

## **Beleidsplan palliatieve zorg GHO-GO**

Palliatieve zorg neemt een steeds grotere plaats in in ons huisartsenwerk. Niet alleen in de dagzorg, ook in de avond-, nacht- en weekend zorg.

### **Palliatieve zorg**

Palliatieve zorg wordt toegepast wanneer de patiënt niet meer kan genezen. Het doel is om de kwaliteit van leven van de patiënt zo lang mogelijk optimaal te houden. Daarbij zijn de wensen en keuzes van de patiënt leidend. Bij palliatieve zorg wordt multidimensionaal aandacht aan de patiënt besteed: somatische, psychologische, sociale en spirituele dimensie spelen mee. Aandacht voor de somatische problemen is van groot belang, maar de kwaliteit van leven is ook in hoge mate afhankelijk van persoonlijke kenmerken van de patiënt, de kwaliteit van de relaties, psychisch evenwicht, vervulling van levensdoelen, de mate van aanpassing aan de ontstane situatie en de reacties van de omgeving. Deze aanpassingsprocessen kunnen heel intensief zijn. Om deze processen goed te doorlopen, hebben patiënten vaak ondersteuning nodig. Juist deze ondersteuning vormt een belangrijk doel in de zorg voor patiënten met een levensbedreigende ziekte. Er wordt steeds meer nadruk gelegd op het op tijd in het ziekteverloop signaleren van de palliatieve fase. Dit is onder meer van belang in het gesprek met de patiënt over zijn/haar doelen en hoe behandeling daaraan wel of niet kan bijdragen.

### **Palliatieve terminale zorg**

Terminale zorg ontvangen patiënten die een levensverwachting hebben van drie maanden of minder. In dit stadium is naast aandacht voor kwaliteit van leven ook aandacht voor kwaliteit van sterven van belang. Als in de terminale fase niet geanticipeerd is op al dan niet plotselinge achteruitgang of complicaties, kunnen er, achteraf gezien, onnodige behandelingen of opnames plaatsvinden.

Palliatieve zorg is bij uitstek multidisciplinaire zorg. In de thuissituatie vormen huisartsen en wijkverpleging de eerst aan te spreken zorgverleners voor patiënt en naasten. In de ANW-zorg is afstemming over de zorg tussen de eigen huisarts van de patiënt en de huisartsenpost van groot belang en speelt (het ontbreken van) thuiszorgmogelijkheden of respijtzorg een belangrijke rol. Door de ontwikkelingen in oncologische behandelingen, zijn steeds vaker ook de medisch specialisten en verpleegkundig specialisten in het ziekenhuis nog betrokken bij de zorg in een laat stadium van de ziekte. Daarnaast kunnen vele (para)medici betrokken zijn en komt de geestelijk verzorger steeds vaker in beeld. Goede samenwerking tussen alle betrokken zorgverleners is essentieel voor goede zorg.

In de dagzorg spelen beide fasen een rol. In de avond, nacht en weekenden hebben met name problemen in de laatste fase, de palliatieve terminale fase, grote implicaties voor de zorg voor de patiënt door de (on)mogelijkheden in de organisatie van zorg.

### **De ontwikkelingen rond de palliatieve zorg zijn groot**

In Gooi en Vechtstreek is het aantal hospices toegenomen, in sommige verpleeghuizen is een terminale palliatieve zorgafdeling ingericht, in Tergooi is sinds 2 jaar een palliatiefteam van start gegaan. Het aantal PaTz groepen groeit. De GHO-GO neemt al jaren deel aan het Netwerk Palliatieve Zorg Gooi en Vechtstreek, een afgevaardigde participeert in het kernteam van dit netwerk. Binnen Gooi en Vechtstreek is één kaderhuisarts palliatieve zorg actief. Eén specialist ouderengeneeskunde heeft de kaderopleiding net afgerond en 2 huisartsen starten in november met de 2-jarige kaderopleiding palliatieve zorg. Kaderhuisartsen palliatieve zorg begeleiden, als consulent, Patzgroepen, peergroepen, MDO's in hospice en ziekenhuis, zijn betrokken bij nascholing, onderzoek, implementatie van nieuwe projecten PZ in de regio, en denken mee over beleid op het gebied van de palliatieve zorg.

Huisartsen volgen die ontwikkelingen deels. Toename van mogelijkheden voor de terminale palliatieve patient betekent voor ons ook meer samenwerken met andere partijen: de HAP, het ziekenhuis, de hospices, verpleeghuizen en vooral met de thuiszorg.

