Palliatieve zorg bij COPD

Trainingsmodule

Dit trainingsmateriaal is geschreven voor zorgverleners die binnen zorginstellingen (gaan) werken aan de integratie van palliatieve zorg in COPD-zorg. Het is een uitgave van Longalliantie Nederland (LAN). De ontwikkeling van de training is onderdeel van het Compassion project en is mogelijk gemaakt door een subsidie van het ZonMw, programma 'Palliantie. Meer dan zorg'.

Auteurs

- J. (Johanna) Broese MD, arts onderzoeker Compassion project (LAN en LUMC)
- Drs. L. (Lidewij) Sekhuis, senior projectleider Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname (LAN)
- Dr. E.M.L. (Els) Verschuur, senior projectleider Compassion project (LAN)

Uitgever
Longalliantie Nederland (LAN)
Stationsplein 125
3818 LE Amersfoort
Telefoonnummer: 033- 421 84 18

© Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Long Alliantie Nederland.

Versie februari 2020

Inhoudsopgave

1 Training Palliatieve zorg bij COPD

1.1 Doel van de training

1.2 Voorbereiding en programma training

1.2.1 Trainingssessies

2 Trainingssessie 1

2.1 Programma sessie 1

2.2 Casus Mevrouw B.

3 Notities deel 1

4 Trainingssessie 2

4.1 Programma sessie 2

4.2 Opdracht ter voorbereiding

5 Notities deel 2

Bijlage I: Voorbereidende opdracht trainingssessie 2: Huidige palliatieve zorg aan COPD-patiënten en wenselijke situatie

1 Training Palliatieve zorg bij COPD

1.1 Doel van de workshop

Het multidisciplinair behandelteam maakt kennis met het palliatieve zorg bij COPD en leert aan de hand van casuïstiek om dit in de praktijk te brengen. Voor de training is een stappenplan ontwikkeld door vertegenwoordigers van beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen. Het stappenplan in verwerkt in een online toolbox. Deze toolbox is gedurende het project beschikbaar voor de deelnemende teams. Na het project is de online toolbox voor breder publiek beschikbaar.

De deelnemer:

1. Krijgt handvatten aangereikt t.a.v.: herkennen van palliatieve fase bij mensen met COPD, voeren van het proactieve zorgplanning (PZP) gesprek, dyspneu management (zowel farmaceutisch als non-farmaceutisch), assessment 4 dimensies (4D) en de vertaling van de uitkosten assessment naar het Individueel Zorg Plan (IZP) en naar zorg/beleid afgestemd op de wensen en behoeften van patiënt en naasten, en waarborgen coördinatie, continuïteit en organisatie van zorg, zowel binnen de eigen setting als tussen 1e en 2e lijn
2. Verkent eigen barrières en attitude t.a.v. patiënten met COPD (bewustwording), en de barrières van patiënten
3. Vergaart kennis over de inhoud en de methode van het stappenplan, zoals dat in de online toolbox is weergegeven
4. Is in staat het de stappen, handvatten en hulpmiddelen uit de online toolbox in de praktijk toe te passen

1.2 Voorbereiding en programma training

De opzet van de training is gericht op kennisoverdracht en interactieve deelname. De training bestaat uit twee sessies van elk 3 uur. Met opdrachten en verschillende werkvormen wordt de deelnemer geactiveerd de eigen praktijksituatie te bekijken en deze tijdens de bijeenkomsten in te brengen. Voor de tweede bijeenkomst krijgen de deelnemers een voorbereidende opdracht. De uitwerking van deze opdracht zal 2 uur tijd vergen.

