

Samenvatting CMS-debat "Advance Care Planning"

DATUM

Dinsdag 23 mei 2023

TIJD

18.30-20.30 uur

LOCATIE

Almelounge, Erve Asito, Almelo

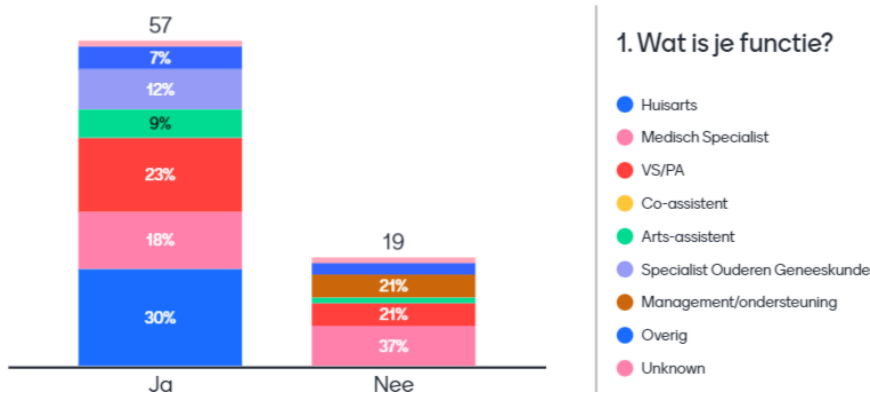
NOTULISTE

Esther Elzinga

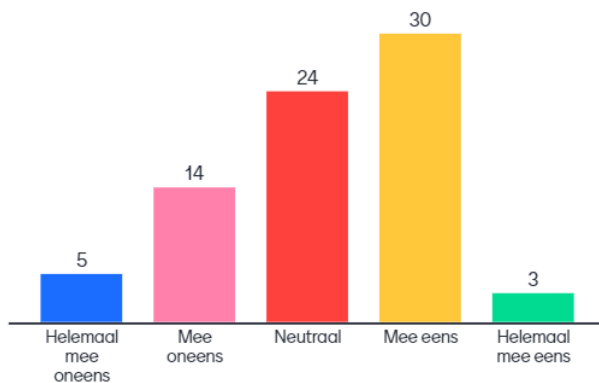
Na de opening door Bastiaan Wittekamp (intensivist) volgt een korte voorstelronde en het programma van de avond wordt besproken. Het doel van de avond is mensen te enthousiastmeren om zelf aan de slag te gaan met ACP. Hoe wordt ACP ervaren? Zijn er barrières en zoja, welke? Hoe is de onderlingen communicatie tussen zorgverleners? Wat zijn de consequenties, wat levert het op, wat kost het?

De avond is bezocht door een gemêleerd gezelschap: 17 huisartsen, 17 medisch specialisten, 17 VS/PA, 6 arts-assistenten, 7 specialisten ouderenzorg, 4 management/ondersteuning en 6 overige beroepsgroepen.

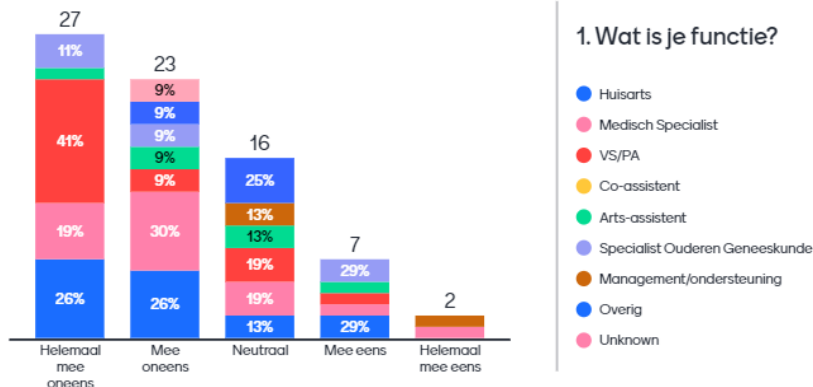
Stelling 1: Voer jij zelf ACP-gesprekken?



