

Netwerk Palliatieve Zorg Rivierengebied

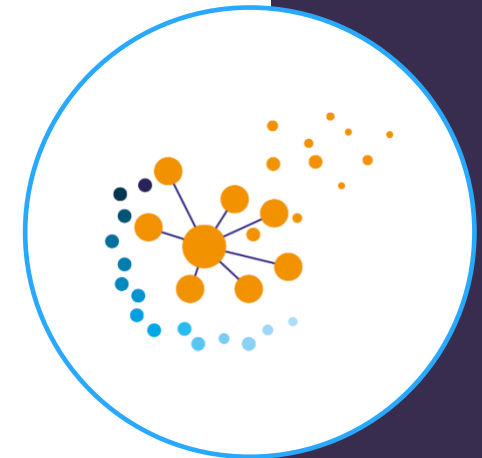
Palliatieve Zorg

Steven van Os, kader(huis)arts palliatieve zorg i.o.

Scholing maart 2022

Disclosure

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
<ul style="list-style-type: none">• Sponsoring of onderzoeksgeld• Honorarium of andere (financiële) vergoeding• Aandeelhouder• Andere relatie, namelijk ...	geen geen geen n.v.t.



Even voorstellen

- Apotheekhoudende huisarts in Waardenburg
- Waarom kaderopleiding palliatieve zorg?
- Wat houdt de opleiding in?
- Netwerk Palliatieve Zorg Rivierengebied
- Expert groep van bovenstaande Netwerk



Inleiding

- In NL overlijden jaarlijks 149.000 mensen
- 80% hiervan is “verwacht overlijden”
- Komen in aanmerking voor palliatieve zorg



Wat is palliatieve zorg eigenlijk?

[filmpje palliatieve zorg](#)



Nationaal programma palliatieve zorg (2014-2020)

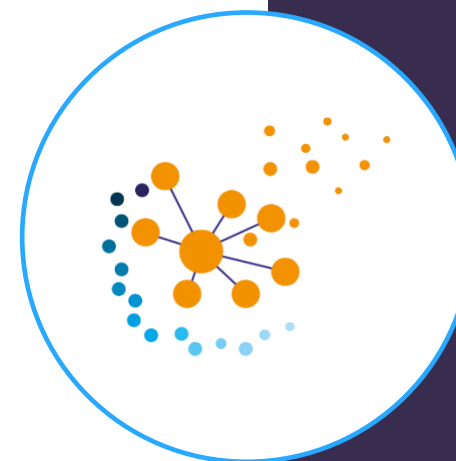
- Uniforme kwaliteitseisen
- Drempels in organisatie en financiering wegnemen
- 2015 IKNL/Palliactief gestart met “Kwaliteitskader palliatieve zorg NL met passende financiering”



Kwaliteitskader palliatieve zorg NL

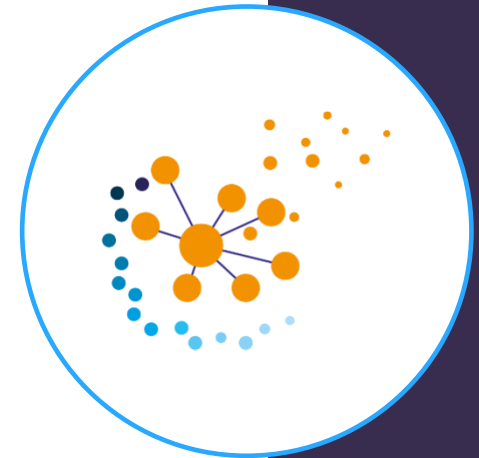
- Landelijke organisaties
- Wetenschappelijke verenigingen
- Koepelorganisaties
- Zorgverzekeraars
- Overheid
- Patientenverenigingen (en naasten)
- [filmpje kwaliteitskader PZ NL](#)

(Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017)



Uitgangspunten van het regionale zorgpad

- Palliatieve zorgproces is een continu proces
- Sluit aan bij kwaliteitskader palliatieve zorg
- Eigen regie van de patient en diens naasten
- Professionele regie
- Zorg zoveel mogelijk thuis (als de patient dit wil)
- Palliatieve zorg kan gelijktijdig met ziekte gerichte behandeling



Uitgangspunten van het regionale zorgpad

Getrapte zorg:

Zo licht als mogelijk, zwaardere zorg wanneer nodig (op- en afschalen)

De juiste professional op het juiste moment:

Generalistisch als uitgangspunt (door generalisten) en specialistisch (door experts) wanneer nodig.



Doel van het zorgpad

Alle patienten in Rivierenland krijgen tijdig de door hen gewenste palliatieve zorg van hoge kwaliteit.

- Betere signalering en markering van de palliatieve fase, met aandacht voor kwaliteit van leven;
- De zorg en ondersteuning samen met de patiënt en naasten vormgeven op basis van de behoefte van de patiënt;
- Meer preventief en proactief werken in plaats van reactief handelen;
- Verbetering van overdracht en samenwerking tussen verschillende disciplines;
- Verbeterde en eenduidige werkafspraken.



