ⁴. Van deze patiënten wordt 54% minstens eenmaal in de laatste 3 levensmaanden opgenomen (gemiddeld 26,2 ligdagen per patiënt)⁵. Als er, met behulp van gespecialiseerde palliatieve zorg 20% reductie in opnames gerealiseerd kan worden, wordt slechts 43% van de patiënten opgenomen. Dit betekent jaarlijks een besparing van 200.000 ligdagen.

¹ Miccinesi et al, Cancer Causes and Control 2003. ² Ahlner-Elmqvist et al, Palliat Med 2004.

³ Paz-Ruiz et al, J Pain Symptom Manage 2009. ⁴ NIVEL 2007. ⁵ Rapport "End of Life Care" NAO (UK)

*De patiënten die in een verpleeghuis wonen zijn in deze berekening niet meegenomen.

4.4 Effect op opnameduur

Behandeling door een specialistisch team palliatieve zorg tijdens opname verkort de opnameduur met 30%

indicator	Patiënten die gebruik maken van		Verandering zorggebruik
	Reguliere zorg	Palliatieve zorg	
Ligdagen per opname (mediaan) ¹	14,2	9,5	-33%
Ligdagen per opname (gemiddeld) ²	12,2	8,3	-32%

Nederlandse data afkomstig van het Erasmus MC tonen aan dat van patiënten bij wie tijdens de opname een specialistisch team palliatieve zorg betrokken is 30% eerder ontslagen kunnen worden dan patiënten waarbij het consultatieteam niet betrokken is⁵. In een Spaanse studie worden vergelijkbare resultaten gevonden.

In Nederland overlijden elk jaar zo'n 73.000 mensen aan kanker of andere chronische ziekten³. Van deze patiënten wordt 54% minstens eenmaal in de laatste 3 levensmaanden opgenomen (gemiddeld worden deze patiënten 1,2 keer opgenomen)^{4*}. Eerder hebben we gezien dat er jaarlijks 200.000 ligdagen bespaard kunnen worden door betere ambulante palliatieve zorg.

Indien bij de patiënten die toch opgenomen worden de gemiddelde opnameduur teruggebracht kan worden met 20%, betekent dit jaarlijks een extra besparing van 90.000 ligdagen.

¹ Van Dijk et al, NTvPZ 2009. ² Paz-Ruiz et al, J Pain Symptom Manage 2009. ³ NIVEL, 2007.

⁴ SENTI-MELC studie 2009 (ongepubliceerde data).

\$.De afname in zorggebruik komt in beide studies overeen, daarom hebben we ook het percentage afname zorggebruik genoemd in de studie die de mediaan gepubliceerd heeft.

* De patiënten die in een verpleeghuis wonen zijn in deze berekening niet meegenomen

4.5 Kosten specialistisch team palliatieve zorg

Opgenomen patiënten	Per opname	% patiënten dat opgenomen wordt	Gemiddeld aantal opnames indien opgenomen	Tijdsbesteding opgenomen patiënten
Verpleegkundig specialist	10 uur	43% ¹	1,2 ²	5 uur
Medisch specialist	10 uur	43% ¹	1,2 ²	5 uur
Totaal				10 uur

Ambulante patiënten	Ambulante behandeling	Percentage patiënten	Tijdsbesteding ambulant
Verpleegkundig specialist	5 uur	100%	5 uur
Medisch specialist	3 uur	100%	3 uur
Totaal			8 uur

In totaal besteden de leden van het specialistisch team gemiddeld 18 uur per patiënt in de palliatieve fase (10 uur specialistisch verpleegkundige + 8 uur medisch specialist)

De verwachting is dat een dergelijk team in staat is adequate palliatieve zorg te verlenen, zowel bij klinische als ambulante patiënten en een consultatiefunctie kan uitoefenen voor huisartsen. Dit kost per patiënt € 927 (zie bijlage kostenberekening). Het betreft hier dan zuiver het honorarium van de betrokken professionals.

Voor alle chronische zieken in de laatste levensfase in Nederland kost dit per jaar € 67 miljoen.

¹ berekening uit deze rapportage. ²SENTI-MELC studie 2009 (ongepubliceerde data). CAO ziekenhuizen, AMS regeling, expert opinie.