Stelling 2: Ik zou vaker een ACP-gesprek moeten voeren



Stelling 3: Ik laat ACP-gespreken over aan een collega



Opmerking: Als je kiest voor (helemaal) mee eens, lijkt het alsof je de ACP-gesprekken wegschuift naar anderen.

De praktijkondersteuner die deze gesprekken voert is de collega van de huisarts. Het is geen kwestie van afschuiven, maar van werkverdeling en onderlinge afspraken hierover.

Stelling 4: Wat moet in een ACP-gesprek worden besproken?

Behandelwensen/(levens)doelen van patiënt, (niet) reanimerenbeleid, kwaliteit van leven. Of men al dan niet behandeling wil ondergaan in het ziekenhuis en/of IC.

Er zijn inmiddels diverse initiatieven op het gebied van ACP opgestart, waarvoor veel aandacht is in de landelijke media. COVID heeft een versnelling gebracht, mensen werden door de beelden in de media bewuster van wat bijvoorbeeld een IC-opname inhoudt.

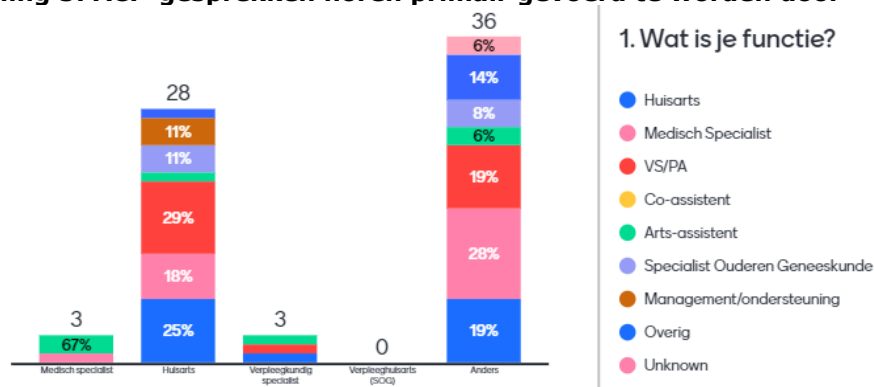
Casus 1, door Bernarda Heslinga, huisarts te Hellendoorn en voorzitter van het Palliatief team

Mevrouw A, bekend met exacerbatie, thuis behandeld met prednisolon en amoxi/clavulaan, geen eetlust dus wensdriet. Patiënte geeft aan niet meer naar het ziekenhuis te willen voor opname, mocht dit nodig zijn. Zoon is het niet eens met dit beleid en neemt contact op met huisarts, want er moet behandeling plaatsvinden. Na verslechtering van de situatie wordt mevrouw 's nachts door dienstdoende arts huisartsenpost opgenomen, de longarts start beleid op, desondanks overlijdt mevrouw de volgende nacht.

Het is een herkenbare situatie voor zowel 1^e als 2^e lijn. Hoe kan in de dienst hierop geanticipeerd worden?

- Dat mevrouw toch is opgenomen, tegen haar wens in, is enerzijds te wijten aan de zoon, die druk heeft uitgeoefend op de dienstdoend huisarts.
- Anderzijds is het in de dienst lastig om een inschatting te maken over andere patiënten dan je eigen, omdat de achtergrondinformatie over behandelwensen vaak niet of niet duidelijk genoeg in het dossier staat. Veel huisartsen zijn graag bereid, buiten werktijd, om mee te denken over hun eigen patiënt en zouden het geen probleem vinden hierover gebeld te worden. Voor de oncologen geldt hetzelfde. De dienstdoende huisarts voelt zich daarmee gesteund door de eigen huisarts/specialist van patiënt.
- Dat in een spoedsituatie de ambulance gebeld wordt, in plaats van de huisartsenpost is ook een van de redenen waarom de patiënt toch in het ziekenhuis terecht komt, ook al was dat niet de bedoeling van patiënt zelf.
- Van een dokter wordt verwacht dat je moet handelen, maar palliatieve zorg is ook handelen!

Stelling 5: ACP-gesprekken horen primair gevoerd te worden door



"Anders" in bovenstaand overzicht staat voor de hoofdbehandelaar thuis of in het ziekenhuis, degene die patiënt het vaakst ziet en op de hoogte is van zijn/haar behandelwensen.

