

‘Besluitvorming palliatieve fase’; Effect training

Student	C.E. Mulder (3203107) (roepnaam Evelien)
Definitief afstudeerwerkstuk	02-07-2010
Opleiding	Universiteit Utrecht, Masteropleiding Verplegingswetenschap, UMC- Utrecht
Begeleider	Drs. H. Vreken
Blokdocent	R. de Leeuw
Contactpersoon instelling	Dr. S. Teunissen
Onderzoekslocatie	Hospice Demeter, De Bilt
Beoogde Tijdschrift	Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve Zorg
Referentiestijl	Vancouver, aantal woorden 3000-4000
Artikel	4000 woorden
Nederlandse samenvatting	298 woorden
Engelstalig abstract	250 woorden

Inleiding

Het vaststellen van een palliatief beleid is een ingewikkeld proces waarbij meerdere disciplines betrokken zijn, de besluitvorming is daardoor complex.¹ In de palliatieve zorg staat de kwaliteit van leven van de patiënt centraal, dit vraagt om een integrale benadering van de patiënt en zijn naasten. Hearn & Higginson (1998) concludeerden op basis van een systematische literatuurreview, dat door een multidisciplinaire aanpak de tevredenheid van zowel de patiënt, familie als hulpverleners toeneemt.¹ Daarnaast is optimaal symptommanagement van patiënten in de palliatieve fase van groot belang zodat de patiënt de ruimte krijgt voor aandacht voor de andere dimensies in het hun resterende leven.² In de praktijk blijkt dat het combineren en afstemmen van alle verschillende facetten rond het palliatieve beleid tussen de verschillende disciplines ingewikkeld is. Onderzoek laat zien dat er weinig hulpmiddelen zijn om het complexe besluitvormingsproces te ondersteunen, de bestaande hulpmiddelen hebben meestal betrekking op het geven van informatie en het verbeteren van de communicatie tussen de patiënt en arts.³⁻⁵ Het Integraal Kankercentrum Midden Nederland (IKMN) heeft samen met het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) de methode 'Besluitvorming in de palliatieve fase' ontwikkeld. Deze methode bestaat uit een beslisschijf en 11 samenvattingskaarten van de meest voorkomende symptomen in de palliatieve fase. De kaarten geven per symptoom de inhoud van de richtlijn volgens de 4 fasen van het palliatief redeneren weer en zijn gebaseerd op het Utrechtse model palliatief redeneren.² Uit een pilotstudie is gebleken dat de methode een bijdrage levert aan het realiseren van doelen als; adequaat reageren, continue afstemming, in kaart brengen van kritische beslismomenten, gezamenlijke besluitvorming, heldere verslaglegging en eenduidige communicatie naar patiënt en naasten.⁶ Er wordt kwantitatief onderzoek gedaan naar de effecten van de methode 'Besluitvorming in de palliatieve fase' op het kennisniveau en vaardigheden van de deelnemers. Er is nog geen kwalitatief wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effecten van deze methode.

Palliatief redeneren

In de methodiek palliatief redeneren wordt de methode van klinisch redeneren gecombineerd met de principiële uitgangspunten van palliatieve zorg: systematisch, individueel, multidimensioneel en doelgericht analyseren, anticiperen en reageren op kritische beslismomenten in de palliatieve fase.^{6,7} Het multidimensionele aspect van de zorgbehoefte vraagt om een bredere visie op kwaliteit van leven dan alleen het medisch handelen. De methodiek bestaat uit 4 fasen: problematiek in kaart brengen, problematiek en beleid samenvatten, afspraken maken over evaluatie van het beleid en het zo nodig bijstellen van beleid en blijven evalueren.

Inmiddels zijn er diverse ziekenhuizen en hospices die volgens de methode 'Besluitvorming in de palliatieve fase' werken. Om te leren werken volgens deze methode kunnen instellingen een trainingstraject volgen. Speciaal opgeleide verpleegkundig specialisten van het Utrechtse Palliatie Centrum worden ingezet als coach om de instellingen te ondersteunen bij de invoering van de methode in een multidisciplinair team tijdens een multidisciplinair overleg (MDO). Het trainingstraject bestaat uit een startbijeenkomst waarin de methode van de besluitvorming wordt geïntroduceerd. De twee weken daarop volgend wordt het MDO ondersteund door een coach om de methode toe te passen. Vervolgens gaat het team zelf twee weken met de methode aan de slag. De twee laatste weken van het traject wordt het MDO wederom ondersteund door de coach.

