

Workshop Consultatie II

Palliatieteam Midden Nederland, 13 november 2008

Alexander de Graeff

Internist-oncoloog UMC Utrecht, hospice arts Academisch Hospice Demeter

Ginette Hesselmann

Verpleegkundig specialist palliatieve zorg UMC Utrecht

Riky Dorrestein

Verpleegkundig specialist palliatieve zorg Meander MC Amersfoort



Opzet

- Inleiding palliatief redeneren in de consultatie
- Illustratie aan de hand van casuïstiek



Palliatieteam Midden Nederland

- Multidisciplinair team
- Telefonische consultatie
 - Consultgesprek
 - Schriftelijke verslaglegging
- Structurele casuïstiekbespreking
- Verzorgen bijscholingen IKMN-regio



Behoeftte aan methodische benadering voor consultatie

- Telefonische benadering
 - Op afstand met beperkte informatie
 - Weinig structuur
- Verslaglegging
 - Divers
 - Streven naar kwaliteit en uniformiteit
- Ontwikkeling kennis door richtlijnen
- Opleiden nieuwe consulenten



Het model 'palliatief redeneren'

- Aangepaste vorm van klinisch redeneren
- Multidimensionele benadering: aandacht voor lichamelijke, psychische, sociale en existentiële aspecten
- Toepassing in het licht van een beperkte levensverwachting
- Doelen
 - Verbeteren van de kwaliteit van de zorg en de communicatie (inclusief verslaglegging)
 - Verhogen transparantie van de besluitvorming

Schreuder et al, Ned Tijdsch Palliatieve Zorg (2008); Zyllicz et al, Inleiding, Richtlijnenboek VIKC (2006)



Beslisschijf en samenvattingskaarten



→ Deel in de palliatieve fase

1	2	3	4
Breng problematiek in kaart Verzamel medische gegevens Verzamel informatie patiënt Overweeg gebruik meetinstrumenten Stem af met patiënt	Vat problematiek en beleid samen Stel werkhypothese op Maak beleidsafwegingen Omschrijf doel beleid Stel behandelplan op Denk toekomstgericht	Maak afspraken over evaluatie van beleid Evalueer Maak afspraken over evaluatie van beleid Stel behandelplan op Denk toekomstgericht	Beet besluit en voer uit en evalueer Beet besluit Voer uit Evalueer Maak afspraken over evaluatie van beleid Stel behandelplan op Denk toekomstgericht



FASE 1 Breng problematiek in kaart

- Verzamel medische gegevens
- Verzamel informatie patiënt
 - prioriteiten patiënt
 - symptoomanalyse
 - medicatie
 - levensverwachting
 - functionele status
 - mentale en sociale 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



→ Maak afspraken over evaluatie van beleid

FASE 3

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



→ Stel beleid zo nodig bij en blijf evalueren


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 werkhypothese en/of behandelplan

→ Stem af met patiënt




Casus 1(1)

Mevr. Jansen (08-10-1938)

U wordt als consulent 's ochtends om 9 uur gebeld door de huisarts van Mevr. Jansen. Mevr. Jansen is sinds 2 jaar bekend met een Amyotrofische Laterale Sclerose (ALS). Ze verblijft thuis.

De reden voor het consult is toenemende kortademigheid. Mevr. Jansen is angstig.



→ Breng problematiek in kaart

FASE 1


Verzamel medische gegevens

Verzamel informatie patiënt

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

Overweeg gebruik meetinstrumenten

→ Stem af met patiënt



Casus 1 (2)

- Medische gegevens: Diagnose ALS. Voeding door middel van PEG-katheter. Behandeling met zuurstof (5-6 l/minuut) via mondkapje. Sterke neurologische verslechtering in de afgelopen maanden.
- Prioriteiten: Afname van kortademigheid en bereiken van rust. Patiënte heeft in eerdere gespreken aangegeven geen beademing te willen. Geeft nu ook aan dat een eventuele pneumonie niet behandeld moet worden.
- Wil absoluut thuis blijven.



Casus 1 (3)

Symptoomanalyse

- Is al maanden kortademig. Veel last van taai sputum, waardoor de kortademigheid regelmatig aanvalsgewijs toeneemt. Wordt frequent uitgezogen.
- Behandeling met zuurstof geeft meer hinder dan profijt. De huisarts is twee weken geleden begonnen met morfine. Ook dit heeft weinig of geen verbetering gegeven van de kortademigheid.
- In de afgelopen week toenemend kortademig, vanmorgen opeens verder toegenomen. Geen reactie op morfinedrank. Is bang om te stikken. Wil zo niet verder. Geen koorts.



