



Rapportage over de PaTz Monitor 2021
voor Stichting PaTz

Matthijs van Wijmen
Astrid Kodde
Erica van Maanen
Annicka van der Plas
Roeline Pasma
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 Wijmen, M., Kodde, A., van Maanen, E., van der Plas, A., Pasma, R., Onwuteaka-Philipsen, B, (2022). Rapportage over de PaTz Monitor 2021 voor Stichting PaTz. Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam.

Inhoud

Voorwoord	4
Hoofdstuk 1. Methode en respons.....	7
Hoofdstuk 2. Algemene beschrijving van het verloop PaTz-bijeenkomsten.....	9
Hoofdstuk 3. Tijdig.....	14
Hoofdstuk 4. Deskundig	19
Hoofdstuk 5. Samen	27
Hoofdstuk 6. Thema's: Proactieve zorgplanning en Nazorg	32

Voorwoord

PaTz staat voor palliatieve zorg thuis. In PaTz-groepen werken huisartsen, (wijk)verpleegkundigen en inhoudelijk deskundigen op het gebied van palliatieve zorg samen. Doel is om patiënten met palliatieve zorgbehoeften vroegtijdig in beeld te brengen en deskundigheid op het gebied van palliatieve zorg te bevorderen.

Het is van belang om te weten of PaTz daadwerkelijk werkt en of er verbeteringen aan de methode aan te brengen zijn. Een van de manieren om dit de onderzoeken is een jaarlijkse vragenlijst aan de deelnemers: de Monitor. Dit is de rapportage van de Monitor uit 2021.

Er is al een factsheet gepubliceerd, met daarin samengevat de belangrijkste uitkomsten en aanbevelingen die voortkwamen uit de Monitor 2021. We beginnen de rapportage zo met deze factsheet. De onderbouwing van de factsheet kunt u in de rest van de rapportage vinden.

Het eerste hoofdstuk behandelt de opzet van het onderzoek en geeft een beschrijving van de respons. In het tweede hoofdstuk wordt het verloop van PaTz-bijeenkomsten beschreven. Hoofdstuk 3 tot en met 5 behandelen de uitkomsten over de drie pijlers van PaTz: 'Tijdig', over het vroegtijdig in beeld brengen van patiënten en hun zorgbehoeften, 'Deskundig', over het bevorderen van deskundigheid en 'Samen', over samenwerking. In hoofdstuk 6 komen twee thema-onderwerpen aan bod, die dit jaar uitgelicht werden in de monitor, proactieve zorgplanning (in het Engels: advance care planning (ACP)) en nazorg.

Nog een algemene opmerking: in deze rapportage worden met enige regelmaat uitkomsten van dit jaar vergeleken met de edities van voorgaande jaren. Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat de zuiverheid van deze vergelijking onder druk staat doordat we niet hebben gekeken of de uitkomsten over dezelfde groepen gaan. Ook zijn er geen statistische toetsen gebruikt om te kijken of uitkomsten significant zijn (dit geldt niet alleen voor vergelijkingen, maar voor alle uitkomsten).

Factsheet PaTz Monitor 2021

Matthijs van Wijmen; Astrid Kodde; Bart Schweitzer; Annicka van der Plas;
Roeline Pasman; Bregje Onwuteaka - Philipsen

De PaTz monitor is opgezet om het functioneren van de PaTz groepen te evalueren. Met de monitor kan Stichting PaTz bestaande en nieuwe PaTz groepen ondersteunen en nieuwe ontwikkelingen volgen. De monitor wordt jaarlijks afgenomen middels een online vragenlijst. In deze factsheet vindt u de aanbevelingen voor PaTz deelnemers die voortkomen uit PaTz Monitor 2021. Stichting PaTz gaat met de uitkomsten uit de Monitor gericht verbeter- en ondersteuningsactiviteiten oppakken. De volledige rapportage, de rapportages en factsheets van de voorgaande jaren vindt u op de website www.patz.nu.

Algemeen

Ten eerste het **goede nieuws**:

- PaTz lijkt te herleven na de hevige **Corona-golven**: Respondenten geven aan weer meer bijeenkomsten te houden. Uit analyses van overleden patiënten blijkt dat patiënten vaker én eerder in het PaTz register stonden.
- Net als voorheen zeggen deelnemers vrijwel allemaal dat ze door PaTz leren over palliatieve zorg. Driekwart van de deelnemers geeft aan dat de door hen verleende palliatieve zorg beter is geworden door PaTz deelname.

En er is een aandachtspunt met tekenen van **verbetering**:

- Wijkverpleegkundigen lijken een actievere rol te nemen in de bijeenkomsten: onder de voorzitters die de Monitor invulden zijn er meer wijkverpleegkundigen dan vorige jaren. Voorzitters (69% van hen is huisarts, 21% verpleegkundige) vinden gemiddeld de inbreng van huisartsen en verpleegkundigen goed verdeeld.

Tijdig

Uitkomsten:

- Bij patiënten in het zorgregister wordt zowel volgens huisartsen als verpleegkundigen eerder een behandeling gericht op palliatie ingezet.
- Patiënten die overleden aan iets anders dan kanker, stonden minder vaak in het zorgregister dan patiënten met kanker.
- Over proactieve zorgplanning (PZP, = advance care planning, ACP): 50% van de huisartsen en 30% van de verpleegkundigen antwoordde 'we hebben geen afspraken over PZP'. De huisartsen zagen beduidend minder rol voor de verpleegkundigen dan de verpleegkundigen zelf.

Aanbevelingen:

- Besteed specifiek aandacht aan patiënten met **orgaanfalen** en algehele kwetsbaarheid: door ook hen in het zorgregister op te nemen, word je gestimuleerd ook hen goede palliatieve zorg te bieden.
- Maak afspraken over Proactieve zorgplanning
 - ⇒ aan wie willen jullie actief een PZP gesprek aanbieden? Huisartsen kunnen hiervoor gebruik maken van de lijst ICPC-codes op de PaTz site voor het identificeren van palliatieve patiënten, zie [PaTz toolkit, tijdig identificeren](#).
 - ⇒ Wie neemt welke rol?
 - ⇒ Hoe dragen jullie actuele uitkomsten aan elkaar over?
 - ⇒ Kijk evt. op [Palliaweb](#) voor meer informatie over PZP.



Amsterdam UMC
Universitair Medische Centra



Deskundig

Uitkomsten:

- Deelnemers vinden een aantal onderwerpen onderbelicht, zoals palliatieve zorg voor mensen met een psychiatrische aandoening, ethische en juridische aspecten, het opstellen van een individueel zorgplan en nazorg.
- Driekwart van de voorzitters geeft aan ondersteuning te willen, m.n. over hoe hun groep beter kan functioneren, groepsdynamiek, methodiek en verschillende werkvormen.
- 43% van de inhoudelijk deskundigen heeft behoefte aan een cursus over een inhoudelijk thema; hoe PaTz deelnemers te stimuleren werd ook als ondersteuningswens genoemd.

Aanbevelingen:

- Kijk, om diepgang te realiseren, in de [PaTz toolkit](#). In 'Peper voor de PaTz' staan vele suggesties voor themabesprekingen en werkvormen, o.a. om de zorg [na overlijden](#) te evalueren, [CURA](#) om ethische dilemma's te bespreken en [besprekingsvragen](#) over nazorg. Je kunt onderwerpen makkelijk vinden met de [ctrl+F](#) zoekfunctie.
- Maak afspraken over wie wanneer een thematische inbreng verzorgt. Hierbij kunnen wijkverpleegkundigen en huisartsen in duo's voorbereiden.
- Houd de PaTz site en nieuwsflits in de gaten: er komt een opfriscursus voor voorzitters, [webinars](#) over specifieke onderwerpen en trainingen voor inhoudelijk deskundige en verpleegkundigen.

Samen

Uitkomsten:

- Een meerderheid van de huisartsen en verpleegkundigen vindt dat de onderlinge samenwerking is verbeterd door PaTz. Aanwezigheid, vooral die van de huisartsen, wordt als verbeterpunt genoemd.
- Wijkverpleegkundigen lijken een actievare rol in de PaTz bijeenkomsten te nemen (zie onder 'Algemeen').
- Voorzitters noemen bij 'wat kan beter' de inbreng, m.n. van wijkverpleegkundigen; wat dit betekent kan uit deze Monitor niet worden geconcludeerd.

Aanbevelingen:

- Bespreek een keer in een PaTz bijeenkomst
 - ⇒ hoe aanwezigheid verbeterd kan worden, bv. door een jaarplanning.
 - ⇒ op welke wijze jullie een inbreng het meest zinvol vinden. Stimuleer elkaar je inbreng voor te bereiden voor de bijeenkomst.

Hoofdstuk 1. Methode en respons

De PaTz Monitor wordt jaarlijks afgenomen middels een online vragenlijst. In deze rapportage worden de resultaten van Monitor 2021 besproken. De uitkomsten zijn niet statistisch getoetst.

Tussen 3 oktober en 31 december 2021 konden PaTz-deelnemers de monitor invullen. In Rotterdam en omstreken werd de uitnodiging verspreid naar 21 groepen (286 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 verstuurd naar 2162 personen uit 213 groepen. In de mail werd verzocht om de uitnodiging door te sturen naar mede-PaTz-deelnemers die de uitnodiging niet ontvangen hadden.

Tabel 1-1. Kenmerken respondenten

	2021
	N= 410
Leeftijd, gem (SD)	50 (11)
Geslacht, vrouw	327 (80%)
Rol in PaTz-groep ¹ :	
- Huisarts	145 (35%)
- Verpleegkundige	120 (29%)
- Inhoudelijk deskundige	70 (17%)
- Voorzitter	58 (14%)
- Overig (bv geestelijk verzorger)	16 (4%)
Aantal groepen waaraan de respondent deelneemt:	
- 1	357 (87%)
- 2	39 (10%)
- 3	10 (2%)
- 4 of 5	2 (0%)

¹ Consulents, 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.

Tabel 1-2. Kenmerken van de PaTz groepen (n=172) van waaruit deelnemers de Monitor hebben ingevuld

Consortium Palliatieve Zorg	
- Zuidwest Nederland	30 (17%)
- Noord-Holland en Flevoland	40 (23%)
- Septet	28 (16%)
- Ligare	22 (13%)
- Propallia	17 (10%)
- PalZO	22 (13%)
- Limburg en Zuidoost Brabant	14 (8%)
Provincie	
- Groningen	2 (1%)
- Zeeland	2 (1%)
- Drenthe	2 (1%)
- Friesland	7 (4%)
- Flevoland	3 (2%)
- Overijssel	11 (6%)
- Limburg	10 (6%)
- Gelderland	17 (10%)
- Utrecht	29 (17%)
- Noord-Brabant	28 (16%)
- Zuid-Holland	24 (14%)
- Noord-Holland	37 (21%)

Hoofdstuk 2. Algemene beschrijving van het verloop PaTz-bijeenkomsten

Twee belangrijke rollen binnen PaTz-groepen zijn die van voorzitter en inhoudelijk deskundige (voorheen consulent).

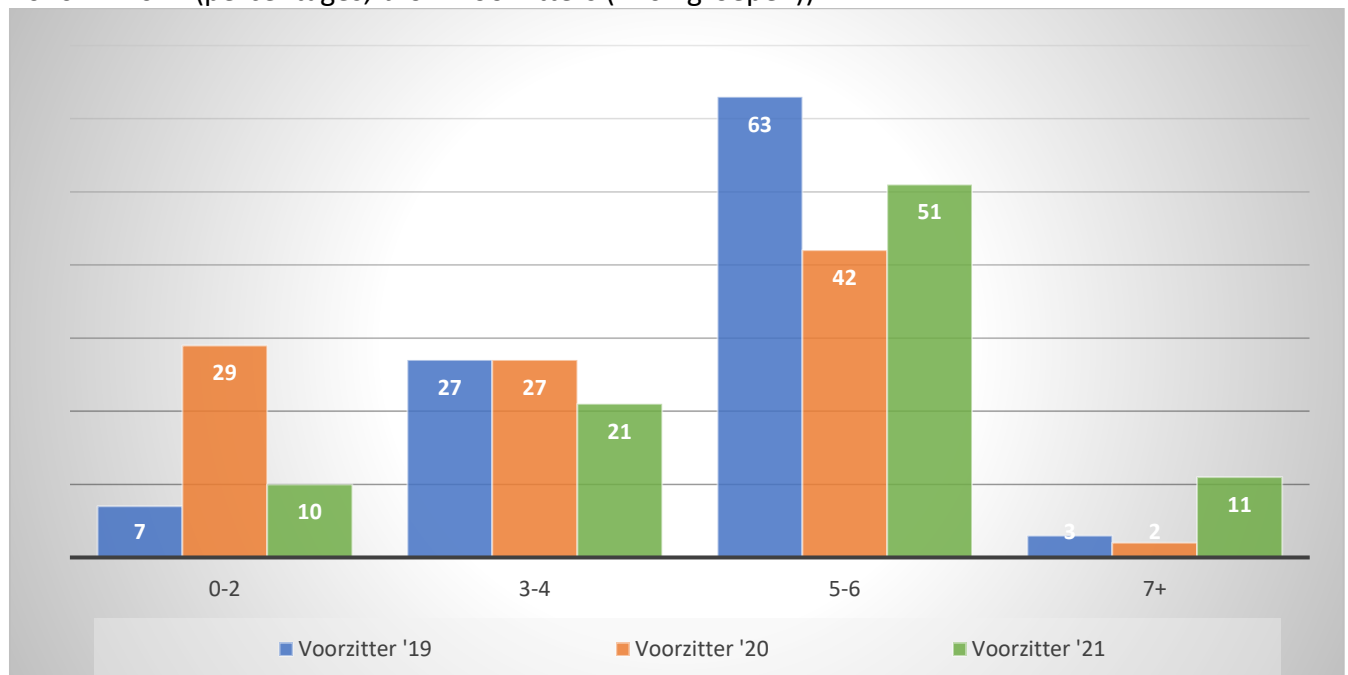
Van de voorzitters (n=58) is 69% huisarts, 21% (wijk)verpleegkundige of verpleegkundig specialist. 93% zit één groep voor.

Van de inhoudelijk deskundigen (n=70) heeft een meerderheid een achtergrond als kaderarts palliatieve zorg (41% huisarts, 17% specialist ouderengeneeskunde) en 27% is gespecialiseerd verpleegkundige of verpleegkundig specialist.

57% van de inhoudelijk deskundigen neemt deel aan één groep, 31% aan twee groepen, 12% aan drie of meer.

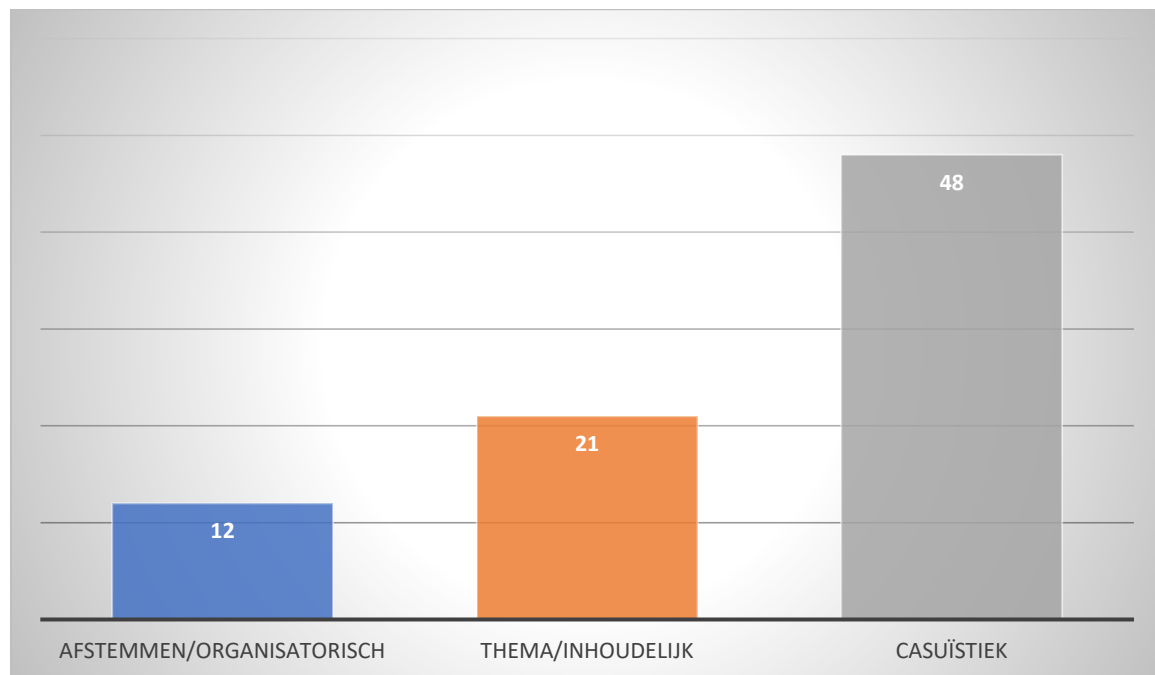
Als we kijken naar het aantal bijeenkomsten in de periode eind 2020 tot eind 2021 zijn er vergeleken met de Monitor van 2020 meer bijeenkomsten per jaar (figuur 2-1). Dit heeft waarschijnlijk te maken met de Corona-crisis die begin 2020 losbarstte. Vergeleken met 2019 zijn er in 2021 meer groepen met 7 of meer bijeenkomsten.

Figuur 2-1. Aantal bijeenkomsten per groep in de afgelopen 12 maanden voor de jaren 2019, 2020 en 2021 (percentages; bron: voorzitters (n=61 groepen)).



Tijdens de bijeenkomsten werd net als voorgaande jaren het meeste tijd besteed aan casuïstiek (figuur 2-2). 82% van de voorzitters gaf hierbij aan dat er tussen de 40 en 60 minuten aan casuïstiek besteed werd.