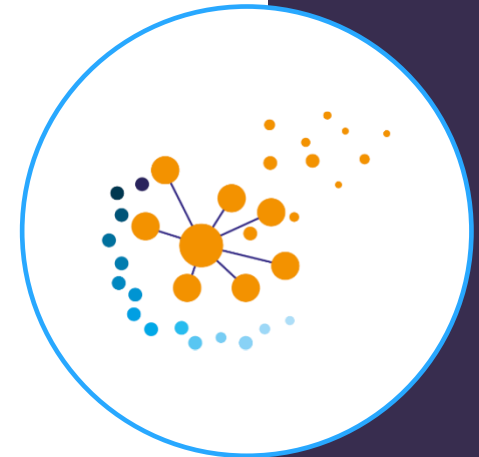
Start van het zorgpad (of actualiseren)

- op verzoek van patiënt, naasten, zorgverleners of vrijwilligers;
- bij progressie van ziekte of kwetsbaarheid;
- **bij negatief antwoord op de surprise question; ‘Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen 12 maanden zou overlijden?’**
- in een vroeg stadium van ziekten met cognitieve stoornissen tot gevolg, zoals dementie;
- bij overgang van ziektegerichte naar symptoomgerichte behandeling;



Start van het zorgpad (of actualiseren)

- bij meerdere / herhaalde ziekenhuisopnames in een relatief korte periode;
- als de voordelen van ziektegerichte of symptoomgerichte behandeling niet meer opwegen tegen de nadelen;
- bij (verwachte) sterke functionele of cognitieve achteruitgang door ziekte of kwetsbaarheid;
- bij ernstig fysiek, psychisch, sociaal en/of spiritueel lijden.



Fasen van het zorgpad

- Signaleren
- Markeren
- Proactieve zorgplanning
- Stervensfase
- Nazorg
- (consultatie en advies)



Hoe gaat het zorgpad eruit zien?

(stroomschema zorgpad)

Per fase staan de volgende punten uitgelicht:

- Uitleg (definitie kwaliteitskader)
- Wie doet wat en wie heeft welke verantwoordelijkheid
- Wat zijn de hulpmiddelen
- Hoe verloopt de informatie uitwisseling in de keten



- [Filmpje markering van Palliaweb/IKNL/PZNL](#)

Signaleren

- Surprise question
- SPICT (indicatorenlijst; algemeen, klinisch en zorgplan)

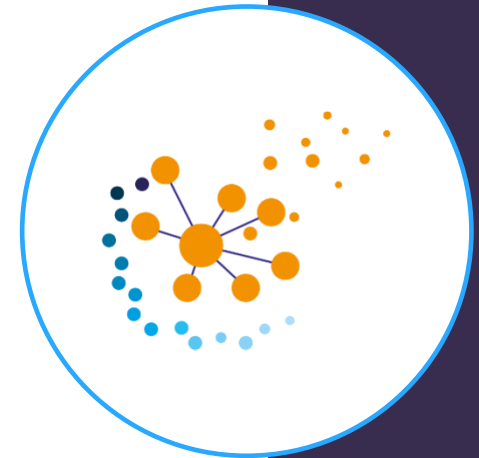
Markeren

- Vastleggen in systeem
- Informeren betrokken zorgverleners



Proactieve zorgplanning

- (Regionale toolkit Proactieve zorgplanning)
- Bespreken van wensen en mogelijkheden
- (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel)
- Formeren zorgteam
- Rol centrale zorgverlener
- Zorgplan opstellen
- In terminale fase (<3 maanden levensverwachting) LSP en HAP overdracht



Vastleggen ACP gesprek

- In het HIS (A0.20)
- (Complexe) memo naar de HAP
- Vervolg over ACP en het vastleggen hiervan zal plaatsvinden op scholing op 19 mei 2022
- Bijvoorbeeld in OZO verbindzorg



OZO Verbindzorg



M.J. Mevrouw Jansen

06-06-1942

Huisarts Test huisarts
0612345678 Coördinator Thuiszorg coördinator
Sociaal team WMO welzijnscoördinator

netwerk

Karin Brinkhof

toegang tot het systeem actief
Gebruikersnaam mevrouwjansen2
e-mail karinbrinkhof@ozoverbindzorg.nl
cliënt kan eigen netwerk beheren ja
gebruikersvoorwaarden akkoord ja, 07 jul 2021 09:41

nodig opnieuw uit

ontvang e-mail berichten ja
behandelwensen of ACP-formulier ja
bijzonderheden netwerk nee
biografie aanwezig nee
medische achtergrond nee

modules Algemeen
Diabetes beleid
Proactief zorgplan
Wondplan
Persoonlijk plan
Thuismetingen
Uitvoeringsverzoek

afwezigheden

professionele relaties

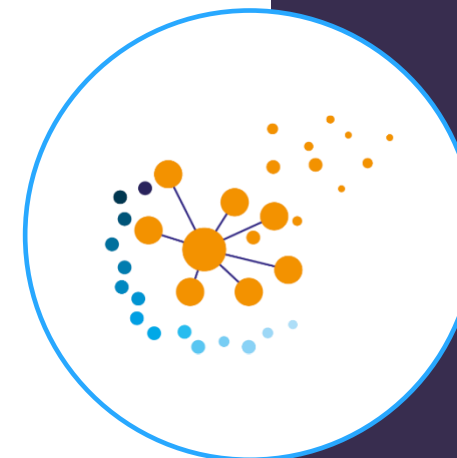
huisartspraktijk (T) Huisartsenpraktijk
huisarts Huisarts Test
praktijk ondersteuner huisarts - somatiek Karin Brinkhof

apotheek (T) Apotheek
apotheker Apotheek Medewerker
apotheker Han Ap werkdagen maandag en woensdag

thuiszorg (T) Thuiszorg
coördinator Coördinator Thuiszorg
coördinator Dorien ter Broeke
coördinator Team A
(thuis)zorgmedewerker Laura Vig

dagopvang

paramedische praktijk (T) Fysiotherapie praktijk
paramedicus Katrien Ergo



Stervensfase

- Laatste dagen (tot 7 dagen)
- Frequent contact met de patient en naasten
- Korte lijnen met thuiszorg
- Mondelinge communicatie



