

TRANSMURALE SAMENWERKING IN DE PALLIATIEVE ZORG



TRANSMURALE SAMENWERKING IN DE PALLIATIEVE ZORG

EEN REGIONAAL LEER- EN VERBETERPROGRAMMA

1. SAMENVATTING IDEAALMODEL: TRANSMURALE OVERDRACHT (VOORBEELD: VAN ZIEKENHUIS NAAR VVT)

Inleiding

Samenhangende zorg eist samenwerking tussen professionals en instellingen. Juist op overdrachtsmomenten bestaat het risico, dat er niet genoeg informatie wordt overgedragen waardoor de continuïteit van zorg in gevaar komt. Een onvolledige, onjuiste of te laat ontvangen overdracht kan ertoe leiden dat zorgverleners die de zorg overnemen hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van de zorg niet goed kunnen nemen. Patiënten lopen dan risico op gezondheidsschade en verlies van kwaliteit van leven [1,2].

Er zijn in de praktijk meer overgangssituaties, maar voor deze samenvatting is gekozen voor de transmurale overdracht van ziekenhuis naar verpleeg- of, verzorgingshuis, of de thuissituatie (VVT). Uit een landelijk onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) naar de overdracht van zorg voor kwetsbare ouderen in de periode oktober 2013 – januari 2015 bleek dat de overdracht van ziekenhuis naar VVT in geen van de onderzochte regio's zo betrouwbaar was georganiseerd dat een goede overdracht gewaarborgd was en er gesproken kon worden van continuïteit in zorg [3]. De IGZ toetste de veldnormen, zoals met veldpartijen opgesteld in 2013, onderverdeeld in drie thema's:

- De procedure rond de overdracht;
- De medische overdracht (inclusief medicatie-overdracht);
- De verpleegkundige overdracht.

Zorgverleners lijken zich onvoldoende bewust van hun verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg. Overdrachten worden niet altijd tijdig gestuurd naar de opvolgende zorgverlener en zijn niet altijd compleet.

Knelpunten in overdracht van zorg bij palliatieve patiënten

Uit diverse publicaties komt het beeld naar voren van enerzijds een door alle betrokkenen gewenste continuïteit van zorg en anderzijds ontwikkelingen die dat tegenwerken.

Zo is de continuïteit van de zorgverlening in de eerste lijn afgenomen door een toename van het aantal betrokken partijen bij de palliatieve zorg. Door de komst van huisartsenposten is er een extra schakel bij gekomen in de huisartsengeneeskunde [4]. Met name voor palliatieve patiënten bestaat het risico dat de zorg in de ANW-uren wordt overgenomen door een arts van de huisartsenpost die minder goed op de hoogte is van de situatie van de patiënt. Het risico daarvan is dat de zorgverlening niet optimaal is en dat patiënten onnodig worden doorverwezen naar de Spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis. Het systeem van overdracht van huisarts naar huisartsenpost blijkt niet waterdicht [2,4].

Ook de continuïteit van de wijkverpleegkundige zorg is afgenomen. Door de marktwerking is een veel groter aantal thuiszorgorganisaties actief. Het is daardoor voor huisartsen moeilijker om goede afspraken met wijkverpleegkundigen te maken [4].

Naast genoemde ontwikkelingen in de zorg zouden de opgelegde veldnormen voor de overdracht van kwetsbare ouderen onvoldoende worden nageleefd [3].

Ook voor palliatieve patiënten geldt voor zowel de medische (inclusief medicatie) als de verpleegkundige overdracht dat de feitelijke informatie-overdracht van de tweede naar de eerste lijn kan worden verbeterd. Zo richt de transferverpleegkundige zich bij ontslag uit het ziekenhuis vooral op informatieoverdracht richting thuiszorgorganisaties [4,5].

Specifiek voor palliatieve zorg is veel onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen medisch specialist en huisarts [4]. Bij palliatieve patiënten verloopt de overdracht van de medisch specialist naar de huisarts niet altijd goed. In de periode waarin de patiënt behandeld wordt door de medisch specialist staat de huisarts vaak op afstand en ontvangt hij weinig tot geen informatie over het verloop van het ziekteproces en de ingezette behandelingen. Ook komt het voor dat de huisarts niet direct op de hoogte wordt gebracht wanneer een patiënt uitbehandeld is in het ziekenhuis. Het gevolg is dat de huisarts niet altijd weet welke patiënten in zijn praktijk palliatief zijn, waardoor pro-actief handelen wordt bemoeilijkt.