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



Wat gaat goed en wat kan beter in de bijeenkomsten?

Vorzitters werd een open vraag gesteld naar wat goed ging en beter kon tijdens de bijeenkomsten van de PaTz-groep. Bij positieve aspecten werden voor een groot deel dezelfde zaken als in 2020 het vaakst benoemd: de sfeer in de groep (daar scharen we ook antwoorden als openheid, betrokkenheid en veiligheid onder), deskundigheidsbevordering (expertise van de inhoudelijk deskundige), bespreking van casuïstiek en samenwerking.

Aanwezigheid (of anders gezegd: opkomst) werd vaak als positief aspect maar ook als verbeterpunt genoemd. In het laatste geval ging het vooral over de aanwezigheid (of beter gezegd afwezigheid) van huisartsen.

Andere verbeterpunten die ook al in eerder jaargangen werden genoemd waren (het gebrek aan) diepgang (te weinig themabesprekingen en gastsprekers worden hier ook onder geschaard) en het gebrek aan inbreng van deelnemers (meestal verpleegkundigen).

Van de voorzitters (n=53) geeft 45 % aan dat er jaarlijks een gezamenlijke evaluatie van de PaTz-groep plaatsvindt; 13% geeft aan dat dit tweejaarlijks gebeurt en 21% dat dit niet gebeurt.

Tabel 2-1. Wat gaat goed in de bijeenkomsten en wat kan beter **Monitor 2021** (bron: voorzitters, open vraag).

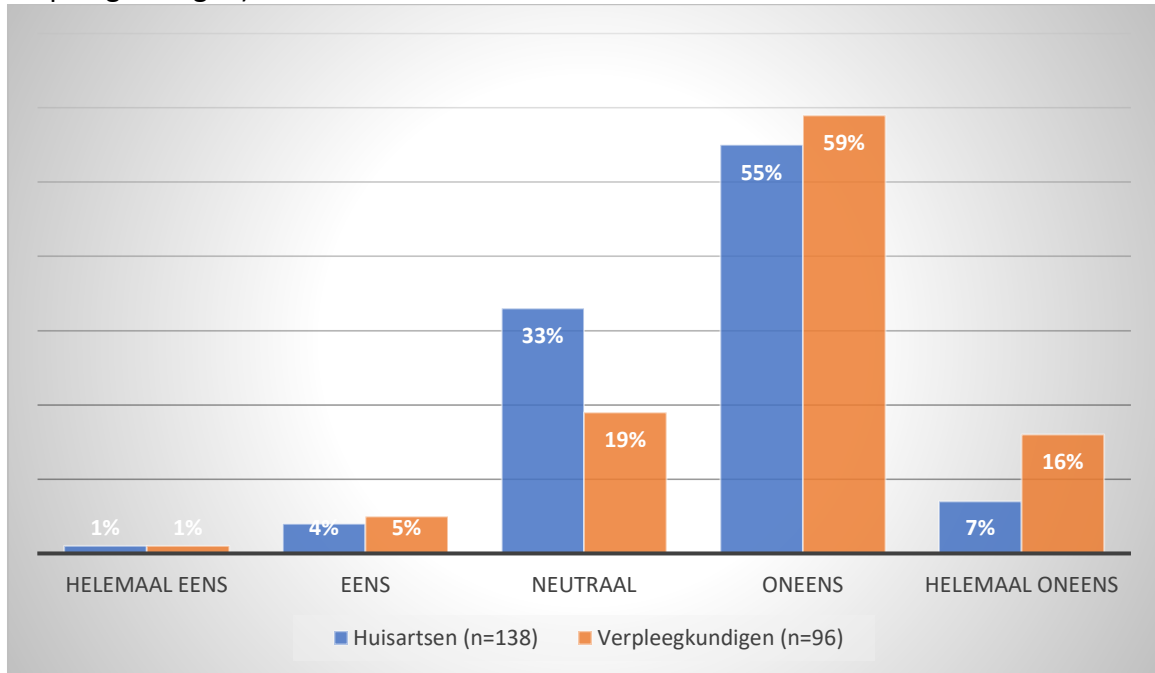
	Aantal keer genoemd als positief aspect	Aantal keer genoemd als verbeterpunt
Sfeer (openheid, betrokkenheid, veiligheid)	20	1
Deskundigheidsbevordering/ Expertise inhoudelijk deskundige	9	4
Casuïstiek bespreking	9	-
Samenwerking	8	2
Aanwezigheid/opkomst	7	8 (vooral van HA)
(Bevorderen) Communicatie	4	
(Gevarieerde) samenstelling groep	4	2
Steun (aan elkaar)	2	
Diversiteit in onderwerpen	2	1
Diepgang/themabespreking	-	11
Inbreng	-	7 (vooral van vpk)
Vorbereiding van bijeenkomsten	-	4
Bijhouden/ invullen register	-	3
PaTz Portal (privacy, gebruiksvriendelijkheid)	-	3
Efficiënt vergaderen/structuur	-	3
Patiënten tijdig in beeld	-	3
ACP	1	3

Ervaringen van huisartsen en verpleegkundigen.

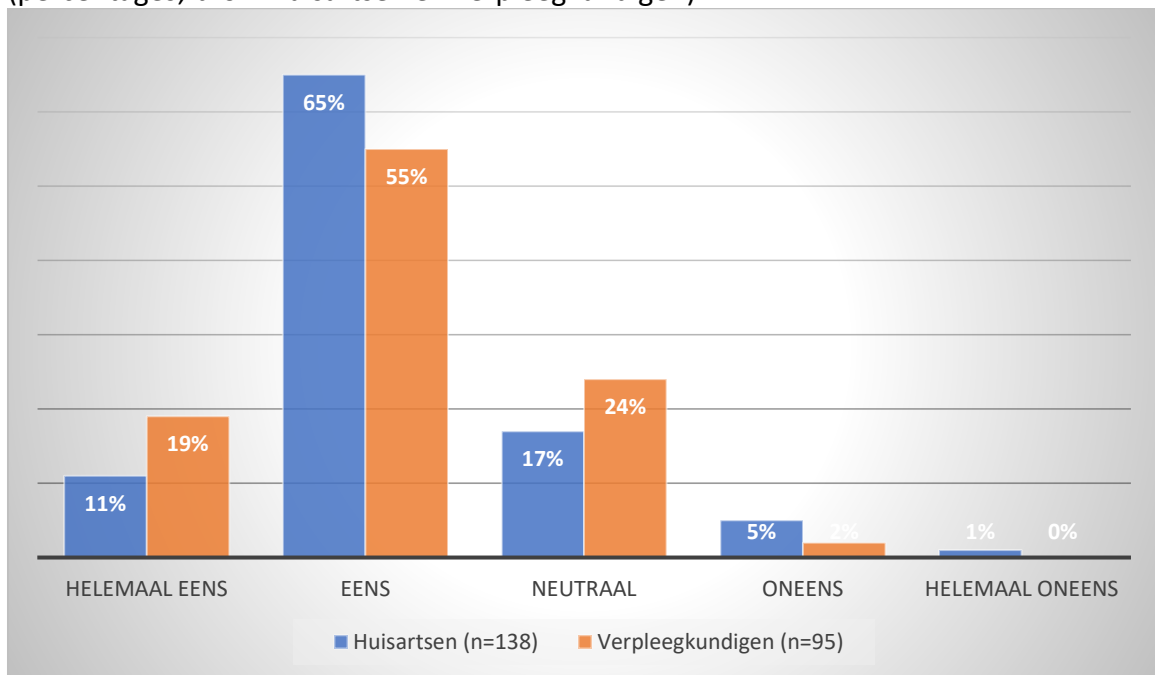
De ervaringen van huisartsen en verpleegkundigen over investering versus opbrengst als het gaat om PaTz laat hetzelfde zien als vorige editie.

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. Wat wel opvalt is dat er dit jaar meer huisartsen het oneens zijn met de stelling dat de continuïteit van zorg is verbeterd (17% versus 7% in 2020). Voor verpleegkundigen is dat precies andersom (0% oneens deze monitor versus 6% in 2020).

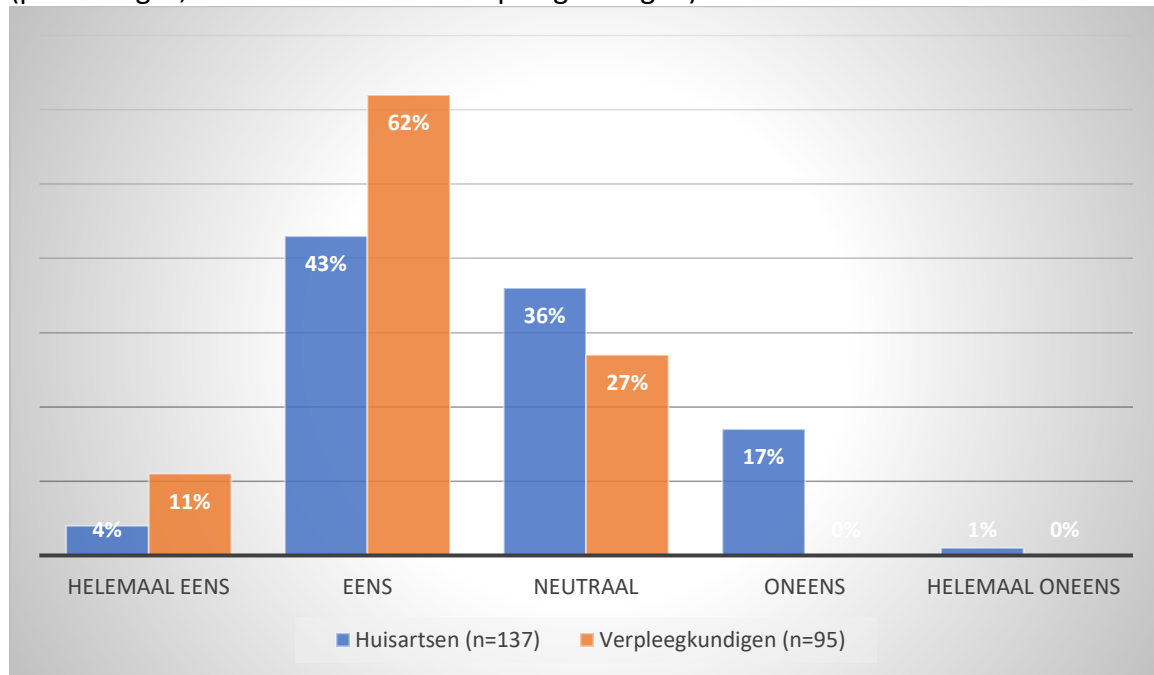
Figuur 2-3. Stelling: PaTz kost me te veel tijd (percentages; bron: huisartsen en verpleegkundigen).



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



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



Gewenste ondersteuning.

We hebben voorzitters (n=53) gevraagd van welke vormen van ondersteuning ze gebruik zouden willen maken. 21 (40%) van hen kozen de optie van een opfriscursus, 19 (36%) een keer meekijken bij een andere groep, 11 (21%) het meekijken van een PaTz-expert bij een eigen bijeenkomst. 13 voorzitters (25%) gaven aan geen behoefte te hebben aan ondersteuning.

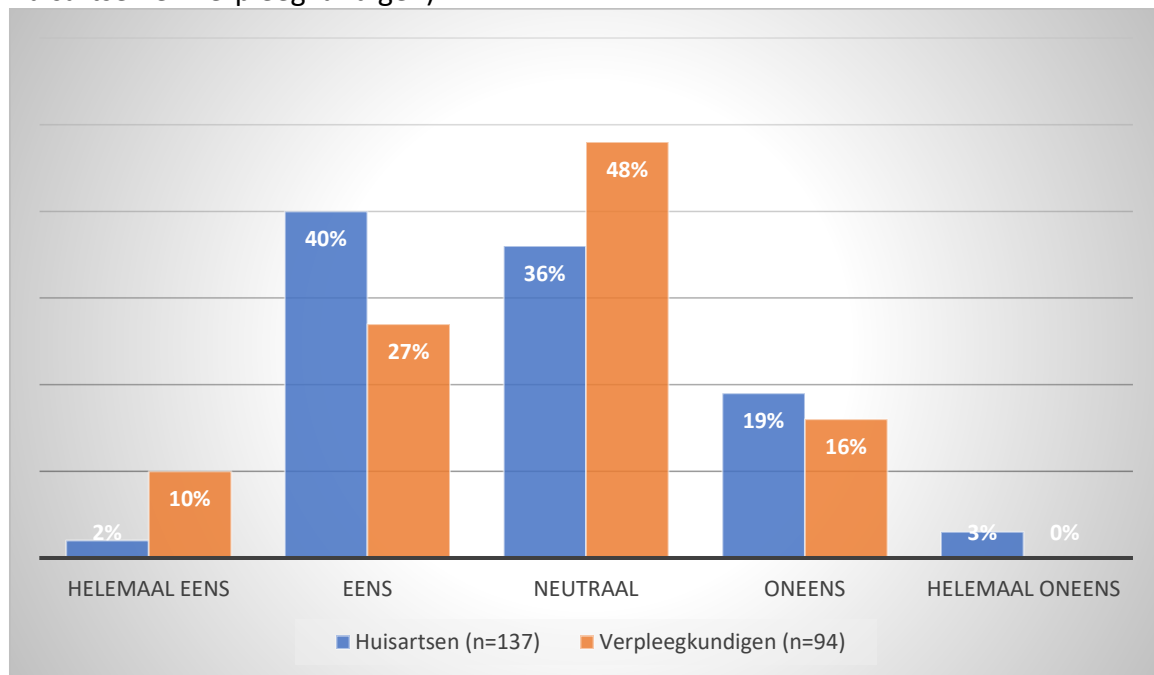
Gevraagd naar op welk vlak ze zouden willen leren om hun groep beter te laten functioneren, worden groepsdynamiek, methodiek en verschillende werkvormen het vaakst genoemd.

Ook inhoudelijk deskundigen (n=60) hebben we gevraagd van welke vormen van ondersteuning ze gebruik zouden willen maken. Ze konden kiezen uit andere opties dan de voorzitters. 26 (43%) van hen kozen voor de optie van een cursus over een inhoudelijk thema (zoals ACP), 16 (27%) voor een regionale inspiratiebijeenkomst, 11 (18%) voor een leiderschapscursus voor verpleegkundige. Bij optie 'anders, namelijk' waar consultants zelf iets konden invullen werden driemaal handvaten met het oog op stimulatie van deelnemers genoemd.

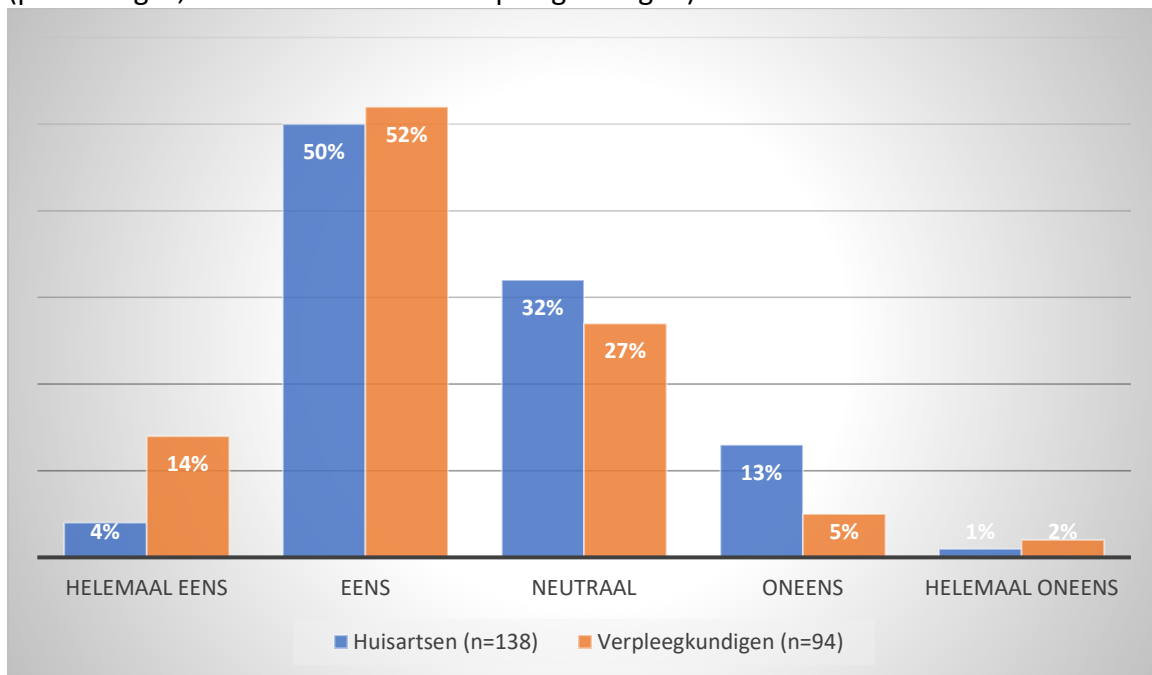
Hoofdstuk 3. Tijdig

2% van de voorzitters (n=53) vond dat vroegtijdige zorgplanning slecht tot zijn recht kwam (ten opzichte van 1% in 2020). 70% vond dat het goed of zeer goed tot zijn recht kwam (ten opzichte van 63% in 2020) en 28% stond er neutraal in (ten opzichte van 36% in 2020). Een meerderheid van huisartsen en verpleegkundigen is het (helemaal) eens met de stelling 'Door PaTz zet ik vroegtijdiger palliatieve zorg in' dan (helemaal) oneens (fig 3-1). Een nog grotere meerderheid is het (helemaal) eens met de stelling 'PaTz maakt het identificeren van palliatieve patiënten makkelijker' (fig 3-2).

