



Rapportage over de PaTz Monitor 2019  
voor Stichting PaTz

Annicka van der Plas  
Astrid Kodde  
Bart Schweitzer  
Roeline Pasman  
Bregje Onwuteaka – Philipsen



In opdracht van Stichting PaTz. Stichting PaTz is lid van PZNL.



Wij maken ons hart voor  
de beste palliatieve zorg.

Indien u gegevens uit dit rapport gebruikt dan wel reproduceert, gelieve de volgende bronvermelding te gebruiken:

van der Plas, A., Kodde A., Schweitzer, B., Pasma, R., Onwuteaka-Philipsen, B, (2020). Rapportage over de PaTz Monitor 2019 voor Stichting PaTz. Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam.

## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave .....	3
Voorwoord .....	4
Aanbevelingen.....	5
Gebruikte afkortingen .....	6
Hoofdstuk 1. Methode en respons.....	7
Hoofdstuk 2. Algemene beschrijving van het verloop PaTz-bijeenkomsten.....	11
Hoofdstuk 3. Tijdig.....	16
Hoofdstuk 4. Deskundig .....	22
Hoofdstuk 5. Samen .....	31
Hoofdstuk 6. Ondersteuning aan voorzitters van PaTz-groepen .....	37
Bijlage .....	39
Bijlage 1. Analyses stellingen over identificeren van patiënten en vroegtijdige palliatieve zorg .....	40

## Voorwoord

Ter ondersteuning van de palliatieve zorg in de eerstelijns zijn er in Nederland PaTz-groepen waarin huisartsen, (wijk)verpleegkundigen en inhoudelijk deskundigen palliatieve zorg lokaal nauw samenwerken. Samen brengen ze vroegtijdig patiënten in beeld en anticiperen op de zorgbehoefte van de patiënt. Doel van deze gezamenlijke aanpak is het verbeteren van de kwaliteit en deskundigheid in de palliatieve zorg thuis.

Al vanaf de start van de eerste PaTz-groepen in 2010 is het een goede traditie dat onderzoek en praktijk hand in hand gaan. Deze samenwerking geeft een 'win-win' situatie: zowel onderzoekers als zorgverleners willen weten of PaTz bijdraagt aan verbetering van de palliatieve zorg. Voor allerlei verschillende partijen, waaronder verzekeraars en huisartsen en verpleegkundigen die nog niet aan PaTz meedoen, is het belangrijk om inzichtelijk te maken wat er in PaTz-groepen gebeurt. Met de resultaten kan stichting PaTz werken aan verspreiding van de PaTz methodiek en richting geven aan plannen ter ondersteuning van PaTz-groepen.

Jaarlijks wordt met de PaTz Monitor informatie over het functioneren van PaTz-groepen opgehaald. De PaTz Monitor is een online vragenlijst die naar alle deelnemers van de PaTz-groepen wordt gestuurd. Voor u ligt de rapportage over de derde editie van de PaTz Monitor. Deze rapportage is bedoeld voor iedereen die geïnteresseerd is in het reilen en zeilen van PaTz-groepen; (potentiele) deelnemers, beleidsmakers en onderzoekers. Net als de twee voorgaande jaren wordt de rapportage vergezeld door een factsheet met de belangrijkste aanbevelingen, die ook in de rapportage zelf staan. De rapportages en factsheets van de voorgaande jaren (edities 2017 en 2018) vindt u op de website van Stichting PaTz ([www.patz.nu](http://www.patz.nu)).

Het rapport over de PaTz Monitor 2019 is opgedeeld in zes hoofdstukken. Na een kort hoofdstuk over de gebruikte onderzoeksmethode en respons, is er eerst een hoofdstuk met algemene informatie over hoe een PaTz bijeenkomst verloopt. Vervolgens komen in de drie daaropvolgende hoofdstukken de drie pijlers van PaTz aan de orde: Tijdig (hoofdstuk 3); Deskundig (hoofdstuk 4); Samen (hoofdstuk 5). Tenslotte is het laatste hoofdstuk gereserveerd voor de ondersteuning van voorzitters van PaTz-groepen.

We eindigen deze inleiding met een woord van dank aan alle PaTz-deelnemers die de Monitor 2019 hebben ingevuld. Jullie hebben ons van belangrijke bruikbare informatie voorzien. Daarvoor onze hartelijke dank.

## Aanbevelingen

Dit zijn de aanbevelingen behorend bij PaTz Monitor 2019:

<b>Aanbevelingen aan deelnemers van PaTz:</b>	<b>Zie voor de achtergrond bij deze aanbeveling:</b>
1. Gebruik de mogelijkheden die de PaTz Portal biedt. Ter ondersteuning biedt Stichting PaTz instructiefilmpjes aan: <a href="https://www.patz.nu/wp-content/uploads/2020/07/Instructiefilmpjes-PaTz-Portal.pdf">https://www.patz.nu/wp-content/uploads/2020/07/Instructiefilmpjes-PaTz-Portal.pdf</a>	hoofdstuk 3 (paragrafen over het gebruik van het register).
2. Vraag gastsprekers uit je eigen regio.	hoofdstuk 2 en 6.
3. Benut de materialen op de PaTz site ( <a href="https://www.patz.nu/toolkit">https://www.patz.nu/toolkit</a> ) om de bijeenkomsten diepgang te geven.	hoofdstuk 2 en 6.
4. Maak in de groep afspraken over welke structuur je wilt aanhouden.	hoofdstuk 2 en 6.
5. Benoem, bij het inbrengen van een casus, welk doel je inbreng heeft (afstemming zorg/ inhoudelijk advies/ meedenken over specifiek aspect/ (emotionele) ondersteuning).	hoofdstuk 2 en 6.
6. Verpleegkundigen: laat je horen, breng actief zaken in waarvan je vindt dat ze meer aandacht behoeven, wees kort en bondig.	hoofdstuk 4 en 5.
7. Huisartsen: kwaliteit van leven in de palliatieve fase omvat meer dan de fysieke dimensie, heb aandacht voor alle dimensies.	hoofdstuk 5.
8. Consulents: stimuleer diepgang en multidimensioneel denken.	hoofdstukken 2, 5 en 6.
9. Voorzitters: Kijk mee in een andere PaTz-groep.	hoofdstuk 9

### **Aanbevelingen aan stichting PaTz (deze aanbevelingen zijn vooral gebaseerd op hoofdstuk 2 en 6):**

1. Geef meer aandacht voor gebruik van de Portal en de structuur van de PaTz bijeenkomsten in voorzitters training.
2. Maak lijst van suggesties voor gastsprekers en hoe deze te vinden zijn.
3. Maak in de PaTz toolkit een duidelijkere button waaronder materialen staan die direct bruikbaar zijn in de PaTz bijeenkomsten; geef duidelijkere uitleg hoe welke materialen in de PaTz-groep gebruikt kunnen worden.
4. Ontwikkel nieuwe, inspirerende ondersteuningsmaterialen, bv om aandacht te schenken aan nazorg, spirituele zorg, palliatieve zorg bij mensen met een psychiatrische stoornis, migranten, begeleiding van familie.
5. Zorg voor voldoende consulents.
6. Biedt handvatten voor de structuur van een PaTz bijeenkomst.
7. Bied groepen de mogelijkheid om een PaTz ambassadeur ter ondersteuning uit te nodigen.
8. Faciliteer uitwisseling tussen groepen, meekijken bij andere groep.

## Gebruikte afkortingen

AVG	algemene verordening gegevensbescherming, in de volksmond ook wel de privacywet genoemd
gem	gemiddelde
ha	huisarts
MANP / VS	Master Advanced Nursing Practice; nurse practitioner; verpleegkundig specialist
mbt	met betrekking tot
nvt	niet van toepassing
PaTz	Palliatieve zorg thuis
pt	patiënt
pz	palliatieve zorg
sd	standaard deviatie
VS / MANP	Master Advanced Nursing Practice; nurse practitioner; verpleegkundig specialist
vpk	verpleegkundige

In het kader van leesbaarheid van de tekst, spreken we in de Monitor over verpleegkundigen, waar we (wijk)verpleegkundigen en/of verzorgenden bedoelen.

## Hoofdstuk 1. Methode en respons

De PaTz Monitor wordt jaarlijks afgenomen middels een online vragenlijst<sup>1</sup>. In deze rapportage worden de resultaten van Monitor 2019 besproken. Er is niet getoetst op verschillen, tenzij anders vermeld.

Tussen 8 oktober en 31 december 2019 konden PaTz-deelnemers de monitor invullen. In Rotterdam en omstreken werd de uitnodiging verspreid naar 25 groepen (367 deelnemers) door de coördinator van het netwerk palliatieve zorg, die een bericht over de Monitor in de PaTz Portal plaatste. In de rest van Nederland is de uitnodiging door de onderzoeker bij Amsterdam UMC (locatie VUmc) verstuurd naar 1942 personen uit 190 groepen. In de mail werd verzocht om de uitnodiging door te sturen naar mede-PaTz-deelnemers die de uitnodiging niet ontvangen hadden. We ontvingen een ingevulde monitor van 671 personen (29%); 293 huisartsen, 195 verpleegkundigen (19% MBO, 63% HBO; 16% gespecialiseerd / VS), 22 deelnemers uit andere disciplines (bv geestelijk verzorger), 79 consulenten en 82 voorzitters (zie Tabel 1-1). Er is respons uit 198<sup>2</sup> (92%) verschillende PaTz-groepen (variërend van 1 persoon uit de groep tot 13 personen uit dezelfde groep).

Tabel 1-1. Kenmerken respondenten

	<b>Respondent</b>
	<b>N = 671</b>
Leeftijd, gem (SD)	49 (11)
Geslacht, vrouw	511 (76%)
Rol in PaTz-groep <sup>3</sup> :	
- Huisarts	293 (44%)
- Verpleegkundige	195 (29%)
- Consulent	79 (12%)
- Voorzitter	82 (12%)
- Overig (bv geestelijk verzorger)	22 (3%)
Aantal groepen waaraan de respondent deelneemt:	
- 1	598 (89%)
- 2	50 (7%)
- 3	14 (2%)
- 4 of 5	9 (1%)

<sup>1</sup> Deelnemers kunnen vragen om een papieren versie, daar is in 2019 een keer om gevraagd.

<sup>2</sup> Daarnaast hebben 39 personen deze vraag niet ingevuld, en hebben 15 personen bij het open tekstveld een antwoord gegeven dat niet eenduidig tot een groep te herleiden was (bv plaatsnaam ingevuld van een plaats waar meerdere groepen actief zijn).

<sup>3</sup> Consulenten, voorzitters en verpleegkundigen namen soms aan meerdere groepen deel. Als een respondent meerdere rollen in verschillende PaTz-groepen had, is gevraagd wat naar eigen idee de belangrijkste rol was.

In tabel 1-2 en figuur 1-1 staat informatie over de PaTz-groepen van waaruit deelnemers de monitor hebben ingevuld.

Tabel 1-2. Kenmerken van de PaTz-groepen van waaruit deelnemers de Monitor hebben ingevuld

	<b>PaTz-groep</b>
	<b>N = 198</b>
<b>Stedelijkheid<sup>4</sup></b>	
- zeer sterk stedelijk (bv. Amsterdam)	58 (29%)
- sterk stedelijk (bv. Breda)	58 (29%)
- matig stedelijk (bv. Tiel)	30 (15%)
- weinig stedelijk (bv. Hellendoorn)	41 (21%)
- niet stedelijk (bv. Leudal)	11 (6%)
<b>Consortium Palliatieve Zorg</b>	
- Zuidwest Nederland	43 (22%)
- Noord-Holland en Flevoland	41 (21%)
- Septet	34 (17%)
- Ligare	23 (12%)
- PalZO	22 (11%)
- Propallia	19 (10%)
- Limburg en Zuidoost Brabant	16 (8%)
<b>Provincie</b>	
- Groningen	2 (1%)
- Zeeland	3 (2%)
- Drenthe	4 (2%)
- Friesland	7 (4%)
- Flevoland	2 (1%)
- Overijssel	10 (5%)
- Limburg	11 (6%)
- Gelderland	18 (9%)
- Utrecht	35 (18%)
- Noord-Brabant	31 (16%)
- Zuid-Holland	35 (18%)
- Noord-Holland	39 (20%)

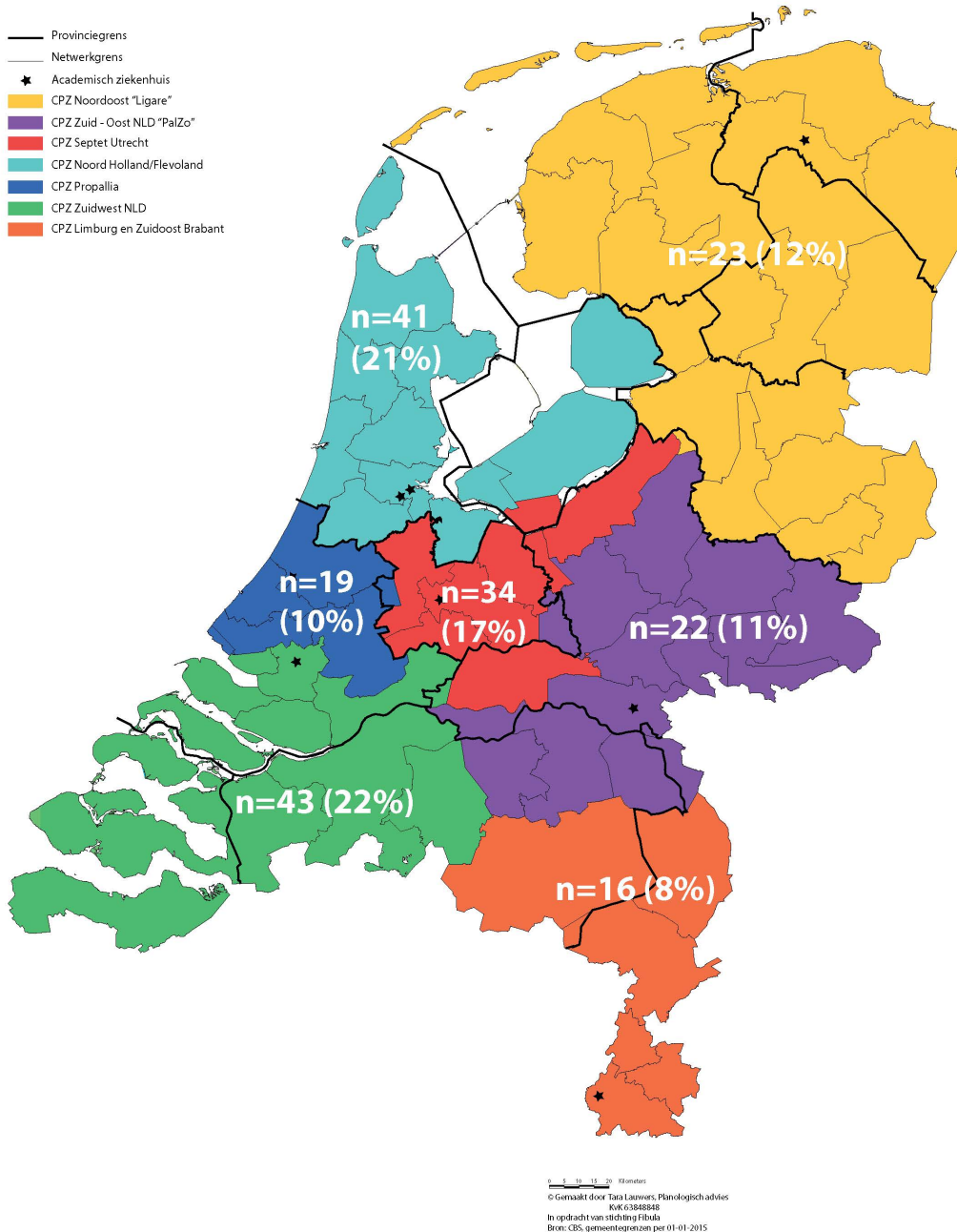
<sup>4</sup> Gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek. De indeling van gemeenten naar stedelijkheid is gebaseerd op de omgevingsadressendichtheid van de gemeente. Allereerst is voor ieder adres binnen een gemeente de adressendichtheid vastgesteld van een gebied met een straal van 1 km rondom dat adres. De omgevingsadressendichtheid van een gemeente is de gemiddelde waarde hiervan voor alle adressen binnen die gemeente.



