

Handleiding PaTz (printversie)

Waarom is PaTz nodig?

Veel ongeneeslijk zieke patiënten brengen de meeste tijd van hun ziekte thuis door en de zorg voor deze patiënten behoort dan ook tot het domein van de huisarts. PaTz heeft tot doel om voor patiënten met palliatieve zorg-behoeften, de zorg thuis zo goed mogelijk te laten verlopen door het samenbrengen van huisartsen en wijkverpleegkundigen in een inhoudelijk overleg.

De begeleiding van ongeneeslijk zieke patiënten is voor huisartsen een rijke, intense ervaring die veel van hen vraagt en soms ook leidt tot onzekerheid. De meerderheid van de huisartsen geeft aan wel eens problemen te hebben met de hulpverlening aan ongeneeslijk zieke patiënten.^{1,2} Ze noemen dan de psychosociale problemen van patiënten, ingewikkelde medische klachten, het organiseren van de zorg en het omgaan met / een plek geven van hun eigen emoties.

NHG - Standpunt 'Palliatieve zorg'

In het NHG - Standpunt 'Palliatieve zorg'³ wordt gesteld dat iedere huisarts deze vorm van zorg kan bieden en dat deze standaard geleerd wordt in de huisartsenopleiding. Persoonlijke beschikbaarheid en betrokkenheid zijn de belangrijkste kenmerken van goede palliatieve zorg. Een kernboodschap van dit Standpunt is dan ook dat de eigen huisarts de palliatieve zorg levert, zeker in de terminale fase.

Maar de huisarts staat er niet alleen voor. Integendeel: palliatieve zorg is gebaseerd op samenwerking, en een belangrijke taak daarin wordt vervuld door de wijkverpleegkundigen. Zij komen ook thuis op bezoek, soms vaker dan de huisarts, en maken een eigen inschatting van wat er speelt en er nodig is aan zorg. Zij steunen patiënt, familie en mantelzorgers. En als het goed is, is er regelmatig overleg tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige.

Door versnippering van de thuiszorginstanties is de afstand tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen groter geworden. Ook de opkomst van de huisartsenposten heeft voor onrust gezorgd: de coördinatie van de zorg overdag en die in avonden en weekenden wordt er niet beter op. Zo is een situatie ontstaan waarin aan de ene kant de deskundigheid van de professionals en de technische mogelijkheden in de eerste lijn zijn toegenomen, terwijl aan de andere kant samenwerking en coördinatie van zorg verslechteren.

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Palliatieve zorg

Een mogelijk hulpmiddel om de samenwerking te versterken is de LESA Palliatieve Zorg⁴. De LESA dient om regionaal afspraken te maken. Deze richtlijnen voor samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn echter in de praktijk nog lastig te integreren en toe te passen in het dagelijks werk.

¹ Borgsteede SD, Graafland-Rietstra C, Deliëns L, Francke AL, van Eijk JThM, Willems DL. Good end-of-life care according to patients and their general practitioners. Br J Gen Pract 2006;56:20-26

² Muysenbergh METC Van den. Palliatieve zorg door de huisarts. Proefschrift RU Leiden 2001

³ NHG Standpunt Huisarts en Palliatieve zorg. Utrecht 2009

⁴ Eizenga WH, De Bont M, Vriezen JA, Jobse AP, Kruijt JE, Lampe IH, Leydens-Arendse CA, Van Meggelen ML, Van den Muijsenbergh METC Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken. Huisarts Wet 2006; 49(6): mei-2: 308-312).

Gold Standards Framework (GSF)

Uit literatuuronderzoek bleek dat er in Engeland met het Gold Standards Framework (GSF)⁵ een model is ontwikkeld dat praktisch toepasbaar is in Nederland. Het is een systematische, evidence-based werkwijze die voorziet in het vroegtijdig herkennen van patiënten in de palliatieve fase en het samenstellen van een Palliatieve Zorg Register. GSF is kleinschalig en lokaal georganiseerd rond individuele casuïstiek, zodat het dicht/nauw aansluit bij de dagelijkse zorg. Doel is het verhogen van de kwaliteit van zorg voor patiënten en hun naasten in het laatste levensjaar van de patiënt. Medio 2011 deden 90% van de Engelse huisartsen mee.

