



Ouderen wat is de volgende stap?

effectieve communicatie over 'wat hierna komt' met ouderen

- **Nadieh Bolink** - coördinator Netwerk Ouderen en Veerkracht Achterhoek

Panel |

- **Richard Snelder** - huisarts
- **Gerlinde Spronk** - klinisch geriater Slingeland Ziekenhuis
- **Esther Wieggers** - verpleegkundig consulent geriatrie Slingeland Ziekenhuis
- **Nikki Welleweerd** - casemanager dementie



Inhoud

- Wat is proactieve zorgplanning en wanneer is het van belang?
- Casus 1 | Diagnose dementie, en dan?
- Wat is het goede moment?
- Casus 2 | Hoe identificeer je mensen waarbij dit van belang is?
- Wie moet het gesprek initiëren en wie moet het gesprek voeren?
- Casus 3 | “Lastige gevallen”
- ACP: geen eenmalige interventie



Wat is ACP/ proactieve zorgplanning?

- 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.

- <https://www.zonmw.nl/nl/proactieve-zorgplanning#:~:text=Proactieve%20zorgplanning%20is%20het%20proces,in%20de%20toekomst%20bij%20past>



Oudere mens met kwetsbaarheid - vaak op meerdere domeinen

Complex beeld met combinatie van:

1. Somatische problematiek

- Multi-morbiditeit
- Polyfarmacie
- onbedoeld gewichtsverlies, ondervoeding, sarcopenie
- Anemie
- frequente infecties

2. Psychische problematiek

- cognitieve stoornissen/dementie
- Stemmingsstoornissen
- Probleemgedrag
- eerder delier

3. Sociale problematiek

- Alleenwonend
- mantelzorg problematiek/ overbelasting, zorgproblemen

4. Functionele problematiek

- (I)ADL-afhankelijkheid
- beperkte fysieke activiteiten, loophulpmiddel
- spierzwakte, uitputting, trage loopsnelheid, vallen
- communicatieve problemen (o.a. visus)



Hoe identificeer je de mensen bij wie proactieve zorgplanning van belang is?

Doelgroep: met wie wordt het gesprek gevoerd

De uitdaging is tijdig die patiënten te identificeren die kwetsbaar zijn. Zowel de patiënt en zijn naasten, arts of andere betrokken professionals kunnen het initiatief nemen voor een gesprek over passende zorg.

Bij patiënten met een of meer van onderstaande criteria is een gesprek over passende zorg wenselijk:

- o een levensverwachting van minder dan 1 jaar (surprise question)
- o een onbehandelbare ziekte
- o persisterende, belemmerende symptomen ondanks optimale behandeling van onderliggende aandoening.
- o ernstige co morbiditeit en/of polyfarmacie
- o een hoog-complexe zorgvraag (functionele status is laag of gaat achteruit, afhankelijk van anderen voor meeste zorgbehoeften ten gevolge van fysieke of mentale problemen)
- o dementie
- o een wilsbeschikking
- o een WLZ-indicatie

Regionaal Transmurale Afspraak (RTA): Passende zorg in de laatste levensfase

Deze RTA beschrijft de afspraken en samenwerking tussen alle zorgprofessionals m.b.t. identificeren doelgroep, spreken over passende zorg, samenwerking en vastleggen van afspraken.



Casus 1: Diagnose dementie, en dan?

- Man 84 jaar, woont zelfstandig samen met ete.
- Diagnose dementie half jaar geleden, ws mengbeeld Alzheimer/ vasculair
- Dagelijks functioneren nog goed, nieuwe dingen leren niet, structuur nodig. Fysiek fit, werkt in tuin. Gaat nu samen thuis nog goed.
- Familie wel zorgen, welke stappen voor toekomst?