4.6 Kosten-batenanalyse

Baten	Besparing/jaar (totaal in Nederland)	Kostprijs per patiënt	Totaal
Ligdagen	290.000	€ 300 ^{1,*}	€ 87 miljoen
SEH bezoek	23.000	€ 250 ^{2,**}	€ 5 miljoen
Besparing totaal			€ 92 miljoen

Kosten	Kosten per patiënt	Aantal patiënten in Nederland	Totaal
Specialistisch team	€ 927 [§]	73.000	€ 67 miljoen
Kosten			€ 67 miljoen

Bovenstaand rekenvoorbeeld toont aan dat het invoeren van specialistisch teams palliatieve zorg in ziekenhuizen in Nederland jaarlijks €25 miljoen kan besparen[#]

In deze berekening zijn de mogelijke extra besparingen tengevolge van minder plaatsvinden van onnodige behandelingen of onderzoeken in de laatste levensfase niet opgenomen³.

** In deze kostprijs zijn kosten voor onderzoeken en behandelingen niet meegenomen. ** In deze kostprijs zijn kosten voor onderzoek wel meegenomen. § Deze berekening geldt zuiver het honorarium van betrokken professional.*

¹ Steinbusch et al, Medisch Contact 2006. ² Giesbers, UMC St Radboud 2010. ³ Brumley et al, J Am Geriatr Soc 2007

5 Conclusie

Vroege inzet van palliatieve zorg door een specialistisch team leidt tot:

- Verbetering van kwaliteit van zorg voor patiënten in de laatste levensfase.
- Vermindering van kosten voor gezondheidszorg in de laatste levensfase.
 - Minder SEH bezoek en minder ziekenhuisopnames
 - Indien een patiënt toch opgenomen wordt is de opnameduur korter

Dit levert in de tweede lijn een besparing op van 25 miljoen euro per jaar.

6 Literatuur

Ahlner-Elmqvist M, et al. Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care. A prospective study in palliative cancer care. *Palliat Med.* 2004 Oct;18(7):585-93

Ahmedzai et al. Assessing organisations to improve palliative care in Europe. *Europall Project* 2010.

Bakitas M, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*, 2009 Aug;302(7):741-9

Brody AA et al. The effects of an inpatient palliative care team on discharge disposition. *J Palliat Med* 2010; 13(5): 541-548.

Brumley R, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc*, 2007 Jul;55(7):993-1000.

Deber et al. Time expenditure in patient-related care provided by specialist palliative care nurses in a community hospice service. *Palliative Medicine* 2004 Dec;18(8):719-26.

Dijk H van, et al. Zorg over ziekenhuismuren heen, *Ned. Tijdschrift Palliatieve Zorg* 2009;14-15.

EAPC, White paper on standards and norms on hospice and palliative care in Europe. *Eur J Pall Care*, 2009.

Follwell M, et al. Phase II study of an outpatient palliative care intervention in patients with metastatic cancer. *J Clin Oncol.* 2009 Jan 10;27(2):206-13

Gade G, et al. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized controlled trial. *J Palliat Med.* 2008 Mar;11(2):180-90.

Giesbers S. Spoedeisende hulp en huisartsenzorg: een kostenanalyse. *Scriptie UMC St Radboud* 2010

Hanson LC, Usher B, Spragens L, Bernard S. Clinical and economic impact of palliative care consultation. *J Pain Symptom Manage.* 2008 Apr;35(4):340-6.

Lynn en Adamson, *Living well at the end of life*, RAND health 2003

Miccinesi G, et al. Palliative home care reduces time spent in hospital wards: a population-based study in the Tuscany Region, Italy *Cancer Causes Control.* 2003 Dec;14(10):971-7.

Ministerie van VWS (2008). *Plan van Aanpak Palliatieve zorg 2008-2010*

NIVEL (2007). *Sterfte aan kanker en andere chronische aandoeningen*

National Audit Office (UK, 2008) "End of Life Care"

Oldenmenger WH, et al. A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: a critical appraisal. *Eur J Cancer.* 2009 May;45(8):1370-80

Paz-Ruiz S, et al. The costs and savings of a regional public palliative care program: the Catalan experience at 18 years. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Jul;38(1):87-96.

SENTI-MELC studie Nederland (EMGO-instituut en NIVEL, 2009) (ongepubliceerde data).

Steinbusch PJM, et al. Beter en toch goedkoper, *Medisch Contact* nr 47 – 22 november 2006.

Temel JS, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010 Aug 19;363(8):733-42.

Wiese CH, et al. Emergency calls and need for emergency care in patients looked after by a palliative care team: Retrospective interview study with bereaved relatives. *BMC Palliat Care*. 2008 Aug 12;7:11.

7 Bijlagen

7.1 Samenstelling specialistisch team palliatieve zorg

De grondslag voor de samenstelling van het specialistisch team palliatieve zorg zoals in dit rapport gebruikt, wordt gevormd door internationale kwaliteitsindicatoren zoals geformuleerd naar aanleiding van een grootschalige Europese studie (het Europall project)¹ en officiële aanbevelingen van het bestuur van de European Association for Palliative Care (EAPC)² met betrekking tot de organisatie van palliatieve zorg.