Wat is PaTz?

PaTz staat voor Palliatieve Thuiszorg. Het project is als pilot in 2010 gestart naar voorbeeld van het GSF in Engeland. Vier Amsterdamse hagro's (huisartsengroepen) en de wijkverpleegkundigen van de diverse thuiszorgorganisaties komen tweemaandelijks bij elkaar. Zij identificeren hun patiënten in de palliatieve fase en houden daarvan een Palliatieve Zorg Register bij. Vervolgens wordt door één van de zorgverleners voor deze patiënten een zorgplan gemaakt, waarbij de wensen van de patiënt en diens netwerk centraal staan. De bijeenkomsten worden ondersteund door een inhoudelijk deskundige / consulent palliatieve zorg IKNL.

Na een jaar proefdraaien in Amsterdam en vervolgens in Rotterdam blijkt dat deze manier van werken aanslaat, alle PaTz-groepen gaan door met de bijeenkomsten. De opkomst is goed, zowel van huisartsen als van wijkverpleegkundigen. Uit het evaluatieonderzoek in Amsterdam blijkt dat de werkwijze veel enthousiasme oproept bij de deelnemers omdat zij weer 'zorginhoudelijk' om de tafel zitten. Samenwerking en coördinatie van zorg krijgen nieuwe impulsen. De groepen zijn verschillend, maar de kerntaak - het in kaart brengen van patiënten in de palliatieve fase en nadenken over zorgplannen - gebeurt overal. Ook de overdracht naar de huisartsenposten wordt aan de orde gesteld. Een breed scala aan palliatieve zorg komt aan bod, en het betreft niet alleen patiënten met kanker, ook patiënten met meerdere chronische ziekten en kwetsbare ouderen.

Is PaTz zinvol?

Om antwoord op deze vraag te krijgen heeft er in 2010 een evaluatieonderzoek van het pilotproject plaatsgevonden. Allereerst bleek hieruit dat PaTz in de praktijk goed uitvoerbaar is. Wijkverpleegkundigen en huisartsen gaven in focusgroepen aan dat ze zeer te spreken waren over deelname aan PaTz, met name omdat het contact en vertrouwen tussen hen verbeterde. Het bleek in praktijk goed haalbaar om 6 bijeenkomsten per jaar te hebben. Een belangrijk aandachtspunt voor het opzetten van een nieuwe groep bleek het zorgen voor een evenwichtige en vaste samenstelling van de groep (verhouding huisartsen en wijkverpleegkundigen; vaste deelnemers). Het is onder meer belangrijk te zorgen voor vertegenwoordiging van de belangrijkste thuiszorgorganisaties in de wijk.

Praktische uitvoerbaarheid van PaTz is natuurlijk een eerste vereiste voor het succes van PaTz, daarnaast is belangrijk dat PaTz ook positieve invloed heeft op de verleende zorg. Hoewel door de bescheiden schaal van de pilot (vier PaTz-groepen) de aantallen in het kwantitatieve deel van het evaluatieonderzoek niet erg grootschalig waren, is gebleken dat PaTz invloed heeft op zorg en

⁵ <http://www.goldstandardsframework.org.uk>

zorguitkomsten. Zo gaven huisartsen na implementatie van PaTz een hoger cijfer aan de coördinatie van palliatieve zorg en maakten zij vaker een zorgplan voor patiënten in de laatste levensfase dan in de periode daarvoor.

Daarnaast bleek dat in het jaar na de start van PaTz patiënten vaker meer dan een maand voor overlijden al een palliatief behandeldoel hadden, minder vaak in de laatste maand in het ziekenhuis opgenomen werden, en de huisarts vaker op de hoogte was van de gewenste plaats van overlijden van de patiënt.

Tenslotte leek PaTz ook invloed te hebben op vroeger signaleren van de palliatieve fase, al werd dit alleen gevonden voor kankerpatiënten; voor patiënten met andere diagnoses was er geen verschil (voor meer informatie over het evaluatieonderzoek:

http://patz.nu/images/downloads/Factsheet_evaluatieonderzoek.pdf).

