

Meerwaarde van de beslisschijf en samenvattingkaarten voor behandelaars

Palliatief redeneren ondersteunt zorgverleners bij (pro)actief beleid

• **Marieke Schreuder** oncologieverpleegkundige UMC Utrecht en projectmedewerker IKMN • **Ginette Hesselmann** verpleegkundig specialist palliatieve zorg UMC Utrecht • **Henk Vrehan** verpleegkundig specialist hematologie UMC Utrecht • **Anja Moonen** coördinator palliatieve zorg IKMN • **Alexander de Graeff** internist oncoloog UMC Utrecht • **Saskia Teunissen** clusterhoofd zorg medische oncologie UMC Utrecht

In 2006 verscheen het boek 'Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk' (de Graeff e.a., 2006), een landelijke uitgave van de richtlijnen palliatieve zorg en sinds 2007 ook digitaal te raadplegen en te downloaden via Pallialine (www.pallialine.nl). Het UMC Utrecht en het Integraal Kankercentrum Midden Nederland (IKMN) hebben naar aanleiding hiervan een instrument ontwikkeld dat zorgprofessionals ondersteunt bij het toepassen van deze richtlijnen, met name bij de besluitvorming in de palliatieve fase. Het tweedelige instrument bestaat uit een beslisschijf en elf samenvattingkaarten en is gebaseerd op de methodiek palliatief redeneren die wordt weergegeven in de inleiding van het richtlijnenboek en in het proefschrift 'In palliative care symptoms mean everything' (Teunissen, 2007).

Palliatief redeneren structureert het denken en handelen in de palliatieve fase en ondersteunt zorgverleners bij het maken van een (pro)actief beleid. Dit artikel gaat over de meerwaarde van de beslisschijf en samenvattingkaarten voor oncologieverpleegkundigen.

Palliatief redeneren

De methodiek palliatief redeneren is een toegepaste vorm van klinisch redeneren. In het palliatief redeneren wordt de methodiek van klinisch redeneren gecombineerd met de principiële uitgangspunten van palliatieve zorg: systematisch, individueel, multidimensioneel en doelgericht analyseren, anticiperen en reageren op kritische beslissmomenten in de vaak moeilijk voorspelbare palliatieve fase. 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 meest optimale keuzes in behandeling en zorg te komen.

De nadruk ligt op:

- systematiek: herkenbaar voor patiënt, naasten en professionals
- multidimensionaliteit: aandacht voor meerdere dimensies van lijden: fysiek, functioneel, emotioneel, cognitief, sociaal, existentieel
- mogelijke (acute) veranderingen: vooruit denken op basis van kennis en de betekenis van symptomen en de mogelijke verdere gevolgen voor het lijden
- concretisering van verwachtingen, afspraken, uitkomsten en momenten van evaluatie
- snelle besluitvorming.

De methodiek bestaat uit 4 fasen: problematiek in kaart brengen, problematiek en beleid samenvatten, afspraken maken over evaluatie van beleid en het zo nodig bijstellen van beleid en blijven evalueren. De methodiek ondersteunt 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 'werkhypothese'), prioriteiten, wensen, behoeften enerzijds en (on)mogelijkheden voor behandeling, zorg en de haalbaarheid van concrete uitkomsten anderzijds. Door de snelle systematische benadering, in een voor allen herkenbare taal, ontstaat optimaal inzicht in 1) wat er (aannemelijk) met de patiënt aan de hand is, 2) wat de patiënt wel of niet wil, 3) wat de behandelaar/zorgverlener tot doel heeft, wel of niet



Samenvatting

Palliatief redeneren is een toegepaste vorm van klinisch redeneren. Het structureert het denken en handelen in de palliatieve fase en ondersteunt zorgverleners bij het maken van een (pro)actief beleid. Hierdoor wordt de besluitvorming transparant voor de patiënt, naasten en professionals en wordt de kwaliteit van zorg als geheel eenduidiger en toetsbaar. In projectverband is een tweeledig instrument ontwikkeld dat de toepassing van palliatief redeneren ondersteunt: een beslisschijf en 11 samenvattingkaarten. Uit een project in zeven organisaties waar oncologieverpleegkundigen deel uitmaken van het team blijkt dat het instrument doelen in de praktijk van alledag helpt realiseren: adequaat reageren, continue afstemming, in kaart brengen van kritische beslismomenten, gezamenlijke besluitvorming, heldere verslaglegging en eenduidige communicatie naar patiënt en naasten.

wil dan wel kan, 4) welke de risico's zijn die bij bepaalde keuzes horen en 5) welke de mogelijkheden voor aanpak en continue bijstelling zijn. Daarmee wordt de besluitvorming transparant voor de patiënt, naasten en professionals en wordt de kwaliteit van zorg als geheel eenduidiger, beter stuurbaar en toetsbaar. De methodiek palliatief redeneren pretendeert niet een geheel nieuwe werkwijze te zijn, maar accentueert het belang van systematisch werken en richt de aandacht op de principiële uitgangspunten van de palliatieve zorg.

