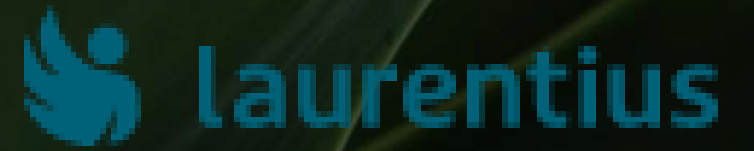

De avonden:

**palliatieve zorg
is altijd
teamwork.**



Marlene van de Poel

3 juni 25

inhoud

- Palliatieve zorg
- Palliatief team in het ziekenhuis
- Casus
- Wat kan er nog beter
- Markeren volgens Danielle

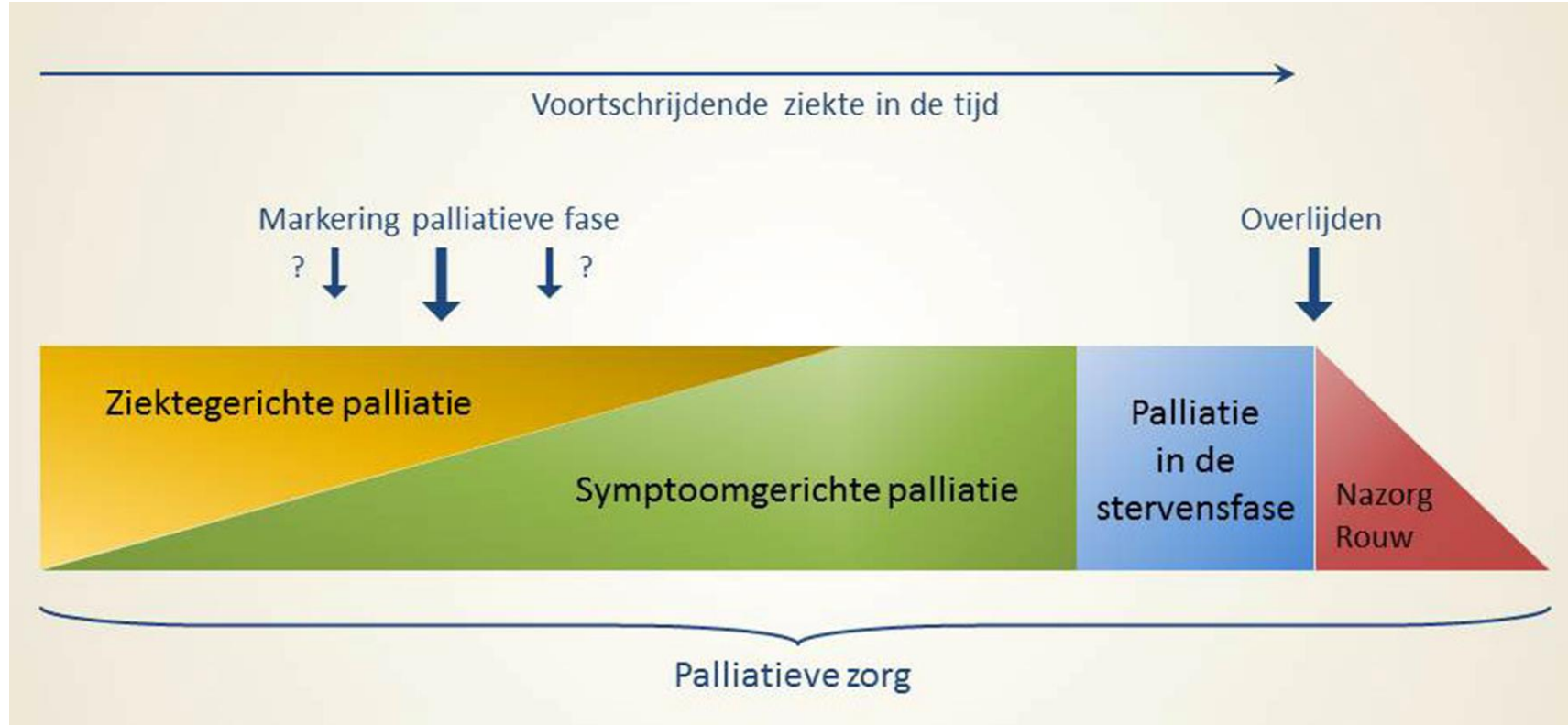


Palliatieve zorg

- Explosieve toename van aandacht voor palliatieve zorg in afgelopen 15 jaar
- Scholing, ontwikkeling richtlijnen
- Soncos norm dat elk ziekenhuis een palliatief team moet hebben

Wat is palliatieve zorg

- Palliatieve zorg richt zich op de kwaliteit van leven van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid.
- 4 domeinen:
 - - fysiek
 - - geestelijk
 - - sociaal
 - - spiritueel
- Palliatieve zorg kan gelijktijdig met ziektegerichte behandeling verleend worden.



Ziekenhuis team

- Sinds 2015
- Palliatief adviesteam (PAT) in consult te vragen
- Voorwacht : verpleegkundige of verpleegkundig specialist
- Achterwacht : geriater of oncoloog
- 1 x per week een MDO met geriater, oncoloog, longarts, geestelijk verzorger, consulent van hospice de Ark, (huisarts), pijnverpleegkundige, betrokken arts/ verpleegkundige casus



Resultaat MDO

- Advies op papier
- Evt sanering van medicatie
- Brief naar huisarts



Voorbeeld casus

- Heer K , geboren in 1942
- Opgenomen op de urologie met hematurie na een catheterwissel
- Consult “ a.u.b. meekijken, patient wil geen behandeling meer, dhr heeft een doodswens en zou bezig zijn met euthanasie”