Een bijkomend voordeel is dat huisartsen en wijkverpleegkundigen elkaar beter leren kennen en elkaar ook op andere terreinen gemakkelijker vinden. De groepen vormen een 'veilige' omgeving voor intervisie. Angsten en onzekerheden kunnen besproken worden. Met elkaar meeleven, emotionele ondersteuning, is een belangrijk element: een 'peergroup' effect. Ook de deskundigheid neemt toe: er is altijd een externe deskundige aanwezig, maar ook de veelheid aan ziektebeelden die over tafel komt verbreedt ieders horizon. Het loont om zaken waar iedereen mee zit eens extra door te spreken.

Het versterkt het vertrouwen in eigen mogelijkheden om patiënten thuis te kunnen ondersteunen, je doet het niet alleen, je krijgt grip op de palliatieve zorg. De kracht van PaTz zit in het gezamenlijk, inhoudelijk, laagdrempelig werken aan betere palliatieve zorg in de eerste lijn!

Uitgangspunten PaTz

PaTz hanteert de volgende vier uitgangspunten:

- De PaTz-groep bestaat uit huisartsen en wijkverpleegkundigen en komt zes keer per jaar bij elkaar.
- De PaTz-groep wordt begeleid door een consulent palliatieve zorg.
- PaTz is vroegtijdig identificeren en pro-actief plannen van zorg met behulp van het palliatieve zorg register.
- De PaTz-groep neemt deel aan een monitoring ten behoeve van de evaluatie door Expertisecentrum Palliatieve Zorg VUmc.

Doelen van PaTz

- Tijdig: het vroegtijdig identificeren van mensen met palliatieve zorgbehoeften d.m.v. Advance Care Planning (wensen van de patiënt in kaart brengen) en proactieve zorgplanning (anticiperen op benodigde zorg) met behulp van een palliatieve zorg register.
- Deskundig: vergroten van deskundigheid door gezamenlijk bespreking van casus onder begeleiding van een consulent palliatieve zorg en evalueren van geboden zorg.

- Samen: verbeteren van de samenwerking in de eerste lijn, elkaar kennen, korte lijnen, onderlinge steun bij emotioneel beladen casuïstiek.

PaTz werkwijze

PaTz heeft tot doel de kwaliteit van palliatieve thuiszorg te verbeteren door:

- Primair de samenwerking van huisarts en wijkverpleegkundige te versterken.
- Tijdige identificatie van patiënten, die palliatieve zorg nodig hebben, in een Palliatieve Zorg Register.
- Vergroten van deskundigheid door gezamenlijk bespreken van casuïstiek onder begeleiding van een inhoudelijk deskundige palliatieve zorg en evalueren van geboden zorg.
- Op patiëntbehoefte gebaseerd zorgplan maken en uitvoeren.

De werkwijze wordt aan de hand van een aantal stappen toegelicht:

- Ken jezelf en elkaar
- Identificeer
- Onderzoek
- Plan
- Evalueer

I. Ken jezelf en elkaar

Alles begint met zelfkennis en elkaar kennen. In een eerste sessie is het belangrijk om daarbij stil te staan. Wat doen we nu als huisarts en als wijkverpleegkundige? Hoe is onze samenwerking tot nu toe verlopen? Wat zijn onze sterke en zwakke kanten? Het is wenselijk om hierbij te focussen op de goede voorbeelden van samenwerking en van daar uit verder te gaan.

II. Identificeer

Hier ligt een van de belangrijkste uitdagingen van het PaTz project. Goede palliatieve zorg kun je pas verlenen als je weet aan wie je dat moet doen. Vroegtijdige identificatie maakt gerichte hulp mogelijk. Maar hoewel we weten dat 1% van de bevolking elk jaar overlijdt is het moeilijk om degenen te identificeren die in hun laatste levensjaar zijn.