Casus 1 (4)

Medicatie

- Morfine drank 6 dd 10 mg
- z.n. 10 mg extra bij doorbraakpijn

- Movicolon 1dd 1 sachet



Casus 1 (5)

- Levensverwachting: uren tot enkele dagen
- Functionele status: Volledig bedlegerig en ADL-afhankelijk
- Mentale status:
 - Emotioneel: angstig
 - Cognitief: bang om te stikken
- Sociale status: gehuwd, geen kinderen
- Mantelzorg: Echtgenoot neemt een groot deel van de zorg op zich
- Ondersteuning: Thuiszorg (3x per dag wijkverpleegkundige). Eigen huisarts 2 x per week



Casus 1 (6)

Aanvullend onderzoek (op indicatie)

- Afgezien van X-thorax (patiënte wil thuis blijven; evt. pneumonie zal niet behandeld worden)
- Overweeg het gebruik van meetinstrumenten: Gezien de situatie wordt hiervan afgezien.



Casus 1 (7)

Werkhypothese

Kortademigheid op basis van respiratoire insufficiëntie ten gevolge van progressieve ALS met sputumretentie.
Klinisch geen aanwijzingen voor pneumonie.



Casus 1 (8)

Beleidsafwegingen

- Er wordt voldaan aan de eisen voor diepe en continue sedatie tot aan het overlijden:
 - Bestaan van een refractair symptoom
 - Levensverwachting <1-2 weken
 - In overeenstemming met wensen van patiënte en naaste
- Doel van de behandeling:
Verbeteren van kortademigheid en creëren van rust voor patiënt en naaste
- Behandeling van de oorzaak: Niet mogelijk



Casus 1 (9)

Symptomatische behandeling

- Niet-medicamenteus:
Zuurstoftoediening vooralsnog continueren; kan na sedatie eventueel gestaakt worden
- Medicamenteus:
In eerste instantie intermitterende subcutane toediening van morfine en midazolam. Evt. subcutane pomp indien patiënte langer leeft dan ingeschat
- Ondersteunende zorg:
24-uurs ondersteuning door wijkverpleegkundige



→ **Maak afspraken over evaluatie van beleid**

FASE 3

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**

Casus 1 (10)

Evaluatie

- Primair door wijkverpleegkundige, tenminste 3 maal per etmaal
- De huisarts komt 's middags weer langs



→ **Stel beleid zo nodig bij en blijf evalueren**

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 werkhypothese en/of behandelplan

→ **Stem af met patiënt**

Casus 1 (11)

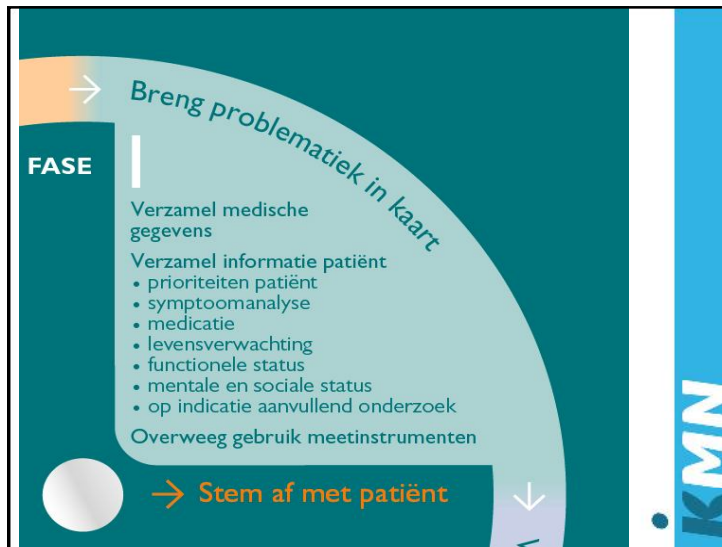
- In de loop van de dag wordt rust bereikt
- Patiënt overlijdt rustig na 24 uur



Casus 2 (1)

Hr. de Vries (12-03-1960)

U wordt als consulent gebeld door de huisarts over dhr. de Vries. Hij verblijft thuis. Dhr. de Vries is al langere tijd uitbehandeld voor zijn gemetastaseerd bronchuscarcinoom. Sinds een aantal weken gaat de eigen huisarts tweemaal per week langs omdat dhr. achteruit gaat. Gisteravond is een dieptepunt geweest: dhr. was zeer onrustig en verward. Zijn echtgenote zegt dat ze het hele weekend al in de weer zijn geweest. Het gezin is heel erg geschrokken. Vanochtend maakt dhr. een uitgeputte indruk. De familie vindt dat het zo niet gaat en dat er beslissingen moeten worden.