Figuur 1-1. Respons op de PaTz Monitor uitgesplitst naar Consortium Palliatieve Zorg

## Consortia palliatieve zorg Nederland

Respons PaTz Monitor 2019



In aanvulling op bovenstaande gegevens over de respons op Monitor 2019, is het ook van belang om te kijken naar de ‘dekkingsgraad’ van PaTz; hoeveel praktiserende Nederlandse huisartsen nemen deel aan PaTz? Het antwoord staat in Tabel 1-3 per provincie weergegeven. In de provincie Utrecht nemen de meeste (32%) huisartsen deel aan PaTz, vergeleken met andere provincies. Voor wijkteams (verpleegkundige zorg) zijn deze cijfers niet beschikbaar<sup>5</sup>.

Tabel 1-3. Aantal huisartsen in Nederland afgezet tegen het aantal huisartsen dat bekend is als deelnemer bij Stichting PaTz.

Provincie	Aantal huisartsen <sup>6</sup>	Aantal huisartsen in PaTz <sup>7</sup> n (% t.o.v. NL)
Groningen	341	17 (5%)
Friesland	383	62 (16%)
Drenthe	311	55 (18%)
Overijssel	639	135 (21%)
Flevoland	232	35 (15%)
Gelderland	1.279	168 (13%)
Utrecht	822	262 (32%)
Noord-Holland	1.675	384 (23%)
Zuid-Holland	2.045	389 (19%)
Zeeland	210	32 (15%)
Noord-Brabant	1.406	217 (15%)
Limburg	668	114 (17%)
Nederland (totaal)	10.011	1713 (17%)

<sup>5</sup> Hierbij is het van belang de kritische kanttekening te plaatsen dat de cijfers van het NIVEL uit 2017 komen en de gegevens van Stichting PaTs uit 2020, waarbij het helaas niet mogelijk is om PaTz-groepen te filteren op startdatum.

<sup>6</sup> Bron: cijfers uit de registratie huisartsen 2017, Nivel. Het gaat hier om zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's/vaste waarnemers, per provincie, op 1 januari 2017.

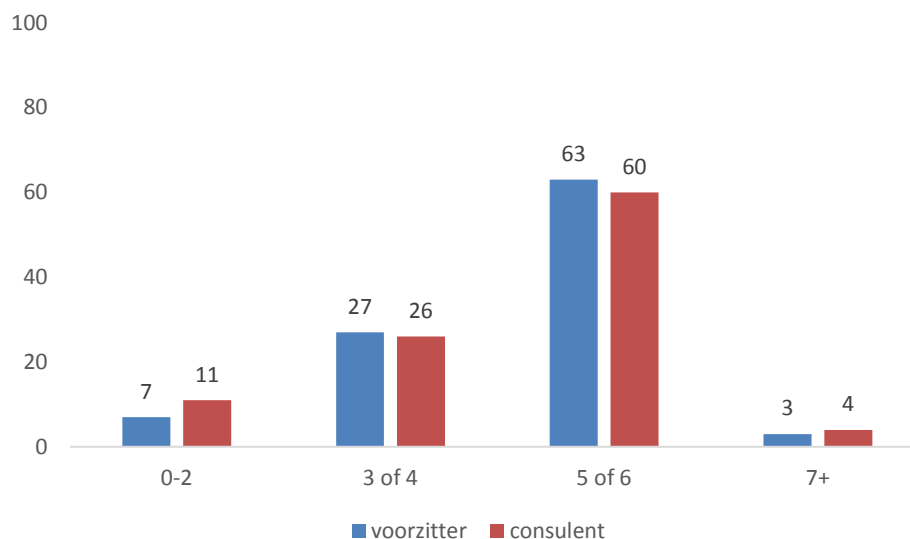
<sup>7</sup> Zoals bekend bij Stichting PaTz in juli 2020.

## Hoofdstuk 2. Algemene beschrijving van het verloop PaTz-bijeenkomsten

Voor we ingaan op de drie pijlers van PaTz, gaan we in dit hoofdstuk eerst in op het verloop van PaTz-bijeenkomsten; hoe ziet een bijeenkomst er uit wat betreft algemene opzet en structuur? We gaan hier nog niet in op gebruik van het register, inhoudelijke thema's en groepssamenstelling. Dat komt aan de orde bij respectievelijk Tijdig (hoofdstuk 3), Deskundig (hoofdstuk 4) en Samen (hoofdstuk 5).

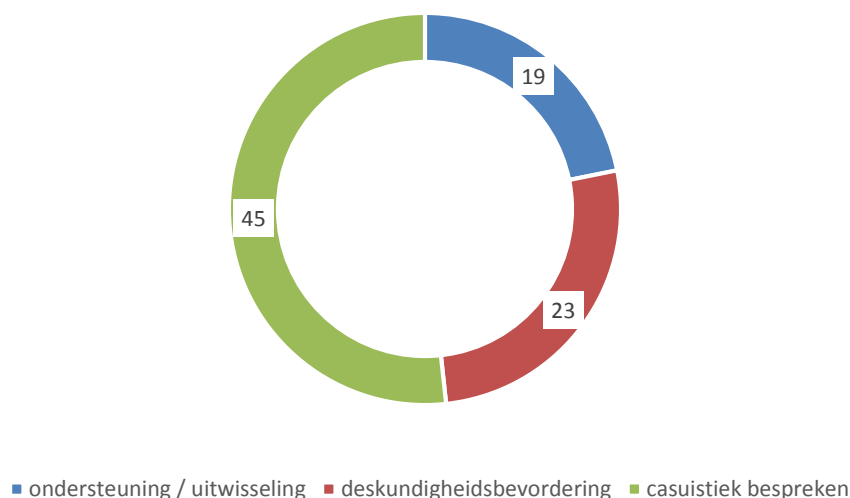
Belangrijk voor een goed verloop van PaTz bijeenkomsten zijn de voorzitter en consulent. De meeste voorzitters (74%) zijn huisarts en 93% van de voorzitters zit één (1) groep voor. In de 12 maanden voorafgaand aan het invullen van de monitor zaten zij gemiddeld 5 bijeenkomsten voor, 7% van de voorzitters heeft in de afgelopen 12 maanden slechts 0 tot 2 bijeenkomsten voorgezeten ( Fig. 2-1). In hoofdstuk 6 wordt ingegaan op de ondersteuning die voorzitters krijgen van Stichting PaTz. Het grootste deel van de consulenten (66%) is kaderarts palliatieve zorg (n = 52, waarvan 17 specialisten ouderengeneeskunde), 27% is gespecialiseerd verpleegkundige of verpleegkundig specialist (VS) en 24% is specialist ouderengeneeskunde (meerdere antwoorden mogelijk). In de 12 maanden voorafgaand aan het invullen van de monitor waren zij gemiddeld bij 5 bijeenkomsten aanwezig, 11% van de consulenten was in de afgelopen 12 maanden bij slechts 0 tot 2 bijeenkomsten aanwezig (Fig. 2-1).

Figuur 2-1. Aantal bijeenkomsten in de afgelopen 12 maanden van de voorzitter en consulent.



Bijna alle (98%) voorzitters sturen een herinnering of uitnodiging rond voorafgaand aan de PaTz bijeenkomst. De uitnodiging is meestal gericht op communicatie van datum en tijd (79%), daarnaast wordt in 46% ook herinnerd aan het invullen van het register en bij 38% om casuïstiek mee te nemen en/of aan te leveren. Tijdens de bijeenkomst wordt het grootste deel van de tijd gebruikt voor het bespreken van casuïstiek (Fig. 2-2). Dit is een globale indicatie, want een aantal voorzitters geeft aan dat de tijdsduur per onderdeel varieert per bijeenkomst. In bijna de helft (48%) van de groepen wordt aan intervisie gedaan en bij vier groepen wordt hiervoor een specifieke methodiek gebruikt.

Figuur 2-2. Tijdsverdeling tijdens bijeenkomsten van de PaTz-groep (gemiddelde duur in minuten) (bron: voorzitters).



In sommige groepen worden (wel eens) hulpmiddelen gebruikt, 32 voorzitters geven hier informatie over. Het meest genoemd worden het Zorgpad Stervensfase (11 keer genoemd) en het Utrechts Symptomen Dagboek (genoemd door 7 voorzitters).

Zeven (10%) voorzitters geven aan dat er dubbelingen worden ervaren tussen PaTz en andere overlegvormen. Dit wordt echter niet door alle 7 voorzitters als een probleem ervaren. Bij een groep wordt gekeken naar het samenvoegen van PaTz met het overleg over ouderenzorg. Bij de overige groepen wordt gezamenlijk gewaakt voor overlap.

### Wat gaat goed en wat kan beter in de bijeenkomsten?

Aan voorzitters is gevraagd wat goed gaat in de bijeenkomsten en wat beter kan (open vraag). Het meest genoemde positieve punten is sfeer in de groep (50 keer genoemd, het gaat dan om aspecten van interactie zoals veiligheid, openheid, dat deelnemers betrokken zijn en elkaar steunen). Het meest genoemde verbeterpunten is inbreng tijdens bijeenkomsten (24 keer genoemd, waarvan 8 keer mbt casuïstiek; 4 keer mbt deelnemers; 2 keer specifiek mbt huisartsen; 10 keer specifiek mbt verpleegkundigen); aanwezigheid (15 keer genoemd; 8 keer mbt deelnemers; 3 keer specifiek mbt huisartsen; 4 keer specifiek mbt verpleegkundigen).

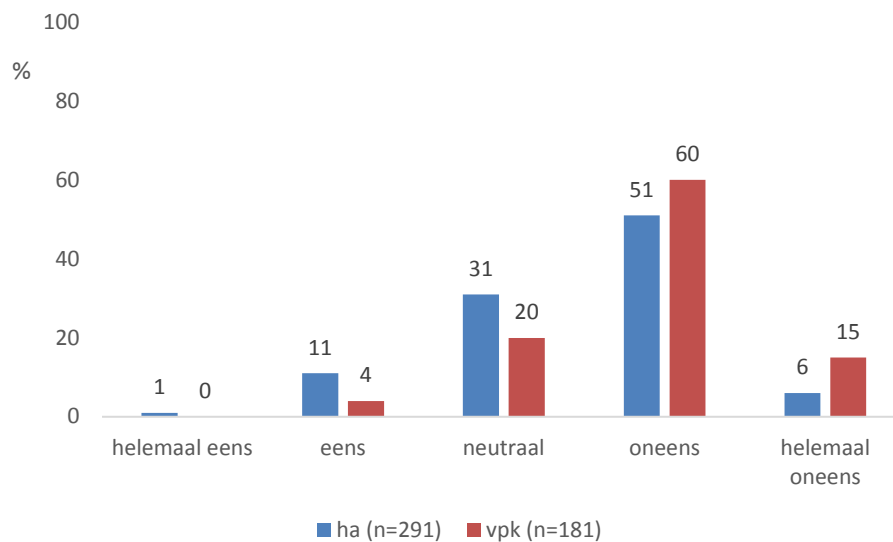
Tabel 2-1. Wat gaat goed in de bijeenkomsten en wat kan beter (bron: voorzitters).

	Aantal keer genoemd als positief aspect	Aantal keer genoemd als verbeterpunt
Sfeer	50	
Aanwezigheid	23	15 (3x mbt ha, 4x mbt vpk)
Casuïstiek bespreking	17	
Inbreng	13	24 (2x mbt ha, 10x mbt vpk)
Samenwerking	10	
Bijhouden/ invullen register		12
Deskundigheidsbevordering		9
Vorbereiding van bijeenkomsten		8

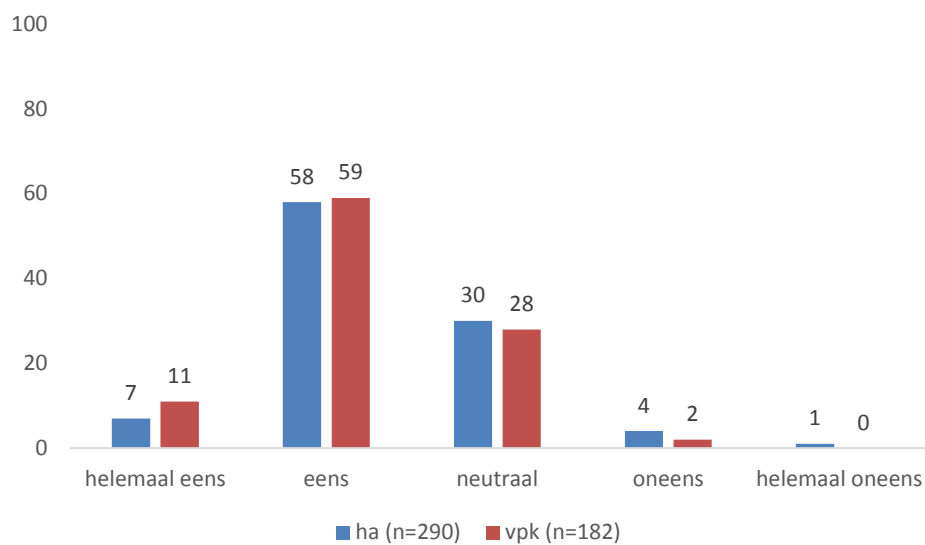
### Ervaringen van huisartsen en verpleegkundigen.

Huisartsen en verpleegkundigen vinden de tijdsinvestering goed en de meerderheid is het niet eens met de stelling dat PaTz te veel tijd kost (Fig. 2-3). De palliatieve zorg is beter geworden door PaTz (Fig. 2-4) en de continuïteit van zorg is verbeterd (Fig. 2-5) volgens het merendeel van de huisartsen en verpleegkundigen.

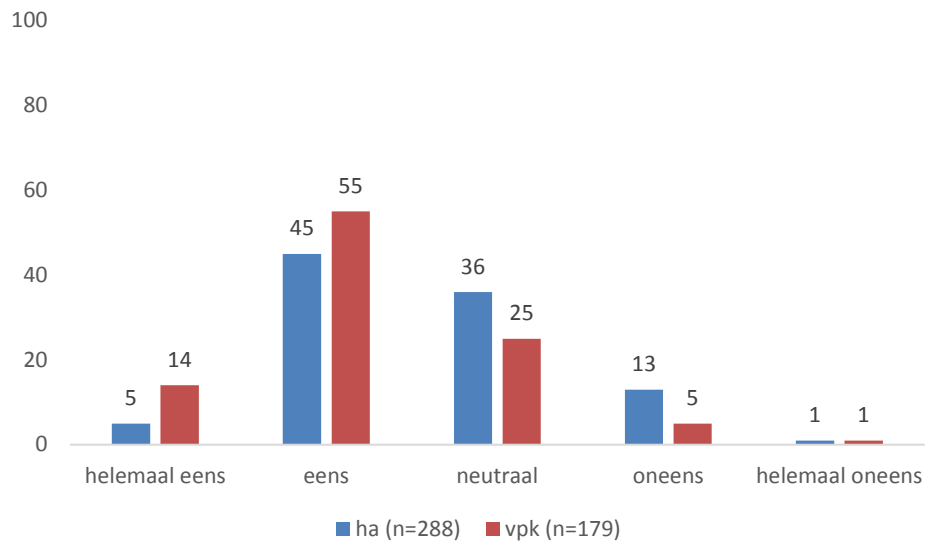
Figuur 2-3. Stelling: PaTz kost me te veel tijd (bron: huisartsen en verpleegkundigen).



Figuur 2-4. Stelling: De zorg voor palliatieve patiënten is beter geworden door PaTz (bron: huisartsen en verpleegkundigen).



Figuur 2-5. Stelling: Door PaTz is de continuïteit van zorg voor palliatieve patiënten verbeterd (bron: huisartsen en verpleegkundigen).



### Verschillen tussen groepen, ontwikkelingen en gewenste ondersteuning.

Consulenten, verpleegkundigen en voorzitters kunnen verschillen tussen groepen zien, wanneer zij aan verschillende groepen deelnemen (54% van de consulenten, 13% van de verpleegkundigen, 7% van de voorzitters). De belangrijkste verschillen tussen de verschillende PaTz-groepen die zij constateren zijn:

- het gebruik van het register (bijvoorbeeld of het door de hele groep wordt ingevuld of niet, hoe het register gebruikt wordt in de bijeenkomst of niet) (18 keer genoemd, 11 keer door consulenten, 1 keer door een voorzitter, 6 keer door de verpleegkundige);
- de grootte van de groep (9 keer genoemd, 4 keer door consulenten, 1 keer door een voorzitter, 4 keer door een verpleegkundige);
- de 'leeftijd' van een groep (hoe lang een groep al bestaat) (7 keer genoemd, 5 door de consulent, een keer door een voorzitter en een verpleegkundige);
- kennisniveau van de deelnemers (7 keer genoemd, 5 keer door de consulent, 2 keer door de voorzitter),
- opkomst dan wel gemotiveerdheid van deelnemers (7 keer genoemd, 4 keer door de consulent en 3 keer door de verpleegkundige).