- Voorwacht: uitgebreide anamnese op 4 dimensies (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel)

Vervolg casus

- Somatisch: lijkt ernstig COPD, maar nooit echt behandeld/onderzocht
- Psychisch: lijkt geheugenproblemen met traagheid in denken, passiviteit en moeite met overzicht
- Sociaal; woont alleen op een boerderij, mantelzorgers zijn vrouw die niet meer bij hem woont en een kennis. Hij heeft 5 papgaaien die zeer belangrijk voor hem zijn.

- Hij geeft aan dat het niet goed gaat. Hij wil geen evt operatie meer
- Hij wil het liefst naar huis, maar ziet in dat hij hulp nodig heeft.
- Wel ooit over euthanasie gesproken met huisarts, maar dit is nu geen actuele wens.

-
- Vervolg contact na het weekend, met toestemming echtgenote gebeld.
 - Zij geeft aan dat functioneren al langer zeer beperkt is en dat mantelzorgers overbelast zijn
 - Huisarts gebeld: zij staat i.p wel achter het euthanasie traject o.b.v ernstig COPD en al jaren zeer matig functioneren. Bezoekt patient in het ziekenhuis, waar hij toch ambivalent is in zijn wens , lijkt het niet goed te kunnen overzien
 - MDO: naar hospice, geen zekere levensverwachting < 3 maanden

Huisarts nazorg

- Bezocht patient in hospice, geen vraag meer voor euthanasie
- Tevreden met hoe het gaat, met verrekijker naar vogels kijken
- Huilt als hij over zijn papegaaien praat.