In de gemiddelde huisartsenpraktijk sterven ongeveer 20 patiënten per jaar: 1-2 plotseling, 5 aan kanker, 6 aan een chronische ziekte, en 7-8 aan dementie of 'frailty'⁶. Het is vaak gemakkelijker bij een patiënt met een gemetastaseerd proces te zien dat palliatieve zorg verleend moet worden dan bijvoorbeeld bij iemand met hartfalen of COPD.

Huisartsen en wijkverpleegkundigen kunnen gebruik maken van verschillende hulpmiddelen, waaronder de Surprise Question, RADPAC en SPICT. Deze zijn beschikbaar via de website van PaTz: <http://www.patz.nu/patch.nu/index.php/patch-toolkit/46-identificeren-palliatieve-fase>.

Na identificatie worden patiënten in het Palliatieve Zorg Register opgenomen. Dat is een eenvoudig systeem (Excel document) waarin alle patiënten die palliatieve zorg nodig hebben, zijn opgenomen met de 'basisgegevens'. Het register dient als onderlegger/agenda voor de PaTz-bijeenkomsten. Het

⁶ Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age. RAND Health White Paper WP-137. Santa Monica: RAND, 2003

biedt ook de mogelijkheid om de eigen verrichtingen in kaart te brengen en ervan te leren. Na overlijden van de patiënt is het gemakkelijker de zorg met alle betrokkenen te evalueren.

III. Onderzoek

Bespreek en breng met de patiënt (en zijn naasten) de situatie in beeld, uitgaande van diens wensen en behoeftes!

- Wat is er medisch nodig?
- Wat zijn de persoonlijke vragen van de patiënt? Op welke plek wil hij verzorgd worden en waar zou hij uiteindelijk willen overlijden?
- Hoe is de psychosociale situatie? Zijn er vragen op het gebied van zinbeleving en spiritualiteit?
- Is er ruimte om afscheid te nemen?
- Wat is er voor de (mantel)zorgers nodig?

Vastleggen wat je in deze fase onderzocht hebt, ondersteunt het palliatieve zorgproces. Verzamel deze gegevens in een zorgplan dat bij de patiënt bewaard wordt.

IV. Plan

Maak een actieplan. Bespreek wie wat gaat doen. Let hierbij speciaal op:

- Medicatie: bekijk kritisch welke medicatie nodig is. Is er genoeg voorraad? Escape medicatie? 'In geval dat...' medicatie?
- Probeer crises en onnodige ziekenhuisopnames te voorkomen door er op te anticiperen.
- Zoek zo nodig contact met de tweede lijn, soms zijn patiënten zeer vertrouwd met hun behandelaars en is daar al veel mee besproken.
- Denk aan de coördinatie van de zorg: is er een overdracht voor de huisartsenpost, weet de mantelzorg wie ze moeten bellen?
- Is er voldoende ondersteuning / hulp geregeld?
- Plan de zorg voor de laatste levensdagen (bijvoorbeeld met het Zorgpad Stervensfase).
- Denk aan rouwbegeleiding.

Het is nuttig om ook dit vast te leggen in het zorgplan. Zeker als het ingewikkeld wordt en er coördinatie van zorg is vereist.

V. Evalueer

Na overlijden van de patiënt kan het zorgproces geëvalueerd worden: wat ging goed en waar zitten verbeterpunten? Verder is het goed om af en toe stil te staan bij het PaTz-proces als geheel: waar zitten verbeteringen, hoe kunnen we die versterken, waar kan het beter?

Praktische opzet van een PaTz-groep

Hieronder wordt beschreven hoe een PaTz-groep opgezet kan worden. Het initiatief hiertoe kan genomen door een huisarts of wijkverpleegkundige. Maar het is ook mogelijk dat een regionale coördinator vanuit één van de Netwerken Palliatieve Zorg, waar al veel informatie aanwezig is over de palliatieve zorg in de regio, de eerste stappen doet. Men kan hierbij ondersteuning zoeken van een adviseur van de ROS en IKNL (https://www.patz.nu/images/home/Werkwijze_Stichting_PaTz.pdf).

Op https://www.patz.nu/images/patz_start/Checklist_opstarten_PaTz_groep.pdf vindt u de checklist met de meest belangrijke stappen.

