

workshop

‘besluitvorming in de palliatieve fase’

Alexander de Graeff, internist-oncoloog UMC Utrecht, hospice-arts Demeter
Marjolein van Meggelen, oncologieverpleegkundige Aveant
Consulenten PalliatieTeam Midden Nederland



Utrecht PalliatieCentrum

kenniscentrum palliatieve zorg

Het UPC is een samenwerkingsverband tussen het UMC Utrecht,
het Integraal Kankercentrum Nederland en Hospice Demeter

Inhoud

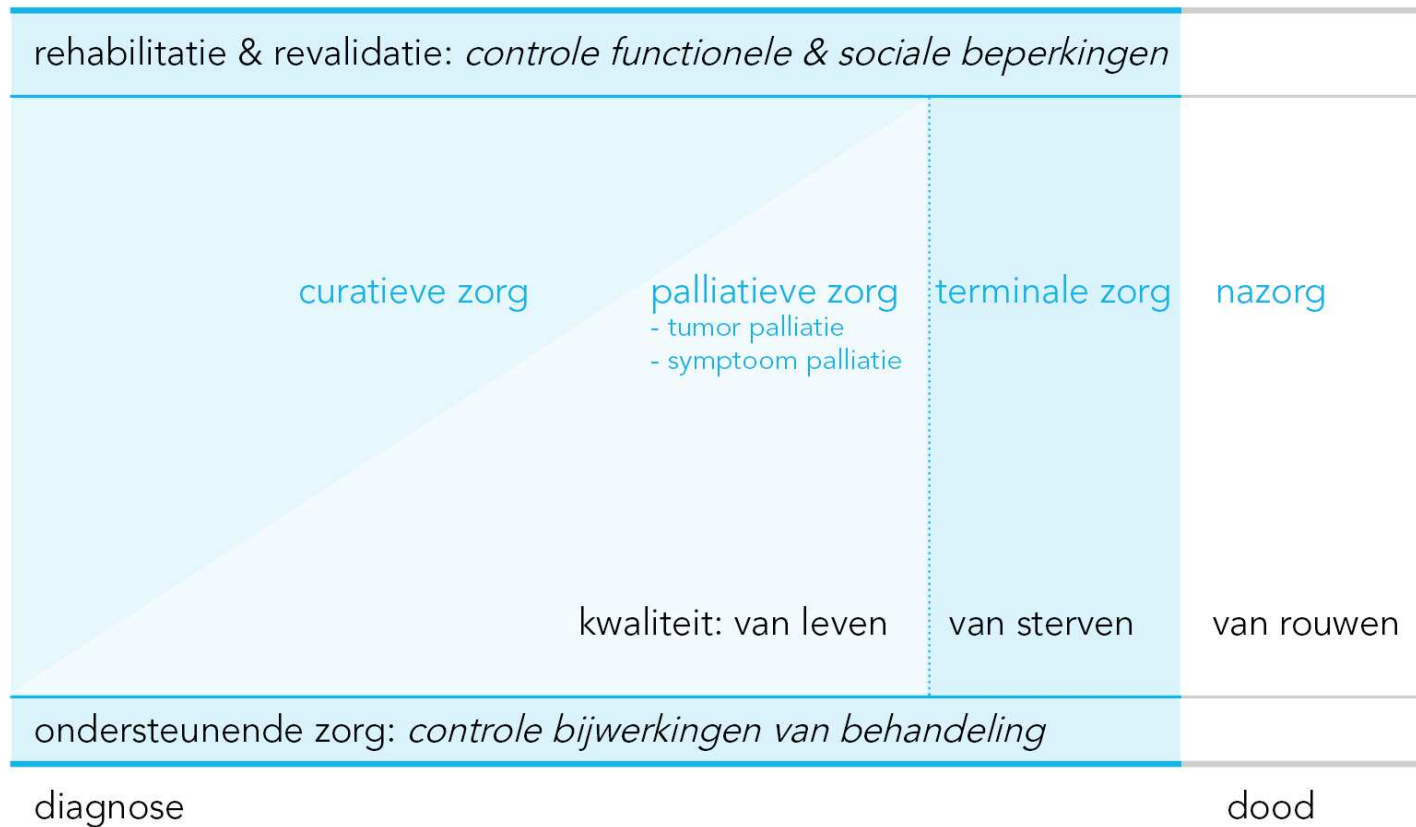
- UPC-project 'Besluitvorming in de palliatieve fase'
 - inleiding
 - praktijk / hulpmiddelen
- Casus oefening