Nazorg

- Contact met nabestaanden
- Evaluatie gesprek met zorgverleners
- Oog voor complexe rouw



Consultatie en advies

- Consultatie dienst palliatieve zorg 24 uur per dag
7 dagen per week (088-6051444)
- Palliatief Advies Team (PAT) van ZRT
(kantoortijden en opgenomen patienten)



Verhaal van een nabestaande

SEPTET kennismarkt

4.40 – 10.20

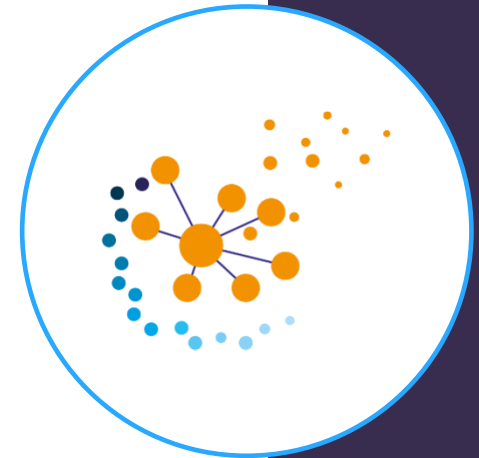


Mentimeter

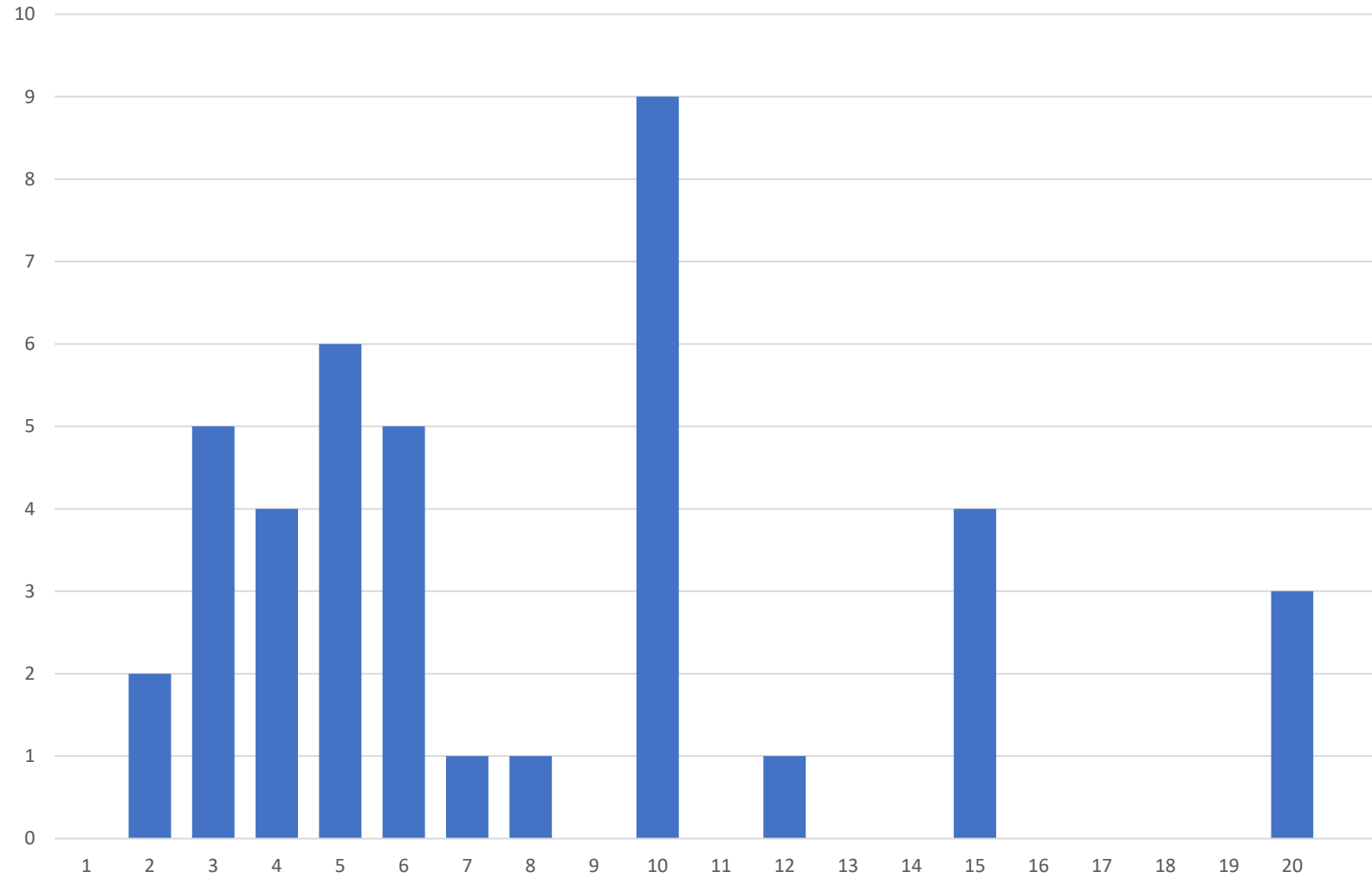


Uitkomst enquête (korte versie)