**De GHO-GO wil de komende 3 jaar extra aandacht besteden aan verbetering van de palliatieve (terminale) zorg door de huisarts.**

- 1. Door multidisciplinaire samenwerking in PATZ groepen te faciliteren**  
Stimuleren van werken met PATZ groepen: huisartsen, wijkverpleging, hospice en consulent palliatieve zorg werken samen in een 6-8 wekelijkse bijeenkomst. Daarin worden gezamenlijke patiënten besproken, problemen voorgelegd, oplossingen, ideeën, tips aangedragen, zorgplannen voorbereid. De bijeenkomst kan door de huisarts per besproken patient gedeclareerd worden (een bedrag van ruim 27 euro). Consulent is de kaderarts palliatieve zorg. Op de Gho-Go site staat de fact sheet voor het oprichten van een PATZ groep. Een concept dat ontwikkeld is door collega Bart Schweizer, huisarts te Amsterdam. Voor de komende jaren streven we naar uitbreiding van het aantal PaTzgroepen in de regio (1-2 per jaar?) om daarmee de palliatieve zorg verder te versterken. In samenwerking met de GHO-GO kan het oprichten van een PaTzgroep actief gepromoot worden.
- 2. Verbeteren afspraken over overdracht van terminale zorg patiënten naar de HAP**  
Er is een formulier ontwikkeld hiervoor. Dit kan gevuld worden vanuit je HIS en dan worden verzonden als edifact bericht naar de HAP. Overleg van GHO-GO, HAP en kaderhuisartsen/afgevaardigde naar het Netwerk PZ G&V zou kunnen helpen om deze afspraken verder vorm te geven en te verspreiden onder de huisartsen. In samenwerking met de HAP zou een verbeterplan kunnen worden uitgevoerd om betere overdracht van palliatieve patiënten te bewerkstelligen.
- 3. Uitbreiden van de ondersteuning van huisartsen in de hospices**, onder meer door een consultatieve functie van een kaderhuisarts tijdens het MDO. Streven is om dat te kunnen aanbieden in alle hospices.
- 4. Uitbreiding van de consultatieve functie van de kaderhuisarts in het palliatieve team van Tergooiziekenhuizen**, met name wat betreft de communicatie richting huisartsen.
- 5. Meewerken aan de ontwikkeling van een zorgpad palliatieve zorg**; de kaderartsen PZ bereiden dat voor en leggen het voorstel voor aan de GHO-GO. Het gaat hier om het vastleggen van afspraken tussen behandelaars van een palliatieve patient. Zo praktisch en precies mogelijk.
- 6. Ontwikkeling van een digitaal informatiesysteem**, waarin de verschillende behandelaars van een palliatieve patient informatie kunnen uitwisselen, onder meer over advanced care planning. Het bestuur van de GHO-GO ondersteunt deze ontwikkeling actief. Het zorgpad palliatieve zorg zal inhoudelijke input leveren voor het DIS.
- 7. De Gho-go steunt de pilot “Time-out gesprekken”** bij patiënten waarbij palliatieve (chemo)therapie wordt voorgesteld. Dit project wordt door Jan Wind (en Ankie v.d. Velden, oncoloog) getrokken.
- 8. Nascholing over samenwerken in de palliatieve zorg.**

**Wat is nodig:**

1. Meer kaderartsen palliatieve zorg. In november starten 2 huisartsen uit Gooi&Vechtstreek (Karolien Kisman en Annelies van Randwijck) met de kaderopleiding palliatieve zorg. De Gho-go stelt een budget beschikbaar voor deze opleiding.
2. Enthousiaste huisartsen die een PATZ groep willen starten: zij krijgen ondersteuning van een kaderarts PZ. In sommige situaties biedt hospice Kajan praktische ondersteuning.
3. Jaarlijks overleg GHO-GO bestuur en Netwerk PZ G&V.
4. Kaderhuisartsen PZ en vertegenwoordiger PZ van de GHO-GO hebben 3x per jaar overleg voor input naar het Netwerk PZ G&V (evt. kan een van de kaderartsen PZ ook vertegenwoordiger GHO-GO zijn?).
5. Presentatie van ontwikkelingen tijdens GHO-GO vergaderingen, incidenteel afhankelijk van wat er speelt, 1-2x per jaar.