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



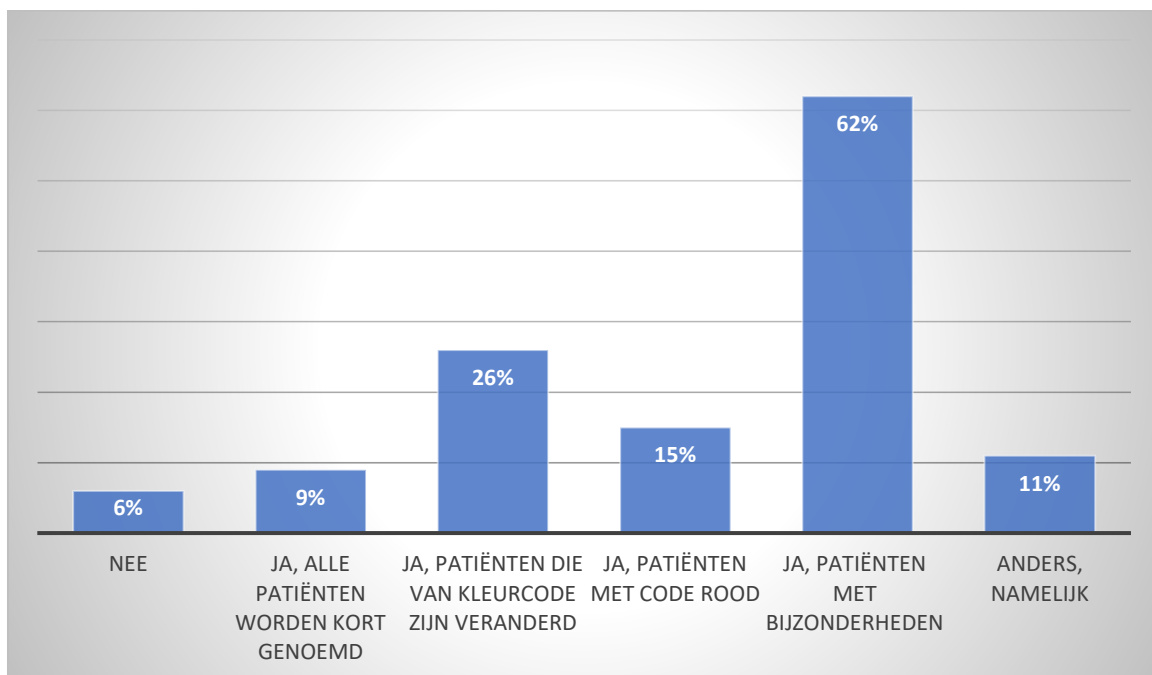
Figuur 3.2. Stelling: PaTz maakt het identificeren van palliatieve patiënten makkelijker (percentages; bron: huisartsen en verpleegkundigen).



Het register (Portal of excel)

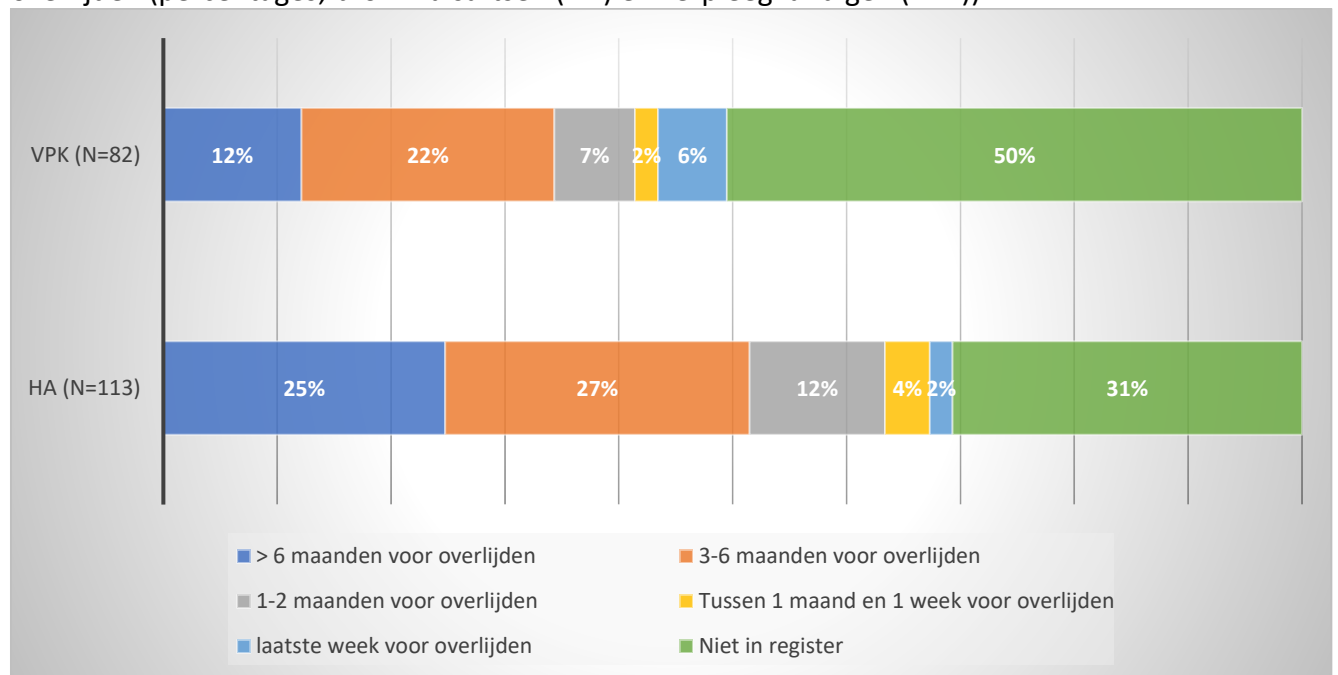
10% van de voorzitters die de Monitor 2021 beantwoordden (n=62) geeft aan dat hun groep *geen* register gebruikt, dat is meer dan in 2020 (toen 5%). 66% gebruikt de PaTz-portal, 16% een register in Word of Excel met kleurcodes. De meeste voorzitters geven aan dat patiënten met bijzonderheden op het register worden besproken (fig 3-3).

Figuur 3-3. Worden patiënten in het register besproken in de PaTz bijeenkomsten (percentages; bron: voorzitters, meerdere antwoorden mogelijk, n=53)?



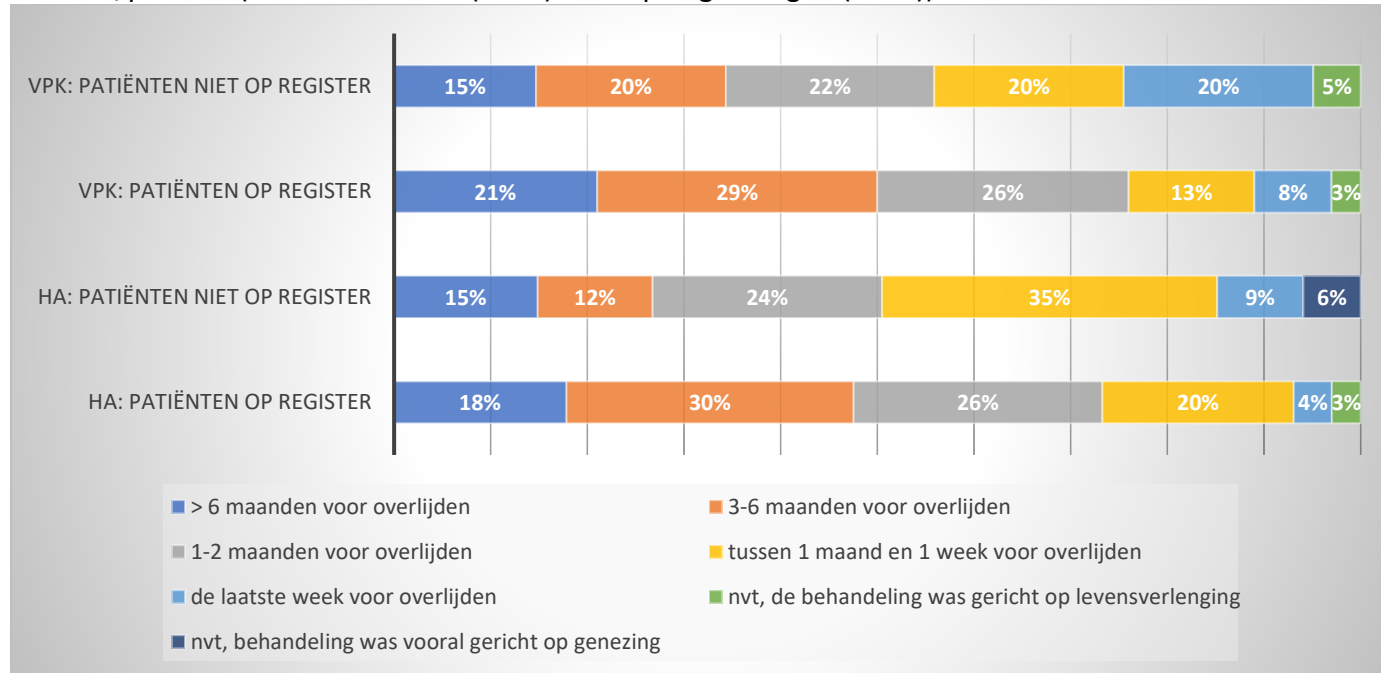
Aan huisartsen en verpleegkundigen die de monitor invulden, is gevraagd om een aantal vragen in te vullen over het meest recente sterfgeval van iemand die niet plotseling en onverwacht overleden is. Over deze patiënten is gevraagd of de patiënt was opgenomen in het palliatieve zorgregister van PaTz, en zo ja hoe lang (Fig. 3-4). Bij huisartsen is iets minder dan één derde niet opgenomen in het register, bij verpleegkundigen de helft. Deze percentages zijn afgenomen vergeleken met de monitor van 2020 (48% en 62%) en komen in de buurt van die in 2019 versus 39% en 49%.

Figuur 3-4. Gevraagd naar meest recente, niet plotselinge sterfgeval in de praktijk: was deze patiënt opgenomen in het palliatieve zorg register van PaTz en zo ja, vanaf hoe lang voor overlijden (percentages; bron: huisartsen (HA) en verpleegkundigen (VPK)).



Vervolgens is een vergelijking gemaakt tussen patiënten in het register en patiënten die niet in het register stonden. Uit Figuur 3-5 blijkt dat 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.

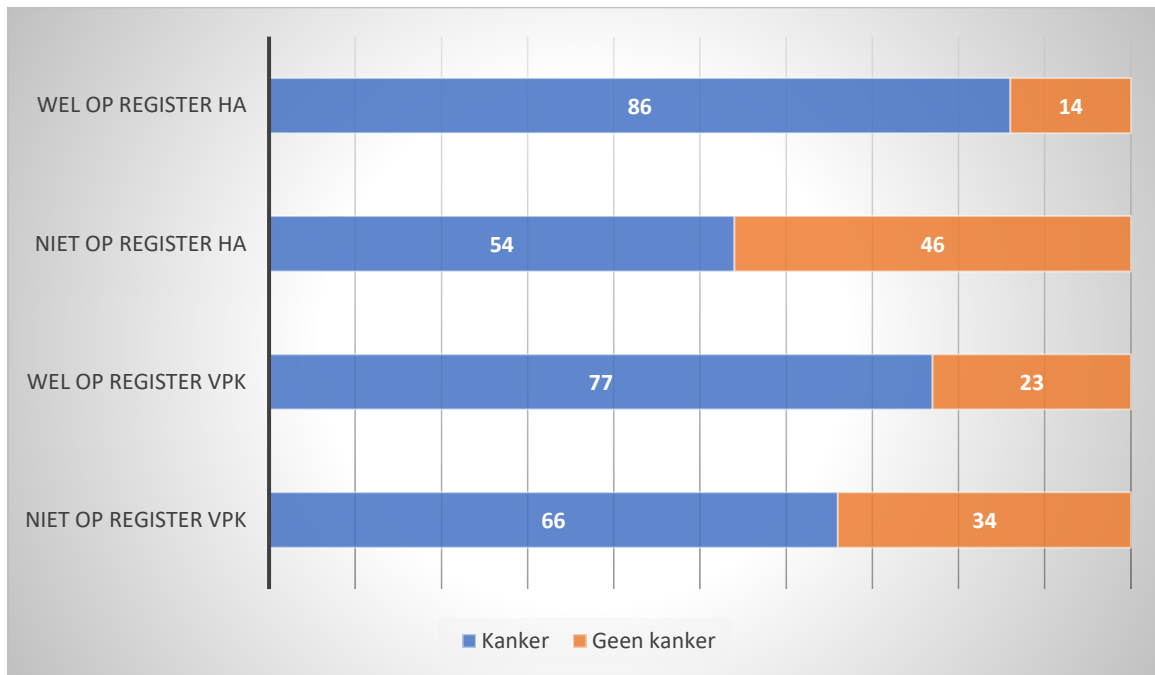
Figuur 3-5. Vanaf hoe lang voor het overlijden was de behandeling vooral gericht op comfort/palliatie (bron: huisartsen (n=34) en verpleegkundigen (n=41))?



Wat verder opviel was dat er meer kankerpatiënten in het register worden opgenomen dan patiënten met een andere hoofddiagnose (fig 3-6). In 2019 en 2020 werd dit ook gevonden. Er zijn geen patiënten met hoofddiagnose COVID (of een vermoeden daarvan) opgenomen in het register. Van patiënten *niet* in het register was de hoofddiagnose (een vermoeden van) COVID bij 6% van de patiënten bij de huisartsen en 2% bij de verpleegkundigen.

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

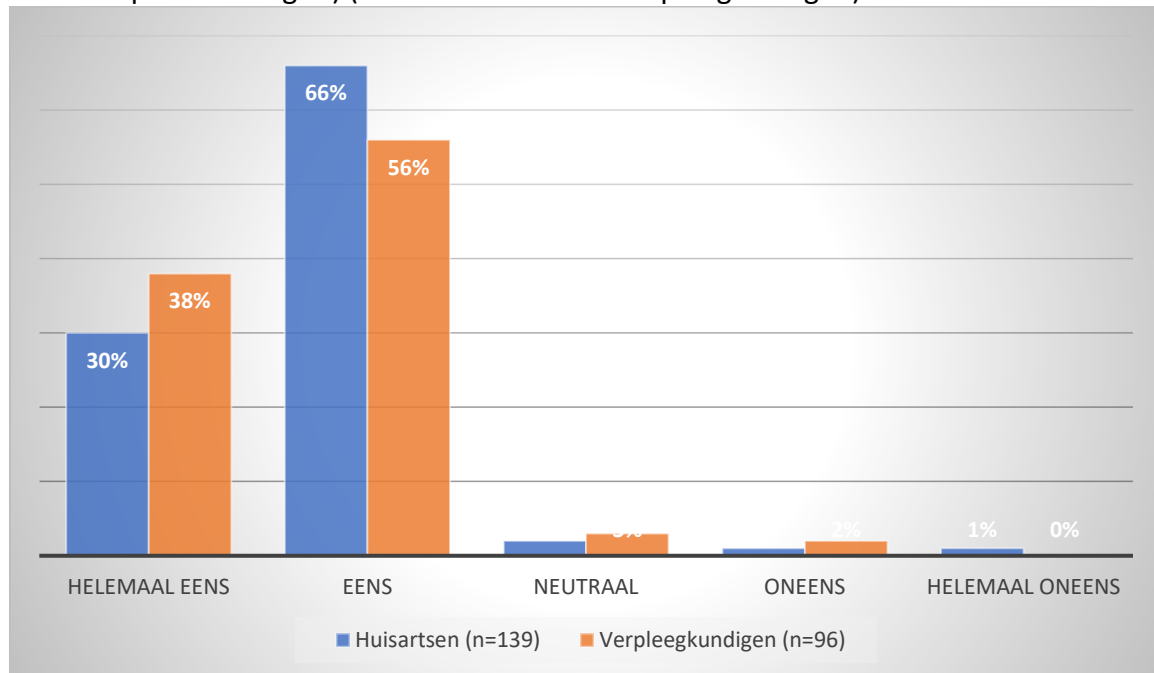
2021



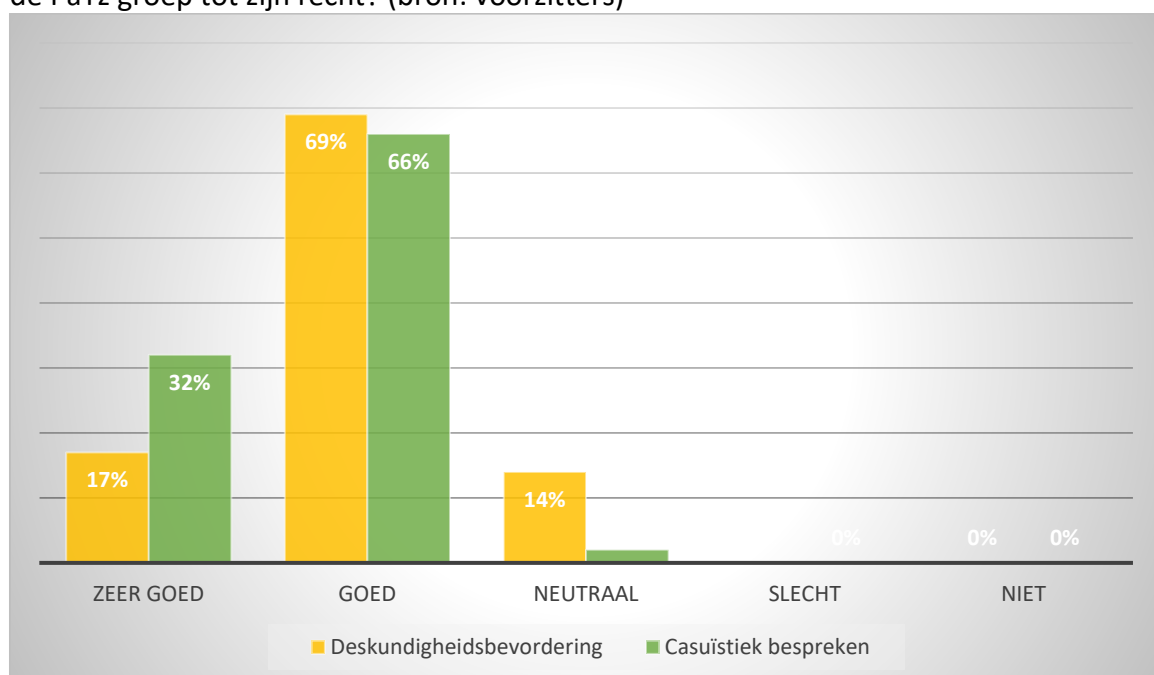
Hoofdstuk 4. Deskundig

Deskundigheidsbevordering in brede zin, dat wil zeggen het leren over palliatieve zorg of dat nu door een themabespreking is of het behandelen van casuïstiek, is de tweede pijler binnen PaTz. Als huisartsen, verpleegkundigen en voorzitters hiernaar gevraagd worden rijst eenzelfde positief beeld als in 2019 EN 2020 (fig 4-1 t/m 4-4).

