

Bijlage IVa Projectgroep integratie hospicezorg

Scenario-instrument Hospiceplaatsen

Toelichting

December 2000

I Inleiding

De Projectgroep Integratie Hospicezorg (PIH) heeft een scenario-instrument ontwikkeld om een schatting te kunnen maken van het benodigde aantal hospiceplaatsen. Het is bedoeld voor gebruik door regionale samenwerkingsverbanden voor palliatieve terminale zorg.

1.1. Begripsbepalingen.

De *doelgroep* bestaat uit terminale patiënten bij wie de dood binnen afzienbare tijd verwacht kan worden en die in principe voor behandeling in een hospicevoorziening in aanmerking komen. In het kader van dit scenario-instrument is de doelgroep beperkt tot patiënten met frequent voorkomende terminale aandoeningen: een kwaadaardige ziekte, een chronische longziekte of hartfalen (decompensatio cordis).

Met *hospiceplaatsen* worden bedoeld de plaatsen in Bijna-Thuis-Huizen, zelfstandige hospices en hospice-units in verpleeg- en verzorgingshuizen waar kortdurende palliatieve terminale zorg wordt geboden aan terminale patiënten die niet (meer) thuis kunnen worden verzorgd en verpleegd.

Met de *regio* wordt bedoeld het regionale samenwerkingsverband voor palliatieve terminale zorg. Dit kan onder andere bestaan uit hospicevoorzieningen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen en huisartsen, al dan niet ondersteund door een integraal kankercentrum en/of een centrum voor ontwikkeling van palliatieve zorg (COPZ).

1.2 Werkwijze

Geschat is hoeveel personen met kwaadaardige ziekte, een chronische longziekte of hartfalen in 1996 overleden in een ziekenhuis, een verpleeghuis, thuis of in een hospicevoorziening. Met behulp van een aantal variabelen wordt binnen het instrument ingeschat hoeveel van deze personen in een bepaald jaar in aanmerking komt voor behandeling in een hospicevoorziening. Deze variabelen betreffen het projectiejaar, het aantal inwoners in de regio in 1996 en de mate waarin een verminderde inzet van de mantelzorg wordt verwacht en/of een verschuiving van ziekenhuiszorg naar hospicevoorzieningen ten opzichte van de situatie in 1996.

Desgewenst kan ook rekening worden gehouden met een vermindering van het aantal verzorgingshuisplaatsen ten opzichte van 1996. Minder verzorgingshuisplaatsen betekent dat een deel van de terminale patiënten niet meer door het verzorgingshuis wordt verpleegd, maar thuis. Een deel daarvan zal een beroep doen op hospicevoorzieningen.

Vervolgens wordt aan de hand van een aantal variabelen bepaald hoeveel hospiceplaatsen nodig zouden zijn om de doelgroep in een hospicevoorziening op te vangen. Deze variabelen betreffen het bezettingspercentage van de hospiceplaatsen en de gemiddelde verpleegduur per hospiceplaats.

Het is mogelijk een onderverdeling te maken naar hospiceplaatsen waar complexe zorg wordt verleend en hospiceplaatsen waar minder complexe zorg wordt verleend.

De regio stelt in onderling overleg de waarde van de variabelen vast. De standaardwaarden die in het instrument zijn gebruikt worden daarbij als uitgangspunt genomen. Deze standaardwaarden vindt de PIH voor een berekening op landelijke niveau een goed uitgangspunt. Het is verstandig slechts af te wijken van de standaardwaarden voor de regio betrouwbare onderzoeksgegevens bekend zijn die dat rechtvaardigen. Ook zogenaamde "Delphi oordelen" of

beleidskeuzes in het beleidsplan van het netwerk kunnen een basis zijn om gemotiveerd van de standaardwaarden af te wijken.

1.3 Spreadsheet

Het rekenmodel van dit scenario-instrument is vastgelegd in een spreadsheet (Excel 2000 en Quattro Pro 9). Hierin staan een aantal vaste gegevens die niet door de gebruiker gewijzigd kunnen worden en een aantal variabele gegevens die de regio zelf kan invoeren. Daarbij worden de bij levering ingevulde standaardwaarden overschreven. Het rekenmodel laat na het invoeren van de variabelen meteen het geschatte aantal hospiceplaatsen zien dat voor de regio in een bepaald projectiejaar nodig is. Desgewenst zijn deze hospiceplaatsen onderverdeeld in plaatsen voor complexe zorg en plaatsen voor minder complexe zorg.

