



Implementatie van integrale palliatieve zorg bij COPD

Handreiking voor zorgverleners
– *korte versie* –

IMPLEMENTATIE INTEGRALE PALLIATIEVE ZORG BIJ COPD

Projectinrichting

Doelstelling

- Welke doelstellingen heeft de regio ten aanzien van de implementatie van integrale palliatieve zorg in de COPD-zorg?

Draagvlak

- Is er op elk niveau draagvlak in de organisatie en in de regio?

Beoogde resultaten

Wat moet er concreet gerealiseerd zijn na afloop van het project:

- Procedures, bijvoorbeeld:
 - Werkwijze
 - Samenwerkingsafspraken
 - Wijze van registratie en rapportage
- Faciliteiten en randvoorwaarden

Reikwijdte

Wie betreft het; wie zijn betrokken? Te denken valt aan zorgverleners/medewerkers van:

- Longgeneeskunde
- Verpleegafdeling Longziekten
- Palliatief Advies Team ziekenhuis
- Polikliniek Longziekten
- Huisartsen in de regio
- (Long-)verpleegkundigen 1^e lijn
- Palliatief Advies Team 1^e lijn

Projectteam

- Dedicated projectleider
- Medisch eigenaar
- Vertegenwoordiger 1^e lijn (HA en/of (long-)verpleegkundige en/of Verpleegkundig Specialist)
- Manager
- Beleidsmedewerker
- ---

Beïnvloedende factoren

- Inschatting/herkenning van belemmerende factoren en hoe deze, zo mogelijk, kunnen worden weggenomen
- Inschatting/herkenning van bevorderende factoren en hoe deze kunnen worden ingezet

