

# Palliatieve zorg voor hartfalenpatiënten in de praktijk

## Van ziekenhuis naar eerste lijn

Christa Takens

Klinisch geriater i.o. – klinisch farmacoloog i.o.

E. Muller

Internist-oncoloog

<b>Geen (potentiële) belangenverstrengeling</b>	
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties:	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sponsoring of onderzoeksgeld</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• N.v.t.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Honorarium of andere (financiële) vergoeding</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• N.v.t.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aandeelhouder</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• N.v.t.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Andere relatie, namelijk</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• N.v.t.</li></ul>

- Hoe doen wij dat / hoe doet u dat
- Praktijkevaluatie
- Adviezen voor de toekomst

Wij hebben in onze werkwijze/ instelling het volgende;

- A) een palliatief team dat terminale hartfalen patiënten in het ziekenhuis bezoekt voor ze terug naar huis gaan maar geen anticiperend zorgplan maakt
- B) een palliatief team dat terminale hartfalen patiënten ziet in de kliniek en een op de patiënt afgestemd anticiperend zorgplan maakt
- C) geen van de bovenstaande werkwijzen

Als cardioloog/ AIOS/ vpk specialist bespreek ik de slechte prognose met ingaan van de laatste fase;

A) aan bed en/of tijdens de visite

B) in een apart gepland gesprek met familie erbij

C) dit laat ik aan het palliatief team of de huisarts

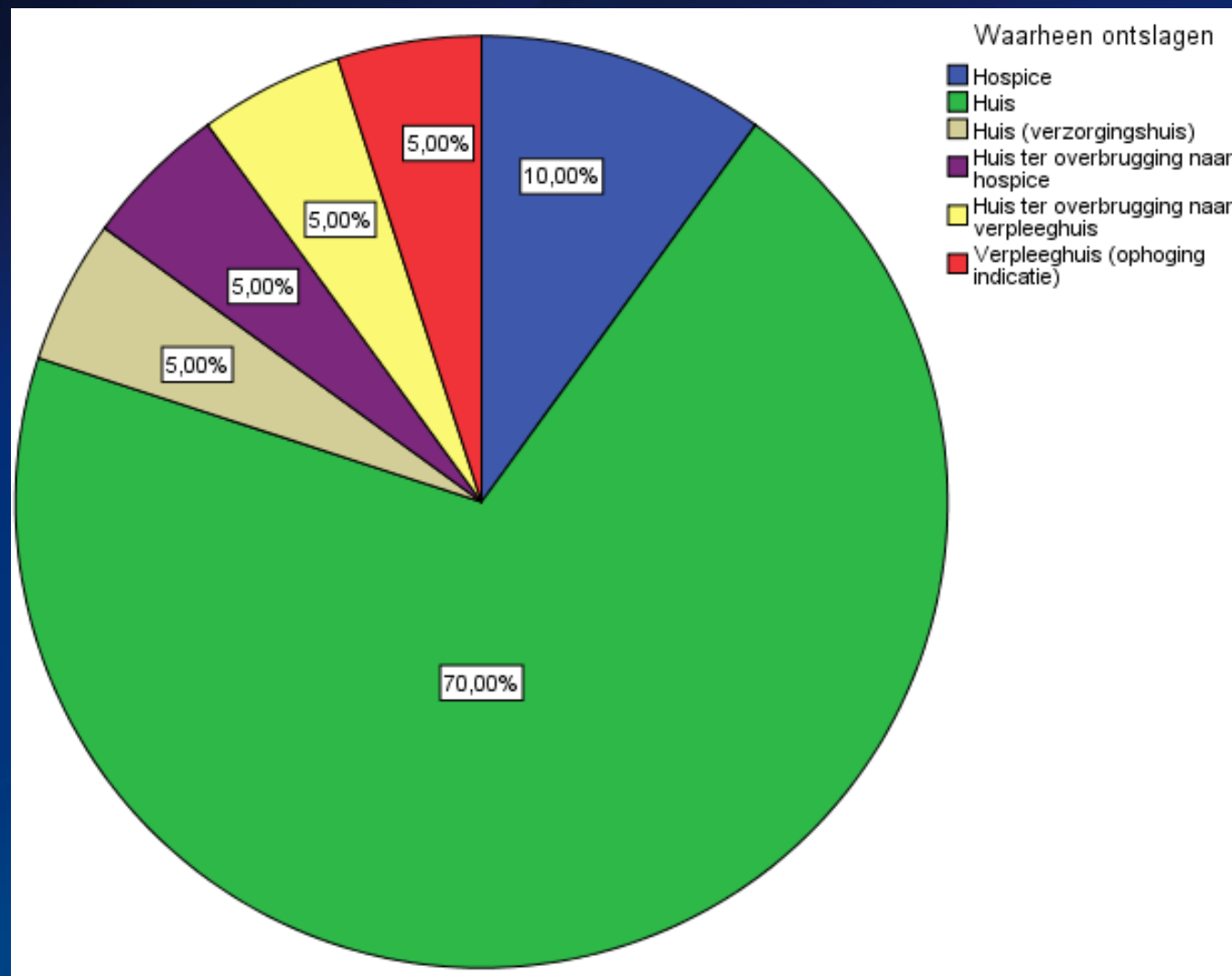
# Praktijkevaluatie werkwijze Slingeland