Ontwikkelingen die mogelijk relevant zijn voor Stichting PaTz (bv. met het oog op nascholing of andere ondersteuning), genoemd door consulenten, waren: behoefte aan of goede ervaringen met scholing en/of het uitnodigen van een gastspreker (12 keer genoemd); het toevoegen van andere disciplines aan PaTz (hierbij werden de geestelijk verzorger, apotheker en VPTZ genoemd) (10 keer genoemd); problemen met het register (8 keer genoemd, zie hiervoor verder het hoofdstuk Tijdig).

De consulenten hebben verschillende suggesties gedaan voor hoe Stichting PaTz de groepen kan ondersteunen (bv. nascholing, tools). De drie meest genoemde zijn:

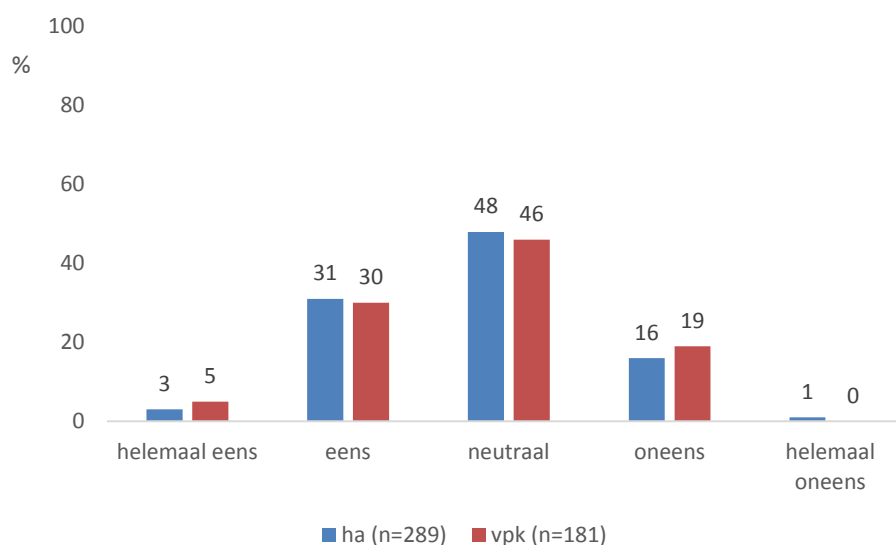
- 1) Deskundigheidsbevordering (17 keer genoemd). Hierbij werd met name gevraagd om bijvoorbeeld kant-en-klare factsheets of powerpoints rond een thema en advies voor geschikte / aansprekende werkvormen.

- 2) Suggesties met betrekking tot het register. Hierbij werd gevraagd om e-learnings of andere vormen van (na)scholing voor het gebruik van het register en om het toevoegen van functionaliteit in het register (zie hiervoor Hoofdstuk Tijdig) (register is 12 keer genoemd).
- 3) Er gevraagd om meer duidelijkheid rond het format van PaTz (vorm, structuur, groepssamenstelling) en de mogelijkheid tot bezoek van iemand van Stichting PaTz die meekijkt en advies geeft om de bijeenkomsten te verbeteren en het stimuleren of faciliteren van uitwisseling tussen consultants en voorzitters van verschillende groepen om zo van elkaar te leren (10 keer genoemd).

## Hoofdstuk 3. Tijdig

In dit hoofdstuk draait het om tijdige inzet van palliatieve zorg en het gebruik van een register als hulpmiddel voor het leveren van (tijdige) palliatieve zorg. Stichting PaTz stimuleert het gebruik van de 'surprise question'<sup>8</sup> voor het tijdig herkennen van mensen met palliatieve zorgbehoeften. De patiënten voor wie het antwoord 'nee' is op de surprise question worden in een register opgenomen, en vervolgens wordt bekeken wat de best passende zorg is voor de patiënt door vooruit te denken, in overleg met de patiënt te gaan over diens wensen en behoeften en zorg te organiseren. Net als voorgaande jaren (Monitor 2017 en 2018) komt vroegtijdige zorgplanning niet zo heel goed tot zijn recht (bron voorzitters: slecht of heel slecht 7%; neutraal 49%; goed of zeer goed 44%). Aan huisartsen en verpleegkundigen is de stelling voorgelegd dat ze door PaTz vroegtijdiger palliatieve zorg in zetten (Fig. 3-1). De meerderheid is het er niet mee eens en ook niet mee oneens (geeft een neutraal antwoord). Daarnaast is ook de stelling voorgelegd 'PaTz maakt het identificeren van palliatieve patiënten makkelijker'. De meerderheid is het wel met deze stelling eens (53% eens, 7% helemaal eens).

Figuur 3-1. Stelling: Door PaTz zet ik vroegtijdiger palliatieve zorg in (bron: huisartsen en verpleegkundigen).



### Het register (Portal of excel)

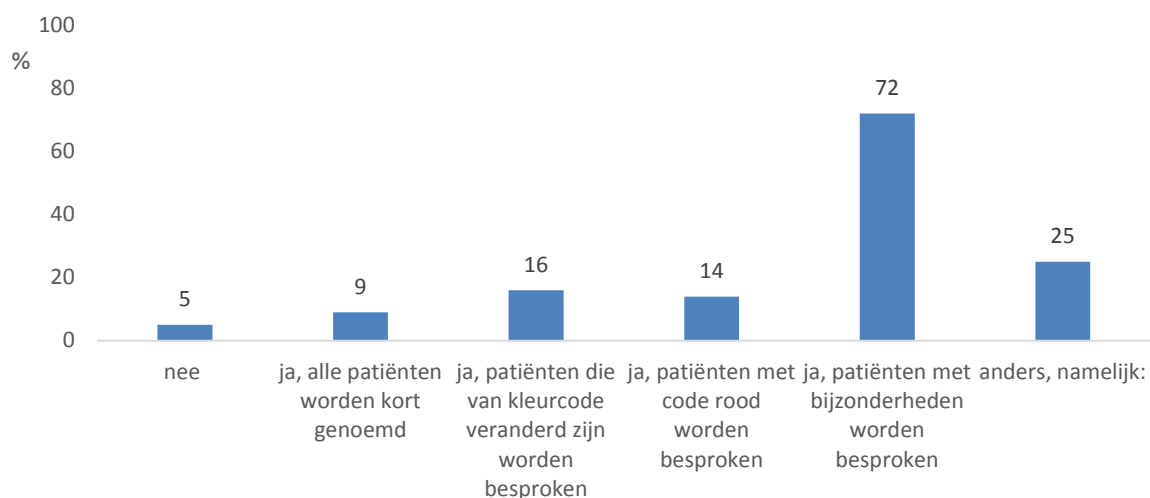
Van de 198 PaTz-groepen die zijn vertegenwoordigd in de Monitor 2018, is van 179 (90%) groepen bekend<sup>9</sup> of ze met een gezamenlijk register werken, en zo ja, met welk type register. In 73% van de groepen wordt de PaTz portal gebruikt, in 14% van de groepen wordt een register in Word of Excel gebruikt inclusief kleurcodes, 4% gebruikt een register in Word of Excel zonder kleurcodes en 8% gebruikt geen gezamenlijk register. In de meerderheid van de groepen worden patiënten op het register besproken, meestal gaat het dan om patiënten met bijzonderheden (Fig. 3-2).

<sup>8</sup> Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt in de komende 12 maanden zou komen te overlijden?

<sup>9</sup> De vraag over het type register is gesteld aan verpleegkundigen, huisartsen en voorzitters.



Figuur 3-2. Worden patiënten in het register besproken in de PaTz bijeenkomsten (bron: voorzitters)?



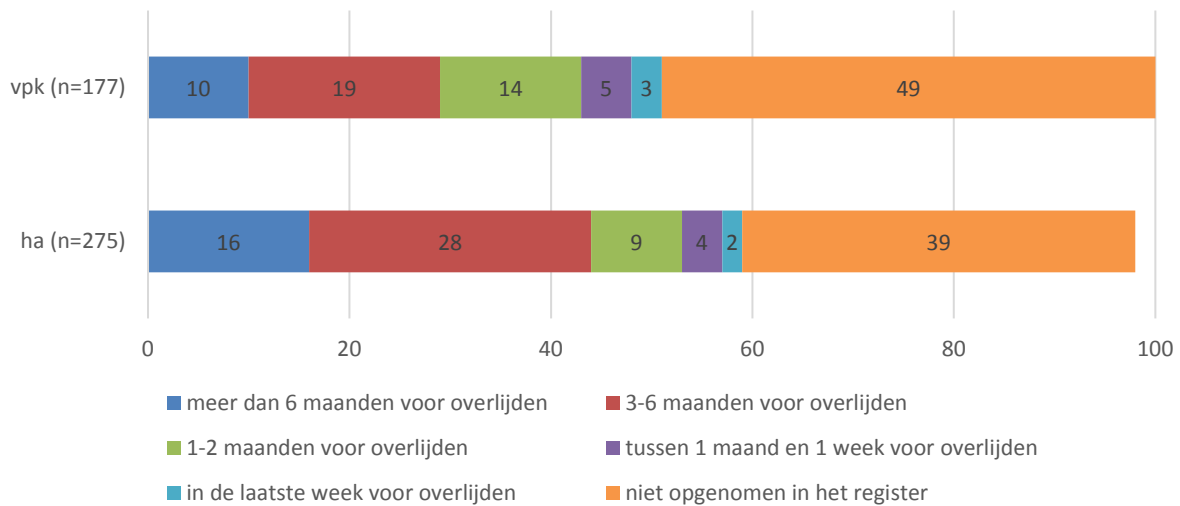
Gemiddeld genomen zijn van de huisarts 8 patiënten (SD 10, variërend van 0 tot 60 patiënten) in het register opgenomen en 5 patiënten (SD 5, variërend van 0 tot 40 patiënten) besproken in het afgelopen jaar. Van de verpleegkundige zijn gemiddeld ook 8 patiënten (SD 10, ook variërend van 0 tot 60 patiënten) in het register opgenomen en 6 patiënten (SD 9, ook variërend van 0 tot 50 patiënten) besproken in het afgelopen jaar. De meerderheid van zowel huisartsen als verpleegkundigen geeft aan dat tussen de een en vijf patiënten in het register staan en dat in een jaar tijd een tot vijf patiënten van hem of haar besproken zijn tijdens de bijeenkomsten.

We hebben onderzocht of er een relatie is tussen het aantal patiënten dat in het register was opgenomen in de afgelopen 12 maanden, en het aantal patiënten dat besproken is. Zowel voor huisartsen als voor verpleegkundigen worden meer patiënten besproken als er meer patiënten op het register staan. We hebben ook onderzocht of huisartsen en verpleegkundigen die meer patiënten in het register geplaatst hebben, ook vaker 'eens' of 'helemaal eens' scoren op de bovenstaande stellingen 'PaTz maakt het identificeren van palliatieve patiënten makkelijker' en 'Door PaTz zet ik vroegtijdiger palliatieve zorg in'. Dat lijkt voor beide stellingen zo te zijn. Er is dus een relatie tussen het aantal patiënten in het register, en de beleving van huisartsen en verpleegkundigen dat ze beter zijn in het identificeren van palliatieve patiënten en dat ze vroegtijdiger palliatieve zorg in zetten. Tenslotte hebben we onderzocht of huisartsen en verpleegkundigen die meer patiënten besproken hebben in de afgelopen 12 maanden, ook vaker 'eens' of 'helemaal eens' scoren op de stellingen over identificeren en vroegtijdige inzet van palliatieve zorg. Er is geen relatie tussen het aantal besproken patiënten en het vroegtijdiger palliatieve zorg inzetten, wel tussen het aantal besproken patiënten en de beleving dat ze beter zijn in het identificeren van palliatieve patiënten. (zie bijlage 1).

Aan huisartsen en verpleegkundigen die de monitor invulden, is gevraagd om een aantal vragen in te vullen over het meest recente sterfgeval van iemand die niet plotseling en onverwacht overleden is. Over deze patiënten is gevraagd of de patiënt was opgenomen in het palliatieve zorgregister van PaTz, en zo ja hoe lang (Fig. 3-3). Hierbij is te zien dat huisartsen vaker een patiënt beschrijven die in het register is opgenomen dan verpleegkundigen. Daar moet echter bij vermeld worden dat aangegeven

wordt dat (een deel van de verpleegkundigen) zelf geen patiënten in het PaTz Portal kunnen plaatsen<sup>10</sup>, zoals blijkt uit de evaluatievraag naar de voor- en nadelen van de PaTz portal en andere vormen van het palliatieve zorg register.

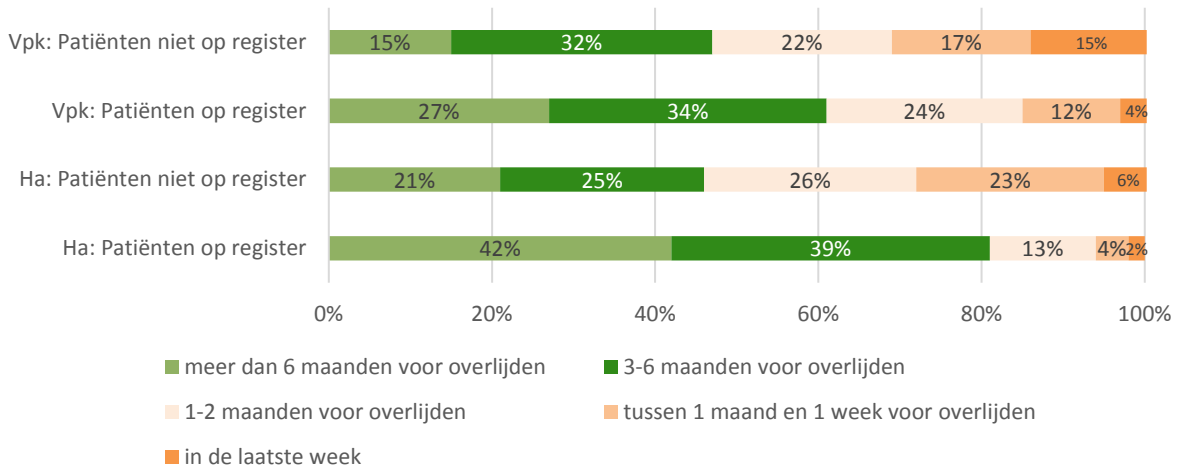
Figuur 3-3. Was deze patiënt opgenomen in het palliatieve zorg register van PaTz en zo ja, vanaf hoe lang voor overlijden (bron: huisartsen en verpleegkundigen).



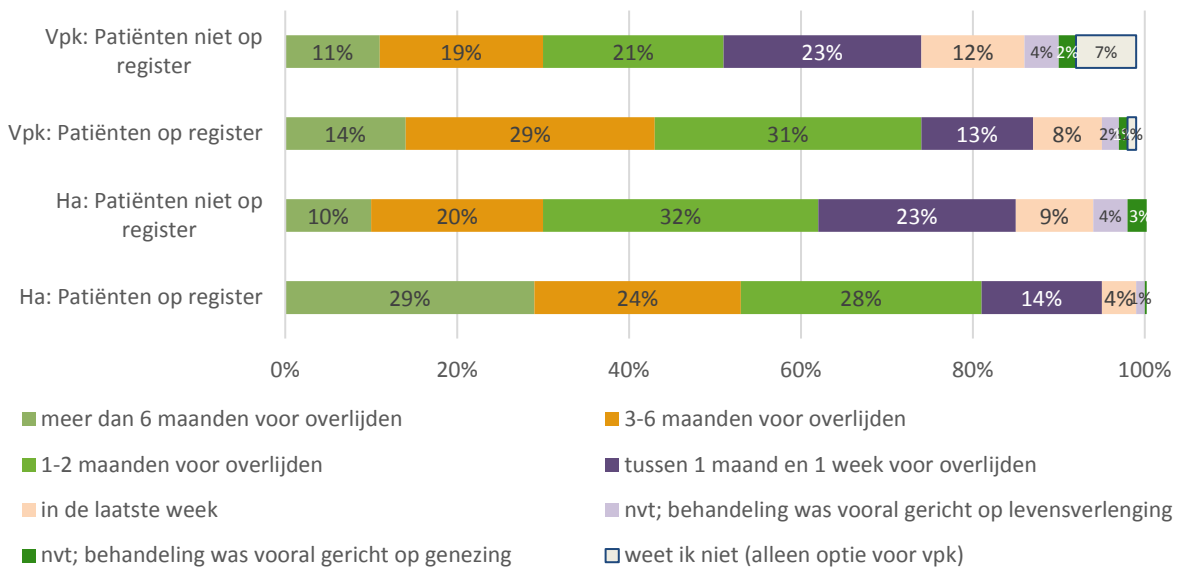
Vervolgens is een vergelijking gemaakt tussen patiënten in het register en patiënten die niet in het register stonden. Uit Figuur 3-4 blijkt dat zowel huisartsen als verpleegkundigen bij patiënten die in het register staan er vroeger rekening mee hielden dat de patiënt binnen een half jaar of sneller zou kunnen overlijden. Ook was voor patiënten in het register langer voor het overlijden de behandeling vooral gericht op comfort / palliatie, in vergelijking tot patiënten die niet in het register stonden (Fig. 3-5). Voor zowel Figuur 3-4 als 3-5 bleek het verschil tussen patiënten die wel of niet in het register stonden statistisch significant voor huisartsen, voor verpleegkundigen was er wel een statistische significant verschil voor het moment waarop rekening werd gehouden met een mogelijk overlijden maar niet voor het behandel doel gericht op comfort.

