

Palliatieve zorg aan kwetsbare ouderen

Interactieve workshop over kaders van palliatieve zorg aan kwetsbare ouderen.

Niek Olde Bijvank

Specialist ouderengeneeskunde, tevens kaderarts Palliatieve Zorg, Carinova

Consulent in het Consultatieteam Palliatieve Zorg Salland

16 maart 2017

Disclosure belangen spreker

- Geen (potentiële) belangenverstremgeling
- Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties: geen
- Sponsoring of onderzoeksgeld: geen
- Honorarium of andere (financiële) vergoeding: standaard
- Aandeelhouder: n.v.t.
- Andere relatie: geen

Doelen vandaag

- Schetsen van kaders
- Bewustwording grenzen
- Handvatten bespreken/geven

Kwetsbare oudere

Sociaal Cultureel Planbureau:

‘Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)’.

Aantal kwetsbare ouderen neemt toe

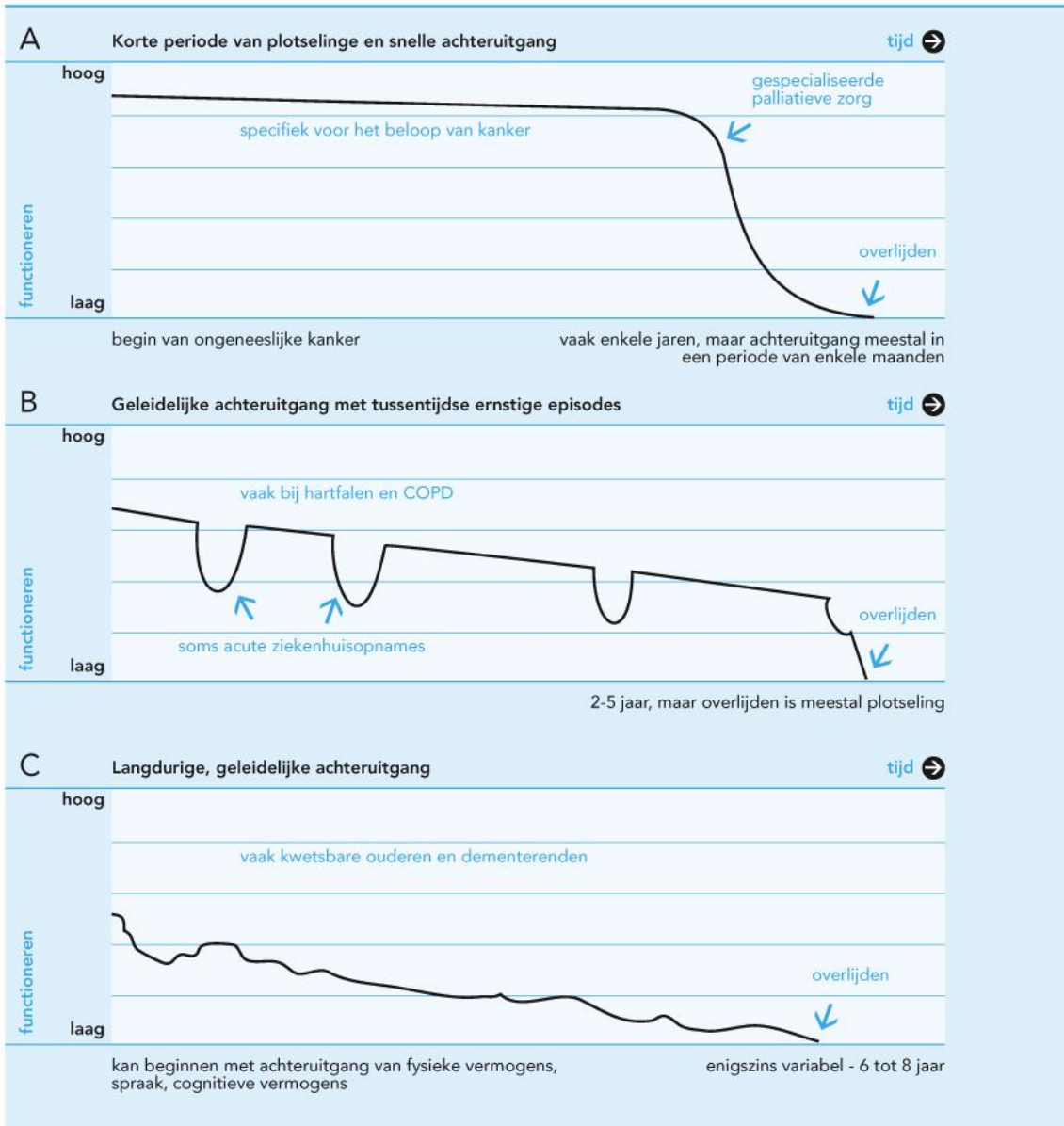
Zorg voor **kwetsbare ouderen** inde eerste lijn | © Vilans | mei 2014

