

PaTz: meer en betere palliatieve thuiszorg, minder onnodige ziekenhuisopnames

‘Samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige opnieuw uitgevonden’

Als huisartsen en wijkverpleegkundigen elkaar om de twee maanden persoonlijk spreken over patiënten die thuis palliatieve zorg kunnen krijgen, daalt het aantal ziekenhuisopnames onder deze zieken met een kwart. Dat is gebleken uit de eerste evaluatie van het van oorsprong Amsterdamse project Palliatieve Thuiszorg (PaTz). Inmiddels kent ons land al tachtig PaTz-groepen.

Er schort veel aan de palliatieve zorg in de eerste lijn. Dat constateerde Bart Schweitzer regelmatig in zijn laatste jaren als huisarts te Diemen. Nadat hij in 2010 een punt achter zijn praktijk had gezet, werd zijn mening bevestigd tijdens het promotieonderzoek naar palliatieve zorg buiten kantooruren, dat hij verrichtte aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

Als lid van het Netwerk Palliatieve Zorg Amsterdam-Diemen had Schweitzer zich ondertussen laten inspireren door een aanpak uit Engeland om palliatieve zorg in de thuissituatie te verbeteren.

Het leidde in 2010 tot een pilot van het Netwerk Palliatieve Zorg Amsterdam-Diemen, het Integraal Kankercentrum Amsterdam (IKA) en 1ste Lijn Amsterdam, ofwel de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) voor de eerstelijns gezondheidszorg in Amsterdam. Vier groepen van huisartsen en wijkverpleegkundigen uit de hoofdstad deden mee aan deze proef Palliatieve Thuiszorg (PaTz). En kijk nu eens: Nederland telt inmiddels tachtig PaTz-groepen en ZonMw heeft PaTz benoemd tot “Parelsproject” en stimuleert eerstelijns professionals elders in het land ook te werk



Bart Schweitzer, huisarts en projectleider Stichting Palliatieve Thuiszorg (PaTz): ‘Het is belangrijk dat de eerste lijn veel meer verzoeken om palliatieve zorg in de thuissituatie kan honoreren, ook al omdat deze behoefte zal toenemen als gevolg van onder meer de vergrijzing.’ (Foto: Erik Kottier)

Zó zet je een PaTz-groep op

De overeenkomst tussen enerzijds de grote steden Amsterdam, Rotterdam en Utrecht en anderzijds het plattelandsgedebied van Drenthe, Friesland en Midden-Limburg? Overal zijn PaTz-groepen actief. Marij Duijsters vertelt over de implementatie. Zij is senior adviseur bij Stichting PaTz en 1ste Lijn Amsterdam, de ROS die mede aan de wieg stond van PaTz. ‘Het begint allemaal met een huisarts die enthousiast is over het opzetten van een PaTz-groep’, zegt Duijsters. ‘Voor een goede PaTz-groep heb je zes tot tien huisartsen nodig – in dunbevolkte gebieden eventueel wat minder – om het gewenste scala aan invalshoeken en ervaringen tot stand te brengen. Een belangrijk kenmerk van een PaTz-groep is immers dat je zaken kunt delen en daardoor niet langer het idee hebt er alleen voor te staan. De huisarts die het initiatief neemt tot een PaTz-groep, moet collega’s zien te motiveren. De ervaring leert dat het een paar maanden duurt voordat je een PaTz-groep kunt starten.’

‘De wijkverpleegkundigen komen doorgaans uit het netwerk van de huisartsen’, vervolgt Duijsters. ‘Zij kiezen er twee of drie uit met wie ze al goed contact hebben. De PaTz-groep heeft een vaste samenstelling, tijdens een bijeenkomst zijn altijd dezelfde huisartsen en wijkverpleegkundigen aanwezig. Maar laatstgenoemden gaan vervolgens niet per se zelf aan de slag bij een patiënt. Zij kunnen dat ook vragen aan collega-verpleegkundigen. De huisarts heeft bijvoorbeeld het vermoeden dat iemand binnen een jaar zal overlijden en binnen een aantal maanden palliatieve zorg nodig heeft. Dan kan ook een wijkverpleegkundige buiten de PaTz-groep worden verzocht thuis de situatie en verwachte zorg te inventariseren.’ En als een wijkverpleegkundige een PaTz-groep wil opzetten? Duijsters: ‘Zoek dan contact met een ROS-adviseur uit jouw regio, die weet wat er speelt in de huisartsenzorg. De ROS-adviseur heeft ook contact met de regionale IKNL-adviseur, die het netwerk palliatieve zorg in de regio kent en de link kan

leggen met inhoudelijk deskundigen. Al met al biedt PaTz een duidelijke structuur om lokaal samen te werken aan goede palliatieve zorg in de eerste lijn.’ Duijsters proeft veel enthousiasme bij leden van PaTz-groepen. ‘Zij vinden het fijn dat ze puur zorginhoudelijk met elkaar praten.’



