

Proactieve zorgplanning: de kerncompetentie van de specialist ouderengeneeskunde

academische
werkplaats limburg
ouderenzorg



Prof. Dr. Daisy J.A. Janssen



Onderzoekssubsidies (werkgever)

- ZonMw
- Longfonds
- Stichting Astmabestrijding
- Stichting Stoffels-Hornstra

Spreekersvergoedingen afgelopen 3 jaar (werkgever)

- Chiesi
- Abbott
- AstraZeneca

Advance care planning

stelt wilsbekwame mensen in staat om doelen en voorkeuren voor toekomstige medische behandelingen en zorg:



Proactieve zorgplanning

is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren.

Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.

Proactieve zorgplanning

is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren.

Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over **huidige** en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.

Proactieve zorgplanning in de ouderengeneeskunde

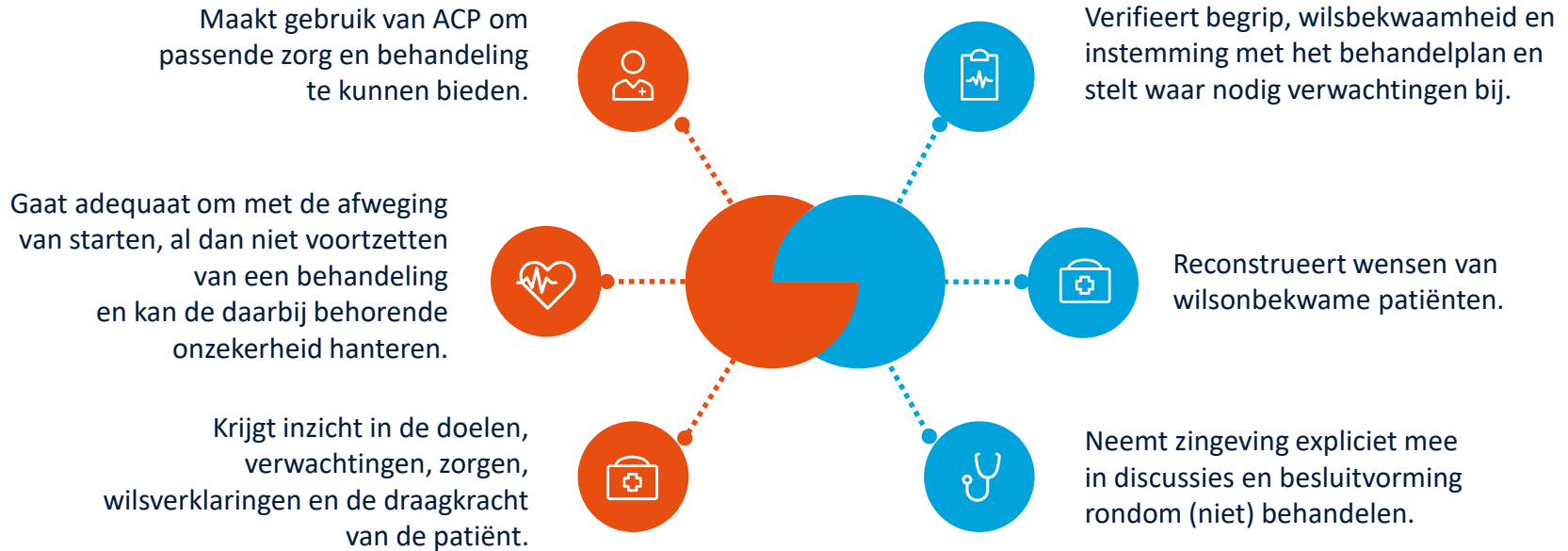


Ook ACP met mensen met beperkte wilsbekwaamheid



Gesprekken met naasten horen ook bij ACP

Competentieprofiel specialist ouderengeneeskunde: ACP in 13 competenties



The Dutch Model

- Specialisten ouderengeneeskunde in verpleeghuizen
- Expertise chronische ziekten, incl. dementie
- Integratie van palliatieve zorg
- Proactieve zorg en communicatie



