



Rapportage over de Monitor 2017  
voor Stichting PaTz

Annicka van der Plas

Roeline Pasman

Matthijs van Wijmen

Ian Koper

Bart Schweitzer

Bregje Onwuteaka – Philipsen

**VUmc**  **Expertisecentrum Palliatieve Zorg**

## Inhoudsopgave

Aanbevelingen.....	3
Hoofdstuk 1. Inleiding en respons.....	5
Hoofdstuk 2. Groepssamenstelling en vormgeving van de PaTz-bijeenkomsten .....	7
Hoofdstuk 3. Gespreksonderwerpen, inbreng door de consulent en kennis en kunde van deelnemers.....	12
Hoofdstuk 4. Gebruik van het palliatieve zorgregister.....	16
Hoofdstuk 5. Mening van huisartsen en verpleegkundigen over PaTz.....	19
Bijlage 1. Zien we verschillen tussen stedelijke PaTz en PaTz in landelijke gemeenten? .....	23
Bijlage 2. Vergelijking tussen aangeleverde casuïstiek over patiënten die wel of niet in het register waren opgenomen .....	28
Bijlage 3. Vergelijking tussen aangeleverde casuïstiek van huisartsen en verpleegkundigen van nieuwe groepen en ‘oude’ groepen (gestart voor 1 januari 2016).....	34

## Aanbevelingen

De PaTz Monitor is opgezet om het functioneren van de PaTz-groepen te evalueren. In deze rapportage worden de resultaten van Monitor 2017 besproken. Deze rapportage begint met de belangrijkste aanbevelingen. Vervolgens wordt in hoofdstuk 1 de methode nader toegelicht, waarna in hoofdstuk 2 tot en met 5 en de drie bijlagen de aanbevelingen nader onderbouwd en toegelicht worden.

### 1) Nieuwe groepen: houd vol!

Huisartsen en verpleegkundigen zijn enthousiast over PaTz en ervaren meerwaarde van deelname aan PaTz. Deze meerwaarde wordt met name ervaren in groepen die al wat langer draaien. Waarschijnlijk zijn de nieuwe groepen eerst nog bezig met kennismaking, het opzetten van de structuur van PaTz-bijeenkomsten en het creëren van een veilige sfeer. Als dat eenmaal gebeurd is, kan PaTz tot zijn recht komen.

### 2) Gebruik de 'surprise question' en het register

Een van de belangrijkste kenmerken van palliatieve zorg is proberen problemen voor te zijn, dus proactieve zorg. Uit een aantal zaken bleek dat dit moeilijk was, zo wordt bijvoorbeeld het register niet in alle groepen gebruikt, is gebruik binnen groepen ook variabel en staan vaak niet alle patiënten met palliatieve zorgbehoeften op het register, en benoemen consulenten tijdige identificatie en proactieve zorg nog als leerpunten. Dit terwijl bij patiënten die op het register geplaatst worden bijvoorbeeld vaker een zorgplan gemaakt wordt, de wijkverpleegkundige vaker betrokken is, zij vaker besproken worden tijdens PaTz-bijeenkomsten, en er vaker en vroeger een overdracht is naar de huisartsenpost (in vergelijking tot patiënten die niet op het register stonden). Op de website van Stichting PaTz staan informatie en hulpmiddelen. Zie bijvoorbeeld:

- <https://www.patz.nu/index.php/patz-portal/46-identificeren-palliatieve-fase>
- <https://www.patz.nu/index.php/patz-portal>
- <https://www.patz.nu/index.php/start-patz-groep/3-patz-toolkit>

### 3) Stimuleer inbreng van de (wijk)verpleegkundige

Over het algemeen wordt er in de groepen een goede balans ervaren tussen huisartsen en (wijk)verpleegkundigen, zowel in aantallen als inbreng. Sommige voorzitters gaven wel aan dat verpleegkundigen soms (te) terughoudend zijn om hun kennis en kunde in de groep te delen. Deze inbreng wordt dan wel gemist. Het is daarom van belang dat inbreng van verpleegkundigen wordt

gestimuleerd en ondersteund. Binnen de doorontwikkeling van PaTz wordt gekeken hoe (bijvoorbeeld in training) aandacht kan worden besteed aan 'empowerment' van verpleegkundigen.

#### **4) Besteed aandacht aan zingeving**

Zowel consulenten als voorzitters geven aan dat zingevingsvragen van de patiënt en naasten nog onderbelicht worden in PaTz-bijeenkomsten. Opvallend genoeg speelt dit meer voor de oudere groepen en wordt in de nieuwe groepen meer aandacht aan zingeving besteed. Mogelijk speelt hierin mee dat er tegenwoordig landelijk en binnen Stichting PaTz veel aandacht is voor zingeving. Stichting PaTz heeft informatie en hulpmiddelen op de website geplaatst:

<https://www.patz.nu/index.php/start-patz-groep/72-spirituele-zorg>

#### **5) Bespreek overleden patiënten**

In alle groepen worden overleden patiënten besproken. Mogelijk kan deze evaluatie na overlijden gebruikt worden om bewustwording en uitwisseling onder PaTz-deelnemers te stimuleren over het vroegtijdig identificeren van palliatieve zorgbehoeften en het leveren van proactieve zorg. Zeker in beginnende groepen kan het nuttig zijn om altijd een rondvraag te doen met betrekking tot overleden patiënten en daarbij de volgende vragen te stellen:

- Zijn er de afgelopen periode (sinds de vorige PaTz-bijeenkomst) patiënten overleden;
- waren er patiënten waar je verbaasd was te horen over het overlijden;
- waarom was je wel of niet verbaasd;
- wanneer ben je bij deze patiënt overgegaan op huisbezoeken en overdracht naar de huisartsenpost;
- zijn er dingen die je achteraf gezien anders zou hebben gedaan en hoe zou je dat in het vervolg kunnen of willen doen?

Zie ook: <https://www.patz.nu/index.php/start-patz-groep/61-tips-trucs>

## Hoofdstuk 1. Inleiding en respons

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<sup>1</sup>. In deze rapportage worden de resultaten van Monitor 2017 besproken.

Tussen 8 maart en 1 juni 2017 werden PaTz-deelnemers uitgenodigd voor de monitor. De uitnodiging is uitgegaan naar 895 personen uit 96 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 417 personen (46,6%); 191 huisartsen, 125 (wijk)verpleegkundigen, 48 consulenten en 53 voorzitters (zie Tabel 1-1). Er is respons uit 94 verschillende PaTz groepen (variërend van 1 persoon uit de groep tot 12 personen uit dezelfde groep).

**Tabel 1-1. Kenmerken respondenten**

	<b>Respondent</b>
	<b>N = 417</b>
Leeftijd, gem (SD)	49,5 (10,3)
Geslacht, vrouw	303 (72,7%)
Rol in PaTz-groep <sup>2</sup> :	
- Huisarts	191 (45,8%)
- (wijk)verpleegkundige	125 (30,0%)
- Consulent	48 (11,5%)
- Voorzitter	53 (12,7%)
Aantal groepen waaraan de respondent deelneemt:	
- 1	385 (92,3%)
- 2	22 (5,3%)
- 3	6 (1,4%)
- 4	0
- 5	2 (0,4%)
- Gegevens ontbreken	2 (0,5%)

De meeste voorzitters (83%) zijn huisarts en 96% 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 (variërend van 1 tot 12 bijeenkomsten). Het grootste deel van de consulenten (77%) is arts en 23% is verpleegkundige. In tabel 1-2 staat voor de PaTz-groepen van waaruit deelnemers de monitor hebben ingevuld, weergegeven wat het startjaar van de groep was en hoe stedelijk het gebied is waarin de groep actief is.

<sup>1</sup> Deelnemers kunnen vragen om een papieren versie, daar is in 2017 niet om gevraagd.

<sup>2</sup> Consulenten, voorzitters en (wijk)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

	<b>PaTz groep</b>
	<b>N = 94</b>
<b>Startjaar</b>	
- Voor januari 2016	54 (57,4%)
- Na januari 2016	37 (39,4%)
- onbekend	3 (3,2%)
<b>Stedelijkheid<sup>3</sup></b>	
- zeer sterk stedelijk (bv. Amsterdam)	18 (19,1%)
- sterk stedelijk (bv. Breda)	37 (39,4%)
- matig stedelijk (bv. Tiel)	18 (19,1%)
- weinig stedelijk (bv. Hellendoorn)	16 (17,0%)
- niet stedelijk (bv. Coevorden)	5 (5,3%)

Naast beschrijving van de antwoorden op de vragen in de monitor, hebben we op drie manieren vergelijkende analyses gedaan:

- tussen PaTz-groepen in landelijke en stedelijke gebieden;
- tussen patiënten die wel en niet in een PaTz-register opgenomen waren;
- tussen nieuwe en 'oude' PaTz-groepen (gestart voor of na 1-1-2016).

De resultaten hiervan zijn terug te vinden in bijlage 1 t/m 3 en komen, waar van toepassing, in hoofdstuk 2 t/m 5 kort aan de orde.

---

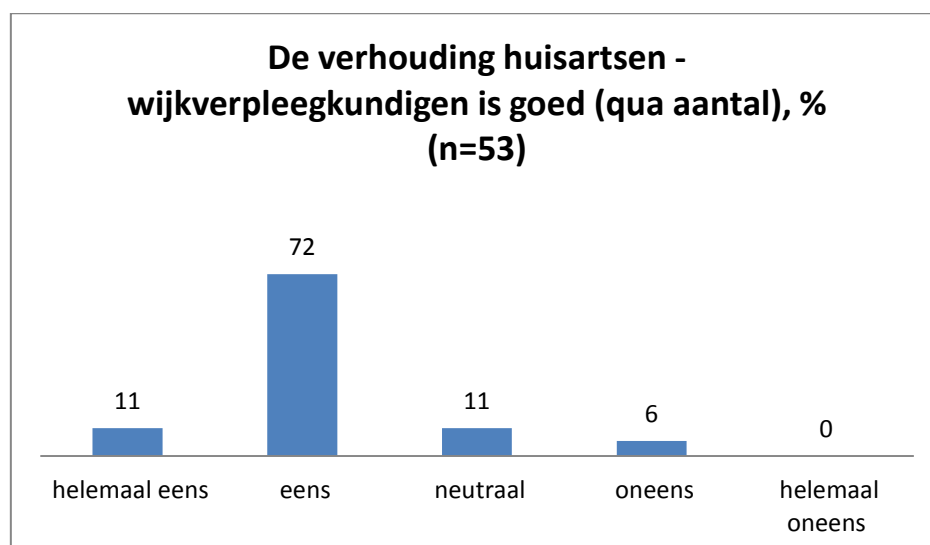
<sup>3</sup> Gegevens van het CBS. De indeling van gemeenten naar stedelijkheid is gebaseerd op de omgevingsadressendichtheid van de gemeente. Allereerst is voor ieder adres binnen een gemeente de adressendichtheid vastgesteld van een gebied met een straal van 1 km rondom dat adres. De omgevingsadressendichtheid van een gemeente is de gemiddelde waarde hiervan voor alle adressen binnen die gemeente.

## Hoofdstuk 2. Groepssamenstelling en vormgeving van de PaTz-bijeenkomsten

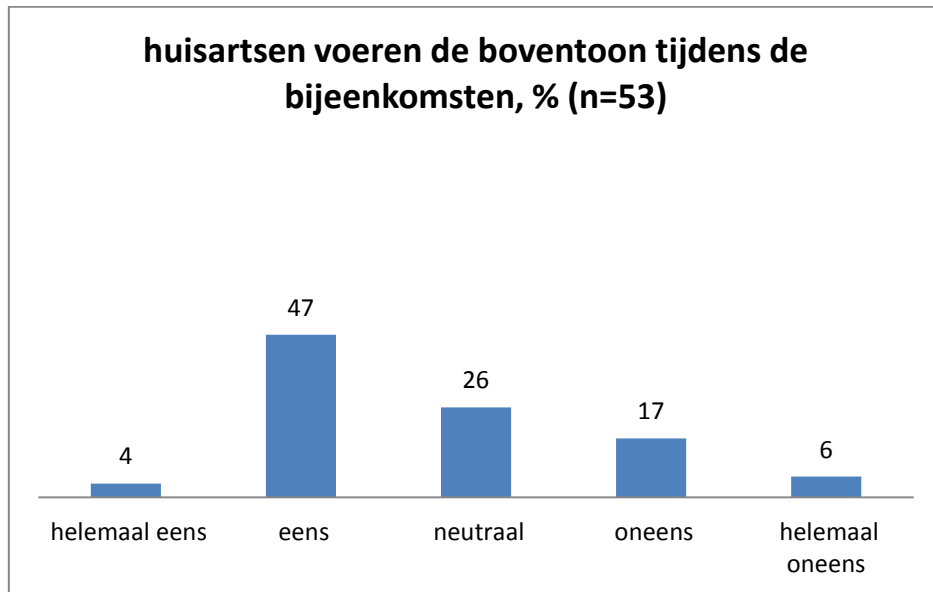
Informatie uit dit hoofdstuk komt van de voorzitters (n=53). Bijna alle (93%) voorzitters die de monitor hebben ingevuld, geven aan dat de PaTz-groep in een vaste samenstelling draait. Bij drie groepen is de samenstelling nog wisselend vanwege personeelwisselingen en uitbreiding van de groep en in een groep is de samenstelling afhankelijk van welke patiënten worden besproken. De helft (53%) van de voorzitters geeft aan dat er naast de huisarts, (wijk)verpleegkundige en consulent geen andere disciplines deelnemen. In de overige groepen worden de PaTz-groepen aangevuld met andere disciplines, namelijk: apotheker (5 x genoemd), coördinator van vrijwilligers (4 x genoemd), fysiotherapeut (4 x genoemd), geestelijk verzorger (3 x genoemd), praktijkondersteuner van de huisarts (2 x genoemd), specialist ouderengeneeskunde (1 x genoemd) en verpleegkundigen met diverse specialisaties (bv. oncologie of ouderenzorg).