Casus 2 (2)

- Medische gegevens: gemetastaseerd bronchusca. met bot- lever- en hersenmetastasen
- Prioriteiten: bereiken van rust
- Symptoomanalyse:
 - Sinds 2 weken toenemende pijnklachten in de rug met uitstraling over de thoraxwand; fentanyl snel opgehoogd en amitriptyline gestart
 - Tevens last van misselijkheid en braken
 - Woordvindstoomissen nemen toe; heeft 2x insult gehad
 - Sinds 1 week toenemend plukkerig en onrustig (met name 's nachts).
 - Is af en toe suf, maar soms ook helder. Ziet soms mensen die er niet zijn en wordt daar angstig van.



Casus 2 (3)

Medicatie:

- Fentanyl 200 microgram
- Oxynorm 20 mg rescue
- Paracetamol 4 x 1000 mg
- Amitriptyline 25 mg a.n.
- Magnesiumoxide 3 x 500 mg
- Dexamethason 8 mg
- Kepra 2 x 500 mg
- Haloperidol 2 x 2 mg



Casus 2 (4)

- Levensverwachting: enkele weken
- Functionele status: >50% dag in bed, ADL afhankelijk, verzwakt, drinkt goed, eet weinig
- Mentale status:
 - Cognitie: onrustig en verward, woordvind-stoornissen
 - Emotioneel: voelt zich machteloos
- Sociale status: gehuwd, zoon 12 jaar, dochter 10 jaar. Hr. was tot vorig jaar werkzaam als architect. Religie: katholiek.
- Mantelzorg: Echtgenote geeft aan uitgeput te zijn en de situatie niet te kunnen hanteren
- Ondersteuning: Thuiszorg (3x per week wijkverpleegkundige). Huisarts 2 x per week



Casus 2 (5)

- Aanvullend onderzoek (op indicatie)
 - Laboratoriumonderzoek?
- Overweeg het gebruik van meetinstrumenten:
 - DOS-schaal; door thuiszorg



Casus 2 (6)

- Werkhypothese 1

Delier op basis van:

- Hersenmetastasen
- Medicatiegebruik (fentanyl, oxycodon, amitriptyline, dexamethason)
- Hypercalciëmie?
- Woordvindstoornissen waardoor onmacht en beperking in uiten van gedachten en emoties.

- Werkhypothese 2

- Gemengd nociceptieve en neuropathische rugpijn op basis van progressieve metastasering in de thoracale wervelkolom



Casus 2 (7)

Beleidsafwegingen

- Geen diagnostiek i.v.m. beperkte levensverwachting en geringe tot afwezige therapeutische consequenties
- Familie geeft aan te willen dat patiënt thuis overlijdt

- Doel van de behandeling: Creëren van rust voor patiënt en naasten

- Behandeling van de oorzaken:
 - Hersenmetastasen: geen mogelijkheden
 - Opioiden: Rotatie naar morfine subcutaan
 - Evt. hypercalciëmie: bewust onbehandeld gelaten
 - Afasie: geen mogelijkheden



Casus 2 (8)

Symptomatische behandeling

- Medicamenteus:
 - Ophogen haloperidol naar 2 x 5 mg subcutaan
 - Midazolam 15 mg a.n.
 - Rotatie Fentanyl naar morfine sc 120 mg/ 24 uur
 - Rescue 20 mg morfine
- Niet medicamenteus:
 - Ondersteuning bij communicatie
 - Bewaak dag nacht ritme
- Ondersteunende zorg:
 - Uitbreiding dag- en nachtzorg



Casus 2 (10)

Evaluatie

- Door wijkverpleegkundige, tenminste 3 maal per etmaal; gebruik DOS schaal
- De huisarts komt dagelijks langs



Casus 2 (11)

- In de loop van de dag wordt rust bereikt
- Pijn lijkt met subcutaan morfine beter onder controle
- Huisarts komt dagelijks langs
- Patiënt overlijdt rustig na twee dagen



Conclusie

Het palliatief redeneren biedt consultvrager en consulent inzicht in:

- Wat er (waarschijnlijk) aan de hand is
- Wat de patiënt wil en/of kan
- Wat de behandelaar/het behandelend team tot doel heeft
- Wat de risico's zijn die bij bepaalde keuzes horen
- Wat de mogelijkheden voor aanpak en continue bijstelling zijn.