SKILZ knelpunteninventarisatie 2022

Informatieregistratie
en -overdracht



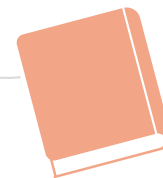
Gespreksvoering:
randvoorwaarden
en inhoud



Samenwerking:
onduidelijk
aanspreekpunt



Te laat starten van
proactieve
zorgplanning



Uitvoeren van
afspraken



Gebrek aan
vaardigheden



Geleerd van Cees en zijn team

- Doelen van ACP
- Behandelafspraken in het verpleeghuis
- Behandelafspraken bij dementie
- ACP in de populatie 57+
- Besluitvorming door naasten van mensen met CVA
- ACP bij Huntington

Wat streven we na?



Wat streven we na?

Respecteren van
individuele
autonomie



ACP



“Je zou kunnen zeggen dat een wilsverklaring gevolgd moet worden omdat de eerder geuite wens van de patiënt echt is wat ze wil, zelfs nu ze wilsonbekwaam is en niet meer weet wat ze nu wil.”

Wat streven we na?



“Zorgverleners voelden dat ze nu in een positie waren om de zorg te bieden die grotendeels gebaseerd was op de wensen van bewoners. Voor velen creëerde dit een gevoel van “weten hoe te zorgen”.”

Wat streven we na?



“Patiënten gebruikten het gesprek ook om de betrokkenheid en het belang van de relatie met de aanwezige familieleden te benoemen.”

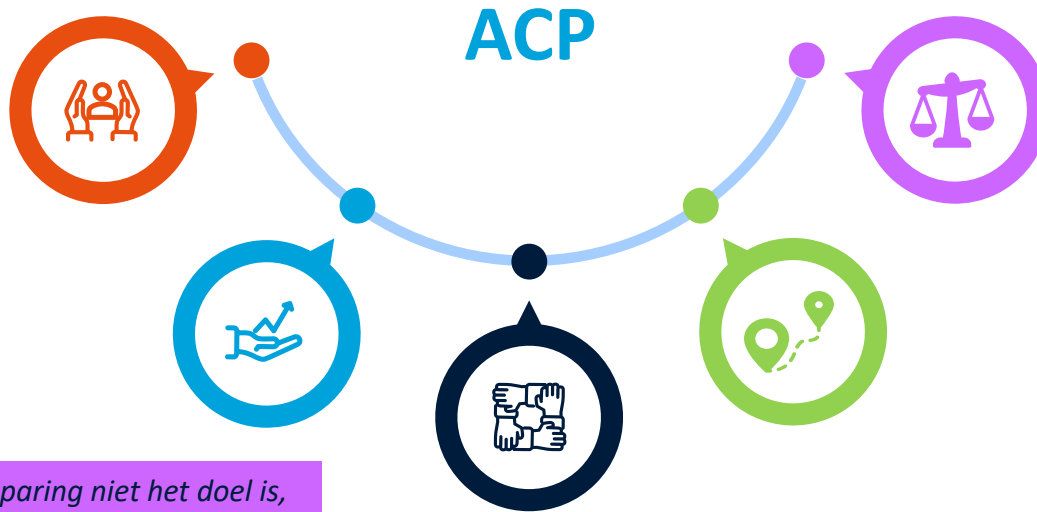
Verbeteren van
relaties met
naasten

Wat streven we na?



“Een deelnemer concludeerde dat het gefronteerd worden met en het voorbereiden op zijn sterven belangrijke stappen waren voor hem en zijn kinderen in het leren omgaan hiermee.”

Wat streven we na?



Verminderen van
ongewenste of niet
noodzakelijke
behandelingen

*“Zelfs wanneer kostenbesparing niet het doel is,
kan er een nadruk zijn op het beperken i.p.v.
doorgaan met behandeling. Bijvoorbeeld: een
arts beschreef ACP als een manier om
“overmatige en ongewenste behandelingen in de
laatste levensjaren te vermijden.”*