Nabespreking casus

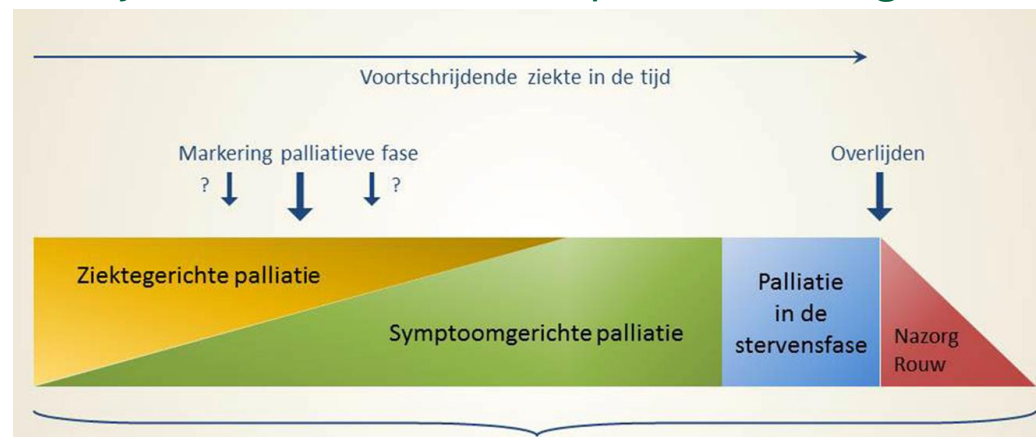
- Complex
- Familie/mantelzorgers betrekken
- Huisarts betrekken
- Meerdere keren bezoeken
- Multidisciplinair in MDO advies te vormen

Palliatief advies team 2023: 188 consulten

- Cardiologie: 36 consulten
- Interne geneeskunde: 26 consulten
- Oncologie: 14 consulten
- Neurologie: 23 consulten
- Longgeneeskunde: 36 consulten (was 22, duidelijkste stijging)
- Chirurgie: 20 consulten
- MDL: 14 consulten
- Orthopedie: 14 consulten
- Urologie: 2 consulten
- IC 1 consult
- Gynaecologie: 1 consulten
- SEH: 1 consult
- Telefonische consultaties vanuit huisarts: 7

Wat kan er verbeterd worden?

- Vaak consult bij patiënt in stervensfase
- Wens tot eerdere consulten:
- Het bereik van de teams PZ is nog laag in Nederland: minder dan 1% van de patiënten ontvangt specialistische palliatieve zorg in de ziekenhuizen, terwijl internationaal onderzoek laat zien dat **10-40%** van alle patiënten die in het ziekenhuis verblijft, behoefte heeft aan palliatieve zorg.
- (IKNL)



Wat kan er verbeterd worden?

- Betere financiering van palliatieve consulten
- Kost veel tijd en mankracht
- “lichte DBC” / weinig geldelijke opbrengst
- Daardoor zijn veel specialismen niet bereid mankracht te leveren voor het team en zijn we vaak onderbezet
- -> professionaliseringslag

Wat kan er verbeterd worden?

- Betere communicatie / overdracht tussen de 1^e en de 2^e lijn
- Handreiking voor implementatie van advance care planning, 2021

Hulpmiddel 1. Behandelwensenformulier

Behandelwensenformulier (In te vullen door zorgverlener)

Datum: Naam: Geboortedatum: Gevolmachtigde / contactpersoon (naam en telefoonnummer):
Wat maakt u gelukkig? Wat vindt u belangrijk in het leven?
Welke aspecten van zorg zijn belangrijk voor u? Welke rol heeft ziekte/gezondheid in uw leven?
Wanneer vindt u het leven niet meer waard om voor te strijden (bv; als ik niet meer goed kan communiceren; als ik niet meer kan eten en smaak beleven)?
Is er iets wat u beangstigt of waarvan u bang bent dat het gebeurt aangaande uw gezondheid?
Wat vindt u belangrijk met betrekking tot uw naasten? (bv; hoe staan zij tegenover uw behandelwensen, bijzonderheden in uw gezinssituatie?)
Als u meer zorg nodig heeft, waar wilt u dan het liefst verblijven? Wat is voor u belangrijk wat betreft uw woonsituatie?

Wat kan er verbeterd worden?