Stelling 6: Hoe zou de communicatie binnen de lijnen verbeterd kunnen worden?

- Er is absoluut winst te behalen in de communicatie tussen huisartsen, medisch specialisten en VS-ers. VS is vaak een aanspreekpunt voor patiënt tussen 1^e en 2^e lijn, ook huisartsen weten VS-ers steeds beter te vinden. Elkaar bellen en de behandelwensen standaard opnemen in brieven (ICT-oplossing). Elkaar vaker spreken, bijvoorbeeld op dit soort bijeenkomsten.
- Het bespreken, vastleggen en documenteren van behandelwensen in het patiëntendossier.
- 1^e lijnsconsult: vraag van huisarts aan medisch specialist kan beantwoord worden op het moment dat het schikt.
- Tijdens een palliatief consult wordt er altijd een ACP-gesprek gevoerd, er is veel contact met de huisarts omdat deze patiënt het langst kent. Hij/zij kan aangeven welke informatie meegenomen moet worden in de behandeling in het ziekenhuis. Twee weken na deze consultatie, als ook het MDO is geweest, is er vanuit het palliatiefteam weer telefonisch contact met de huisarts.

Om te informeren hoe de opname gaat of is gegaan, is er iets gemist in de overdracht tussen 1^e en 2^e lijn? Dit gebeurt ook als de patiënt inmiddels is overleden.

- Als tip wordt gegeven eerst de huisarts te vragen of hij/zij een ACP-gesprek met patiënt heeft gevoerd, zodat dit in het ziekenhuis niet nogmaals gedaan wordt. Om dubbelwerk te voorkomen.
- Bij het ACP-gesprek heeft de patiënt ook zelf een rol, het kenbaar maken van zijn/haar wensen bij familie. Ook dit zou in het huisartsendossier moeten worden vastgelegd. Om situaties zoals in de eerste casus, dat de zoon het behandelplan wenst aan te passen, te voorkomen.
- Het mooiste zou zijn dat alles digitaal via een universeel systeem, liefst Twente-breed gedocumenteerd is. Te gebruiken en raadplegen door zowel 1^e als 2^e lijn, maar ook de ambulancedienst en thuiszorg-organisaties. Hierin valt absoluut een verbeterslag te maken.
- Het palliatieteam ZGT geeft patiënten een boekje over de wenselijkheid van Netwerken Palliatieve Zorg Twente. Dit boekje biedt handvatten voor gesprekken, zinvolle tips en geeft daarmee structuur, rust en inzicht. Zie voor meer informatie: <https://palliaweb.nl/netwerk-twente/patienten-en-naasten/wensenboekje>

Casus 2, door Hester Klaren, klinisch geriater en lid van het palliatief team

Mevrouw B, 83 jaar, voorgeschiedenis met chronische ruggijn en ernstig vaatlijden. Na insturen door waarnemend huisarts opgenomen met diverticulitis met perforatie, abscessen, geïnfecteerde wonden en necrotische teen. Besloten door hoofdbehandelaar in overleg met patiënte en familie tot geen operatie/stoma, maar een conservatief beleid met langdurige antibiotica. Geriater adviseert het opnieuw voeren van ACP-gesprek, patiënte lijkt niet goed op de hoogte van ernst van de situatie en de zwaarte van de behandeling. Huisarts kent patiënte goed en ondersteunt dit beleid, uiteindelijk gaat mevrouw met ontslag naar een hospice.

Stelling 7: Wat belemmert je een ACP-gesprek te doen in jouw dagelijkse praktijk?

- Werkdruk, tijdsgesprek, ontbreken van vertrouwensband: een ACP-gesprek voeren kost tijd, maar uiteindelijk win je tijd!
- Je kunt aan patiënt aangeven niet overal een antwoord op te hebben, soms is de prognose moeilijk voorspelbaar.
- Voorgeschiedenis van patiënt biedt vaak een duidelijke inkijk in eerdere afwegingen.
- Bij patiënten met dementie moet de naaste familie ook bij het ACP-gesprek worden betrokken.
- Voor mensen met geloofsovertuiging moet duidelijk zijn dat een ACP-gesprek niet hoeft te lijden tot palliatief beleid, ook doorbehandelen tot het einde kan een optie zijn.
- Anderzijds zijn we misschien ook doorgeslagen in shared decision, soms is het medisch niet zinvol om door te behandelen. Ook op medische gronden kiezen voor niet reanimeren is soms voor patiënten/naaste familie moeilijk te begrijpen.