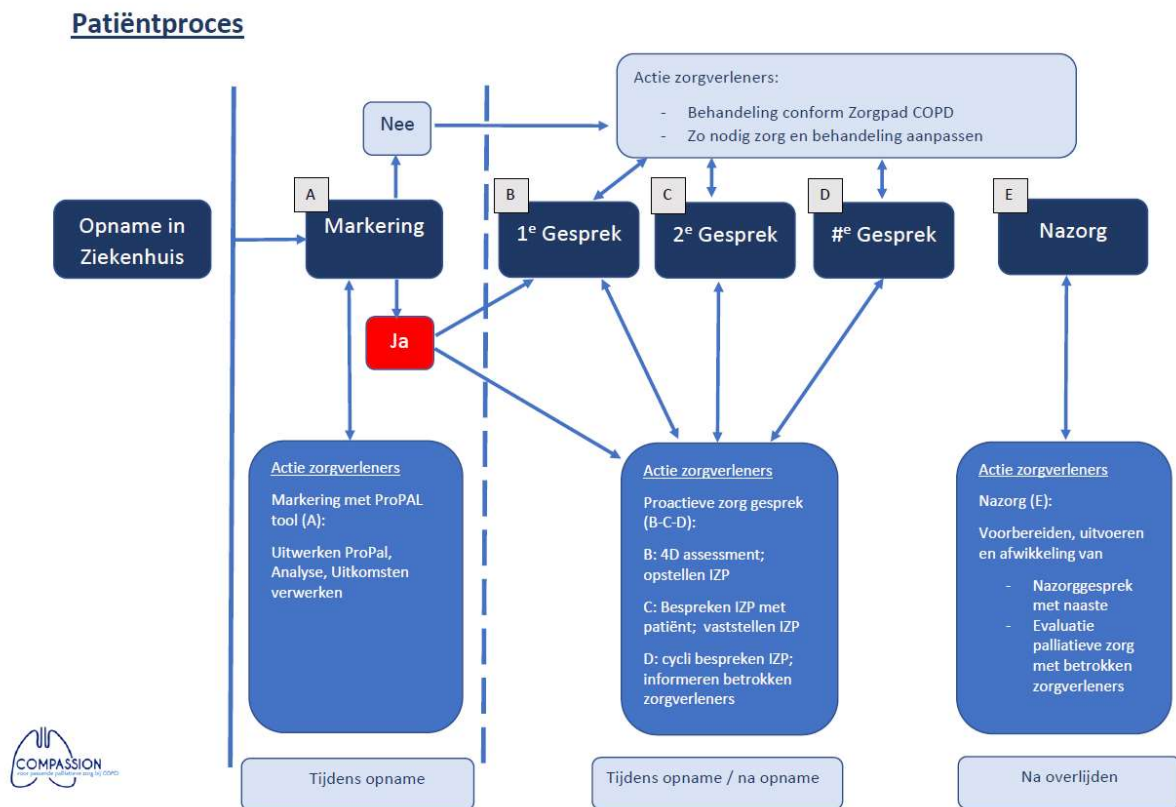
Borging

- Op welke wijze wordt palliatieve zorg voor mensen met COPD geborgd binnen de gebruikelijke zorg en behandeling voor mensen met vergevorderd COPD?



Elementen patiëntproces palliatieve zorg bij COPD

Als een patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis met een longaanval COPD, kan dat een 'natuurlijk moment' zijn om als zorgverlener te bedenken of deze patiënt misschien wel gebaat is bij palliatieve zorg. Met andere woorden: is de COPD zo gevorderd dat sprake is van de palliatieve fase. Dit is de eerste stap richting *Markering van de palliatieve fase*. De Propal-COPD tool is hierbij een bruikbaar hulpmiddel (te vinden op www.palliatievezorgcopd.nl). Bij een negatieve Propal score kan het huidige beleid worden voortgezet, bij voorkeur conform het 'Landelijk Zorgpad longaanval COPD met ziekenhuisopname'. Bij een positieve Propal-score wordt palliatieve zorg en proactieve zorgplanning ingezet.



De stappen in het patiëntproces zijn de markering, proactieve zorgplanning gesprekken en nazorg. De rode draad voor zorgverleners is de organisatie, coördinatie en continuïteit van palliatieve COPD-zorg. Om te komen tot integrale palliatieve zorg voor mensen met (ver-)gevoerd COPD, is het van belang om te zoeken naar afstemming en samenwerkingsafspraken; zowel in eigen setting/organisatie als tussen verschillende settings/organisaties (bijvoorbeeld tussen 1^e en 2^e lijn). Zonder volledig te willen zijn, hieronder vragen die helpend kunnen zijn bij die afstemming en samenwerkingsafspraken.

Markering

- Bij welke patiënten wordt de Propal COPD tool ingezet?
- Op welk moment wordt de Propal COPD tool ingezet?
- Wie zet de Propal COPD tool in?
- Waar en op welke wijze wordt de uitslag van de Propal COPD tool in het dossier genoteerd?
- Indien markering in ziekenhuis, op welke wijze wordt de huisarts en/of longverpleegkundige 1^e lijn op de hoogte gebracht van een positieve Propal-score?
- Indien markering thuis, op welke wijze wordt de longarts op de hoogte gebracht van een positieve Propal-score?
- Bij positieve Propal-score:
 - Wie bereidt patiënt (en naaste) voor op het (1^e) proactief zorgplanning gesprek? Vertel de patiënt (en naaste) wat de reden van het gesprek is. Overweeg van tevoren een folder met informatie en voorbereidende vragen aan de patiënt te sturen.
 - Wie plant de afspraak/uitnodiging voor een proactief zorgplanning gesprek in?
 - Wie zorgt er voor dat patiënt en naaste deze afspraak krijgt?
 - Wanneer / hoe lang na opname wordt dit gesprek gepland?
 - Wie is de (vaste) aanspreekpersoon (centrale zorgverlener) voor de patiënt en naaste?
 - Wie voert het gesprek?
 - Longarts
 - Longverpleegkundige/Verpleegkundig Specialist
 - Longarts samen met longverpleegkundige/Verpleegkundig Specialist
 - Huisarts
 - Longverpleegkundige/VS 1^e lijn
 - Huisarts samen met longverpleegkundige/VS 1^e lijn
 - ---
 - Waar vindt dit gesprek plaats?
 - Thuis
 - Op welke wijze vindt de overdracht naar huisarts en/of longverpleegkundige plaats
 - Polikliniek
 - Voldoende tijd reserveren/inplannen aan het eind van de poli. Overweeg een vast moment in de week te reserveren voor een palliatief consult.
 - Naaste ook uitnodigen
- Evaluatie van bovenstaande punten
 - Op welke wijze?
 - Wanneer evalueren?
 - Wie is verantwoordelijk voor de evaluatie?