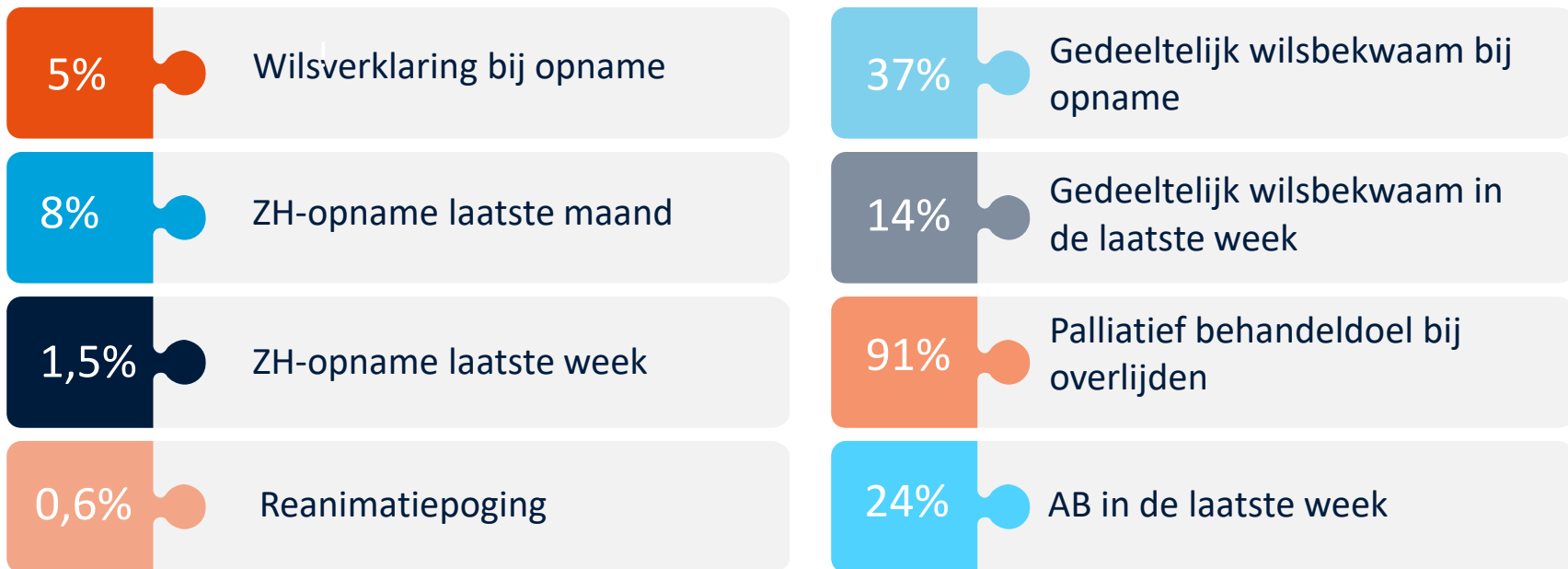
Behandelafspraken in het verpleeghuis

	PG (n=1724)	SOM (n=814)	GRZ (n=4837)
DNR	77%	73%	44%
Palliatief beleid	34%	28%	7%
Geen behandelafspraken	15%	13%	21%
Rapportage ACP gesprek	35%	40%	37%
Duur tot beleid reanimatie (mediaan)	6 dgn	3 dgn	1 dag
Duur tot beleid levensverlengend / palliatief	10 dgn	4 dgn	1 dag