- Poliklinische consulten PAT
- Op poli's oncologie, cardiologie en longziekten starten met pro actieve zorgplanningsgesprekken
- Alle zorgverleners leren om zelf palliatieve patienten te herkennen

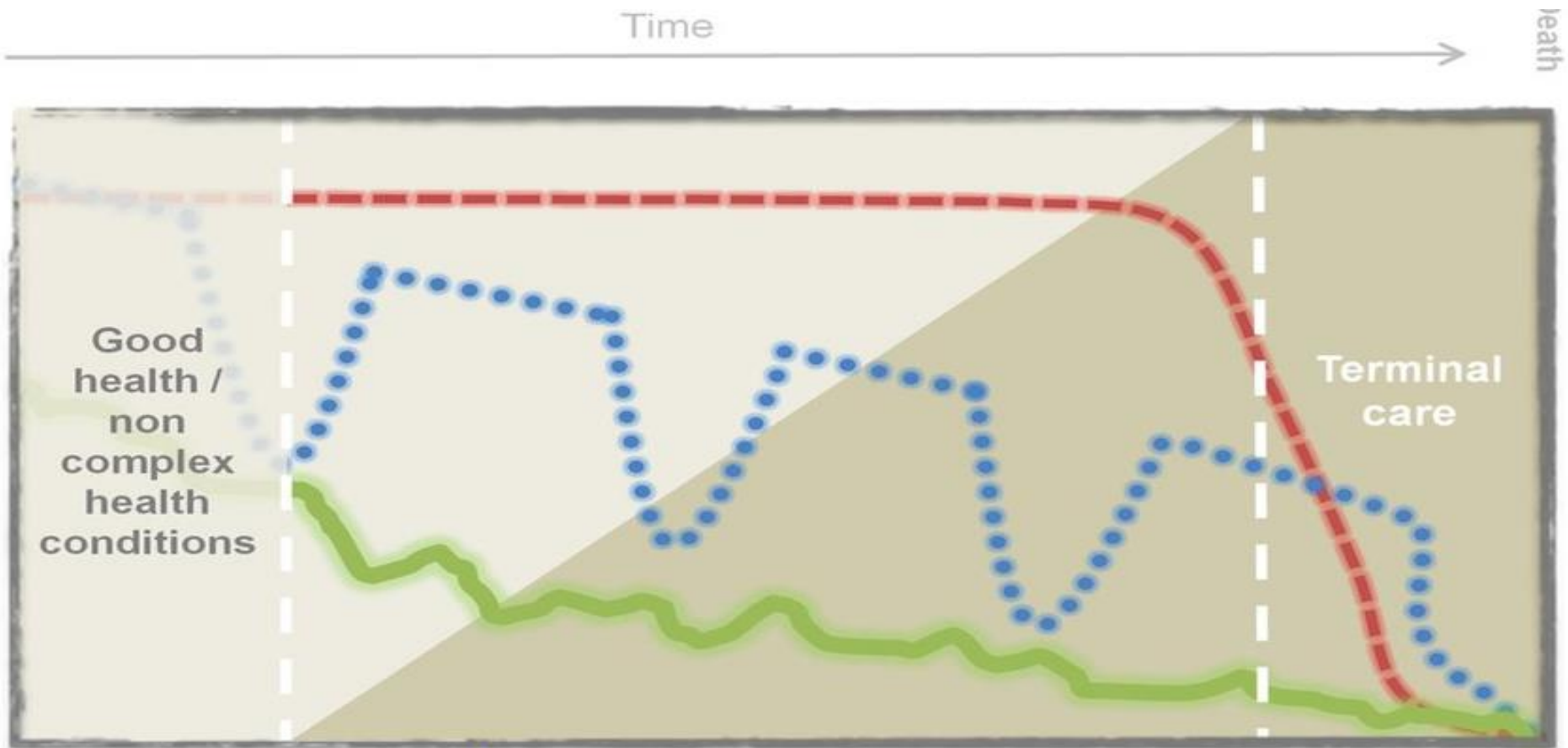
Alle zorgverleners leren om zelf palliatieve patienten te herkennen