1.2.1 Trainingssessies

De training bestaat uit twee sessies, gepland op twee dagen. Tussen de twee bijeenkomsten zit minimaal 1 maand, zodat er voldoende tijd is om de eerste stappen al in praktijk te brengen en te werken aan de voorbereidende opdracht voor de tweede sessie. De eerste sessie is vooral gericht op de inhoud en het gebruik van de online toolbox Palliatieve zorg bij COPD en op het oefenen van PZP gesprekken. In de tweede sessie wordt de inhoud en de opgedane ervaringen uit de praktijk gecombineerd en is daarnaast meer gericht op interdisciplinaire samenwerking in de eigen setting en tussen de 1^{e} en 2^{e} lijn.

2 Trainingssessie 1

2.1 Programma sessie 1 (3 uur)

De inhoud van deze bijeenkomst bestaat uit de volgende onderdelen:

- Welkom en kennismaken
- Inleiding palliatieve zorg volgens Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland en inleiding palliatieve zorg bij COPD
- Uitleg en gebruik van de online toolbox Palliatieve zorg bij COPD
- Oefenen van de 4D assessment, opstellen van het IZP en PZP gesprek aan de hand van een casus

2.2 Casus Mevrouw Boon

Mevrouw Boon is 70 jaar en heeft het afgelopen jaar diverse malen ’s nachts een beroep gedaan op de huisartsenpost wegens ernstige dyspnoe met daarbij paniek en angst om te stikken. Meestal volgde opname in het ziekenhuis. Zij is nu voor de vijfde keer opgenomen wegens een longaanval. In het ziekenhuis kreeg ze zuurstof en werd een prednisonkuur gestart.

Zij is gehuwd en heeft geen kinderen. Ze woont met haar man in een rijtjeshuis en heeft 7 katten. Er zijn geen broers of zussen. In het verleden was zij medewerker op een postkantoor. Behoudens het zorgen voor de katten, breit zij graag voor de voedselbank en het Diaconaat. Ze rookt nog steeds een aantal sigaretten per dag.

Haar grootste klacht is vermoeidheid en benauwdheid. Haar man doet grotendeels het huishouden waaronder de boodschappen omdat het haar niet meer lukt. Traplopen gaat steeds lastiger en ze ziet daar steeds meer tegenop, maar ze wil per se boven slapen. Daarnaast klaagt ze over pijn bij het hoesten.

Medische voorgeschiedenis:

COPD Gold III-IV (FEV1 35%)

Hypertensie

Hypercholesterolemie

Diabetes type 2

Nierfalen (eGFR < 30 mL/min)

Presbyacusis, waarvoor beiderzijds gehoorapparaten

Anemie eci

Huidige medicatie: prednison afbouwschema, Spiriva 1 dd 18 ugr, Ventolin 4-6 dd 1 puf, perindopril 4 mg 1dd1, metformine 500 mg 2dd2, simvastatine 40 mg 1dd1, Calcichew 800 ie 1dd1, tramadol 50 mg 3dd z.n., codeïne 10 mg max 4dd z.n.

3 Notities sessie 1

Wat zijn de kernwaarden, principes, methodes en procedures van palliatieve zorg op welke wijze ga je deze kernwaarden, principes, methodes en procedures integreren in de zorg voor mensen met COPD?

Welke barrières herken je bij jezelf als zorgverlener als het gaat om een gesprek aan te gaan met patiënten over de palliatieve fase? Hoe ga je hier mee om?

Welke barrières hebben volgens jou patiënten (en naasten) als het gaat om een gesprek aan te gaan met zorgverleners over de palliatieve fase? Hoe ga je hier mee om?

Op welke wijze stel je vast je of er sprake is van de palliatieve fase (palliatieve zorgbehoeften) bij een patiënt?

Welke informatie inventariseer je tijdens de anamnese en de assessment van de 4 dimensies fysiek, psyche, sociaal en zingeving/spiritualiteit?

Hoe start je een PZP gesprek en welke onderwerpen wil je bespreken?

