

Welkom

- Online Webinar Vakgroep Technische Thuiszorg
Verpleegkundigen
- Tijd: 20:00-21:30 uur
- Sprekers: Monique van Schuppen en Anja
Guldemonnd vanuit bestuur V&VN Palliatieve Zorg

V&VN Palliatieve Zorg (2007, 2004)

- 1266 leden
- Verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten
- Generalist palliatieve zorg
- Specialist palliatieve zorg
- Expert palliatieve zorg



Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg





Planning voor vanavond

- 1. Advanced Care Planning, een noodzaak in de palliatieve zorg?
- 2. Wat zijn de wederzijdse verwachtingen van een Palliatief adviesteam en technische thuiszorgverpleegkundigen?
- 3. Doorgaan met TPV en/of sondevoeding in de terminale fase, welke afspraken kunnen worden gemaakt met behandelaars?
Casuïstiekbespreking.

Advanced care planning & palliatieve zorg

Waar wil ik het over hebben

- Wat is advance care planning en voor wie
- Wat is palliatieve zorg, wanneer begint palliatieve zorg, markering
- Wie van jullie wordt betrokken bij advance care planning, taak vpk/arts?
- Wanneer begin je erover
- Hoe doe je het

Advanced care planning/proactieve zorgplanning



Advanced care planning/proactieve zorgplanning



Proactieve zorgplanning (theorie)

- Continu en dynamisch proces van **gesprekken over levensdoelen en keuzes** en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past (STEM)
- De zorgverlener kan hier al vroeg in het ziekte-traject mee starten, in het kader van bewustwording van de eigen **eindigheid** bij de patiënt
- Leidraad is de **gezamenlijke besluitvorming** en is veel meer dan een doordachte wilsverklaring en het benoemen van een wettelijk vertegenwoordiger
- Uitkomsten worden in het **individueel zorgplan** vastgelegd
- Proactieve zorgplanning wordt **herhaald** wanneer de situatie van de patiënt daar aanleiding toe geeft

Proactieve zorgplanning is belangrijk want:

- Tijd voor het gesprek bevordert **afspraken over zorg** in de laatste levensfase (Karlavish, 1999; Hurley, 1995)
- Zorg benoemen als palliatieve zorg resulteert in **betere patiëntenzorg** (Hughes, 2007; van der Steen, 2012)
- Tijdige inzet van palliatieve zorg leidt tot **betere kwaliteit van leven** (Haun, 2017; Temel 2010)
- **Naasten tevredener** met levenseindezorg als gezamenlijk behandeldoel comfort is (van Soest-Poortvliet, 2012)

Proactieve zorgplanning (praktijk)

- Kwetsbaarheid van de patiënt, maak je je zorgen
- Wat zie je? Wat hoor je? De vraag achter de vraag
- Surprise question: zou het mij verbazen als deze patiënt over een jaar is overleden
- Kanker, hartfalen, COPD, nierfalen, neurologisch, dementie, ggz, vgz, comorbiditeit etc, etc












Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg

VOORTSCHRIJDENDE ZIEKTE IN DE TIJD



CLINICAL FRAILITY SCALE

	1	VERY FIT	People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	2	FIT	People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally , e.g., seasonally.
	3	MANAGING WELL	People whose medical problems are well controlled , even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.
	4	LIVING WITH VERY MILD FRAILITY	Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities . A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.
	5	LIVING WITH MILD FRAILITY	People who often have more evident slowing , and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.

	6	LIVING WITH MODERATE FRAILITY	People who need help with all outside activities and with keeping house . Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
	7	LIVING WITH SEVERE FRAILITY	Completely dependent for personal care , from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).
	8	LIVING WITH VERY SEVERE FRAILITY	Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	9	TERMINALLY ILL	Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months , who are not otherwise living with severe frailty . (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)