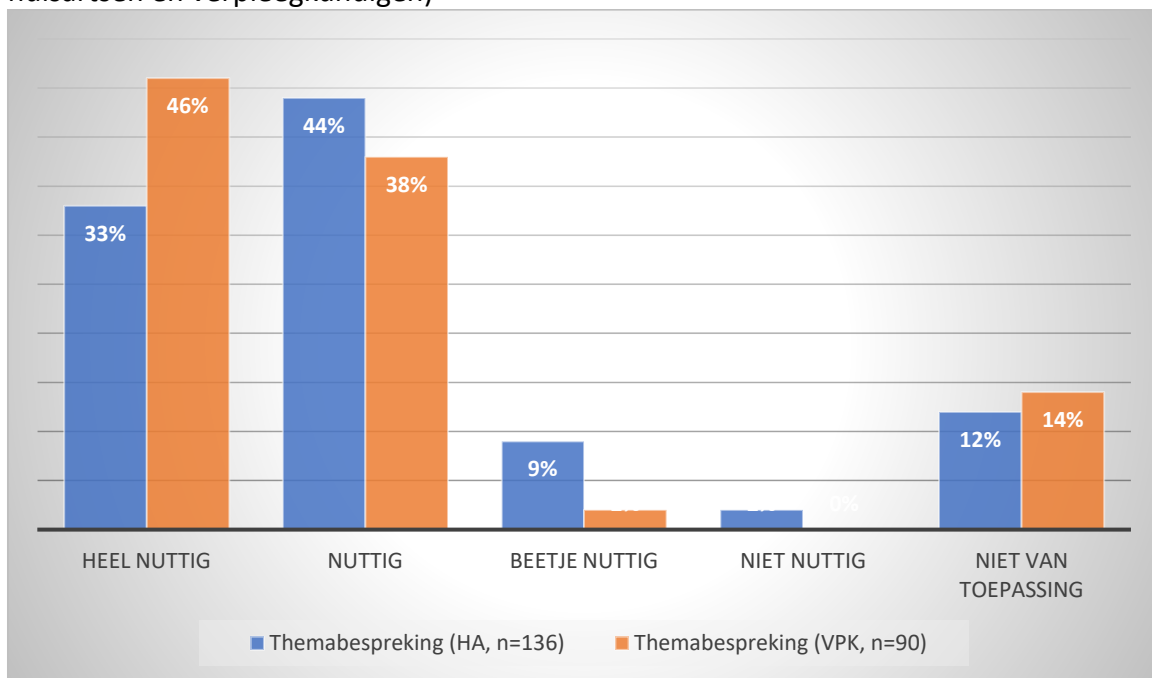
Figuur 4-1. Stelling: Ik leer over palliatieve zorg door PaTz (bv door inbreng van de consulent of door tips van collega's) (bron: huisartsen en verpleegkundigen).



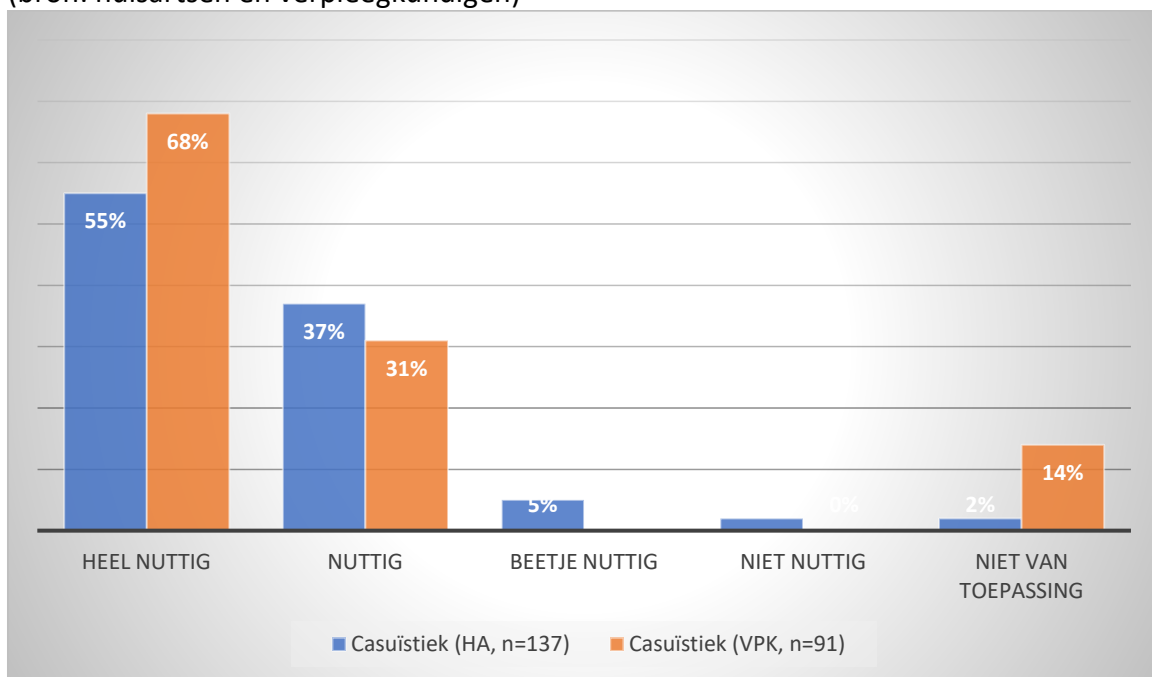
Figuur 4-2. In hoeverre komen deskundigheidsbevordering en het bespreken van casuïstiek in de PaTz groep tot zijn recht? (bron: voorzitters)



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



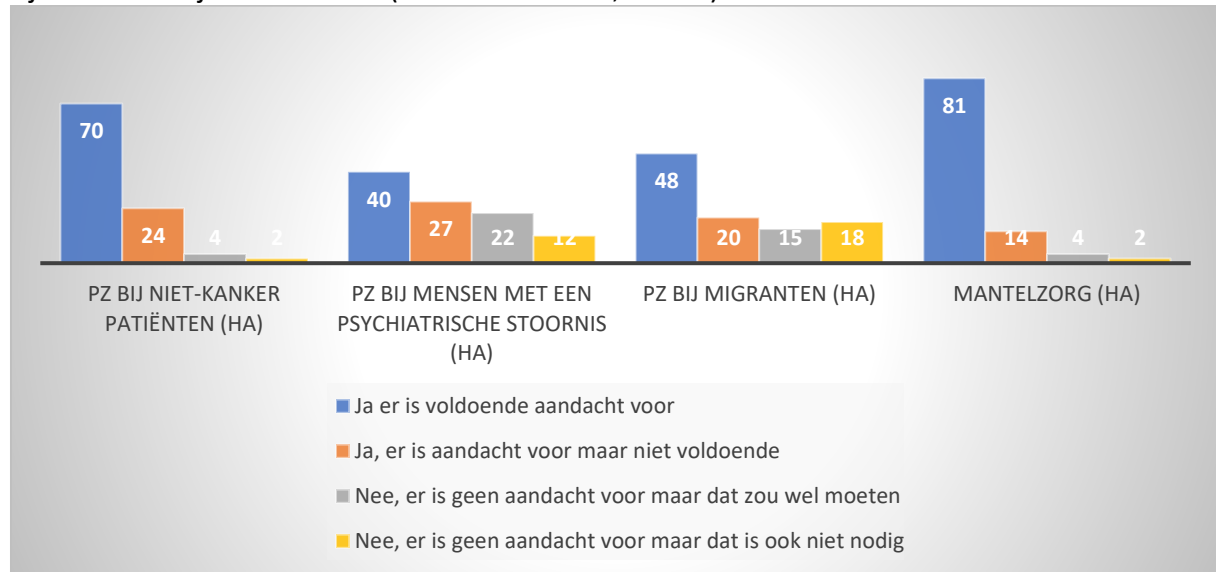
Figuur 4-4. In hoeverre heeft u het bespreken van casuïstiek tijdens PaTz als nuttig ervaren? (bron: huisartsen en verpleegkundigen)



Aandacht voor verschillende patiëntengroepen en onderwerpen.

Volgens een meerderheid van zowel huisartsen als verpleegkundigen was er voldoende aandacht voor palliatieve zorg bij niet-kanker patiënten. Dit terwijl we eerder zagen dat niet-kanker patiënten relatief ondervertegenwoordigd waren in het zorgregister (fig 4-5A en B). Als het ging om palliatieve zorg bij patiënten met een psychiatrische stoornis vond 49% van de huisartsen en 62% van de verpleegkundigen dat hier niet voldoende aandacht voor was. Voor patiënten met een migratieachtergrond was dit respectievelijk 35% van de huisartsen en 57% van de verpleegkundigen.

Figuur 4-5A. Is er voldoende aandacht voor de volgende patiëntgroepen of onderwerpen tijdens PaTz bijeenkomsten? (bron: huisartsen; n=136)



Figuur 4-5B. Is er voldoende aandacht voor de volgende patiëntgroepen of onderwerpen tijdens PaTz bijeenkomsten? (bron: verpleegkundigen; n=96)

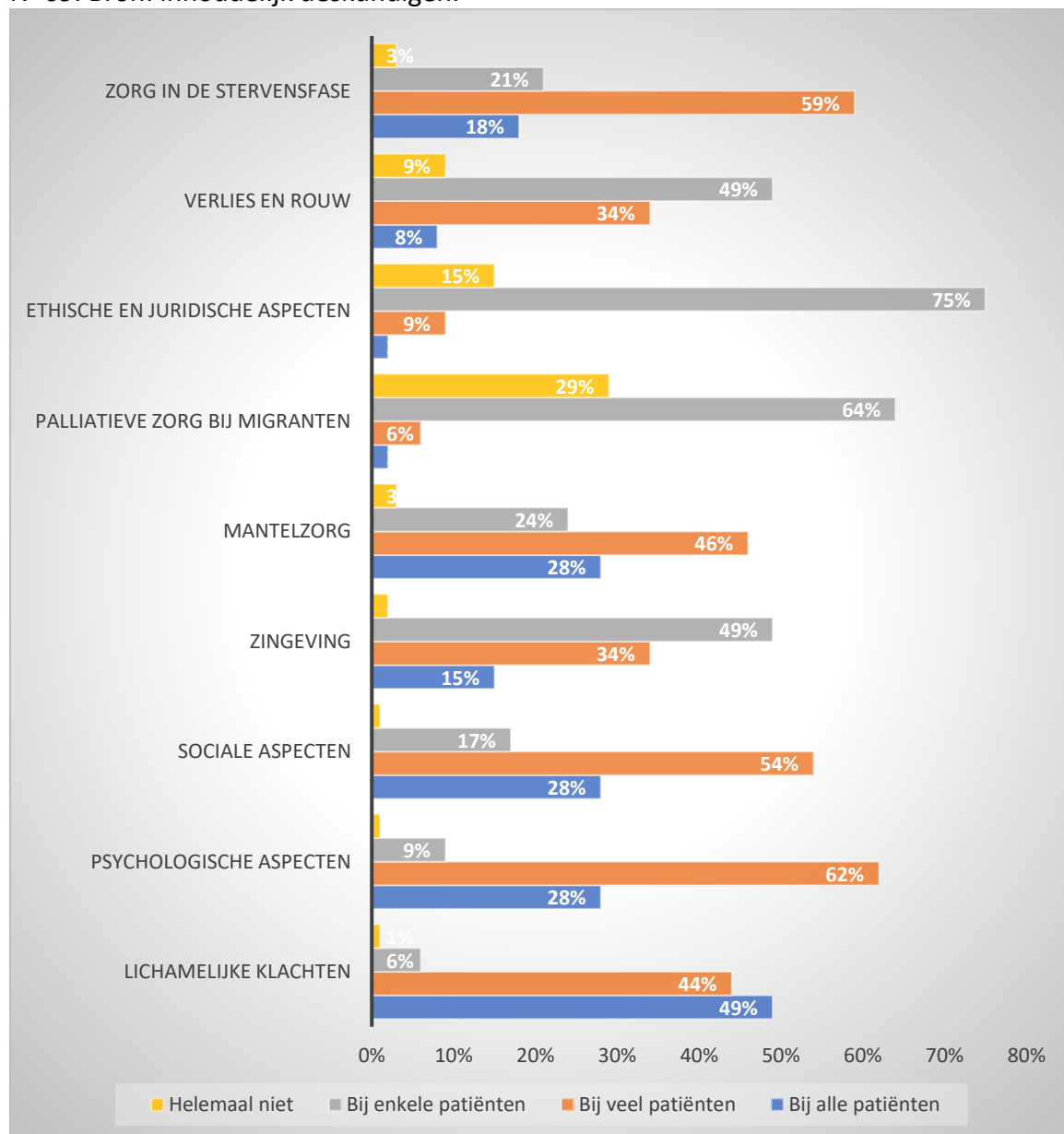


Volgens inhoudelijk deskundigen was palliatieve zorg bij migranten ook een van de onderwerpen die minder vaak aan bod kwam, net als zingeving, verlies en rouw, en vooral ethische en juridische aspecten (fig 4-6). Vorig jaar liet de monitor hetzelfde zien op dit punt.

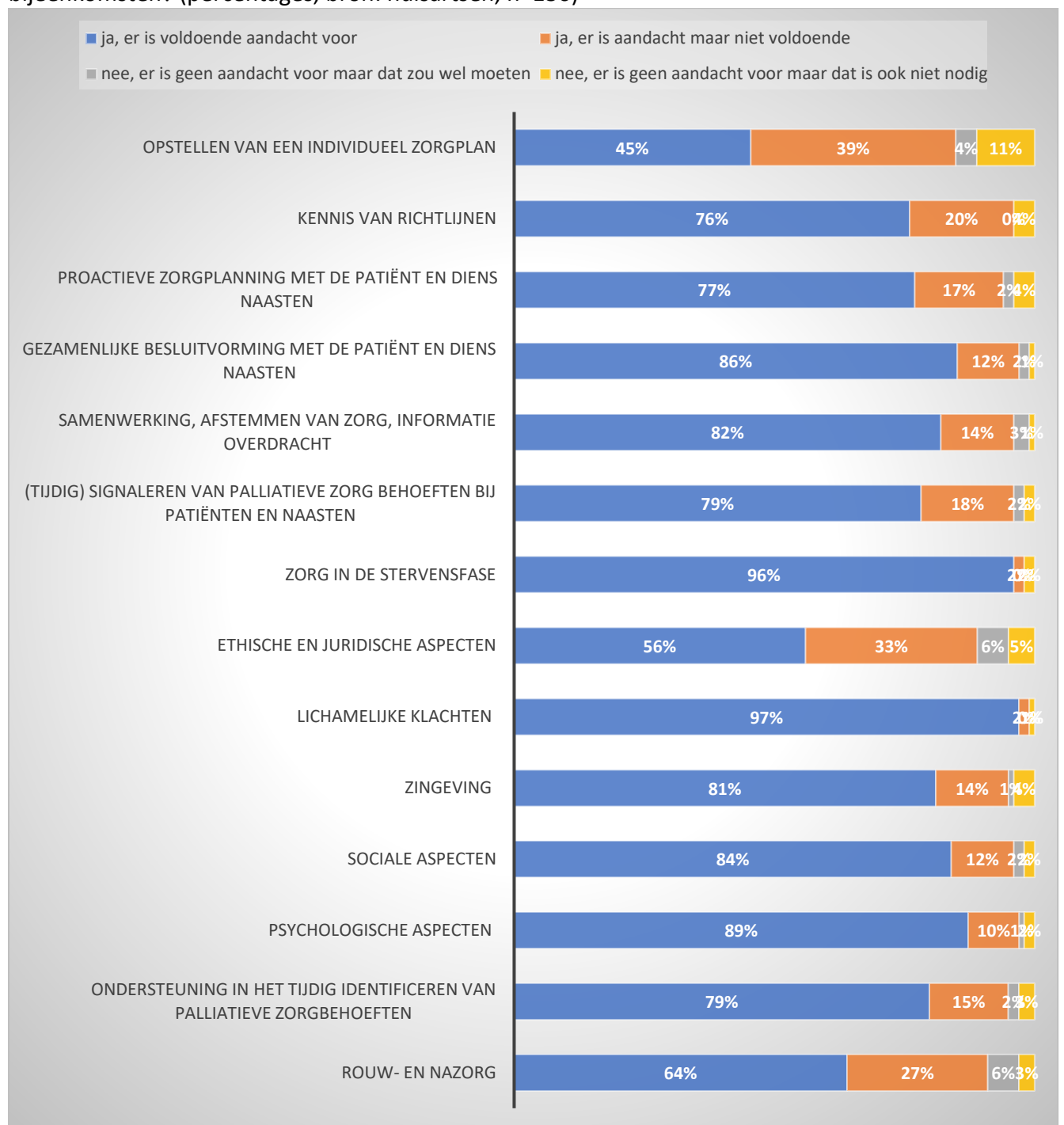
44% van de huisartsen en 42% van de verpleegkundigen vond ook dat er te weinig aandacht was voor Ethische en juridische aspecten (fig 4.7).