Proactieve zorgplanning gesprek(ken) (ACP-gesprekken)

Vorbereiding

- Bereid het gesprek voor. Indien een gezamenlijk gesprek arts/verpleegkundige, stem de werkwijze met elkaar af
- Voorafgaand aan het eerste gesprek:
 - stel vast wat het doel is van het gesprek. Uit onderzoek kennen we een aantal doelen (Fleuren et al., 2020):
 - respecteren van individuele autonomie van de patiënt
 - bevorderen/verbeteren van de kwaliteit van zorg
 - versterken van onderlinge relatie/opbouwen vertrouwensrelaties
 - patiënt voorbereiden op het levenseinde
 - verminderen overbehandeling
 - breng in kaart welke behandelmogelijkheden er zijn voor de betreffende patiënt:
 - in hoeverre is dit reeds met patiënt en naaste besproken?
 - welke (invasieve) behandelingen zijn voor de betreffende patiënt niet (meer) medisch zinvol (bijv. reanimeren, mechanische beademing)
 - welke behandeling, ondersteuning en zorg patiënten wel mogelijk zijn
- Bij een vervolgesprek, ga na welke afspraken in het voorgaande gesprek zijn gemaakt. Gebruik hiervoor het Individueel Zorgplan (IZP) en/of patiëntendossier

Het gesprek zelf

- Welke onderwerpen moeten aan bod komen?
- Welke onderwerpen kunnen aan bod komen?
- (zie ook 'Handreiking Proactieve zorgplanning met voorbeeldvragen'; www.palliatievezorgcopd.nl)
- Op welke wijze wordt de naaste/mantelzorger betrokken?

Na afloop van het gesprek

- Op welke wijze worden de afspraken verwerkt in Individueel Zorgplan (IZP) en in patiënten dossier?
 - welke methodiek wordt gebruikt?
 - hoe kunnen andere betrokken disciplines (snel) zien dat een patiënt als palliatief is gemarkeerd?
 - Welke afstemming is nodig met andere betrokken disciplines ten aanzien van het te voeren beleid?
 - Structureel inbrengen in een multidisciplinair overleg waar de huisarts (online) bij aansluit?
 - Structureel inbrengen in de PaTz groep, waar de longarts (online) bij aansluit?
- Indien gesprek op de poli van het ziekenhuis, op welke wijze wordt de huisarts op de hoogte gebracht van de gemaakte afspraken
- Indien gesprek thuis, op welke wijze wordt de longarts op de hoogte gebracht van de gemaakte afspraken?
- Wanneer wordt de huisartsenpost geïnformeerd over de (beleids-)afspraken die met patiënt en naaste zijn gemaakt?
 - Welke informatie heeft de huisartsenpost nodig?



- Evaluatie van bovenstaande punten
 - Op welke wijze?
 - Wanneer evalueren?
 - Wie is verantwoordelijk voor de evaluatie?

Nazorg en evaluatie van zorg

- Evaluatie van zorg/nazorg nabestaanden
 - Wie organiseert een evaluatiegesprek met nabestaanden en wat is daarvoor nodig?
 - Binnen welke tijd wordt een evaluatie/nazorggesprek met nabestaanden gepland?
 - Wie voert het evaluatie/nazorggesprek en wat is daarvoor nodig?
- Evaluatie van zorg met alle betrokken zorgverleners
 - Op welke wijze worden betrokken zorgverleners op de hoogte gebracht van het overlijden?
 - Wanneer wordt de verleende palliatieve zorg geëvalueerd?
 - Op elke wijze wordt de verleende palliatieve zorg geëvalueerd
 - bij overlijden in het ziekenhuis, tijdens het multidisciplinair overleg, waarbij de huisarts en (long-)verpleegkundige 1^e lijn (online) aansluiten?
 - bij overlijden thuis, tijdens het PaTz overleg, waarbij longarts en (long-)verpleegkundige (online) aansluiten?
 - Op welke wijze worden de uitkomsten van de evaluatie gedocumenteerd?
 - Welke stappen worden, naar aanleiding van de evaluatie, gezet om de palliatieve zorgverlening te bevorderen en te verbeteren?