- 2,5 miljoen in 2009
- 4,5 miljoen in 2040
- het aantal ouderen met chronische aandoeningen groeit
- Ouderen: steeds vaker meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit).
- Bij stijgende leeftijd hoort stijgende kans op multimorbiditeit
- Op dit moment: 50 procent kans op multimorbiditeit bij een oudere van 65 jaar

Vernieuwde definitie WHO 2002

Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.

Verschillende vormen van ziekteverloop



Figuur 2 Ziektetrajecten (Uit: Murray, 2005)



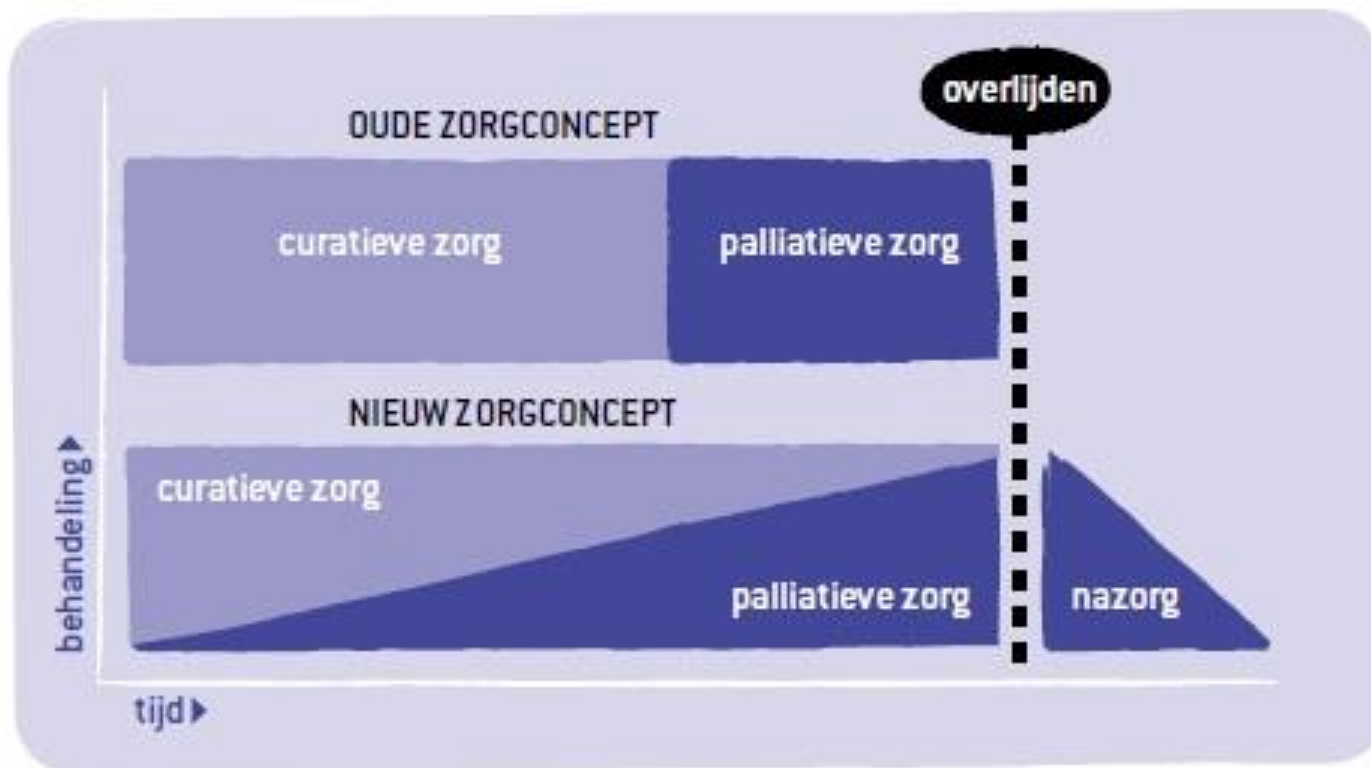
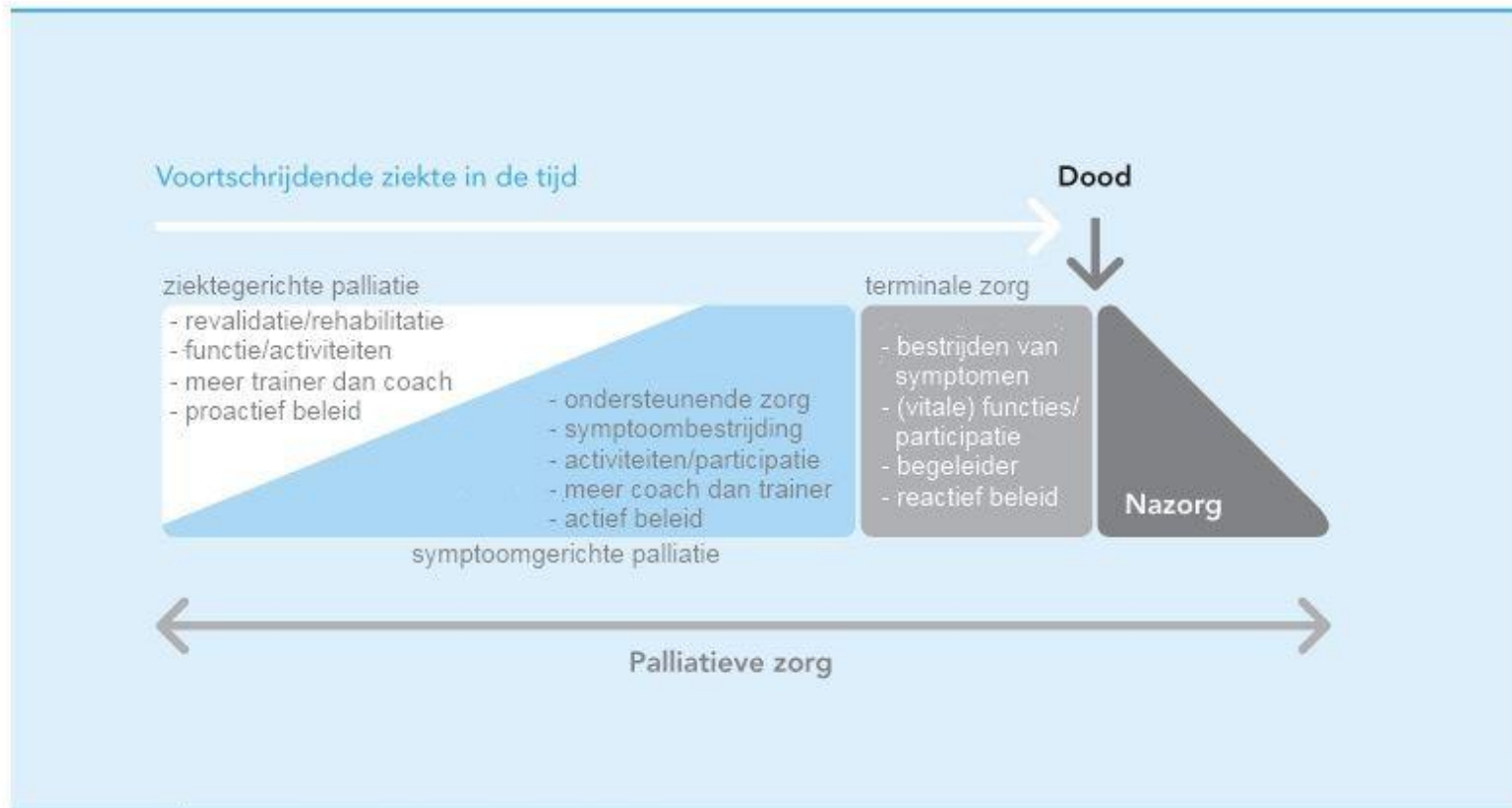


Fig. 1 Figuur van Lynn en Adamson (VWS, 2008)

Palliatieve zorg kan vroeg in het ziekteverloop aan de orde zijn, in combinatie met therapieën die levensverlengend zijn (zoals chemotherapie en radiotherapie).

