Deze rubriek wordt verzorgd door de redactie van E-pal, een via e-mail verspreid kwartaalblad met samenvattingen van artikelen uit diverse periodieken over palliatieve zorg. Het is bestemd voor artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners in de palliatieve zorg.

Het e-naastenoverleg; een noodgedwongen maar leerzaam experiment

Kuntz JG et al. *Feasibility and Acceptability of Inpatient Palliative Care E-Family Meetings During COVID-19 Pandemic. J Pain Symptom Manage* 60(3);sept 2020:e28-e32. doi 10.1016/j.jpainsymman.2020.06.001.

Samenvatting

Het naastenoverleg is een van de hoekstenen van het gezamenlijk nemen van beslissingen in een palliatieve-zorgsituatie. In het begin van de COVID-19-pandemie ontwierp een palliatieve-zorgteam in een conglomeraat van Amerikaanse ziekenhuizen een procedure om dit soort overleg elektronisch te voeren, aangezien de naasten niet op bezoek mochten komen. Toen dit in één ziekenhuis goed bleek te werken, werd het project uitgerold naar de rest van de ziekenhuisgroep. De procedure was zeer zorgvuldig; altijd was de

verpleegkundige van de patiënt er op een voor haar rustig moment bij. Er stond zo mogelijk een tablet, met plastic omhuld, op een bedtafeltje voor de patiënt. De sessie werd uiteraard tijdig aangekondigd, waarbij de familie een link kon uitdelen aan wie zij wilden. Ook werd veel gedaan aan de voorbereiding van de familieleden: het team stuurde hen vragen op papier te zetten; de naasten werden goed voorbereid op de voor hen vaak akelige beelden van de patiënt. Indien de patiënt in voldoende goede conditie verkeerde, creëerde het team Zoom-tijd om de naasten de gelegenheid te geven zonder het team de patiënt te spreken, te bidden of muziek te laten horen. Het project werd ook geëvalueerd. De clinici beoordeelden de gesprekken met 3,18 op een schaal van 5. Van de familieleden (op 63 patiënten slechts 10 gevraagd) verklaarde 80-100% dat ze alle vragen konden stellen en zich daarin

vrij gevoeld hadden, dat ze beter begrepen wat het beleid was, dat dit het vertrouwen in de zorg vergroot had en dat ze tevreden waren over de geboden zorg.

Commentaar

Het artikel bevat een uitgebreide zeer praktische lijst aanbevelingen voor wie zo'n e-overleg met naasten wil organiseren. Het is een project dat uit nood geboren werd. Ik vermoed echter dat het ook na de COVID-pandemie nuttig kan zijn. Ook verder weg wonende familie kan er zo bij betrokken worden. En soms is het nodig op korte termijn te overleggen. Dan is e-overleg een snelle methode.

Frank van den Berg, huisarts en kaderarts palliatieve zorg, niet praktiserend.

Methadon: prima combinatie met andere opioïden

Fürst P et al. *The Use of Low-Dose Methadone as Add-On to Regular Opioid Therapy in Cancer-Related Pain at End of Life: A national Swedish Survey in Specialized Palliative Care. Journal of Palliative Medicine* 23(2);2020:226-32. doi 10.1089/jpm.2019.0253.

Samenvatting

Inleiding

Methadon is uniek omdat het zowel tegen nociceptieve als neuropathische pijn werkzaam is. Een nadeel is het risico van overdosering door stapeling. De EAPC adviseert dat methadon alleen door ervaren artsen wordt voorgeschreven.

Dit onderzoek beschrijft het gebruik van methadon bij de behandeling van pijn bij terminale patiënten in Zweden.

Methode

In palliatieve zorg gespecialiseerde intra- en extramurale organisaties beantwoordden voor

elke overleden patiënt een vragenlijst over methadongebruik.

Resultaten en discussie

Van de 133 uitgenodigde palliatieve zorgorganisaties deden 60 (45%) organisaties uit heel Zweden mee. Elke organisatie verzamelde gegevens gedurende twaalf maanden. Er werden 4780 vragenlijsten geretourneerd. Methadon werd voorgeschreven aan 410 (9%) van de patiënten. Bij 96% van hen werd methadon voorgeschreven naast een reeds eerder gestarte behandeling met een ander opioïde, meestal wegens onvoldoende effect ervan bij gemengde nociceptieve en neuropathische pijn. De gemiddelde methadondosis was bij aanvang 7 mg per dag, bij overlijden 21 mg. Bij 94% werd hiermee voldoende pijnstilling bereikt. 20% had milde bijwerkingen. Methadon wordt in Zweden dus redelijk vaak gebruikt bij de behandeling van complexe pijn aan het eind van het leven. Dat gebeurt voornamelijk in combinatie met andere opioïden,

meestal bij kanker, bijna altijd met goed effect en zonder belangrijke bijwerkingen. Dit lijkt dus effectief te zijn, maar is nog niet evidence-based.

Conclusie

De toevoeging van een lage dosis methadon aan een ander opioïde is een goed ingeburgerde werkwijze in de Zweedse palliatieve zorg en lijkt een veilige manier om de unieke farmacologische eigenschappen van methadon te benutten, vooral bij patiënten met complexe pijn bij kanker aan het eind van het leven. Er is behoefte aan RCT's om de effectiviteit van methadon te bevestigen.

