



Een andere focus op palliatieve zorg in de eerste lijn

Inhoud presentatie



Aanleiding PaTz: verbeteren van de kwaliteit van palliatieve zorg thuis voor patiënten en naasten.

- Wat is PaTz
- Doelen
- Resultaten pilot en evaluatie onderzoek
- Werkwijze
- Tools markeren palliatieve fase
- Palliatief zorgregister
- PaTz Portal

Wat is PaTz?



- PaTz is een werkwijze om de samenwerking en deskundigheid rond palliatieve zorg thuis te verbeteren
- In PaTz groepen werken huisartsen, (wijk)verpleegkundigen en inhoudelijk deskundigen palliatieve zorg nauw samen en komen elke twee maanden bij elkaar.
- Door vroegtijdig patiënten in de laatste levensfase in beeld te brengen en te anticiperen op hun zorgbehoefte neemt de kwaliteit van de palliatieve zorg thuis toe.

Wat is een PaTz groep



Een PaTz groep voldoet aan 4 essentiële kenmerken:

1. De PaTz groep bestaat uit huisartsen, (wijk) verpleegkundigen en komen 6 per jaar bij elkaar
2. De PaTz groep wordt begeleid door een inhoudelijk deskundige/consulent palliatieve zorg
3. PaTz is vroegtijdig identificeren en proactief plannen van zorg mbv een palliatief zorgregister
4. De PaTz groep neemt deel aan een monitoring door het Expertisecentrum Palliatieve Zorg VUmc

Doelen van PaTz



Tijdig: het vroegtijdig identificeren van mensen met palliatieve zorgbehoeften d.m.v. proactieve zorgplanning (wensen van de patiënt in kaart brengen en anticiperen op benodigde zorg) met behulp van een palliatief zorgregister.

Deskundig: vergroten van deskundigheid door gezamenlijk bespreken van casuïstiek onder begeleiding van een inhoudelijk deskundige 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, hoeksteen, pijler, Parel!



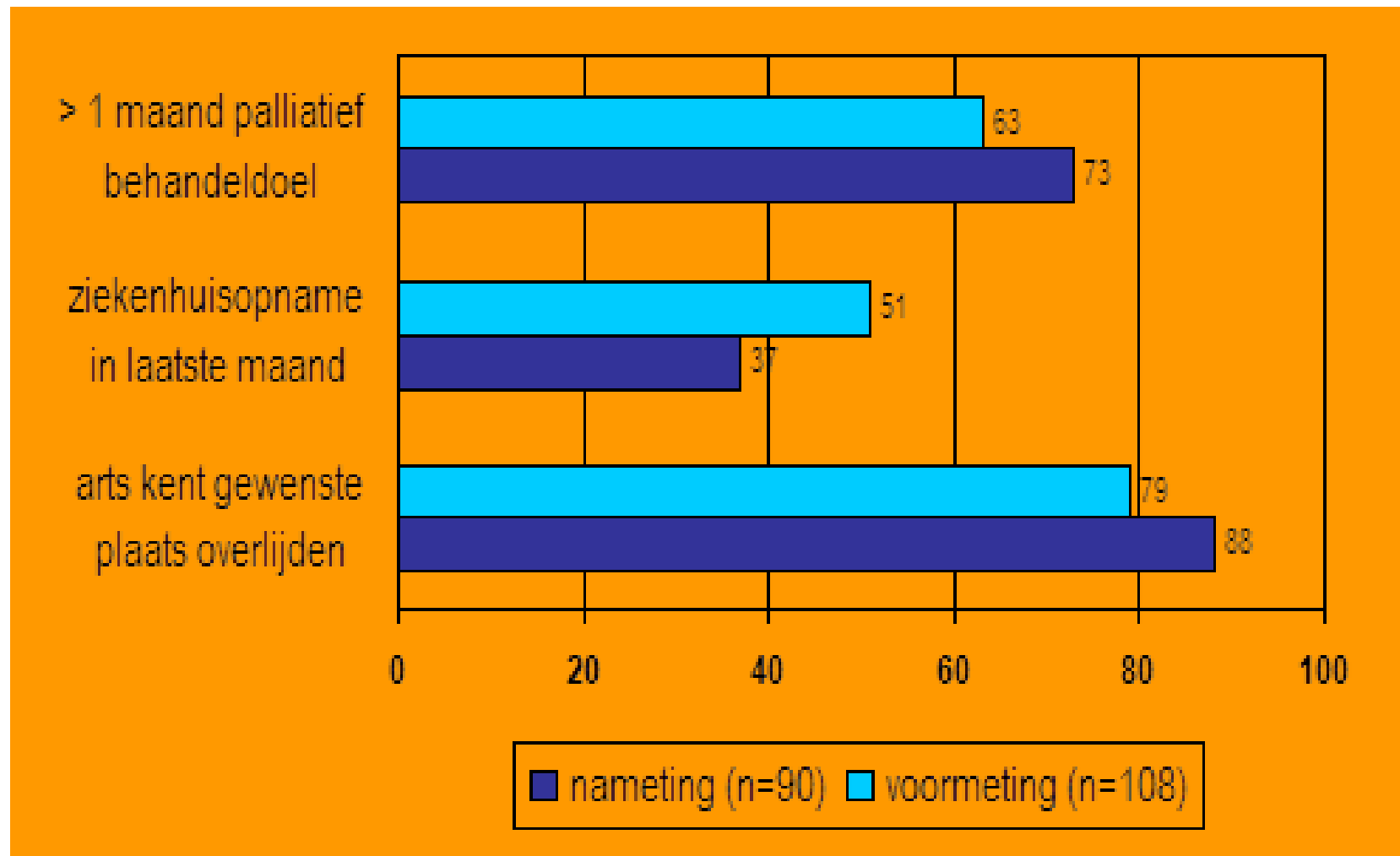
- Palliatieve zorg in de eerste lijn:
 - grootste doelgroep voor palliatieve zorg
- PaTz is meer dan een methodiek of MDO:
 - Proactieve zorgplanning
 - Verbeteren van samenwerking
 - Deskundigheidsbevordering
 - Intervisie en onderlinge steun
- PaTz als infrastructuur:
 - Verbinding met hoogwaardige expertise consulenten
 - Verbinding met netwerken palliatieve zorg