Gewoonlijk nemen er meer huisartsen dan wijkverpleegkundigen deel aan een PaTz-groep. Stichting PaTz geeft aan opstartende groepen de richtlijn van 6 – 10 huisartsen en de wijkverpleegkundigen van 2 – 3 thuiszorgorganisaties. We hebben niet gevraagd naar het aantal deelnemers, maar in de meeste groepen is de verhouding tussen het aantal huisartsen en wijkverpleegkundigen goed volgens de voorzitters (Fig. 2-1). Huisartsen voeren wel de boventoon volgens 50% van de voorzitters (Fig. 2-2), dit is misschien te verwachten gezien het grotere aantal huisartsen (ten opzichte van verpleegkundigen) in de groep. Tegelijk speelt hier mogelijk ook mee dat door sommige voorzitters wordt opgemerkt dat verpleegkundigen soms (te) terughoudend zijn om hun kennis en kunde in de groep te delen. Deze inbreng wordt dan wel gemist. Echter, voorzitters geven wel aan dat iedereen actief deelneemt aan de gesprekken (Fig. 2-3).

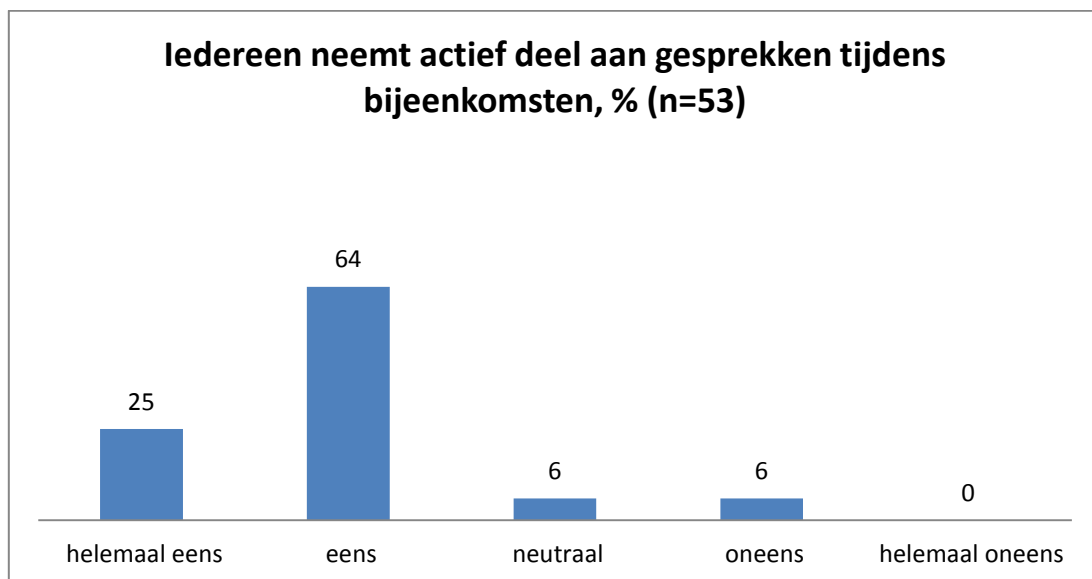
Figuur 2-1. De verhouding tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen (bron: voorzitters).



Figuur 2-2. Participatie tijdens bijeenkomsten (bron: voorzitters).



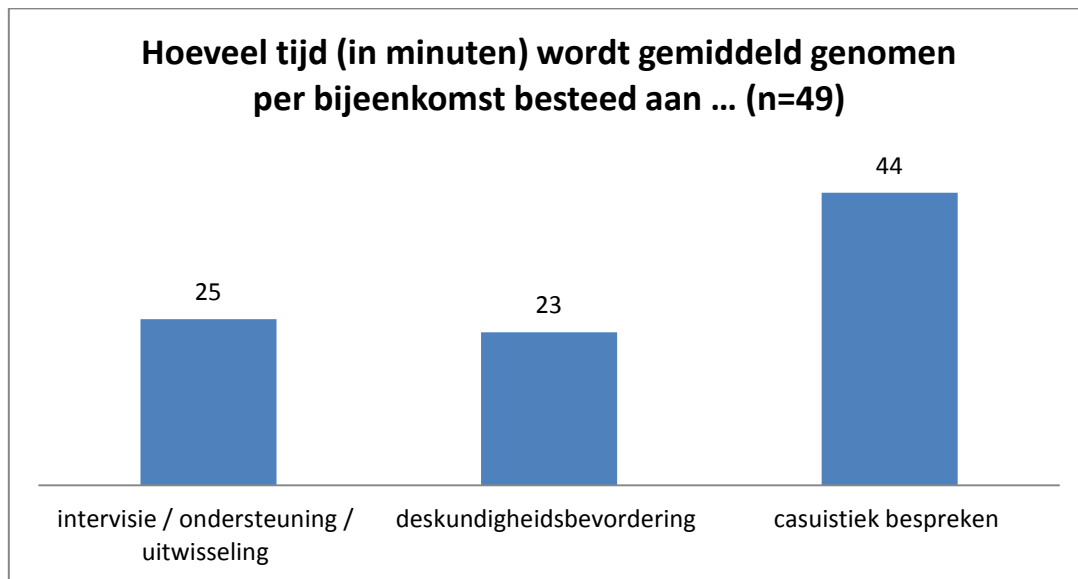
Figuur 2-3. Actieve deelname tijdens bijeenkomsten (bron: voorzitters).



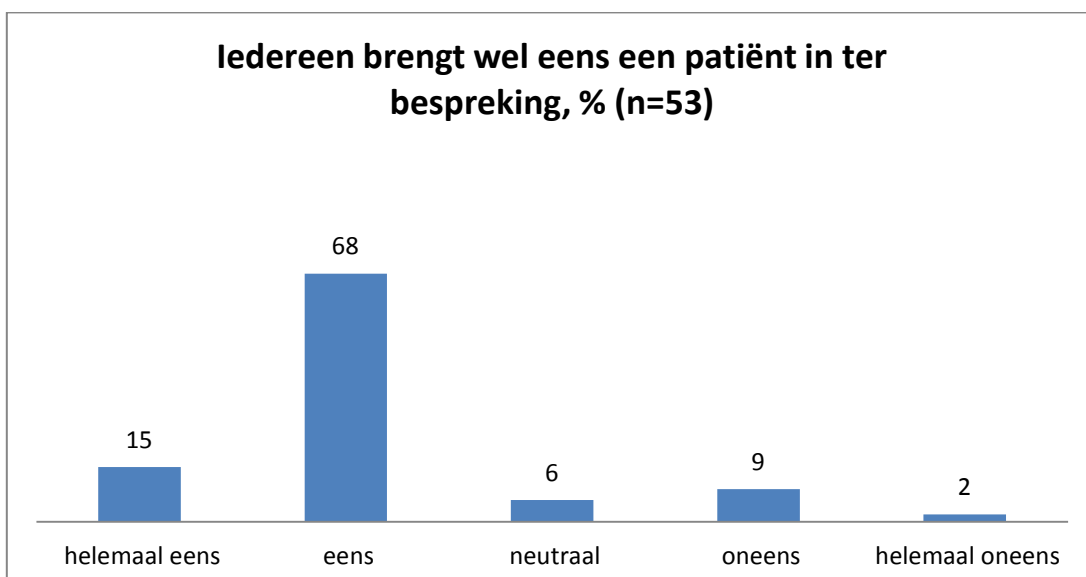


Het grootste deel van de tijd wordt gebruikt voor het bespreken van casuïstiek (Fig. 2-4) en in de meeste groepen brengen alle deelnemers wel eens een patiënt in ter bespreking (Fig. 2-5). De casuïstiekbespreking is dan ook het aspect van PaTz dat het beste tot zijn recht komt volgens voorzitters (Fig. 2-6). Op het gebied van vroegtijdige zorgplanning valt nog veel winst te behalen<sup>4</sup>. Mogelijk hangt dit samen met het gebruik van het register (zie hoofdstuk 4 en bijlage 2).

Figuur 2-4. Tijdsverdeling tijdens bijeenkomsten van de PaTz-groep (bron: voorzitters).

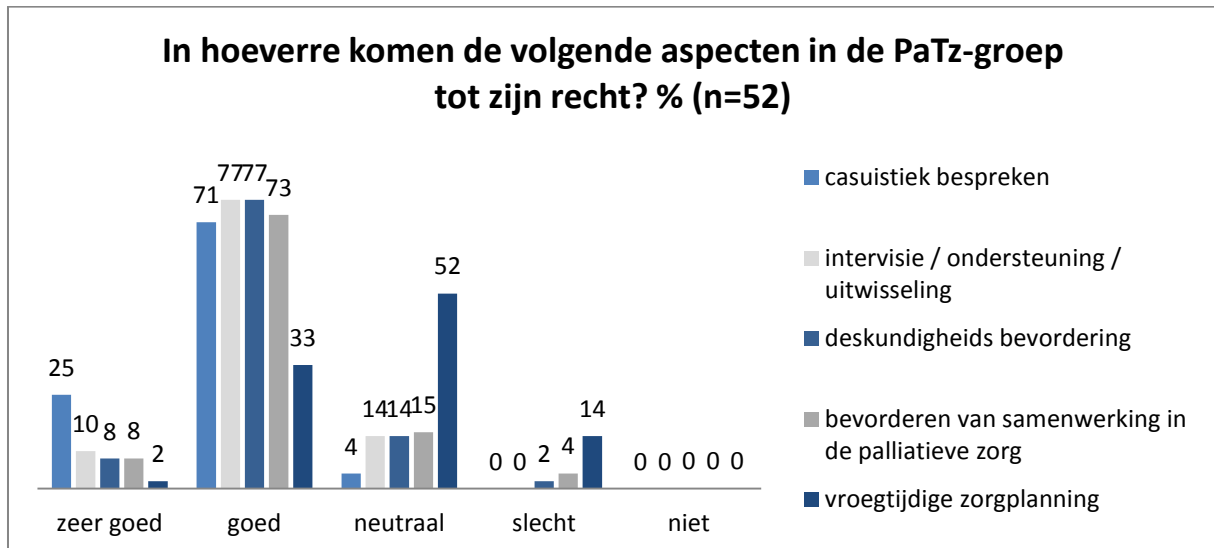


Figuur 2-5. Inbreng van patiënten ter bespreking (bron: voorzitters).



<sup>4</sup> Een andere mogelijke verklaring voor de lagere score op 'vroegtijdige zorgplanning' is dat voorzitters deze term niet kennen (er is wel veel aandacht voor, maar voorzitters zijn onbekend met de term). Bij dit aspect zijn echter niet meer ontbrekende antwoorden, dus de vraag over 'vroegtijdige zorgplanning' is niet slechter ingevuld dan de andere.

Figuur 2-6. Aspecten van PaTz (bron: voorzitters).



In een open vraag is aan voorzitters gevraagd wat goed gaat in de PaTz-groepen. Uit de antwoorden blijkt dat het enthousiasme onder deelnemers groot is, en dit blijkt ook uit de opkomst en de inbreng van deelnemers tijdens bijeenkomsten. Verder wordt de openheid in de groep vaak genoemd: deelnemers durven vragen te stellen, onzekerheden te bespreken en ervaringen te delen. De inbreng van de consulent wordt ook vaak genoemd.

Ook is aan voorzitters gevraagd wat beter kan in de PaTz-groepen. Het vaakst genoemd is gebruik van het register; inbreng van patiënten, gebruik van kleurcodes, praktische aspecten worden hierbij genoemd. De volgende editie van de PaTz monitor moet uitwijzen of dit verbetert met de landelijke beschikbaarheid van de PaTz Portal (<https://www.patz.nu/index.php/patz-portal/>). Ook beter kan de structuur en tijdsbewaking van PaTz-bijeenkomsten. Tenslotte worden voorbereiding door deelnemers, inbreng tijdens bijeenkomsten door medewerkers van de thuiszorg en opkomst genoemd als verbeterpunten.