Palliatieve zorg kan ook (medische) onderzoeken omvatten die nodig zijn om pijnlijke, klinische complicaties te begrijpen en te behandelen.



Figuur 1 Het spectrum van de palliatieve zorg

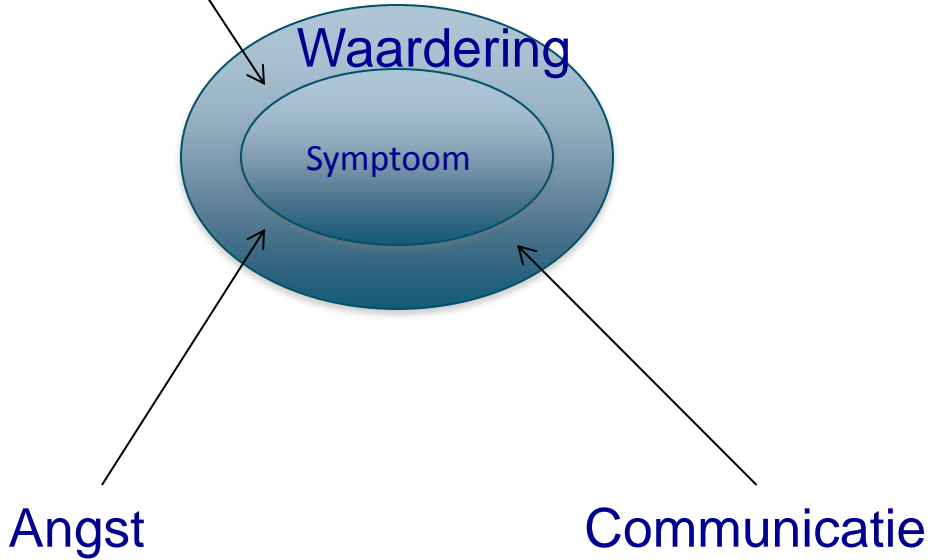
Lijden

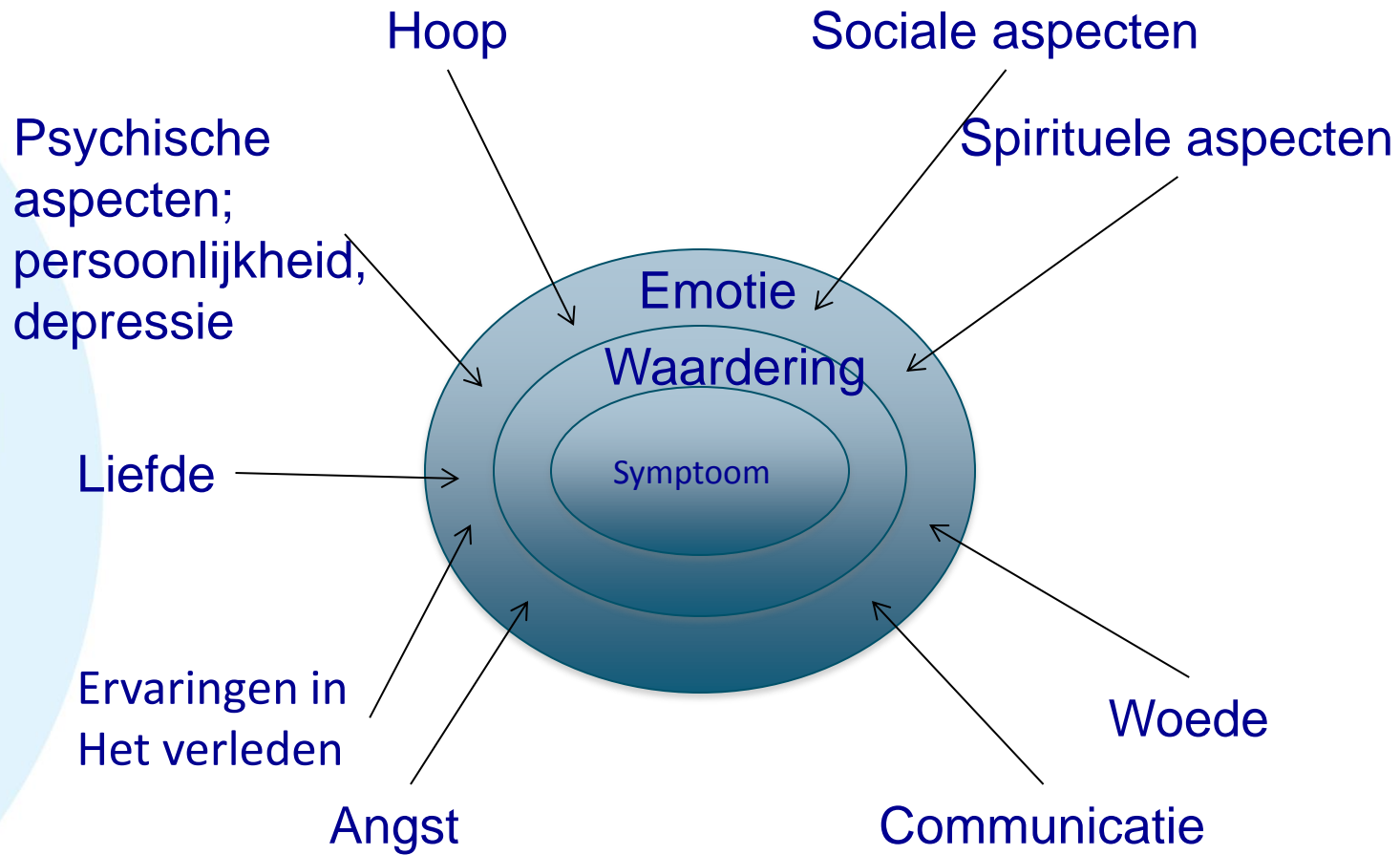


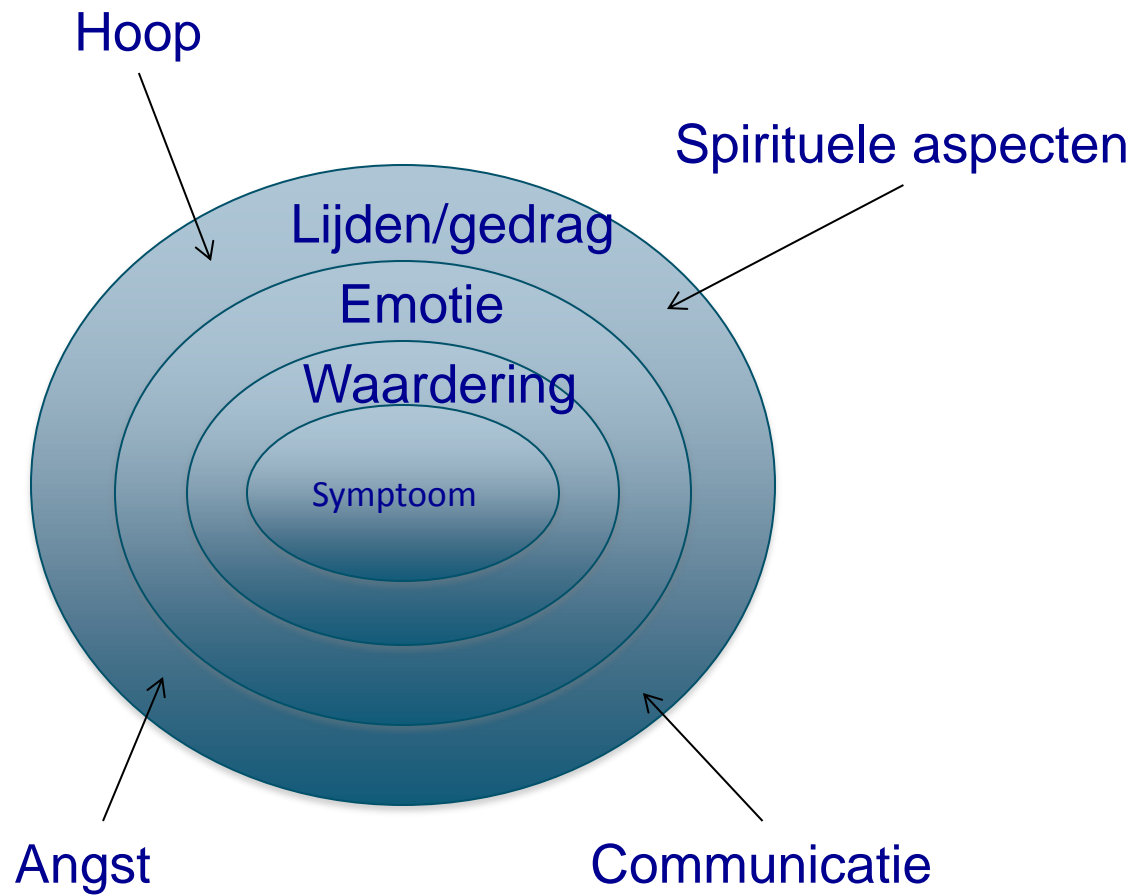
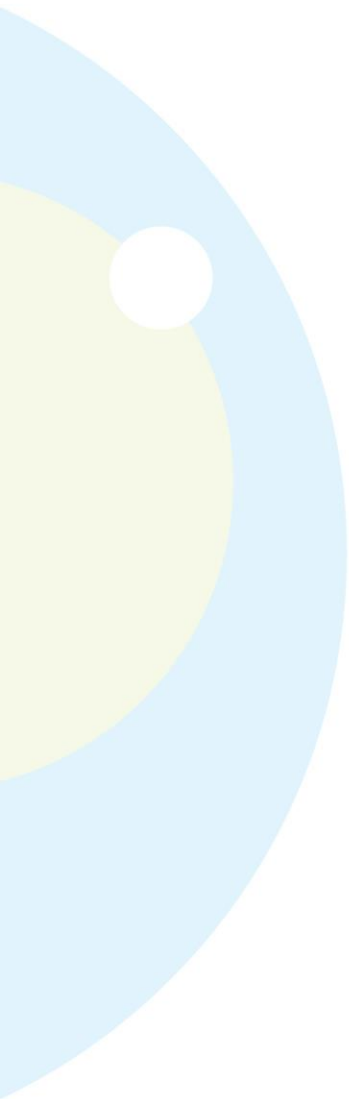
Symptoom