Resultaten evaluatie onderzoek Vumc



1. Huisartsen en (wijk)verpleegkundigen: zeer positief, meer onderling contact, vertrouwen, coördinatie.
2. **Vroeger signaleren** van palliatieve fase en zorgbehoeften.
3. Register bevordert **tijdige inzet palliatieve behandeling**, bespreken van levensverwachting, klachten en levensvragen en vastleggen gewenste plaats van overlijden
4. Bespreking op PaTz bijeenkomst leidt tot **minder ziekenhuisopnamen in de laatste levensmaand**

Verschillen in zorg voor patiënten in voor- en nameting van PaTz (pilot 2010)

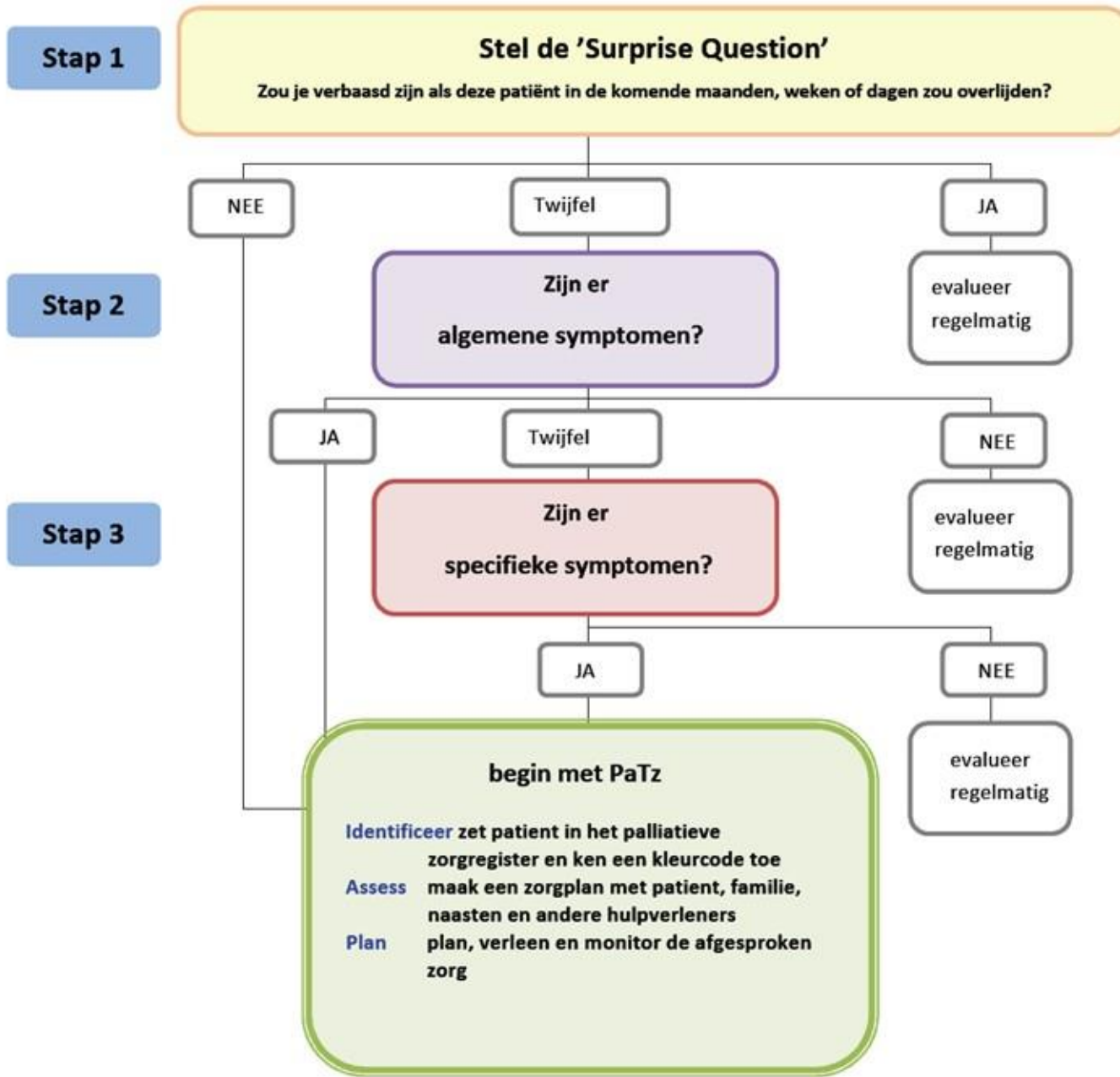


Werkwijze PaTz-groepen



De vijf stappen:

1. Ken jezelf en leer elkaar kennen.
2. Identificeer: Surprise question, SPICT, RADPAC.
3. Onderzoek: wat is er medisch, psychisch, sociaal en op spiritueel gebied nodig?
4. Plan zorg buiten kantooruren, voor de laatste levensfase en voor de verzorgers.
5. Leg vast in een palliatief zorgregister.



De SPICT is een handreiking om personen te identificeren die een verhoogd risico hebben op achteruitgang van hun gezondheid. Inventariseer on vervulde behoeften aan ondersteunende en palliatieve zorg bij deze personen en maak een zorgplan.

Ga na of algemene indicatoren met betrekking tot slechte of achteruitgaande gezondheid aanwezig zijn.

- Ongeplande ziekenhuisopname(s).
- Functionele status is laag of gaat achteruit, met beperkt herstelvermogen (overdag 50% of meer in bed of stoel).
- Afhankelijk van anderen voor zorgbehoeften, door fysieke en/of mentale problemen.
- De mantelzorgers heeft meer hulp en ondersteuning nodig.
- Progressief gewichtsverlies; blijvend ondergewicht; lage spiermassa.