#### Conclusie en advies met betrekking tot samenstelling en vorm

- Het enthousiasme onder deelnemers is groot en de sfeer tijdens bijeenkomsten is goed. Inbreng van de consulent wordt zeer gewaardeerd. Het grootste verbeterpunt is gebruik van het register. Verder blijkt dat voorzitters kritisch op zichzelf zijn en ze noemen regelmatig het bewaken van tijd en het aanbrengen van structuur als verbeterpunt. Opvallend is dat 'opkomst' met regelmaat zowel als pluspunt als verbeterpunt genoemd wordt (niet in dezelfde groepen).

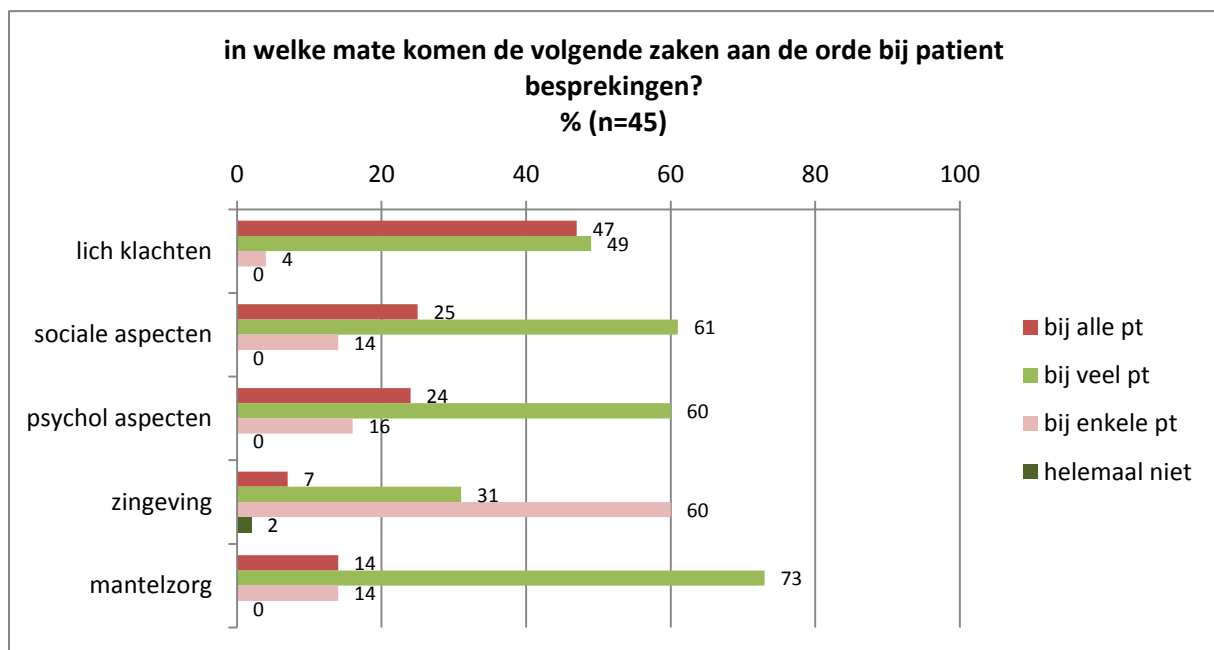
- De meeste groepen draaien in een vaste samenstelling. In de helft van de groepen nemen naast de huisarts, (wijk)verpleegkundige en consulent nog andere disciplines deel. Om meer te horen over ervaringen met toevoeging van andere disciplines en de ervaren meerwaarde, is het goed om in de PaTz monitor 2018 vragen hierover op te nemen.
- De inbreng van verpleegkundigen zou in sommige groepen beter tot zijn recht mogen komen. Het is belangrijk dat voorzitters hier vanaf begin aandacht voor hebben en inbreng stimuleren.
- Het aspect 'vroegtijdige zorgplanning' komt nog niet goed tot zijn recht tijdens PaTz-bijeenkomsten. Stichting PaTz biedt online diverse hulpmiddelen en informatie aan over de 'surprise question', het register en Advance Care Planning. In de PaTz-nieuwsflits (nieuwsbrief) kan hieraan aandacht worden besteed. Ook de NHG-voorzitterstraining en het jaarlijkse PaTz-symposium kunnen een rol hebben in verdere ondersteuning op dit gebied.

### Hoofdstuk 3. Gespreksonderwerpen, inbreng door de consulent en kennis en kunde van deelnemers.

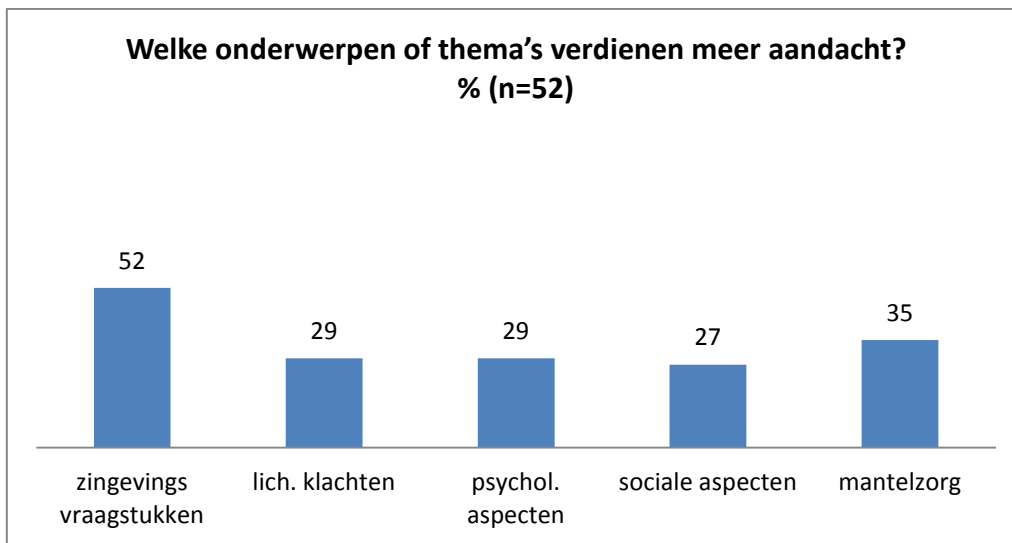
Informatie uit dit hoofdstuk komt van de consulenten (n=48) en voorzitters (n=53). Gedurende casuïstiekbesprekingen komen volgens de consulenten vooral lichamelijke klachten aan de orde, gevolgd door mantelzorg, sociale aspecten en psychologische aspecten (Fig. 3-1). Zingeving komt aanzienlijk minder vaak aan de orde. Dit beeld komt ook naar voren wanneer voorzitters gevraagd worden naar gespreksonderwerpen die meer aandacht verdienen (Fig. 3-2).

In alle groepen worden ook overleden patiënten besproken. Dit gebeurt met name wanneer de patiënt voor overlijden ook besproken is, als er bijzonderheden of problemen zijn of op initiatief van een arts of verpleegkundige. Eenderde (35%) van de voorzitters geeft aan dat alle overleden patiënten besproken worden.

Figuur 3-1. Gespreksonderwerpen tijdens patiëntbesprekingen (bron: consulenten).

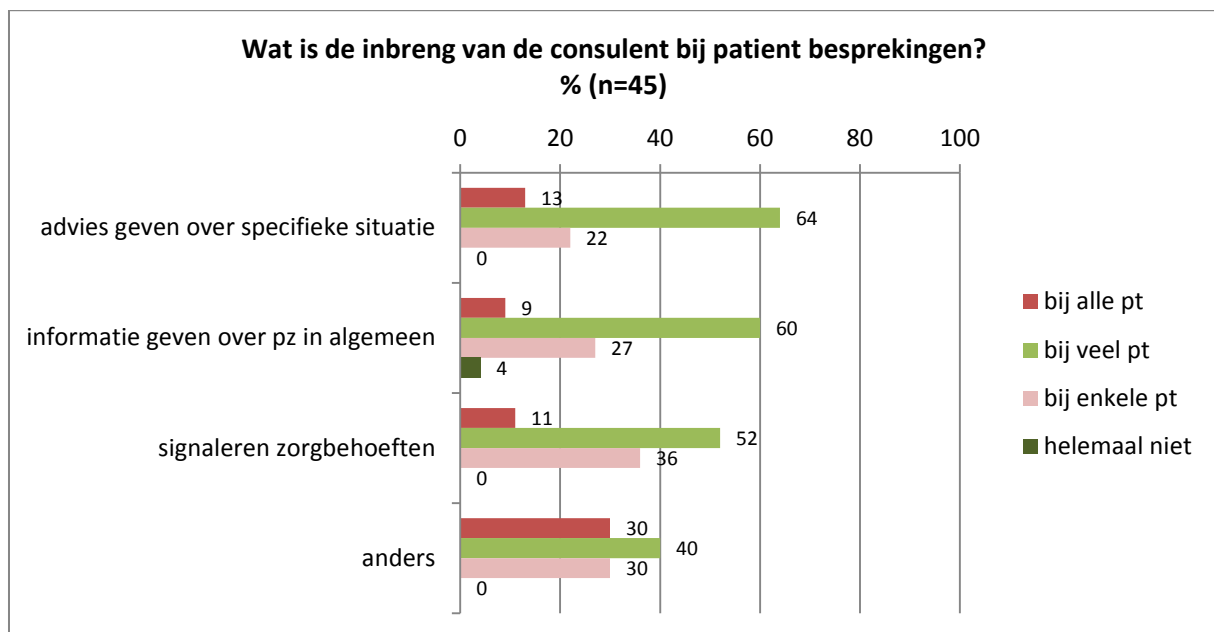


Figuur 3-2. Onderwerpen die meer aandacht mogen krijgen volgens de voorzitter (bron: voorzitters).



Consulenten geven tijdens de besprekingen vooral advies over een specifieke situatie (Fig. 3-3; 13% deed dit voor alle patiënten; 64% voor de meeste patiënten). Verder (bij 'anders, namelijk...') geven vijf consulenten aan dat ze kort een bepaald thema bespreken in bijeenkomsten en ook het stimuleren van de brede blik zien zij als een taak.

Figuur 3-3. Inbreng van de consulent tijdens besprekingen (bron: consulenten).



Het aspect 'deskundigheidsbevordering' komt al goed tot zijn recht in PaTz-bijeenkomsten (zie vorig hoofdstuk) en consulenten houden zich hier actief mee bezig. Het kan nuttig zijn om in PaTz bijeenkomsten aan de hand van een thema dieper in te gaan op aspecten van palliatieve zorg. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de verschillende richtlijnen maar ook een thema als 'palliatieve zorg bij mensen met een niet-westerse achtergrond', die kort inhoudelijk doorgesproken kunnen worden. Uit reacties van consulenten op open vragen blijkt dat Stichting PaTz een faciliterende rol kan spelen bij thematische besprekingen en deskundigheidsbevordering. Zo kan Stichting PaTz bijvoorbeeld een lijst van mogelijke onderwerpen op de website zetten, met daarbij verdere informatie en/of een PowerPoint. Stichting PaTz kan hierbij gebruik maken van wat er al is (presentaties van consulenten verzamelen). Indien mogelijk kan Stichting PaTz een plek creëren om ideeën en presentaties uit te wisselen (digitaal).

In een open vraag is aan consulenten gevraagd waar lacunes zitten in de kennis van huisartsen en (wijk)verpleegkundigen over palliatieve zorg. Het meest vaak wordt symptoombestrijding genoemd als lacune (inclusief kennis van de richtlijnen), tijdige identificatie van palliatieve zorgbehoeften en het leveren van proactieve zorg. Lacunes werden vaker geïdentificeerd voor huisartsen dan voor (wijk)verpleegkundigen.

Consulenten en voorzitters is gevraagd hoe Stichting PaTz de groepen kan ondersteunen. Er bleek vooral behoefte aan informatie over en hulpmiddelen voor gebruik van het register, vroegtijdig signaleren, ondersteuning op het gebied van deskundigheidsbevordering en themabesprekingen (zie hierboven), het efficiënt en toch diepgaand bespreken van casuïstiek en vergoeding van tijd door zorgverzekeraars.

Verder is onderzocht of er een verschil is in casuïstiek tussen PaTz-deelnemers in nieuwe groepen (gestart na 1 januari 2016) en groepen die al wat langer draaien (zie bijlage 3). We zien in deze vergelijking met name een verschil in gespreksonderwerpen tijdens de PaTz-bijeenkomsten; er wordt in de 'oudere' groepen vaker gesproken over levensverwachting, mogelijkheden van palliatieve zorg en mogelijke medische complicaties (blijkt uit casuïstiek aangeleverd door huisartsen) en over lichamelijke klachten (zoals blijkt uit casuïstiek aangeleverd door verpleegkundigen). Verpleegkundigen in nieuwe groepen spreken vaker met de patiënt over wensen ten aanzien van palliatieve zorg. Verder valt in deze vergelijking op dat in nieuwe groepen meer bewustzijn is wat betreft spirituele zorg; huisartsen in groepen die gestart zijn na 2016 geven vaker aan dat een geestelijk verzorger betrokken is bij zorg, tijdens de casuïstiekbespreking worden spirituele problemen vaker besproken en deze worden ook vaker besproken met de patiënt.