- Wat gebeurt er met de hartfalen patiënten na het consult?
- Wat gebeurt er met onze adviezen?
- Wat zou de patiënt/mantelzorger graag willen veranderen?
- Wat wil de huisarts van de cardioloog en het palliatief team?

- 28 Patiënten gezien door het intramuraal palliatief team met primair terminaal hartfalen die het ziekenhuis verlaten hebben in nov 2016 t/m maart 2017 (8 overleden)
- 20 diepte interviews met patiënt of mantelzorger
- 17 diepte interviews met hun eerstelijnszorgverlener
- 3-6 maanden na eerste consult



- Gemiddeld 82 jaar (57-94)
- Aortaklepstenose, ischemische cardiomyopathie, ICD/PM
- Nierfunctiestoornissen, actuele infectie, insulten, CVA
- CLL, B-cellymfoom, mammacarcinoom, dementie, COPD



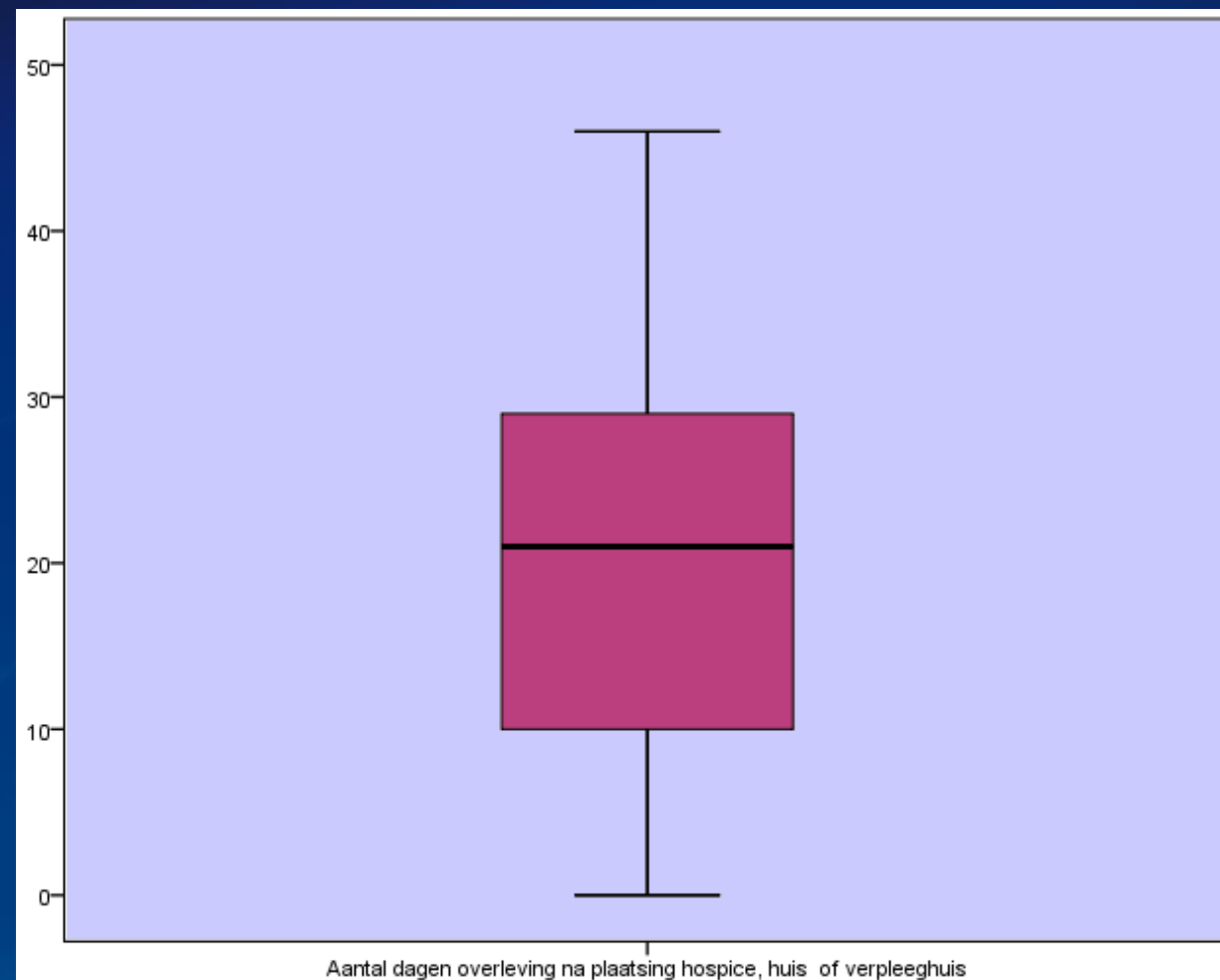
- 11 patiënten nog contact met het ziekenhuis
- 2 heropnames in avond/nacht (verandering plan, pneumonie)
- 6 patiënten zijn in totaal nog 9 keer poliklinisch bij specialisten geweest
- 3 alleen nog telefonische contacten