Op grond van bovenstaande gegevens is het specialistisch team palliatieve zorg een multidisciplinair team met tenminste twee medisch specialisten (uit verschillende disciplines) en een specialistisch verpleegkundige. In de tweede schil zijn tenminste een psychiater / psycholoog, maatschappelijk werker, spiritueel zorgverlener en enkele andere medisch specialismen vertegenwoordigd, waarop het kernteam een beroep kan doen^{1,2}

¹Ahmedzai et al. Assessing organisations to improve palliative care in Europe, Europall Project 2010.

²EAPC, White paper on standards and norms on hospice and palliative care in Europe. Eur J Pall Care, 2009.

7.2 Berekening kosten specialistisch team palliatieve zorg

Deze berekeningen zijn gemaakt op basis van Nederlandse gepubliceerde data¹ in combinatie met interviews met experts van verschillende teams palliatieve zorg in Nederland.

In de berekeningen hebben we gebruik gemaakt van een specialistisch team palliatieve zorg bestaande uit:

- 2 FTE specialistisch verpleegkundige
- 1,5 FTE medisch specialist (samengesteld uit meerdere disciplines)

Een dergelijk team kan 235 opgenomen palliatieve patiënten na opname ook transmuraal begeleiden¹.

Berekeningen tijdsinvestering:

- Tijdens opname: Er is uitgegaan van een tijdsinvestering van 10 uur per opgenomen patiënt voor zowel specialistisch verpleegkundige als medisch specialist (totaal 20 uur directe + indirecte tijd).
- Ambulante patiënten: Er is uitgegaan van een tijdsinvestering per patiënt van 5 uur voor een specialistisch verpleegkundige² en 3 uur voor een medisch specialist (totaal 8 uur directe + indirecte tijd)

Aannames tijdsinvestering:

- Alle patiënten worden in de laatste 3 levensmaanden begeleid door een specialistisch team palliatieve zorg.
- 43% van alle patiënten wordt opgenomen in het ziekenhuis, deze patiënten worden gemiddeld 1,2 x opgenomen.
- Gemiddelde opnameduur is gelijk aan mediane opname duur (10 dagen)

De gemiddelde tijdsbesteding per patiënt (opgenomen en ambulante) is dan:

- Specialistisch verpleegkundige: 10 uur
- Medisch specialist: 8 uur

Berekeningen kosten:

- Netto-uren per functie per jaar (directe + indirecte tijd):
- Specialistisch verpleegkundige: 1600 uur (36 uur / week, 45 wkn / jaar)
- Medisch specialist: 1800 uur (40 uur / week, 45 wkn / jaar)

Kosten:

- Specialistisch verpleegkundige € 60.000 euro / FTE (CAO ziekenhuizen)
- Medisch specialist € 120.000 euro / FTE (CAO-UMC)

Deze berekening is bedoeld om deze businesscase te onderbouwen, en is naar eer en geweten opgesteld. Er kunnen geen conclusies voor bekostiging of precieze tijdsbesteding aan worden verbonden.

¹Van Dijk et al, NTvPZ 2009. ²Deber et al, Palliative Medicine 2004.

7.3 Definitie palliatieve zorg

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft in 2002 een vernieuwde definitie van palliatieve zorg opgesteld:

- Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.

Bij palliatieve zorg:

- is niet de genezing van de patiënt het doel, maar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven, waardoor het ziekteverloop mogelijk positief beïnvloed kan worden;
- is de dood een normaal, natuurlijk proces, dat niet vertraagd of versneld wordt;
- is er aandacht voor lichamelijke én psychische klachten;
- worden de psychologische en spirituele aspecten in de zorg geïntegreerd benaderd;
- is er emotionele ondersteuning voor de patiënt en zijn naasten om zo actief mogelijk te leven;
- is er emotionele ondersteuning voor de naasten om te leren omgaan met de ziekte van de patiënt en met eigen rouwgevoelens;
- wordt, indien nodig, vanuit een team zorgverleners gewerkt, zodat aan alle noden van patiënten en naasten tegemoet kan worden gekomen, indien nodig ook na het overlijden van de patiënt (ondersteuning bij verliesverwerking);

Palliatieve zorg kan vroeg in het ziekteverloop aan de orde zijn, in combinatie met therapieën die levensverlengend zijn (zoals chemotherapie en radiotherapie). Palliatieve zorg kan ook (medische) onderzoeken omvatten die nodig zijn om pijnlijke, klinische complicaties te begrijpen en te behandelen.

IKNL is statutair
gevestigd te Utrecht,
Postbus 19079
3501 DB Utrecht

www.iknl.nl