Stelling 8: Wat is voor jou een reden om een ACP-gesprek te initiëren?

- De levenskwaliteit, leeftijd van patiënt.
- Ernst van de situatie of algehele achteruitgang, bij niet-curratieve diagnose.
- Vraag van betrokkene of bij twijfel over zinvolheid van verdere therapie.
- Bij elke opname in ziekenhuis/verpleegtehuis. Het toetsen van wat patiënt en naasten denken en dit vergelijken met het behandelplan en afstemmen van wensen.
- Opvallend is dat patiënt vaak al verder is in het proces zijn dan de naaste familie, het is belangrijk dat verwachtingsmanagement besproken gaat worden.
- Meer aandacht voor wat een opname op IC eigenlijk inhoudt.
- Geen reanimatie betekent niet dat de behandeling stopt.

Presentatie door D.H.T. Tjan, anesthesioloog-intensivist/medisch leider acute zorg en Emmy Maats, arts ACP, Gelderse Vallei Ziekenhuis

De presentatie zal als bijlage bij deze samenvatting worden meegestuurd.

Vragen/opmerkingen naar aanleiding van de presentatie:

- Er is geen wetenschappelijk bewijs dat COVID een boost heeft gegeven aan ACP, maar dit lijkt wel aannemelijk. Mensen hebben in de media de beelden van IC's uit China en Italië gezien en vervolgens besloten dit zelf niet mee te willen maken.
- Gelderse Vallei heeft te maken een gelovige regio, toch wordt het ACP-gesprek met de patiënt gevoerd. Opvallend is de proactieve houding bij mensen die eerder zo'n gesprek hebben gehad, afgezien van hun geloofsovertuiging.
- Voelt wat vreemd dat er een ACP-poli is opgericht, raak je dan juist niet verder weg van het ACP-gesprek op de poli? De ACP-gesprekken worden ook nog steeds op de poli gevoerd, juist de wat complexere gesprekken komen op de ACP-polikliniek.

- Voor digitale gegevensuitwisseling neemt Gelderse Vallei deel aan een pilot van IKNL, de implementatie staat nog in de kinderschoenen. Elke organisatie werkt met een eigen systeem, de gedachte van IKNL is een soort overkoepelend systeem te ontwerpen, waarmee je elkaars systeem kunt inzien en raadplegen. ZGT heeft volgende week een gesprek met IKNL, om te bekijken of zij deel kunnen nemen aan de pilot.
- Zoals al eerder aangegeven is het belangrijkste onderdeel van ACP-voorlichting. Bij voorbeeld bij een reanimatievraag, mensen willen gereanimeerd zonder te weten wat de gevolgen zijn voor de kwaliteit van leven (IC-opname, revalidatie).
- ACP-tabblad in HIX 6.3, is een zeer uitgebreid tabblad met veel ruimte voor vrije tekst. Kan wel geslept worden in het patiëntendossier, maar palliatiefteam kan omgekeerd niet gebruik maken van het tabblad door hun gegevens van het consult hierin te slepen. Een gemiste kans want de functionaliteit schiet te kort en er wordt daardoor geen gebruik gemaakt van het tabblad.

Conclusie:

Communicatie is en blijft een lastig punt, de intentie om te verbeteren is vanavond duidelijk geworden. Evenals het belang van het voeren van een ACP-gesprek. De rol van de patiënt zijn/haar naaste familie, maar ook het belang van het wensenboekje (: <https://palliaweb.nl/netwerk-twente/patienten-en-naasten/wensenboekje>) geeft goede handvatten om het ACP-gesprek te voeren en maakt het voor de patiënt makkelijker zich voor te bereiden op dit gesprek.

Bastiaan Wittekamp sluit de avond af en bedankt ieder voor de aanwezigheid en de deelname aan dit debat.