4 Trainingssessie 2

4.1 Programma sessie 2 (3 uur)

De inhoud van deze bijeenkomst bestaat uit de volgende onderdelen:

- Beantwoorden van vragen vanuit de praktijk
- Dyspnoemanagement
- Continuïteit, coördinatie en organisatie van palliatieve zorg in eigen regio
- Evaluatie en afsluiting

4.2 Opdracht ter voorbereiding (2 uur)

Als voorbereidende opdracht wordt aan de deelnemers gevraagd om de werkelijke situatie en de wenselijke situatie in beeld te brengen als het gaat hoe palliatieve zorg in de eigen regio invulling krijgt en is georganiseerd. De opdracht is te vinden in Bijlage I.

5 Notities sessie 2

Wat is je aanpak t.a.v. ernstige benauwdheid?

Hoe bepaal je proactief de zorg / het beleid?

Hoe wordt continuïteit van zorg gewaarborgd?

Welke afspraken zijn gemaakt over samenwerking, organisatie, continuïteit en coördinatie van palliatieve zorg in de eigen regio? En op welke wijze worden deze afspraken geëvalueerd en geborgd?

Bijlage I: Voorbereidende opdracht trainingssessie 2: huidige palliatieve zorg aan COPD-patiënten en wenselijke situatie

Ingevuld door (svp naam en functie): ……..

Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (2017) beschrijft waar de zorg voor patiënten in de palliatieve fase aan moet voldoen en geeft zorgverleners een leidraad hoe deze zorg het beste is uit te voeren (https://www.pallialine.nl). De beschreven zorg in het Compassion-project (zie online toolbox) onderschrijft deze werkwijze en geeft zorgverleners nog meer houvast hoe zij deze zorg bij patiënten met COPD kunnen uitvoeren.

Het kwaliteitskader is opgebouwd uit verschillende domeinen die gezamenlijk de gehele scope van zorg aan patiënten in de palliatieve fase en hun naasten bevatten. Afzonderlijk geven ze richting in de gewenste wijze van handelen omtrent een bepaald aspect van de zorg. Bij elk domein kent een standaard die daarna wordt onderbouwd door criteria.

Hieronder vindt u een selectie van deze standaarden. Wilt u bij elke standaard aangeven **hoe dit op dit moment voor COPD-patiënten in uw werk wordt ingevuld en uitgevoerd**, en vervolgens **wat volgens u de wenselijke situatie is**?

	Huidige situatie *Welke zorg wordt geleverd en hoe uitgevoerd? Wie voert dit uit? Hoe is deze zorg geborgd? Zijn er reeds hulpmiddelen/hulptroepen die kunnen worden ingezet, etc.*	**Wenselijke situatie** *Welke zorg wordt geleverd en hoe uitgevoerd? Wie voert dit uit? Hoe is deze zorg geborgd? Welke hulpmiddelen/hulptroepen zou je willen inzetten?, etc.*
Standaard Markering van de palliatieve fase Patiënten in de palliatieve fase worden tijdig herkend *(in deze situatie een COPD-patiënt)*		

	Huidige situatie *Welke zorg wordt geleverd en hoe uitgevoerd? Wie voert dit uit? Hoe is deze zorg geborgd? Zijn er reeds hulpmiddelen/hulptroepen die kunnen worden ingezet, etc.*	**Wenselijke situatie** *Welke zorg wordt geleverd en hoe uitgevoerd? Wie voert dit uit? Hoe is deze zorg geborgd? Welke hulpmiddelen/hulptroepen zou je willen inzetten?, etc.*
Standaard Proactieve zorgplanning Proactieve zorgplanning wordt tijdig en op passende wijze aan de orde gesteld, bij voorkeur door de hoofdbehandelaar of centrale zorgverlener of door de patiënt en diens naasten. De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het individueel zorgplan. Proactieve zorgplanning wordt herhaald wanneer de situatie van de patiënt daar aanleiding toe geeft.		
Standaard Fysieke dimensie De fysieke symptomen van een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid worden volgens geldende richtlijnen en inzichten behandeld, waarvan op grond van kennis en kunde gefundeerd mag worden afgeweken en waarbij behandeling is afgestemd op de individuele patiënt. De hiervoor benodigde (hulp)middelen (zoals medicatie, subcutane pompen of een hoog-laag bed) dienen in voldoende mate voorhanden te zijn.		