Belisschijf en samenvattingkaarten

In een landelijke klankbordgroep is aangegeven dat voor het gebruik van de richtlijnen hulpverleners behoefte hebben aan een methodiek die ondersteunt bij besluitvorming over symptoommanagement. Daarnaast heeft de praktijk behoefte aan hulpmiddelen die voorzien in direct toepasbare kennis. In projectverband is een tweeledig instrument ontwikkeld en getest dat ondersteunt bij het toepassen van de methodiek palliatief redeneren in de praktijk: een beslisschijf en 11 samenvattingkaarten. De beslisschijf geeft concrete ondersteuning aan betrokken professionals bij het palliatief redeneren gericht op een specifieke patiëntensituatie. De samenvattingkaarten voorzien in zowel de methodiek als inhoud van de richtlijnen. De beslisschijf en samenvattingkaarten zijn ontwikkeld voor behandelaars en behandelteams, ze kunnen worden gebruikt als voorbereiding op besprekingen over het beleid, tijdens multidisciplinair overleg, maar zijn ook geschikt voor monodisciplinair gebruik.

Het instrument is getest in een pilot in vijf instellingen waar palliatieve zorg wordt verleend binnen de IKMN-regio. De belangrijkste conclusie uit die toetsperiode is dat het instrument in het ziekenhuis, verpleeghuis, bijna-thuis-huis en hospice bruikbaar is. Het systematisch bespreken van de patiënt wordt verbeterd door het gebruik van de beslisschijf en het multidisciplinair werken wordt bevorderd. Tijdens de testfase is ook een trainingsmethode ontwikkeld die bestaat uit 1) gerichte training in palliatief redeneren voor betrokken disciplines en 2) oefening met de toepassing van richtlijnen palliatieve zorg. Voorafgaand aan de training wordt, in een startbijeenkomst met een kleine groep afgevaardigden uit de organisatie, gekeken naar wensen en doelen van het team. In een evaluatiebijeenkomst wordt besproken wat daadwerkelijk terecht is gekomen van het gebruik van de richtlijnen en het toepassen van palliatief redeneren. De gerichte training in palliatief redeneren houdt in dat er gedurende zes weken een coach aanwezig is tijdens een multidisciplinair overlegmoment. De coach ondersteunt daarbij in de bespreking van patiënten op zowel proactieve als reflectieve wijze.

De trainingsperiode wordt afgesloten met een verslag waarin zowel aandacht wordt besteed aan uitkomsten ten aanzien van de zorg (op welke aspecten is verdere training en kennisvergaring nodig) alsook met betrekking tot het proces van samenwerking.

Meerwaarde voor oncologieverpleegkundigen

In het afgelopen jaar is met bovengenoemd instrumentarium en trainingsmethode op projectbasis ervaring opgedaan in zeven organisaties waar palliatieve zorg wordt verleend en waar oncologieverpleegkundigen deel uitmaakten van het team. Omdat over de toegevoegde waarde van een nieuwe methodiek altijd kan worden gediscussieerd, kiezen we ervoor ervaringen uit de organisaties aan de hand van de algemene doelen van de beslisschijf te omschrijven.

Werken met de beslisschijf en samenvattingkaarten ondersteunt bij het realiseren van de volgende concrete doelen in de praktijk van alledag:

1. adequaat reageren op (potentiële) problemen op het moment en in de toekomst
2. continue afstemming op de wensen en prioriteiten van de patiënt
3. in kaart brengen van kritische beslismomenten
4. stimuleren van gezamenlijke besluitvorming
5. heldere verslaglegging over beleid en voortgangsafspraken
6. eenduidige communicatie naar patiënt en naasten

1. Adequaat reageren

Om adequaat te kunnen reageren op feitelijke en mogelijke symptomen en problemen in de palliatieve fase zijn, net als in de algemene oncologische zorg, kennis, vaardigheden en inzicht nodig. Het domein van de verpleegkundige is dat wat te maken heeft met de gevolgen van ziekte en behandeling. In de palliatieve fase is symptoommanagement daarmee een prioriteit voor de oncologieverpleegkundige.