In een recent onderzoek naar de verpleegkundige overdracht bij kwetsbare ouderen [6] wordt verder genoemd dat door verpleegkundigen in de overdracht veel aandacht zou worden besteed aan fysieke behoeften van patiënten en aan taken van verpleegkundigen, en dat er minder aandacht is voor wensen en bevindingen van patiënten.

Ook wordt in dit onderzoek als knelpunt genoemd dat de drie onderdelen van de overdracht (medisch, verpleegkundig, medicatie) vaak geen geheel vormen omdat ze afzonderlijk worden opgesteld.

Divers onderzoek naar 'Palliatieve spoedzorg' (zorg in Avond, Nacht, Weekend) bevestigt het beeld van een niet optimale overdracht van palliatieve patiënten [2,7].

Normen voor een goede overdracht van zorg bij palliatieve patiënten

De Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0 [8] en andere visiedocumenten beogen een bijdrage te leveren aan het optimaliseren van de zorgverlening in de palliatieve fase van een chronisch ziekteproces door de minimale eisen te beschrijven waaraan in deze fase de zorg aan patiënten en hun naasten moet voldoen. In de Zorgmodule Palliatieve Zorg wordt gesteld dat palliatieve zorg met aandacht voor continuïteit, deskundigheid en samenwerking moet worden geleverd.

Er is groeiende aandacht voor informatieoverdracht tussen zorgverleners, maar toch lijkt het overgrote deel van de veldnormen die in de zorgsector worden uitgebracht nog puur medisch-inhoudelijk gericht te zijn [5].

Voor de medische en de verpleegkundige overdracht gelden de betreffende richtlijnen van de gezamenlijke veldpartijen [9,10] als uitgangspunt. De Blok et al. [5] hebben in 2012 alle veldnormen voor de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuis en VVT in kaart gebracht. Veldnormen moeten door verschillende partijen gedragen worden en onderschreven zijn door ten minste één type evidentie. In totaal werden 24 veldnormen geïdentificeerd die voldeden aan de volgende definitie: een onderbouwd en breed gedragen inzicht of aanbeveling, zoals een richtlijn, standaard, kernboodschap, norm of handreiking, waaraan zorgverleners en zorgorganisaties geacht worden te voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen.

Veel van deze veldnormen waren gericht op regio's of specifieke doelgroepen (op basis van aandoening).

De gevonden normen konden worden ingedeeld in drie categorieën:

- normen betreffende informatieoverdracht in zijn algemeenheid;
- normen betreffende informatieoverdracht bij bepaalde aandoeningen;
- normen betreffende informatieoverdracht over medicatie.

Er werden drie veldnormen gevonden die specifiek gaan over informatie-uitwisseling met betrekking tot de kwetsbare oudere patiënt/cliënt. Dit zijn de praktijkgids Kwetsbare Ouderen (VMS, 2009), de Nota Medische Verslaglegging (Verenso, 2009) en het Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen (KNMG, 2010).

De Blok et al. deden ook onderzoek naar good practices ten aanzien van de overdracht van patiënt-informatie tussen ziekenhuizen en VVT. Er bleken geen good practices in Nederland voorhanden welke voldeden aan alle gedefinieerde criteria en de criteria 'wetenschappelijk onderbouwd' en 'gebaseerd op de veldnormen'.

Organisatie van de zorg, inclusief de wijze waarop informatieoverdracht dient plaats te vinden, krijgt wel langzaam meer aandacht [1]. Dit geldt ook voor normen die worden opgesteld met als doel transmurale zorgverlening of zorgverlening in de keten in goede banen te leiden.

Een voorbeeld daarvan is de uitwerking van de overdracht in het SONCOS Normeringsrapport 2016 [11]. Naast de algemeen geldende richtlijnen voor de overdracht wordt in dit rapport t.a.v. de overdracht van palliatieve oncologische patiënten gesteld:

- Er dient gestructureerd en tijdig transmuraal overleg en overdracht te zijn ten behoeve van optimale palliatieve zorg in de thuissituatie.
- Het multidisciplinair team dient tevens beschikbaar te zijn voor overleg over patiënten die ontslagen zijn en thuis palliatieve zorg ontvangen onder leiding van de huisarts.