#### Conclusie en advies met betrekking tot inhoud van de PaTz bijeenkomsten

- Het aspect 'deskundigheidsbevordering' komt al goed tot zijn recht in PaTz-bijeenkomsten (zie vorig hoofdstuk) en consulenten houden zich hier actief mee bezig. De consulenten

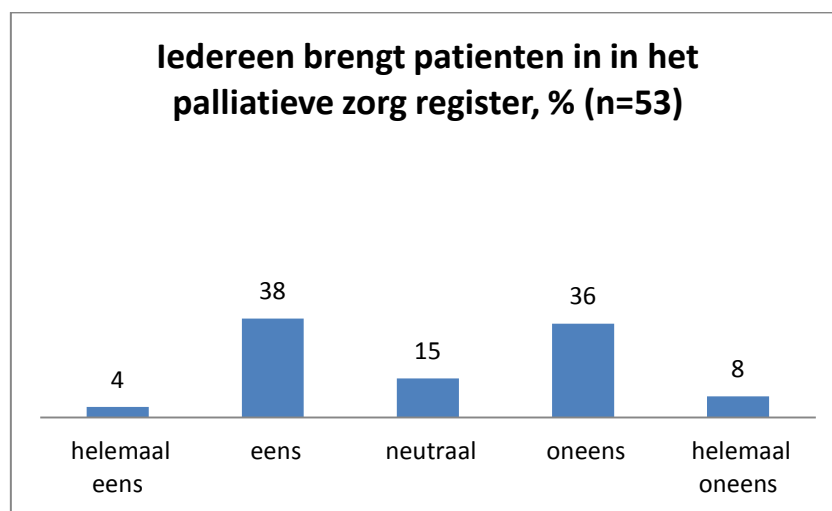
geven aan dat Stichting PaTz een faciliterende rol kan spelen bij thematische besprekingen en deskundigheidsbevordering.

- In alle groepen worden overleden patiënten besproken. Mogelijk kan deze evaluatie na overlijden gebruikt worden om bewustwording en uitwisseling onder PaTz-deelnemers te stimuleren over het vroegtijdig identificeren van palliatieve zorgbehoeften en het leveren van proactieve zorg. Hoewel de agenda tijdens PaTz-bijeenkomsten doorgaans vol zit, kan het – zeker in beginnende groepen - nuttig zijn om altijd een rondvraag te doen met betrekking tot overleden patiënten en deze te bespreken.
- Zowel consulenten als voorzitters geven aan dat zingevingsvragen van de patiënt en naasten nog onderbelicht worden in PaTz-bijeenkomsten. Binnenkort komt de nieuwe richtlijn voor spirituele zorg beschikbaar op Pallialine. Verder kunnen groepen met informatie en hulpmiddelen op de website van Stichting PaTz aan de slag: <https://www.patz.nu/index.php/start-patz-groep/72-spirituele-zorg>

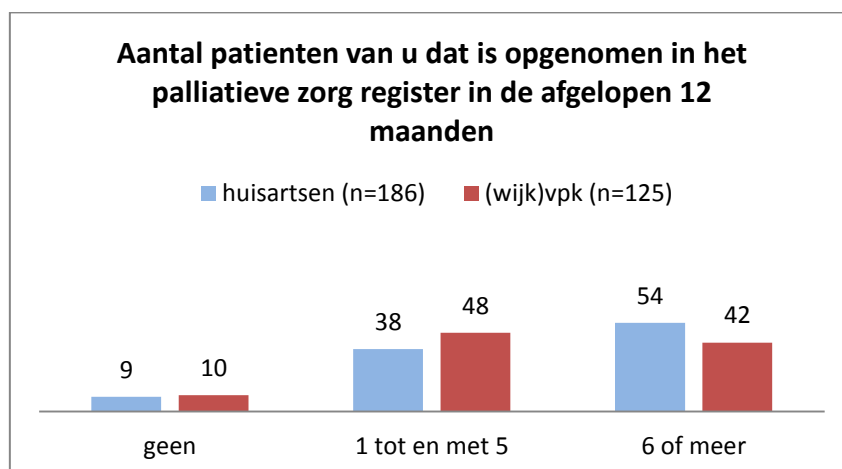
## Hoofdstuk 4. Gebruik van het palliatieve zorgregister

Gebruik van het register is wisselend, zowel over groepen heen als binnen groepen. Zo reageren voorzitters bijvoorbeeld zeer gevarieerd op de stelling 'iedereen brengt wel eens een patiënt in in het register', hiermee is 38% van de voorzitters het eens, maar daarnaast is 36% het oneens met die stelling (Fig. 4-1). Afhankelijk van de praktijkopbouw is te verwachten dat een huisarts zo'n 12 tot 13 patiënten met palliatieve zorgbehoeften per jaar heeft. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben gemiddeld zo'n 10 patiënten met palliatieve zorgbehoeften per jaar<sup>5</sup>. Dat zou betekenen dat op het register nog patiënten missen (Fig. 4-2).

Figuur 4-1. Inbreng van patiënten in het register door PaTz-deelnemers (bron: voorzitters).



Figuur 4-2. Aantal patiënten op het register (bron: huisartsen en (wijk)verpleegkundigen).

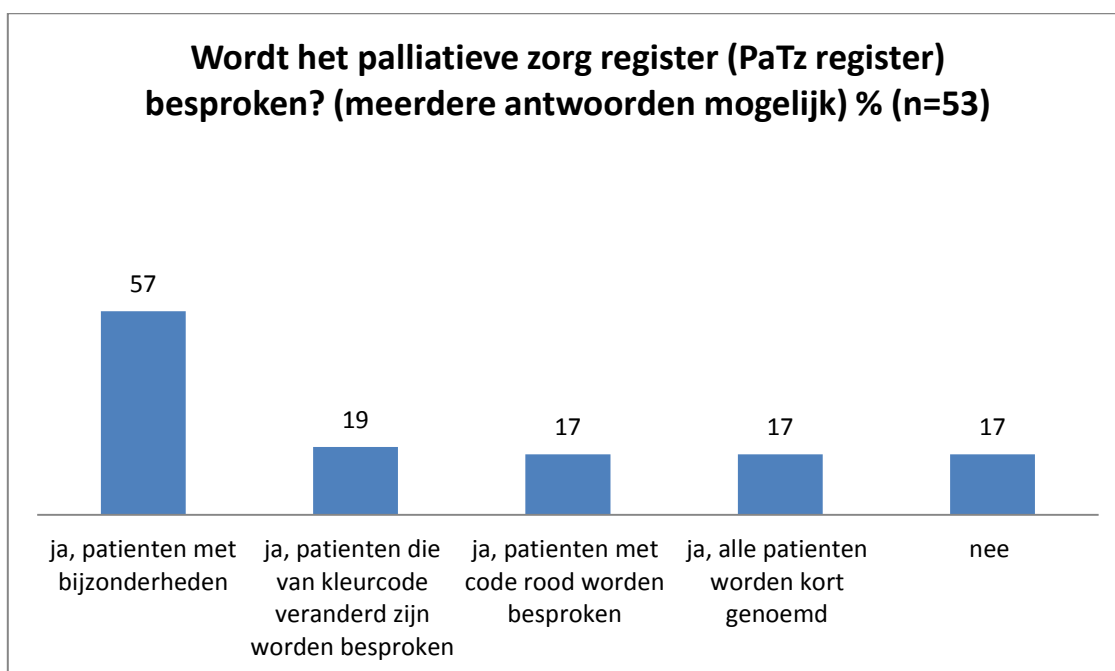


<sup>5</sup> Inschatting voor huisartsen komt uit Palliatieve zorg in beeld, IKNL (2014). Gegevens over verpleegkundigen en verzorgenden komen uit het Panel Verpleging & Verzorging van NIVEL.



Van de voorzitters geeft 62% aan dat het register gebruikt wordt inclusief kleurcodes, 6% gebruikt het register zonder kleurcodes en 13% gebruikt het register niet. In drie groepen wordt het register door de ene deelnemer wel gebruikt en door de ander niet en in 3 andere groepen werd het register opgezet ten tijde van het afnemen van de monitor. In 83% van de groepen worden patiënten op het register besproken, meestal gaat het dan om patiënten met bijzonderheden (Fig. 4-3).

Figuur 4-3. Welke patiënten op het register worden besproken (bron: voorzitters)?



We hebben onderzocht of er een verschil is in casuïstiek tussen patiënten die wel of niet op het register waren opgenomen (zie bijlage 2). Voor wat betreft de casuïstiek aangeleverd door huisartsen blijkt dat patiënten op het register (in vergelijking tot patiënten niet op het register):

- Jonger zijn, vaker kanker als doodsoorzaak hebben, en vaker thuis overlijden;
- Zorg langer voor overlijden gericht is op comfort / palliatieve zorg;
- Er vaker een wijkverpleegkundige betrokken is bij zorg;
- Er vaker een zorgplan is gemaakt;
- Er vaker overdracht is naar de huisartsenpost, en er ook langer voor overlijden al overdracht is naar de huisartsenpost;
- Vaker minstens een keer zijn besproken tijdens PaTz-bijeenkomsten;
- Vaker is gesproken over ongeneeslijkheid van de ziekte, levensverwachting en spirituele zaken.

Voor wat betreft de casuïstiek aangeleverd door verpleegkundigen blijkt dat patiënten op het register (in vergelijking tot patiënten niet op het register):

- Er minder vaak een psycholoog of psychiater betrokken is bij zorg;
- Zorg langer voor overlijden gericht is op comfort / palliatieve zorg;
- Vaker minstens een keer zijn besproken tijdens PaTz-bijeenkomsten;
- Tijdens PaTz-bijeenkomsten vaker is gesproken over hoofddiagnose, levensverwachting, lichamelijke klachten, mogelijkheden van palliatieve zorg en mogelijke medische complicaties voor deze patiënt.

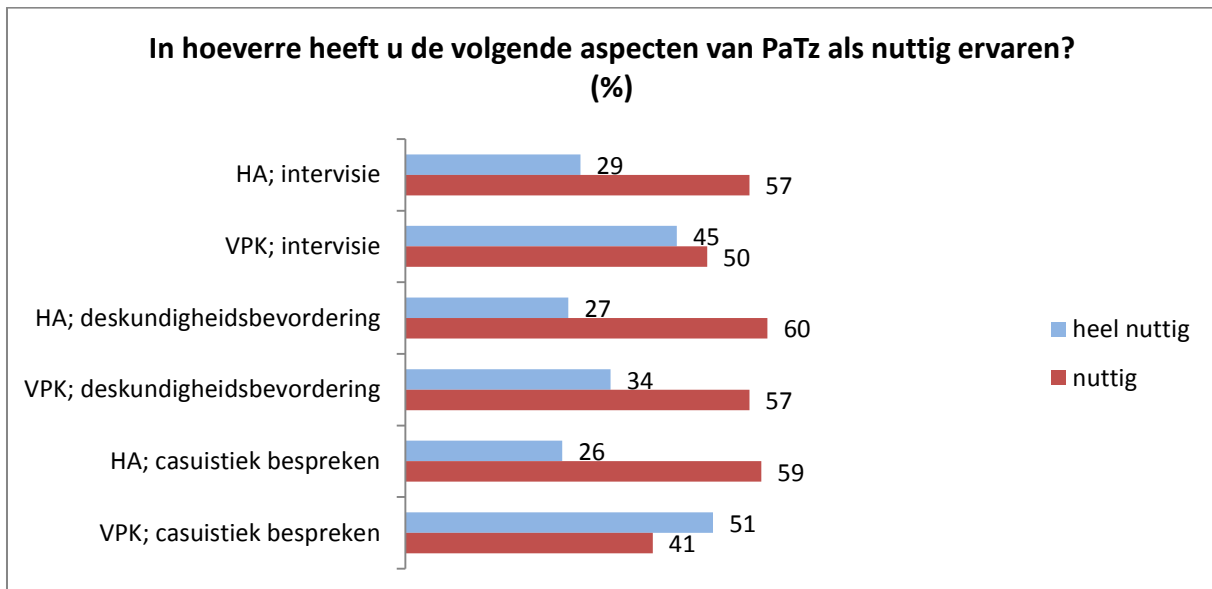
Conclusie en advies met betrekking tot het register:

- De verschillen in kenmerken van patiënten die wel of niet op het register stonden, onderschrijven het belang van gebruik van het register. Tijdige identificatie van patiënten kan leiden tot andere (betere) zorg. Advies is om zowel huisartsen als (wijk)verpleegkundigen te stimuleren om tijdig palliatieve zorgbehoeften te identificeren en daarbij het register te gebruiken. Hiervoor is het belangrijk om voorzitters, consultants en deelnemers meer ondersteuning te geven wat betreft hoe ze het register het beste kunnen gebruiken.

