

Managementsamenvatting

Voor u ligt de samenvatting van het rapport van het actiegericht onderzoek ACP in de huisartsenpraktijk. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de Stuurgroep ACP Drenthe e.o. in het kader van het project Voorbereiding Laatste Levensfase, ACP Drenthe. Naast dit onderzoek heeft een Publiekscampagne Voorbereiding Laatste Levensfase plaatsgevonden en een implementatie project ACP en ICT bij 48 zorgorganisaties, gemeenten en welzijn.

Dit rapport is opgesteld na onderzoek door Saskia Lauer, verpleegkundig specialist palliatieve zorg, als vervolg op het onderzoek: "palliatieve zorg op maat, volgen van wensen en grenzen van patiënt met ongeneeslijke ziekte van diagnose tot overlijden." Dit onderzoek is een ontwerpgericht onderzoek naar een interventie ter bevordering van de samenwerking in de 1e en 2e lijn (Maart 2023). Beide rapportages horen onlosmakelijk bij elkaar en vallen onder het deelproject 'ACP klantreis' van het project ACP Drenthe. (www.acpdrenthe.nl)

Het eerstgenoemde onderzoek stond in het teken van de samenwerking vanuit de huisartsenpraktijk tussen ziekenhuis, huisarts en thuiszorg. Resultaten en aanbevelingen betroffen: Advance care planning vraagt maatwerk waarin afstemmen op de patiënt en samenwerken essentieel is. Literatuur laat zien dat er behoefte is aan coördinatie en overzicht. Vroegtijdig introduceren van multidisciplinaire teams die volgen in de 1e en 2e lijn met een verpleegkundig aanspreekpunt worden benoemd. Uit praktijkonderzoek blijkt dat communicatie over prognose en wensen transparant moet zijn en afgestemd moet worden.

De aanleiding voor het vervolgonderzoek was het willen signaleren van knelpunten en successen wanneer er vanuit de huisartsenpraktijk een ACP-proces wordt gestart. Met aandacht voor de avond-, nacht- en weekenduren. Opdrachtgever Stuurgroep ACP Drenthe zag er belang in om het zorgproces te volgen om hiervan te kunnen leren en uiteindelijk aanbevelingen voor de continuïteit van het proces te kunnen doen.

In het onderzoek werden vijf huisartsenpraktijken geïnccludeerd en uiteindelijk 25 patiënten vanuit deze praktijken. Met behulp van de surprise question werden de patiënten geïnccludeerd. Onderzoeker volgde samen met de huisarts en praktijkondersteuner (POH) de patiëntreis. Hierbij is gekeken naar de contactmomenten met de huisartsenpraktijk. De resultaten zijn verwerkt in vier thema's, namelijk: "Samen beslissen, proactieve zorgplanning en vastleggen, passende zorg en samenwerken." Er komen duidelijke successen uit het onderzoek naar voren. De huisarts is betrokken en pakt zijn rol als regiebehandelaar ook in het ACP-proces. De patiënt wordt vanuit relatie gevolgd en het is zichtbaar dat de kans op passende zorg hiermee vergroot wordt. In drie praktijken krijgt de praktijkondersteuner

(POH) een duidelijke rol in het signaleren van het ACP-proces. De huisarts en POH werken hierin nauw samen. De patiënt ervaart de betrokkenheid van de POH als laagdrempelig. Er is een toename van het signaleren van knelpunten in de patiëntreis.

De volgende knelpunten worden zichtbaar: de markering van de palliatieve fase ontbreekt. Wanneer dit niet duidelijk vanuit de huisarts of medisch specialist volgt blijft de patiënt hangen in zijn behandeling. Vaak ontbreekt ziekte-inzicht en wil de patiënt dan niet praten over de laatste levensfase. Rondom het vastleggen van ACP is onduidelijkheid en dit wordt wisselend gedaan. De vijf huisartsen zijn zich bewust van het ACP-plan in Vip live en proberen hier duidelijk in te rapporteren maar ervaren dit als arbeidsintensief. Een duidelijk alternatief is er niet. Duidelijk zichtbaar wordt ook dat de afstemming tussen huisarts, ziekenhuis, wijkverpleegkundige, casemanager, gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg onvoldoende plaatsvindt. Een aantal huisartsen overleggen telefonisch met betrokken professionals maar verder is men onvoldoende op de hoogte van de toegevoegde waarde van betrokken professionals in de casuïstiek. Zeker als er meerdere betrokken thuiszorgorganisaties zijn of meerdere disciplines in het ziekenhuis is het onduidelijk voor de huisarts wie aanspreekpunt is. Ook is een duidelijk knelpunt dat de zorg thuis niet altijd waargemaakt kan worden, waardoor er gewicht moet worden naar een andere thuiszorginstelling.