Medische
aspecten;
Ziekte,
behandeling

Lichamelijke
beperking











Symptoom management

Hoe geef je symptoommanagement bij patiënten in de palliatieve fase vorm?



*Multidisciplinair

*Systematisch

Fase 1: Breng situatie in kaart

Inventariseer:

- * Medische voorgeschiedenis: diagnose, comorbiditeit, behandeling tot dusver;
- * Beeld van de patiënt op vier dimensies: lichamelijk, psychisch, sociaal en existentieel;

- *Levensverwachting;
- *Medicatie;
- *Analyse van symptomen door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek;
- *Betekenisgeving door de patiënt;
- *Prioriteiten en wensen van de patiënt.

Fase 2: Vat problematiek en beleid samen en maak proactief beleid

- *Benoem problemen en stel werkhypothesen op.
- *Maak beleidsafwegingen.
- *Overweeg consultatie en/of aanvullend onderzoek.
- *Formuleer het doel van het beleid.

*Stel plan van aanpak op:

*>behandeling van de oorzaak c.q.
uitlokkende of in stand houdende
factoren;*

*>symptomatische behandeling (niet-
medicamenteus en medicamenteus);*

>ondersteunende zorg.

*Denk toekomstgericht

Fase 3: Maak afspraken over evaluatie van het beleid

Evalueer:

*Spreek af hoe, door wie en wanneer het effect gemeten en besproken wordt.

*Meet het effect aan de hand van klachten en problemen, de beleving ervan, functioneren en welbevinden.

Fase 4: Stel het beleid zo nodig bij en blijf evalueren

Stel effect vast:

*Effect goed:

Blijf periodiek evalueren (-> ga terug naar fase 3);

*Effect afwezig of beperkt:

Stel beleid bij,

Breng situatie opnieuw in kaart en stel werkhypothese bij, of

Accepteer.



Voor alle fasen geldt:

- *Stem af met patiënt en naasten.
- *Overweeg gebruik van meetinstrumenten.
- *Zorg voor adequate verslaglegging en een goede overdracht



Symptomen

Welke symptomen komen we het meeste tegen?