Een meerderheid van de huisartsen (55%) en verpleegkundigen (53%) vond dat er te weinig aandacht was voor het opstellen van een individueel zorgplan. De helft van de verpleegkundigen (51%) vond dat er te weinig aandacht was voor rouw en nazorg.

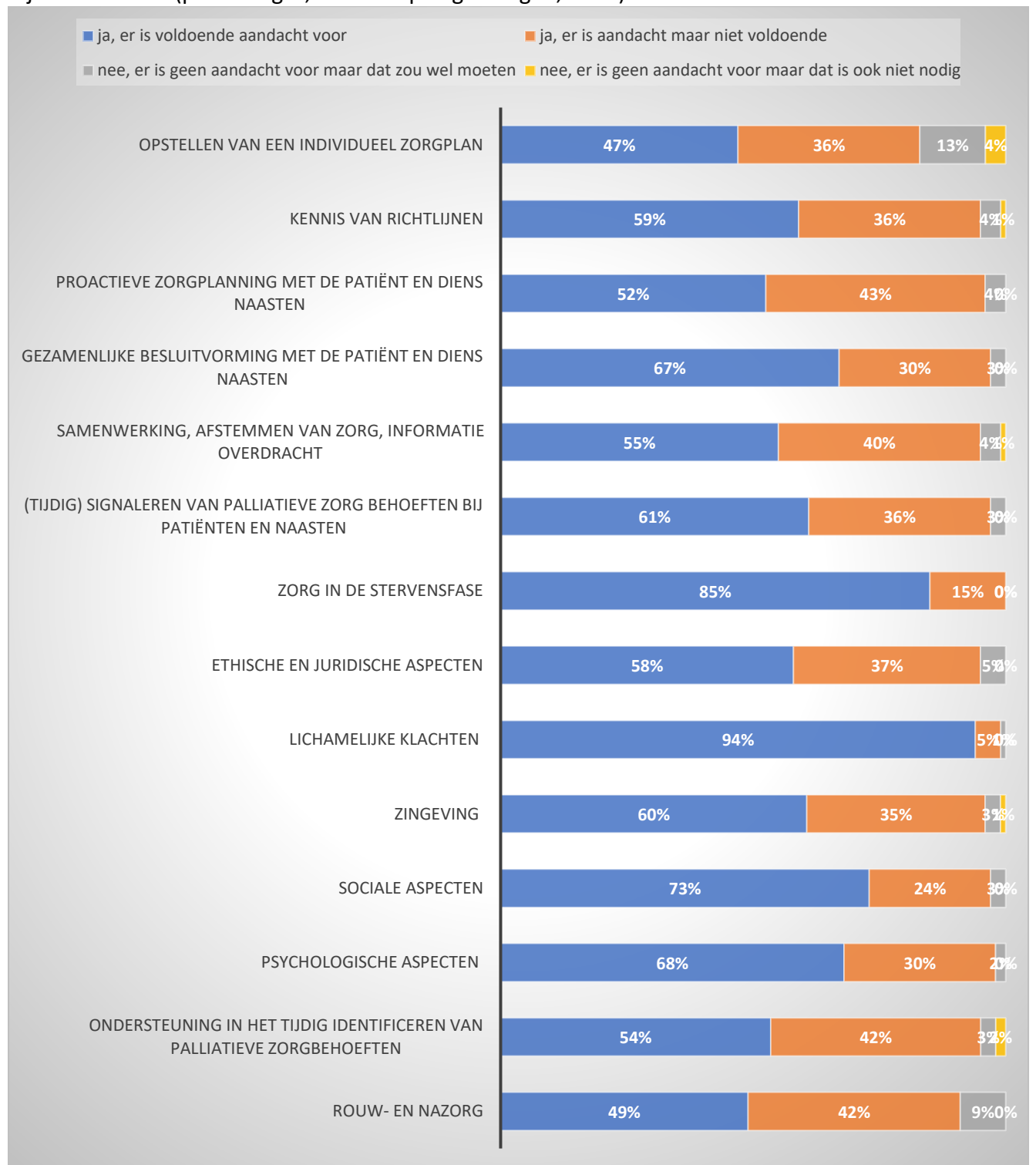
Figuur 4-6. In welke mate komen onderwerpen aan de orde tijdens patiëntenbesprekingen? N=69. Bron: inhoudelijk deskundigen.



Figuur 4-7A. Is er voldoende aandacht voor de volgende onderwerpen tijdens PaTz bijeenkomsten? (percentages, bron: huisartsen, n=136)



Figuur 4-7B. Is er voldoende aandacht voor de volgende onderwerpen tijdens PaTz bijeenkomsten? (percentages, bron: verpleegkundigen, n=97)

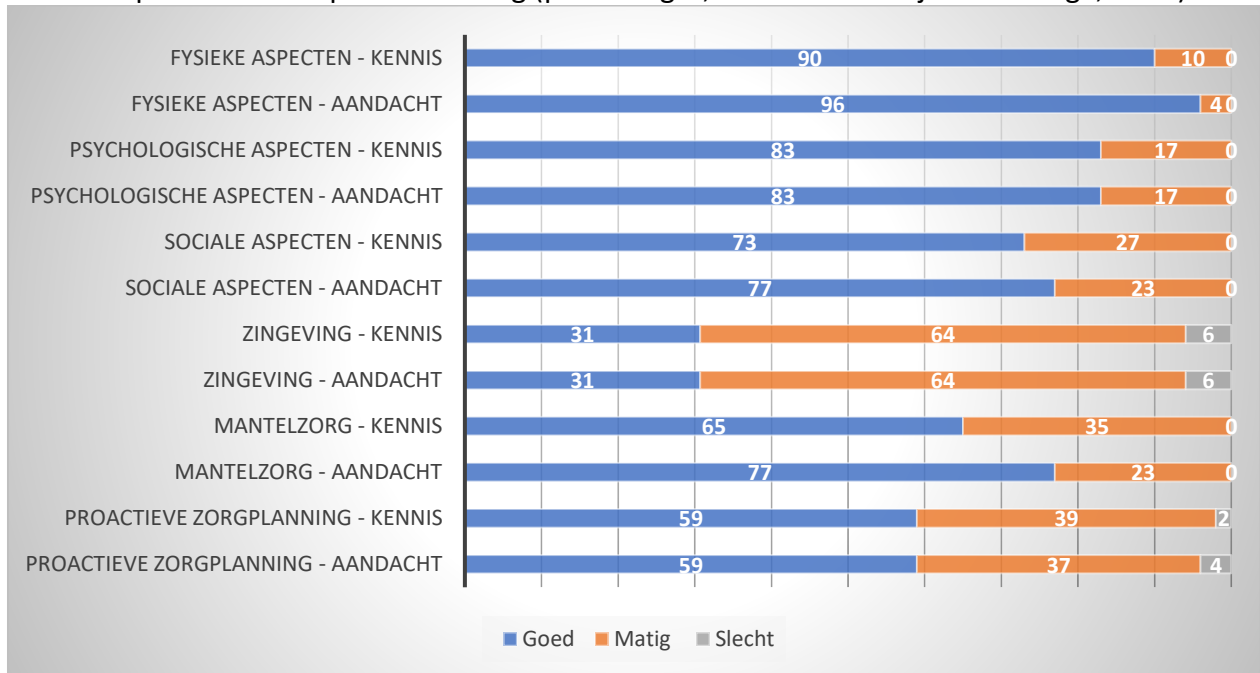


Observaties en inbreng van de inhoudelijk deskundige

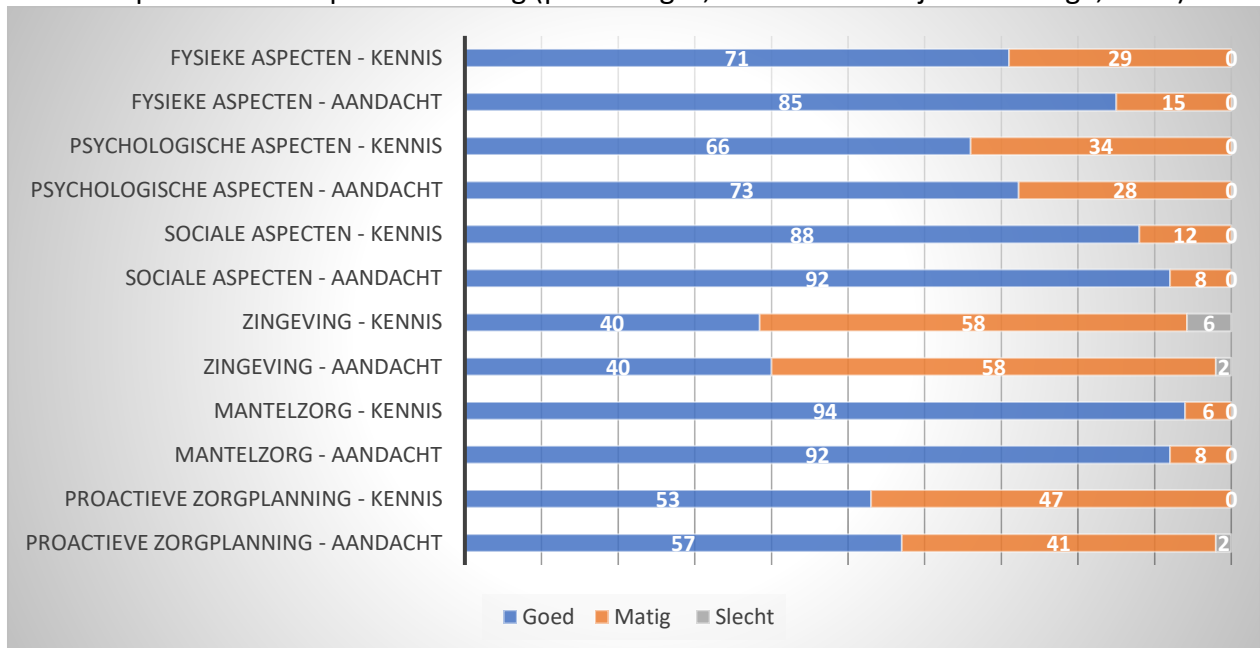
Inhoudelijk deskundigen zijn gevraagd naar de kennis van en aandacht voor verschillende onderwerpen binnen de palliatieve zorg bij huisartsen en verpleegkundigen. 64 procent van de consulenten geeft aan dat de kennis over zingeving bij huisartsen matig tot slecht is. Voor

verpleegkundigen is dit 58%. 64% geeft aan dat de aandacht voor zingeving bij huisartsen matig tot slecht is, 68% bij verpleegkundigen (fig 4-8A en B). Hiermee wijkt zingeving af van de andere onderwerpen en wordt de kennis en aandacht ervoor door inhoudelijk deskundigen vaker als matig tot slecht gezien ten opzichte van de andere onderwerpen.

Figuur 4-8A. Kennis en aandacht van huisartsen met betrekking tot verschillende onderwerpen binnen de palliatieve zorg (percentages, bron: inhoudelijk deskundige, n=52)



Figuur 4-8B. Kennis en aandacht van verpleegkundigen met betrekking tot verschillende onderwerpen binnen de palliatieve zorg (percentages, bron: inhoudelijk deskundige, n=54)



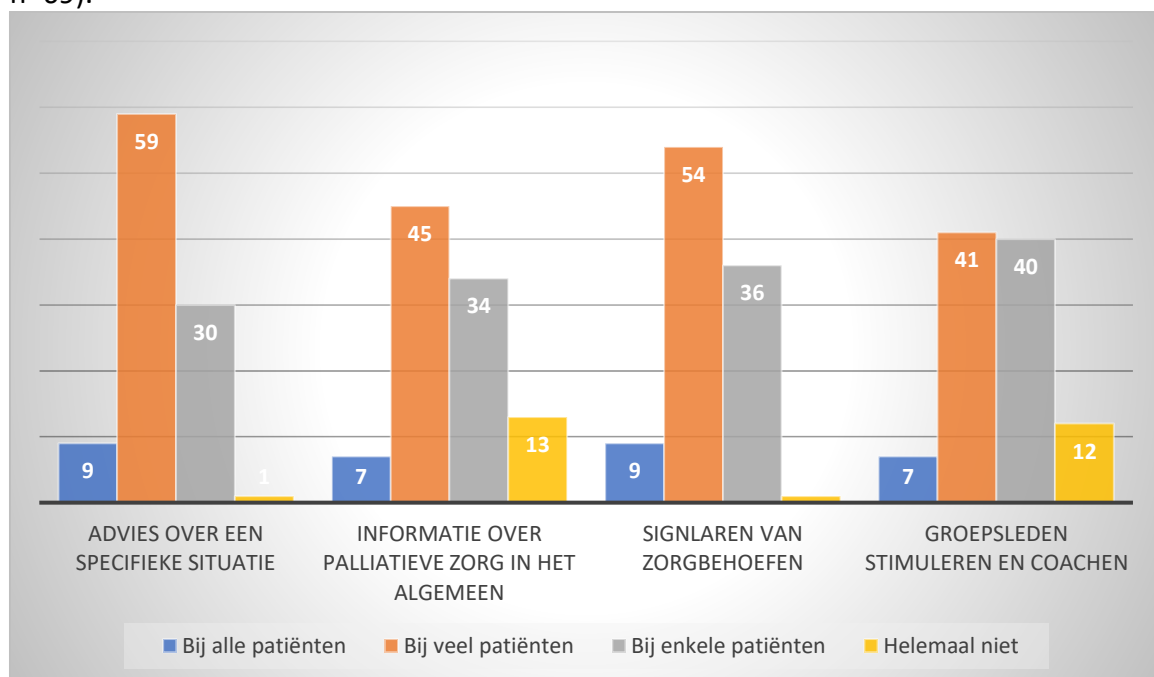
Als het gaat om hun eigen inbreng geeft 45% (n=69) van de inhoudelijk deskundigen aan wel eens besprekingen over specifieke thema's voor te bereiden tijdens bijeenkomsten. 44% gaf

aan dat dit (ook) door deelnemers werd gedaan en 36% dat hiervoor (ook) gast sprekers werden uitgenodigd (er waren bij deze vraag meerdere antwoorden mogelijk).

Gevraagd naar wat hun inbreng was bij patiënt besprekingen, gaf een ruime meerderheid van de inhoudelijk deskundigen aan bij veel of alle patiënten advies te geven over specifieke situaties. Dit was ook het geval als het ging over het (helpen) signaleren van eventuele of mogelijke zorgbehoeften (denk hierbij bijvoorbeeld aan 'wat als' vragen stellen, scenario's bespreken).

Als het ging om het geven van algemene informatie over palliatieve zorg en vooral het stimuleren en coachen van groepsleden was deze meerderheid krappert (zie figuur 4-9). De antwoorden van inhoudelijk deskundigen lieten in 2020 overigens een vergelijkbaar beeld zien.

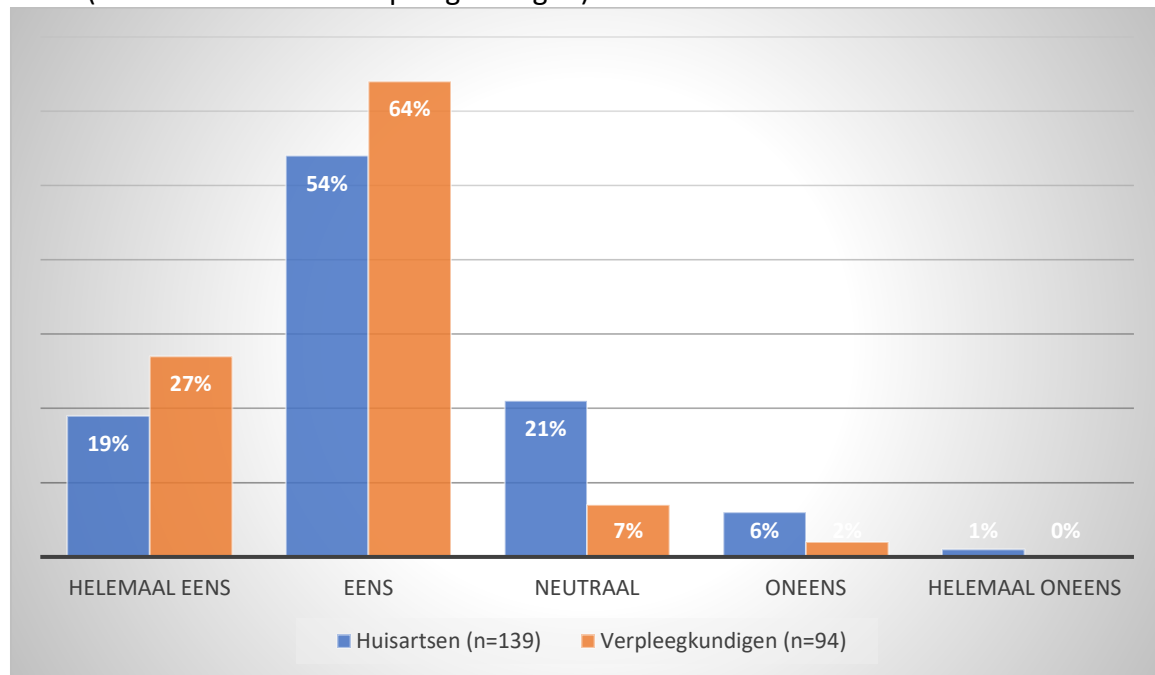
Figuur 4-9. Inbreng van inhoudelijk deskundigen bij patiëntbesprekingen (percentages, n=69).