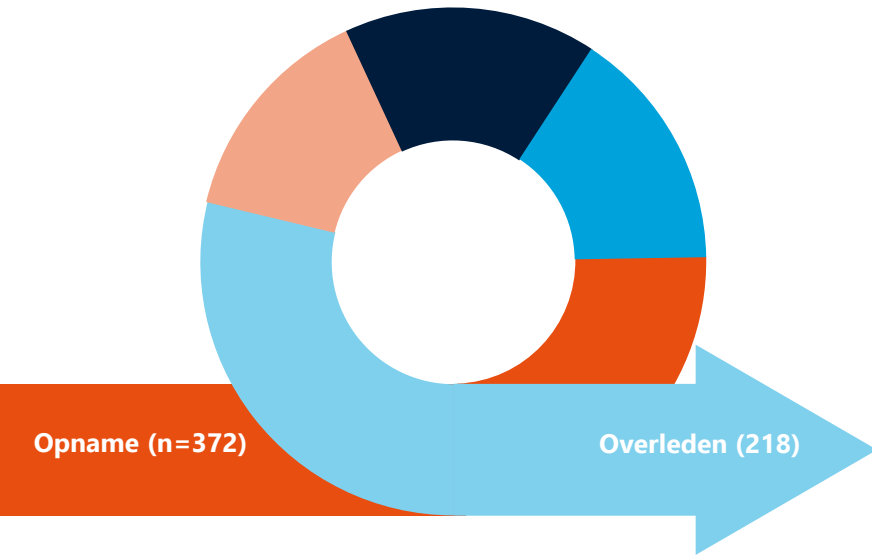
14 VPH 2010-2013

Behandelafspraken bij dementie VPH

vragenlijsten 103 artsen over 330 bewoners, <2 wkn na overlijden



Veranderingen over de tijd - dementie



Dutch End of Life in Dementia study

Longitudinale observationele studie
2007-2011, 3,5 jaar follow-up
28 verpleeghuizen
Vragenlijsten / registraties door artsen

- 80% <8 wkn gesprek over zorgdoelen met vertegenwoordiger
- Tijdens follow-up ↑ niet-behandelafspraken en palliatieve zorgdoelen
- Behandelafspraken vaak over reanimatie (van 73 → 92%) en ZH-opname (28 → 76%)
- ↑ Niet-behandelafspraken na ontstaan problemen intake, niet na pneumonie
- 46 ptn opname(s) in ZH, m.n. vanwege fracturen; 21% afspraak: geen ZH-opname

Comfort doel - dementie

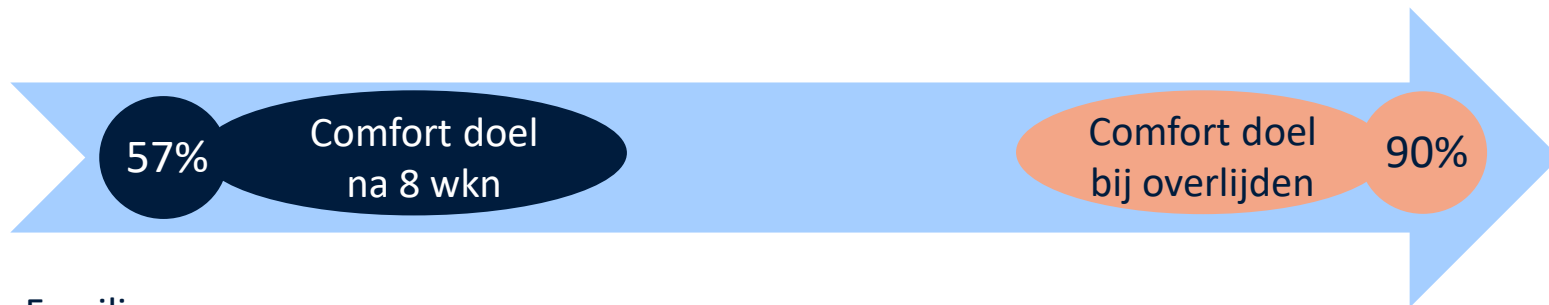


- Vaker religieus
- Minder wilsbekwaam
- Levensverwachting <1 jaar volgens arts
- Familie willen minder vaak levensverlenging
- Familie vaker tevreden met communicatie met de arts
- Veel vertrouwen in de arts