Kanker

Symptoom	Prevalentie	Prevalentie in de laatste 1-2 weken
Vermoeidheid	74%	88%
Pijn	71%	45%
Gebrek aan energie	69%	
Zwakke	60%	74%
Gebrek aan eetlust	53%	56%
Gespannenheid	48%	
Gewichtsverlies	46%	86%
Droge mond	40%	34%
Somberheid	39%	19%
Obstipatie	37%	29%
Zich zorgen maken	36%	
Slaapproblemen	36%	14%
Kortademigheid	35%	39%
Misselijkheid	31%	17%
Angst	30%	30%
Prikkelbaarheid	30%	7%
Opgeblazen gevoel	29%	
Hoesten	28%	14%
Cognitieve symptomen	28%	
Snelle verzadiging	23%	
Smaakveranderingen	22%	
Pijn in de mond	20%	
Braken	20%	13%
Sufheid	20%	38%
Oedeem	19%	8%
Mictieklachten	18%	6%
Duizeligheid	17%	7%
Dysfagie	17%	16%
Verwardheid	16%	24%
Bloedingen	15%	12%
Neurologische klachten	15%	32%
Heesheid	14%	
Dyspepsie	12%	2%
Huidsymptomen	11%	16%
Diarree	11%	6%
Jeuk	10%	
Hik	7%	

Symptoom	Hartfalen		COPD		Nierfalen	
	Laatste jaar	Laatste 1-2 weken	Laatste jaar	Laatste 1-2 weken	Laatste jaar	Laatste 1-2 weken
Vermoeidheid	69%	78%	68%	80%	82%	
Kortademigheid	72%	62%	94%	90%	52%	34%
Slaapproblemen	45%		65%	51%	47%	
Pijn	41%	42%	68%	49%	52%	49%
Klachten van de mond	27%		63%	48%	52%	
Hoesten	35%		70%	52%	47%	
Gebrek aan eetlust	31%		51%	64%	48%	
Somberheid	23%		59%	55%	26%	25%
Angst	30%		53%		27%	25%
Obstipatie	37%		36%	25%	28%	
Verwardheid	29%	17%	23%	22%		26%
Misselijkheid	25%	20%	4%		39%	13%
Oedeem	39%	43%			55%	21%
Duizeligheid	21%	35%			44%	
Jeuk	12%				62%	22%



Gesprekken over behandeling

“shared decision making” in recente literatuur, zoals **Grenzen aan medische behandeling**, in Ned Tijdschr Geneeskunde 2015; 8 juli

Gesprek over behandelbeperkingen

Het gesprek over behandelbeperkingen kan zowel voor de arts als de patiënt beladen en emotioneel zijn. Regelmatig wordt dit gesprek te laat gevoerd.

Film slecht nieuws gesprek

<https://www.youtube.com/watch?v=sPmjl4ZF60s>

*Overeenstemming tussen de visie van de patiënt/familie en de arts.

*Discrepantie tussen de visie van de patiënt/familie en de arts.

bv arts: inschatting verdere behandeling of reanimatie niet meer zinvol ; patiënt en/of familie: andere verwachtingen

Er is geen consensus over hoe deze gesprekken gevoerd moeten worden.

Enkele beperkende factoren in behandeling

- * Cognitieve beperking
- * Depressie
- * Immobilititeit
- * Sociaal isolement
- * Onbehandelbaar symptoom
- * Medisch zinloos handelen
- * Moeheid
- * Angst
- * Sociale spanningen
- * “unfinished business”



Casuïstiek

Liefst vanuit de zaal

Patiënt 1

93 jaar

Dementie met langzame achteruitgang

Eet en drinkt al enkele maanden weinig

Herkent kinderen en echtgenote niet meer.

Hoest, rochelt, benauwd en koorts

Wat wil je weten en waarom?

Wat gaan we doen?

Patiënt 2

86 jaar

Relatief vitale patiënt met status na CVA

Heeft elektrische rolstoel en scootmobiel

Gaat vaak naar dorp.

Geniet van bezoek echtgenote en kinderen.

Sinds enkele dagen verward, wisselend bewustzijn.

Wat is er aan de hand?

Wat wil je weten en waarom?

Wat gaan we doen?



Vragen?

Film Naomi Feil

<https://www.youtube.com/watch?v=CrZXz10FcVM>