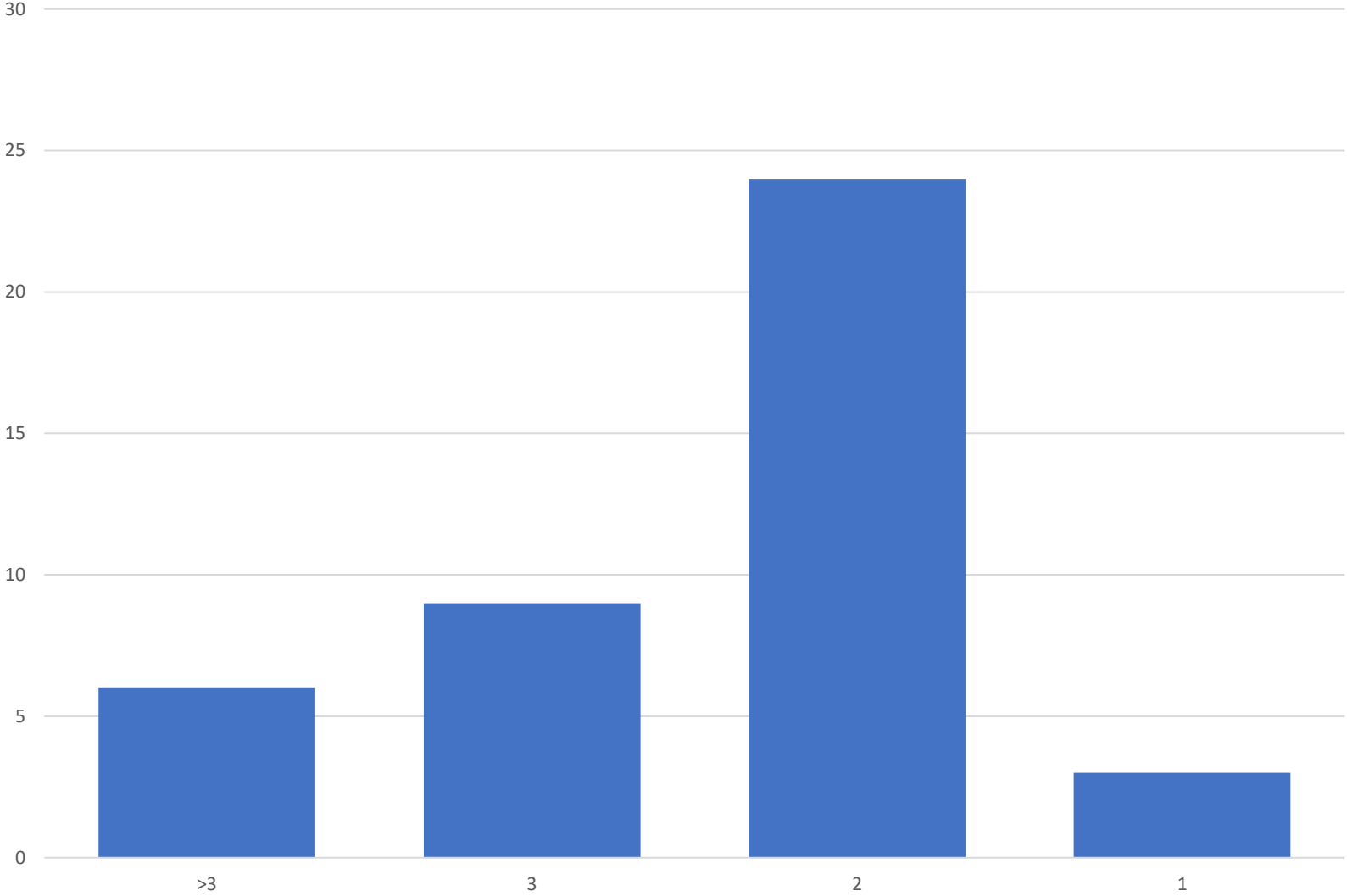
- 41 vragen (incl toelichtingen) over palliatieve zorg
- 99 huisartsen waarvan 42 reacties
- Uitgebreide toelichtingen gegeven, waarvoor dank