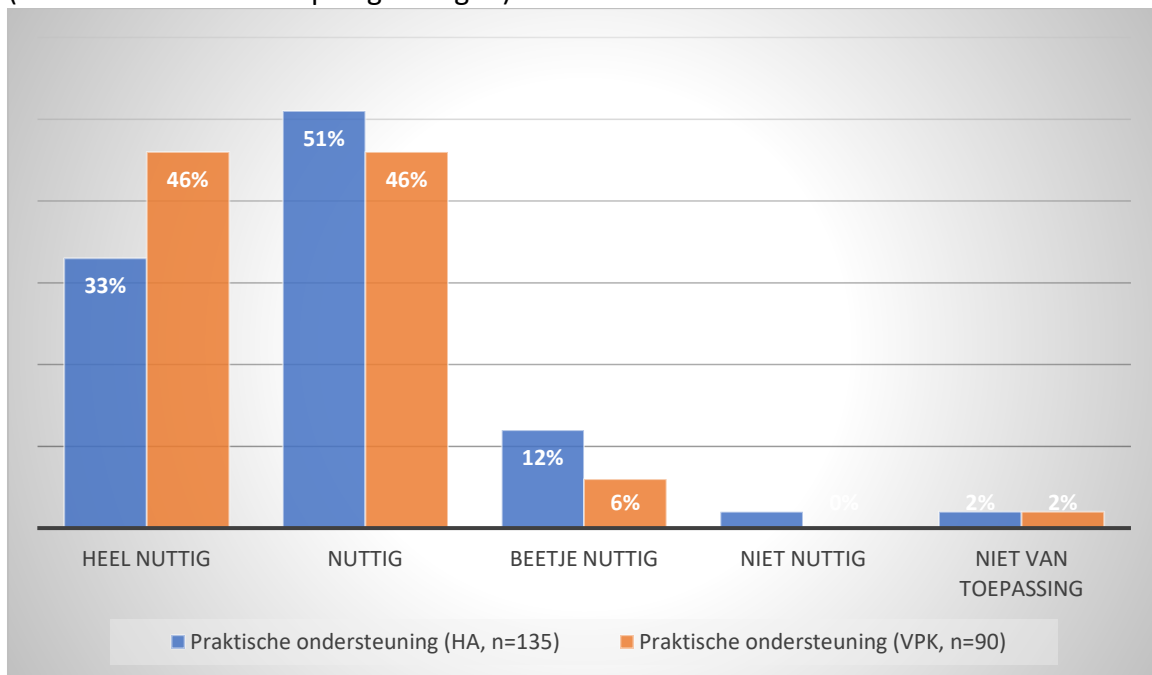
Hoofdstuk 5. Samen

De derde pijler van PaTz is 'samen'. Een meerderheid van de huisartsen en verpleegkundigen vond dat de onderlinge samenwerking was verbeterd door PaTz (fig 5-1). Bevordering van de samenwerking en praktische en emotionele ondersteuning aan elkaar kwamen volgens een meerderheid van de voorzitters (zeer) goed tot hun recht tijdens de bijeenkomsten (5-2). Een meerderheid van de huisartsen en verpleegkundigen ervoer deze ondersteuning als nuttig (fig 5-3 en 5-4).

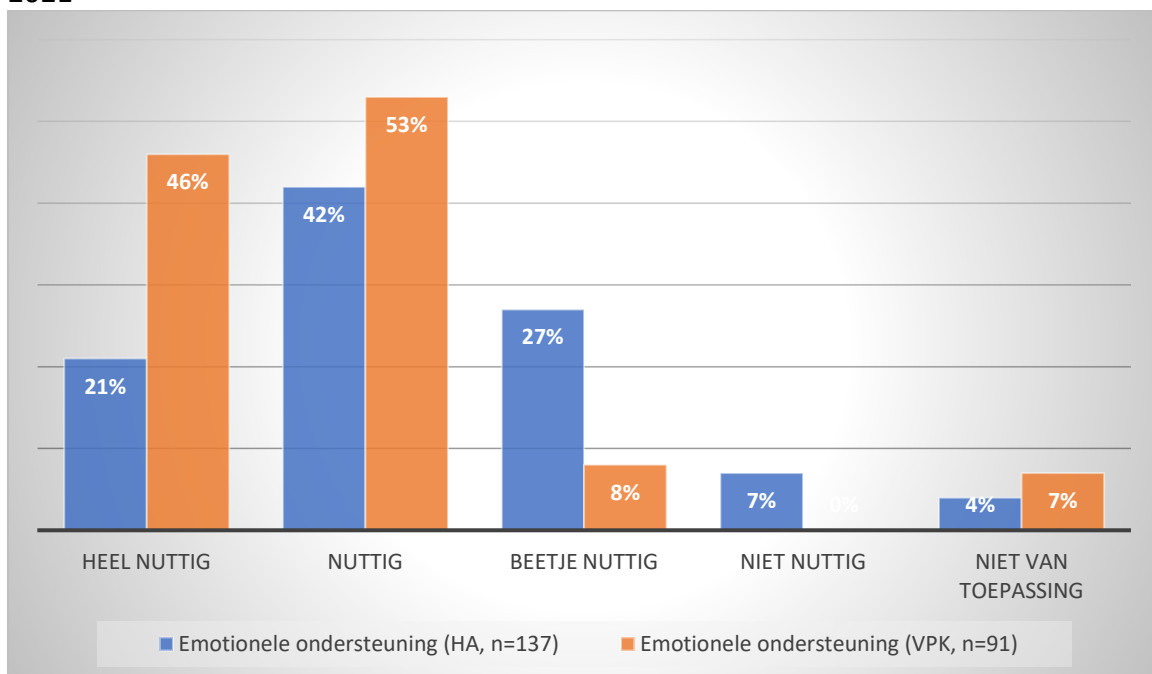
Figuur 5-1. Stelling: De samenwerking met verpleegkundigen/huisartsen is verbeterd door PaTz. (bron huisartsen en verpleegkundigen)



Figuur 5-2. In hoeverre heeft u de praktische ondersteuning tijdens PaTz als nuttig ervaren? (bron huisartsen en verpleegkundigen)

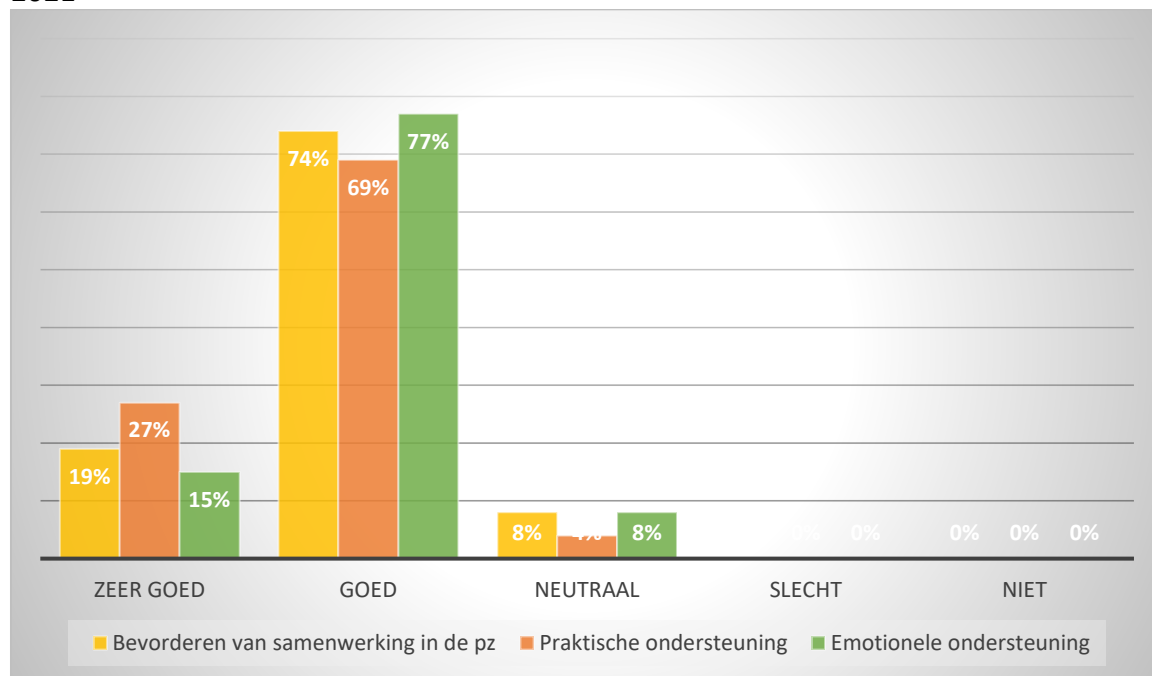


Figuur 5-3. In hoeverre heeft u de emotionele ondersteuning tijdens PaTz als nuttig ervaren? (bron huisartsen en verpleegkundigen) 2021



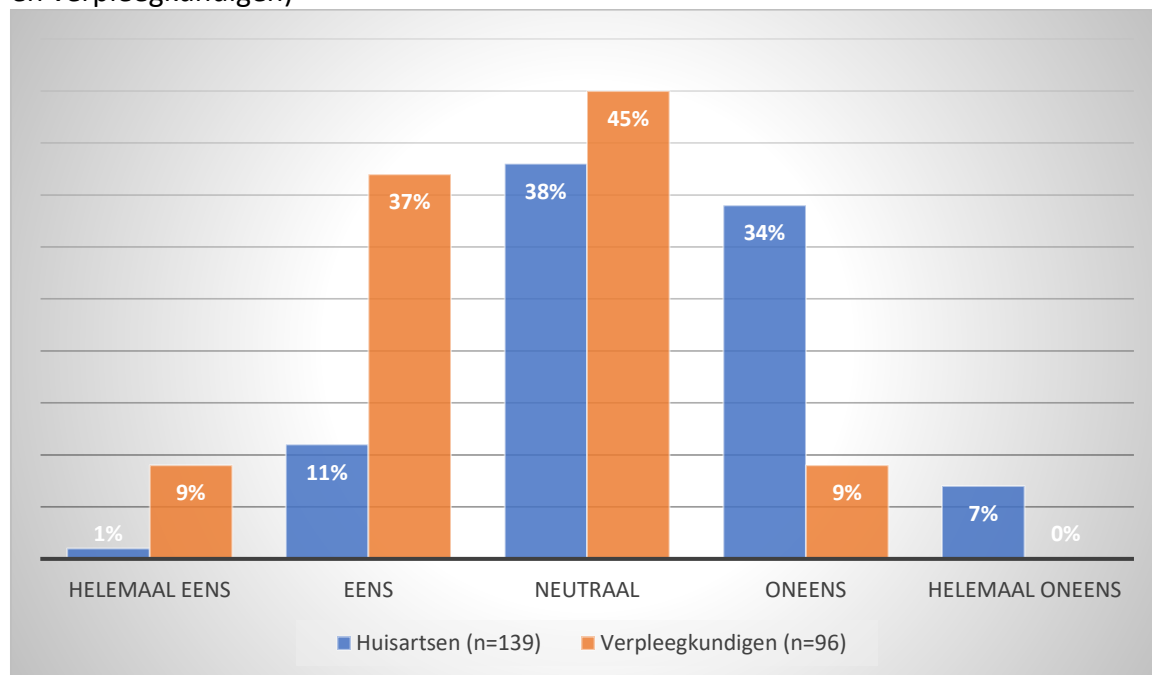
Figuur 5-4. In hoeverre komen de volgende aspecten in de PaTz groep tot zijn recht? (bron: voorzitters, n=53)

2021



Een minderheid van 12% van de huisartsen vond dat PaTz de samenwerking met de tweede lijn was verbeterd door PaTz. Bij de verpleegkundigen was dit 46% (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.

Een overgrote meerderheid (83%; n=49, bron voorzitters) van de groepen heeft een vaste samenstelling.

Huisartsen zijn volgens de voorzitters gemiddeld genomen 61% aan het woord (mediaan 60%) en verpleegkundigen 36% (mediaan 40%).

We hebben de voorzitters gevraagd op een schaal van 5 aan te geven wat ze vonden van de verhouding tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen qua aantal. Daarbij was 1 te veel huisartsen en 5 te veel verpleegkundigen. Het gemiddelde was daarbij 2,8 (mediaan 3). Als het ging over de verhouding tussen huisartsen en verpleegkundigen qua inbreng, opnieuw op een schaal van 5, met 1 huisartsen te veel en 5 verpleegkundigen te veel, was het gemiddelde 2,6 (mediaan 3). Eerder zagen we nog bij de antwoorden op de open vraag aan voorzitters wat beter kon in hun groep, dat inbreng van vooral verpleegkundigen veel genoemd werd in negatieve zin. Dit wordt niet bevestigd door de uitkomsten van deze vraag.

Een grote meerderheid van de voorzitters (88%, n=59) geeft aan dat er andere disciplines meedoen aan de PaTz-bijeenkomsten. Daarbij zijn de meest genoemde disciplines: geestelijk verzorger (n=30), specialist ouderen geneeskunde (n=15), coördinator van vrijwilligers (n=13), apotheker (n=10) en praktijkondersteuner (n=10).

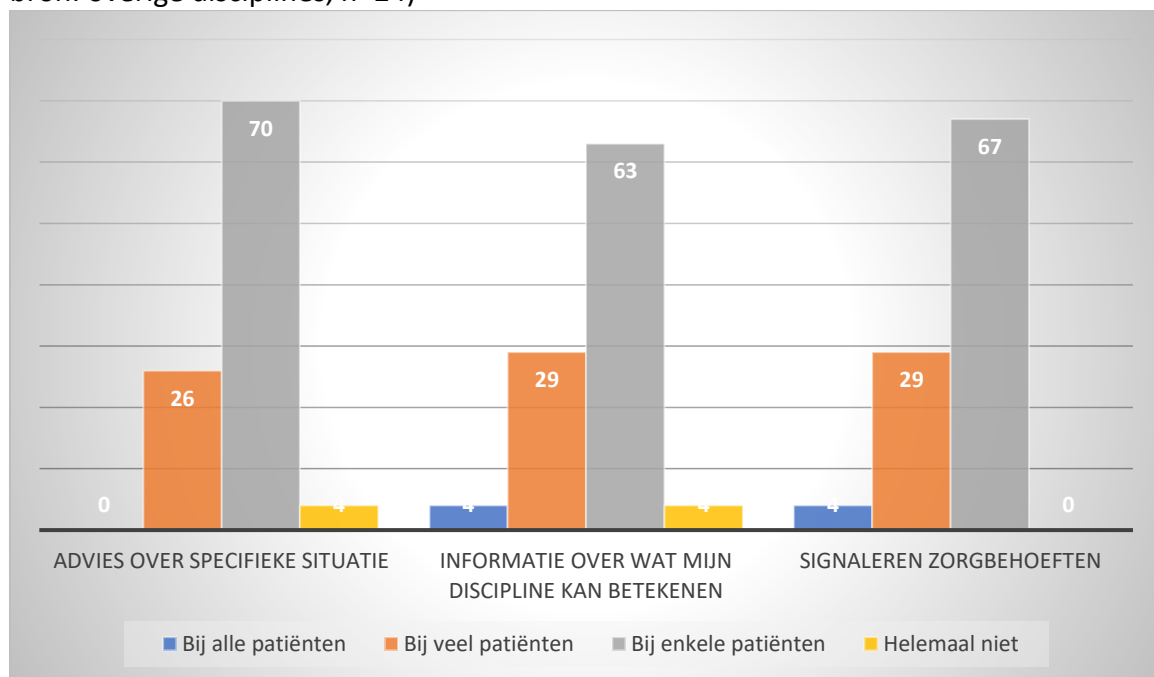
Als deze disciplines zelf gevraagd wordt wat hun inbreng is, wordt het signaleren van zorgbehoeften het meest genoemd (fig 5-6) gevolgd door informatie geven over wat hun discipline kan betekenen en advies over een specifieke situatie, maar het ontloopt elkaar niet veel (70, 63 en 67%). 92% van hen geeft aan patiënten gemeenschappelijk te hebben met huisartsen of verpleegkundigen in de groep. Het grootste gedeelte hiervan (76%) geeft aan dat het om 1 of 2 patiënten gaat.

58% van de deelnemers afkomstig uit andere disciplines geeft dat het hebben van deze gezamenlijke patiënten (zeer) belangrijk is, 33% staat er neutraal in en 8% vindt dit onbelangrijk.

Als we de open vraag stellen wat de meerwaarde van hun deelname is voor de andere deelnemers, noemen de meeste disciplines zaken die inherent verbonden zijn aan hun eigen vakgebied: kennis over en aandacht voor zingevings- of levensbeschouwelijke vraagstukken door geestelijk verzorgers; de inzet van vrijwilligers en ontlasting van de mantelzorgers door coördinatoren van vrijwilligers; medisch inhoudelijke kennis en een brug zijn tussen eerste en tweede lijn door specialisten ouderen geneeskunde; kennis over geneesmiddelen door apothekers.

Gevraagd naar de meerwaarde voor henzelf worden het onderhouden van contacten met andere disciplines, het bevorderen van samenwerking en dat ze zelf veel leren het meest genoemd.

Fig 5-6. Wat is de inbreng van overige disciplines tijdens de besprekingen? (percentages; bron: overige disciplines, n=24)



Hoofdstuk 6. Thema's: Proactieve zorgplanning en Nazorg

Ieder jaar onderzoeken we in de monitor bepaalde thema-onderwerpen. Dit jaar richten we de loop op proactieve zorgplanning (in het Engels: advance care planning, ACP) en nazorg.