- **Surprise question:** zou het mij verbazen als deze patiënt de komende 12 maanden komt te overlijden?
- **Dubbele surprise question:** zou ik verbaasd zijn als deze pt over een jaar nog leeft?
- **Markeren**
- Iedereen kan dit doen!
- In kaart brengen van 4 domeinen met name door verpleegkundigen
- Pro actieve zorgplanning
- Bij problemen: consult palliatief team



‘Markeren kun je leren’

DANIELLE LAUMEN, HUISARTS DE NOTENBOOM ROERMOND
KADERHUISARTS PALLIATIEVE ZORG



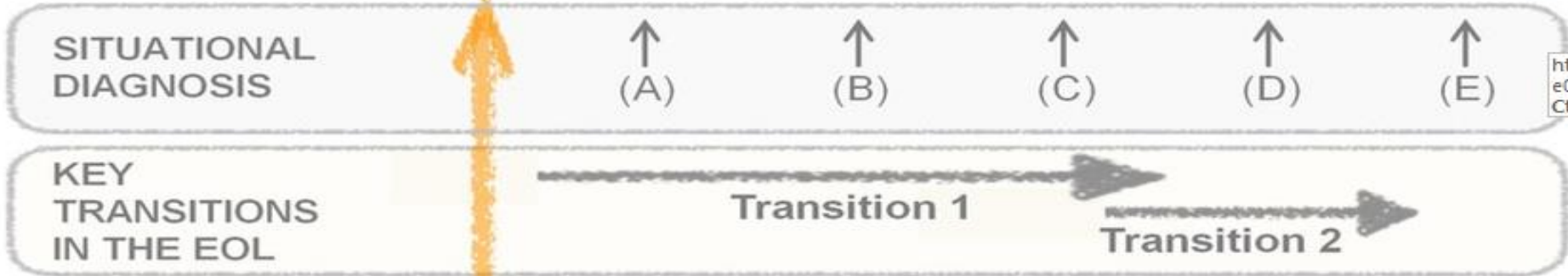
END-OF-LIFE TRAJECTORIES associated with advanced chronic illnesses

- - - Cancer Trajectory
- Organ Failure Trajectory
- Dementia Trajectory

<http://bmjopen.bmj.com/content/6/9/e012340>
 Ctrl+klikken om koppeling te volgen

PROGRESSIVE CARE MODEL

- treatment / long term care
- Palliative care approach



Early End-of-life Identification

'markeren NIET forceren' (patiënten)

- a. Willen niet altijd spreken over prognose
- b. Hebben weinig ziekte inzicht
- c. Spreken over reanimatie is bedreigend
- d. Gebrek aan medische kennis
- e. Verwachten dat arts gesprek initieert
- f. 'Positief blijven'
- g. Niet reanimeren = niet behandelen



'markeren WEL forceren' (artsen)

64 % 'er is te weinig tijd om alles te bespreken'

30 % oncoloog overschat de prognose

21% 'de patiënt is er niet klaar voor om dit gesprek aan te gaan'

23% 'ik ben bang dat ik hoop wegneem'