Een aspect dat verschil maakt bij het toepassen van het palliatief redeneren is het werken met werkhypotheses, omdat hiermee wordt aangesloten bij 1) het beperkte tijdspectief en 2) de beperkte haalbaarheid c.q. wenselijkheid voor of van diagnostiek in een zorglocatie. Een werkhypothese is de omschrijving van het probleem inclusief de oorzaak, bijvoorbeeld: gemengd nociceptieve en neuropatische rugpijn op basis van progressieve metastasering in de thoracale wervelkolom bij een bronchusca. Met een werkhypothese wordt dus concreet vastgelegd wat de gedachten zijn ten aanzien van de oorzaken van symptomen door de professionals.

In de praktijk zien we dat de (vermoedelijke) oorzaak van een probleem vaak niet wordt geconcretiseerd of gecommuniceerd tussen disciplines waardoor

CASUS

Vrouw, 47 jaar, gehuwd, 2 kinderen van 15 en 17 jaar. Presenteert zich met toenemende rugklachten.

Uitwerking casus aan de hand van de beslisschijf:

Medische gegevens: Gemetastaseerd mammacarcinoom met botmetastasen, behandeld met Zoladex en tamoxifen.

Prioriteiten van de patiënt: Behandeling van de pijn.

Symptoomanalyse: Al enkele weken klachten laag in de rug, die de laatste dagen sterk zijn toegenomen. Klachten zitten laag in de rug en stralen niet uit. Bij bewegingen en activiteiten nemen de klachten toe. Geen pijn op andere plaatsen. Geen neurologische uitval. Paracetamol heeft onvoldoende effect.

Medicatie: Zoladex, tamoxifen 1dd 20 mg, paracetamol 4dd 1000 mg.

Levensverwachting: Maanden tot enkele jaren.

Functionele status: Ligt in bed. Is door de pijn tot weinig activiteiten in staat.

Mentale status: Maakt zich zorgen over de pijn en is daar angstig bij. Is helder en kan de situatie goed inschatten.

Sociale status: Echtgenoot vindt het moeilijk om met de problematiek van het mammacarcinoom om te gaan. Oudste kind vindt de situatie ook moeilijk en is veel weg.

Aanvullend onderzoek: X-thorax: Inzakking L4. MRI: Metastase L4, geen myelumcompressie. Verder disseminatieonderzoek wordt ingezet om te kijken of de hormonale behandeling aangepast moet worden.

Meetinstrumenten: Met patiënte wordt afgesproken de intensiteit van de pijn 2x per dag te scoren op een schaal van 0-10.

Werkhypothese: Rugklachten op basis van botmetastase L4.

Beleidsafwegingen: Snelle behandeling van de pijn is essentieel. Geen redenen tot terughoudendheid in het licht van mogelijke bijwerkingen van de behandeling of korte levensverwachting.

Doel van het beleid: Vermindering of (in het beste geval) verdwijnen van de rugklachten.

Behandelman:

- Adequate informatie over de situatie en de behandeling.
- **Behandeling oorzaak:** Radiotherapie L4. Overweeg wijziging van hormonale therapie.
- **Symptomatische behandeling:** Niet-medicamenteus: in acute situatie niet aan de orde. Medicamenteus: start fentanyl 12 µg/uur met magnesiumoxide 3dd 500 mg en zo nodig 5 mg morfine bij doorbraakpijn. Paracetamol continueren.
- Begeleiding van echtgenoot en kinderen.

Evaluatie van het beleid:

- Effect 2x per dag geëvalueerd door verpleegkundige in samenspraak met zaalarts.
- Pijnscore 2x per dag.
- Bij evaluatie ook aandacht besteden aan mogelijke bijwerkingen van opioïden.

Indien effect goed: fentanyl continueren en effect radiotherapie afwachten.

Indien effect niet goed: dosering fentanyl ophogen.

interventies uitblijven. Verder is het belangrijk de werkhypothesen waar nodig aan te vullen met beleidsafwegingen. Dan is voor het hele team duidelijk waarom voor een bepaald beleid gekozen is en kan dit ook op eenduidige wijze naar patiënt en naasten gecommuniceerd worden.