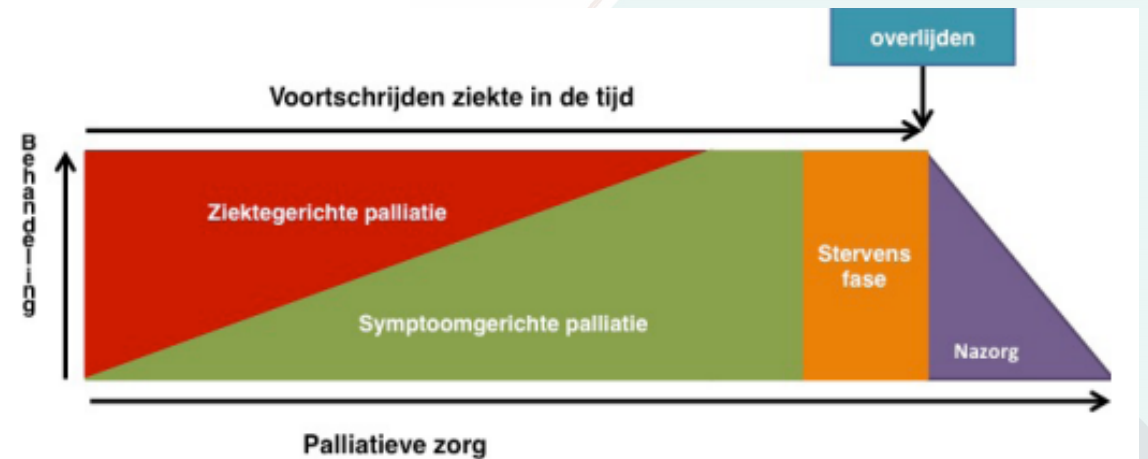
Wanneer praten over toekomst? Wat is het goede moment?

Markering **palliatieve fase** met Surprise question:

“Zou het mij verbazen als deze patiënt binnen 12 maanden zal overlijden?”

Hoe doen we dat bij kwetsbaarheid?

- Screeningsvragen?
- Leeftijdsgrens?
- Ziekte?
- Als patiënt er om vraagt?
- Anders?





Richtlijn Palliatieve zorg bij M Parkinson: indicatoren voor *ACP* en voor identificatie *palliatieve zorgvraag*

Figure 1 RADboud indicators for PAlliative Care Needs in Parkinson's Disease (RADPAC-PD)

With regard to the patient, is there any indication of the following?

Part 1: Indicators for Advance Care Planning*

1. signals or requests for advance care planning or end-of-life care discussions
2. loses hope or dreads the future
3. frequent falls (resulting in a hip fracture, for example)
4. dysphagia or a first aspiration pneumonia episode
5. cognitive deficits and/or neuropsychiatric problems
6. an (first) unplanned hospital admission

Part 2: Indicators to identify onset of a patient's palliative phase**

1. preferred goal of care moves towards maximization of comfort
2. a transition in care needs, for example recurrent hospital admissions, nursing home admission and an increase in help of activities of daily living
3. Parkinson's Disease drug treatment less effective or increasingly complex regime of drug treatments
4. several specific Parkinson's Disease symptoms / complications such as significant weight loss, recurrent infections, progressive dysphagia, neuropsychiatric problems and/or multiple falls

* at least two indicators should be present for initiating ACP

** at least one indicator should be present for the start of the actual palliative phase



Casus 2: weigeren cognitieve diagnostiek

- Man 84 jaar, opname ziekenhuis i.v.m. UWI en influenza - tevens delier
- Hetero-anamnese: pre-existente cognitieve problemen
- Wil geen verder onderzoek
- Weigert hulp thuis bij ontslag



Kwetsbaarheid en dementie

Clinical Frailty Scale



1. Zeer fit

Mensen die krachtig, actief, energiek en gemotiveerd zijn. Deze mensen oefenen gewoonlijk regelmatig. Ze behoren tot de fitste van hun leeftijd.



2. Fit

Mensen die geen actieve ziektesymptomen hebben, maar minder fit zijn dan categorie 1. Ze bewegen vaak of zijn meer actief tijdens seizoensgebonden activiteiten.



3. Zelfredzaam

Mensen wiens medische problemen goed onder controle zijn, maar niet regelmatig actief zijn, behalve routine wandelingen.



4. Risico op kwetsbaarheid

Hoewel ze niet afhankelijk zijn van anderen voor de dagelijkse hulp, hebben ze vaak klachten die activiteiten beperken. Een veelgehoorde klacht is 'traag' en/of moe zijn gedurende de dag.



5. Licht kwetsbaar

Deze mensen zijn vaak duidelijk trager en hebben hulp nodig bij complexere dagelijkse activiteiten (financiën, vervoer, zwaar huishoudelijk werk, medicatie). Typisch is dat de lichte kwetsbaarheid winkelen, alleen buiten wandelen, maaltijdbereiding en huishoudelijk werk in toenemende mate belemmert.



6. Matig kwetsbaar

Mensen hebben hulp nodig bij alle activiteiten buitenshuis en bij het huishouden. Binnenshuis hebben ze vaak problemen met traplopen en hebben hulp nodig bij het douchen en mogelijk minimale hulp (aansporen) bij het aankleden.