## Hoofdstuk 5. Mening van huisartsen en verpleegkundigen over PaTz

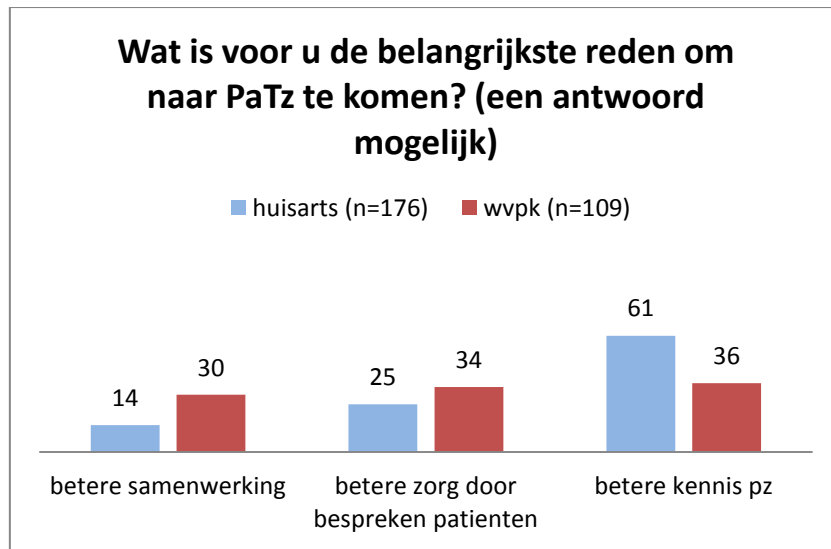
Informatie uit dit hoofdstuk komt van de huisartsen (n=191) en (wijk)verpleegkundigen (n=125). We zagen hiervoor (hoofdstuk 2) al dat de voorzitters aangeven dat het grootste deel van de tijd wordt gebruikt voor het bespreken van casuïstiek (Fig. 2-4). De casuïstiekbespreking is volgens voorzitters ook het aspect van PaTz dat het beste tot zijn recht komt (Fig. 2-6). Ook huisartsen en (wijk)verpleegkundigen zijn zeer te spreken over casuïstiek; 85% van huisartsen en 92% van de (wijk)verpleegkundigen vond dit aspect nuttig of heel nuttig (Fig. 5-1). Ook over intervisie en deskundigheidsbevordering zijn de huisartsen en (wijk)verpleegkundigen zeer te spreken (Fig. 5-1).

Figuur 5-1. In hoeverre heeft u de volgende aspecten van PaTz als nuttig ervaren? (bron: huisartsen en (wijk)verpleegkundigen)

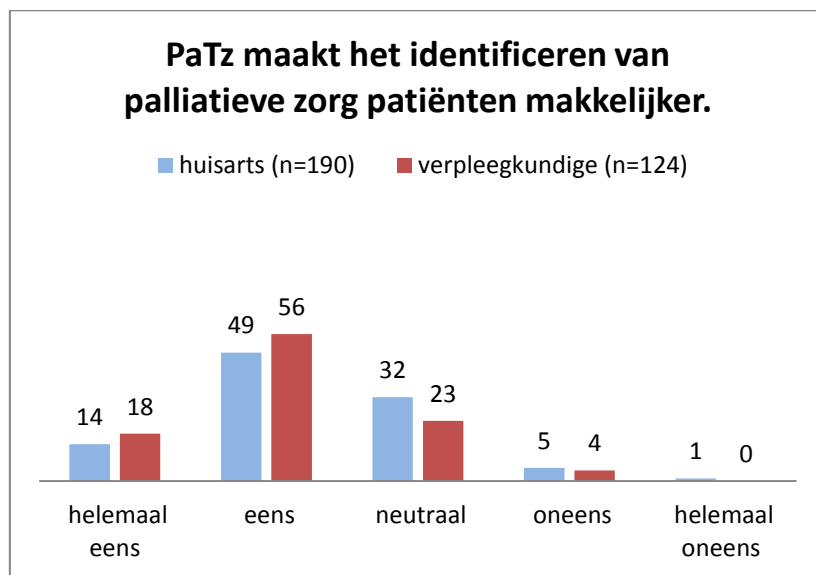


Onder huisartsen is de meest genoemde reden om naar PaTz te komen verbetering van kennis over palliatieve zorg, onder verpleegkundigen is er niet een reden die vaker genoemd wordt dan andere (Fig. 5-2). De consultant wordt als onmisbaar beschouwd door huisartsen (88% eens of helemaal eens) en (wijk)verpleegkundigen (81% eens of helemaal eens). De onderlinge samenwerking is verbeterd; voor wat betreft de samenwerking met de (wijk)verpleegkundige geeft 76% van de huisartsen aan dat die verbeterd is, andersom geven 90% van de (wijk)verpleegkundigen aan dat de samenwerking met de huisarts verbeterd is.

Figuur 5-2. Wat is de belangrijkste reden om naar PaTz te komen? (bron: huisartsen en (wijk)verpleegkundigen)

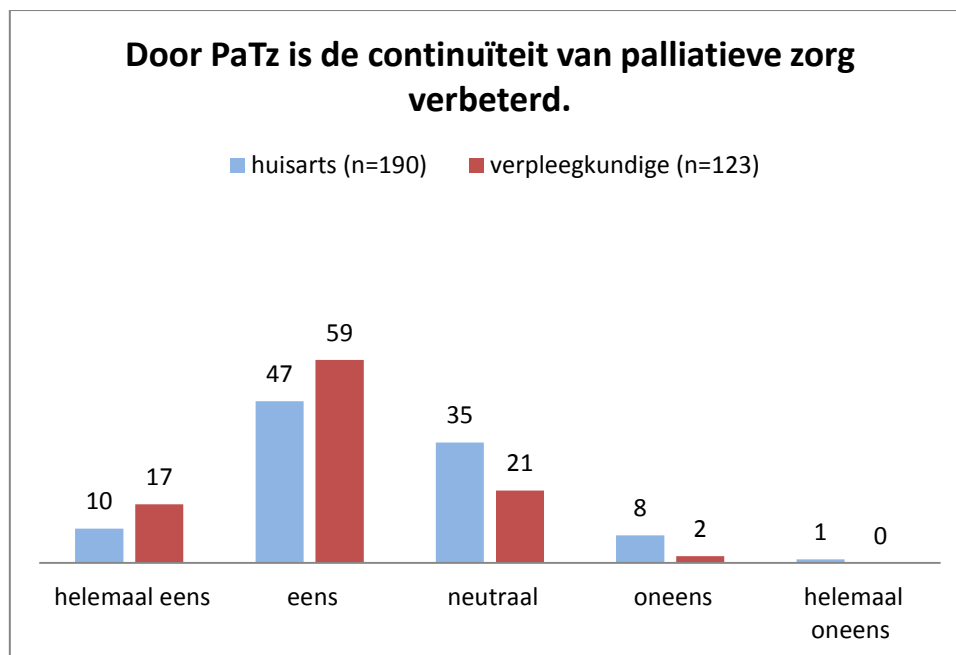


Figuur 5-3. Is het identificeren van palliatieve zorgpatiënten makkelijker met PaTz? (bron: huisartsen en (wijk)verpleegkundigen)



Onder huisartsen geeft 63% aan dat het makkelijker is geworden om patiënten met palliatieve zorgbehoeften te identificeren, en onder (wijk)verpleegkundigen is dat 73% (Fig. 5-3). Wat betreft continuïteit van zorg geeft 57% van huisartsen aan dat die verbeterd is door deelname aan PaTz (eens en helemaal eens) en 76% van de (wijk)verpleegkundigen vindt dat (Fig. 5-4).

Figuur 5-4. Is de continuïteit van zorg verbeterd door PaTz? (bron: huisartsen en (wijk)verpleegkundigen)



Overigens is er, statistisch gezien, geen verschil in beleving van PaTz tussen huisartsen en (wijk)verpleegkundigen in stedelijke en landelijke groepen (zie bijlage 1). Wel is er een verschil tussen groepen die al wat langer draaien en recent gestarte groepen (zie bijlage 3). De groepen die wat langer draaien, zeggen vaker dat ze de intervisie nuttig vonden (huisartsen), het identificeren van patiënten makkelijker was (huisartsen), de continuïteit van zorg is verbeterd (huisartsen), de samenwerking is verbeterd (zowel huisartsen als verpleegkundigen), dat de palliatieve zorgverlening is verbeterd (zowel huisartsen als verpleegkundigen). Dit duidt erop dat er even tijd nodig is voordat deelnemers meerwaarde ervaren van PaTz .

Conclusie met betrekking tot deelname van huisartsen en wijkverpleegkundigen:

- Huisartsen en (wijk)verpleegkundigen ervaren meerwaarde van deelname aan PaTz. Deze meerwaarde wordt met name ervaren in groepen die al wat langer draaien. Waarschijnlijk zijn de nieuwe groepen eerst nog bezig met kennismaking, het opzetten van de structuur van PaTz bijeenkomsten en het creëren van een veilige sfeer. Als dat eenmaal gebeurd is, kan PaTz tot zijn recht komen.



Bijlagen bij de Monitor 2017  
voor Stichting PaTz

## Bijlage 1. Zien we verschillen tussen stedelijke PaTz en PaTz in landelijke gemeenten?

Zijn er verschillen tussen PaTz-groepen in grootstedelijke gebieden en landelijke gebieden? Die vraag staat centraal in deze bijlage, en wordt beantwoord op basis van de ervaringen van PaTz-deelnemers.

Tabel B1-1. Kenmerken van de PaTz-groepen

	<b>PaTz groep</b>
	<b>N = 94</b>
Stedelijkheid <sup>6</sup>	
- zeer sterk stedelijk (bv. Amsterdam)	18 (19,1%)
- sterk stedelijk (bv. Breda)	37 (39,4%)
- matig stedelijk (bv. Tiel)	18 (19,1%)
- weinig stedelijk (bv. Hellendoorn)	16 (17,0%)
- niet stedelijk (bv. Coevorden)	5 (5,3%)

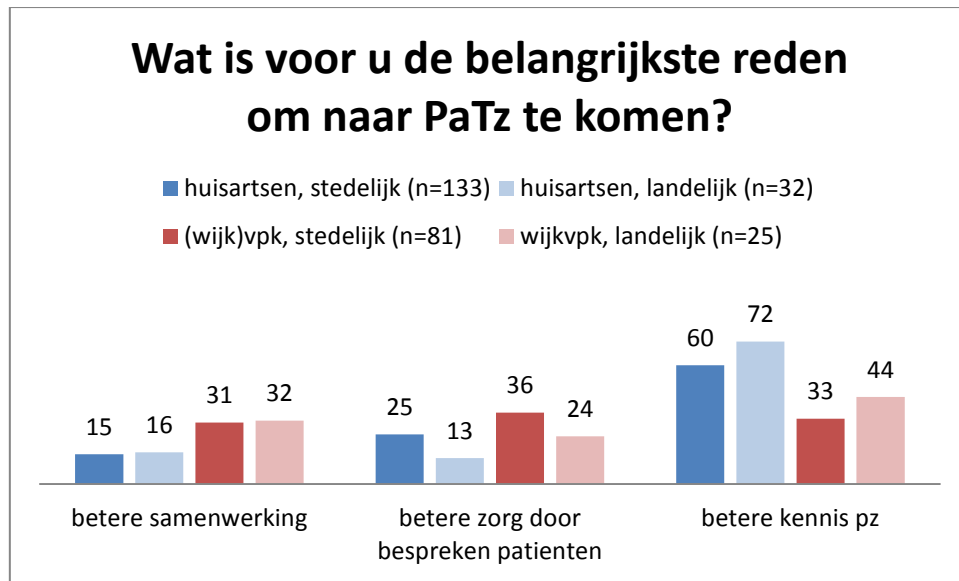
Voor onderstaande analyses is een tweedeling gemaakt. In tabel B1-1 staat weergegeven hoe het zit met de stedelijkheid van de PaTz-groepen van waaruit de monitor is ingevuld. Voor de analyses zijn de groepen uit 'zeer sterk stedelijk', 'sterk stedelijk' en 'matig stedelijk' gebied samengenomen (hieronder genaamd 'stedelijk'). En de groepen uit 'weinig' en 'niet' stedelijk zijn ook samengenomen en worden hieronder aangeduid als landelijk.

In grafieken B1-1 tot en met B1-8 ziet u de vergelijking tussen stedelijke en landelijke PaTz-deelnemers met betrekking tot een aantal stellingen. Voor al deze vergelijkingen geldt dat er geen statistische verschillen naar voren kwamen. Er is dus, statistisch gezien, geen verschil in beleving van PaTz tussen stedelijke en landelijke groepen.

