

Palliatief redeneren

Palliatief redeneren is een nieuwe methode om problemen van patiënten te analyseren en er vervolgens op te reageren.

Er wordt gewerkt met samenvattingskaarten en een beslisschijf waardoor de methode direct toepasbaar is.

Door *Ginette Hesselman*

In de zorg voor patiënten in de palliatieve fase zijn verschillende hulpverleners betrokken. In complexe situaties waar patiënten en hun naasten in terecht kunnen komen, is een gerichte en aan de patiënt en naasten aangepaste aanpak van belang. Hoe zorgen we er nu voor dat we rond het bed met dezelfde uitgangspunten en op een eenduidige manier kijken naar de situatie om vervolgens op een gestructureerde manier beleid te maken? Naar aanleiding van het verschijnen van het VIKC-boek *Palliatieve zorg; richtlijnen voor de praktijk* (januari 2006) startte het IKMN een project gericht op de implementatie van de richtlijnen. Na een landelijke verkenning bleek het van belang eerst aandacht te besteden aan de basis voor het maken van keuzes in beleid. Dit is vertaald in het project *Besluitvorming in de palliatieve fase*. De toepasbaarheid van de resultaten hiervan worden in dit artikel besproken.

Palliatief redeneren, het model

De methodiek palliatief redeneren is een toegepaste vorm van klinisch redeneren (Zylicz 2006, Teunissen 2008, Schreuder-Cats 2008), die de besluitvorming in de palliatieve fase ondersteunt en transparant maakt. Hierbij wordt de methodiek van het

klinisch redeneren gecombineerd met eisen ten aanzien van palliatieve zorg. Palliatief redeneren geeft op pragmatische wijze handen en voeten aan integrale continue palliatieve zorg en creëert in het perspectief van beperkte tijd ruimte voor afwegingen die nodig zijn om tot de beste keuzes in behandeling en zorg te komen.

De methodiek ondersteunt enerzijds professionals (en eventueel patiënt en naasten) op praktische wijze bij het zo snel en volledig mogelijk in kaart brengen van actuele en potentiële problemen en beïnvloedende factoren (geformuleerd als een verzameling van uitgangspunten in de zogeheten werkhypothese), prioriteiten, wensen en behoeften. Anderzijds biedt het inzicht in de (on)mogelijkheden voor behandeling, zorg en de haalbaarheid van concrete uitkomsten. Door de snelle systematische benadering ontstaat inzicht in:

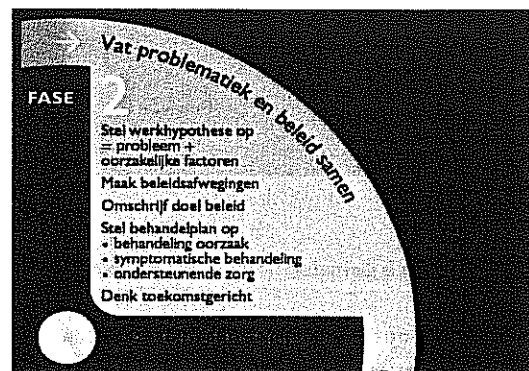
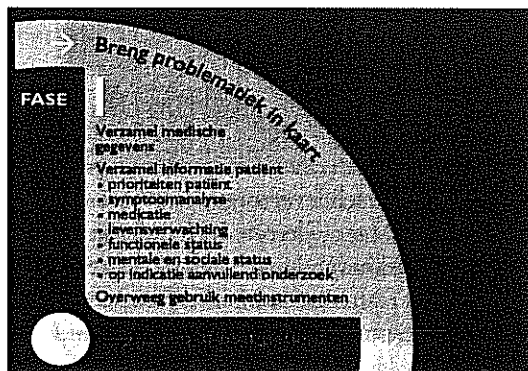
- wat er (vermoedelijk) met de patiënt aan de hand is
- wat hij wel of niet wil
- wat de behandelaar/zorgverlener tot doel heeft, wel of niet wil dan wel kan
- wat de risico's zijn die bij bepaalde keuzes horen.

De methode volgt een overzicht van mogelijkheden voor aanpak en heeft de mogelijkheid tot continue bijstelling. Daarmee wordt de besluitvorming transparant voor patiënt, naasten en professionals en wordt de kwaliteit van zorg als geheel eenduidiger, beter stuurbaar en toetsbaar.

Vier fases

De werkwijze is helder door de indeling in vier fases:

De beslisschijf met de vier fases van de werkwijze.



- problematiek in kaart brengen
- samenvatten van problematiek en beleid
- maken van afspraken en evaluatie van beleid
- beleid zo nodig bijstellen en blijven evalueren.