2. Continue afstemming

Afstemming op de wensen van de patiënt is binnen de gehele zorg essentieel. Je kunt pas beslissingen nemen als het perspectief van de patiënt en zijn/haar naasten bekend is. Juist binnen de palliatieve fase kun je bij iedere patiënt tot andere beslissingen komen. Een factor die hierbij een rol speelt is bijvoorbeeld de plaats waar de patiënt verblijft. De verpleegkundige speelt een essentiële rol bij het in kaart brengen van wensen en behoeften van de patiënt. Wij hebben geleerd dat de belangrijkste vraag elke keer weer moet zijn: 'wat vindt u het belangrijkste om aan te pakken/op te lossen?'. Anders gezegd: wat is de prioriteit van de patiënt?

3 en 4. Kritische beslistmomenten en gezamenlijke besluitvorming

Kritische beslistmomenten zijn momenten waarop beslissingen moeten worden genomen die van cruciaal belang zijn in het proces van de ziekte enerzijds en de zorg anderzijds. Natuurlijk doen die momenten zich voor vanaf het moment dat de patiënt te horen krijgt dat hij/zijanker heeft. Niet altijd worden de verschillende disciplines van het team betrokken bij belangrijke beslistmomenten. De meeste beslissingen over het te voeren beleid worden genomen tijdens patiëntenbesprekingen of andere overlegmomenten. Wij hebben tijdens de projectperiode ervaren dat de beslisschijf en samenvattingkaarten goed bruikbaar zijn tijdens het multidisciplinair overleg. Hoe ziet het gebruik van de beslisschijf en samenvattingkaarten eruit tijdens een multidisciplinair overleg (MDO)? Als voorbeeld geven we een wekelijks MDO op de afdeling Oncologie in een ziekenhuis. Bij dit MDO zijn aanwezig: verpleegkundigen, zaalartsen, een fysiotherapeut, een maatschappelijk werker en een geestelijk verzorger. Het doel van het MDO is gezamenlijk de voortgang van het beleid van de patiënten te bespreken. Op deze afdeling was het MDO niet gestructureerd en werd het overleg door de aanwezigen als weinig zinvol ervaren.

Allereerst zette de beslisschijf het team aan om het MDO goed voor te bereiden. Er werd een keuze gemaakt welke patiënten besproken moesten worden en er werden vragen voor het MDO geformuleerd. Een voorbereidingsformulier met de items van de beslisschijf hielp hierbij.

Vervolgens bleek dat verpleegkundigen het lastig vinden om een patiënt op systematische wijze te presenteren. Door de structuur van de beslisschijf aan



te houden gingen de verpleegkundigen duidelijker en vollediger presenteren.

Bij het in kaart brengen van kritische beslismomenten en bij het bespreken van patiënten viel op dat verpleegkundigen vaak een afwachtende houding aannemen. De samenvattingkaarten dienden als hulpmiddel, omdat deze per symptoom weergeven waaraan gedacht moet worden en welke informatie uitgewisseld moet worden om tot een goed en eenduidig beleid te kunnen komen. Zo ontstaat ook gestructureerd meer aandacht voor niet-medica-menteuze interventies bij patiënten.

Om een overleg goed te laten verlopen is een voorzitter belangrijk. Houvast van het format van de besluitvorming geeft de oncologieverpleegkundige grip op het voorzitten van een multidisciplinair overleg.

Verder viel op dat veel verpleegkundigen behoefte hebben aan ethische reflectie. Deze behoefte komt onder andere voort uit het niet begrijpen van bepaalde beslissingen of beleidsafwegingen. Door gebruik van de systematiek van het palliatief redeneren werd dit expliciet genoemd en besproken. De gehanteerde systematiek heeft consequenties voor de verslaglegging. Het behandelteam heeft hierover duidelijke afspraken weten te maken die voor allen winst opleveren. Zo worden nu de werkhypothesen, beleidsafwegingen, afspraken over beleid en de evaluatie omschreven in het dossier.

De zaalartsen die deelnamen aan het MDO gaven aan dat de beslisschijf ook voor de dagelijkse visites goed bruikbaar is. De paramedici zijn enthousiast over de centrale rol die de beleving van de patiënt inneemt in deze methodiek, er is meer diepgang in het overleg. Veel verpleegkundigen zagen de beslisschijf als procesbewaker. Hij geeft structuur aan de patiëntenbespreking. Het hele team vond dat deze methodiek 24 uur per dag toegepast moet worden, maar dat het MDO een goed oefenmoment is.