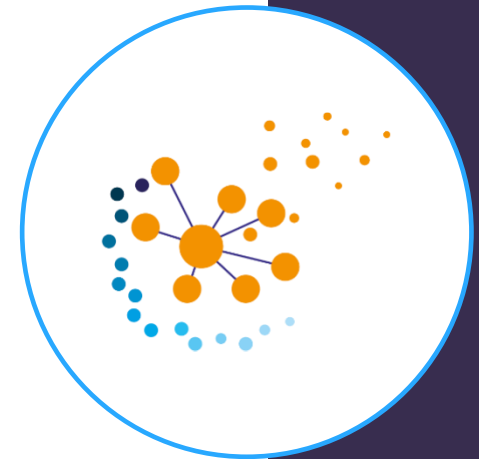
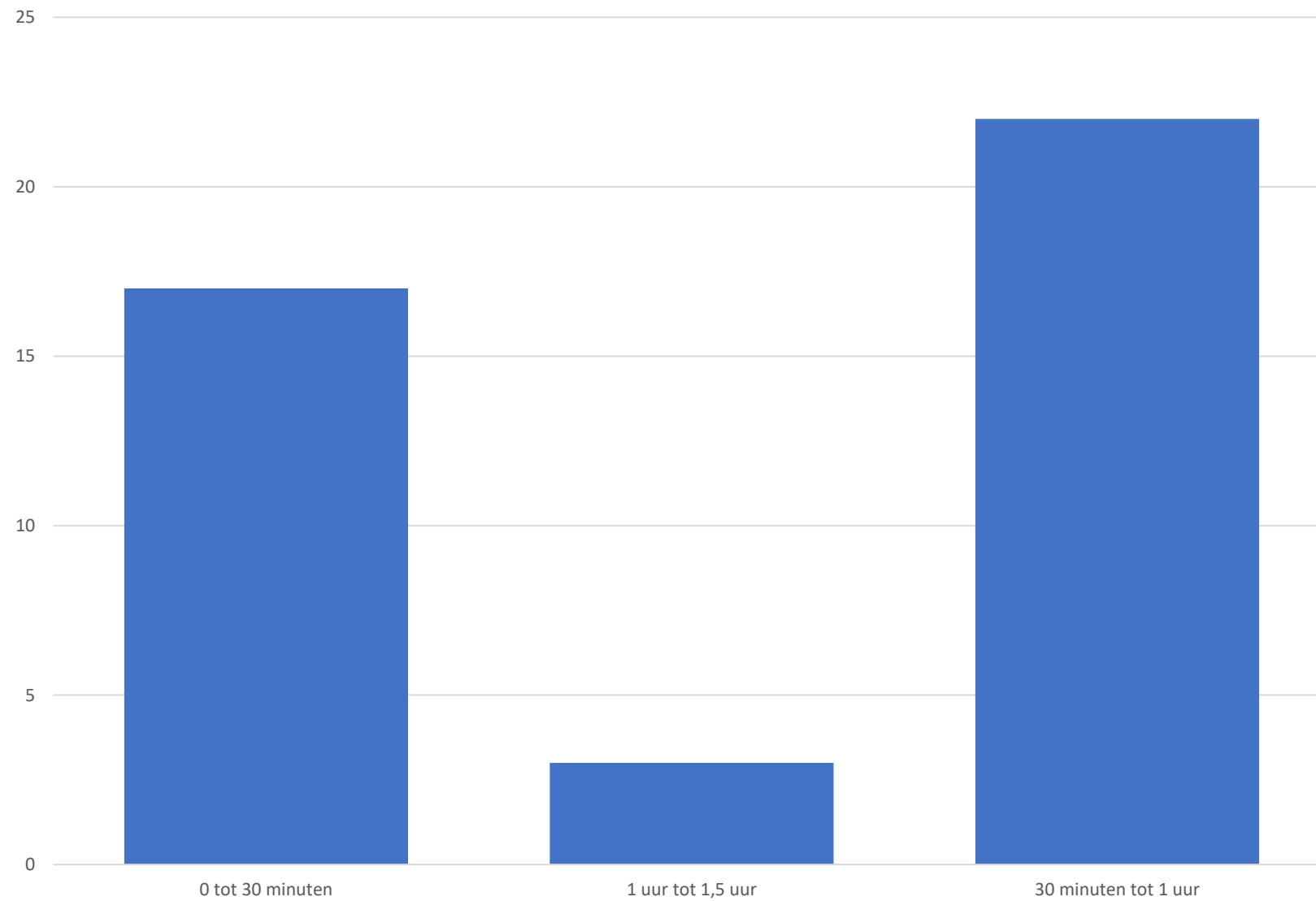
Hoeveel patiënten met Surprise question antwoord "nee"