7. Ernstig kwetsbaar

Volledig afhankelijk van persoonlijke verzorging, ongeacht de reden (fysiek of mentaal). Ze lijken stabiel en geen hoog risico te hebben op overlijden (binnen 6 maanden).



8. Zeer ernstig kwetsbaar

Volledig afhankelijk, het einde van het leven nadert. Typisch is dat ze niet meer kunnen herstellen, zelfs niet van een milde ziekte.



9. Terminaal

Het einde van het leven nadert. Deze categorie is alleen van toepassing op mensen met een levensverwachting van minder dan 6 maanden en die niet op een andere manier duidelijk kwetsbaar zijn.

Scoring frailty in people with dementia

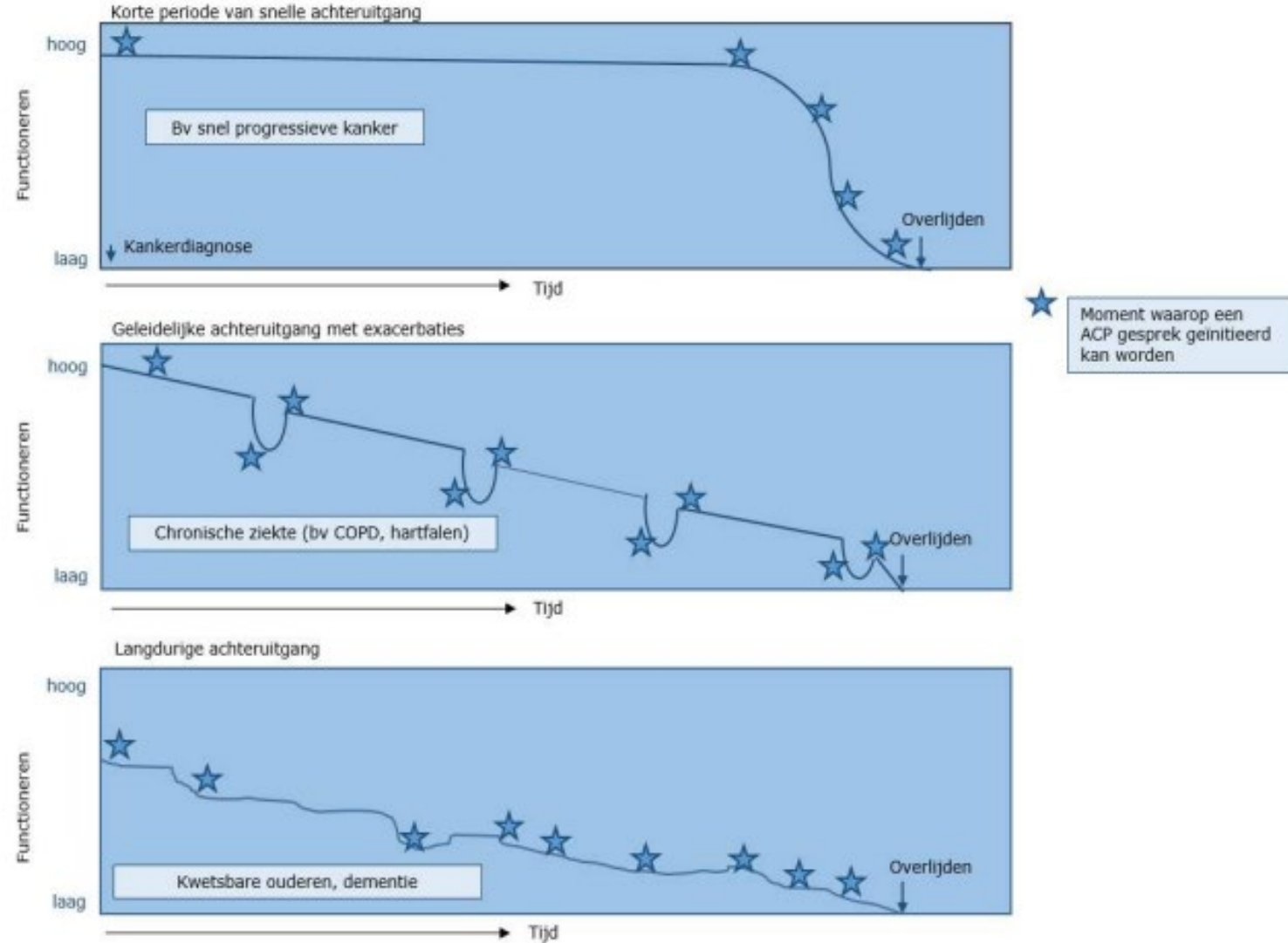
The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

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.