2 Rekenmodel

In dit hoofdstuk wordt een toelichting gegeven op de in het rekenmodel gebruikte gegevens, de standaardwaarden en de keuzemogelijkheden voor de variabelen.

2.1 De vaste gegevens:

Deze betreffen:

2.1.1 De **doelgroep**; deze is samengesteld uit:

- Personen die nu thuis overlijden, maar door het wegvallen van mantelzorgmogelijkheden niet langer thuis kunnen blijven en in principe in een hospicevoorziening verzorgd kunnen worden. Voor de personen met de doelgroepdiagnosen (peiljaar 1996, bron CBS, Statline) is berekend welk aantal daarvan thuis is overleden.
- Personen die nu in het ziekenhuis overlijden aan terminale ziekten van de doelgroep (SIG). Deze getallen komen in grootte orde overeen met die welke in de NIVEL studie¹ zijn gehanteerd. Van deze groep kan bijna 50% in principe in een hospicevoorziening verzorgd worden (peiljaar 1996, bron SIG²). In het SIG onderzoek zijn daarvoor als criteria gebruikt: langer dan 5 dagen opname in het ziekenhuis, ouder dan 50 jaar, geen ingreep bij de laatste opname. Voor de berekening van het aantal in een ziekenhuis aan hartfalen (decompensatio cordis) overleden personen is geëxtrapoleerd uit gegevens van Zorgverzekeraar ANOVA.
- Personen die nu reeds in een hospicevoorziening overlijden: 757 personen. Niet meegerekend zijn 140 personen die wel in een hospicevoorziening werden verzorgd maar daar niet overleden (peiljaar 1998, extrapolatie uit gegevens uit de inventarisatiestudie³).

2.2.2 Het **aantal inwoners** dat wordt verwacht in de projectiejaren 2000, 2005, 2010 en 2015.

Hieruit wordt de groei van de bevolking berekend. Dit groeicijfer is als maat genomen voor de bevolkingsgroei in het verzorgingsgebied in het projectiejaar ten opzichte van 1996.

2.2.3 Het **totaal aantal overledenen** dat landelijk wordt verwacht in de projectiejaren 2000, 2005, 2010 en 2015⁴. Het groeicijfer van het aantal overledenen in het projectiejaar ten opzichte van 1996 wordt als maat genomen voor de groei in sterfte aan ziekten in de doelgroep. De groei in sterfte is sterker dan de groei van de bevolking

2.2.4 De **plaats van overlijden**: deze gegevens zijn gebruikt bij het berekenen van de omvang van de groep thuis of in het verzorgingshuis overleden personen.⁵ De hier gehanteerde aantallen lijken een beter uitgangspunt voor deze berekening dan de getallen in de NIVEL studie¹

¹ Francke AL, Willems DL. Palliatieve zorg vandaag en morgen. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2000

² Lalleman A. SIG Zorginformatie. Analyse van de mogelijkheden voor kortdurende terminale zorg in verpleeghuizen; 1998

³ Knapen M. Social Research. Inventarisatie hospices/units in Nederland, bijlage 3 Tussenrapportage Projectgroep integratie hospicezorg; 1999

⁴ CBS StatLine, 2000

⁵ Knapen M. Social Research. (concept) Interim-rapportage Hospice Zorg in Nederland; 1999

2.2 De variabele gegevens

De standaardwaarden voor de variabele factoren worden als uitgangspunt genomen. Deze standaardwaarden berusten deels op onderzoeksgegevens, deels op ervaringen en “Delphi oordelen” van project-groepleden.

De regio kan bij een goede argumentatie een andere dan de standaardwaarde hanteren.

De variabele gegevens zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Variabele gegevens

Variabele:	Standaardinstelling:	Keuzemogelijkheden:
Projectiejaar:	2015	2000, 2005, 2010, 2015
Aantal inwoners in 1996:	15.493.889	Elk getal
Bezettingspercentage hospiceplaatsen:	80	Elk percentage
Gemiddelde verpleegduur per hospiceplaats in dagen:	20	Elk aantal dagen
Percentage waarin de doelgroep niet meer in het ziekenhuis, maar op een hospiceplaats behandeld wordt:	25	Elk percentage
Percentage waarin de doelgroep niet meer thuis, maar op een hospiceplaats behandeld wordt.	10	Elk percentage

NB. Percentage waarin de doelgroep niet meer thuis, maar op een hospiceplaats behandeld wordt: Primair heeft dit betrekking op dat deel van de doelgroep waarvoor minder mantelzorg beschikbaar is om thuis verzorgd te worden én een hospiceplaats een alternatief is. Het percentage waarin minder mantelzorg beschikbaar is kan desgewenst worden opgehoogd met het percentage waarin - ondanks voldoende beschikbare mantelzorg - de bevolking in een regio bewust kiest voor verpleging op een hospiceplaats in plaats van thuis.