- Persistentere symptomen ondanks optimale behandeling van onderliggende aandoening(en).
- De patiënt (of naaste) vraagt om palliatieve zorg; kiest (verdere) behandeling te verminderen, te staken of er vanaf te zien; of wenst een focus op kwaliteit van leven.

Ga na of er klinische indicatoren van een of meer gevorderde ziekte(n) zijn.

Kanker

Functionele achteruitgang ten gevolge van progressieve kanker.

Te kwetsbaar voor behandeling van de kanker, of de behandeling is gericht op symptoomcontrole.

Dementie/kwetsbare oudere

Niet in staat zichzelf aan te kleden, te lopen of eten zonder hulp.

Eet of drinkt minder; slikproblemen.

Incontinentie voor urine en ontlasting.

Niet in staat tot verbale communicatie; weinig sociale interactie.

Frequent vallen; heupfractuur.

Recidiverende koortsperiodes en/of infecties; aspiratiepneumonie.

Neurologische ziekte

Progressieve achteruitgang van fysiek en/of cognitief functioneren ondanks optimale behandeling.

Spraakproblemen met toenemende communicatieproblemen en/of progressieve slikproblemen.

Recidiverende aspiratiepneumonie, dyspnoe of respiratoir falen.

Persistentere verlamming na hersenbloeding met significant functieverlies en blijvende handicap.

Hart-/vaatziekte

Hartfalen of uitgebreid, onbehandelbaar coronair vaatlijden; met dyspnoe of pijn op de borst in rust of bij geringe inspanning.

Ernstig, inoperabele perifere vaatlijden.

Respiratoire aandoening

Ernstige, chronische longziekte met in de periode tussen exacerbaties kortademigheid in rust of bij geringe inspanning.

Persistentere hypoxie waardoor chronische zuurstofafhankelijkheid.

Heeft beademing nodig gehad in verband met respiratoir falen, of beademing is gecontraïndiceerd.