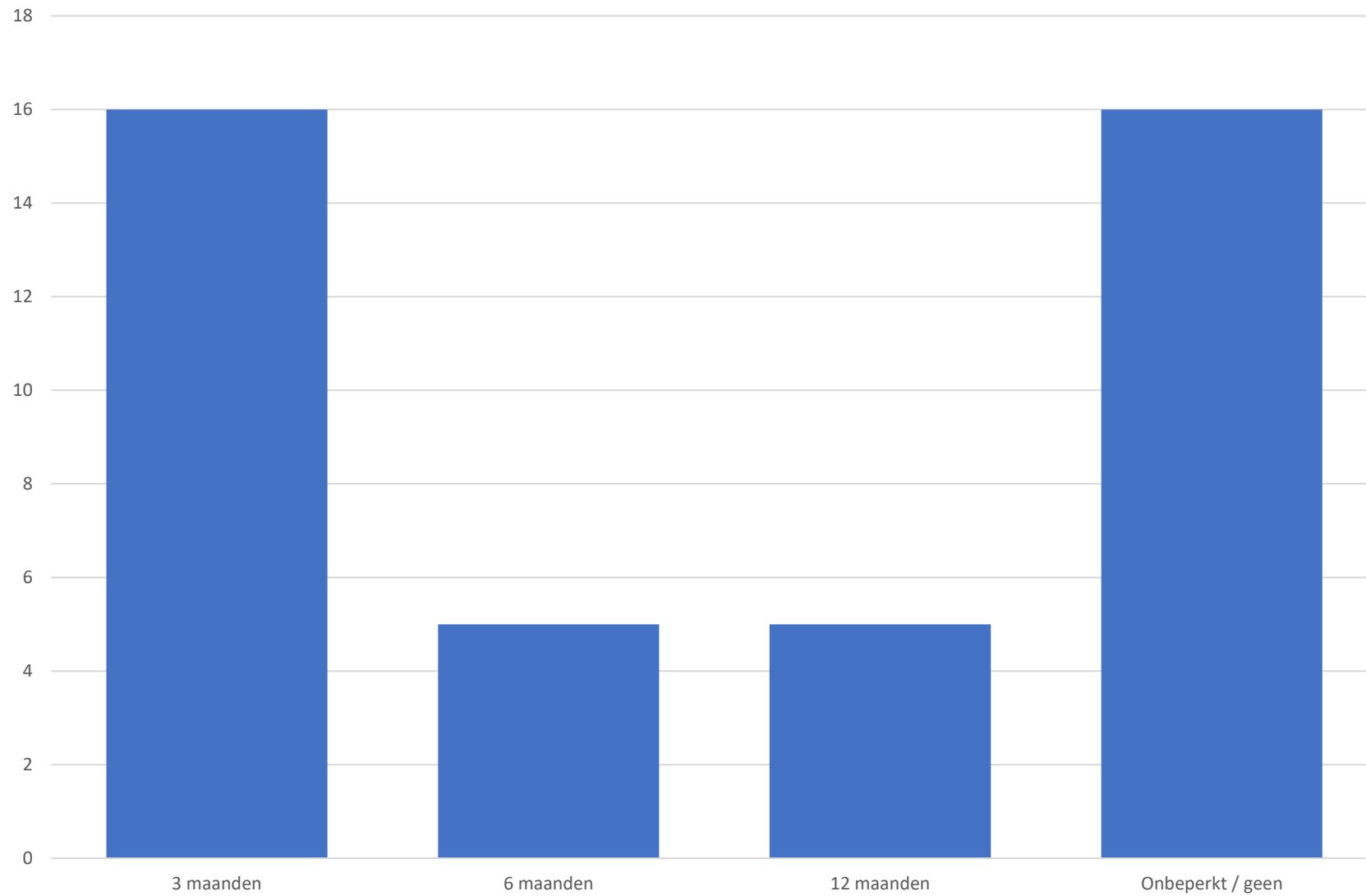
ACP in hoeveel gesprekken



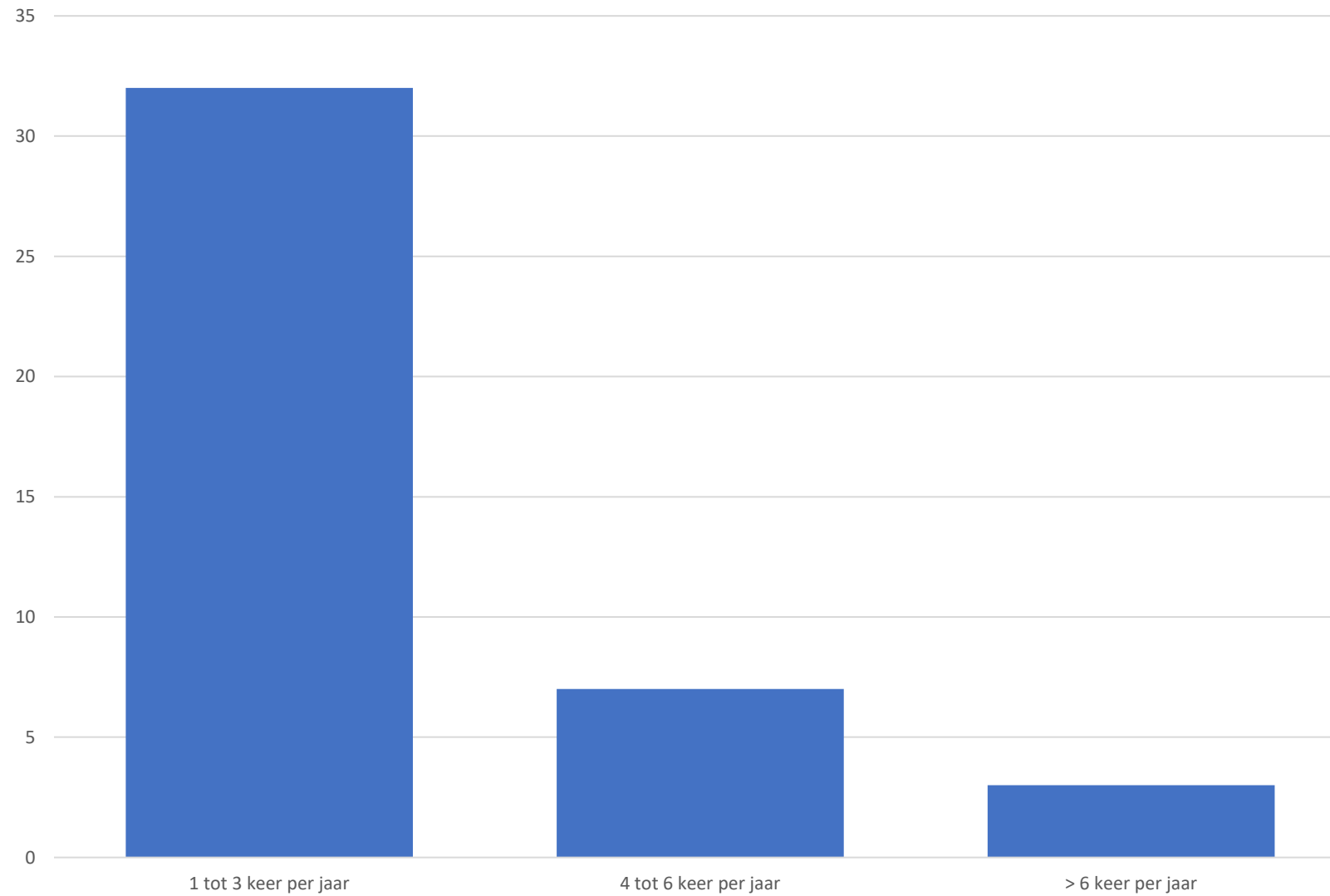
Hoeveel tijd kost dit per gesprek (excl registratie)