Momenten om te praten (haakjes)



Figuur 5: momenten waarop een ACP gesprek geïnitieerd zou kunnen worden



Wie moet het gesprek over ACP initiëren en wie moet het gesprek voeren?

Medewerkers huisartsen spoedpost (HAP)

Medewerkers ambulance

Praktijkondersteuners ouderenzorg

Verzorgenden

Casemanagers dementie

Verpleegkundigen

Huisartsen

Geestelijk verzorgers

Specialisten ouderengeneeskunde

Wijkverpleegkundigen

Specialisten in het ziekenhuis

Palliatief verpleegkundigen

Verpleegkundig specialisten

Physician assistants





Voorbeeldzinnen om het gesprek te openen

- ‘Iedere persoon voelt zich anders als zich een gezondheidsprobleem voordoet. Wat gaat er op dit moment door u heen?’

Doelen:

- ‘Wanneer u me meer vertelt over wat u belangrijk vindt, kunnen we de zorg beter op u aanpassen.’
- ‘Waar hoopt u op?’ • ‘Waar bent u bang voor?’

Keuzes:

- ‘Wat is voor u op dit moment het belangrijkste?’
- ‘Kunt u me in uw eigen woorden vertellen wat u zou willen bereiken?’



Uniform vastleggen proactieve zorgplanning

advance care planning (ACP)

Datum van invullen:

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Gesprek gevoerd door:

Naam:

Functie:

Dit formulier is ontwikkeld om afspraken voortkomend uit het proces van proactieve zorgplanning eenduidig vast te leggen. Het is GEEN afvinklijst. Het kan alleen na deskundig en genuanceerd gesprek door een zorgverlener worden ingevuld. Voor adviezen over het voeren van deze gesprekken word verwezen naar de richtlijn proactieve zorgplanning in de palliatieve fase en **Pallaweb**.

Vul 'nog onbekend' in als een onderwerp niet is besproken of als de patiënt (nog) geen mening heeft. Overweeg bij overplaatsing naar een langdurige zorgsetting gespreksverslagen over proactieve zorgplanning aan de overdracht toe te voegen.

1. Wilsbekwaamheid & Wettelijke vertegenwoordiging

Is de patiënt op dit moment wilsbekwaam m.b.t. medische behandelbeslissingen?

Ja Nee Toelichting:

Bij wilsbekwaamheid m.b.t. medische behandelbeslissingen is/wordt de wettelijk vertegenwoordiger:

a) Naam wettelijk vertegenwoordiger: b) Contactgegevens wettelijk vertegenwoordiger:

c) Relatie tot patiënt:
 Mentor/Curator Schriftelijk gemachtigde Echtgenoot/partner Ouder Kind Broer/zus Anders:

d) Is de wettelijk vertegenwoordiger ook de eerste contactpersoon? Ja Nee

e) Naam eerste contactpersoon: f) Contactgegevens eerste contactpersoon:

g) Relatie tot patiënt: Echtgenoot/Partner Ouder Kind Broer/zus Anders:

2. Gesprek gevoerd in bijzijn van

Patiënt Mentor/Curator Schriftelijk gemachtigde Echtgenoot/partner Ouder Kind Broer/zus Anders:

3. Belangrijkste overeengekomen doel van medisch beleid

Curatief / actief ziektebeleid Palliatief met als doel levensverlenging én symptoomverlichting
 Palliatief met als doel symptoomverlichting, waarbij levensverlenging niet gewenst is Nog onbekend

4. Behandelgrenzen

a) Reanimatie
 Ja Ja, maar met beperkingen: Nee Onbekend
Toelichting:

b) Kunstmatige invasieve beademing
 Ja Ja, maar met beperkingen: Nee Onbekend
Toelichting:

c) Opname op intensive care
 Ja Ja, maar met beperkingen: Nee Onbekend
Toelichting:

d) Opname in ziekenhuis
 Ja Ja, maar met beperkingen: Nee Onbekend
Toelichting:

Ga verder op de volgende pagina >

Dit formulier is met de grootst mogelijke zorg samengesteld. Aan de inhoud kunnen op geen enkele wijze rechten of aanspraken worden ontleend. Hetgeen mede inhoudt dat aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in dit formulier, voor enigszins schade of voor anderszorgige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van dit formulier is uitgesloten.