(Levensbedreigende) ziekte

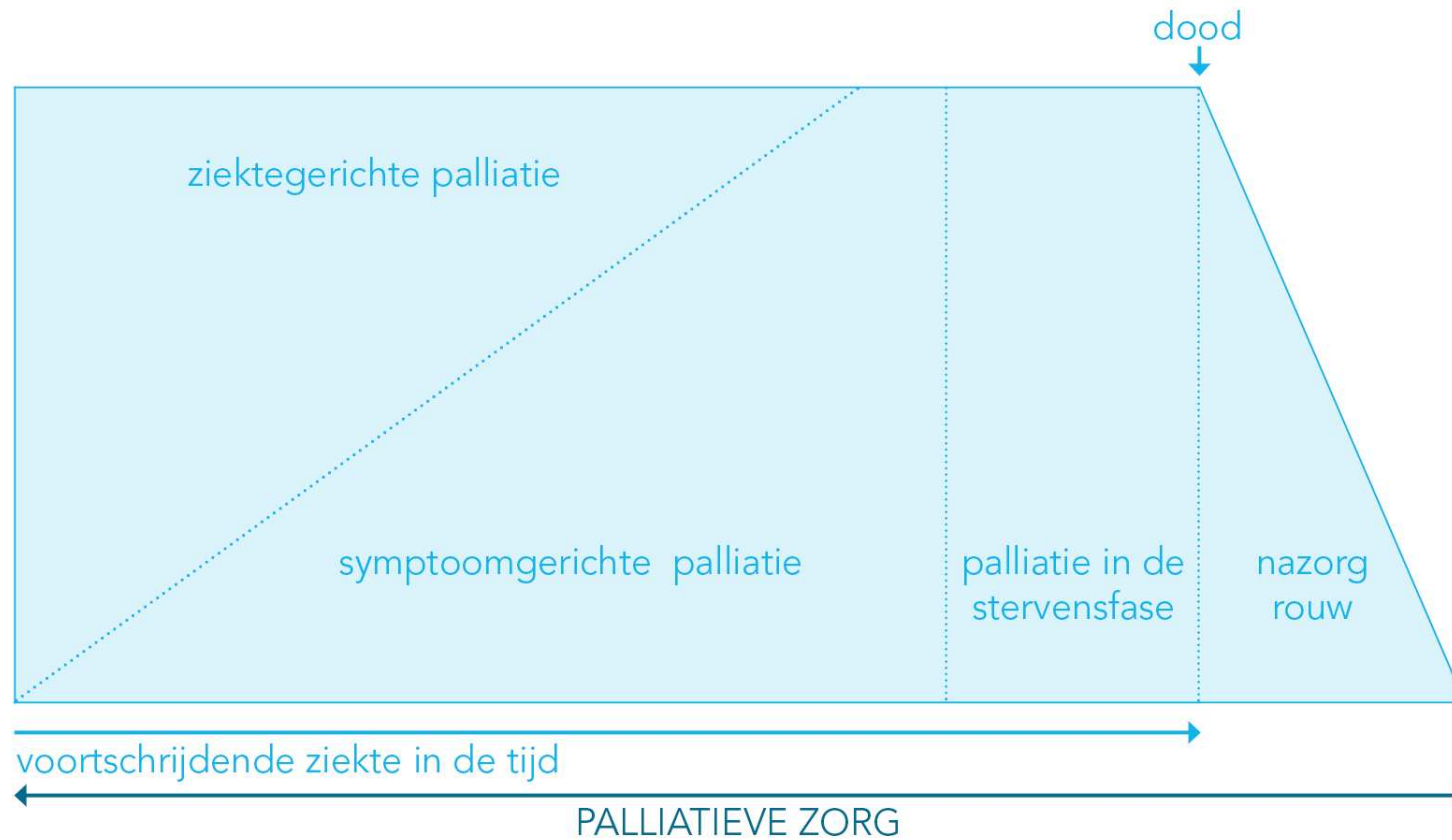
- **curatieve fase**
behandeling gericht op genezing
- **palliatieve fase**
behandeling gericht op kwaliteit van leven
- **terminale fase**
behandeling gericht op kwaliteit van sterven