Meer informatie: www.pat.z.nu. Of kijk voor een ROS in de buurt op www.ros-netwerk.nl.

te gaan volgens deze formule. Verder is er al 2,5 jaar de Stichting PaTz, waar Schweitzer projectleider is.

Verzoek honoreren

Het initiatief van PaTz speelt in op de behoefte van veel mensen om thuis te kunnen overlijden. Dat wordt uiteindelijk slechts bereikt bij 35 tot 40 procent. ‘De meeste anderen sterven in een ziekenhuis of verpleeghuis’, vertelt Schweitzer. ‘Het is belangrijk dat de eerste lijn het verzoek van veel meer mensen kan honoreren, ook al omdat de behoefte aan palliatieve zorg in de thuissituatie zal toenemen als gevolg van onder meer de vergrijzing. Gelukkig zijn er ontwikkelingen die een hoge kwaliteit van palliatieve zorg in de eerste lijn mogelijk maken. Die moeten dan wel worden opgepikt door huis-

artsen en wijkverpleegkundigen. PaTz speelt in op al deze zaken.’

Waarom is volgens u de palliatieve zorg in de eerste lijn vaak niet goed?

‘De kwaliteit van palliatieve zorg in de eerste lijn wordt bepaald door de mate waarin huisarts en wijkverpleegkundige elkaar weten te vinden en de intensiteit waarmee ze samenwerken’, zegt Schweitzer. ‘Maar als gevolg van de marktwerking is de thuiszorg versnipperd geraakt. De huisarts weet dikwijls niet tot wie hij zich moet wenden voor een bepaald zorgaspect. We hebben de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige opnieuw moeten uitvinden. Dat is een grote betekenis van PaTz.’ De manier waarop PaTz werkt, is dat huisartsen en verpleegkundigen leren

Angelsaksische kul



Niet dat de benadering niet deugt, maar de Nederlandse gezondheidscontext wijkt zoveel af van de Angelsaksische dat onze politieke oriëntatie op systemen uit de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk beter wat getemperd kunnen worden.

Angelsaksisch (AS) refereert aan liberale waarden zoals zelfredzaamheid, particulier initiatief, winst, vrijheid en deregulering, waarin ondernemerschap wordt gestimuleerd en vooral aandeelhouderswaarde telt. Die zijn vaak strijdig met gematigde impliciete of expliciete Nederlandse waarden en daardoor als voorbeeld niet geschikt.

Neem de bekostigingsmodellen. In de AS-benadering zijn er geen of nauwelijks limieten aan wat zorgprofessionals of bestuurders mogen verdienen. In Nederland is er een Wet Normering Topinkomens en hebben zorgprofessionals te maken met een norminkomen dat door de NZa wordt vastgesteld. Dat betekent dat alle AS financiële prikkels en systemen gefilterd zouden moeten worden door de Nederlandse context en prestatie- of uitkomstbekostiging bijvoorbeeld niet werkt.

Maar ook de maatschappelijke positie van het gezondheidszorgsysteem. De belangen van andere stakeholders zoals klanten en werknemers worden in het Nederlandse model veel evenwichtiger meegewogen bij beleidsbesluiten. Dat sluit ook veel beter aan bij de langetermijnbenadering die in de gezondheidszorg op den duur effectiever is dan kortetermijnbelangen die vooral dienen om de stakeholders te pleasen, zoals in de AS-benadering.

Tot slot is vooral de eerstelijnszorg geschikter voor de Rijnlandse benadering. Die gaat niet per definitie uit van schaalvergroting, groei of efficiency. Maar richt zich meer op bestendiging, samenwerking en duurzaamheid. Dat is precies wat in het beleid ten aanzien van de eerstelijnszorg gemist wordt: behoud van de menselijke maat en lokale samenwerking. Er is een stroming die in het medisch-specialistisch circuit het AS-model ziet zitten, maar in de eerstelijnszorg gerelateerd aan het welzijns- en sociale domein, het Rijnlandse model. Dit zou op een bepaalde leeftijd, bijvoorbeeld 67 jaar, in kunnen gaan.

Nadelen van de Rijnlandse benadering zijn er ook. De besluitvorming is vaak veel stroperiger, het vertraagt vaak de snelheid, beïnvloedt de servicegerichtheid en kan leiden tot besluiteloosheid.

Het Nederlandse zorgsysteem is volgens mij gebaat bij een eigenzinnige mix die past bij onze samenleving en cultuur.