Beslisschijf en samenvattingkaarten

Om de methodiek concreet bruikbaar te maken, is gekozen voor een uitvoering in de vorm van een zakmodel. Met een schematische weergave van de vier fases in een cirkelvormige kaart als uiting van de noodzaak tot continuïteit van zorg. Dit instrument, de beslisschijf, kan gebruikt worden als multidisciplinaire geheugensteun en checklist: bestaat er voldoende inzicht in de multiproblematiek van de patiënt of ontbreken er nog gegevens vanuit een specifieke dimensie of discipline die nodig zijn om tot goed zorgbeleid te komen? Is helder of er indicatie bestaat voor de toepassing van een of meerdere richtlijnen?

Voor de toepassing van de richtlijnen zijn gecomprimeerde versies gemaakt van de richtlijnen van de elf meest voorkomende symptomen: de samenvattingkaarten. Deze kaarten geven een praktisch overzicht van zaken waaraan gedacht moet worden (zie voorbeeld op pagina 10). Bijvoorbeeld specifieke observatiepunten of lichamelijk onderzoek bij een patiënt die misselijk is en braakt.

Projectmatige ondersteuning

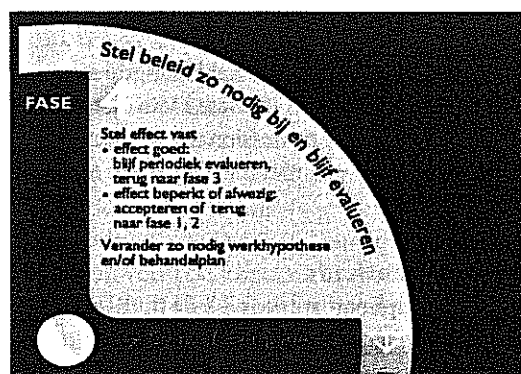
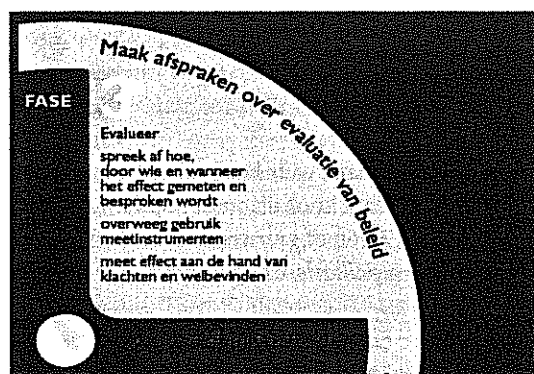
In 2006 hebben vijf regionale instellingen waar palliatieve zorg werd verleend (oncologieafdeling in (niet-)academisch ziekenhuis, highcarehospice, bijna-thuis-huis, palliatieve unit in verpleeghuis) meegewerkt aan een pilot waarbij het gebruik van de beslisschijf en samenvattingkaarten werd uitge-

test met het doel de vkk-richtlijnen te implementeren. Samenvattend bleken de schijf en kaarten door het merendeel van de deelnemers te worden gewaardeerd als ondersteuning in complexe zorgsituaties. Inhoudelijke en procesmatige feedback leidde tot een bijstelling van beide instrumenten en de introductie ervan.

In 2007-2008 zijn deze aanpassingen doorgevoerd in een project dat plaatsvond in acht instellingen. Het project omvatte naast een algemene introductie in de methodiek een training voor betrokken hulpverleners. Doelstelling was het doorgronden van het model van palliatief redeneren en het geïntegreerd gebruiken van de samenvattingkaarten door de uitwerking ervan in eigen casuïstiek binnen de instelling. Daarvoor werd door een coach van het IKMN gedurende zes weken ondersteuning geboden (training) in multidisciplinair overleg. Er bleek grote behoefte aan duidelijke afspraken over de samenwerking, zowel intra- als interdisciplinair.

Structurele ondersteuning: wens of noodzaak?

In zorgsituaties zijn sleutelfiguren als artsen, (wijk)verpleegkundigen en vrijwilligers aan wisseling onderhevig en is een sluitende overdracht niet vanzelfsprekend. Daarnaast is er kennis aanwezig bij hulpverleners maar wordt deze kennis niet altijd onderling uitgewisseld. Door gebruik te maken van de beslisschijf is er meer aandacht voor een analyse alvorens over te gaan op het maken van afspraken ten aanzien van een probleem. Ook worden zorgverleners meer gedwongen na te denken over anticiperende maatregelen en het duidelijk vastleggen