In reactie op het rapport van de IGZ over de overdracht [3] wordt door veel veldpartijen momenteel gewerkt aan aanpassingen van de richtlijnen en normen voor de overdracht van ziekenhuis naar VVT.

Zo is de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) bezig met de herziening van de richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging uit 2011. De herziening vindt plaats in overleg met alle V&VN afdelingen (waaronder V&VN Palliatieve Zorg) en naar verwachting zal de herziene richtlijn medio 2018 worden opgeleverd (bezoek website V&VN 28 oktober 2016).

Interventies die bijdragen bij aan een betere overdracht van zorg

Gezien de genoemde knelpunten is er opvallend weinig onderzoek gedaan naar interventies om de overdracht bij palliatieve patiënten te verbeteren [12]. Een internationale review over transfers van ziekenhuis naar huis van chronisch zieke patiënten suggereert dat bepaalde interventies heropnames kunnen voorkomen [13]: zorgcoördinatie door een verpleegkundige, communicatie tussen de primaire zorgverlener en het ziekenhuis, en een huisbezoek binnen drie dagen na ontslag.

Specifiek voor palliatieve zorg zijn er nog weinig interventies ten behoeve van goede overdracht onderzocht. In een pilot in Groningen leidde het gebruik van een gestandaardiseerd Advanced Care Planning (ACP) document daadwerkelijk tot een hogere documentatiegraad [14].

Ook wordt er positief gesproken over elektronische overdrachtsdocumentatie. Elektronisch gegenereerde ontslagbrieven zouden meer kans hebben om alle relevante patiëntinformatie te bevatten [5]. Aan het digitale overdrachtsysteem POINT (Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag en Transfer) van ziekenhuis naar VVT wordt bij de overdracht van palliatieve patiënten steeds vaker een speciaal formulier voor aanvullende informatie toegevoegd.

Hudson et al. [15] stellen dat de patiëntenoverdracht deel uitmaakt van transmurale zorg welke een complexe natuur heeft. Om de overdracht van patiënteninformatie te verbeteren, zal daarom verder gekeken moeten worden dan de overdracht zelf. Het opstellen van goede veldnormen, richtlijnen en een effectief format voor de overdracht is een goed begin, maar hiervoor is wel meer wetenschappelijke onderbouwing vereist. Naast het ontwikkelen, uitdragen en handhaven van een goede veldnorm zal tijdens de implementatie ook aandacht besteed moeten worden aan een breed scala van factoren, variërend van persoonlijke tot en met context-gerelateerde items [5].

Onderzoek naar uitkomsten

Bij een verbetertraject gericht op verbetering van de overdracht kan worden gedacht aan onderzoek naar de volgende kenmerken op het gebied van de inhoudelijke overdracht en organisatie en samenwerking:

- Kenmerken van de medische en verpleegkundige overdracht zelf:
 - o Volledigheid
 - o Nauwkeurigheid
 - o Tijdigheid
- Kenmerken van de ontslagprocedure / gemaakte afspraken;

Daarnaast kan worden gekeken naar het effect van een verbetertraject op:

- Aantal ziekenhuis(her)opnames.

Verder kan worden gedacht aan onderzoek naar ervaringen van palliatieve patiënt en naasten op het gebied van :

- Kwaliteit van leven;
- Symptoomlast;
- Belasting van de mantelzorger.

De ideale medische overdracht (inclusief de medicatie-overdracht) bevat in elk geval de volgende elementen:

- Het is een overdracht van volledige en juiste informatie naar de juiste zorgverlener. De overdracht bevat concreet minimaal een aantal onderdelen;
- Het is een tijdige overdracht;
- De overdracht gaat samen met prettige communicatie en doorverwijzing.

Andere elementen die zouden bijdragen aan een goede overdracht zijn:

- Er is een gestructureerd en gestandaardiseerd overdrachtsformat, bijvoorbeeld in de vorm van een ontslagpad.
- De arts neemt, zodra de ontslagdatum bekend is, vóór ontslag van de patiënt contact op met de huisarts of met de specialist ouderengeneeskunde (afhankelijk van locatie waar patiënt naartoe gaat).
- De arts maakt adequaat gebruik van elektronische overdracht mogelijkheden (dit verkleint de kans op fouten).

[6, 9, richtlijnen diverse beroepsverenigingen van specialisten].