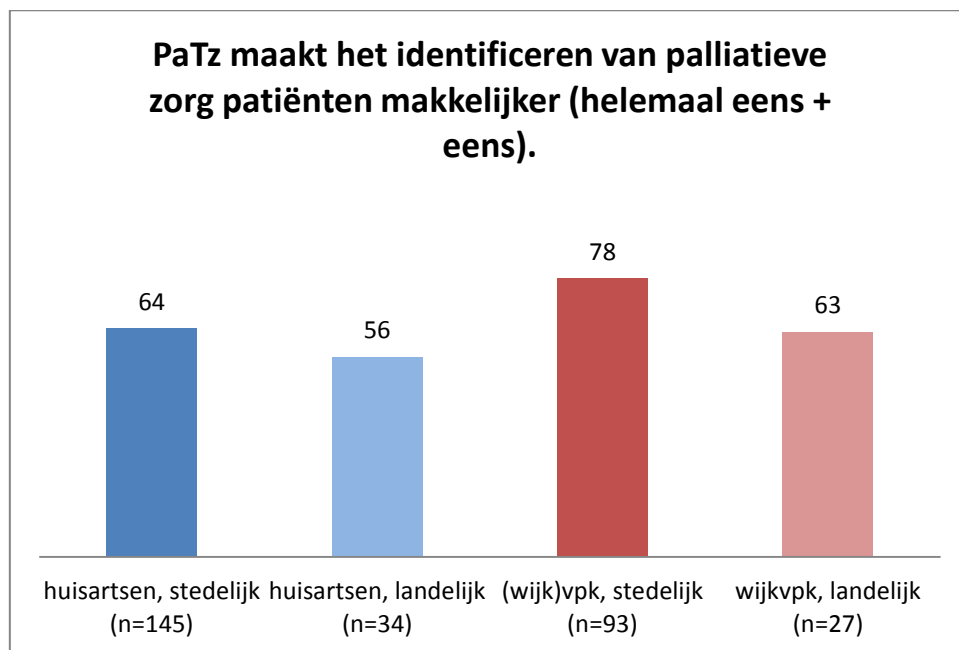
---

<sup>6</sup> Gegevens van CBS. 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 B1-1. Wat is de belangrijkste reden om naar PaTz-bijeenkomsten te komen? (bron: huisartsen en (wijk)verpleegkundigen)

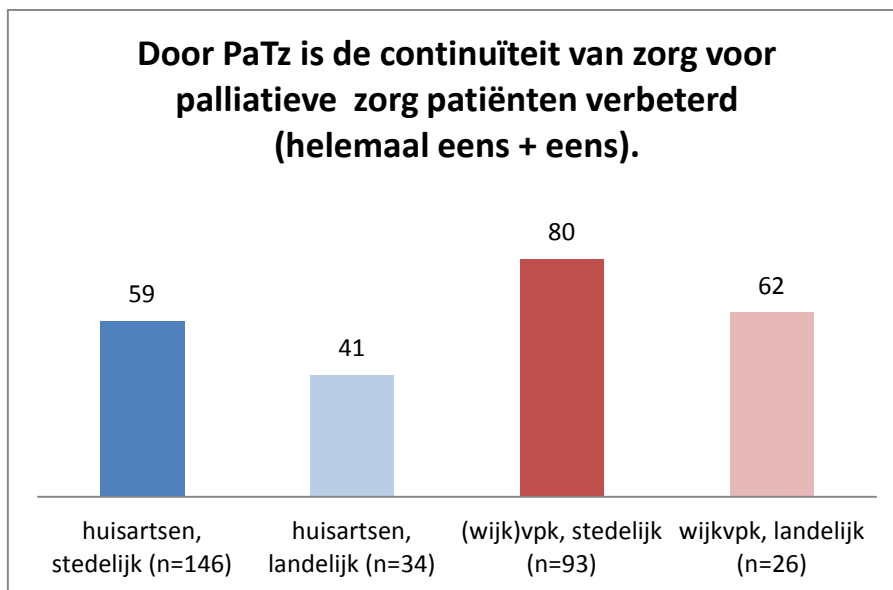


Figuur B1-2. Is het identificeren van palliatieve zorg patiënten makkelijker met PaTz? (bron: huisartsen en (wijk)verpleegkundigen)

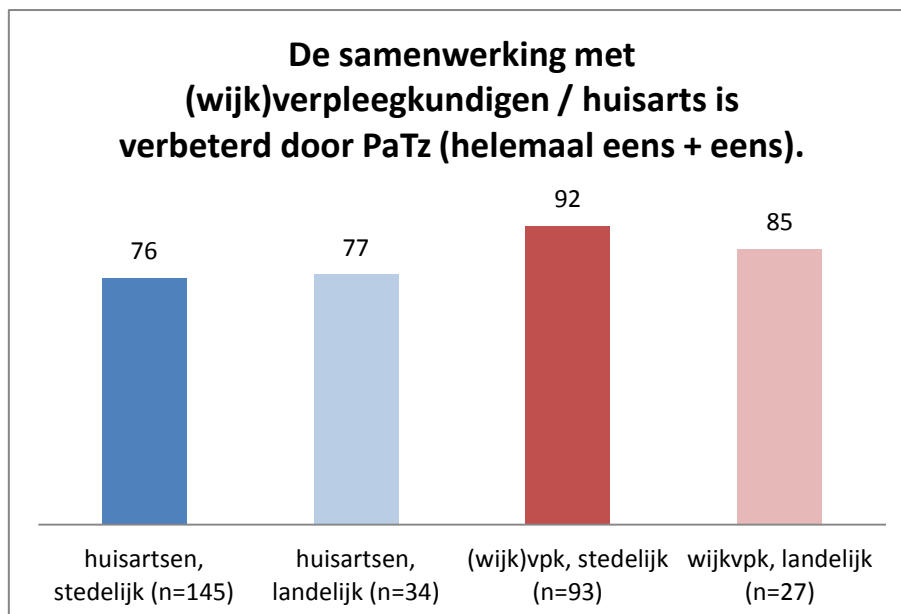




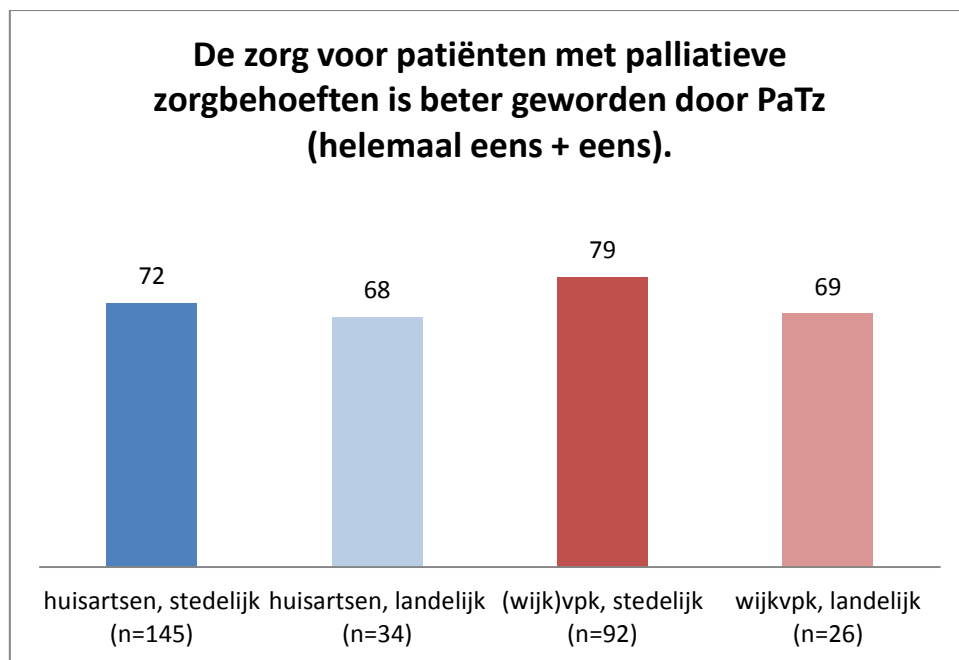
Figuur B1-3. Is de continuïteit van zorg verbeterd door PaTz? (bron: huisartsen en (wijk)verpleegkundigen)



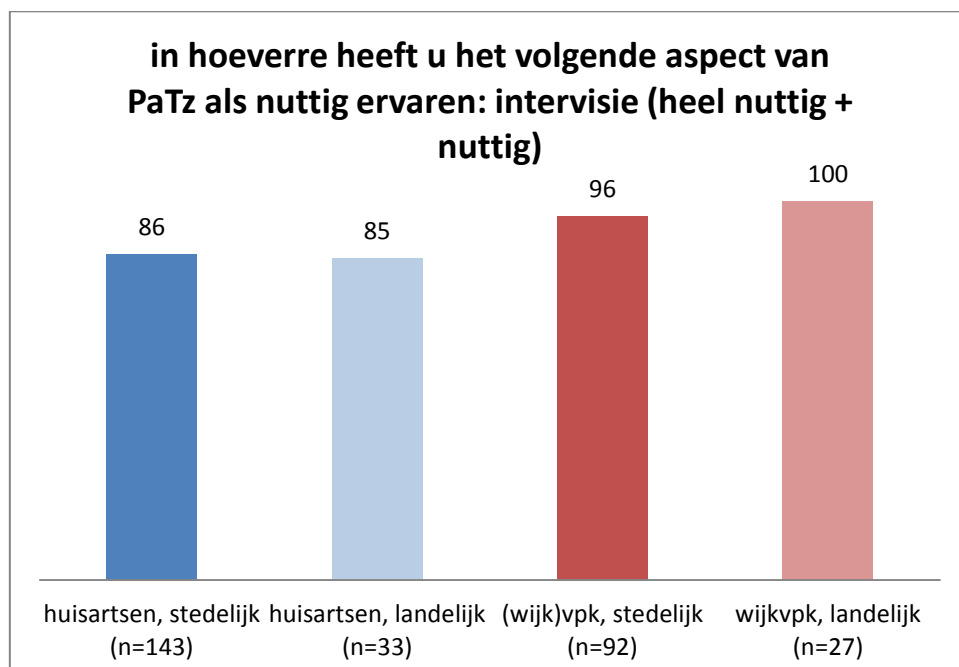
Figuur B1-4. Is de samenwerking tussen de huisarts en (wijk)verpleegkundige verbeterd door PaTz? (bron: huisartsen en (wijk)verpleegkundigen)



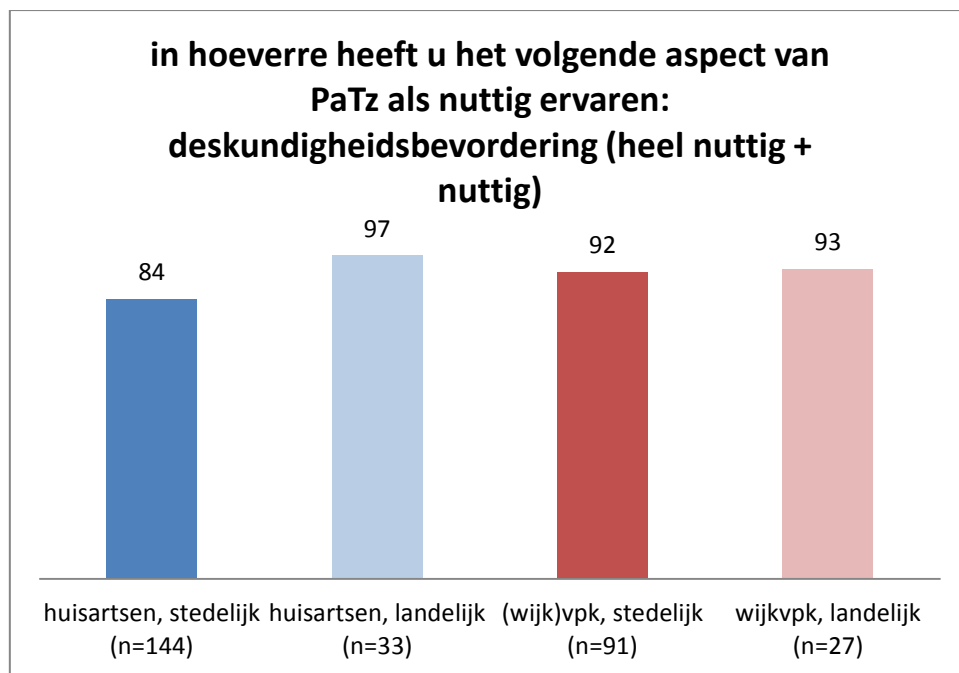
Figuur B1-5. Is de zorg voor patiënten met palliatieve zorgbehoeften verbeterd door PaTz? (bron: huisartsen en (wijk)verpleegkundigen)