→ Delier in de palliatieve fase

Breng problematiek in kaart

Verzamel medische gegevens

- > medische gegevens
- diagnose, medische behandeling, comorbiditeit

Verzamel informatie patiënt

- > prioriteiten patiënt
- > symptoomanalyse
- anamnese: sufheid, verwardheid, wanen, hallucinaties, concentratie vermogen, geheugen, desoriëntatie, motische 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 lichamenlijk onderzoek (hart, longen, buik), percussie van blaas, rectaal toucher

symptoombeleving

symptoomlijden

- > 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
- verblijfplaats, draagkracht/draaglast mantelzorg, rolpatroon, cultuur, religie
- > op indicatie aanvullend onderzoek
- laboratoriumonderzoek:** Hb, leucocyten, creatinine, Na, K, Ca²⁺, bilirubine, alkalisch fosfatase, gamma-GT, ASAT, ALAT, albumine, glucose, schildklierfunctie, Vit B1 en B12, bloedgasen, urine
- ander onderzoek:** X-thorax, CT/MRI hersenen, lumbaalpunctie

Overweeg gebruik meetinstrumenten Delier Observatie Schermschaal (DOS)

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
- conuniteit 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 ontrekking, behandel obstipatie, urineretentie of infecties, corrigeer dehydratie, elektrolytenstoornissen, hypoxie, anemie, hypo- of hyperglykemie of schildklierstoornissen
- > 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 alcoholontrekkingsdelier
 - evt. clozapine, olanzapine, risperidon, quetiapine, rivastigmine
- > ondersteunende zorg
- geef voorlichting aan naasten en zorg z.n. voor ondersteunende zorg

Denk toekomstgericht

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

Stel beleid zo nodig bij en blijf evalueren

Stel effect vast

- > effect goed: blijf periodiek evalueren, terug naar fase J
- > effect beperkt of afwezig: accepteren of terug naar fase I, 2

Verander zo nodig werkhypothese en/of behandelplan

in de probleemsituatie waardoor disciplines de eigen rol duidelijker kunnen aangeven.

We durven te stellen dat onze methodiek (non-)professionals in de palliatieve zorg 'empowerment' geeft die nodig is om met argumenten krachtig te staan in die multidisciplinaire en soms complexe zorgverlening van patiënten in de palliatieve fase. Duidelijkheid over de ervaren symptoomlast van de patiënt in relatie tot de mogelijkheden van aanpak geeft de (non-)professionals de mogelijkheid gezamenlijk weloverwogen keuzes te maken. Vanuit 'goed doen' voor de patiënten is nu groeiende aandacht voor 'de goede dingen doen' voor de patiënten. In de praktijk betekent dit dat naast de vanzelfsprekende aandacht voor de zieke mens zelf ook diens symptomen een gericht en weloverwogen handelen vereisen.

Tot slot levert het gebruik van de methodiek van palliatief redeneren winst op voor de patiënt en naasten wanneer alle betrokkenen hun rol duidelijk innemen en de zorg gezamenlijk invullen.

Toepasbaarheid in de zorg:

de concrete doelen

Door te werken met de beslisschijf en samenvatting-kaarten wordt het mogelijk om:

- multisymptomatologie adequaat te analyseren
- passend te reageren op (potentiële) problemen, op dit moment en in de toekomst
- continuïteit te geven aan afstemming op wensen en prioriteiten van de patiënt
- kritische beslismomenten in kaart te brengen
- doelgerichte en ondubbelzinnige gezamenlijke besluitvorming te stimuleren
- helder verslag te doen van beleid en voortgangsafspraken
- eenduidig te communiceren naar patiënt en naasten

Meer informatie

Voor meer informatie over het project besluitvorming in de palliatieve fase kunt u contact opnemen met het IKMN (030) 233 80 60 of gverweij@ikmn.nl of de website bezoeken: ikmn.palliatievezorg.ikcnet.nl.

Ginette Hesselman is verpleegkundig specialist bij het UMC Utrecht en projectmedewerker IKMN.

van evaluatiecriteria. Het blijkt in de praktijk ook gevolgen te hebben voor de manier van dossiervoering. In verschillende instellingen zijn aanpassingen gedaan die passen bij de eigen werksituatie. Bevestigd werd dat er met name onder verpleegkundigen voortdurend behoefte is aan deskundigheidsbevordering.

De vraag wat voor de patiënt het belangrijkste punt van zorg of aandacht was (zie fase 1 van de schijf), werd niet door iedere professional opgepakt zoals bedoeld. En bleek vaak niet met de patiënt te zijn kortgesloten.

Voordelen methode

Het multidisciplinair stilstaan bij de multisymptomatologie van patiënten blijkt ons meer zicht te geven op het totaal van factoren dat een rol speelt