<sup>10</sup> Dit is vanaf 2020 veranderd.

Figuur 3-4. Vanaf hoe lang voor het overlijden van de patiënt hield u er rekening mee dat deze patiënt binnen een half jaar of sneller zou overlijden (bron: huisartsen en verpleegkundigen)?

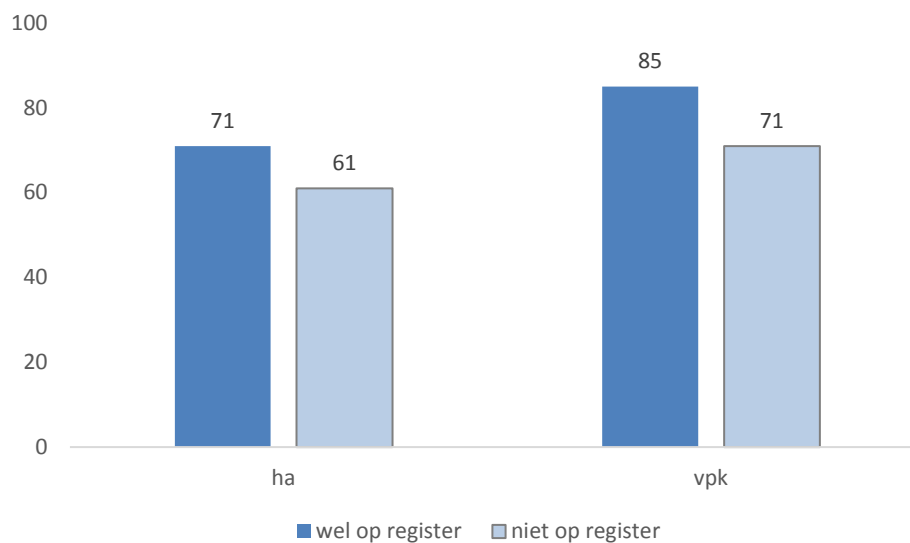


Figuur 3-5. Vanaf hoe lang voor het overlijden was de behandeling vooral gericht op comfort / palliatie (bron: huisartsen en verpleegkundigen)?



Als we een verdere vergelijking maken van casuïstiek over het meest recente niet-onverwachte sterfgeval van huisartsen en verpleegkundigen, dan zien we dat vooral patiënten met kanker in het register worden geplaatst (Fig. 3-6). Het verschil in kanker diagnoses tussen patiënten wel of niet in het register was niet significant voor huisartsen, wel voor verpleegkundigen.

Figuur 3-6. De hoofddiagnose kanker van patiënten die wel of niet waren opgenomen in het palliatieve zorg register van PaTz (bron: meeste recente niet-onverwachte sterfgeval van huisartsen en verpleegkundigen).



Voor 85% van patiënten in het register schreven huisartsen een overdracht naar huisartsenpost en voor 7% werden gegevens gedeeld via het LSP. Voor 81% van patiënten die niet in het register waren opgenomen schreven huisartsen een overdracht naar huisartsenpost en voor 6% van deze patiënten werden gegevens gedeeld via het LSP. Dit verschil in overdracht tussen patiënten die wel of niet op het register stonden was niet statistisch significant. We hebben ook gevraagd vanaf hoeveel weken voor overlijden gegevens zijn overgedragen. Voor patiënten op het register vond gegevensoverdracht naar huisartsenpost plaats 14 weken voor overlijden (gemiddeld genomen), en voor patiënten niet op het register vond die gegevensoverdracht gemiddeld 8 weken voor overlijden plaats. De verschillen in moment van overdracht tussen patiënten die wel of niet op het register stonden was wel statistisch significant.

#### Voor en nadelen van het gebruik van een register

Aan de voorzitter is gevraagd naar de voor- en nadelen van het gebruik van een register (de PaTz Portal dan wel een Word of Excel document). De meest genoemde voordelen (open vraag): het is fijn om informatie centraal te delen en het is overzichtelijk (58 keer genoemd) en het biedt structuur en/of dient als geheugensteun om patiënten of bepaalde aspecten van zorg niet uit het oog te verliezen (18 keer genoemd) en helpt bij opvolgen van patiënten over sessies heen (6 keer genoemd). Verder zijn er een paar voordelen die vaker of alleen genoemd zijn door gebruikers van het PaTz portal: dat het gebruiksvriendelijk is (10 keer genoemd) en dat je direct notulen en een aanwezigheidslijst van je bespreking hebt (10 keer genoemd). De meest genoemde nadelen (open vraag) zijn dat niet alle groepsleden gegevens invullen of bijhouden in het register (14 keer genoemd) en de dubbele administratieve last (10 keer genoemd). Specifiek over het gebruik van het Excel register al dan niet gecombineerd met HA-web, wordt genoemd dat niet iedereen goed overweg kan met Excel en dat er soms gegevens verdwijnen (3 keer genoemd). Specifiek over het gebruik van de PaTz portal worden

verschillende aspecten van gebruiksvriendelijkheid<sup>11</sup> genoemd die als onprettig worden ervaren (24 keer genoemd), zoals dat het notuleren tijdens de vergadering lastig is (bv om te vinden waar je welke informatie het beste toe kunt voegen en hoe je navigeert tussen notulen en de patiënt die op dat moment besproken wordt) en dat het daardoor soms afleidt van de inhoud, dat je bij de invoer van patiëntgegevens ter voorbereiding van de bijeenkomst telkens terug moet naar het beginscherm in plaats van naar je eigen selectie van patiënten, en dat de Portal onoverzichtelijk is. Verder wordt met betrekking tot de Portal als nadeel genoemd dat verpleegkundigen geen/bepaalde toegang hebben<sup>12</sup> (10 keer genoemd) en dat voor de notulen ingelogd moet worden en/of dat de inlogprocedure omslachtig is (dit is nodig vanwege de AVG, maar wordt als hinderlijk ervaren) (7 keer genoemd). Een aantal voorzitters deed suggesties voor het toevoegen van informatie aan het register: of de patiënt een pacemaker heeft; de thuissituatie van de patiënt; bijzonderheden in het proces; ontwikkeling ziekte; en een plek waar je een vraagstelling met betrekking tot een patiënt kunt noteren (liefst met antwoord, actiepoint en evaluatie) (vraagstelling is 3 keer genoemd). Verder wordt genoemd dat het fijn zou zijn als er een invoermogelijkheid is voor een algemeen deel van de notulen (een niet-patiënt gebonden deel) en dat documenten geupload kunnen worden zoals een relevant artikel mbt deskundigheidsbevordering). Een laatste suggestie betreft de mogelijkheid om een vast jaarplan te genereren zodat dit gebruik kan worden voor de accreditatie.

---

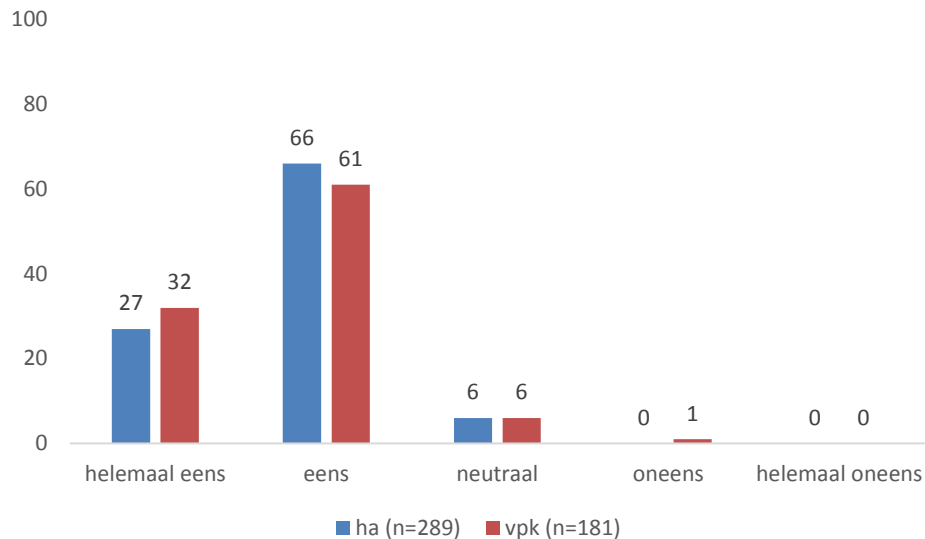
<sup>11</sup> Dit wordt ook wel aangeduid met 'usability' en draait bijvoorbeeld om: consistentie, toegankelijkheid (bv ook of buttons groot genoeg zijn), logische en duidelijke navigatiestructuur en of het vinden en ingeven van informatie op een voor de gebruiker logische plek kan. Hoe prettig en efficiënt kan iemand gebruik maken van een app om zijn/haar doel te bereiken?

<sup>12</sup> Dit is vanaf 2020 veranderd.

## Hoofdstuk 4. Deskundig

De tweede pijler van PaTz is: Deskundig. Tijdens PaTz leren deelnemers van de consulent palliatieve zorg en van elkaar, zo is de bedoeling. In de Monitor 2019 geven huisartsen en verpleegkundigen inderdaad aan dat ze leren over palliatieve zorg in PaTz (Fig. 4-1).

Figuur 4-1. Stelling: Ik leer over palliatieve zorg door PaTz (bv door inbreng van de consulent of door tips van collega's) (bron: huisartsen en verpleegkundigen).



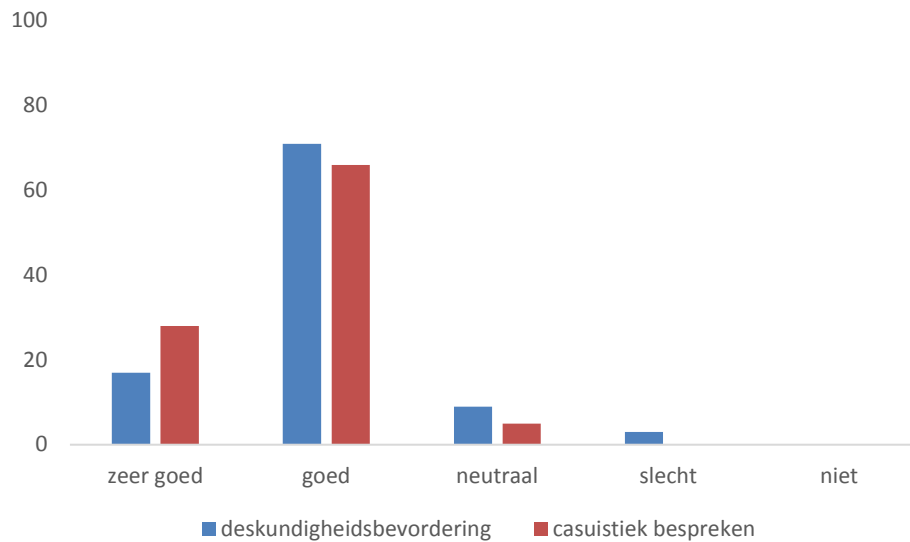
Voorzitters geven aan dat het aspect deskundigheidsbevordering<sup>13</sup> tijdens PaTz goed (71%) tot zeer goed (17%) tot zijn recht komt. In het kader van deskundigheidsbevordering worden tijdens PaTz-bijeenkomsten wel eens presentaties of voordrachten aan de hand van een thema gegeven. Alle 76 consulenten die de vraag hebben beantwoord geven aan dat dit in hun groep(en) gebeurt. Van de consulenten geeft 59% aan dat hij/zij dit wel eens zelf doet, 34% geeft aan dat dit wel eens door de deelnemers gedaan wordt, en 51% nodigt hiervoor wel eens sprekers uit (meerdere antwoorden mogelijk). Kennis van palliatieve zorg wordt mogelijk ook verbeterd tijdens het bespreken van casuïstiek. Voorzitters geven aan dat het bespreken van casuïstiek tijdens PaTz bijeenkomsten goed (66%) tot zeer goed (28%) tot zijn recht komt.

<sup>13</sup> De vraag was:

In hoeverre komen de volgende aspecten in de PaTz-groep tot zijn recht?

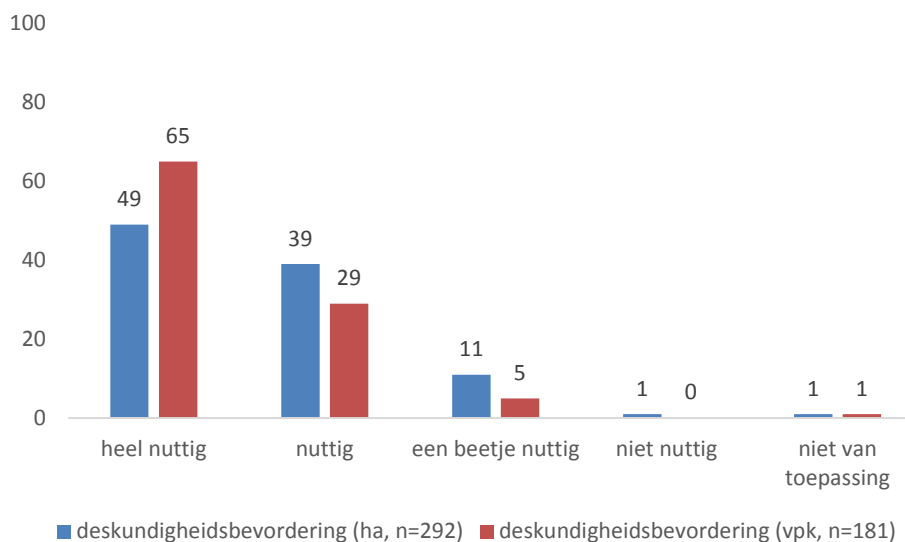
De aspecten waren: Emotionele ondersteuning; praktische ondersteuning; deskundigheidsbevordering; casuïstiek bespreken; bevorderen van samenwerking; vroegtijdige zorgplanning. Voor deze aspecten konden voorzitters op een 5-puntschaal antwoorden (zeer goed - goed – neutraal – slecht – niet). Mogelijk werd 'deskundigheidsbevordering' vooral beantwoord met betrekking tot de thema besprekingen, terwijl dit ook een aspect is van casuïstiek bespreken.

Figuur 4-2. In hoeverre komen deskundigheidsbevordering en het bespreken van casuïstiek in de PaTz-groep tot zijn recht? (bron: voorzitters)



Huisartsen en verpleegkundigen zijn zeer te spreken over de deskundigheidsbevordering<sup>14</sup>; 49% van huisartsen en 65% van de verpleegkundigen vond dit aspect heel nuttig (Fig. 4-3). Ook over de casuïstiek besprekingen zijn de huisartsen en verpleegkundigen zeer te spreken; 57% van huisartsen en 76% van de verpleegkundigen vond dit aspect heel nuttig (Fig. 4-4).