Start met een regionale behoeftepeiling

De eerste stap in de aanpak is het peilen van behoefte onder huisartsen en wijkverpleegkundigen om de samenwerking rondom palliatieve zorg te verbeteren. De kans van slagen wordt groter wanneer meerdere partijen het belang van samenwerking op dit vlak onderkennen. Vaak is het ervaren van een gemeenschappelijk probleem een goede invalshoek.

Voorbeelden van aanknopingspunten voor het opzetten van PaTz zijn:

- Onvrede over de overdracht van dag naar avond/nacht (bij de huisartsenposten).
- Binnen een hagro is er behoefte om kennis en ervaringen uit te wisselen over belangrijke knelpunten in palliatieve zorg (bijvoorbeeld: hoe en wanneer bespreek je wat de patiënt en mantelzorger willen m.b.t. zorg aan het levenseinde? Hoe lever je passende zorg aan een jong gezin waarvan de vader kanker heeft?).
- Een gemeenschappelijke behoefte aan afstemming rondom de zorg tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen. Het is verstandig en praktisch om aan te sluiten bij bestaande samenwerkingsvormen/-structuren. De zorgverleners kunnen op verschillende manieren benaderd worden:
 - De adviseurs van de ROS'en kunnen via nieuwsbrieven, websites en bestaande contacten met huisartsen / hagro's / zorggroepen en wijkverpleegkundigen aandacht schenken aan samenwerking rondom palliatieve zorg en PaTz. De ROS kan ondersteunen bij het organiseren van een regionale startbijeenkomst.
 - Via de adviseurs van IKNL en coördinatoren van de netwerken palliatieve zorg: zij hebben kennis van de sociale kaart in de palliatieve zorg en kunnen hun communicatiekanalen gebruiken om PaTz onder de aandacht te brengen.
 - Via het bestuur van de Regionale Huisartsen Kringen (LHV) kunnen huisartsen geïnformeerd worden over een regionale startbijeenkomst en/of te starten PaTz-groepen.
 - Via het bestuur van de Huisartsenposten kunnen huisartsen benaderd worden. Vooral waarnemers ervaren vaak problemen als de overdracht van dag naar avond/nacht/weekend niet goed geregeld is en mogelijk is er binnen de huisartsenposten daardoor veel draagvlak voor PaTz. Het betrekken van de kwaliteitscommissie van de Huisartsenposten werkt stimulerend.

Zodra een groep huisartsen een PaTz-groep wil starten, kan onder de huisartsen gepeild worden met welke wijkverpleegkundigen al contacten bestaan. Vervolgens kunnen de betreffende wijkverpleegkundigen uitgenodigd worden voor een startbijeenkomst / kennismaking.

Het is raadzaam om bij de thuiszorgorganisaties ook op managementniveau de bereidheid te onderzoeken om mee te werken, zodat wijkverpleegkundigen de ruimte krijgen om deel te nemen aan overleg. Een gezamenlijke schriftelijke intentieverklaring dat thuiszorgorganisaties de doelstelling van PaTz ondersteunen en willen meewerken om de palliatieve thuiszorg te verbeteren kan hierbij nuttig zijn. Het netwerk palliatieve zorg kan hierbij ondersteunen.

Samenstelling van de groep

Een PaTz-groep bestaat idealiter uit 6-10 huisartsen, 2-3 wijkverpleegkundigen en een deskundige op het gebied van palliatieve zorg. Het aantal leden kan variëren afhankelijk van de behoefte van de groep. Bij voorkeur zijn steeds dezelfde huisartsen en wijkverpleegkundigen aanwezig bij het overleg.

Huisartsen

Voor de huisartsen kan de samenstelling op verschillende manieren gekozen worden: in hagroverband (huisartsengroep), gezondheidscentrum, zorggroep, buurtgericht of vanuit geïntegreerde eerstelijnszorg.