Dutch End of Life in Dementia study

Vragenlijsten naasten en specialisten ouderengeneeskunde

Comfort doel - dementie



Families

65% ACP-gesprek met zorgverlener

86% < 8 weken

70% gesprek op juiste moment

8% te vroeg

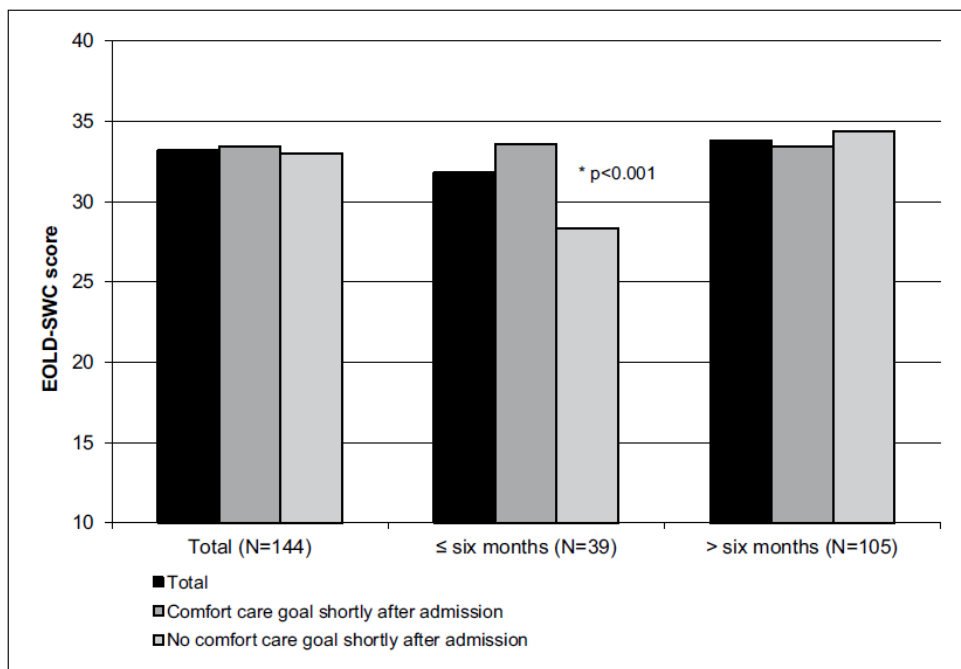
5% te laat

Indien <8 wkn: 9% te vroeg en 3% te laat

Dutch End of Life in Dementia study

Vragenlijsten naasten en specialisten ouderengeneeskunde

Tevredenheid met zorg in de laatste levensfase



Dutch End of Life in Dementia study

Nabestaanden: EOLD-SWC: End-of-life in Dementia-Satisfaction with Care

Strategieën specialisten ouderengeneeskunde

bespreken andere behandelafspraken dan reanimatie / ZH-opname

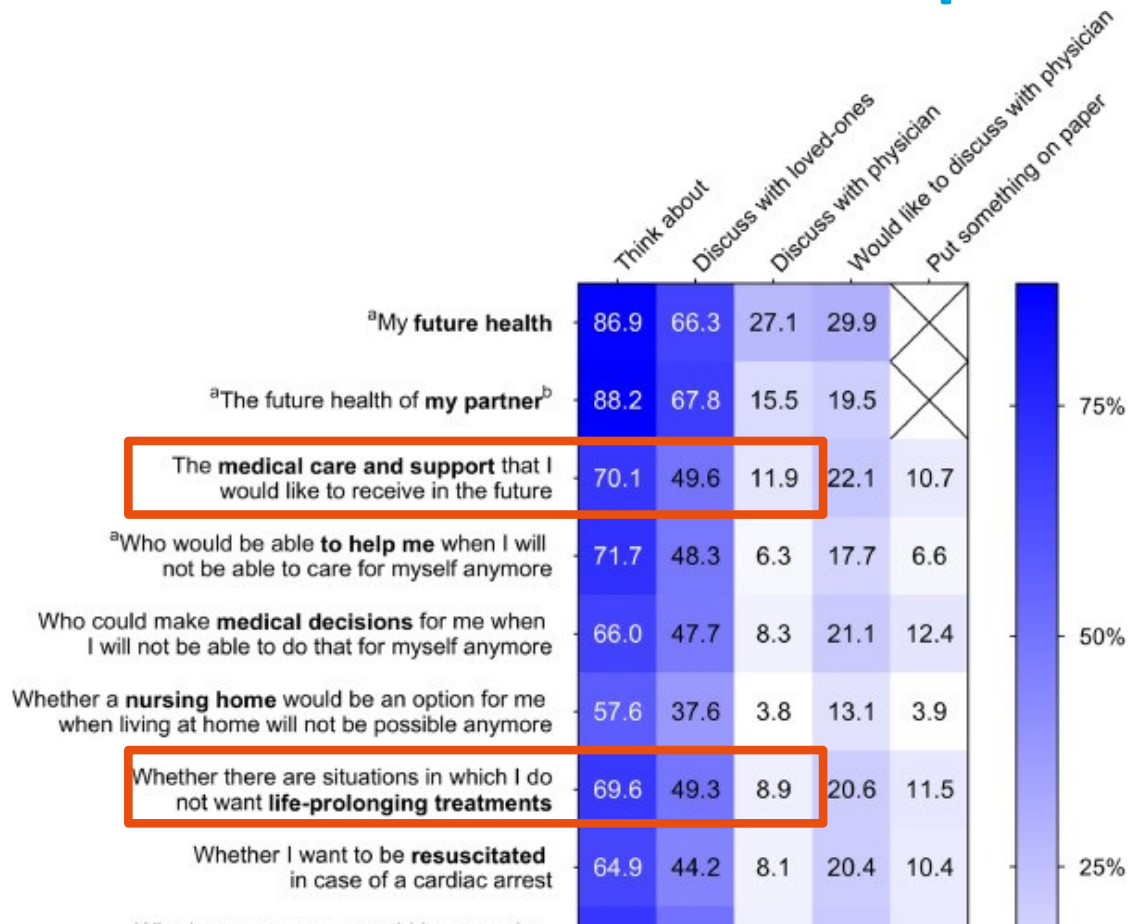
Wachten op reden om gesprek te initiëren
(zoals verandering gezondheidstoestand)