Figuur 4-3. In hoeverre heeft u deskundigheidsbevordering tijdens PaTz als nuttig ervaren? (bron: huisartsen en verpleegkundigen)

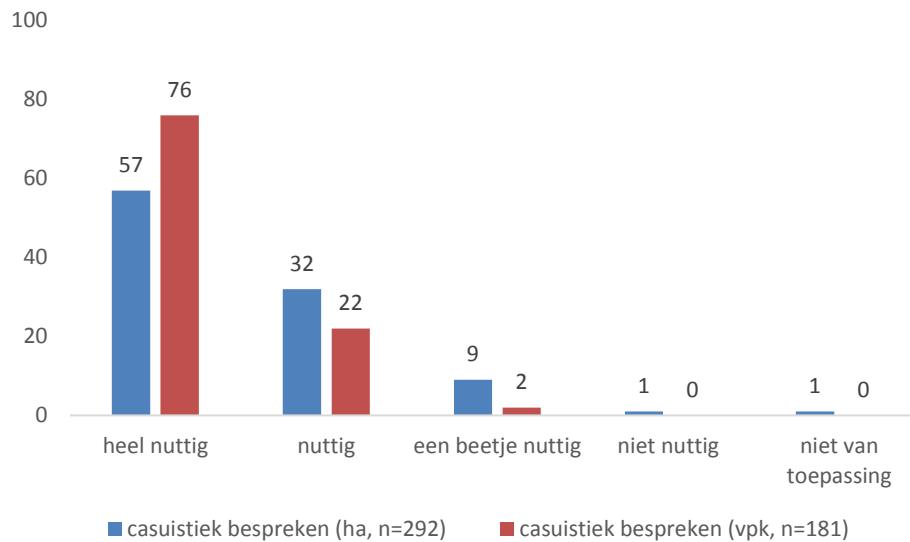


<sup>14</sup> De vraag was:

In hoeverre heeft u de volgende aspecten van PaTz als nuttig ervaren?

De aspecten waren: deskundigheidsbevordering; casuïstiek bespreken; emotionele ondersteuning; praktische ondersteuning. Voor deze aspecten konden huisartsen en verpleegkundigen kiezen uit de volgende antwoorden; niet nuttig – een beetje nuttig – nuttig – heel nuttig – niet van toepassing. Mogelijk werd 'deskundigheidsbevordering' vooral beantwoord met betrekking tot de thema besprekingen, terwijl dit ook een aspect is van casuïstiek bespreken.

Figuur 4-4. In hoeverre heeft u het bespreken van casuïstiek tijdens PaTz als nuttig ervaren? (bron: huisartsen en verpleegkundigen)



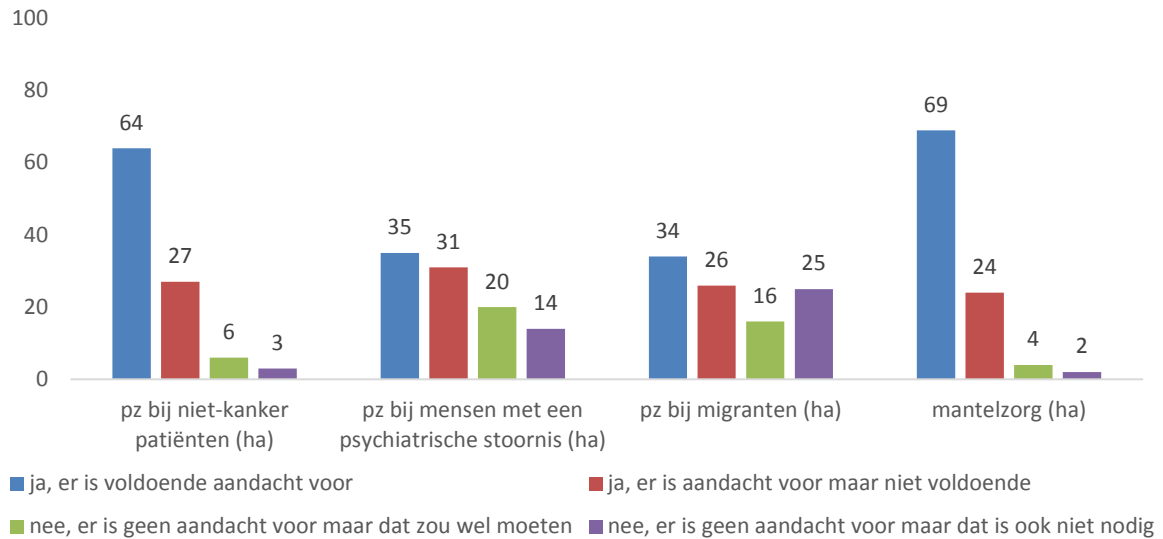
#### Evaluatie na overlijden en aandacht voor verschillende patiëntengroepen en onderwerpen.

In 99% van de groepen wordt de zorg na overlijden geëvalueerd, 49% van de voorzitters geeft aan dat alle overleden patiënten besproken worden, de rest bespreekt een selectie. Dit gebeurt met name als er bijzonderheden, problemen of leerzame situaties zijn of op initiatief van een arts of verpleegkundige. Zoals in figuur 4-5 A en B is te zien, wordt volgens de meerderheid van de huisartsen en verpleegkundigen voldoende aandacht besteed aan palliatieve zorg bij niet-kanker patiënten en mantelzorg, hoewel er ook nog tussen de 23% en 31% van de deelnemers aangeeft dat er meer aandacht voor zou mogen zijn. Er is minder vaak voldoende aandacht voor palliatieve zorg aan patiënten met een psychiatrische stoornis en aan patiënten met een migratieachtergrond.

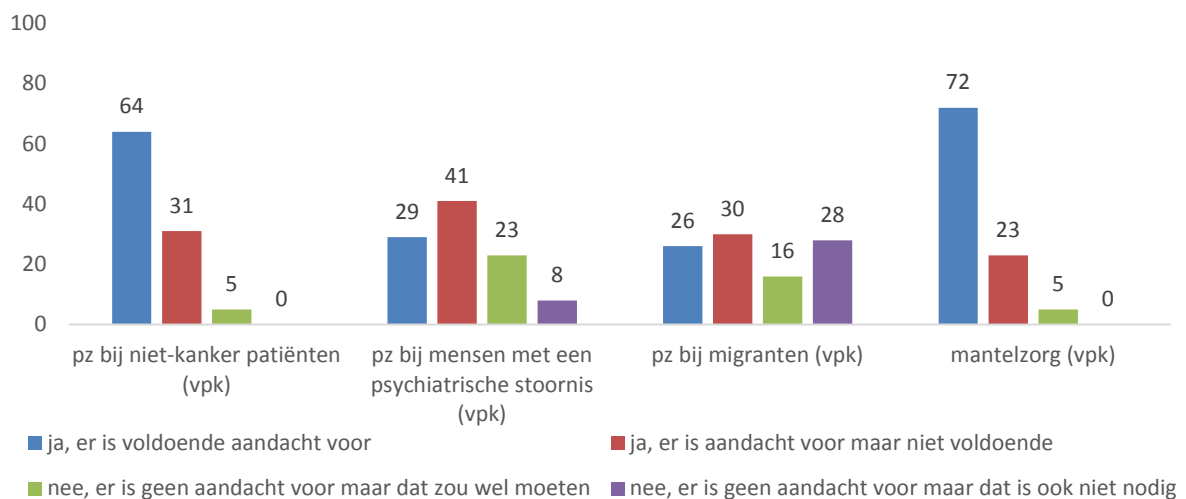
Volgens de meerderheid van de huisartsen en verpleegkundigen is er voldoende aandacht voor rouw- en nazorg, ondersteuning in het tijdig identificeren van patiënten met palliatieve zorgbehoeften, psychologische aspecten, zingeving en lichamelijke klachten (Fig. 4-6 A en B). Behalve wat betreft lichamelijke klachten, geven echter ook nog tussen de 16% en 37% van de deelnemers aan dat er meer aandacht voor deze onderwerpen zou mogen zijn, waarbij verpleegkundigen vaker aangeven dat er meer aandacht zou mogen zijn dan huisartsen.



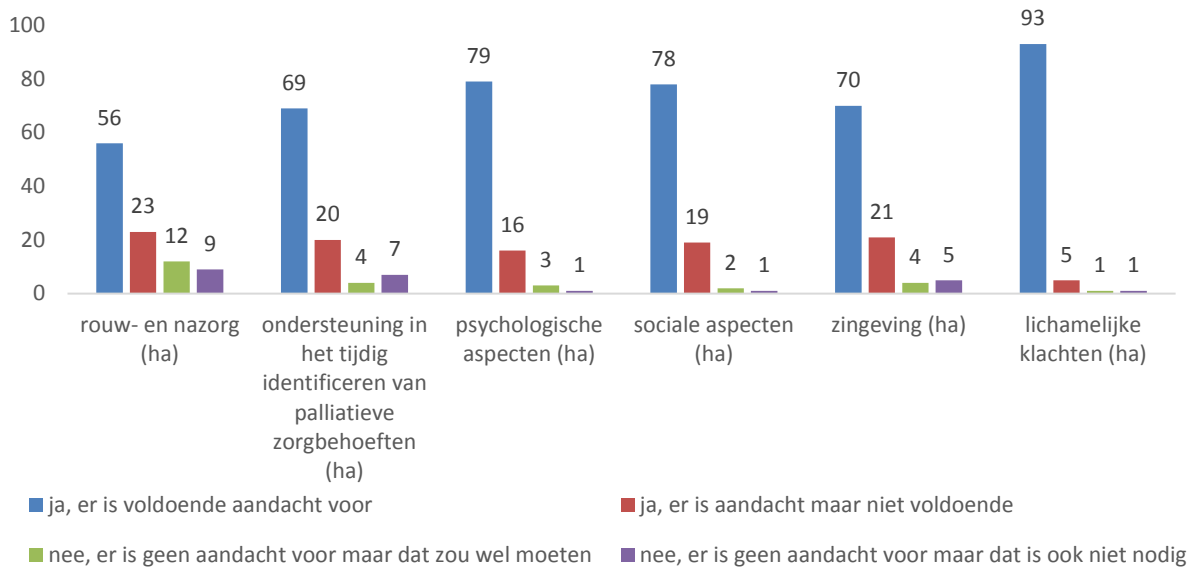
Figuur 4-5A. Is er voldoende aandacht voor de volgende patiëntgroepen tijdens PaTz bijeenkomsten? (bron: huisartsen)



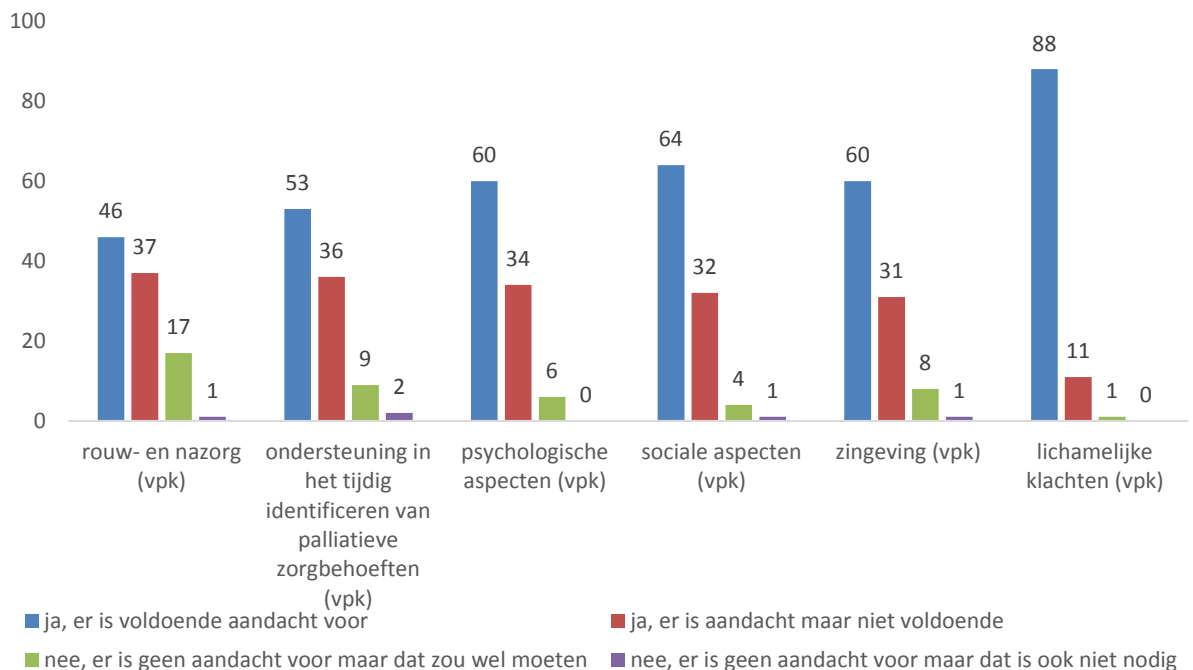
Figuur 4-5B. Is er voldoende aandacht voor de volgende patiëntgroepen tijdens PaTz bijeenkomsten? (bron: verpleegkundigen)



Figuur 4-6A. Is er voldoende aandacht voor de volgende onderwerpen tijdens PaTz bijeenkomsten? (bron: huisartsen)



Figuur 4-6B. Is er voldoende aandacht voor de volgende onderwerpen tijdens PaTz bijeenkomsten? (bron: verpleegkundigen)



Volgens de voorzitters verdienen de volgende onderwerpen meer aandacht in de PaTz bijeenkomsten<sup>15</sup>:

Categorie	Aantal keren genoemd	Specifiek genoemde aandachtspunten
zingevingsvraagstukken	46	rol van de geestelijk verzorger, religie en kerkgemeenschap; wat is belangrijk voor de patiënt; wat wil iemand nog. Hierbij werd vermeld dat de aanwezigheid van de geestelijk verzorger een pluspunt, of nodig was om invulling te geven aan dit thema.
mantelzorg	26	overbelasting signaleren / voorkomen; hoe geef je aandacht aan mantelzorg; mogelijkheden van ondersteuning.
psychologische aspecten	21	angst, depressie / stemming, rouw
sociale aspecten	17	Familie banden / naasten van patiënt; achtergrond van de patiënt
lichamelijke aspecten	14	symptomen (delier, dyspneu, gebrek aan eetlust, kortademigheid, pijn, vermoeidheid); acute somatische problematiek; off label gebruik (ervaringen, tips van deskundigen); advance care planning
overige thema's	29	thuiszorg en organisatie van zorg; ervaringen van pt/naasten; overdracht HAP; technische onderwerpen (bijv. de verschillende soorten subcutane infuussystemen).

### Terugkerende thema's

Aan voorzitters en consultants is gevraagd of er bepaalde onderwerpen zijn die met regelmaat terugkeren (mbt patiëntenzorg of meer algemeen over palliatieve zorg)? Voorzitters gaven de volgende top 3 van regelmatig terugkomende onderwerpen: symptoombestrijding (zoals pijn of delier); palliatieve sedatie; aspecten van samenwerking. Consultants gaven als top 3: aspecten mbt de patiënt en/of naasten (zoals problemen in de communicatie, ontkenning van de patiënt); palliatieve sedatie; symptoombestrijding (zoals pijn of delier). Ruim een derde (35%) van de voorzitters en 15% van de consultants gaf aan dat er geen terugkerende onderwerpen zijn.

### Wat kan palliatieve zorg moeilijk maken?

In een open vraag is aan verpleegkundigen en huisartsen gevraagd wat zaken zijn die de zorg voor een patiënt met palliatieve zorgbehoeften moeilijk maakt. Op deze vraag gaven 263 huisartsen en 107 verpleegkundigen antwoord (respectievelijk 90% en 55% van de respondenten). De top 5 van genoemde zaken zijn:

<sup>15</sup> De vraag was: 'Welke onderwerpen of thema's verdienen meer aandacht?'; vervolgens kon men voor de categorieën lichamelijke klachten; psychologische aspecten; sociale aspecten; zingevingsvraagstukken; mantelzorg; en 'andere, namelijk' in een open tekstveld aangeven wat meer aandacht behoeftte in die categorie.