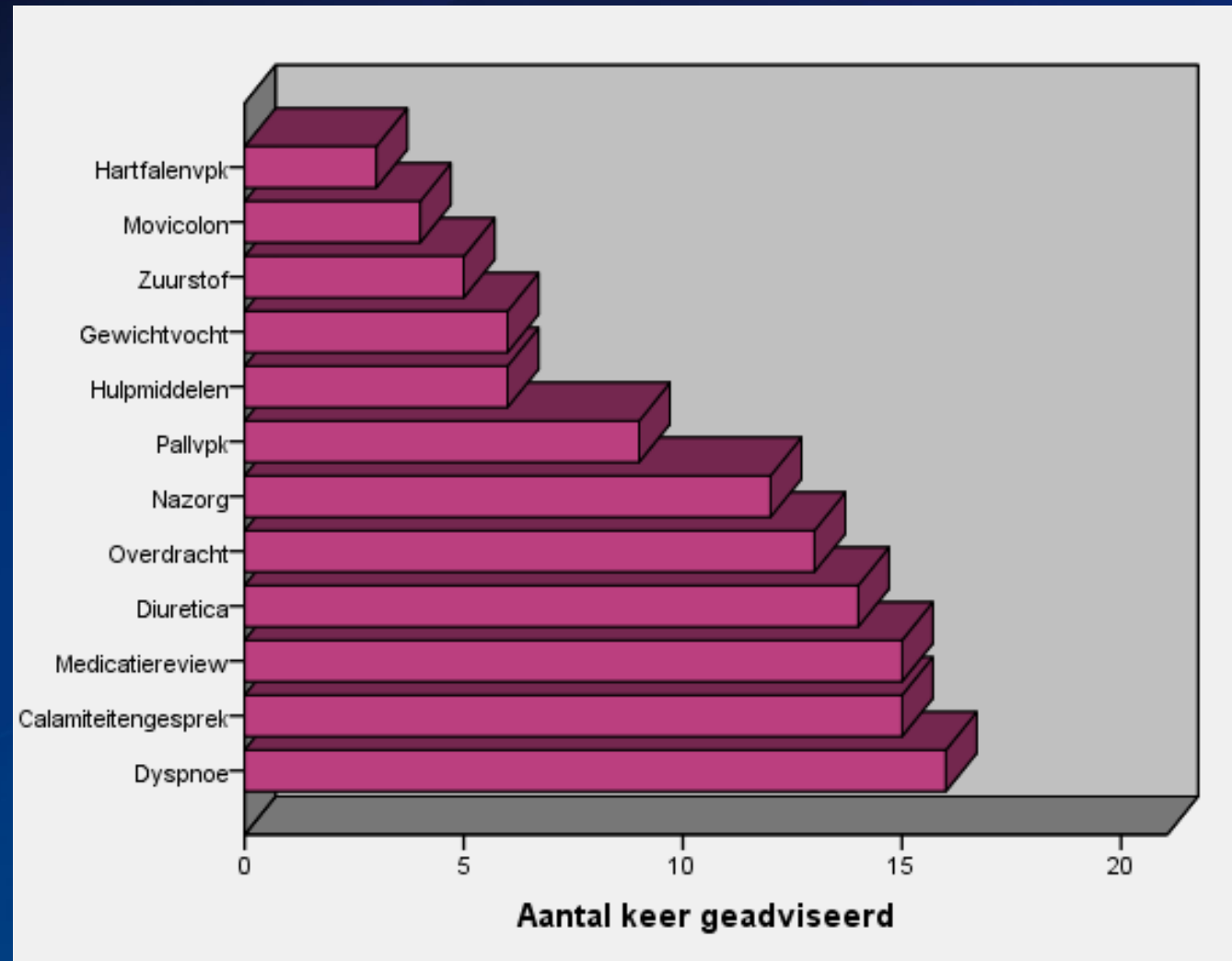
## Voorspelling

- 7 patiënten terminaal
- 9 patiënten palliatief twijfel/niet bes.
- 3 patiënten palliatief niet terminaal
- 1 patiënt maximaal een jaar

## Resultaten (interview 13-24 wk)

- 6 patiënten nog in leven
- 14 patiënten overleden





# Wat could possibly go wrong in 48 days?

- WORDCLOUD

- Palliatief verpleegkundige verloren
- Insuline gestopt bij een levensverwachting > 3 maanden waardoor terug naar het ziekenhuis
- Binnen twee uur na overplaatsing naar het hospice overleden
- Terminaal verklaring gekregen waarmee gewenste verpleeghuisaanvraag werd gecancelled
- Per ongeluk op controle in het ziekenhuis gekomen bij de cardioloog
- Niet mogelijk om orale noodmedicatie in te nemen door sufheid

## Positieve punten

- Timing palliatief team precies goed (60%), te laat (20%)
- 75% tevreden tot zeer tevreden met consultatie door het palliatief team (zeer duidelijke adviezen, juiste benadering)
- Dit interview therapeutisch



## Verbeterpunten

- Bij eenmalig contact weinig of geen herinnering van adviezen of bezoek palliatief team
- 65% belangrijke klachten of problemen zijn niet ter sprake gekomen in het palliatieve zorggesprek
- 25% had eerder adviezen voor zijn/ haar klachten gewild via hartfalenpoli
- Communicatie: zonder mantelzorger, prognose aan bed, angst

Bij 45% na ontslag dyspnoe niet op de voorgrond, wat dan wel?