Denken dat palliatieve zorg stervenszorg is

E. Knaaft et al CHEST 2005; 127:2188–219

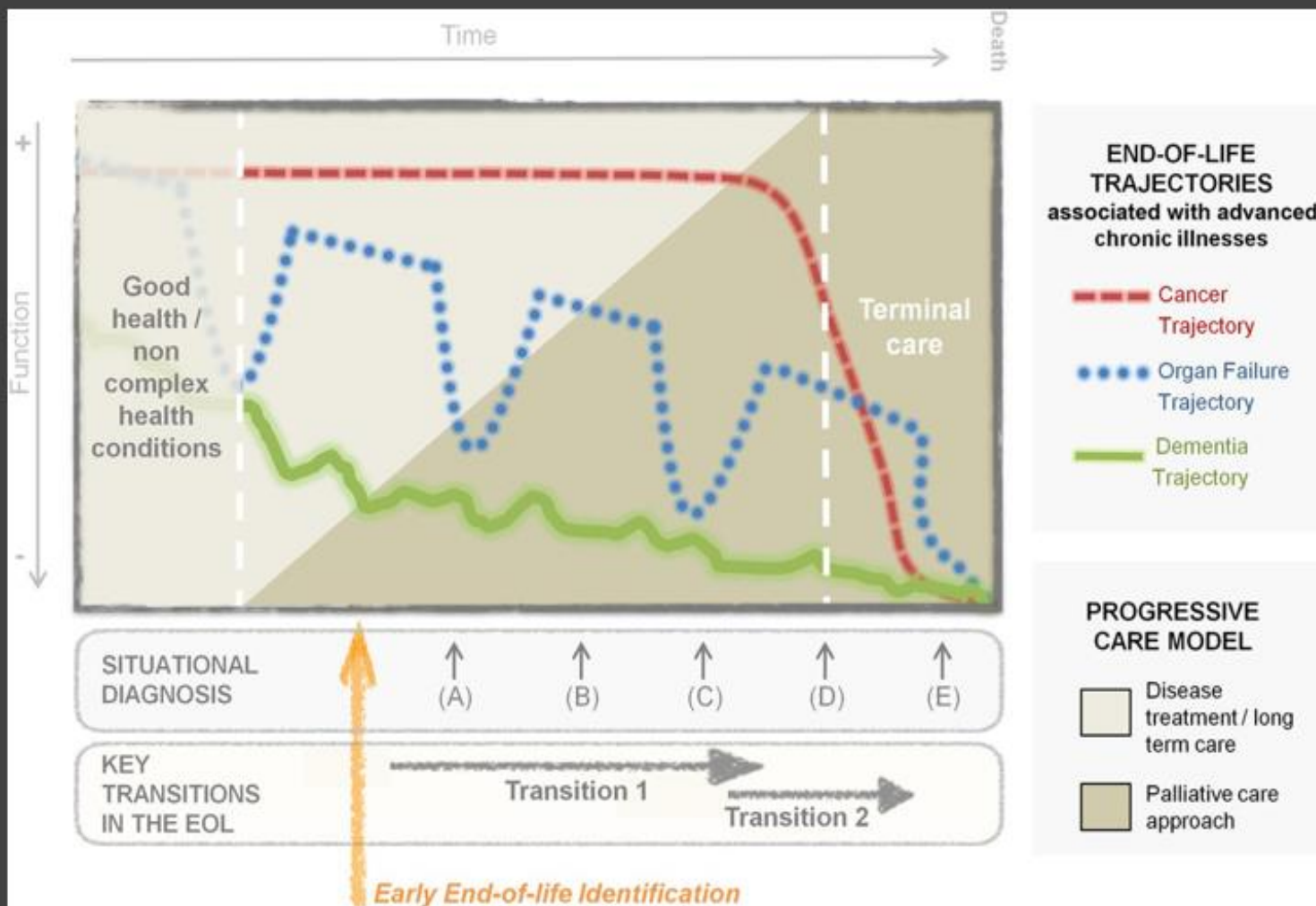
'op markeren kun je attenderen'



... door te communiceren

- Op de juiste tijd
- Met de juiste persoon/personen
- In de juiste context

'markeren moet je OOK nog noteren'



- Specialist brief/ telefoon huisarts
- HIS
- Bericht huisartsenpost/ SEH
- Terminaliteitsverklaring Zorgverzekeraar
- Dossier thuiszorg
- Hospice
- Verzorgingshuis-dossier

Transmuraal palliatief team?

- Businesscase is vastgelopen op financiering.
- Venlo heeft wel een transmuraal team
- Mijns inziens transmuraal toch met name zoeken in frequenter overleg tussen 1^e en 2^e lijn onder andere
- in MDO

Vragen?