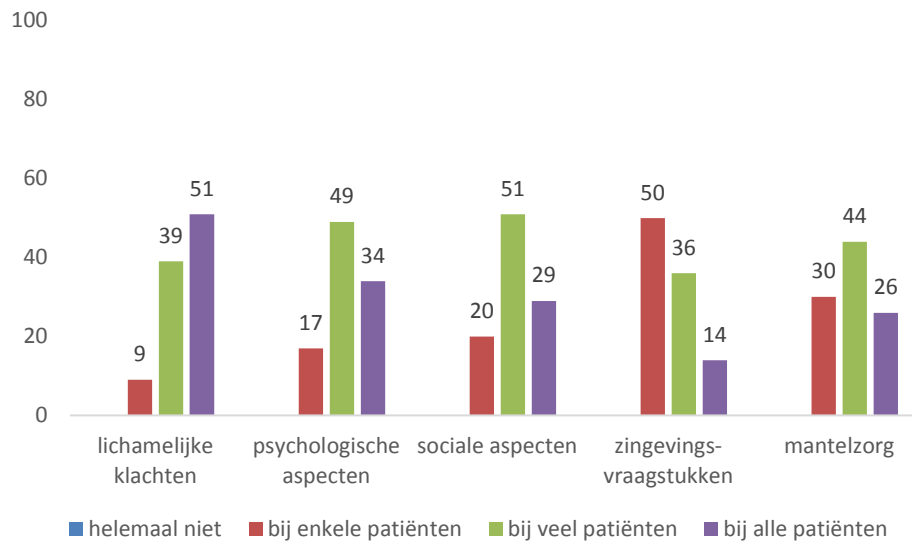
Huisartsen (n=263):	Verpleegkundigen (n=107):
Familie (57 keer genoemd)	Samenwerking (70 keer genoemd)
Samenwerking (49 keer genoemd)	Familie (21 keer genoemd)
Beschikbaarheid zorg / versnippering zorg / personeelstekort (44 keer genoemd)	Beschikbaarheid zorg / versnippering zorg / personeelstekort (13 keer genoemd)
Tijdsintensief (36 keer genoemd)	Laat ingeschakeld (11 keer genoemd)
Medisch inhoudelijk (bv symptoombestrijding en sedatie) (30 keer genoemd)	Ontkenning door pt / mantelzorger (9 keer genoemd)

De zaken genoemd in de top drie zijn bij huisartsen en verpleegkundigen dezelfde, hoewel de volgorde anders is. Bij 'familie' worden bijvoorbeeld tegenstrijdige meningen over de beste zorg genoemd en huisartsen geven aan dat ze druk ervaren vanuit de familie (en soms ook de patiënt zelf) t.a.v. zorg. Hierbij wordt het woord 'eisend' vaak gebruikt, waaruit blijkt dat het om aanzienlijke druk gaat. En wat betreft samenwerking gaat het bijvoorbeeld over gebrekkige communicatie. Het gaat hier overigens niet alleen over de samenwerking tussen de huisarts en verpleegkundige. Regelmatig wordt ook genoemd dat er een veelheid aan personen of disciplines zijn rondom de patiënt, en dat afstemming van beleid met al die personen veel tijd kan kosten. Verder constateren zowel de huisarts als de verpleegkundigen dat versnippering van de zorg en beschikbaarheid van zorg de zorg voor een patiënt complex kunnen maken. Het gaat hier in de eerste plaats om de veelheid aan thuiszorgorganisaties, ieder met hun eigen aanbod (bv wel of geen gespecialiseerd team of 24-uurs zorg), en dat thuiszorg teams geen nieuwe patiënten aannemen. Een enkele keer wordt ook genoemd dat er op het moment dat het nodig was geen plek vrij was in een hospice en dat het soms moeilijk zoeken is in het zorgaanbod.

### **Observaties en inbreng van de consulent**

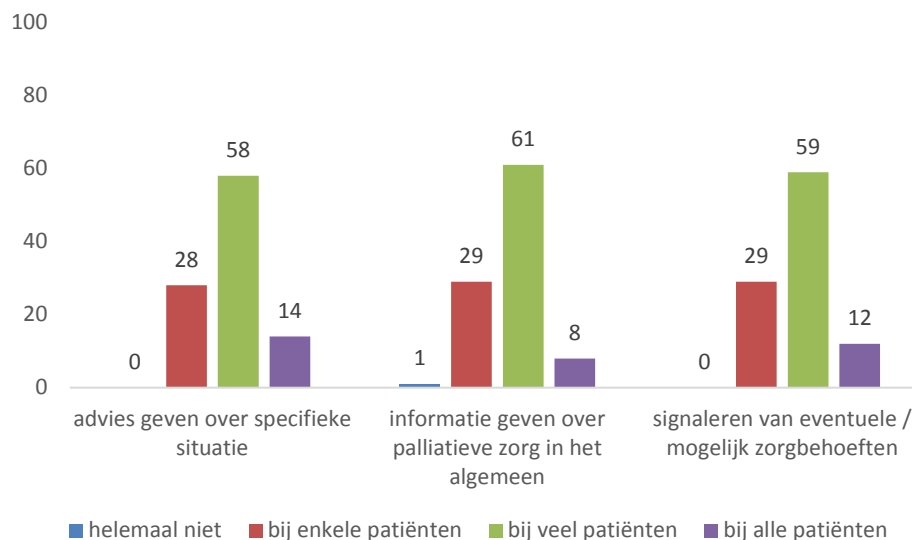
Aan de consulenten is gevraagd in welke mate lichamelijke klachten, psychologische en sociale aspecten, zingeving en mantelzorg aan de orde komen bij patiënt besprekingen (Fig. 4-7). Voor wat betreft lichamelijke klachten geven 51% van de consulenten aan dat dit voor alle patiënten besproken wordt, psychologische aspecten worden volgens 34% van de consulenten voor alle patiënten besproken, gevolgd door sociale aspecten (29%), mantelzorg (26%) en zingeving (14%). Alle aspecten worden minimaal bij enkele patiënten besproken (het antwoord 'helemaal niet' wordt voor geen van de aspecten gegeven).

Figuur 4-7. In welke mate komen de volgende gespreksonderwerpen aan de orde tijdens patiëntbesprekingen? (bron: consulenten)



Wat betreft de inbreng van de consulent geeft de consulent het meest vaak aan dat hij/zij bij alle of veel patiënten advies geeft over specifieke situaties (Fig. 4-8).

Figuur 4-8. Wat is uw inbreng bij patiënt besprekingen? (bron: consulenten)



### Waar zitten lacunes in de kennis van huisartsen en verpleegkundigen over palliatieve zorg?

Consulenten geven in hun antwoord op deze vraag regelmatig aan dat de kennis over het algemeen goed is, en opperen dat in PaTz een selectie zit van zorgverleners voor wie de kennis van palliatieve zorg beter is dan gemiddeld. Lacunes werden vaker geïdentificeerd voor huisartsen dan voor verpleegkundigen. Wat betreft huisartsen wordt het meest het vroegtijdig in gesprek gaan met de patiënt over zorgvoorkeuren (ACP) als lacune genoemd. Ook het pro actief denken en het scenario denken / palliatief redeneren worden veel genoemd, en verder symptoombestrijding. Wat betreft verpleegkundigen worden symptoom-herkenning en -bestrijding het meest genoemd, vervolgens

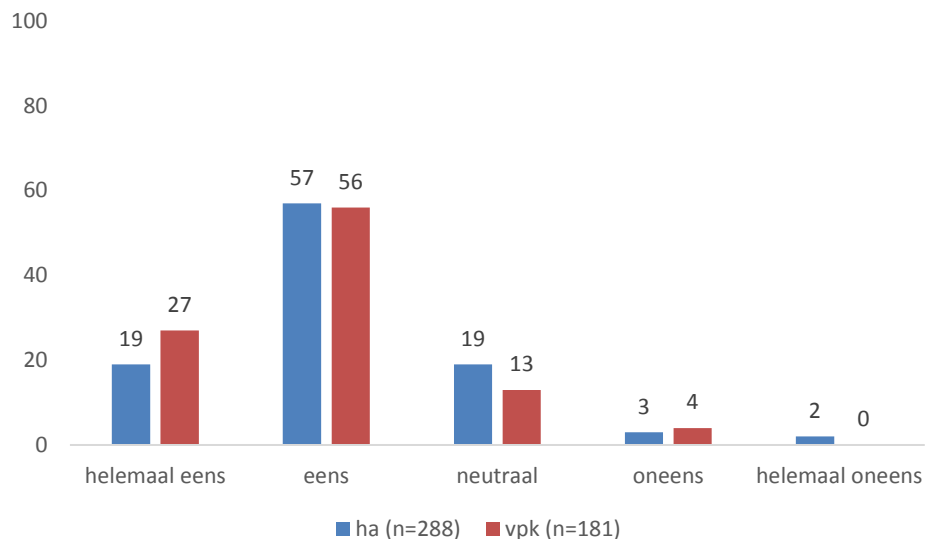
aspecten van de communicatie met de huisarts, kennis over palliatieve sedatie en communicatie specifiek hierover met de huisarts. Ten derde wordt de brede blik en de samenhang tussen de vier dimensies van palliatieve zorg als kennislacune van verpleegkundigen genoemd.

## Hoofdstuk 5. Samen

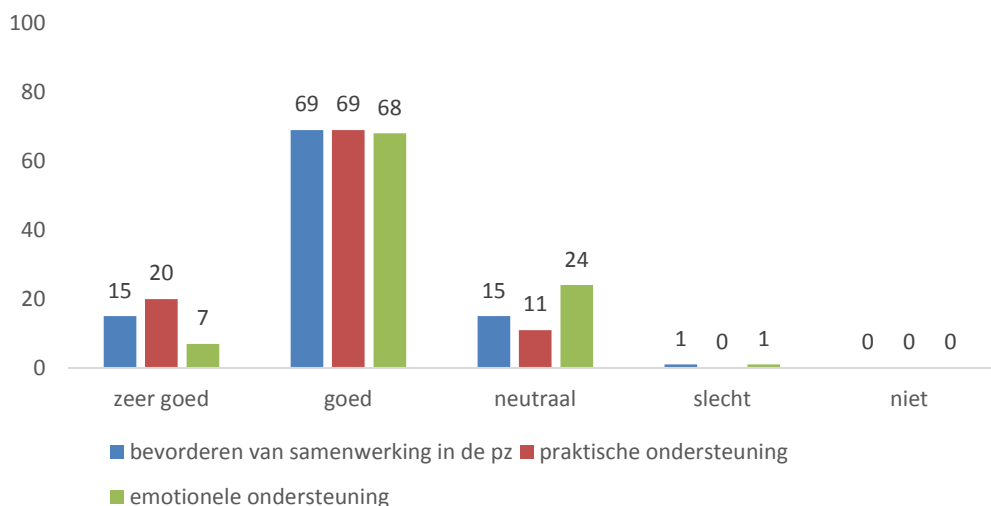
De derde pijler van PaTz is 'samen'. Palliatieve zorg is multidisciplinaire zorg, waarbij in de eerste lijn het kernteam bestaat uit de huisarts en verpleegkundigen. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op samenwerking tussen de huisarts en verpleegkundigen, maar ook op aspecten die voortvloeien uit het samen bespreken van patiënten met palliatieve zorg behoeften, zoals praktische en emotionele ondersteuning die al dan niet wordt ervaren tijdens PaTz bijeenkomsten.

De samenwerking tussen de huisarts en verpleegkundigen is inderdaad verbeterd door PaTz, volgens de huisartsen en verpleegkundigen (Fig. 5-1). Voorzitters geven aan dat het bevorderen van de samenwerking goed tot zeer goed tot zijn recht komt in PaTz (Fig. 5-2). Ook praktische en emotionele ondersteuning komen goed (respectievelijk 69%, 68%) tot zeer goed (respectievelijk 20%, 7%) tot zijn recht in PaTz (Fig. 5-2).

Figuur 5-1. Stelling: De samenwerking met verpleegkundigen/huisartsen is verbeterd door PaTz. (bron huisartsen en verpleegkundigen)

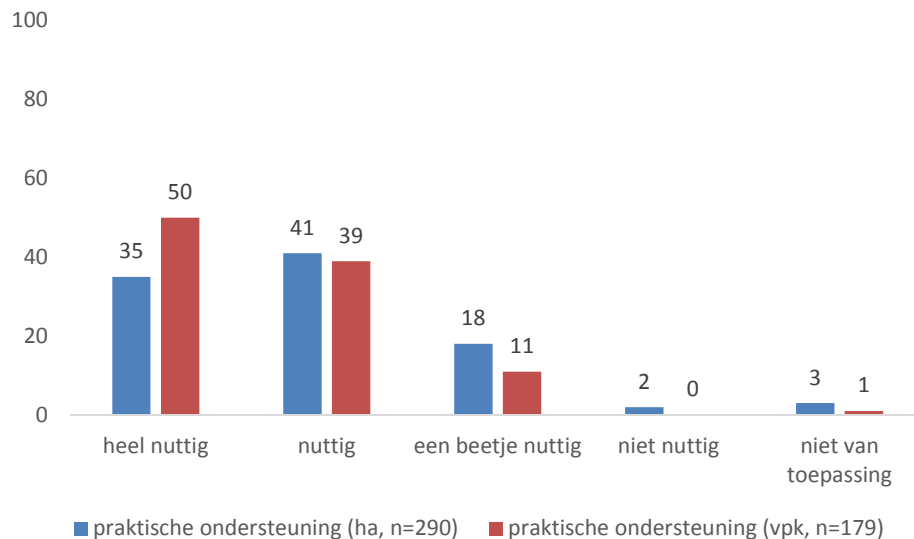


Figuur 5-2. In hoeverre komen de volgende aspecten in de PaTz-groep tot zijn recht? (bron: voorzitters)

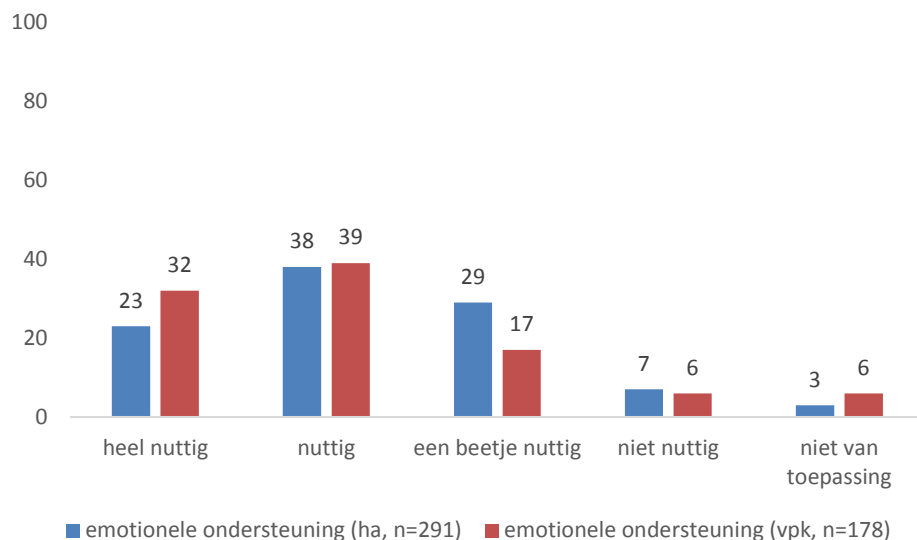


Een ruime meerderheid van huisartsen en verpleegkundigen heeft de praktische en emotionele ondersteuning als nuttig ervaren (Fig. 5-3 en Fig. 5-4).

Figuur 5-3. In hoeverre heeft u de praktische ondersteuning tijdens PaTz als nuttig ervaren? (bron huisartsen en verpleegkundigen)



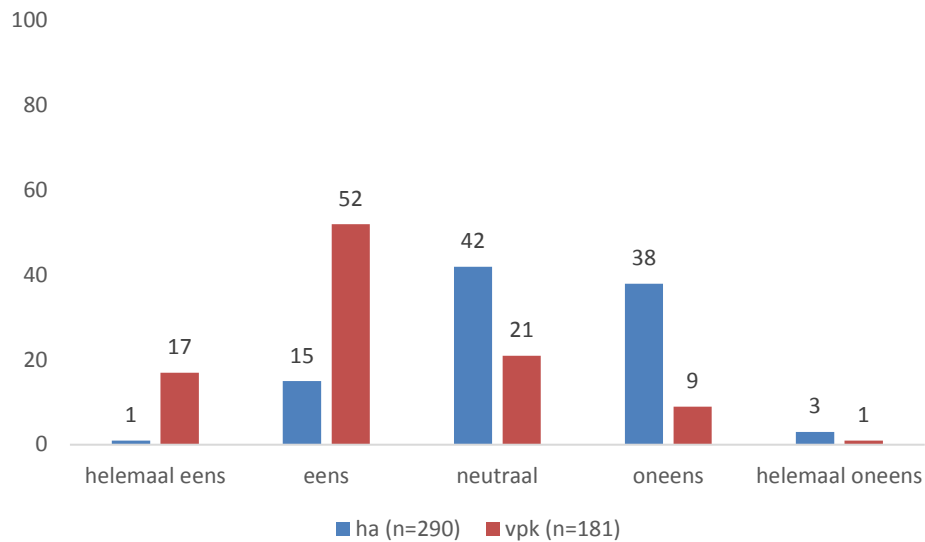
Figuur 5-4. In hoeverre heeft u de emotionele ondersteuning tijdens PaTz als nuttig ervaren? (bron huisartsen en verpleegkundigen)



Mogelijk heeft PaTz ook effecten op de samenwerking met de tweede lijn. Daarom was ook daarover een stelling voorgelegd aan de huisartsen en verpleegkundigen. Hoewel het merendeel van de verpleegkundigen wel een verbetering in de samenwerking met de tweede lijn ziet, ervaren huisartsen dit niet (Fig. 5-5).