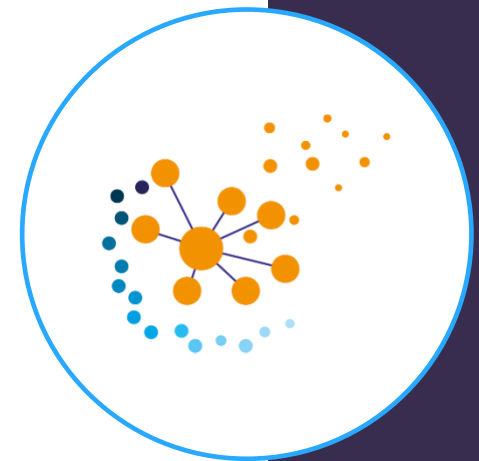
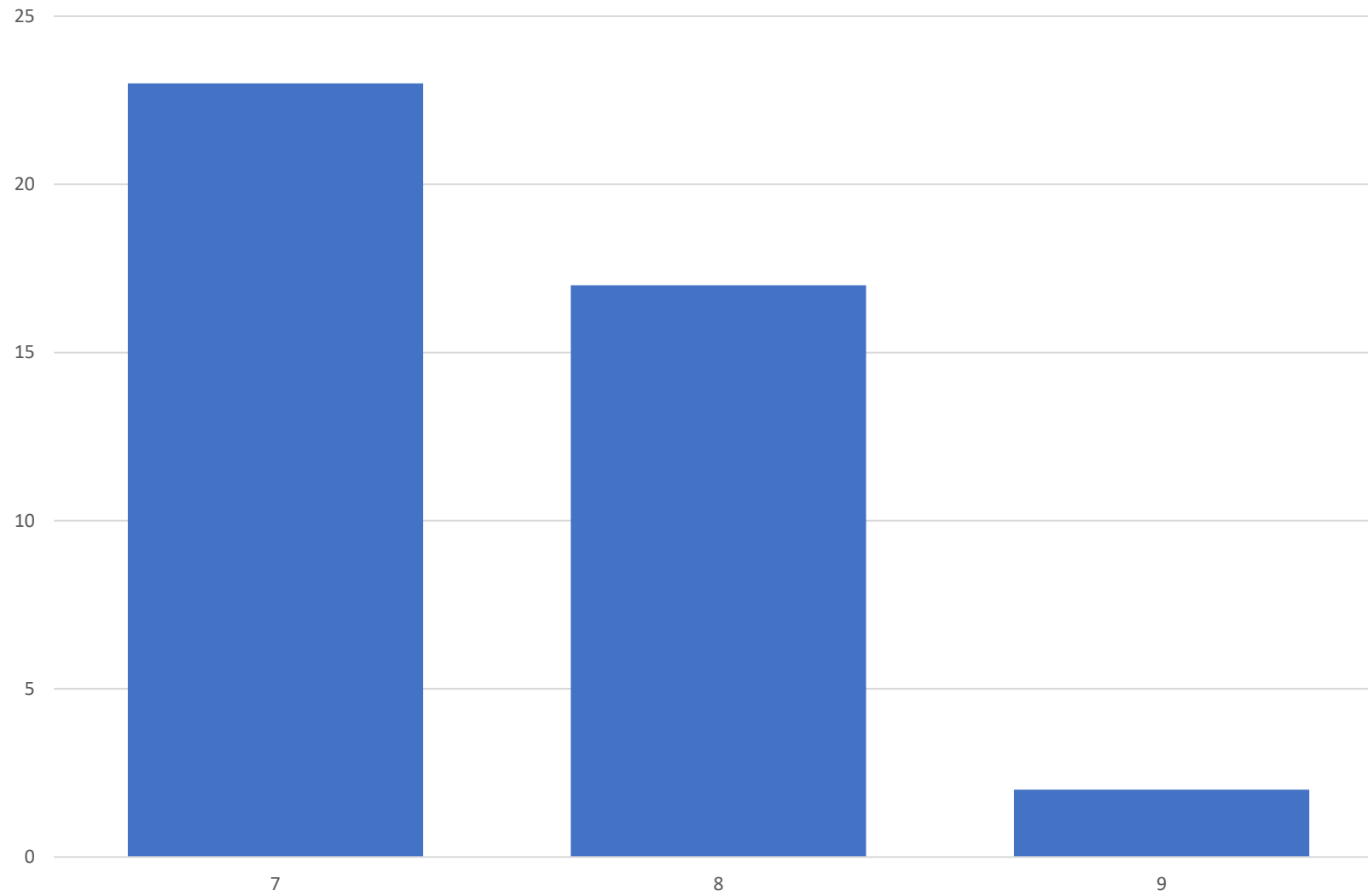
Wat voor verloop datum staat er in de memo naar de HAP



Overdracht van HA naar HAP had beter gekund



Cijfer "palliatieve zorg" voor jezelf



Einde



Vragen?