De ideale verpleegkundige overdracht kent de volgende elementen:

- Het is een overdracht van volledige en juiste informatie naar de juiste zorgverlener. De overdracht bevat minimaal een aantal onderdelen;
- Het is een tijdige overdracht;
- De overdracht gaat samen met prettige communicatie en doorverwijzing.

Andere elementen die zouden bijdragen aan een goede overdracht zijn:

- Er is een gestructureerd en gestandaardiseerd overdrachtsformat, bijvoorbeeld in de vorm van een ontslagpad.
- Het is duidelijk wie de overdracht moet maken/doen, bijvoorbeeld indien een eerstverantwoordelijke verpleegkundige niet aanwezig is: wie neemt haar rol in de overdracht over.
- Aanwezigheid van ‘interactief forum’ gericht op de patiëntenoverdracht: het biedt mogelijkheid interacties met elkaar aan te gaan, te overleggen, informatie uit te wisselen, elkaars rollen te bespreken, elkaars standpunten te bespreken.
- Multiprofessionele communicatiepaden tussen ziekenhuizen en thuiszorginstellingen met daarin aandacht voor communicatie rollen, multi-professionele teams en IT-systemen hebben positieve uitkomsten voor patiënten en zorgverleners m.b.t. tevredenheid over de overdracht van patiënteninformatie.

[6, 10]

Andere projecten binnen Palliantie

In het kader van het ZonMw programma Palliantie lopen naast het project Transmurale

Samenwerking in de Palliatieve Zorg (TSPZ) drie grote projecten speciaal gericht op overdracht:

- Toward a seamless palliative care trajectory (penvoerder: AMC): moet leiden tot minder ongewenste ziekenhuisopnames, betere kwaliteit van leven, vermindering van symptoomlast en een lagere belasting van de mantelzorger. [Lees meer](#)
- Bijdragen aan welbevinden van patiënten en naasten door markering van de palliatieve fase en proactieve zorgplanning (penvoerder Expertisecentrum Palliatieve Zorg NoordOost): Het doel van dit project is dat de organisaties die participeren in het Consortium Ligare markering van de palliatieve fase en het gebruik van proactieve zorgplanning gaan implementeren. [Lees meer](#)
- Palliatieve spoedzorg: IQ healthcare doet momenteel landelijk onderzoek naar de kwaliteit van de palliatieve zorg buiten kantoortijden door huisartsen geleverd. [Lees meer](#)

Referenties

1. Meijboom B., Overdracht in de zorgketen: schakels beter verbinden, Tilburg University 2016 (Oratie)
2. Schweitzer B. *Palliatieve zorg buiten kantooruren*. Huisarts Wet 2013;56(10):502-505
3. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd. 2015. Utrecht
4. Soeters et al., Mogelijkheden voor verbeteren palliatieve zorg, Leren van bestaande multidisciplinaire samenwerking, 2013, ZorgmarktAdvies in opdracht van KWF Kankerbestrijding
5. de Blok, C. et al., Onderzoek naar de overdracht van patiënteninformatie tussen ziekenhuizen en VVT. 2012, Utrecht: NIVEL
6. Klein Kranenburg et al., Interventies ter verbetering van de overdracht van patiënteninformatie van ziekenhuizen naar verpleeg-, verzorgingshuizen en de thuiszorg bij kwetsbare ouderen, 2016, Hogeschool van Utrecht
7. Giesen, P. et al., *Palliatieve spoedzorg door de huisarts in avond, nacht en weekend, Wat gaat goed, wat kan beter en implementatie van verbeteringen*, 2015, Radboudumc IQ healthcare
8. Spreewenbergh, C. e.a. *Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0 (2013)*, CBO, Utrecht
9. ActiZ, GGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, . . . VWS. Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de Keten. 2008
10. V&VN. Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging. 2011, Utrecht
11. Stichting Oncologische Samenwerking, Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland. Soncos normeringsrapport 4 - 2016
12. Hasselaar, J. et al., Kennissynthese in het kader van het ZonMw programma palliatieve zorg, Conceptversie juni 2016
13. Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, Geerlings SE, de Rooij SE, Buurman BM. *Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses*. Health Aff (Millwood). 2014 Sep;33(9):1531-9
14. Van der Werff GFM, Kok M, Geerling JI et al. Hospital Discharge Advance care Plans in the Netherlands; evaluation of a pilot study. EAPC 2015 abstract book.
15. Hudson, R. et al. *Transitions in a wicked environment*. Journal of Nursing Management, 2014. 22, 201-210. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.1478.x