Figuur 5-5. Stelling: PaTz maakt de samenwerking met de tweede lijn beter. (bron huisartsen en verpleegkundigen)



### Samenstelling PaTz-groep; verhouding tussen huisartsen en verpleegkundigen.

Bijna alle (92%) groepen draaien in een vaste samenstelling. Bij zeven groepen varieert de samenstelling. Gewoonlijk nemen er meer huisartsen dan verpleegkundigen deel aan een PaTz-groep. In Tabel 5-1 staat weergegeven hoeveel huisartsen, verpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen deelnemen; uit de figuur blijkt dat er veel variatie is hierin (gerapporteerd staan de minima en maxima, er is dus een groep zonder verpleegkundigen en er is ook een groep met 12 verpleegkundigen). Stichting PaTz geeft aan opstartende groepen de richtlijn van 6 – 10 huisartsen en de verpleegkundigen van 2 – 3 thuiszorgorganisaties.

Tabel 5-1. Samenstelling PaTz-groep (bron: voorzitters)

Discipline	Min - Max	Gem (SD)	Mediaan
Huisartsen	1-15	6,5 (2,5)	6
Verpleegkundigen en verzorgenden	0-12 <sup>16</sup>	3,9 (2,3)	3
Gespecialiseerd vpk	0-7	1,7 (1,2)	1

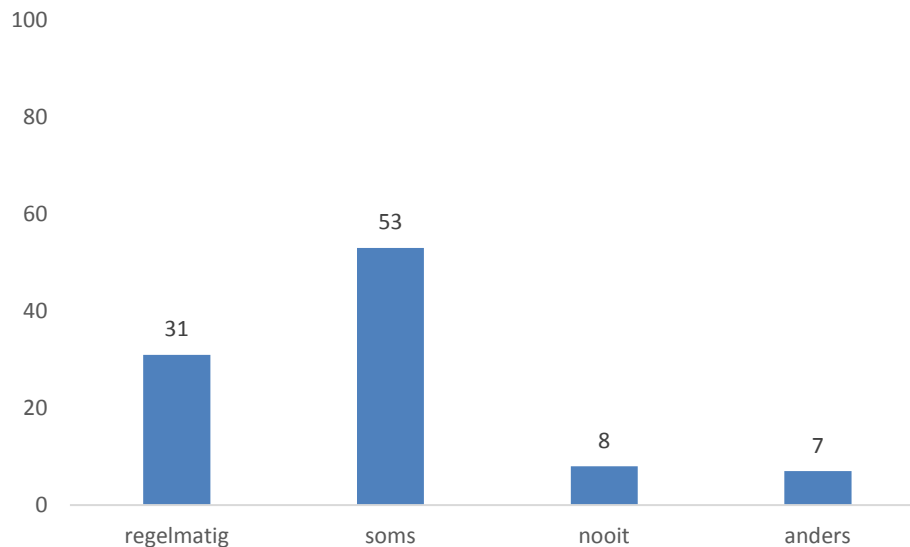
De meeste voorzitters geven aan dat de verhouding tussen huisartsen en verpleegkundigen in aantal goed is (48 keer genoemd, meerdere antwoorden mogelijk). Wanneer deze niet goed is, wordt het meest genoemd dat het aantal verpleegkundigen hoger mag zijn. Ook de verhouding in inbreng is volgens de meeste voorzitters goed (32 keer genoemd, meerdere antwoorden mogelijk). Wanneer deze niet goed is, wordt het meest genoemd dat er meer inbreng van de verpleegkundigen mag zijn.

Gemiddeld genomen zijn de huisartsen 67% van de tijd aan het woord (mediaan 70%) en verpleegkundigen 32% van de tijd (mediaan 30%). De meeste verpleegkundigen geven aan dat ze gelegenheid krijgen van de voorzitter en andere PaTz-deelnemers om mee te praten tijdens

<sup>16</sup> Er is een groep waarbij zowel geen verpleegkundigen als verzorgenden zitten en ook geen gespecialiseerd verpleegkundigen.

bijeenkomsten; op een schaal van 1 tot 10 (waarbij 1 staat voor 'totaal geen gelegenheid' en waarde 10 'alle mogelijke gelegenheid') geven ze gemiddeld een 8,6 (SD 1,3) en de mediaan is 8,5. Een onvoldoende (score lager dan 6) wordt door 3% van de verpleegkundigen gegeven. De meeste verpleegkundigen brengen soms (53%) of regelmatig (31%) casuïstiek in tijdens een PaTz bijeenkomst (Fig. 5-6). Bij het antwoord 'anders' kon een toelichting worden gegeven, daar werd vaak aangegeven dat ze nog maar een of twee bijeenkomsten bijgewoond hadden, ook gaven sommige verpleegkundigen aan dat de huisarts (gezamenlijke) patiënten namens hen inbrachten.

Figuur 5-6. Brengt u wel eens casuïstiek in tijdens een PaTz-bijeenkomst? (bron: verpleegkundigen)



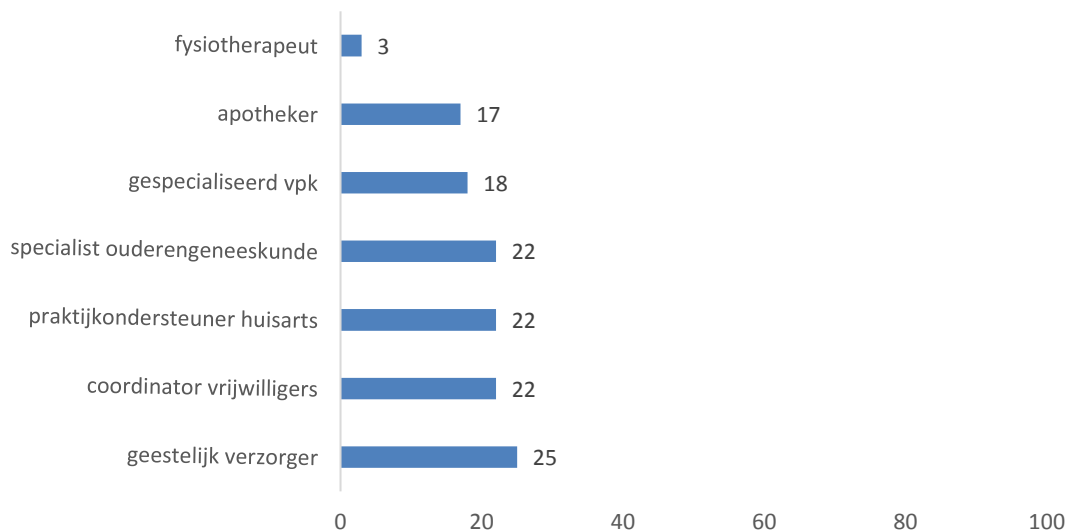
Huisartsen waarderen de inbreng van de verpleegkundigen; ze hebben een aanvullende blik op de situatie van de patiënt, kennen de patiënt goed, komen met praktische tips en hebben kennis van zaken. Een aantal huisartsen geeft ook verbeterpunten, zo mogen verpleegkundigen in sommige groepen zich minder bescheiden en afwachtend opstellen en actiever inbreng geven. Soms geven huisartsen ook aan dat verpleegkundigen juist wat te uitgebreid zijn in hun inbreng; het mag voor hen wat korter en bondiger (meer 'to-the-point'). Verder blijft het een pijnpunt dat er altijd een selectie van verpleegkundigen aan tafel zit en dus niet altijd de verpleegkundigen die betrokken zijn bij de patiënten die besproken worden (hierbij wordt door een aantal huisartsen ook opgemerkt, dat omdat de verpleegkundigen in hun groep niet in het register kunnen, dit de voorbereiding van verpleegkundigen ook hindert).

Tenslotte de beleving van de verpleegkundigen zelf. De overgrote meerderheid (97%) van de verpleegkundigen geeft aan dat ze het idee hebben dat hun inbreng tijdens bijeenkomsten gewaardeerd wordt door andere PaTz-deelnemers. Gevraagd naar waar dat uit blijkt wordt veel genoemd: er wordt geluisterd; er is een open sfeer en/of een nadruk op van elkaar leren; er wordt met hen meegedacht; als verpleegkundige meedenkt dan wordt daar iets mee gedaan. Er is echter ook 5% (antwoorden ja en nee sloten elkaar niet uit, beide antwoorden konden gegeven worden) die vindt dat er niet altijd waardering is. Uit toelichting blijkt dat er dan dat er een sterk medische focus is (de aanvullende kennis van de verpleegkundige 'past' niet in die focus) of dat de verpleegkundige de patiënten niet kent (dit laatste zou niet perse een belemmering hoeven zijn om mee te kunnen denken).

### Samenstelling PaTz-groep; deelname van andere disciplines naast huisartsen en verpleegkundigen.

Twee derde (66%) van de voorzitters geeft aan dat er naast de huisarts, verpleegkundige en consulent ook andere disciplines deelnemen. Meestal (30%) gaat het om twee extra disciplines. De geestelijk verzorger wordt het meest genoemd (Fig. 5-7). Doorgaans (64%) worden zij gevraagd voor deelname (bron: vragenlijst overige disciplines)<sup>17</sup>. De meerderheid is sinds 2018 aangesloten bij een PaTz-groep, en in de voorgaande 12 maanden hebben zij gemiddeld aan 5 (SD 1) bijeenkomsten deelgenomen.

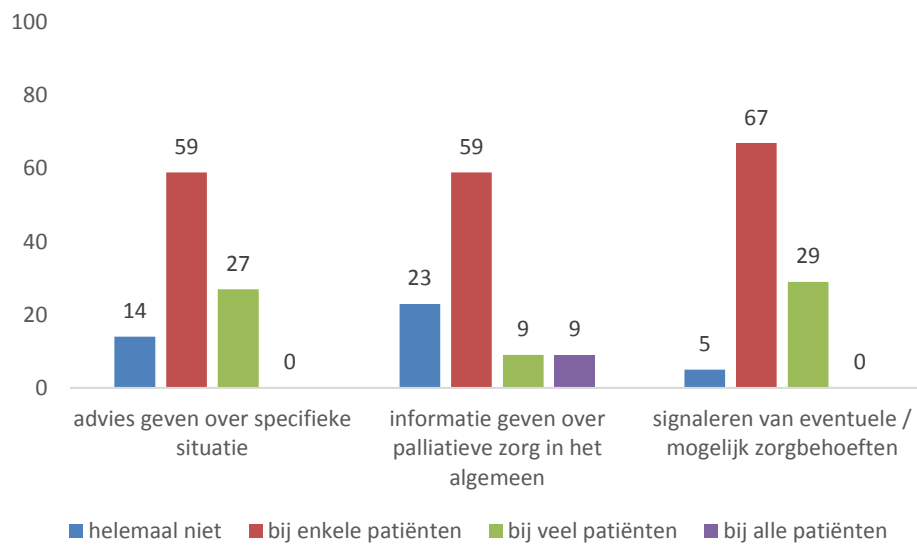
Figuur 5-7. Nemen naast de huisarts, verpleegkundige en consulent nog andere disciplines deel aan de bijeenkomsten? Zo ja, welke disciplines zijn dat? (bron: voorzitters)



Het merendeel van de personen die vanuit een andere discipline deelneemt aan PaTz geven over enkele patiënten die besproken worden advies over een specifieke situatie, informatie over palliatieve zorg in het algemeen, en signaleren eventuele zorgbehoeften bij enkele patiënten (Fig. 5-8).

<sup>17</sup> De vragenlijst voor overige disciplines is ingevuld door 22 personen: 7 praktijkondersteuners van de huisarts, 6 apothekers, 2 fysiotherapeuten en geestelijk verzorgers, 1 specialist ouderengeneeskunde, 1 physician assistant, 1 verpleegkundig specialist, 1 GZ psycholoog en 1 coördinerend wijkgroep ondersteuner.

Figuur 5-8. Wat is uw inbreng bij patiënt besprekingen? (bron: overige disciplines)



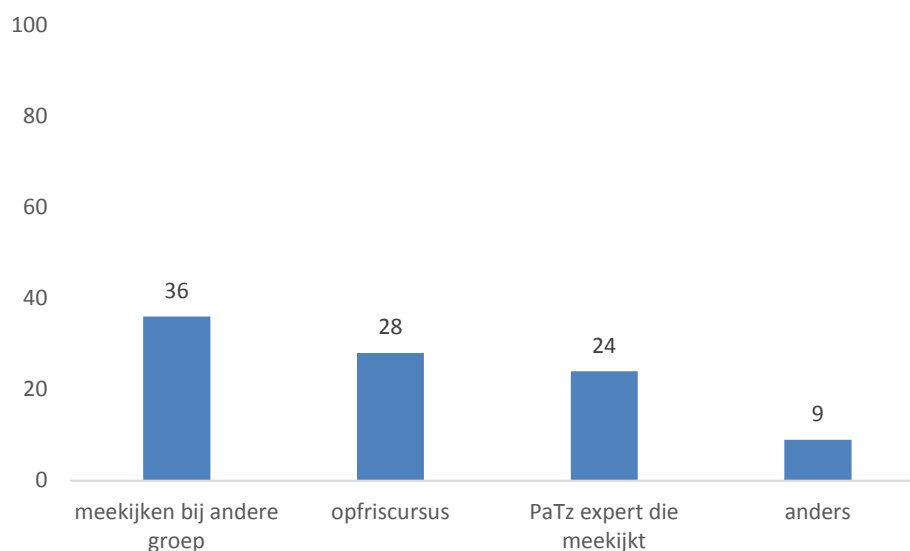
De belangrijkste meerwaarde van deelname van andere disciplines aan PaTz voor huisartsen en verpleegkundigen, is het delen van kennis (naar mening van de andere disciplines). Voor zichzelf is de meerwaarde van deelname aan PaTz ook in het kennis aspect; kennis delen gaat twee kanten uit. Verder wordt ook genoemd dat de afstemming van zorg meerwaarde heeft en dat ze informatie kunnen geven over hun werk en de meerwaarde van betrokkenheid van hun discipline in het algemeen (leidend tot betere inzetbaarheid). De belangrijkste voorwaarden voor deelname van andere disciplines aan PaTz zijn dat de disciplines relevante kennis hebben en deze delen en dat de deelnemers gezamenlijke patiënten hebben.

## Hoofdstuk 6. Ondersteuning aan voorzitters van PaTz-groepen

Van de voorzitters heeft 66% (52 personen) de NHG cursus voor PaTz voorzitters gevolgd. Vierendertig voorzitters geven aan wat ze nuttig vonden aan de cursus. De voorzitters hebben het meest gehad aan informatie over de techniek van het voorzitten, het horen van ervaringen van anderen en informatie over het hoe en waarom van PaTz. Twintig voorzitters geven verbeterpunten aan voor de cursus. Belangrijkste punten zijn dat deelnemers graag praktische informatie over het gebruik van het register in de bijeenkomst hadden gewild (liefst ook oefenen met de Portal), en meer hadden willen horen over hoe je inhoudelijk goed invulling geeft aan de vergadering. Een deel van de voorzitters ondervond weinig tot geen meerwaarde van de cursus, informatie was al bekend en/of de cursus had veel bondiger gekund.

Verder is aan voorzitters gevraagd wat ze graag zouden leren qua methodiek, in de samenwerking met de consulent, en overige leerpunten. Wat betreft methodiek worden het stimuleren van inbreng en interactie genoemd (inclusief 'lastige' situaties voor de voorzitter zoals tegenstrijdige gezichtspunten of emoties die boven komen tijdens een bespreking) en behoefte aan structuur (inclusief het gebruik van methodieken die daarbij helpend kunnen zijn) het meest genoemd. Wat betreft samenwerking met de consulent geven de voorzitters aan dat die goed gaat. Voor zover ze hierin iets willen verbeteren gaat het over onderlinge afstemming voorafgaand aan de bijeenkomst en meer ruimte geven aan de consulent tijdens de bijeenkomst voor inbreng. Als overig leerpunten wordt met name het motiveren van potentiële deelnemers en het enthousiast houden van huidige deelnemers genoemd (hoe houd je het leuk, en hoe zorg je dat iedereen inbreng deelt), en er is een wens om ervaringen met andere voorzitters te delen en van elkaar te leren.