Proactieve zorgplanning

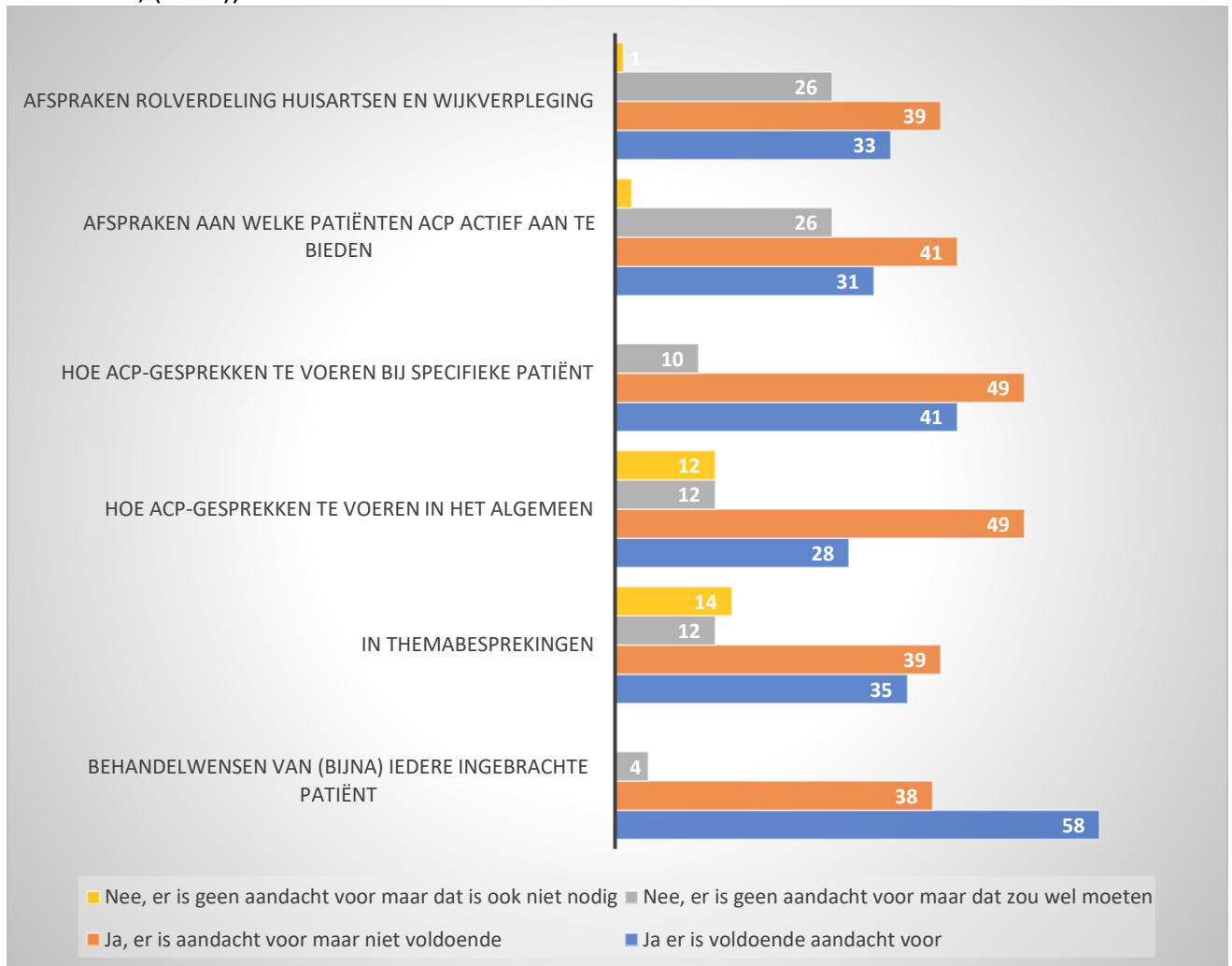
Een internationaal panel van deskundigen en patiëntvertegenwoordigers kwam tot de volgende definitie: proactieve zorgplanning stelt mensen in staat om doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, deze doelen en voorkeuren te bespreken met familie en zorgverleners, en om eventuele voorkeuren vast te leggen en indien nodig te herzien (Rietjens et al. in een stuk in Huisarts & Wetenschap, 23-7-2018).

Aangezien vroegtijdige signalering centraal staat in de palliatieve zorg, is proactieve zorgplanning een belangrijk onderdeel. We waren benieuwd of de deelnemers aan PaTz vonden of er voldoende aandacht is voor verschillende aspecten van dit onderwerp. Bij alle verschillende soorten deelnemers was er een meerderheid (58-76%) die vond dat er voldoende aandacht was voor de behandelwensen van (bijna) iedere patiënt die ingebracht werd tijdens bijeenkomsten (fig. 6-1A tot en met 6-1E).

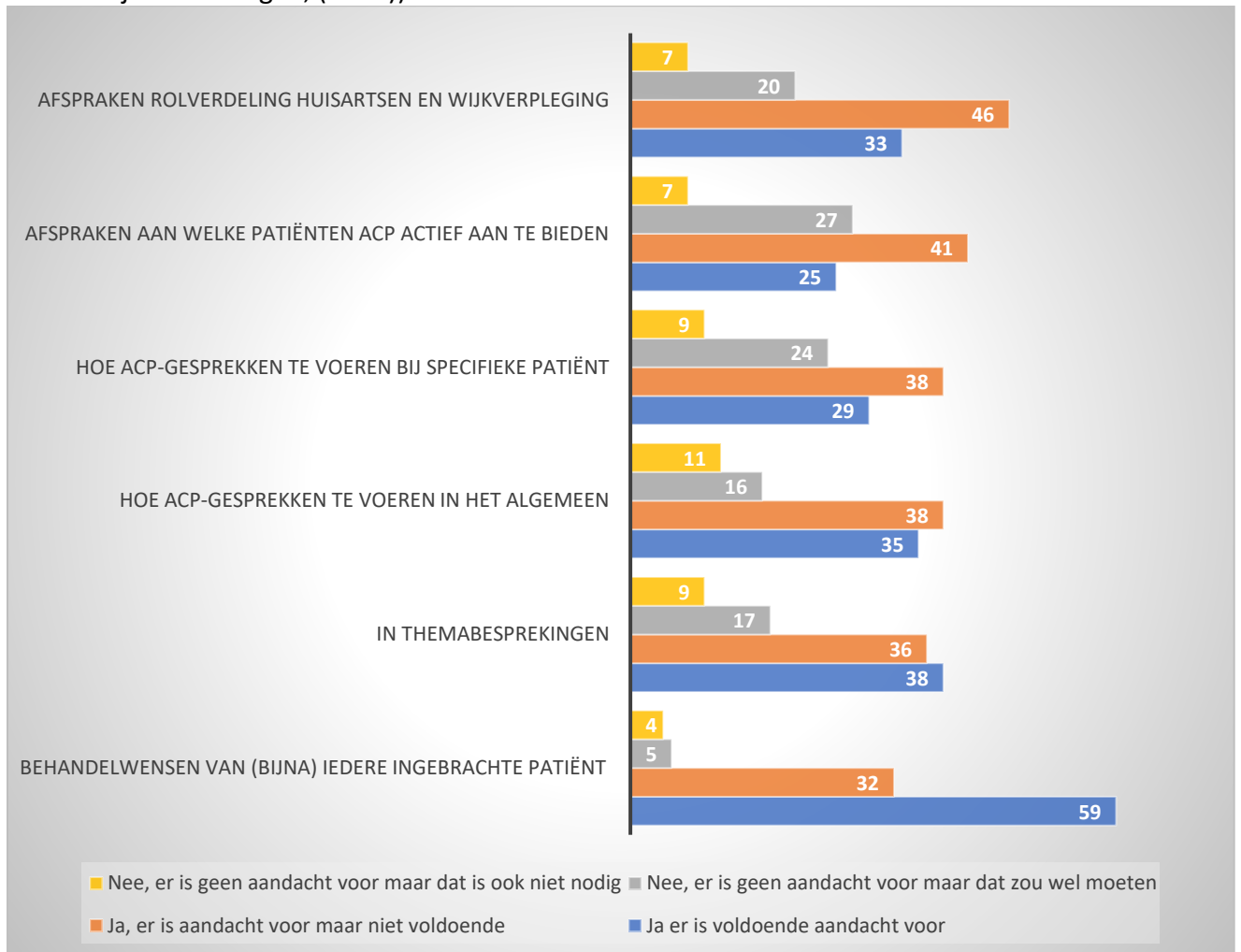
Een meerderheid van voorzitters en inhoudelijk deskundigen vond dat er onvoldoende aandacht was voor ACP in themabesprekingen, hoe ACP-gesprekken te voeren in het algemeen en bij specifieke patiënten, afspraken over aan welke patiënten actief ACP-gesprekken aan te bieden en voor afspraken over de rolverdeling tussen huisartsen en verpleegkundigen aangaande ACP.

Ook onder huisartsen, verpleegkundigen en overige disciplines was er een meerderheid die vond dat er onvoldoende aandacht was voor afspraken over de rolverdeling tussen huisartsen en verpleegkundigen aangaande ACP. Het grootste deel van de huisartsen vindt echter dat voor alle andere aspecten wel genoeg aandacht was. Het grootste deel van de verpleegkundigen vond dit ook, behalve als het ging om afspraken over aan welke patiënten actief ACP-gesprekken aan te bieden.

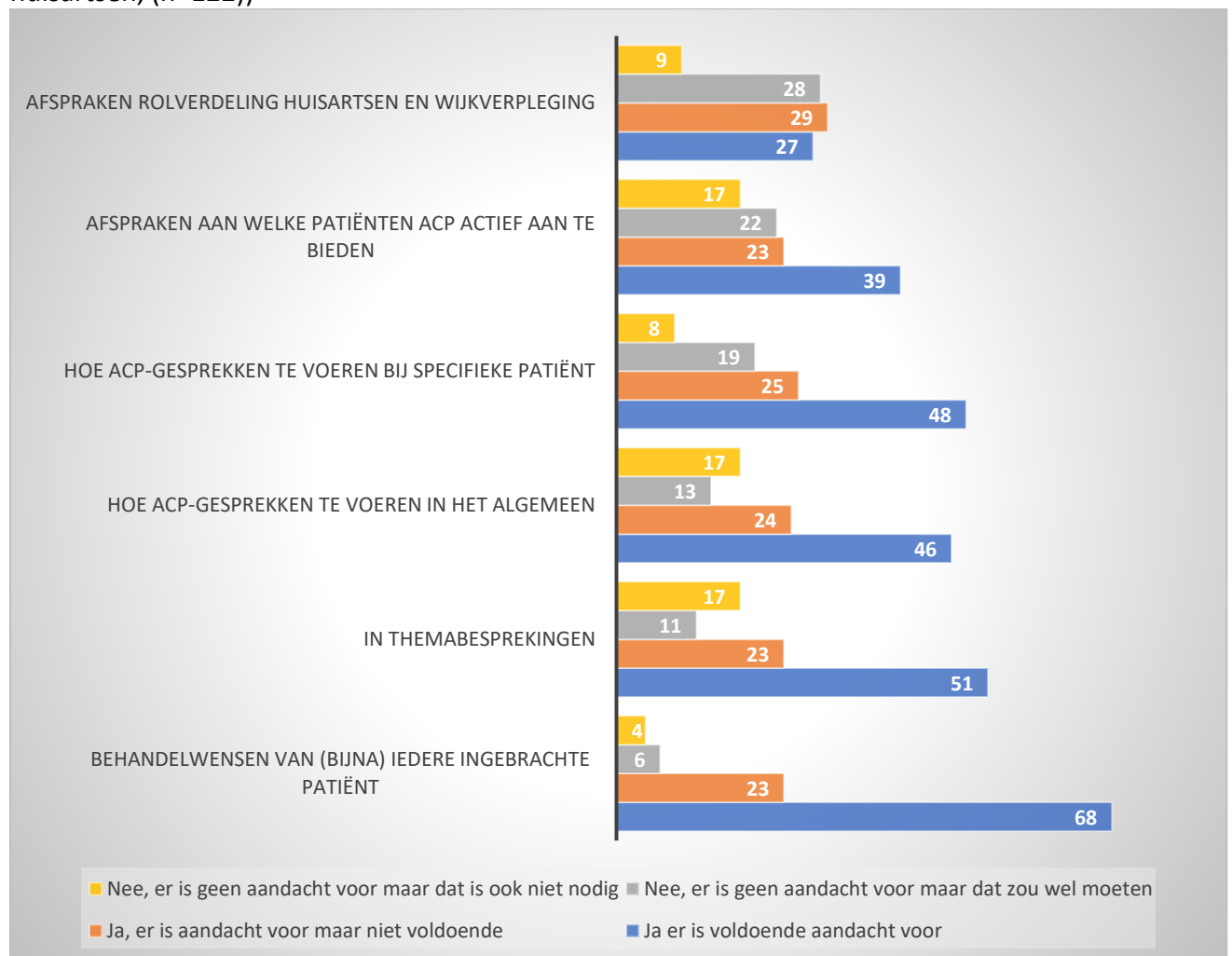
Figuur 6-1A. Is er het afgelopen jaar op de volgende manier aandacht besteed aan Advance Care Planning (ACP; in het Nederlands: proactieve zorgplanning) in de PaTz groep? (Bron: voorzitters, (n=51))



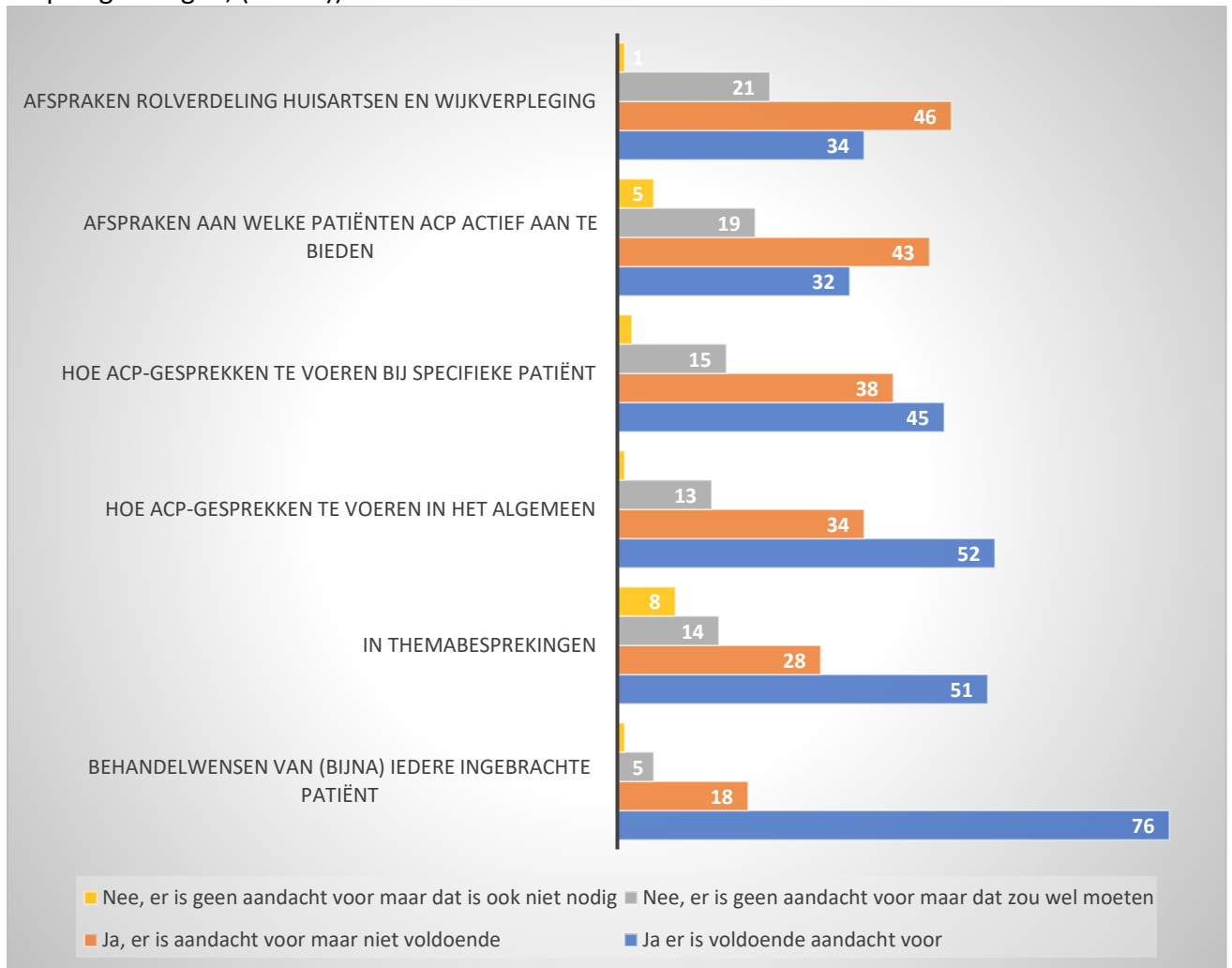
Figuur 6-1B. Is er het afgelopen jaar op de volgende manier aandacht besteed aan Advance Care Planning (ACP; in het Nederlands: proactieve zorgplanning) in de PaTz groep? (Bron: inhoudelijk deskundigen, (n=56))



