

PALLIATIEVE ZORG EN KARAKTER- EN GEDRAGSVERANDERINGEN TEN GEVOLGE VAN SOMATISCHE FACTOREN

15 OKTOBER 2019

TINEKE VOS, PSYCHIATER

CONSULENT PALLIATIEVE ZORG

Disclosure belangen spreker	
(potentiële) Belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven¹	Geen
<ul style="list-style-type: none"> • Sponsoring of onderzoeksgeld² • Honorarium of andere (financiële) vergoeding³ • Aandeelhouder⁴ • Andere relatie, namelijk ...⁵ 	<p>—</p> <p>Ja</p> <p>—</p> <p>—</p>

KWALITEITSKADER

Het ministerie van VWS stelt dat in 2020 ieder burger als het aan de orde is, verzekerd is van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment door de juiste zorgverleners.

FOCUS VAN DEZE WORKSHOP

Probleem:

Aan een kleine groep patiënten kunnen we soms niet de goede palliatieve zorg op de juiste plaats en op het juiste moment door de juiste zorgverleners bieden.

Hoe vinden we een oplossing?

KARAKTER- EN GEDRAGSVERANDERINGEN TEN GEVOLGE VAN SOMATISCHE FACTOREN

Kunnen voorkomen bij:

- Dementie
- Hersentumoren, -metastasen
- Dexamethason
- Niet aangeboren hersenletsel (trauma, post-reanimatie)
- Neurologische ziekten (M Parkinson, CVA)

CASUS I

- Mevr. 64 jaar, sinds 0.5 jaar diagnose glioblastoma multiforme (GBM), wordt behandeld met chemotherapie en bestraling
- Sinds 1 week slaapt ze niet meer, is verward en onrustig, eet heel veel
- Echtgenoot en kinderen raken uitgeput
- Pat. wordt opgenomen op de afd. neurologie

DE 4 DIMENSIES

- Somatisch: glioblastoma multiforme
medicatie (dexamethason)
onrust/delir/hypomanie
- Psychologisch: slaapstoornissen
stemmingswisselingen
- Sociaal: sterk steunsysteem, maar uitgeput
- Existentieel: gericht op levensverlenging, maar ook kwaliteit van leven

WERKHYPOTHESE

- Onrust/(hypo)manie en slaapstoornis t.g.v. dexamethason en/of glioblastoom
- Behandeling: opname afd. neurologie, voorzichtig verlagen dexamethason, start olanzapine

BELOOP EN EVALUATIE

- Pat. wordt niet rustiger, ze loopt veel over de afdeling, ook bij andere patiënten naar binnen, klampt iedereen aan, toenemend verward
- T.g.v. de olanzapine ook wat gesedeerd, waardoor verhoogd valrisico
- De zorgzwaarte is voor de vpk te hoog

WAT ZIJN DE OPTIES?

- Nog meer sederende medicatie? (alles is geprobeerd...)
- Fixeren? (nee, nee, nee, tenzij...)
- Opname in de GGZ? (regio Den Haag heeft geen PAAZ)
(geen specialistische somatische deskundigheid..)
- ?
- ...

LITERATUUR

- Vooral casuïstiek:

 - “Help me, help me”
 - “Agitation and delirium at the end of life “We couldn’t manage him”
- Medicatie kan effect hebben, maar niet altijd (haloperidol, olanzapine, quetiapine, risperdal, lorazepam, midazolam)
- Non-farmacologische interventies zijn het beste, maar daar is 1-op-1-verpleging voor nodig...

RICHTLIJN VERENSO

MULTIDISCIPLINAIR WERKEN AAN
PROBLEEMGEDRAG:

STAPPENPLAN EN TEAMEVALUATIE

ERVARINGEN?

SAMENVATTING STAPPENPLAN

- STAP 1: DE VOORBEREIDING
- STAP 2: DE PROBLEEMSITUATIE IN KAART BRENGEN
- STAP 3: DE PROBLEEMSITUATIE MULTIDISCIPLINAIR IN KAART BRENGEN
- STAP 4: HET BEGRIJPEN VAN HET GEDRAG
- STAP 5: WAT WIL JE BEREIKEN? (DOEL BEPALEN)
- STAP 6: BEDENK WAT JE GAAT DOEN
- STAP 7: VOER DE AFSPRAKEN UIT
- STAP 8: BEKIJK DE RESULTATEN
- STAP 9: TREK CONCLUSIES

CASUS 2

- Hr. 72 jaar, zanger, bekend met dementie en rectumcarcinoom
- Opgenomen op de afd. interne geneeskunde omdat het thuis niet meer ging
- Levensverwachting: onbekend, maar zeker niet kort
- Hij wil de hele dag zingen, loopt van de afdeling en zingt luidkeels aria's, leeft in zijn eigen wereld, beseft niet dat hij in een ziekenhuis is
- In de nacht agressief, wordt gefixeerd, waardoor hij de volgende dag erg achterdochtig en onbenaderbaar is

WAT TE DOEN?

- ?
- ??
-
-

COMPLEXE PROBLEMATIEK

- Ook medisch-ethische en juridische dilemma's:
 - Wilsbekwaamheid?
 - Dwang?
 - Proportionaliteit
 - Veiligheidsissues, zowel voor de patiënt en naasten als voor zorgverleners
 - Moeten handelen tegen de wil van patiënt omdat er niet voldoende middelen zijn?

SOMS..

- **KUNNEN WE HET PROBLEEM NIET OPLOSSEN, MAAR MOETEN WE DE PATIENT WEL ZORG BIEDEN**

DAN..

- IN IEDER GEVAL AANDACHT VOOR DE ZORGVERLENERS, STEUN AAN HET TEAM, REGELMATIG MDO'S OM GOEDE ZORG TE BLIJVEN LEVEREN
- BESPREKEN VAN GRENZEN EN DAAR CONSEQUENT IN ZIJN
- DELEN VAN GEVOELEN VAN ONMACHT EN ACCEPTEREN DAT WE HET PROBLEEM NIET KUNNEN OPLOSSEN

SUGGESTIES VOOR PALLIATIEVE ZORG VOOR PATIËNTEN MET KARAKTER- EN GEDRAGSVERANDERINGEN, WAARBIJ MEDICATIE NIET EFFECTIEF IS

- Transmuraal expertteam?
- Vooral middelen/bronnen voor 1-op-1 verpleging/verzorging en ondersteuning mantelzorgers nodig
- Hoe voor een individuele patiënt samenwerking te organiseren tussen ziekenhuis, verpleeghuis, hospice, thuiszorg?

DANK VOOR UW AANDACHT!

- Dank voor uw aandacht!