	Huidige situatie *Welke zorg wordt geleverd en hoe uitgevoerd? Wie voert dit uit? Hoe is deze zorg geborgd? Zijn er reeds hulpmiddelen/hulptroepen die kunnen worden ingezet, etc.*	**Wenselijke situatie** *Welke zorg wordt geleverd en hoe uitgevoerd? Wie voert dit uit? Hoe is deze zorg geborgd? Welke hulpmiddelen/hulptroepen zou je willen inzetten?, etc.*
Standaard Psychische dimensie De zorgverlener heeft samen met de patiënt en diens naasten aandacht voor de psychische gevolgen van een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en de aanwezigheid van eventuele psychiatrische symptomen. Het doel hiervan is om het psychisch welbevinden van de patiënt en diens naasten te vergroten door onder meer de coping te verbeteren. De zorgverlener doet dit aan de hand van geldende richtlijnen en inzichten.		
Standaard Sociale dimensie De zorgverlener staat samen met de patiënt en diens naasten stil bij hun sociale context, zodat aan hun doelen, wensen en behoeften tegemoet gekomen kan worden, sterke kanten benut kunnen worden en het welbevinden van de patiënt en diens naasten kan worden vergroot. Zowel de patiënt als de naasten ervaren passende aandacht en ondersteuning bij het omgaan met elkaar.		

	Huidige situatie *Welke zorg wordt geleverd en hoe uitgevoerd? Wie voert dit uit? Hoe is deze zorg geborgd? Zijn er reeds hulpmiddelen/hulptroepen die kunnen worden ingezet, etc.*	**Wenselijke situatie** *Welke zorg wordt geleverd en hoe uitgevoerd? Wie voert dit uit? Hoe is deze zorg geborgd? Welke hulpmiddelen/hulptroepen zou je willen inzetten?, etc.*
Standaard Spirituele dimensie De patiënt en diens naasten ervaren aandacht voor wat voor hen van betekenis is en ontvangen passende ondersteuning bij spirituele en existentiële vragen en behoeften.		
Standaard Coördinatie & continuïteit Rondom de patiënt en diens naasten wordt een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners gevormd dat op ieder moment beschikbaar is. Beschikbare voorzieningen en expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen. Dit team werkt op basis van het individueel zorgplan, met de centrale zorgverlener als verbindende schakel.		

	Huidige situatie *Welke zorg wordt geleverd en hoe uitgevoerd? Wie voert dit uit? Hoe is deze zorg geborgd? Zijn er reeds hulpmiddelen/hulptroepen die kunnen worden ingezet, etc.*	**Wenselijke situatie** *Welke zorg wordt geleverd en hoe uitgevoerd? Wie voert dit uit? Hoe is deze zorg geborgd? Welke hulpmiddelen/hulptroepen zou je willen inzetten?, etc.*
Standaard Mantelzorg De mantelzorger wordt door zorgverleners en vrijwilligers erkend als díe naaste die een belangrijke rol heeft in de zorg voor de patiënt en wordt daar actief bij betrokken. Tevens wordt hij op basis van zijn specifieke waarden, wensen en behoeften ondersteund en begeleid en voorzien van informatie. Eén of meerdere naasten kunnen deze rol hebben.		
Standaard Verlies en rouw (Nazorg) De patiënt, diens naasten, zorgverleners en vrijwilligers ervaren passende aandacht voor verlies en (anticipatoire) rouw. Waar nodig of gewenst dient professionele begeleiding beschikbaar en toegankelijk te zijn. Hierbij wordt extra aandacht geschonken aan nabestaanden die zich in een afhankelijkheidspositie van de patiënt bevinden.		

Ruimte voor opmerkingen