Onderscheid complexe zorg en minder complexe zorg.

Indien het van belang geacht wordt onderscheid te maken tussen hospiceplaatsen voor minder complexe zorg en hospiceplaatsen voor complexe zorg kunnen nog twee variabele gegevens opgegeven worden (zie tabel 2).

Voor het maken van een onderscheid tussen minder complexe en complexe zorg kunnen twee redenen zijn:

- Het inschatten van de aard van de hospicevoorziening(en) waarin de hospiceplaatsen worden gerealiseerd (huisvesting die meer of minder geschikt is voor het bieden van complexe zorg).
- Het inschatten de aard van de te bieden zorg (meer of minder gespecialiseerde palliatieve terminale zorg) met gevolgen voor de personele bezetting en de kosten.

Tabel 2. Verdeling hospiceplaatsen naar zorgcomplexiteit

Variabele:	Standaardinstelling:	Keuzemogelijkheden:
Percentage van de naar hospiceplaatsen geheralloceerde ziekenhuispopulatie dat naar een hospiceplaats voor complexe zorg gaat:	70	Elk percentage
Percentage van de naar hospiceplaatsen geheralloceerde thuisverblijvenden dat naar een hospiceplaats voor minder complexe zorg gaat:	80	Elk percentage

Minder capaciteit verzorgingshuizen.

Bewoners van verzorgingshuizen en verpleeghuizen worden op hun eigen verblijfplaats verzorgd. Overplaatsing naar een unit met hospiceplaatsen is daarbij niet gebruikelijk. In het model is daarmee dan ook geen rekening gehouden.

De soms aanzienlijke vermindering van het aantal verzorgingshuisplaatsen ten opzichte van 1996 (peiljaar) heeft echter wel gevolgen voor het aantal benodigde hospiceplaatsen. In het rekenmodel kan daarvoor worden gecorrigeerd. De procentuele daling van het aantal verzorgingshuisplaatsen ten opzichte van 1996 moet worden ingevoerd in het rekenmodel.

Ook moet worden aangegeven in welk percentage de doelgroep die in 1996 nog op deze vervallen plaatsen verbleef en door het wegvallen van verzorgingshuisplaatsen is aangewezen op extramurale hulp, niet thuis verzorgd kan worden bij terminale ziekte.

In tabel 3 zijn de variabelen met standaardwaarden weergegeven

Tabel 3. Effect van vermindering verzorgingshuisplaatsen

Variabele:	Standaardinstelling:	Keuzemogelijkheden:
Verzorgingshuis meegenomen bij herallocatie naar hospiceplaatsen:	0 (=neen)	0 (=neen) of 1 (=ja)
Percentage minder verzorgingshuisplaatsen ten opzichte van 1996	10	Elk percentage
Percentage van de naar hospiceplaatsen geheralloceerde verzorgingshuispopulatie dat naar een hospiceplaats voor minder complexe zorg gaat:	50	Elk percentage

3 Veronderstellingen in het model:

In dit hoofdstuk worden kanttekeningen geplaatst bij de uitgangspunten die gehanteerd zijn voor het bepalen van de waarde van de vaste gegevens en de gebruikte rekenmethode. Bij de beoordeling van de uitkomst van het rekenmodel kan dat van belang zijn.

3.1 Bevolkingsaantallen

Verondersteld wordt dat de groei van de bevolking en het sterftecijfer in de regio dezelfde procentuele wijziging kennen als de landelijke groei.

Indien voor een bepaalde regio een sterk afwijkende bevolkingsgroei bekend is, kan voor een bepaald projectiejaar dat andere getal worden gehanteerd. Daarvoor moeten dan wel aanwijzingen op het tabblad "Toelichting" van de spreadsheet worden gevolgd.

3.2 Diagnoses

Het aantal benodigde hospiceplaatsen is berekend voor 3 categorieën terminale patiënten: Kwaadaardige nieuwvormingen (77%), chronische longziekten (13%) en hartfalen (10%). Neurologische aandoeningen die in een terminaal stadium tot vraag naar hospicezorg zouden kunnen leiden zijn niet meegerekend. Cijfermatig blijken deze geen relevante invloed te hebben op de uitkomsten in dit rekenmodel.