Passend bij de vier thema's zijn in de bijlage de verbeterpunten geformuleerd. Een centrale rol betreffende implementatie en borging van ACP ligt bij Dokter Drenthe. Uiteindelijke borging vindt plaats in de huisartsenpraktijken binnen Drenthe en Steenwijkerland door het huidige door ontwikkelen van de kernteams ouderen met TARGET, het persoonsgerichte en Integrale Zorgprogramma inclusief de palliatieve patiëntenzorg.

Beide rapporten van Saskia Lauer, het Gupta rapport, 'de Olifant de kamer uit' en het onderzoek 'Ánder accent, door de ogen van de Drentse inwoners' door Zorgbelang Drenthe bij de inwoners van Drenthe over hun kijk op de zorg van morgen vormen de basis voor de transformatie van de palliatieve zorg en implementatie van ACP in Drenthe en Steenwijkerland.

Bijlage 1 Aanbevelingen per thema

Naar aanleiding van dit actiegerichte onderzoek worden de volgende aanbevelingen vanuit de werkgroep gedaan:

(A) Samen beslissen:

1. Markeren met behulp van de surprise question.
2. Maak bij samen beslissen gebruik van het ACP-stappenplan en de toolkit ACP, voorbereiding laatste levensfase. Zie www.acpdrenthe.nl
3. Het is van belang om patiënten en hun sociale omgeving te informeren over de laatste levensfase.
4. De 0e lijn is nu nog niet betrokken. Afstemming hiermee is van belang.
5. De transmurale samenwerking in de keten moet geoptimaliseerd worden.
6. De huisarts voert de regie en/of een casemanager.
7. Betrokken professionals moeten elkaar informeren over ACP-gesprekken met de patiënt en diens naasten (wensen en grenzen).
8. MDO, PATZ en kernteamoverleg transmuraal organiseren (af blijven stemmen op mogelijkheden en behoeften van de patiënt en zijn naasten)

(B) Proactieve zorgplanning/vastleggen:

1. Stimuleren van zelfregie over (voorbereiding van) de laatste levensfase bij inwoners (publiekcampagne). Zie www.voorbereidinglaatstelevensfase.nl
2. Markeren (en registeren) met behulp van de surprise question.
3. Het ACP-plan in VIPLive als tool gebruiken voor registratie, monitoring en communicatie.
4. Een papieren versie van het proactief zorgplan in beheer geven aan de inwoner/patiënt (eigenaar) en inzetten als overdrachtsdocument (zolang digitale uitwisseling nog niet optimaal georganiseerd is).

(C) Passende zorg

1. Deskundigheidsbevordering over ACP is nodig in de hele keten.
2. Er dienen transmurale werk afspraken gemaakt te worden over regie en eigenaarschap.
3. De signaleringsfunctie implementeren en borgen van o.a. verzorgenden, helpenden, huishoudelijke hulp, mantelzorger en welzijnswerker.
4. Casemanager palliatieve zorg inschakelen/inzetten.
5. Optimaliseren en faciliteren samenwerken met welzijnssector.
6. Overzicht creëren van betrokken organisaties in de keten rondom de patiënt.

7. Wijkverpleegkundigen die palliatieve zorg verlenen laten ondersteunen door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners.
8. Competenties van en mogelijkheden in het aantal uren zorg van thuiszorgorganisaties inzichtelijk maken vanaf de start van de palliatieve hulpverlening.

(D) Samenwerking

1. MDO, kernteam, PATZ transmuraal organiseren.
2. Eenduidig (digitaal) systeem. Inzichtelijk maken van werkzaamheden over organisaties heen.
3. Expertise/rol in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners duidelijk, beschikbaar en betaalbaar maken (regionale in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, het Palliatief Consultatieteam Drenthe, de palliatieve teams van de ziekenhuizen in Drenthe)
4. Transmurale werkafspraken opstellen voor proactieve zorgplanning in de laatste levensfase. Deze werkafspraken implementeren en borgen in de drie ziekenhuis- regio's in Drenthe en Steenwijkerland.
5. Verder onderzoek doen naar de rol van de HAP. Moet de huisarts proactief thuis materialen klaarleggen en afspraken maken met betrokken wijkteams?
6. Verder onderzoek kan van waarde zijn om te onderzoeken waarom de wijkverpleegkundigen, geestelijk verzorger, gespecialiseerd verpleegkundigen beperkt rapporteren en terugkoppelen richting huisartsenpraktijk.