5. Heldere verslaglegging

Verpleegkundigen zijn geneigd continu door te gaan en evaluatiemomenten te vergeten. Door te werken met de beslisschijf gaan zij bewuster om met het afspreken van evaluatiemomenten bij nieuwe interventies. De afspraken worden beter nagekomen en minder ad hoc veranderd.

Belangrijk aandachtspunt hierbij is het gebruik van meetinstrumenten als maat voor het symptoomlijden. Door te werken met meetinstrumenten worden klachten en symptomen geobjectiveerd en kunnen deze systematisch gevolgd worden. Zo krijg je snel zicht op het effect van een interventie. Verpleegkundigen geven aan behoefte te hebben aan ondersteuning bij het verwerken van informatie in het dossier en bij het rapporteren. De

meeste rapportages zijn niet probleem-gestuurd waardoor informatie moeilijk terug te vinden is of ontbreekt. Wat kan helpen is om tijdens MDO of artsensite af te spreken wat wordt genoteerd in het dossier. Hierbij moet vooral gedacht worden aan werkhypothesen en evaluatieafspraken.

6. Eenduidige communicatie naar patiënt en naasten

Alle deelnemende organisaties aan het project vonden eenduidige communicatie een belangrijk doel. De communicatie binnen het team verbetert door de taal die de methodiek van palliatief redeneren aanreikt en door de structuur die de beslisschijf biedt. Bovendien geeft de systematiek een rol aan alle deelnemers tijdens de bespreking. Ruimte voor het kunnen uiten van je deskundigheid ten behoeve van goede zorg scheelt veel frustratie. Het belangrijkste voor teams was te ondervinden hoe belangrijk het is eenzelfde taal te spreken. Hiermee wordt bedoeld dat alle professionals eenzelfde terminologie gebruiken. De terminologie op de beslisschijf wordt uitgelegd op de samenvattingkaarten. Hierdoor wordt voor iedereen concreet, dat bijvoorbeeld met het begrip functionele status de mate van bedlegerigheid, zwakte en ADL-afhankelijkheid, wordt bedoeld.

Conclusie

Besluitvorming in de palliatieve fase is complex en vergt naast kennis, inzicht en vaardigheden ook gerichte samenwerking. Toepassing van richtlijnen voor palliatieve zorg wordt ondersteund door aandacht voor gestructureerde besluitvorming op kritische beslismomenten. Het model palliatief redeneren en de praktische uitwerking daarvan in een beslisschijf en samenvattingkaarten sluiten aan bij de praktijk. Voor oncologieverpleegkundigen zijn de beslisschijf en samenvattingkaarten praktische instrumenten om denken en handelen in de zorg voor patiënten met kanker in de palliatieve fase te concretiseren en structuren. Wat echt verschil maakt, is het vermogen, om ondersteund door deze methodiek, eenzelfde taal in een behandelteam te spreken. Zo worden problemen gericht en eenduidig opgepakt en aangepakt waardoor de kwaliteit van zorg daadwerkelijk toeneemt.

LITERATUUR

- DE GRAEVE A, HESSELMANN GM, KROL RJA, KUYPER MB, VERHAGEN EH, VOLLAARD EJ (RED). PALLIATIVE ZORG. RICHTLIJNEN VOOR DE PRAKTIJK. UTRECHT: VERENIGING VOOR INTEGRALE KANKERCENTRA, 2006.
- TEUNISSEN SCCM. IN PALLIATIVE CANCER CARE SYMPTOMS MEAN EVERYTHING. SYMPTOMS & SYMPTOM MANAGEMENT IN PALLIATIVE CARE FOR CANCER PATIENTS (PROEFSCHRIFT). UTRECHT: ZUIDAM & UITHOF B.V., 2007, p. 11-23.

INFORMATIE

- MARIEKE SCHREUDER-CATS
INTEGRAAL KANKERCENTRUM MIDDEN NEDERLAND
TEL.: 030-2338060
INTERNET: [HTTP://IKMN.PALLIATIEVEZORG.JKCN.NL](http://ikmn.palliativezorg.jkcn.nl). OP DEZE WEBSITE STAAT OOK VERMELD HOE DE SET MET BESLISSCHIJF EN SAMENVATTINGKAARTEN TE BESTELLEN IS.

EERDERE PUBLICATIES OVER DIT PROJECT ZIJN VINDEN IN HET NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR PALLIATIVE ZORG (NUMMER 3/4 2008) EN IN DE BIJLAGE OVER TERMINALE ZORG VAN BIJZIJN (OKTOBER 2008).