Commentaar

Het lijkt onderhand tijd om methadon een serieuzere plek te geven bij de behandeling van complexe pijn, eventueel in combinatie met andere opioïden.

Marjan Oortman, huisarts en kaderarts palliatieve zorg

Implementeren van een communicatieproces bij ernstige ziekte: wordt bijzonder nu normaal?

Paladino J et al. Implementing Serious Illness Communication Processes in Primary Care: a Qualitative Study. Amer J Hosp & Pall Med 38(5);2021:459-66. DOI 10.1177/1049909120951095.

Samenvatting

Het belang van spreken met ernstig zieke mensen over prognose, waarden en doelen is groot. Het geeft minder lijden en de kans is groter dat aan de wensen, voorkeuren en behoeften van de zieke wordt voldaan. De eerstelijnszorg, is met zijn continuïteit van zorg, de beste plek voor het gesprek. Echter, dat gesprek blijkt maar in 14-35% van oudere volwassenen te worden gevoerd. Onvoldoende training van vaardigheden bij artsen, onzekerheid over voorspellen van prognose en terughoudendheid bij de patiënt werken tegen, evenals tijdsgebrek bij professionals, onvoldoende kunnen delen van elektronische patiëntendossiers en concurrerende prioriteiten. Toch is de behoefte aan dergelijke gesprekken bij zieken groot. In deze kwalitatieve studie werd de Serious Illness Care Program (SICP) gebruikt in een groot academisch eerstelijns gezondheidscentrum met mensen met kwalitatief en kwantitatief grote zorgbehoeften. De SICP is een kwaliteitverbeterende interventie met een gestructureerde communicatiehandleiding, training en coaching van artsen samen met systeemveranderingen. Zij leren geschikte patiënten te identificeren en hen voor te bereiden op gesprekken; ook leren zij gesprekken in een toegankelijk EPD-format te verslaan. Zes artsen, zes verpleegkundig coördinatoren en twee maatschappelijk werkers namen deel. Patiënten werden op drie manieren geselecteerd: door het stellen van de surprise question, na een medisch event of het vaststellen van frailty (kwetsbaarheid) en doordat de patiënt of naaste het initiatief tot een gesprek nam.

Verpleegkundigen spelen vaak een cruciale rol in het initiëren van gesprekken en bij het op de agenda van de arts zetten en houden ervan! De SIC-gids hielp goed bij het de zieken laten benoemen van waarden en doelen. Na samenvatten van en reflecteren op de inhoud van de gesprekken konden er betere vervolgstappen voor het individu gemaakt worden. Niet altijd veranderde het beleid, maar werd wel belangrijke informatie uitgewisseld. Na introductie van het SICP gingen zorgverleners proactiever bedenken welke patiënten voordeel van een gesprek zouden kunnen hebben. Daarnaast bedachten ze strategieën hoe ze het besprokene konden implementeren. Gesprekken over prognose waren soms moeilijk, konden niet altijd direct aangegaan worden, maar het in gesprek zijn met elkaar was al goed.

Discussie

SICP heeft in deze kleine opzet al geleid tot verandering in persoonlijke attitudes en in werkstructuren en -routines. Ten eerste het selecteren van patiënten voor een gesprek bij ernstige ziekte(n). Ten tweede het voorbereiden van patiënten, hun naasten en zorgverleners op het gesprek, waarbij vervolgens aangesloten wordt bij de behoeften van de individuele patiënt. Opvolgen van de patiënten en plannen van (multi-disciplinaire, palliatieve) zorg voor de komende tijd vloeit daaruit voort. Een conclusie van het onderzoek kan zijn dat het trainen en ondersteunen van alle zorgverleners rondom ernstig zieken helpt in het werken aan een gezamenlijke missie. Een andere conclusie kan zijn dat individuele betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de zorgverlener, door de niet-rigide structuur die het SICP biedt, de onderlinge communicatie en samenwerking van zorgverleners vergroot en daarmee de patiënt ten goede komt.

Commentaar

Deze studie legt eigenlijk onze (on)bewuste onbekwaamheid bloot, maar geeft tegelijkertijd hoop. Het beschrijft het inzetten van een hulpmiddel waarmee we vertrouwd kunnen worden met het ontdekken van de mens met ernstige (stapeling van) ziekte(n) en daar ook mee in gesprek durven gaan over relevante onderwerpen. Het kan gaan over de levensverwachting en onzekerheden daaromtrent, over medische behandelingen, maar vooral ook over wat er belangrijk is voor het individu. Zijn er nog wensen, verwachtingen of af te ronden zaken? Waar wil men naar toe als het slechter gaat? Tevens is het een pleidooi om goed met andere collega's en disciplines samen te werken en daarbij de relevante informatie zorgvuldig over te dragen. Het lijkt veel werk, maar dat is niet zo: een gesloten cirkel voorkomt onduidelikheden, verbindt en versoepelt de gang van zaken! Het kan echt een way of life worden en heb je het eenmaal ontdekt, dan blijf je het doen en zo kan een bijzondere verandering in communicatie normaal gaan worden!

Marijke Speelman-Verburgh, huisarts, arts in hospice