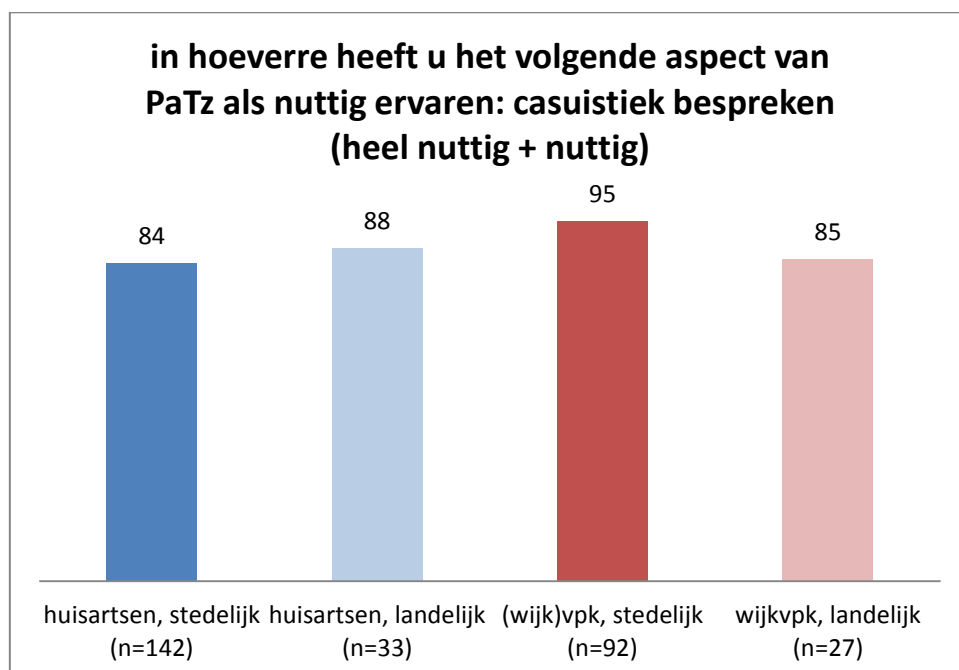
Figuur B1-6. In hoeverre hebben huisartsen en (wijk)verpleegkundigen intervisie tijdens PaTz als nuttig ervaren? (bron: huisartsen en (wijk)verpleegkundigen)



Figuur B1-7. In hoeverre hebben huisartsen en (wijk)verpleegkundigen deskundigheidsbevordering tijdens PaTz als nuttig ervaren? (bron: huisartsen en (wijk)verpleegkundigen)



Figuur B1-8. In hoeverre hebben huisartsen en (wijk)verpleegkundigen casuïstiekbesprekingen tijdens PaTz als nuttig ervaren? (bron: huisartsen en (wijk)verpleegkundigen)



## Bijlage 2. Vergelijking tussen aangeleverde casuïstiek over patiënten die wel of niet in het register waren opgenomen

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. Op basis daarvan is een tweedeling gemaakt; patiënten op het register en patiënten die niet op het register stonden. Deze twee groepen zijn met elkaar vergeleken op zorg-, ziekte- en persoonskenmerken. Hieronder de resultaten van deze vergelijking, uitgesplitst naar casuïstiek aangeleverd door huisartsen en verpleegkundigen.

Tabel B2-1. Kenmerken van patiënten en overlijden voor patiënten die wel of niet op het register stonden. (op basis van aangeleverde casuïstiek)

	huisartsen			(wijk)verpleegkundigen		
	Patiënten op register	Patiënten niet op register	p-waarde	patiënten op register	patiënten niet op register	p-waarde
	N=121	N=60		N=66	N=51	
Leeftijd patiënt, gem (SD)	70,1 (13,3)	74,8 (14,0)	<b>.033</b>	72,0 (13,8)	70,2 (16,4)	.498
Geslacht patiënt, man	62 (50,4%)	29 (48,3%)	.792	30 (44,8%)	24 (46,2%)	.881
Doodsoorzaak, kanker	99 (81,8%)	41 (68,3%)	<b>.041</b>	45 (68,2%)	35 (68,6%)	.959
Plaats van overlijden, thuis	93 (76,9%)	36 (60,0%)	<b>.018</b>	51 (77,3%)	40 (78,4%)	.881
Plaats van overlijden, ziekenhuis	11 (9,1%)	10 (16,7%)	.134	5 (7,6%)	5 (9,8%)	.669

Tabel B2-2. Kenmerken van zorg voor patiënten die wel of niet op het register stonden (op basis van aangeleverde casuïstiek)

	huisartsen			(wijk)verpleegkundigen		
	Patiënten op register	Patiënten niet op register	p-waarde	patiënten op register	patiënten niet op register	p-waarde
	N=121	N=60		N=66	N=51	
Wie waren betrokken bij de zorg in de laatste 30 dagen?						
- Wijkverpleegkundige	105 (86,8%)	43 (71,7%)	<b>.013</b>	-	-	-
- Specialist	46 (38,0%)	24 (40,0%)	.796	20 (30,3%)	12 (23,5%)	.415
- Palliatief consulent / consultatieteam	23 (19,0%)	7 (11,7%)	.211	12 (18,2%)	4 (7,8%)	.107
- Psychiater of psycholoog	3 (2,5%)	0	.219	0	4 (7,8%)	<b>.021</b>
- Geestelijk verzorger	10 (8,3%)	3 (5,0%)	.423	15 (22,7%)	5 (9,8%)	.066
- vrijwilliger	13 (10,7%)	7 (11,7%)	.852	18 (27,3%)	10 (19,6%)	.335
- hospice arts	1 (0,8%)	2 (3,3%)	.214	5 (7,6%)	2 (3,9%)	.409
Vanaf hoe lang voor het overlijden was de behandeling vooral gericht op comfort / palliatie?			<b>.005</b>			<b>.021</b>
- meer dan 6 maanden voor overlijden	25 (20,7%)	5 (8,3%)		11 (17,2%)	4 (7,8%)	
- 3-6 maanden voor overlijden	23 (19,0%)	19 (31,7%)		18 (28,1%)	11 (21,6%)	
- 1-2 maanden voor overlijden	35 (28,9%)	8 (13,3%)		16 (25,0%)	6 (11,8%)	
- Tussen 1 maand en 1 week voor overlijden	20 (16,5%)	15 (25,0%)		12 (18,8%)	9 (17,6%)	
- In de laatste week	16 (13,2%)	7 (11,7%)		5 (7,8%)	12 (23,5%)	
- Nvt; behandeling was vooral gericht op levensverlenging	1 (0,8%)	4 (6,7%)		1 (1,6%)	2 (3,9%)	
- Nvt; behandeling was vooral gericht op genezing	1 (0,8%)	2 (3,3%)		0	1 (2,0%)	
Zorgplan, gemaakt	54 (44,6%)	17 (28,3%)	<b>.035</b>	56 (86,2%)	46 (92,0%)	.326
Overdracht naar huisartsenpost, ja	104 (87,4%)	45 (75,0%)	<b>.036</b>	-	-	-
Aantal weken voor overlijden dat gegevensoverdracht naar huisartsenpost plaatsvond,	13,0 (14,1)	6,4 (8,4)	<b>.006</b>	-	-	-

gem (SD) <sup>7</sup>						
Aantal ziekenhuisopnames in de laatste 30 dagen voor overlijden			.494			.817
- Nul	81 (66,9%)	37 (61,7%)		45 (68,2%)	32 (62,7%)	
- Een	32 (26,4%)	16 (26,7%)		15 (22,7%)	14 (27,5%)	
- Twee of meer	8 (6,6%)	7 (11,7%)		6 (9,1%)	5 (9,8%)	

---

<sup>7</sup> Alleen gevraagd als er overdracht was, n = 142 (per groep; n=98 en n=44)  
PaTz Monitor 2017, 27 maart 2018  
Pagina 30 van 42

Tabel B2-3. Communicatie over en met patiënten die wel of niet op het register stonden (op basis van aangeleverde casuïstiek)

	huisartsen			(wijk)verpleegkundigen		
	Patiënten op register	Patiënten niet op register	p-waarde	patiënten op register	patiënten niet op register	p-waarde
	N=121	N=60		N=66	N=51	
Is deze patiënt besproken tijdens PaTz?			<b>.000</b>			<b>.000</b>
- Nee	30 (24,4%)	45 (75,0%)		9 (13,4%)	42 (80,8)	
- Ja, 1 keer	59 (48,0%)	13 (21,7%)		29 (43,3%)	10 (19,2%)	
- Ja, meerdere keren	34 (27,6%)	2 (3,3%)		29 (43,3%)	0	
Wat is besproken tijdens PaTz: <sup>8</sup>						
- Hoofddiagnose	35 (37,6%)	7 (46,7%)	.505	25 (43,1%)	1 (10,0%)	<b>.047</b>
- Ongeneeslijkheid van de ziekte	13 (14,0%)	1 (6,7%)	.434	25 (43,1%)	2 (20,0%)	.168
- Levensverwachting	28 (30,1%)	5 (33,3%)	.801	35 (60,3%)	0	<b>.000</b>
- Lichamelijke klachten	39 (41,9%)	7 (46,7%)	.731	38 (65,5%)	3 (30,0%)	<b>.034</b>
- Psychologische problemen	31 (33,3%)	4 (26,7%)	.609	24 (41,4%)	1 (10,0%)	.057
- Sociale / maatschappelijke problemen	30 (32,3%)	4 (26,7%)	.665	22 (37,9%)	3 (30,0%)	.631
- Spirituele problemen	14 (15,1%)	1 (6,7%)	.383	9 (15,5%)	1 (10,0%)	.649
- Mantelzorg	40 (43,0%)	5 (33,3%)	.481	36 (62,1%)	5 (50,0%)	.471
- Mogelijkheden van palliatieve zorg	36 (38,7%)	8 (53,3%)	.285	28 (48,3%)	0	<b>.004</b>
- Belasting van behandeling	8 (8,6%)	1 (6,7%)	.801	9 (15,5%)	1 (10,0%)	.649
- Mogelijke medische complicaties	18 (19,4%)	6 (40,0%)	.074	22 (37,9%)	0	<b>.018</b>
- Wensen t.a.v. eventueel afzien van behandeling	18 (19,4%)	2 (13,3%)	.577	17 (29,3%)	1 (10,0%)	.201
- Euthanasie	22 (23,7%)	4 (26,7%)	.800	12 (20,7%)	1 (10,0%)	.427
- Coördinatie van zorg	22 (23,7%)	5 (33,3%)	.422	21 (36,2%)	3 (30,0%)	.704
Besproken met patiënt in laatste 3 maanden voor overlijden:						
- Hoofddiagnose	68 (56,7%)	33 (55,9%)	.926	19 (29,2%)	18 (35,3%)	.487
- Ongeneeslijkheid van de ziekte	99 (82,5%)	38 (64,4%)	<b>.007</b>	42 (64,6%)	35 (68,6%)	.650
- Levensverwachting	97 (80,8%)	39 (66,1%)	<b>.030</b>	43 (66,2%)	32 (62,7%)	.703

<sup>8</sup> Alleen gevraagd als patiënt besproken is, n = 108 bij huisartsen en n = 68 bij verpleegkundigen.

- Lichamelijke klachten	92 (76,7%)	45 (76,3%)	.953	56 (86,2%)	44 (86,3%)	.985
- Psychologische problemen	61 (50,8%)	30 (50,8%)	.999	29 (44,6%)	25 (49,0%)	.637
- Sociale / maatschappelijke problemen	50 (41,7%)	18 (30,5%)	.148	28 (43,1%)	22 (43,1%)	.995
- Spirituele problemen	39 (32,5%)	7 (11,9%)	<b>.003</b>	21 (32,3%)	11 (21,6%)	.199
- Mantelzorg	72 (60,0%)	30 (50,8%)	.245	49 (75,4%)	35 (68,6%)	.419
- Mogelijkheden van palliatieve zorg	89 (74,2%)	41 (69,5%)	.510	43 (66,2%)	32 (62,7%)	.703
- Belasting van behandeling	45 (37,5%)	17 (28,8%)	.251	21 (32,3%)	13 (25,5%)	.423
- Mogelijk medische complicaties	36 (30,0%)	10 (16,9%)	.060	19 (29,2%)	10 (19,6%)	.235
- Wensen t.a.v. eventueel afzien van behandeling	70 (58,3%)	35 (59,3%)	.900	36 (55,4%)	19 (37,3%)	.052
- Euthanasie	68 (56,7%)	31 (52,5%)	.602	19 (29,2%)	10 (19,6%)	.235
Heeft de patiënt ooit specifieke wensen geuit over een medische behandeling die hij/zij wilde of niet wilde in de laatste levensfase?			.104			.978
- Nee	27 (22,7%)	22 (37,3%)		17 (26,2%)	14 (27,5%)	
- Ja	85 (71,4%)	33 (55,9%)		37 (56,9%)	29 (56,9%)	
- Weet niet	7 (5,9%)	4 (6,8%)		11 (16,9%)	8 (15,7%)	
Heeft u ooit met de patiënt over deze wensen gesproken, ja.	83 (96,5%)	32 (88,9%)	.099	34 (79,1%)	26 (76,5%)	.785
Is er gedurende de laatste week een medische procedure of behandeling verricht die niet overeenkwam met zijn/haar geuite wensen?			.990			.068
- Nee	84 (91,3%)	33 (91,7%)		36 (75,0%)	33 (94,3%)	
- Ja	3 (3,3%)	1 (2,8%)		6 (12,5%)	1 (2,9%)	
- Weet niet	5 (5,4%)	2 (5,6%)		6 (12,5%)	1 (2,9%)	
Welke van deze typering is naar uw idee het beste van toepassing voor deze patiënt?			.519			.098
- Er was sprake van passende zorg	104 (88,1%)	49 (83,1%)		53 (81,5%)	38 (76,0%)	
- Er was sprake van overbehandeling	7 (5,9%)	3 (5,1%)		6 (9,2%)	1 (2,0%)	
- Er was sprake van onderbehandeling	2 (1,7%)	3 (5,1%)		2 (3,1%)	6 (12,0%)	



- Er was sprake van andere niet passende zorg / behandeling	5 (4,2%)	4 (6,8%)		4 (6,2%)	5 (10,0%)	
---	----------	----------	--	----------	-----------	--

### Bijlage 3. Vergelijking tussen aangeleverde casuïstiek van huisartsen en verpleegkundigen van nieuwe groepen en 'oude' groepen (gestart voor 1 januari 2016)

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. Om te onderzoeken of er een verschil is tussen oude en nieuwe groepen is een tweedeling gemaakt; groepen gestart voor 1 januari 2016 en groepen die na deze datum gestart zijn (op basis van informatie van Stichting PaTz). Casuïstiek uit deze twee groepen is met vergeleken op zorg-, ziekte- en persoonskenmerken. Hieronder de resultaten van deze vergelijking, uitgesplitst naar casuïstiek aangeleverd door huisartsen en verpleegkundigen.