Indien één of twee diagnosegroepen door een regio niet tot doelgroep zouden worden gedefinieerd, is daar geen rekening mee gehouden. Als bijvoorbeeld gesteld wordt dat terminale patiënten met hartfalen nimmer op een hospiceplaats terecht zouden komen, is de schatting van het aantal hospiceplaatsen in het rekenmodel te hoog. Daarvoor zal dan correctie moeten plaatsvinden. In dit geval 10% minder hospiceplaatsen dan de calculatie in het model laat zien.

De hier gehanteerde verdeling van de drie terminale aandoeningen over de doelgroep is die van het basisjaar 1996 (CBS, Statline). Per projectiejaar zouden deze percentages onderling kunnen verschuiven, afhankelijk van wijzigingen in het diagnosespecifieke sterftecijfer: dat kan per categorie een andere ontwikkeling vertonen. Het model houdt daarmee geen rekening.

Verder wordt verondersteld dat het aandeel van de drie terminale aandoeningen in het totaal aantal overledenen in het projectiejaar hetzelfde is als in het basisjaar. Dat kan in werkelijkheid anders worden. Daarover zijn echter geen betrouwbare gegevens bekend.

De doelgroep kan qua diagnoses in de toekomst wijzigen indien indicatoren zijn ontwikkeld die de overlijdenstermijn bij een bepaalde diagnose beter kunnen voorspellen: Dan kan bijvoorbeeld voor personen met hartfalen (decompensatio cordis) beter voorspeld worden wanneer ze in een terminaal stadium verkeren; eventueel kunnen dan subcategorieën benoemd worden.

3.3 Plaats van overlijden.

Van de verdeling van de plaats van overlijden over thuis, in ziekenhuis e.d. wordt verondersteld dat deze in een bepaald verzorgingsgebied hetzelfde is als landelijk. In overleg met het secretariaat van de PIH is een regionale aanpassing mogelijk.

Er wordt van uitgegaan dat in verzorgingshuizen en verpleeghuizen relatief evenveel personen aan terminale ziekten overlijden als thuis.

De NIVEL Studie⁶ hanteert een andere verdeling. Daarin lijken relatief minder personen aan terminale ziekten in verpleeg – en verzorgingshuizen te overlijden en meer thuis. In deze studie wordt geen rekening gehouden met het benoemen op het overlijdensformulier van kwaadaardige ziekten als nevendiagnose. In de praktijk zijn deze ziekten echter wel een reden voor palliatieve terminale zorg. Overigens wijst ook het NIVEL op een voorzichtige interpretatie van haar cijfermateriaal.

3.4 Reallocatie uit ziekenhuis.

De verhouding van het aantal terminale patiënten dat in het ziekenhuis overlijdt in het basisjaar is gelijk verondersteld voor alle ziekenhuizen. Geen rekening wordt gehouden met een andere verdeling die kan gelden voor ziekenhuizen in een bepaald verzorgingsgebied.

Er is van uitgegaan dat in het basisjaar 1996 uitplaatsing naar thuis in principe mogelijk was en dat slechts die patiënten in het ziekenhuis bleven die door gebrek aan mantelzorg of behoefte aan meer gespecialiseerde verpleging niet thuis konden worden verzorgd. Deze groep vormt de doelgroep. Indien door een gebrek aan thuiszorg een ziekenhuis (inmiddels) onvoldoende patiënten naar huis kan plaatsen wordt dat als een probleem gezien dat niet door het creëren van hospiceplaatsen moet worden opgelost. Daarom wordt het verplaatsen vanuit het ziekenhuis naar thuis niet als optie in het instrument meegenomen.

Indien een deel van de doelgroep die in het ziekenhuis verblijft toch naar huis wordt verplaatst, dan moet dat deel uiteraard niet worden meegenomen in “het percentage waarin de doelgroep niet meer in het ziekenhuis, maar op een hospiceplaats behandeld wordt”.

3.5 Overlijden in verpleeghuis of verzorgingshuis.

Van patiënten die in een verpleeghuis of een verzorgingshuis overlijden wordt verondersteld dat zij in het verpleeghuis of het verzorgingshuis kunnen overlijden zonder dat verplaatsing naar een hospiceplaats nodig is.

Nadere toelichting is verkrijgbaar bij:

Drs. J.A.M. van Adrichem, lid Projectgroep Integratie Hospicezorg

Lingewijk 3

3831 LE LEUSDEN

tel. 033-4944776

e-mail: info@a3zorg.nl

⁶ Francke AL, Willems DL. Palliatieve zorg vandaag en morgen. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2000