SCORING FRAILITY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

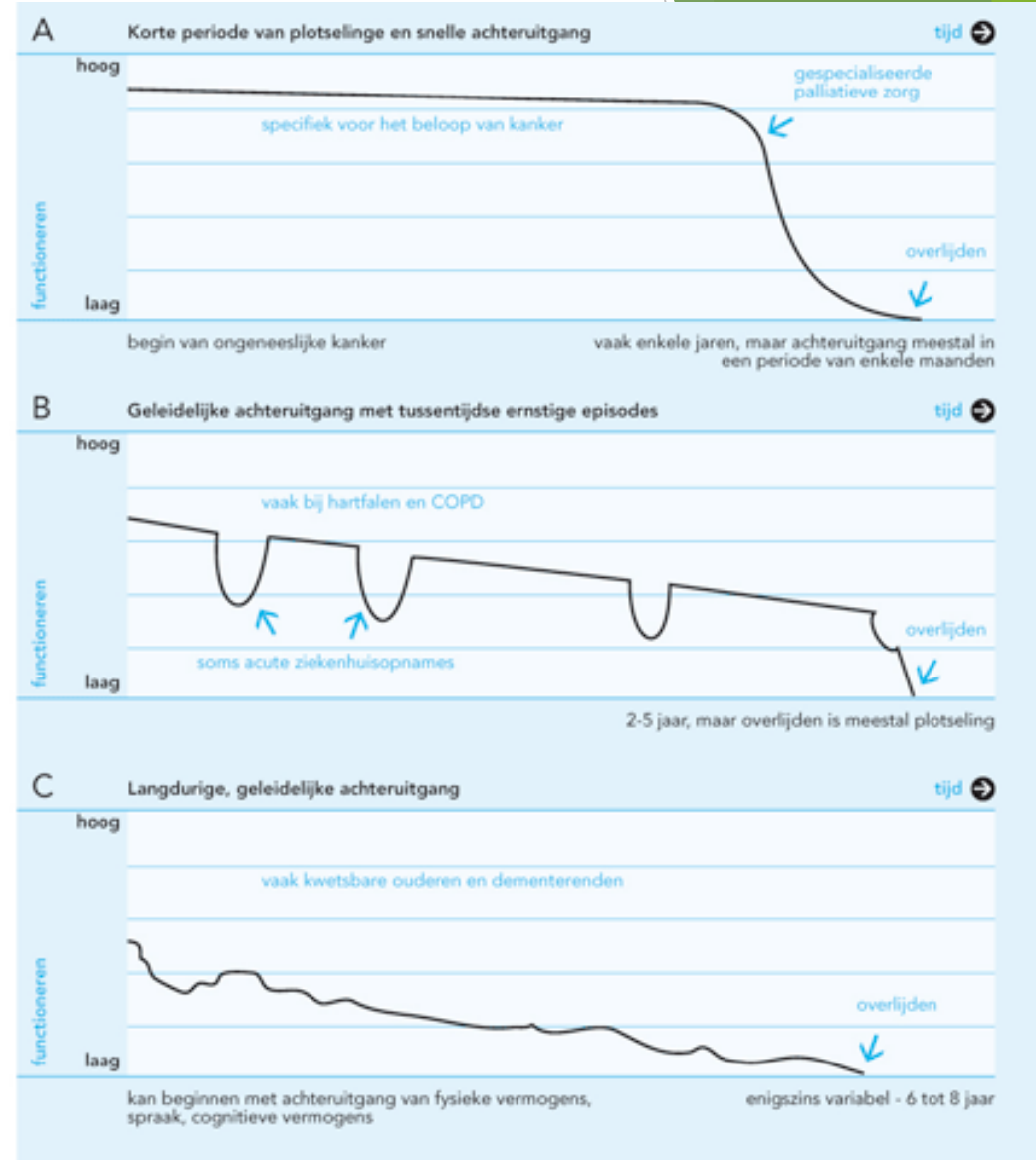
In **very severe dementia** they are often bedfast. Many are virtually mute.



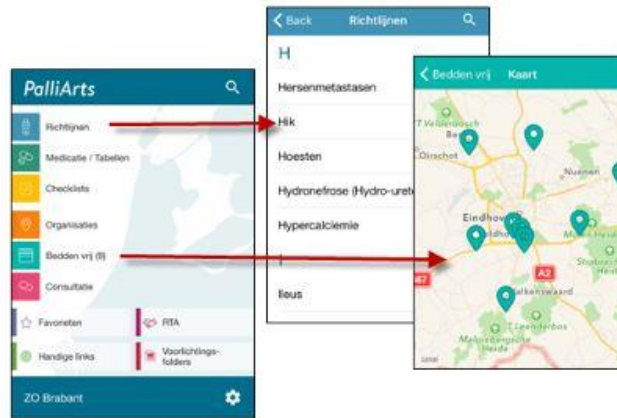
Clinical Frailty Scale ©2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.