Continuüm van zorg voor patiënten met kanker

(Teunissen S. Proefschrift: In palliative care symptoms mean everything, febr 2007)



Continuüm van zorg bij een levensbedreigende ziekte



Palliatieve zorg (WHO 2002)

Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten, die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening door het voorkomen en verlichten van lijden door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en levensbeschouwelijke aard.

Symptoomprevalentie

(Teunissen 2006)

Vermoeidheid	74%	Somberheid	39%
Pijn	71%	Obstipatie	37%
Energiegebrek	69%	Zorgen maken	36%
Zwakte	60%	Slapeloosheid	36%
Anorexie	53%	Dyspnoe	35%
Gespannenheid	48%	Misselijkheid	31%
Gewichtsverlies	46%	Angst	30%
Droge mond	40%	Prikkelbaarheid	30%

Inleiding

- Palliatieve zorg, richtlijnen voor de praktijk, de Graeff et al. (2010)
- www.pallialine.nl



Indeling van de richtlijnen (1)

- **Inleiding:** begripsbepaling en achtergrondinformatie
- **Voorkomen:** frequentie van het symptoom of het probleem
- **Ontstaanswijze**
- **Oorzaken**
- **Diagnostiek:**
 - Anamnese
 - Lichamelijk onderzoek
 - Aanvullend onderzoek

Indeling van de richtlijnen (2)

- **Beleid:**

- **Integrale benadering (voorlichting, communicatie, ondersteunende zorg, continuïteit van zorg)**
- **Behandeling van de onderliggende oorzaak**
- **Niet-medicamenteuze symptomatische behandeling**
- **Medicamenteuze symptomatische behandeling**
- **Stappenplan t.a.v. diagnostiek en behandeling**
- **Niveaus van bewijsvoering**

Indeling van de richtlijnen (3)

- **Literatuur**
- **Bijlagen**
 - Meetinstrumenten
 - Materialen
 - Procedures

Principes van symptoommanagement

- Inventariseer gestructureerd en methodisch
- Maak een analyse van onderliggende mechanismen en oorzaken van iedere klacht
- Definieer een werkhypothese
- Pas de bestaande standaard aan op de situatie van de patiënt en de complexiteit van de problematiek

Symptoommanagement

1. Analyse
2. Behandeling
3. Evaluatie

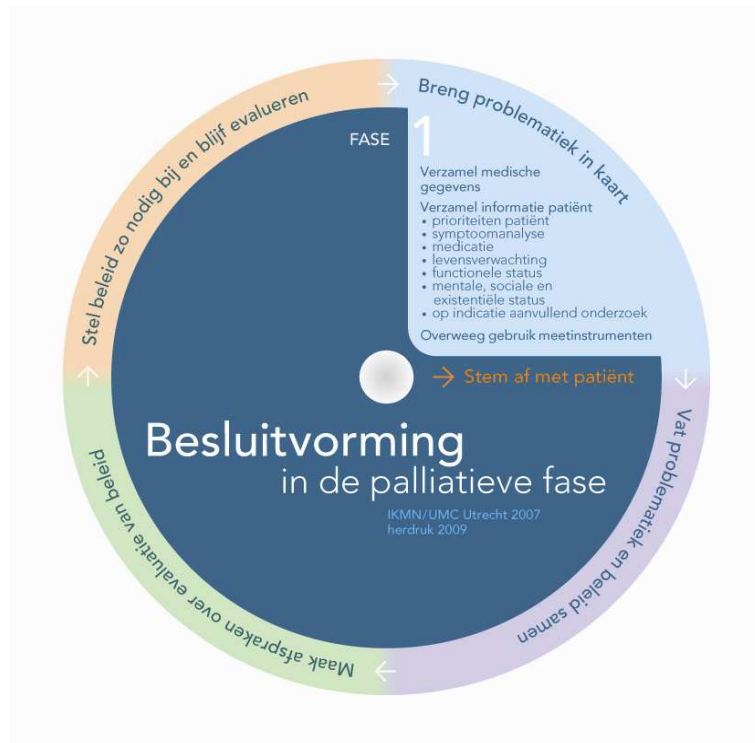
Het model palliatief redeneren

(Teunissen 2007)