Wijkverpleegkundigen

De huisartsen nodigen wijkverpleegkundigen om deel te nemen. Dit kunnen wijkverpleegkundigen zijn waar al contacten mee zijn maar er kan ook in overleg met de thuiszorgorganisatie voor bepaalde wijkverpleegkundigen (met expertise palliatieve zorg) gekozen worden. Vanwege het opbouwen van een samenwerkingsrelatie zijn dit bij voorkeur steeds dezelfde wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundigen vormen een brugfunctie naar overige (wijk)verpleegkundigen/verzorgenden die bij de patiënt komen. Bij complexe problematiek kunnen eventueel (eenmalig) op verzoek andere uitvoerende wijkverpleegkundigen of verzorgenden worden uitgenodigd voor het overleg.

Voorwaarde voor deelname vanuit de thuiszorg is dat:

- deelnemende thuiszorgorganisaties 7x24 uurs verpleegkundige zorg leveren;
- wijkverpleegkundigen die deelnemen aan de PaTz-groepen geschoold zijn in continuïteitsbezoeken / AIV en het aandachtsgebied (oncologie en) palliatieve zorg hebben.

Een deskundige op het gebied van de palliatieve zorg

Bij het bespreken van complexe casuïstiek is de aanwezigheid van een deskundige van belang gebleken. Deskundigen kunnen bijvoorbeeld gevonden worden onder huisarts- / kaderartsen palliatieve zorg, of onder de hospiceartsen. Via de netwerken palliatieve zorg en Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) kunnen ook de palliatieve zorg consultants van de helpdesk worden gevraagd om als inhoudelijk expert de PaTz-groepen te ondersteunen.

Voorzitter

Een PaTz-groep heeft een voorzitter die bij huisartsen en wijkverpleegkundigen voldoende draagvlak heeft. Dit kan een huisarts of een wijkverpleegkundige zijn. De voorzitter heeft een aantal taken. Hij/zij doet deze zelf of zorgt dat iemand anders het regelt:

- Organiseren en plannen gezamenlijke bijeenkomsten (minimaal 6 per jaar, 1 tot 1,5 uur).
- Agenda maken en versturen.
- Bijhouden van een Palliatieve Zorg Register.
- Kort verslag maken van de belangrijkste afspraken.
- Accreditatie regelen voor huisartsen (PaTz-groep is een toetsgroep). De individuele (wijk)verpleegkundige regelt dit zelf via het kwaliteitsregister V&V.

Inhoud van de bijeenkomsten

De eerste bijeenkomst wordt gebruikt om het PaTz idee uit te leggen en stap 1 'ken elkaar en ken jezelf' uit te voeren. Er wordt besproken hoe het 'Palliatieve Zorg Register' werkt en hoe dat 'gevuld' gaat worden met de stappen 'identificeer, onderzoek, plan en leg vast'. Verder worden afspraken gemaakt ten aanzien van verantwoordelijkheid voor organisatie en planning van volgende

bijeenkomsten en bijhouden van het register. Tevens worden telefoonnummers en bereikbaarheid van de deelnemers geïnterviewd.

In de volgende bijeenkomsten wordt de casuïstiek besproken van patiënten die opgenomen zijn in het Palliatieve Zorg Register. De voorzitter bewaakt de tijd en de agenda. Hij/zij heeft vooraf bekeken welke patiënten in het Palliatieve Zorg Register staan; of er veranderingen hebben plaats gevonden in urgentie, etc. Eventueel worden andere zorgverleners uitgenodigd om een bepaalde casus te bespreken. De voorzitter (of degene aan wie dit gedelegeerd is) beheert ook het Palliatieve Zorg Register en maakt met de deelnemers afspraken over de 'vulling'. Er kan ruimte worden gemaakt voor specifieke onderwerpen c.q. deskundigheidsbevordering. Het is niet de bedoeling tijdens de bijeenkomsten een uitgebreid zorgplan per patiënt te maken. Dat kan achteraf door de betrokken wijkverpleegkundige en huisarts plaatsvinden (in complexe situaties desgewenst met advies van een inhoudelijk deskundige).

Palliatieve Zorg Register

In het Palliatieve Zorg Register worden in principe alle patiënten opgenomen die bij de betrokken huisartsen zijn ingeschreven en waarvan de verwachting is dat ze binnen een jaar komen te overlijden. De bedoeling hiervan is dat tijdig wensen en behoeftes van deze patiënten in kaart worden gebracht in een proactief proces.