TABEL 2. Vergelijking van de 'performance scales', World Health Organization(WHO)-, Zubrod- of Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG)-schaal en Karnofsky-schaal

puntenwaardering		algemene toestand
WHO-schaal	Karnofsky-schaal (%)	
0	90-100	zonder beperking in staat alle normale activiteiten uit te voeren
1	70-80	beperkt in zware lichamelijke activiteit, maar ambulante en tot lichte arbeid in staat
2	50-60	in staat voor zichzelf te zorgen, maar niet in staat tot enig werk, meer dan 50% van de dag op de been
3	30-40	slechts tot beperkte zelfverzorging in staat, meer dan 50% van de dag in bed of op stoel
4	10-20	volledig hulpbehoevend, gehele dag in bed of op stoel

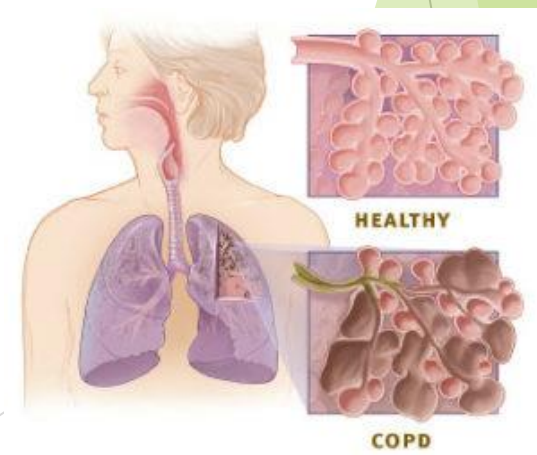


VB: Hartfalen, COPD



- Richtlijn palliatieve zorg bij hartfalen
- Richtlijn palliatieve zorg bij COPD
- Pijn bij gevorderde stadia COPD of hartfalen
- Palliatief zorgpad voor patiënt met hartfalen*

* Netwerkpalliatievezorg.nl



Palliaweb.nl

MS web Z M Praten over de laatste levensfase Palliaweb

https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_or...

Kennisplatform palliatieve zorg

Voer hier de informatie die je zoekt in

Zoek

Of kijk direct bij

Nieuws	Agenda	Thema's
Onderwijs	Projecten	Publicaties

''Delen is vermenigvuldigen' - over de waarde van het delen van kennis en informatie. Oók op Palliaweb.

Iedereen die in of aan de palliatieve zorg werkt vindt op Palliaweb betrouwbare en bruikbare informatie. Informatie die helpt om de best mogelijke zorg aan patiënten in de laatste fase van hun leven te geven, in lijn met het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland.

Palliaweb wordt op continue basis uitgebreid met actuele relevante informatie. Niet alleen door de redactie, maar (juist) ook door de bezoekers. Bijdragen en ideeën die waarde hebben voor de zorgverlener zijn uitermate welkom. Delen kan bijvoorbeeld via de oranje tab rechts onderaan het beeldscherm.

Palliaweb is een initiatief van, en wordt beheerd door Palliatieve Zorg Nederland (PZNI).

Mail de redactie

Verpleegkundigen betrokken bij overleg over beslissingen van het levenseinde

- Afzien van het toedienen van vocht /voeding 45%
- Ophogen van morfineachtige middelen 51%
- Stoppen van potentieel levensverlengende behandeling 35%
- Euthanasie 11%

Bron: Nivel en Albers, G., Francke, A.L., Veer, A.J.E. de, Bilsen, J., Onwuteaka-Philipsen, B.D. Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: a national survey study. *Patiënts Education and Counseling*: 2014, 94(1), 4-9.

Waarom gaan we door met behandelen?

- Niet opgeven, werken en denken vanuit biomedisch model
- Doen beter dan laten
- Geen blik op hele mens
- Medisch perspectief bij behandelen
- Gesprek over afzien behandelen kost tijd
- Hoe voer je gesprek met patiënt en familie
- Onvoldoende vastleggen van wensen en voorkeuren

Wat is een goed moment?

- “Early and often” (Margaret Drickamer EAPC 2017)
- Voor iedereen
- Van algemeen naar concreet bij toenemende leeftijd of afnemende gezondheid

Wat is een goed moment

- Elk moment bij iemand die kwetsbaar is
- Als diagnose wordt gesteld (dementie)
- Ziekte
- Situatie wijzigt
- Opname (niet SEH)
- Bij vragen van patiënt of naaste
- Zo vroeg mogelijk in rustige situatie



Wie neemt het initiatief?

- Patiënt?
- Verpleegkundige?
- Arts?
- **Welke vragen stel je?**

Welke vragen stel je?

- Maakt u zich zorgen?
- Hoe ging het een maand geleden met u?
- Waar bent u bang voor?
- Wat is voor u en uw naaste belangrijk?
- Wat heeft u tot nu toe ervaren bij ziekte?
- Wat wilt u afspreken?
- ...