- Communicatieproblemen tussen partners of overige familieleden
- Verwardheid/onrust
- Pijnklachten
- Extreme vermoeidheid
- Vallen/ mobiliteitsproblemen met eventuele fractuur
- Problemen met de katheter
- Acute infectie
- Persisterende insulten

- 53% niet tevreden met de overdracht (te standaard, hoofbehandelaar, verouderd)
- 12% eerstelijnszorgverleners maakten daadwerkelijk gebruik van de medicatie adviezen
- 29% voerde een calamiteitengesprek voor nieuwe problemen ontstonden
- Plaatsbepaling door de hoofdbehandelaar moet eerst, mag in brief
- Overleg met huisarts door palliatief team voor ontslag, liefst telefonisch
- Stem de inhoud van de brief af op de ontvanger (niet voor patiënt en zorgverlener)

# Adviezen voor de toekomst

- Communicatie over de palliatieve fase door de hoofdbehandelaar in apart familiegesprek – aandacht voor angst
- Vraag op tijd het palliatief team, dit heeft meerwaarde volgens de patiënt
- Bepaal zelf de fase en meerwaarde van opnieuw insturen, communiceer dit in een brief naar de huisarts
- Denk aan het ICD/ pacemaker beleid!

- Nog winst te boeken in nog beter bij de individuele patiënt aansluiten
- Ondanks behoefte aan toenemende richtlijnen en protocollen: de standaard palliatieve hartfalen patiënt bestaat niet
- De problematiek na ontslag wordt grotendeels bepaald door de co-morbiditeit
- Overweeg steekproefsgewijs nagesprekken met familie en/of patiënt