- Geeft op praktijkgerichte wijze vorm aan integrale continue palliatieve zorg (definitie palliatieve zorg)
- Creëert ruimte voor afwegingen in het perspectief van beperkte tijd
- Focus van het model komt overeen met focus van de patiënt
- Beoogt de kwaliteit van de zorg en de communicatie te verbeteren
- Ondersteunt het multidisciplinaire behandelteam
- Maakt de besluitvorming transparant voor patiënt, naasten en professionals

Praktijk: hulpmiddelen

Beslisschijf



Samenvattingskaarten

→ Delier in de palliatieve fase

1

Breng problematiek in kaart

Verzamel medische gegevens
 > medische gegevens
 diagnose, medische behandeling, comorbiditeit

Verzamel informatie patiënt
 > prioriteiten patiënt
 > symptoomanalyse
 anamnese: sufheid, verwardheid, wanen, hallucinaties, concentratievermogen, geheugen, desoriëntatie, motorische onrust of juist apathie, overgevoeligheid voor prikkels, angst, emotionele labiliteit, fluctuatie van symptomen in de loop van dag en nacht, visus- en gehoorstoornissen, koorts en andere symptomen wijzend op precipiterende factoren

Overweeg gebruik meetinstrumenten
 Delier Observatie Screeningschaal (DOS)

2

Vat problematiek en beleid samen

Stel werkhypothese op
 delier inclusief predisponerende en precipiterende factoren

Maak beleidsafwegingen
 > prioritering symptomen
 > aard problematiek
 acuut of chronisch
 > situatie patiënt
 verwachtingen/voorkeur patiënt, ervaring, begrip, therapietrouw, zelfredzaamheid, mogelijkheden en beperkingen mantelzorg
 > organisatie zorg
 continuïteit zorg, bereikbaarheid en beschikbaarheid hulpverleners, monitoring

Omschrijf doel beleid
 verminderen of doen verdwijnen van symptomen van delier

Stel behandelplan op
 > behandeling oorzaak
 behandel precipiterende factoren (indien mogelijk): wijzig medicatie bij intoxicatie of onttrekking, behandel obstructie, urinewegstenen of infecties, coniger dehydratie, elektrolytenstoornissen, hypoxie, anemie, hypohyperglykemie of schildklierfunctiestoornissen
 > symptomatische behandeling
 niet-medicamenteus: zorg voor rustige, vertrouwde en stabiele omgeving, bewaak dag-nacht-ritme, voorkom dat patiënt zichzelf beschadigt
 medicamenteus:
 - haloperidol
 - benzodiazepines (diazepam, lorazepam, midazolam) bij persisterende agitatie ondanks haloperidol of primair bij alcoholonttrekingsdelier
 - evt. clozapine, olanzapine, risperidon, quetiapine, rivastigmine
 > ondersteunende zorg
 geef voorlichting aan naasten en zorg z.n. voor ondersteunende zorg

Denk toekomstgericht

3

Maak afspraken over evaluatie van beleid

Evalueer
 > spreek af hoe, door wie en wanneer het effect gemeten en besproken wordt
 - welke hulpverlener (arts of verpleegkundige)
 - termijn: bij ernstige onrust binnen 1-2 uur
 > overweeg gebruik meetinstrumenten
 DOS
 > meet effect aan de hand van klachten en (on)welbevinden

4

Stel beleid zo nodig bij en blijf evalueren

Stel effect vast
 > effect goed: blijf periodiek evalueren, terug naar fase 3
 > effect beperkt of afwezig:
 - accepteren of terug naar fase 1, 2
Verander zo nodig werkhypothese en/of behandelplan