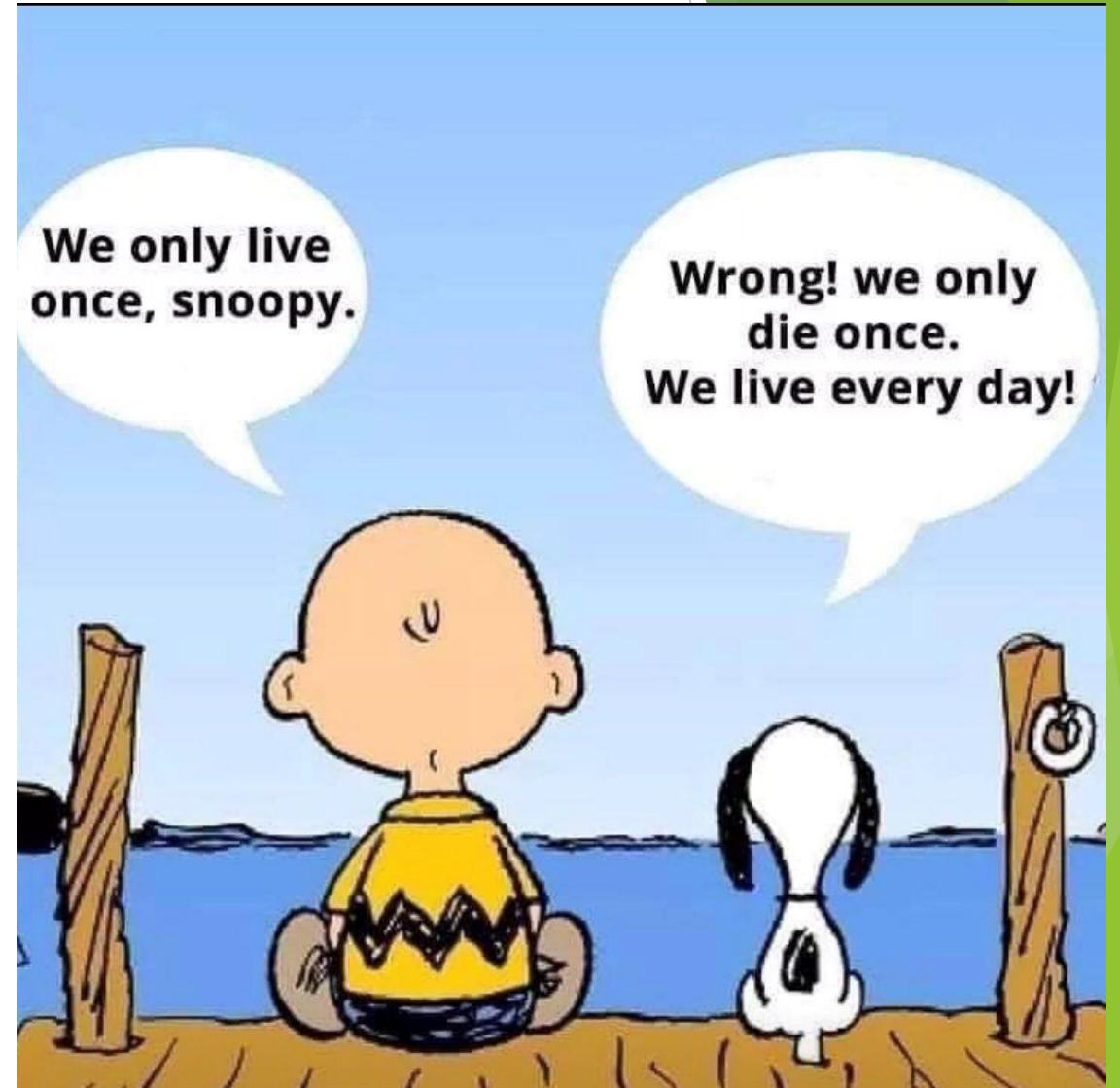
Tips

- Pas je aan bij de leefwereld van de patiënt
- **LUISTER**, stel vragen, geen oordeel, aannames
- Zet de patiënt aan het 'werk'
- Leg behandelingen uit (dialyse, reanimatie, wat betekent dat)
- Controleer of ander het heeft begrepen
- Niet alles hoeft in 1 gesprek
- Stem plan af met mantelzorgers (zodat niet een bezorgde buurman 112 belt) en zorgverleners
- www.pratenoveruwlevenseinde.nl



Plan

- Kan helpen, laatste fase moet over leven gaan en niet over de dood
- Kan belemmerend zijn
- Bespreek het regelmatig



Pro actieve zorgplanning take home message

- Het tijdig bespreken van doelen en voorkeuren voor toekomstige zorg
- Tweesporenbeleid
- Kwaliteit van leven en vermijden van lijden centraal
- Proces van communicatie, geen afvinklijst
- Oefening baart kunst

Consultatie



8.777 geregistreeerde symptomen:

- 53% één symptoom per consult
- 25% twee symptomen per consult
- 12% 3 of meer symptomen per consult
- 10% geen symptomen besproken