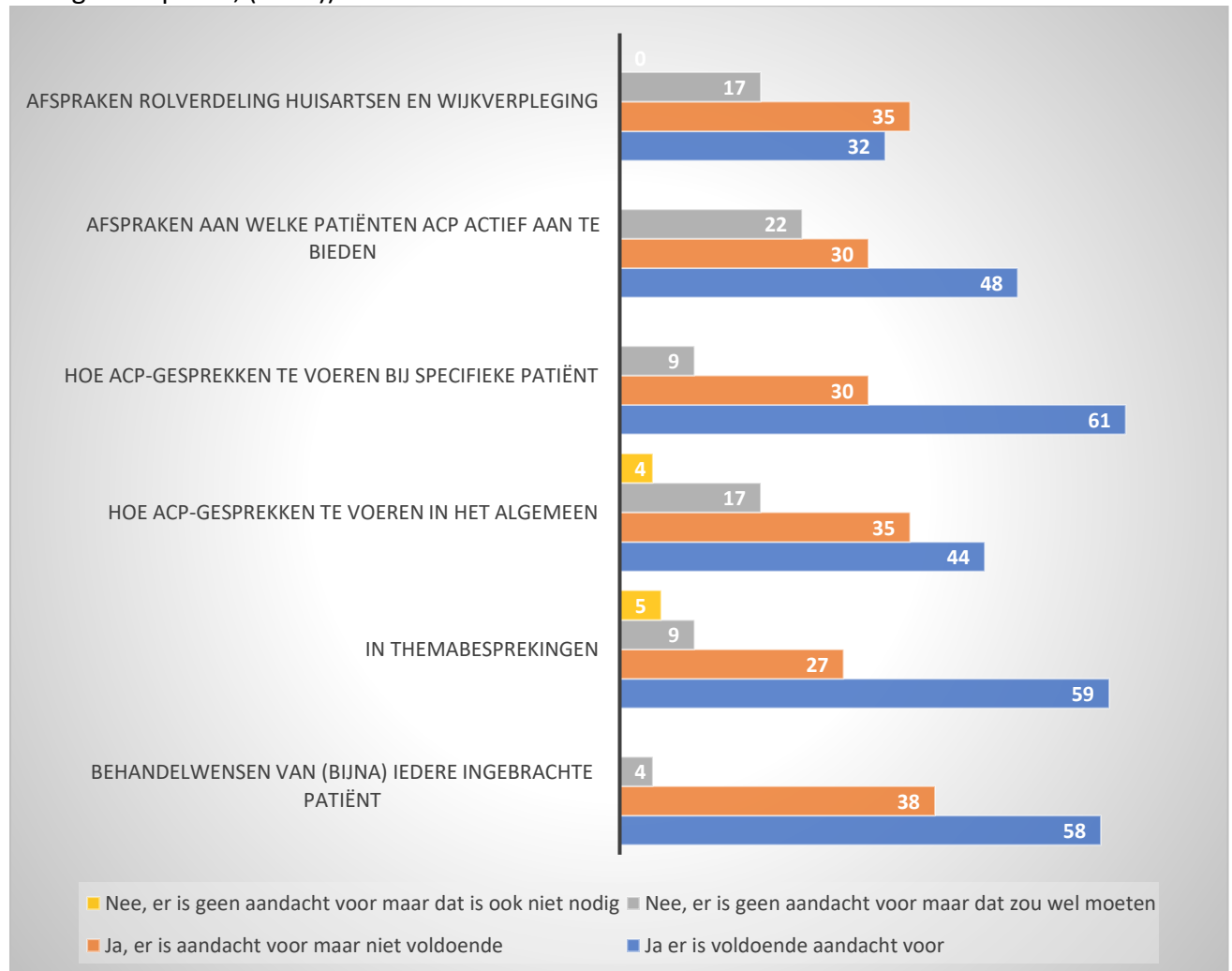
Figuur 6-1C. Is er het afgelopen jaar op de volgende manier aandacht besteed aan Advance Care Planning (ACP; in het Nederlands: proactieve zorgplanning) in de PaTz groep? (Bron: huisartsen, (n=122))



Figuur 6-1D. Is er het afgelopen jaar op de volgende manier aandacht besteed aan Advance Care Planning (ACP; in het Nederlands: proactieve zorgplanning) in de PaTz groep? (Bron: verpleegkundigen, (n=100))



Figuur 6-1E. Is er het afgelopen jaar op de volgende manier aandacht besteed aan Advance Care Planning (ACP; in het Nederlands: proactieve zorgplanning) in de PaTz groep? (Bron: overige disciplines, (n=23))



Er is ook gevraagd welke middelen deelnemers nuttig vonden als het op ACP ging (fig 6-2). Een meerderheid van de verpleegkundigen vond de Leidraad Proactieve Zorgplanning (heel) nuttig (57%), terwijl een meerderheid van de huisartsen (53%) niet bekend was met de leidraad. 58% van de verpleegkundigen vond berichten in de PaTz-nieuwsflits (heel) nuttig. Onder voorzitters, inhoudelijk deskundigen en huisartsen was er geen meerderheid die deze middelen (heel) nuttig vond.

Fig 6-2A In hoeverre waren de volgende middelen nuttig als het om ACP ging? (Voorzitters en inhoudelijk deskundigen hadden de antwoordoptie 'Niet van toepassing'; huisartsen en verpleegkundigen 'Niet mee bekend').

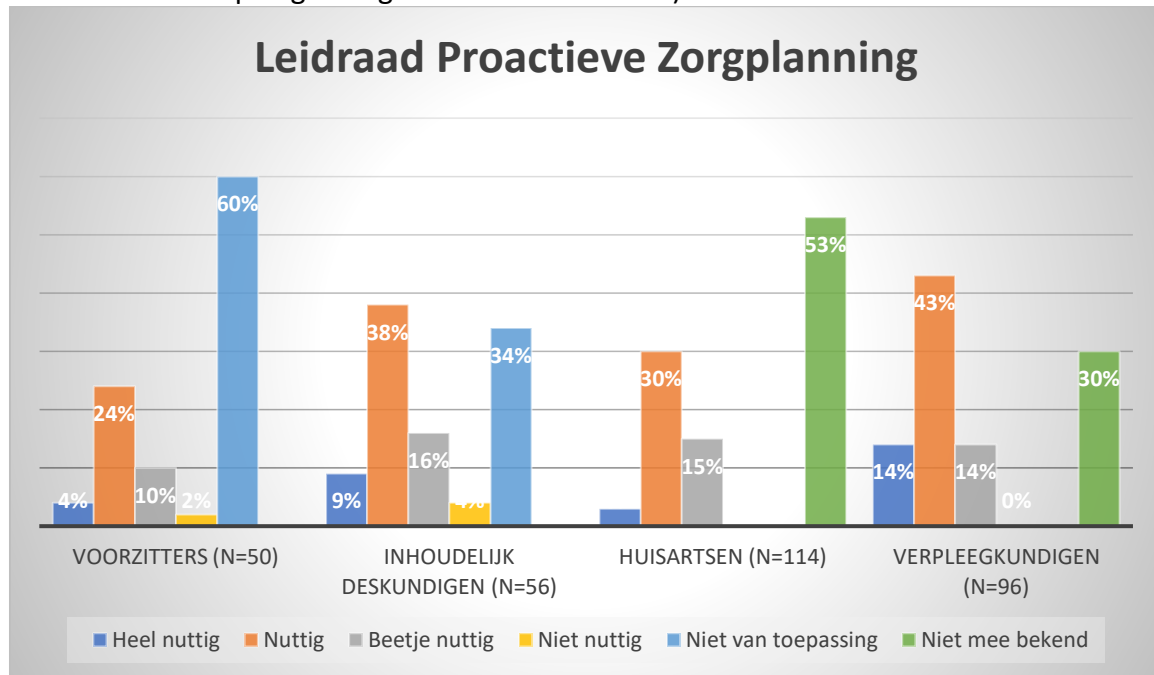
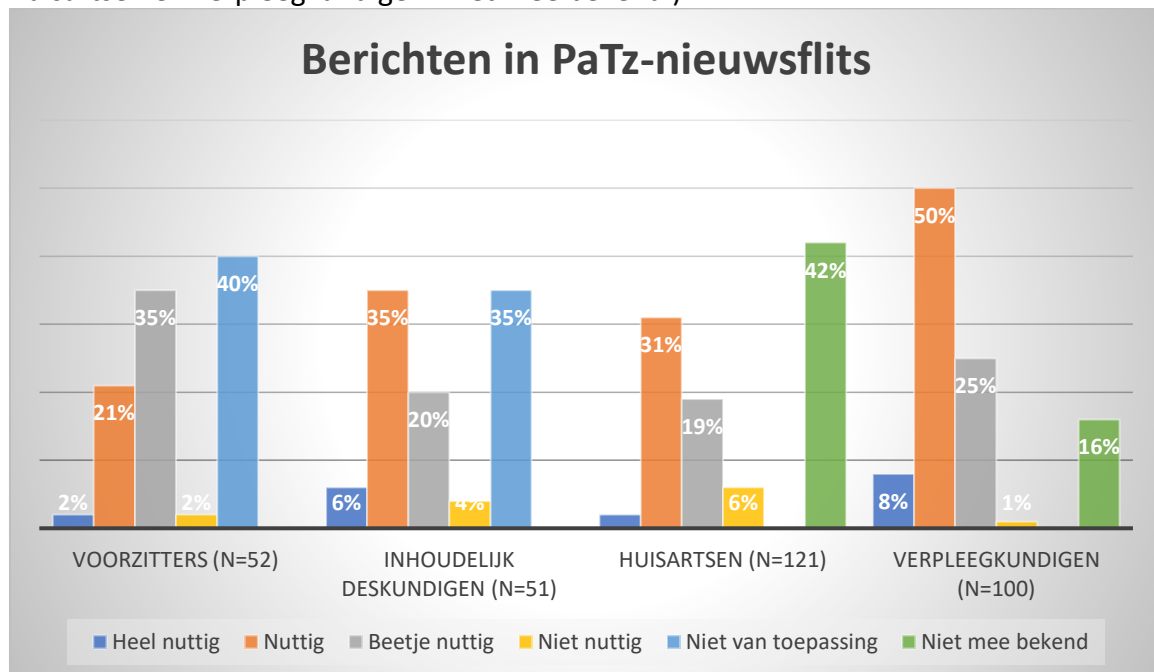


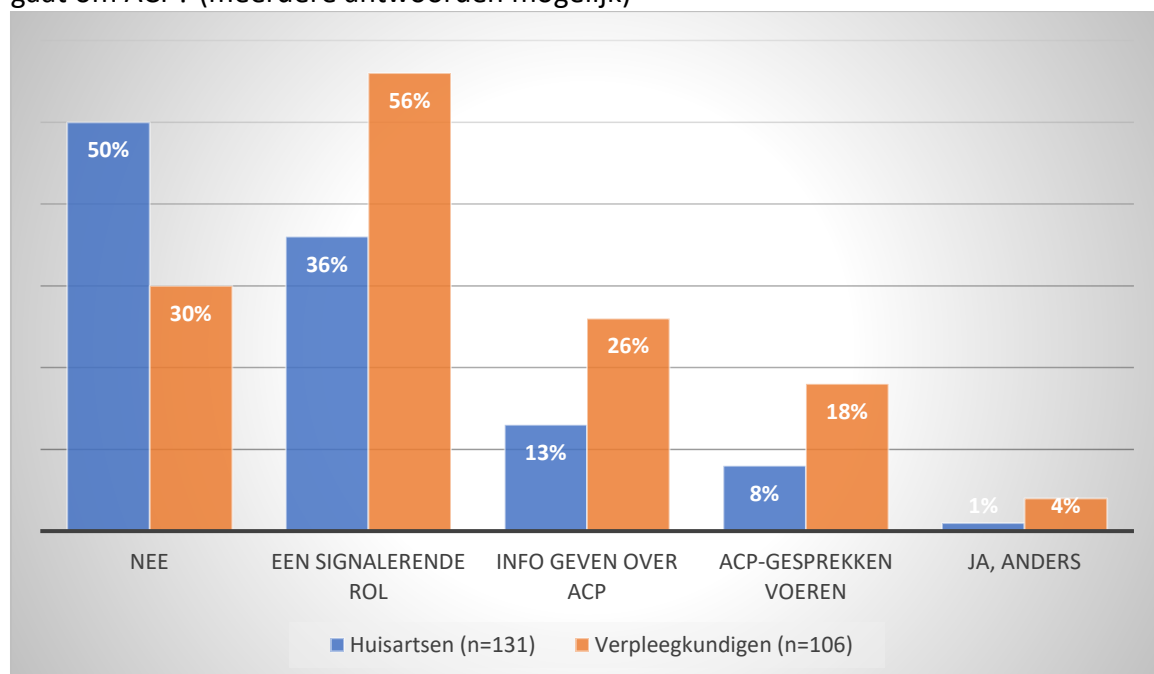
Fig 6-2B In hoeverre waren de volgende middelen nuttig als het om ACP ging? (Voorzitters en inhoudelijk deskundigen hadden de antwoordoptie 'Niet van toepassing'; huisartsen en verpleegkundigen 'Niet mee bekend').



Een grote meerderheid (92%) van de huisartsen gaf aan dat er in hun regio afspraken waren hoe behandelwensen- en grenzen (uitkomsten van ACP gesprekken) overgedragen werden aan de huisartsenpost, bijvoorbeeld via het patiëntendossier en Landelijk Schakelpunt (LSP, 50%), door middel van een algemeen formulier over palliatieve zorgbehoeftes (29%), een specifiek ACP-formulier (19%), met behulp van het uniform format bij de Leidraad proactieve zorgplanning (2%) of op een andere manier (21%).

Aan huisartsen en verpleegkundigen was ook gevraagd of er afspraken binnen de PaTz-groep zijn over de rol van wijkverpleegkundigen als het gaat om ACP (fig 6-3). Hierbij viel het verschil in antwoorden tussen beide groepen op. De helft van de huisartsen gaf aan dat er geen afspraken waren tegenover 30% van de verpleegkundigen. De percentages van verpleegkundigen die hun beroepsgroep een bepaalde rol toedichtte als het om ACP ging waren vervolgens evident hoger dan die bij huisartsen.

Fig 6-3. Zijn er afspraken binnen de PaTz-groep over de rol van wijkverpleegkundigen als het gaat om ACP? (meerdere antwoorden mogelijk)



Een meerderheid van 57% van de huisartsen (n=131) gaf aan geen knelpunten te ervaren als het gaat om ACP in de praktijk. Van de huisartsen die wel knelpunten ervoeren, was dit voor de meesten (18%, meerdere antwoorden mogelijk) op het gebied van hoe de wensen van patiënten actueel te houden. Hierbij worden zaken als hoe vaak je het gesprek opnieuw moet voeren, hoe zorg je ervoor dat je het niet vergeet en juiste dossiervoering of overdracht genoemd. 17% gaf aan hoe de uitkomsten van ACP over te dragen als knelpunt te zien. Hierbij werd de overdracht aan andere disciplines, zoals bijvoorbeeld de ambulancedienst, HAP of thuiszorg, genoemd. 14% vond hoe de gesprekken te voeren (juiste toon, timing, bij patiënten met een migratieachtergrond, tijdsgebrek) en 12% met wie gesprekken te voeren een knelpunt. Bij dit laatste bleken deelnemers ook de bedoelen door wie de gesprekken gevoerd dienen te worden: wie pakt het op, hoe voorkom je dat het dubbelop gebeurt?

Bij verpleegkundigen ervoer een minderheid van 35% (n=106) geen knelpunten. Bij de meesten van hen die wel knelpunten ervoeren was dit op het gebied van de overdracht van de uitkomsten van ACP (33%). Verpleegkundigen noemden hierbij vaak de overdracht tussen huisartsen en henzelf. 26% zag met wie ACP-gesprekken te voeren als knelpunt. Ze gaven hierbij aan dat het bij niet-oncologische patiënten lastiger blijkt en dat er verschil van mening kan zijn tussen verschillende zorgverleners. Hoe de wensen actueel te houden werd door 24% als knelpunt gezien. Ook hierbij werd het vastleggen en de overdracht van informatie vaak genoemd. 19% vond hoe de gesprekken te voeren een knelpunt. Hierbij noemden ze bijvoorbeeld hoe hierin samen met de huisarts te kunnen optrekken.

Nazorg

Onder nazorg verstaan we aandacht voor het verwerkingsproces van nabestaanden na het overlijden van een patiënt, ook wel rouwzorg genoemd. Naast het verlenen van zorg en steun bij het rouwproces, is ook de evaluatie van de geleverde zorg voor het sterven onderdeel van nazorg. Deze evaluatie, waarvoor het instrument After Death Analysis (ADA) is ontwikkeld, gebeurt idealiter tussen de zorgverleners onderling en met de nabestaanden.

We hebben huisartsen en verpleegkundigen gevraagd of er aandacht was voor nazorg tijdens PaTz-bijeenkomsten (fig 4-7). 64% van de huisartsen (n=136) en 49% van de verpleegkundigen (n=97) vond dat er voldoende aandacht was. Gevraagd naar op welke manier er aandacht was werden het bespreken tijdens bijeenkomsten, bijvoorbeeld in de vorm van casuïstiek, en contact met nabestaanden het vaakst genoemd door beide groepen. Huisartsen noemden hierbij het bespreken tijdens bijeenkomsten vaker en verpleegkundigen het contact met nabestaanden. ADA werd weinig genoemd, in totaal 2 maal door huisartsen en 1 maal door een verpleegkundige.

33% van de huisartsen en 51% van de verpleegkundigen vond dat er geen of niet voldoende aandacht was voor nazorg, terwijl dit wel zou moeten. We hebben als vervolgvraag gesteld waarom werd gedacht dat er niet voldoende aandacht voor was. Beide groepen noemden tijdsgebrek en het feit dat andere (urgenter) zaken om meer aandacht vroegen het meest als mogelijke oorzaak.

Huisartsen noemden verder dat het niet bij PaTz-bijeenkomsten aan bod kwam, maar wel daarbuiten in de praktijk. Verpleegkundigen noemden vaak dat nazorg-gesprekken met nabestaanden niet gefinancierd werden en ook dat er een gebrek was aan afstemming en een standaard gang van zaken als het om nazorg ging.

Verder werd minder vaak, maar wel door beide groepen genoemd dat patiënten (en dus ook hun nabestaanden) na overlijden uit beeld verdwenen omdat ze van het register gehaald werden en dat een casus wel tijdens een bijeenkomst besproken werd, maar er geen contact met nabestaanden werd gelegd.