- Gevoel dat er genoeg tijd is
- Scenario's bespreken die niet gaan plaatsvinden, voelt niet zinvol
- Scenario's bespreken is moeilijk voor familie
- Ervaring dat niet alle families hier open voor staan

Initiatief nemen om mogelijke behandelingen
te bespreken

- Voordeel om duidelijke afspraken te hebben voor acute situaties (dienst)
- Om tijd te hebben voor gesprekken tussen opname en ziek worden
- Wens om familie tijdig te informeren
- Familie de mogelijkheid bieden om voor te bereiden op acute situaties en na te denken over het levenseinde

Wie durft er niet over ACP te praten?



LASA

Ervaringen van naasten van mensen met ernstig CVA in de acute fase met besluitvorming

“Als ik me gerealiseerd had [dat hij ernstig beperkt zou worden], en dit me duidelijk was uitgelegd, had ik ‘nee’ gezegd tegen deze behandeling

“Ik wil niet zeggen: Ik wil dat mijn schoonzus nu dood gaat”



“Kan ik dit beslissen..., moet ik dit besluit nemen?”

“Dit gaat fout, want ze herstelt”

Huntington: hoe kijken patiënten naar hun toekomst?

- Bewust van sombere prognose
- Angst voor achteruitgang, VPH of niet kunnen zorgen voor gezin
- Informatie via familieleden of andere patiënten.

Toekomst is een periode:

- Om op voor te bereiden
- Om niet over na te denken
- Om nog niet over na te hoeven denken






Vorbereiden:

- Nadenken over toekomstige zorg
- Afspraken maken over euthanasie

- Hoop op langzame of milde achteruitgang
- Verschillende strategieën tegelijk of in het beloop van de ziekte

ACP bij Huntington: anders dan anders



-  Gesprekken met jongere mensen, soms jonge kinderen betrokken
-  Patiënten vaak al eerder gekend en gesprekken in vroegere fase (poli)
-  Ervaringen met Huntington bij naasten: patiënten weten wat ze willen
-  Gesprekken met naasten die zelf misschien ook de ziekte zullen krijgen
-  Door grote individuele verschillen is plannen voor de toekomst erg moeilijk; toch specifieke situaties waarover gesproken wordt (slikproblemen)



Toekomst

- ACP samen met het interdisciplinaire team
- ACP bij dementie voor opname
- ACP breder dan behandelafspraken
- Optimaliseren ACP met mensen met beperkte wilsbekwaamheid / problemen met communiceren
- ACP titreren op wensen/behoefte/mogelijkheden van patiënten en naasten, zowel in timing als in onderwerpen

Dank voor uw aandacht

Daisy.janssen@maastrichtuniversity.nl