Voor de volgende zaken mag je me altijd benaderen, graag zelfs!

1. Vragen achteraf
2. Als je tegen inhoudelijke of organisatorische zaken aanloopt qua palliatieve zorg
3. Ideeën voor thema's voor scholing over palliatieve zorg
4. Als jij of je collega's interesse hebben in het oprichten van een PaTz groep

StevenvanOs@hapsteenweg.nl



Dank voor jullie aandacht!





Casus

Vrouw, 55 jaar, woont met man samen en heeft twee kinderen, die niet meer thuis wonen en zelf ook al kinderen hebben.

Blijft na val van keldertrapje klachten houden van hoofdpijn en duizeligheid. Lichamelijk onderzoek geen afwijkingen. Na 6 weken verwijzing neuroloog ivm aanhoudende klachten zonder verklaring. De neuroloog belt je en vertelt je dat ze geen afwijkingen vond bij lichamelijk onderzoek maar dat er op de scan een hersentumor te zien was. Je belt haar en leg een visite af.

Ze is erg emotioneel en zegt meteen dat ze een spuitje wil als het niet meer gaat. Ze wil niet doodgaan zoals haar moeder. Haar man vertelt nog dat er nog onderzoeken volgen en dat er daarna een plan voor een eventuele behandeling gemaakt gaat worden.

1: Welk antwoord past het beste bij deze situatie volgens jou?



De onderzoeken zijn gedaan en ze blijkt een glioblastoom graag 4 te hebben, levensverwachting 9-12 maanden. Ze hebben haar in onderzoek setting een biopt aangedaan en direct thermoradiatie gedaan. Hierna zal nog een chemo traject volgen.

Je belt haar om te horen hoe het is en legt een visite af.

Ze wil haar levensverwachting NIET weten! Ze is heel optimistisch. Dit is een nieuwe techniek en kan wel meteen tot 80% van de tumor verwijderen, dan hoeft de rest van de 20% nog maar met chemo, aldus mevrouw zelf. Ze heeft altijd goed geleefd en voor iedereen gezorgd, ze heeft vast geluk. Ze heeft veel last van de duizeligheid en hoofdpijn. Ze merkt dat ze ook minder goed ziet en dat haar korte termijn geheugen soms wat steken laat vallen.

2: Welk antwoord past het beste bij deze situatie volgens jou?



Ze zit in het chemo traject en je belt haar elke 1-2 weken om bij te praten en te horen hoe het is. Ze is vooral moe en merkt verder dat haar andere klachten allemaal hetzelfde blijven.

3: Bel je met het ziekenhuis?



Plots wordt ze onwel, ze reageert niet adequaat en lijkt afwezig. Bij de spoedvisite lijkt ze een epileptisch insult te hebben en ze wordt ingestuurd. Haar man is helemaal overstuur.

Ze komt weer thuis en belt emotioneel op. Ze weet er niks meer van en haar man is angstig dat ze dit weer krijgt. Je gaat op visite.

In het ziekenhuis is er van alles uitgelegd en besproken maar mevrouw weet hier sowieso niks meer van en voor haar man was het allemaal veel te veel informatie tegelijk. Kan ik het misschien nog even een keer uitleggen?

4: Wat doe je?



Haar klachten nemen toe, visus wordt minder en het lopen gaat moeilijker. Ook het korte termijn geheugen gaat achteruit. Haar man durft haar niet meer alleen te laten want ze laat het vuur aan staan en hij is ook nog steeds bang dat ze weer een insult krijgt als hij er niet is. Volgende week heeft ze de controle scan om te zien wat alle behandelingen hebben gedaan en wat het vervolg wordt.

5: kan dit nog zo thuis?



Een week later word je gebeld door de specialist. De tumor is veel groter geworden er zijn geen opties meer voor haar of wij de zorg kunnen overnemen. Er zal snel een brief volgen met de mogelijke complicaties. Levensverwachting 3 maanden. Je hangt op met de specialist en partner belt naar de praktijk of de dokter kan komen, slecht nieuws gehad. Je gaat op visite.

Beide erg emotioneel. Ze hebben ook naar de levensverwachting gevraagd! Hoe kan dat nou? Waarom ik? Hoe nu verder? Heel veel verschillende soorten vragen. De man zit er ook helemaal doorheen, slaapt amper meer, continu alert of het wel goed gaat met haar en wat ze aan het doen is. Door haar korte termijn geheugen en haar frustratie dat ze dingen niet meer kan, botsen ze vaak.

6: wat doe je?



Ze zijn bij een hospice gaan kijken. Dit was erg confronterend en emotioneel voor mevrouw, dit wil ze echt niet.

Ze belt naar de praktijk met het verzoek tot een visite want ze wil toch verder praten over euthanasie. Tijdens video bellen met haar zoon vraagt ze of hij ook koffie wil. Je gaat op visite.

Ze kijkt naar haar man en zegt “zeg het maar tegen de dokter wat ik wil”. Hij zegt tegen haar dat ze het zelf moet aangeven. Ze zegt dat ze niet wil lijden en vraagt of ik koffie wil. Ik probeer uit te pluizen wat voor haar lijden is. Bij elke vraag van mij kijkt ze naar haar man. “Zet even koffie voor de dokter”. Het blijkt dat ze niet bedlegerig wil worden en dat als ze zo slecht ziet dat ze geen gezichten meer herkent dat ze dan niet meer wil leven. “Dokter wil je koffie of iets anders?”

7: wat doe je nu?