Gepubliceerd door PZNL & uitgevoerd door IKNL

vervolg behandelgrenzen:

e) Behandeling met antibiotica
 Ja Ja, maar met beperkingen: Nee Onbekend
Toelichting:

f) Toediening van een bloedproduct
 Ja Ja, maar met beperkingen: Nee Onbekend
Toelichting:

g) Overige behandelgrenzen Ja Nee Nog onbekend
Toelichting:

h) Heeft de patiënt een ICD? Ja Nee Nog onbekend
Toelichting:

i) Is er een afspraak over moment van uitzetten ICD? Ja Nee, nog geen besluit genomen Niet besproken
Toelichting gemaakte afspraken:

5. Behandelwensen

a) Wat zouden zorgverleners, volgens de patiënt, moeten weten om goede zorg te kunnen verlenen? Heeft deze patiënt specifieke wensen met betrekking tot zijn zorg? (incl. culturele/religieuze/sociale/spirituele aspecten)

b) Gewenste plek van overlijden: Thuis Ziekenhuis Verpleeghuis Hospice Anders Nog onbekend

Toelichting:

c) Euthanasie standpunt: Heeft euthanasieverklaring Wenst geen euthanasie Nog onbekend
Toelichting:

d) Keuze orgaan donatie vastgelegd in donoregister? Ja Nee Nog onbekend

6. Wat verder nog belangrijk is

7. Eerder vastgelegde behandelwensen

a) Heeft de patiënt eerder behandelafspraken vastgelegd? Ja Nee Nog onbekend
Toelichting:

b) Staan in eerder vastgelegde behandelafspraken andere wensen dan nu in deze verklaring?
 Ja Nee Nog onbekend

Ja ja, adviseer de eerder opgestelde wilsverklaring te vernietigen of aan te passen, zodat de behandelafspraken daarin overeenkomen met wat nu in deze verklaring kenbaar is gemaakt. Het intrekken of wijzigen van een levenstestament kan alleen bij de notaris.

8. Informatie delen

a) Heeft u patiënt geïnformeerd over eigen verantwoordelijkheid om deze behandelafspraken met naasten te bespreken?
 Ja Nee

b) Patiënt gaat akkoord met het delen van deze behandelafspraken met andere betrokken hulpverleners
 Akkoord Nog onbekend





Casus 3: langer bestaande multiproblematiek

- Man 76 jaar, alleenstaand - op SEH met verwardheid, mgl delier
- VG: DM, diabetische voet, atriumflutter
- Ingestuurd door SOG voor somatische screening, voor doorplaatsing naar ACU - laatste weken vaker dwaalgedrag
- 1 nacht op CCU, niet op zijn kamer te houden - 1 op 1 begeleiding nodig
- Laatste jaar 40 kg afgevallen, slechte intake, alcoholgebruik
- Neemt medicatie vaak niet in, ondanks Medido
- Wijkvpl 1x/ week hulp bij ADL en wisselen Medido rol
- Buurtcoach sinds 1,5 jr betrokken



Alcoholgebruik

- Herkennen
- Signaleren
- Bespreekbaar maken

- Iris in de Buurt
- Problematisch alcoholgebruik: verslavingszorg
- Uiterste: gedwongen opname middels RM

MINDER OF NIET DRINKEN, WAT LEVERT HET ME OP?

- > dieper slapen; uitgerust, energiever en fitter;
- > betere weerstand;
- > gezonder gewicht;
- > meer controle over invulling van de dag en eigen gedrag;
- > minder (snel) vallen;
- > veiliger fietsen en autorijden;
- > meer levenskwaliteit.

Als je dit ervaart, laat je wellicht makkelijker een glas alcohol staan.

WAAR KAN IK HULP KRIJGEN?

Als je het moeilijk vindt om minder te drinken, zoek dan iemand die jou erbij kan helpen. Naast een vriend(in) of familielid kun je terecht bij je huisarts, praktijk-ondersteuner (POH) of een medewerker van het buurt/wijkteam. Ook kun je laagdrempelig contact opnemen met een medewerker van IrisZorg Preventie. We bekijken samen in één of enkele gesprekken wat je wilt en wat je nodig hebt. Dit kan telefonisch of op een plaats die jou uit komt.

- > Kosteloos en zonder verwijzing van de huisarts
- > Bel met 088-606 1600, kies je regio en vraag naar preventie of mail naar preventie@iriszorg.nl.

Wil je meer informatie over intensievere hulpverlening, neem dan contact op met IrisZorg via 088-606 1600 of kijk op www.iriszorg.nl.

Meer informatie over alcohol vind je op www.alcoholinfo.nl.

