

Geriatric teams in ziekenhuizen omarmen palliatieve zorg

Dankzij subsidie van *Kom op tegen Kanker* werken verschillende afdelingen geriatrie in Vlaanderen actief aan goede zorg in de stervensfase. Dat doen zij met de 'Zorgleidraad laatste levensdagen', een praktische tool die de zorg verbetert.

tekst **Ria Goris**

Ik voel me er het meest fier over dat de open communicatie over het levenseinde niet alleen de zorg voor stervenden heeft verbeterd, maar ook de vertrouwensrelatie met familieleden,' vertelt Chris Van Uytfange, hoofdverpleegkundige geriatrie van het AZ Sint-Blasius in Dendermonde. 'In het begin was er wel wat weerstand tegen dit programma: 'Nog maar iets dat erbij komt'. Maar we hebben het eigen accenten kunnen geven en het werkt nu voor ons', vertelt verpleegkundige en wondzorgspecialist Robrecht Reynders van het Jessa Ziekenhuis campus Salvator in Hasselt. Hun afdelingen namen deel aan 'Zorgprogramma laatste levensdagen' dat het levenslicht zag in een samenwerking van de UGent en VUB, onder leiding van professor Luc Deliens. Kern van het programma is om patiënten in de palliatieve fase op een afdeling geriatrie niet onnodig door te behandelen. Het doel is om het nakende levenseinde zo comfortabel en pijnvrij mogelijk te maken. Ook in acute ziekenhuizen.

Multidisciplinaire samenwerking

Voor 'Zorgprogramma laatste levensdagen' werd de inspiratie gevonden in Engeland, waar hospicezorg voor stervenden werd vertaald naar het ziekenhuis. Het Liverpool Care Pathway for the dying, kortweg LCP, was geboren, en vond navolging in Nederland, niet enkel in ziekenhuizen, maar bijvoorbeeld ook in woonzorgcentra. Trainers van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) hebben het op hun beurt helpen implementeren op een aantal geriatrieafdelingen in Vlaanderen, met financiële steun van Kom op tegen Kanker en van het Instituut voor Innovatie door Wetenschap en Technologie (IWT). Oorspronkelijk gingen vijf pilootafdelingen geriatrie van algemene ziekenhuizen in Vlaanderen in zee met

dit programma.¹ Van elke afdeling volgden minstens één arts en één verpleegkundige de intensieve tweedaagse opleiding.

Zorgleidraad

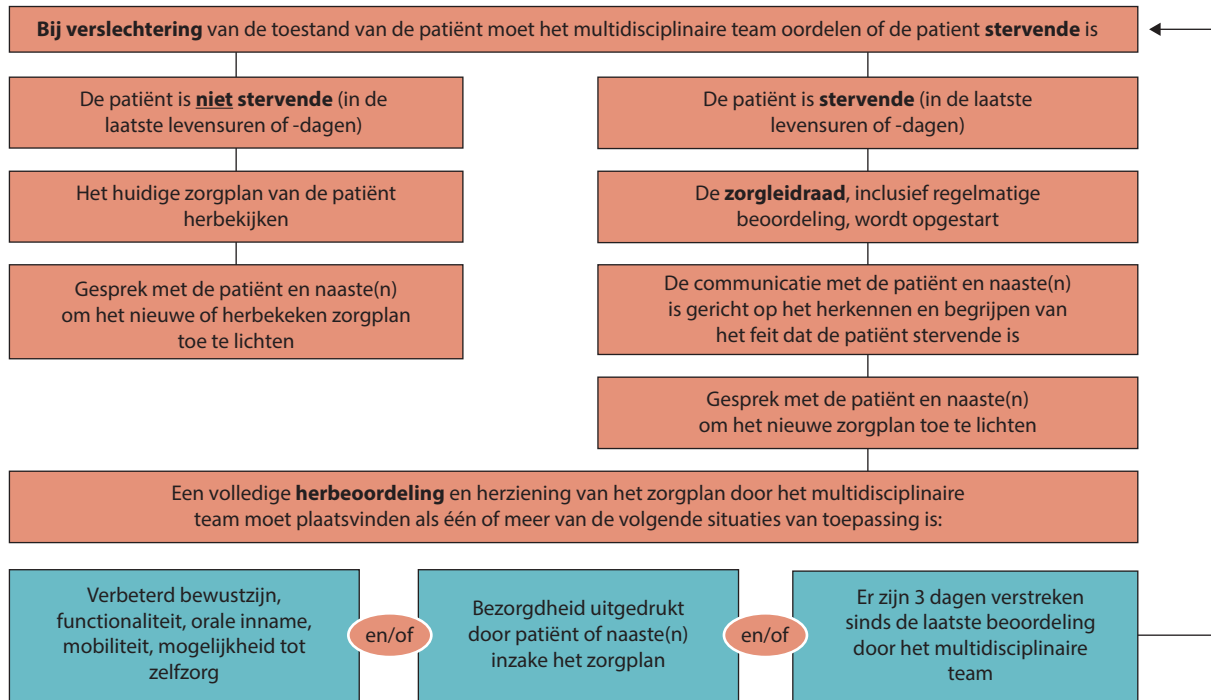
In het zorgprogramma werd de 'Zorgleidraad laatste levensdagen' opgesteld. Deze bestaat uit drie fases:

1. Opstartfase.
2. Continue evaluatie van de zorg tijdens de laatste levensdagen of -uren.
3. Zorg na het overlijden.

In de opstartfase registreren de arts en verpleegkundigen of de patiënt inderdaad in de finale dagen van zijn leven is (komt hij nog uit bed, is hij subcoma-teus, ...), welke zorg nog aangewezen is en welke niet meer. Herkenning en diagnosticeren van 'stervende zijn' is altijd complex, ongeacht vorige diagnoses of

'Dankzij het programma zitten de zorgverleners nu meer op één lijn'

Opstarten van de Zorgleidraad



Bron: Zorgleidraad laatste levensdagen.

de medische voorgeschiedenis. Verder bekijkt de verpleegkundige in deze fase of de patiënt een bepaalde wilsuitdrukking kenbaar gemaakt heeft, en wie in de omgeving verwittigd moeten worden. De arts speelt een grote rol bij de beoordeling of de patiënt aan zijn laatste dagen is, en neemt de beslissing om te starten met de zorgleidraad doorgaans in overleg met verpleegkundigen van de afdeling en iemand van het palliatief support team. De naasten krijgen de folder ‘de stervensfase’ aangereikt. Deze geeft informatie over verschijnselen die zich kunnen voordoen in de laatste dagen/uren van het leven. De folder kan worden gegeven tijdens het gesprek over het verwachte naderend overlijden. Het kan naasten helpen als zij de gegeven informatie na het gesprek nog eens rustig willen lezen.

In fase 2 wordt de zorg tijdens de laatste levensdagen of -uren continu beoordeeld, dat wil zeggen dat verpleegkundigen het comfort en de noden van de patiënt om de vier uur monitoren en registreren (en zo nodig actie on-

dernemen). Hiervoor hanteren ze een concrete checklist, zodat er niets dat van belang is vergeten wordt (zie kader). Het is de bedoeling kort op de bal te spelen. Bij verergering van bepaalde symptomen kunnen verpleegkundigen meteen verlichting brengen, of overleg plegen met collega's of een arts.

Ten slotte krijgt ook de zorg na overlijden in de derde fase de nodige aandacht: wie moet verwittigd worden? Hoe kunnen de nabestaanden het best bijgestaan worden? Hoe omgaan met verlieservaring? De zorgleidraad reikt concrete aandachtspunten en suggesties aan, en er is ook een brochure met praktische informatie en ondersteunende suggesties voor de fase na het overlijden.

Weerstand

Wie deze opleiding volgde, verspreidde die kennis verder over de afdeling. Robrecht Reynders: ‘Een aantal verpleegkundigen vond het omslachtig, en vreesden dat dit veel meer werk zou geven. Dat is vooral zo voor de opstartfase, hierna houdt deze werkwijze niet

meer werk in dan anders, vooral omdat we het gewone medische dossier vervangen door fase 2 van dit programma: de continue monitoring van de situatie van de patiënt aan de hand van een checklist. Die bevat items die te maken hebben met mogelijke misselijkheid,

IMPACT PROGRAMMA ONDERZOCHT

De impact van het ‘Zorgprogramma laatste levensdagen’ is door wetenschappelijk onderzoekers onderzocht.² De vijf ziekenhuizen die meededen, werden vergeleken met controlegroepen in vijf andere Vlaamse ziekenhuizen zonder programma. De impact was positief voor de aspecten ‘comfortzorg’ en ‘symptoomcontrole’. Er was echter geen verhoogde tevredenheid bij bevraagde familieleden. Sindsdien gaat er meer aandacht naar het opstarten van het gesprek over het levenseinde met familieleden.

FASE 2 CONTINUE BEOORDELING VAN DE ZORG: AANDACHTSPUNTEN

De patiënt:

is pijnvrij
is rustig
ervaart geen hinder van de slijmproductie
is niet misselijk
braakt niet
is niet kortademig
heeft geen mictieproblemen
heeft geen problemen met ontlasting
heeft geen andere symptomen
Het multidisciplinaire team heeft beoordeeld of de patiënt vocht nodig heeft
De mond van de patiënt is vochtig en schoon
De huid van de patiënt blijft intact (decubituspreventie)
De behoeftes van de patiënt op het gebied van persoonlijke hygiëne worden vervuld
Er is voortdurend aandacht voor het psychisch welbevinden van de patiënt en de naaste(n)
De patiënt en/of naaste is geïnformeerd over de toestand van de patiënt
De patiënt en/of de naaste(n) is geïnformeerd over een eventuele verandering in het zorgplan

Noteer bij elk registratiemoment voor elk aandachtspunt een letter (J of N).