Samenvattingskaarten 'Besluitvorming in de palliatieve fase' (IKMN/UMC Utrecht) | deze kaart is onderdeel van een reeks
 © sept '07 - herdruk mei '09 | uitgave van het Integraal Kankercentrum Midden Nederland | 030 233 80 60 | ikmn@ikmn.nl | www.ikmn.nl/ikmn

De beslisschijf

‘besluitvorming in de palliatieve fase’

- biedt ondersteuning en structuur bij besluitvorming
- vanuit praktijk ontwikkeld
- mono- en multidisciplinair
- doorlopen fases kan per symptoom of voor meerdere tegelijk
- bruikbaar bij (patiënt)besprekingen
- basis voor na- en bijscholing



Samenvattingskaarten

‘besluitvorming in de palliatieve fase’

- samenvatting richtlijn o.b.v. 4 fasen model ‘palliatief redeneren’
- symptomen (11): anorexie en gewichtsverlies, dehydratie en vochttoediening, delier, depressie, droge mond, dyspnoe, ileus, misselijkheid en braken, obstipatie, pijn en vermoeidheid
- uitleg begrippen beslisschijf

→ Delier in de palliatieve fase

1 Breng problematiek in kaart Verzamel medische gegevens > medische gegevens, diagnose, medische behandeling, comorbiditeit Verzamel informatie patiënt > anamnese: sufheid, verwandheid, wanen, hallucinaties, concentratievermogen, geheugen, desoriëntatie, motorische onrust of juist apathie, overgevoeligheid voor prikkels, angst, emotionele labiliteit, fluctuatie van symptomen in de loop van dag en nacht, visus- en gehoorstoornissen, koorts en andere symptomen wijzend op precipiterende factoren lichamelijk onderzoek: vitale functies, neurologisch onderzoek, oriënterend lichamelijk onderzoek (hart, longen, buik), percussie van blaas, rectaal toucher symptoombeleving symptoomtijden > medicatie en gebruik van alcohol en roken (of recent staken daarvan) > levensverwachting > functionele status zwakte, bedlegerigheid, ADL > mentale status emotioneel: angst, stemming cognitief: coping, kennis en begrip van situatie, geheugen, bewustzijn > sociale status verblijfsplaats, draagkracht/draaglast mantelzorg, rolpatroon, cultuur, religie > existentiële status levensbeschouwing, zingeving, religie, spiritualiteit > op indicatie aanvullend onderzoek laboratoriumonderzoek: Hb, leucocyten, creatinine, Na, K, Ca ²⁺ , bilirubine, alkalisch fosfatase, gamma-GT, ASAT, ALAT, albumine, glucose, schildklierfuncties, Vit B1 en B12, bloedgasen, urine ander onderzoek: X-thorax, CT/MRI hersenen, lumbaalpunctie Overweeg gebruik meetinstrumenten Delier Observatie Screeningschaal (DOS)	2 Vat problematiek en beleid samen Stel werkhypothese op delier inclusief predisponerende en precipiterende factoren Maak beleidsafwegingen > prioritering symptomen > aard problematiek acut of chronisch > situatie patiënt verwachten/voorkeur patiënt, ervaring, begrip, therapietrouw, zelfredzaamheid, mogelijkheden en beperkingen mantelzorg > organisatie zorg constructiviteit, bereikbaarheid en beschikbaarheid hulpverleners, monitoring Omschrijf doel beleid vermindern of doen verdwijnen van symptomen van delier Stel behandelplan op > behandeling oorzaak behandel precipiterende factoren (indien mogelijk): wijzig medicatie bij intoxicatie of onttrekking, behandel obstipatie, urosepsis of infecties, corrigeer dehydratie, elektrolytenstoornissen, hypoxie, anemie, hypotensie of hyperglykemie of schildklierfunctiestoornissen > symptomatische behandeling niet-medicamenteus: zorg voor rustige, vertrouwde en stabiele omgeving, bewaak dag-nacht-ritme, voorkom dat patiënt zichzelf beschadigt medicamenteus: – haloperidol – benzodiazepines (diazepam, lorazepam, midazolam) bij persistente agitatie ondanks haloperidol of primair bij alcoholonttrekking/delier – evt. clozapine, olanzapine, risperidon, quetiapine, rivastigmine > ondersteunende zorg geef voeding aan naasten en zorg z.n. voor ondersteunende zorg Denk toekomstgericht	3 Maak afspraken over evaluatie van beleid Evalueer > spreek af hoe, door wie en wanneer het effect gemeten en besproken wordt – welke hulpverlener (arts of verpleegkundige) – termijn: bij ernstige onrust binnen 1-2 uur > overweeg gebruik meetinstrumenten DOS > meet effect aan de hand van klachten en (on)wbeevinden 4 Stel beleid zo nodig bij en blijf evalueren Stel effect vast > effect goed: blijf periodiek evalueren, terug naar fase 3 > effect beperkt of afwezig: accepteren of terug naar fase 1, 2 Verander zo nodig werkhypothese en/of behandelplan
--	--	---