IrisZorg zet zich in voor jongeren en volwassenen die grip op hun leven willen krijgen. Problemen op het gebied van verslaving en wonen in combinatie met werk, financiën en relaties kunnen ertoe leiden dat het leven anders loopt dan gewenst. Onze zorgtrajecten richten zich op het versterken van de eigen kracht van mensen. De omgeving van cliënten wordt hier nauw bij betrokken. IrisZorg biedt zorg bij mensen thuis en op 60 locaties in Gelderland, een deel van Overijssel en Flevoland.

IRISZORG WWW.IRISZORG.NL

55-PLUS EN ALCOHOL



IRISZORG
Grip op je leven



Crisis, gedwongen opname of zorg?

- **WLZ crisisopname**

- niet uitstelbare vraag op het gebied van verpleging en verzorging gecombineerd met verblijf, met de noodzaak voor een beschermde omgeving en permanent toezicht of een therapeutisch klimaat. Acut ontstaan, niet te voorzien (bv wegvallen mantelzorg).

- **IBS (ihkv WZD)**

- Crisis?
- Aanmelden via coördinatiepunt crisis/ kortdurend verblijf
- Opname noodzakelijk? ↗Ja: IBS afgifte en crisisplaatsin
↘Nee: geen IBS, wel crisis? Reguliere crisisregeling

- **RM (ihkv WZD)**

- Aanvraag door CIZ, huisarts, hoofdbehandelaar of wijkvpl
- Aanvraag via ATO of ROODT



Regionale afspraken: wie doet wat in ACP?

| Taken | Huisarts | Medisch Specialist | SO | Wijkvpk/ Gespec. vpk/ VS/POH | Vpk/ verzorg |
|---|----------|--------------------|-------|---------------------------------------|-----------------|
| Signaleren toenemende kwetsbaarheid | x | x | x | x | x |
| Markeren kwetsbare patiënt | X Hb* | X Hb* | X Hb* | | |
| Bespreekbaar maken met patiënt | x | x | x | x | x |
| Bewustzijn eigen regie creëren bij patiënt m.b.t afspraken over passende zorg | x | x | x | x | x |
| Patiënten stimuleren om in gesprek te gaan met arts over passende zorg | x | x | x | x | x |
| Informereren arts over patiënten die tot de doelgroep behoren en waarmee gesproken moet worden over de laatste levensfase. | | x | x | x | x (via wijkvpk) |
| Signaleren van verandering in de situatie in relatie tot wensen kwaliteit van leven | x | x | x | x | x |
| Evalueren van de behandelafspraken in relatie tot kwaliteit van leven | X Hb* | X Hb* | X Hb* | | |
| Gesprekken over wensen in de laatste levensfase als voorbereiding op de besluitvorming behandelbeleid door arts en patiënt. | x | x | x | x | |
| Vaststellen behandelbeleid c.q. beperkingen en vastleggen in HiX ¹ | X Hb* | X Hb* | X Hb* | | |

* Hb = Hoofdbehandelaar

Regionaal Transmurale Afspraak (RTA): Passende zorg in de laatste levensfase

Deze RTA beschrijft de afspraken en samenwerking tussen alle zorgprofessionals m.b.t. identificeren doelgroep, spreken over passende zorg, samenwerking en vastleggen van afspraken.



ACP: geen eenmalige interventie





Nuttige links

- <https://K:/downloads/placemat-samen-beslissen-ouderen.pdf>
- <https://www.netwerkouderenachterhoek.nl/passende-zorg-en-ondersteuning/>
- <https://www.thuisarts.nl/wensen-voor-zorg-en-behandeling>
- <https://acptoolbox.nl/>
- <https://palliaweb.nl/overzichtspagina-hulpmiddelen/uniform-vastleggen-proactieve-zorgplanning>
- <https://www.netwerkouderenachterhoek.nl/vitaal-ouder-worden/>
- <https://www.zorgstandaarddementie.nl/portfolio-items/proactieve-zorgplanning/>
- <https://www.netwerkouderenachterhoek.nl/wp-content/uploads/2021/09/F-Afspraken-VVT-aanbieders-en-GGNet-mbt-IBS-crisis-en-RM-V2.0-1.pdf>
- <https://www.hoogzorg.nl/assets/uploads/3537-DV-HOOG-toolkit-ACP-V3-DEF.pdf>



Hartelijk dank voor jullie aandacht!



Congres 'Goed gaon' | Passende zorg in de laatste levensjaren
21 maart 2024