Als men tegemoet gekomen is aan een aandachtspunt, wordt dat aangegeven met een J (ja).

Als men niet tegemoet gekomen is aan een aandachtspunt, wordt dit aangegeven met een N (nee). Is de rapportage een N dan dient men daar de reden voor te rapporteren.

Bron: 'Zorgleidraad laatste levensdagen'. Dit is een selectie van de aandachtspunten.

onrust, droge mond, problemen met slikken, enzovoort (zie kader). Deze lijst meermaals daags overlopen en invullen voorkomt dat je iets vergeet.' Ook zaken die er vroeger al eens bij in schoten, zoals nakijken of de patiënt een

ziekenzalving wenst en of de huisarts verwittigd is, komen nu systematisch aan bod.

De continue evaluatie houdt niet enkel aandacht in voor het fysieke comfort van de stervende, maar ook voor het mentale welbevinden van de patiënt en de familie. Reynders: 'We waren vroeger minder gewend om open met de familie te communiceren over het nakende overlijden van hun familielid, of om dit te bespreken met de patiënt zelf. Dat doen we nu veel explicieter.'

Chris Van Uytfange was van meet af beducht voor extra werk en vond het cruciaal dat de rapportage makkelijk in het klinisch medisch dossier geïntegreerd kon worden. 'Je kan er niet omheen dat iets nieuws integreren tijd vergt. De opstart vroeg een grote inzet. Alle verpleegkundigen moesten hierin opgeleid worden, en ook de ergotherapeuten, de pastorale medewerkers, de vrijwilligers... Het gaat erom dat je de handvatten verder ontwikkelt tot ze werken voor jouw afdeling.'

Wat levert het op?

Die investering loont echter. Robrecht Reynders: 'Ik heb het gevoel dat patiënten de laatste dagen van hun leven comfortabeler zijn. We checken vaker of allerlei aspecten van fysiek en mentaal welbevinden nog in orde zijn, zoals pijn, een droge mond, nood aan geloofsondersteuning. We doen dat niet om de vier uur, zoals in de leidraad aangegeven, maar bij de start van elke shift omdat dit het meest voor de hand ligt. Bij fysieke ongemakken beoordelen we sneller dan vroeger opnieuw of een interventie nodig is. We spelen gewoon korter op de bal. En de familie wordt meer dan voorheen betrokken bij overleg, kan op elk uur van de dag of nacht aanwezig zijn en krijgt geregeld informatie. Familieleden uitend voortdurend hun appreciatie dat hun geliefde die laatste dagen niet afgezien heeft, dat ze op de hoogte gehouden werden van het verloop, dat ze intussen een koffie en een koekje kregen in het gesprekslo-

INTERESSE IN DIT PROGRAMMA?

Geïnteresseerde teams van geriatrie afdelingen kunnen zich aanmelden voor 'Zorgprogramma laatste levensdagen' voor de wachtlijst januari/juli 2020 (indien een andere afdeling zich afmeldt) of voor implementatie in 2021. Het traject en de documentatie zijn gratis, maar de training en begeleiding worden betalend. Informatie: Benjamin.Werrebrout@vub.be, www.endoflifecare.be/zorgprogramma.

kaal, en dat hun overledene meteen na overlijden mooi opgebaard werd.'

Bespreikbaar maken

Robrecht Reynders en Chris Van Uytfange en hun collega's krijgen geregeld de vraag van familieleden om hun vader of moeder niet op de hoogte te stellen van het nakende overlijden. Van Uytfange: 'Wij zijn door dit zorgprogramma beter dan voordien gewapend om niet alleen sneller te reageren op symptomen vanuit een goed multidisciplinair overleg. We zullen familieleden nu ook uitdrukkelijker aanmoedigen om het naderend einde wel bespreikbaar te maken. Het is belangrijk dat mensen weten hoe het ervoor staat, zodat ze nog bepaalde zaken kunnen uitspreken. Nadien hoor ik hierover vaak appreciatie van familieleden. Ze zijn blij dat ze toch de kans namen om iets belangrijks te zeggen tegen hun geliefde.'

Noten

- 1 De proeffase gebeurde in Virga Jesse ziekenhuis Hasselt, AZ Sint-Lucas Brugge, AZ Sint-Augustinus Veurne, en AZ Sint-Jan Oostende en Brugge; de controlegroep bevatte vijf andere ziekenhuizen die hun gebruikelijke procedures volgden en nadien konden intekenen op dit programma.
- 2 Beernaert K, Smets T, Deliens L, et al. Improving comfort around dying in elderly people: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet* (July 2017). Volume 390, issue 10090, p125-134.