Samenwerkingspartners: Besluitvorming in de palliatieve fase (BAM)/UMC Utrecht | deze kaart is onderdeel van een reeks
© sept '07 - herdruk mei '09 | uitgave van het Integraal Kankercentrum Midden Nederland | 1.030.233.80.60 | ikm@ikm.nl | www.ikcnet.nl/ikm

Algemene doelen beslisschijf

- adequaat reageren op (potentiële) problemen
- continue afstemming op de wensen en prioriteiten van de patiënt
- in kaart brengen van kritische beslismomenten
- stimuleren van gezamenlijke besluitvorming
- duidelijke verslaglegging over beleid en voortgangsafspraken
- eenduidige communicatie naar patiënt en naasten

FASE

1

→ Breng problematiek in kaart

Verzamel medische gegevens

Verzamel informatie patiënt

- prioriteiten patiënt
- symptoomanalyse
- medicatie
- levensverwachting
- functionele status
- mentale, sociale en existentiële status
- op indicatie aanvullend onderzoek

Overweeg gebruik meetinstrumenten

→ Stem af met patiënt

FASE

2

→ Vat problematiek en beleid samen

Stel werkhypothese op
= probleem +
oorzakelijke factoren

Maak beleidsafwegingen

Omschrijf doel beleid

Stel behandelplan op

- behandeling oorzaak
- symptomatische behandeling
- ondersteunende zorg

Denk toekomstgericht

→ Stem af met patiënt



FASE

3

Maak afspraken over evaluatie van beleid

Evalueer

spreek af hoe,
door wie en wanneer
het effect gemeten en
besproken wordt

overweeg gebruik
meetinstrumenten

meet effect aan de hand van
klachten en welbevinden

→ Stem af met patiënt

FASE

4

Stel effect vast

- effect goed:
blijf periodiek evalueren,
terug naar fase 3
- effect beperkt of afwezig:
accepteren of terug
naar fase 1, 2

Verander zo nodig werk-hypothese
en/of behandelplan

→ Stem af met patiënt

→ Stel beleid zo nodig bij en blijf evalueren

Meerwaarde

- Door deze aanpak ontstaat voor de patiënt en naasten(en hulpverlener) inzicht in:
 - wat er (waarschijnlijk) aan de hand is
 - wat hij wil / en of kan
 - wat zijn behandelaar / behandelend team tot doel heeft
 - wat de risico's zijn die bij bepaalde keuzes horen
 - wat de mogelijkheden voor aanpak en bijstelling zijn

Casus

Tot slot

- **Coachtraject mogelijk in instelling / thuiszorg**
 - Startbijeenkomst
 - 2 x coach bij MDO bijeenkomst
 - 2 x zelf
 - 2 x coach bij MDO bijeenkomst
- **Masterclass besluitvorming najaar**
 - 2 dagen
 - Informatie: h.vrehen@umcutrecht.nl
 - Doelgroep: consulenten / seniors die coachtraject willen gaan begeleiden

- Informatie: h.vrehen@umcutrecht.nl
- Projectgroep:
 - Henk Vrehen (projectleider)
 - Marjolein van Meggelen
 - Alexander de Graeff
 - Saskia Teunissen
 - Ginette Hesselmann