Andere aandoeningen

Achteruitgang en risico op overlijden bij elke andere aandoening of irreversibele complicatie; elke beschikbare behandeling zal falen.

Inventarisatie van huidige zorg en toekomstige zorgplanning.

- Beoordeel de actuele behandeling en medicatie kritisch zodat de persoon optimale zorg krijgt; minimaliseer polyfarmacie.
- Overweeg verwijzing naar specialistische palliatieve zorg of een andere deskundige wanneer symptomen en behoeften complex zijn en moeilijk hanteerbaar.
- Bepaal in gezamenlijke besluitvorming met de persoon en familie de huidige en toekomstige doelen van zorg en maak een zorgplan met hen. Ondersteun de mantelzorgers.
- Plan tijdig vooruit als de persoon kans heeft op verlies van wilbekwaamheid.
- Leg het zorgplan vast, communiceer en coördineer het.

Nierziekte

Stadium 4 of 5 chronisch nierfalen (eGFR < 30 ml/min) met achteruitgaande gezondheid.

Nierfalen bij andere levensverkortende ziekten of behandelingen.

Staken of niet starten van dialyse.

Leverziekte

Levercirrhose met één of meer complicaties in het afgelopen jaar:

- Diuretica-resistente ascites
- Hepatische encefalopathie
- Hepatorenale syndroom
- Bacteriële peritonitis
- Recidiverende varicesbloeding

Levertransplantatie is niet mogelijk.



SPICT-NL

hulpmiddel bij identificeren

<https://www.spict.org.uk/th-e-spict/spict-nl/>

IDENTIFICATIE PALLIATIEVE PATIËNTEN

COPD	<ol style="list-style-type: none"> 1. De patiënt heeft veel hulp nodig en frequente medische verzorging (Karnofsky-score $\leq 50\%$) 2. De patiënt heeft fors gewichtsverlies ($\pm 10\%$ lichaamsgewicht binnen 6 maanden) 3. Er is hartfalen aanwezig 4. De patiënt heeft orthopnoe 5. De patiënt geeft signalen het naderende einde in te zien 6. Er zijn objectieve tekenen van ernstige dyspnoe aanwezig (beperkt inspanningsvermogen, dyspnoeïsch bij spreken, gebruik van hulpademhalingspijpen en orthopnoe)
HARTFALEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. De patiënt heeft ernstig hartfalen: klachten bij rust of lichte inspanning (NYHA IV) 2. Er zijn frequente ziekenhuisopname (>3 per jaar) 3. De patiënt heeft frequente exacerbaties van ernstig hartfalen (>3 per jaar) 4. De patiënt heeft veel hulp nodig en frequente medische verzorging (Karnofsky-score $\leq 50\%$) 5. De patiënt heeft gewichtstoename die niet reageert op ophoging van diuretica 6. Er is algehele achteruitgang in klinisch beeld (oedeem, orthopnoe, nycturie, dyspnoe) 7. De patiënt geeft signalen het naderende einde in te zien
MALIGNITEIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. De patiënt heeft een slechte prognose bij primaire tumor 2. De patiënt heeft veel hulp nodig en frequente medische verzorging (Karnofsky-score $\leq 50\%$) 3. Er is progressieve achteruitgang in functioneren 4. De patiënt ligt in toenemende mate op bed 5. Er is sprake van een verminderde voedsel intake 6. Er is sprake van een toenemende vermagering 7. Aanwezigheid van het anorexie-cachexie syndroom (afname eetlust, algemene zwakte, vermagering, spieratrofie) 8. De patiënt heeft een afname van 'drive to live'

Doelen palliatief zorgregister

- In kaart brengen van patiënten die voor palliatieve zorg in aanmerking komen.
- Hierbij wordt via kleur aangegeven wat de mate van de urgentie en/of intensiteit en/of complexiteit van de palliatieve zorgbehoefte is.
- Het bespreken van deze patiënten in het PaTz overleg.
- Het houden van een evaluatie als een patiënt is overleden (ADA, After Death Analysis).
- Het palliatief zorgregister (PaTz Portal of Excelbestand) is in feite het belangrijkste stuk gereedschap van de PaTz groepen en dient als de 'agenda' van de bijeenkomst.

PaTz Portal



Beveiligde web-based applicatie die PaTz groepen faciliteert, verrijkt en verbindt met het Netwerk Palliatieve Zorg door o.a.:

1. Een palliatief zorgregister.
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 Portal



- Informatie en factsheet: [PaTz Portal - PaTz \(palliaweb.nl\)](https://palliaweb.nl)
- Contact e-mail: info@patz.nu
- Info video: <https://bit.ly/3hk5ouB>

Met dank aan:



Meer informatie:

<https://palliaweb.nl/patz>