Het register zelf is feitelijk niet meer dan een geheugensteuntje: over welke patiënten hebben we het en hoe staan ze ervoor? Individuele zorgplannen worden, zo nodig, naar aanleiding van het register gemaakt. Op <https://www.patz.nu/index.php/patz-portal/45-palliatieve-zorg-register> staat een voorbeeld van een palliatieve zorg register

Dit register is gemaakt in Excel, er wordt gewerkt met ABCDE kleurcodering:

A: blauw	diagnose gesteld, stabiel, > jaar prognose
B: groen	gevorderde ziekte, niet stabiel, prognose in maanden
C: geel	voortdurende zorg, achteruitgang, prognose in weken
D: rood	laatste dagen, terminale zorg, prognose in dagen
E: navy	zorg na overlijden

De kleurcodering is alleen een facultatief hulpmiddel. Het is ook duidelijk dat dit vaak alleen bij benadering kan. Maar het triggert het bewust ervaren dat in bepaalde fases behoeftes en zorg verschillen en dat goede zorg op het juiste moment gegeven wordt.

In verband met privacy is het verstandig het Palliatieve Zorg Register te bewaren en te bewerken in een beveiligde omgeving. Dit kan goed met HAweb, het besloten online netwerk voor LHV en NHG leden (www.haweb.nl). De huisarts-voorzitter kan een groep aanmaken binnen HAweb en daarvoor de collega's uitnodigen. Ook de wijkverpleegkundigen en de inhoudelijk deskundige kunnen dan op uitnodiging toegang krijgen.

Vanaf november 2017 kunnen PaTz-groep gebruik maken van de PaTz Portal, een web-based applicatie die PaTz-groepen faciliteert, verrijkt en verbindt met het Netwerk Palliatieve Zorg door o.a.:

1. Het palliatieve zorg register.
2. Interventies en tools die ondersteunend zijn bij de zorg in complexe situaties.
3. Automatisch versturen van uitnodiging naar deelnemers aan de PaTz bijeenkomst.
4. Signalen (leerpunten, knelpunten, scholingsbehoefte) noteren t.b.v. de netwerkcoördinator palliatieve zorg.

PaTz-groepen kunnen gebruik maken van de Portal nadat ze zich hebben aangemeld (https://www.patz.nu/index.php/start-patz-groep/patz-groep-aanmelden?form_id=1&show_form_title=1&show_form_description=1). Daarna krijgt men een inlog (gebruikersnaam en wachtwoord). Een stabiele internetverbinding/Wifi is belangrijk om goed te kunnen werken met de Portal en uiteraard een laptop/pc (geen tablet) en beamer tijdens de bespreking. Aan het gebruik van de PaTz Portal zijn vooralsnog geen kosten verbonden (november 2017).

Kosten van PaTz

De bijeenkomsten zelf kosten overlegtijd en daarmee geld. Dit kan echter gekwalificeerd worden als onderdeel van het werk.

Als de voorzitters van de PaTz-groepen alle taken zelf uitvoeren, kost dat ongeveer 3 uur per bijeenkomst. Het advies is echter om zoveel mogelijk taken te verdelen onder de deelnemers, want dit vergroot het draagvlak. Indien tijdens de bijeenkomst ook een inhoudelijk thema aan de orde komt, dan kost dit extra tijd voor de inhoudelijk deskundige. De ervaring leert dat een bijeenkomst van 1,5 uur bestaat uit 0,5 uur deskundigheidsbevordering en 1 uur bespreking patiënten uit het register.

Er zijn kosten verbonden aan de NHG-Cursus 'PaTz in de Praktijk' voor voorzitters. Deze worden meestal door de deelnemers zelf betaald (€ 295,-). Data en informatie over deze cursus vindt u op <https://www.patz.nu/index.php/start-patz-groep/43-patz-scholing>.

De bijeenkomsten kunnen geaccrediteerd worden. Dit dienen de huisartsen (toetspunten) en wijkverpleegkundigen (kwaliteitsregister, overige deskundigheidsbevordering) zelf te verzorgen.

© PaTz

Versie december 2017