Tabel B3-1. Vergelijking in ervaringen met PaTz van huisartsen en verpleegkundigen in oude groepen versus nieuwe groepen.

	huisartsen			(wijk)verpleegkundigen		
	Gestart voor jan 2016	Gestart na jan 2016	p-waarde	Gestart voor jan 2016	Gestart na jan 2016	p-waarde
	N=115	N=72		N=64	N=57	
In hoeverre heeft u het volgende aspect van PaTz als nuttig ervaren: intervisie / ondersteuning / uitwisseling			.035			.096
- Heel nuttig	35%	18%		45%	42%	
- Nuttig	55%	62%		45%	58%	
- Een beetje nuttig	10%	14%		6%	0	
- Niets aan gehad	0	4%		0	0	
- Niet van toepassing	1%	1%		3%	0	
In hoeverre heeft u het volgende aspect van PaTz als nuttig ervaren: deskundigheidsbevordering			.092			.170
- Heel nuttig	31%	19%		41%	25%	
- Nuttig	59%	61%		49%	67%	
- Een beetje nuttig	10%	18%		8%	9%	
- Niets aan gehad	0	1%		0	0	
- Niet van toepassing	0	0		2%	0	
In hoeverre heeft u het volgende aspect van PaTz als nuttig ervaren: casuïstiek bespreken			.069			.389

- Heel nuttig	31%	19%		56%	44%	
- Nuttig	58%	58%		36%	47%	
- Een beetje nuttig	10%	17%		6%	9%	
- Niets aan gehad	0	4%		0	0	
- Niet van toepassing	1%	1%		2%	0	
PaTz maakt het identificeren van palliatieve zorg patiënten makkelijker			<b>.017</b>			<b>.985</b>
- Helemaal eens	19%	4%		17%	17%	
- Eens	50%	48%		55%	57%	
- Neutraal	26%	43%		23%	22%	
- Oneens	4%	6%		5%	3%	
- Helemaal oneens	1%	0		0	0	
De aanwezigheid van een consulent pz bij de PaTz bijeenkomsten is onmisbaar			<b>.853</b>			<b>.677</b>
- Helemaal eens	41%	44%		41%	31%	
- Eens	47%	47%		41%	47%	
- Neutraal	10%	10%		14%	17%	
- Oneens	1%	0		3%	3%	
- Helemaal oneens	1%	0		0	2%	
Door PaTz is de continuïteit van zorg voor palliatieve zorg patiënten verbeterd			<b>.000</b>			<b>.184</b>
- Helemaal eens	13%	4%		22%	9%	
- Eens	57%	32%		58%	63%	
- Neutraal	27%	48%		17%	26%	
- Oneens	3%	15%		3%	2%	
- Helemaal oneens	0	1%		0	0	
De samenwerking met huisartsen / verpleegkundigen is verbeterd door PaTz			<b>.002</b>			<b>.020</b>
- Helemaal eens	27%	7%		45%	22%	
- Eens	56%	59%		45%	66%	
- Neutraal	16%	30%		6%	12%	
- Oneens	2%	4%		2%	0	
- Helemaal oneens	0	0		0	0	
De zorg voor palliatieve zorg patiënten is beter geworden door PaTz			<b>.001</b>			<b>.000</b>
- Helemaal eens	22%	7%		27%	4%	
- Eens	60%	49%		56%	64%	
- Neutraal	18%	38%		13%	32%	
- Oneens	1%	6%		5%	0	
- Helemaal oneens	0	0		0	0	

Wat is voor u de belangrijkste reden om naar PaTz te komen? (een antwoord!)			<b>.255</b>			<b>.968</b>
- Betere samenwerking	11%	20%		31%	31%	
- Betere zorg	27%	21%		35%	33%	
- Betere kennis	62%	59%		35%	37%	

Tabel B3-2. Kenmerken van patiënten en van overlijden van patiënten van groepen die gestart zijn voor of na januari 2016 (op basis van aangeleverde casuïstiek)

	huisartsen			(wijk)verpleegkundigen		
	Gestart voor jan 2016	Gestart na jan 2016	p-waarde	Gestart voor jan 2016	Gestart na jan 2016	p-waarde
	N=113	N=69		N=61	N=56	
Leeftijd patiënt, gem (SD)	73 (12)	70 (15)	.113	72 (14)	70 (16)	.572
Geslacht patiënt, man	49%	52%	.647	41%	48%	.432
Doodsoorzaak, kanker	74%	83%	.174	75%	62%	.128
Plaats van overlijden, thuis	74%	67%	.300	82%	75%	.355
Plaats van overlijden, ziekenhuis	10%	15%	.352	7%	9%	.629

Tabel B3-3. Kenmerken van zorg voor patiënten van groepen die gestart zijn voor of na januari 2016 (op basis van aangeleverde casuïstiek)

	huisartsen			(wijk)verpleegkundigen		
	Gestart voor jan 2016	Gestart na jan 2016	p-waarde	Gestart voor jan 2016	Gestart na jan 2016	p-waarde
	N=113	N=69		N=61	N=56	
Aantal ziekenhuisopnames in de laatste 30 dagen voor overlijden			.386			.524
- Nul	69%	59%		68%	62%	
- Een	23%	32%		25%	26%	
- Twee of meer	7%	9%		7%	13%	
Wie waren betrokken bij de zorg in de laatste 30 dagen?						
- Wijkverpleegkundige	82%	81%	.890	-	-	-
- Specialist	36%	42%	.421	27%	27%	.924
- Palliatief consulent / consultatieteam	21%	10%	.064	15%	13%	.725
- Psychiater of psycholoog	1%	3%	.309	3%	4%	.929
- Geestelijk verzorger	4%	12%	<b>.037</b>	18%	16%	.781
- vrijwilliger	12%	9%	.522	27%	22%	.545
- hospice arts	3%	0	.168	3%	9%	.197
Vanaf hoe lang voor het overlijden was de behandeling vooral gericht op comfort / palliatie?			.265			.232
- meer dan 6 maanden voor overlijden	18%	15%		15%	9%	
- 3-6 maanden voor overlijden	27%	17%		32%	19%	
- 1-2 maanden voor overlijden	21%	29%		17%	23%	
- Tussen 1 maand en 1 week voor overlijden	21%	17%		18%	19%	
- In de laatste week	9%	17%		15%	13%	
- Nvt; behandeling was vooral gericht op levensverlenging	4%	1%		0	6%	
- Nvt; behandeling was vooral gericht op genezing	1%	3%		0	2%	
Zorgplan, gemaakt	41%	35%	.373	90%	87%	.642

Overdracht naar huisartsenpost, ja	85%	81%	.526	-	-	-
Aantal weken voor overlijden dat gegevensoverdracht naar huisartsenpost plaatsvond, gem (SD) <sup>9</sup>	12 (14)	10 (11)	.398	-	-	-

---

<sup>9</sup> Alleen gevraagd als er overdracht was, n = 141 (per groep; n=90 en n=51)  
PaTz Monitor 2017, 27 maart 2018  
Pagina 39 van 42

Tabel B3-4. Communicatie over en met patiënten voor PaTz-deelnemers van groepen die gestart zijn voor of na januari 2016 (op basis van aangeleverde casuïstiek)

	huisartsen			(wijk)verpleegkundigen		
	Gestart voor jan 2016	Gestart na jan 2016	p-waarde (alleen onder .100 vermeld)	Gestart voor jan 2016	Gestart na jan 2016	p-waarde (alleen onder .100 vermeld)
	N=113	N=69		N=61	N=56	
Is deze patiënt besproken tijdens PaTz?			.347			.058
- Nee	42%	41%		36%	50%	
- Ja, 1 keer	36%	45%		31%	36%	
- Ja, meerdere keren	22%	15%		33%	14%	
Wat is besproken tijdens PaTz: <sup>10</sup>						
- Hoofddiagnose	39%	37%	.771	41%	32%	.458
- Ongeneeslijkheid van de ziekte	15%	10%	.421	33%	46%	.278
- Levensverwachting	38%	20%	<b>.046</b>	56%	43%	.274
- Lichamelijke klachten	46%	39%	.514	77%	36%	<b>.001</b>
- Psychologische problemen	33%	32%	.862	39%	32%	.595
- Sociale / maatschappelijke problemen	32%	29%	.781	28%	50%	.069
- Spirituele problemen	8%	22%	<b>.032</b>	10%	21%	.206
- Mantelzorg	46%	37%	.366	69%	46%	.061
- Mogelijkheden van palliatieve zorg	52%	24%	<b>.006</b>	41%	39%	.886
- Belasting van behandeling	6%	12%	.266	15%	14%	.901
- Mogelijke medische complicaties	29%	12%	<b>.045</b>	31%	36%	.671
- Wensen t.a.v. eventueel afzien van behandeling	18%	20%	.864	31%	18%	.231
- Euthanasie	29%	17%	.170	15%	25%	.326
- Coördinatie van zorg	21%	32%	.224	31%	39%	.469
Besproken met patiënt in laatste 3 maanden voor overlijden:						
- Hoofddiagnose	58%	54%	.584	37%	26%	.218
- Ongeneeslijkheid van de ziekte	73%	81%	.235	68%	63%	.546

<sup>10</sup> Alleen gevraagd als patiënt besproken is, n = 107 bij huisartsen en n = 67 bij verpleegkundigen.



- Levensverwachting	76%	77%	.919	68%	61%	.420
- Lichamelijke klachten	78%	75%	.686	85%	87%	.755
- Psychologische problemen	53%	48%	.484	48%	46%	.828
- Sociale / maatschappelijke problemen	36%	42%	.403	37%	52%	.103
- Spirituele problemen	20%	33%	<b>.049</b>	30%	26%	.629
- Mantelzorg	54%	62%	.282	73%	72%	.894
- Mogelijkheden van palliatieve zorg	72%	75%	.578	68%	59%	.313
- Belasting van behandeling	31%	41%	.200	30%	30%	.966
- Mogelijk medische complicaties	28%	23%	.520	30%	19%	.155
- Wensen t.a.v. eventueel afzien van behandeling	57%	61%	.599	57%	37%	<b>.036</b>
- Euthanasie	53%	59%	.417	27%	24%	.321
Heeft de patiënt ooit specifieke wensen geuit over een medische behandeling die hij/zij wilde of niet wilde in de laatste levensfase?			.352			.529
- Nee	24%	34%		23%	30%	
- Ja	70%	60%		57%	57%	
- Weet niet	6%	6%		20%	13%	
Heeft u ooit met de patiënt over deze wensen gesproken, ja.	93%	98%	.259	74%	85%	.222
Is er gedurende de laatste week een medische procedure of behandeling verricht die niet overeenkwam met zijn/haar geuite wensen?			.115			.078
- Nee	94%	87%		89%	76%	
- Ja	4%	2%		9%	8%	
- Weet niet	2%	11%		2%	16%	
Welke van deze typering is naar uw idee het beste van toepassing voor deze patiënt?			.689			.666
- Er was sprake van passende zorg	87%	85%		82%	77%	
- Er was sprake van overbehandeling	6%	5%		7%	6%	
- Er was sprake van	2%	5%		7%	6%	

onderbehandeling						
- Er was sprake van andere niet passende zorg / behandeling	5%	6%		5%	11%	