Jan Erik de Wildt
Directeur De Eerstelijns

Reageren? Je.dewildt@de-eerstelijns.nl

samenwerken rondom palliatieve zorg. Jaarlijks treffen ze elkaar zes keer in een lokale groep van twaalf tot veertien zorgverleners. Dat doen ze onder begeleiding van een deskundige, zoals een kaderhuisarts palliatieve zorg of een consulent van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Maar het kan ook gaan om een specialist

in zijn palliatief zorgregister. Het gaat vooral om mensen uit zijn praktijk die naar zijn verwachting binnen een jaar palliatieve zorg nodig hebben. Tijdens een bijeenkomst kunnen wel dertig tot veertig patiënten de revue passeren. De huisarts en verpleegkundige stellen een zorgplan op waarin de wensen van de patiënt en zijn omgeving centraal staan.

'Het mes snijdt aan twee kanten:

het is financieel aantrekkelijk voor de maatschappij dat minder mensen

naar het ziekenhuis gaan en het is voor de patiënt prettig

dat hij ondanks zijn ziekte meer welzijn ervaart'

ouderengeneeskunde, hospice-arts of een verpleegkundige met veel kennis over palliatieve zorg. Schweitzer: 'De bijeenkomst is praktisch en concreet. De aanwezigen bespreken de patiënten die de huisarts heeft beschreven

Welke zorg heeft bijvoorbeeld meneer X of mevrouw Y precies nodig op welke momenten? Moet er hulp worden geregeld voor de partner? Je wilt bijvoorbeeld voorkomen dat een partner zó overbelast raakt, dat zorg thuis niet meer mogelijk is.'

Meer steun

Het resultaat is dat huisartsen en wijkverpleegkundigen beter samenwerken en weer gezamenlijk zorgplannen opstellen. Verder wordt het aantal onnodige ziekenhuisopnamen met een kwart gereduceerd. Dat is gebleken uit onderzoek naar de pilot bij de vier Amsterdamse PaTz-groepen, verricht onder leiding van Bregje Onwuteaka-Philipsen, hoogleraar levenseindeonderzoek in het VUmc en voorzitter Stichting PaTz. Schweitzer: 'Grofweg snijdt het mes aan twee kanten: het is financieel aantrekkelijk voor de maatschappij dat minder mensen naar het ziekenhuis gaan en het is voor de patiënt prettig dat hij on-

clanks zijn ziekte meer welzijn ervaart. Hij komt niet meer in een onbekende ziekenhuisomgeving terecht, heeft daarmee ook beter de mogelijkheid te zeggen een bepaalde behandeling niet te willen ondergaan en kan in zijn laatste levensfase verblijven op een vertrouwde plek.'

De huisartsen reageren enthousiast, vertelt Schweitzer, 'Ten eerste stellen ze hun palliatieve zorg op orde te hebben, goed en prettig samen te werken met wijkverpleegkundigen en daardoor meer efficiëntie en kwaliteit te leveren. Verder horen we vaak dat hun kennis toeneemt dankzij de meetings met een flink aantal collega's. Ook belangrijk: huisartsen voelen zich in de palliatieve zorg niet meer zo eenzaam als voorheen. Ze ervaren steun. Het kan opluchten om eens met andere zorgprofessionals te praten over de verdrietige, onaangename zaken waarmee palliatieve zorg gepaard kan gaan.'

Vergoeding zorgverzekeraar

'We juichen het toe dat PaTz op steeds grotere schaal wordt toegepast', zegt Schweitzer, 'en verwachten dat dit zal doorzetten.' Hoog op hun wensenlijstje staat dat zorgverzekeraars PaTz gaan vergoeden. Tot dusver doet alleen Achmea dat. 'De voordelen voor zorgverzekeraars zijn evident: hun cliënten krijgen zorg op de gewenste plek en de kosten gaan omlaag omdat er minder ziekenhuisopnamen zijn. Met Zorgverzekeraars Nederland gaan we in gesprek over een tarief voor PaTz.' <<

Gerben Stolk



Veel mensen willen thuis overlijden, in de praktijk gebeurt dat maar bij zo'n 35 procent.

Overheidsambitie 2020

In 2020 is iedere burger, als het aan de orde is, verzekerd van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en met de juiste zorg en ondersteuning. Dat is het doel van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ). Het kabinet liet eind 2013 weten tijdens de komende zes jaar telkens 8,5 miljoen euro hierin te investeren.

Vanuit de NPPZ-ambitie gaf VWS-staatssecretaris Martin van Rijn in mei 2015 goedkeuring aan het ZonMw-

programma "Palliatie. Meer dan zorg". Dit initiatief beoogt de palliatieve zorg merkbaar te verbeteren voor de patiënt en naasten. Samenwerken, signaleren en stimuleren staan hierbij centraal: samenwerken waar het kan en moet, signaleren wat goed en beter kan, en stimuleren van initiatieven.