Figuur 6-1. Van welke van de volgende vormen van ondersteuning zou u gebruik willen maken? (bron: voorzitters)



Ter ondersteuning hebben de voorzitters het meeste behoefte aan de mogelijkheid om een keer mee te kijken bij een andere groep (Fig. 6-1). Gevraagd wat Stichting PaTz verder kan doen om de voorzitter te ondersteunen benoemen de meeste voorzitters nascholing; op thema<sup>18</sup> of een 'verdiepingscursus

<sup>18</sup> Genoemde onderwerpen: PaTz Portal, chronische patiënten, zingeving, palliatie / somatiek

voor voorzitters' (bijvoorbeeld over technieken en het motiveren van deelnemers), een tweetal geeft hierbij aan dat er een wens is voor digitale scholing of webinars. Verder wordt intervisie genoemd. En ondersteuning bij deskundigheidsbevordering (mogelijke gastsprekers, onderwerpen, zie ook de laatste paragraaf van Hoofdstuk 2).

Aan beginnende voorzitters willen de voorzitters meegeven: volg de NHG cursus. Verder noemen zij het belang van het delen van taken; uitnodigingen rondsturen, voorzitten, de Portal of het Excel register bewerken, notuleren, tijdsbewaking – kijk wat je zelf wilt doen en waar je hulp voor inschakelt. Een paar voorzitters gaven aan dat het slim is om een ervaren verpleegkundige als vice voorzitter te vragen. Maak een taakverdeling en bereid samen de bijeenkomsten voor. Verder helpt een duidelijke planning van PaTz bijeenkomsten en het tijdig versturen van de agenda zodat de deelnemers zich kunnen voorbereiden.



**Bijlage**  
bij de Monitor 2019  
voor Stichting PaTz

## Bijlage 1. Analyses stellingen over identificeren van patiënten en vroegtijdige palliatieve zorg

We hebben onderzocht of huisartsen en verpleegkundigen die meer patiënten in *het register geplaatst hebben*, ook vaker 'eens' of 'helemaal eens' scoren op de stellingen 'PaTz maakt het identificeren van palliatieve patiënten makkelijker' en 'Door PaTz zet ik vroegtijdiger palliatieve zorg in'. Hiertoe hebben we de antwoorden op de stellingen, die op een 5-punts schaal waren ingevuld van helemaal eens tot helemaal oneens, omgezet naar '(helemaal) eens' versus de drie overige antwoordopties (neutraal; oneens; helemaal oneens).

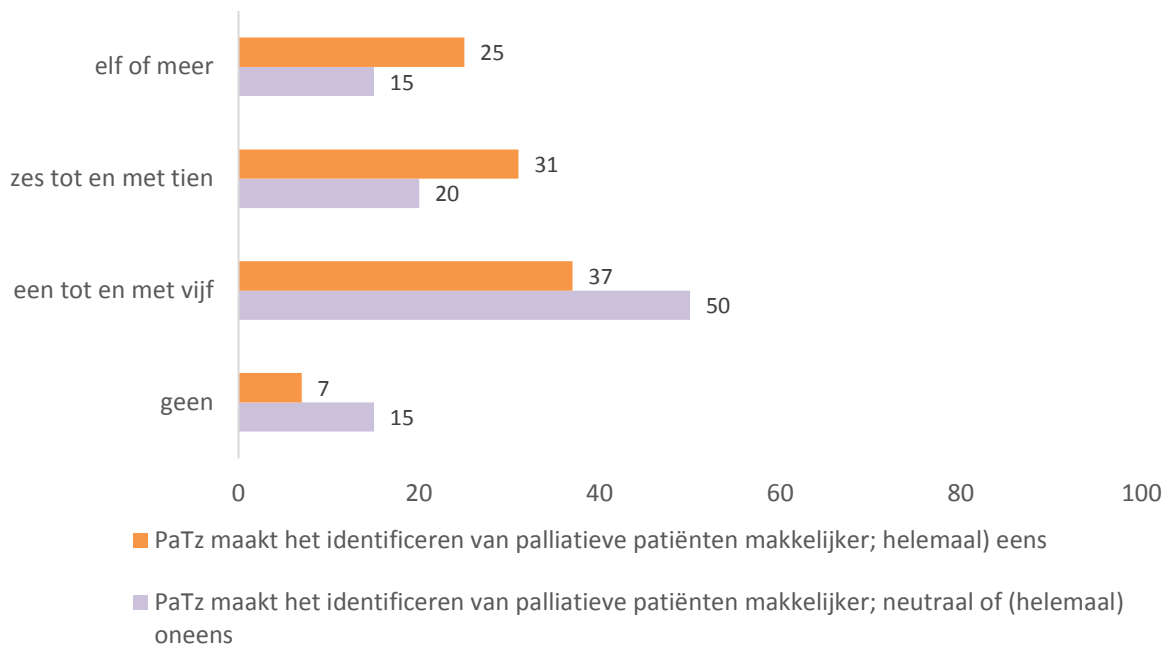
Uit grafieken S1.1 en S2.1 en de tabel blijkt een relatie tussen het aantal patiënten in het register, en de beleving van huisartsen en verpleegkundigen dat ze beter zijn in het identificeren van palliatieve patiënten en dat ze vroegtijdiger palliatieve zorg in zetten.

Verder hebben we onderzocht of huisartsen en verpleegkundigen die meer patiënten *besproken* hebben in de afgelopen 12 maanden, ook vaker 'eens' of 'helemaal eens' scoren op de stellingen over identificeren en vroegtijdige inzet van palliatieve zorg. Er is geen relatie tussen het aantal besproken patiënten en het vroegtijdiger palliatieve zorg inzetten (grafiek S2.2 en tabel), wel tussen het aantal besproken patiënten en de beleving dat ze beter zijn in het identificeren van palliatieve patiënten (grafiek S1.2 en tabel).

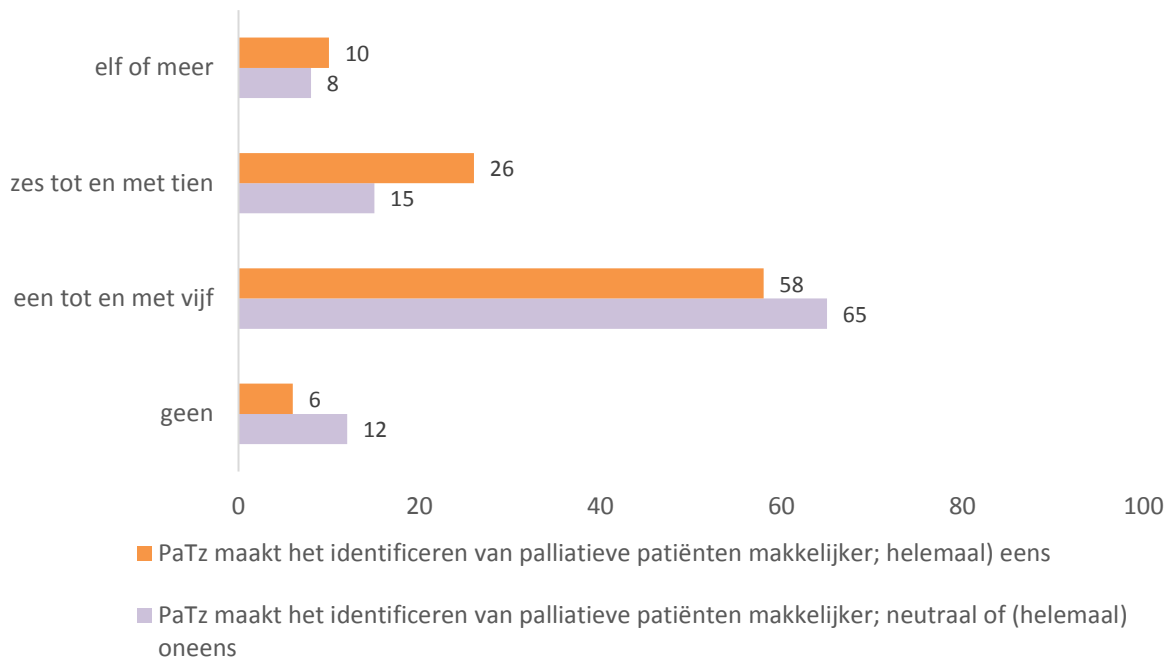


### Stelling 1: PaTz maakt het identificeren van palliatieve patiënten makkelijker

Grafiek S1-1. Reactie op stelling 1 en het aantal patiënten van de deelnemer op het register in de afgelopen 12 maanden

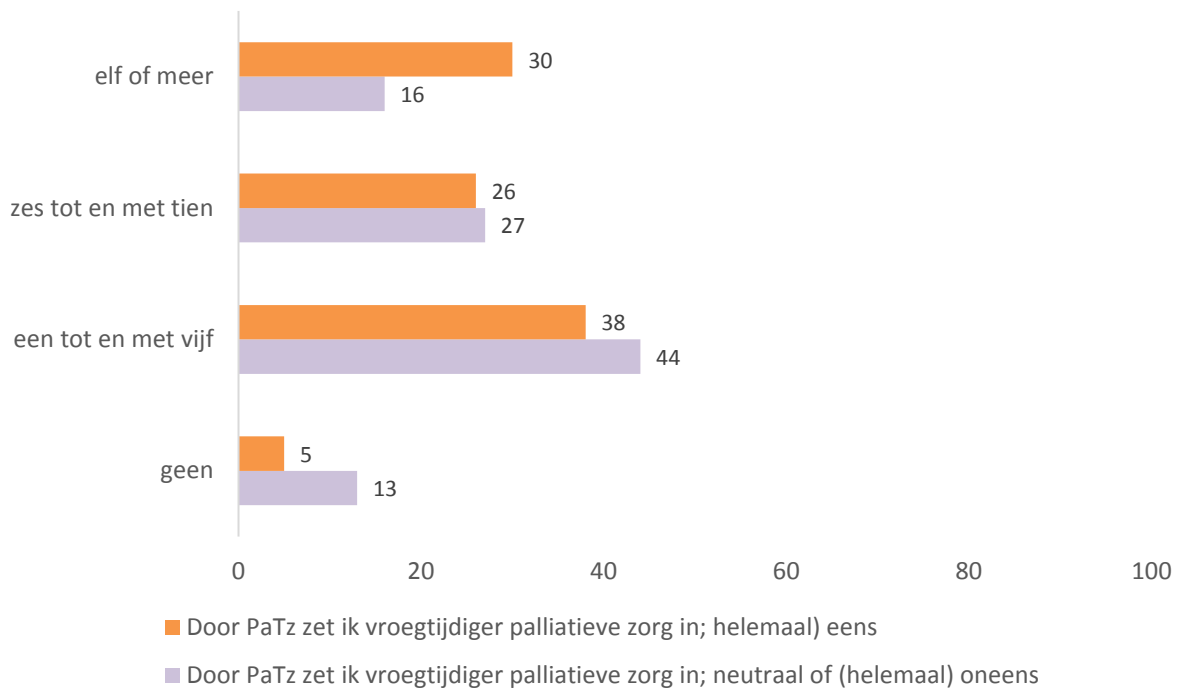


Grafiek S1-2. Reactie op stelling 1 en het aantal patiënten van de deelnemer dat is besproken in de afgelopen 12 maanden

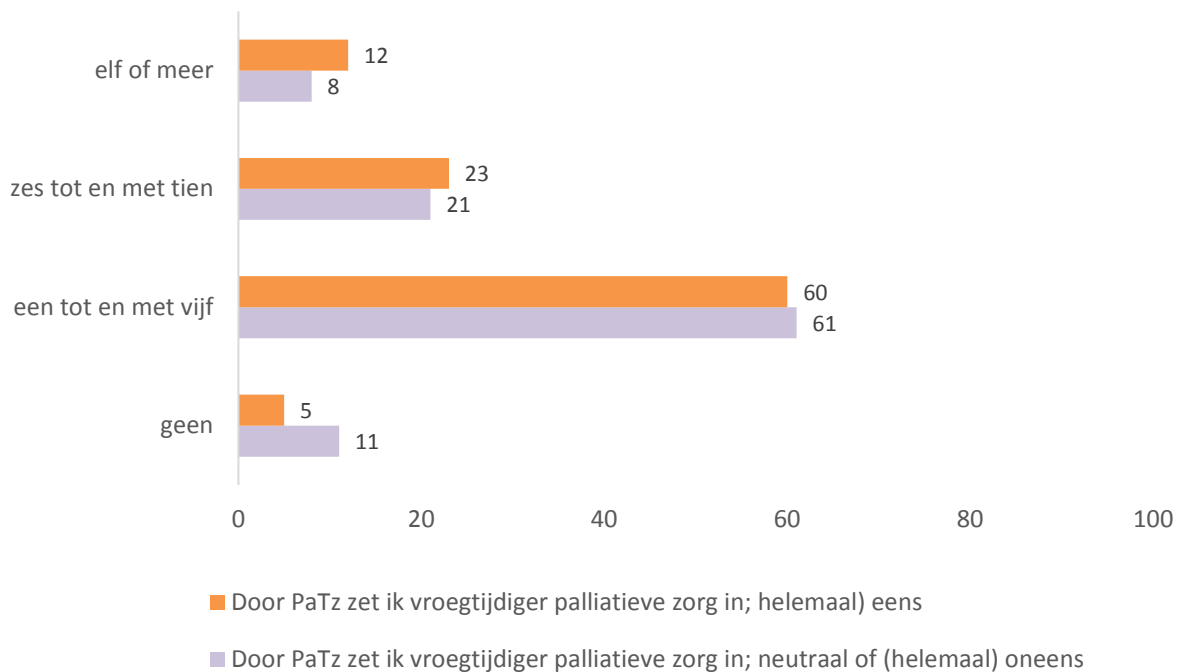


## Stelling 2: Door PaTz zet ik vroegtijdiger palliatieve zorg in

Grafiek S2-1. Reactie op stelling 2 en het aantal patiënten van de deelnemer op het register in de afgelopen 12 maanden



Grafiek S2-2. Reactie op stelling 1 en het aantal patiënten van de deelnemer dat is besproken in de afgelopen 12 maanden



### Stelling 1. PaTz maakt het identificeren van palliatieve patiënten makkelijker

	PaTz maakt het identificeren van palliatieve patiënten makkelijker; neutraal of (helemaal) oneens (aantal (%))	PaTz maakt het identificeren van palliatieve patiënten makkelijker; helemaal eens (aantal (%))	OR (CI) Bold = sign
Aantal patiënten op het register in de afgelopen 12 maanden			
- geen	25 (15%)	19 (7%)	<b>Ref</b>
- een tot en met vijf	84 (50%)	99 (37%)	<b>1.55 (0.80 – 3.01)</b>
- zes tot en met tien	34 (20%)	81 (31%)	<b>3.13 (1.53 – 6.43)</b>
- elf of meer	25 (15%)	66 (25%)	<b>3.47 (1.63 – 7.38)</b>
Aantal patiënten besproken in de afgelopen 12 maanden			
- geen	21 (12%)	18 (6%)	<b>Ref</b>
- een tot en met vijf	117 (65%)	161 (58%)	<b>1.61 (0.82 – 3.15)</b>
- zes tot en met tien	27 (15%)	73 (26%)	<b>3.15 (1.46 – 6.81)</b>
- elf of meer	15 (8%)	28 (10%)	<b>2.18 (0.90 – 5.30)</b>

### Stelling 2. Door PaTz zet ik vroegtijdiger palliatieve zorg in

	Door PaTz zet ik vroegtijdiger palliatieve zorg in; neutraal of (helemaal) oneens (aantal (%))	Door PaTz zet ik vroegtijdiger palliatieve zorg in; helemaal eens (aantal (%))	OR (CI) Bold = sign
Aantal patiënten op het register in de afgelopen 12 maanden			
- geen	36 (13%)	8 (5%)	<b>Ref</b>
- een tot en met vijf	123 (44%)	58 (38%)	<b>2.12 (0.93 – 4.85)</b>
- zes tot en met tien	74 (27%)	40 (26%)	<b>2.43 (1.03 – 5.73)</b>
- elf of meer	44 (16%)	46 (30%)	<b>4.70 (1.97 – 11.23)</b>
Aantal patiënten besproken in de afgelopen 12 maanden			
- geen	31 (11%)	8 (5%)	<b>Ref</b>
- een tot en met vijf	178 (61%)	97 (60%)	2.11 (0.93 – 4.77)
- zes tot en met tien	61 (21%)	38 (23%)	2.41 (1.00 – 5.80)
- elf of meer	23 (8%)	20 (12%)	3.37 (1.26 – 8.99)