De meerwaarde van het palliatief redeneren versus klinisch redeneren wordt door velen onderkend. Het is belangrijk om vast te stellen in hoeverre de training bijdraagt aan de implementatie van het palliatief redeneren in het besluitvormingsproces zodat het draagvlak van de methode wordt vergroot.

De reacties van de instellingen die het traject doorlopen hebben zijn positief maar het is niet bekend wat er nu concreet verandert in de structuur van het MDO van een hospice na het volgen van de training. Dit onderzoek beoogt inzicht te geven in de effecten van de training 'Besluitvorming in de palliatieve fase' op de structuur van het MDO van een hospice.

De onderzoeksvraag is: Wat verandert er in de structuur van het MDO van een hospice na de training 'Besluitvorming in de palliatieve fase'? Passen de deelnemers aan het MDO de aangeleerde methodiek van de besluitvorming toe in de praktijk na het volgen van de training?

Methode

De vraagstelling in dit onderzoek is bepalend geweest voor de keuze van een beschrijvend kwalitatief design. Deze keuze is gemaakt omdat in dit onderzoek centraal staat hoe de deelnemers aan het MDO zich gedragen en betekenis geven aan de invulling van de methode binnen het MDO, er zijn daarom onderzoeksmethoden gebruikt die het mogelijk maken om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen.^{8,9}

De effectmeting na de implementatie van de methode 'Besluitvorming in de palliatieve fase' is gedaan aan de hand van participerende observaties met behulp van video-opnames van het MDO voor, tijdens en aan het eind van de training. Er is gekozen voor observatie via participatie en beeld- en geluidsopnames omdat dit de meest geldige waarnemingsmethode is als een vraagstelling betrekking heeft op handelingen.¹⁰ Na het coachingstraject is een semigestructureerd focusgroepinterview gehouden met de deelnemers aan de MDO's.

Het doel van het focusgroepinterview was om inzicht te krijgen in de ervaringen van de deelnemers met betrekking tot de training en het werken volgens de methode zodat de feitelijke veranderingen konden worden vergeleken met de ervaren veranderingen. Tevens vergrootte het de interne validiteit van de data omdat er op twee verschillende manieren data zijn verzameld.¹¹

Locatie en onderzoekspopulatie

Het onderzoek is uitgevoerd in een academisch hospice. In het hospice wordt in een huiselijke omgeving toegewijde zorg geboden aan mensen in de laatste fase van hun leven en hun naasten. Het hospice werkt samen met het UMC Utrecht en doet mee aan onderzoek om de palliatieve zorg te verbeteren. Vanuit het hospice kwam de vraag om de training 'Besluitvorming in de palliatieve fase te volgen'. De onderzoekspopulatie bestond uit de medewerkers van het hospice die deelnemen aan de MDO's. Er was geen sprake van selectie. De deelnemers aan het focusgroepinterview hebben zich vrijwillig aangemeld nadat zij zowel mondeling als schriftelijk waren uitgenodigd en geïnformeerd. Deze groep vertegenwoordigde de deelnemers aan de MDO's en bestond uit verschillende disciplines.

Dataverzameling

De primaire data bestaan uit participerende observaties omdat de focus van dit onderzoek het feitelijk gedrag is van de participanten; de handelingen, communicatie, zowel verbaal als non-verbaal worden geobserveerd.¹²

Er hebben drie participerende observaties van MDO's plaatsgevonden en een focusgroepinterview in een tijdsbestek van 10 weken (februari-april 2010). De MDO's zijn opgenomen op video, de onderzoeker was aanwezig tijdens de MDO's maar had geen actieve rol. Om bias te voorkomen ten gevolge van de video-opnames werd voor iedere opname nadrukkelijk genoemd dat de opnames alleen gebruikt zouden worden door de onderzoeker voor de data-analyse. Aan het eind van de MDO 's werd gevraagd hoe de deelnemers de opname hadden ervaren.

De eerste meting, de nulmeting, ging vooraf aan de training en is een feitelijke weergave van het MDO van het hospice. De tweede meting vond plaats tijdens de tweede training en de laatste meting heeft plaatsgevonden tijdens de laatste training. Door de video-opnames is de herhaalbaarheid van het meten, het interpreteren en bewerken van de data, groot waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek toeneemt.¹³ De participanten van de MDO's hebben de video-opnames van de eerste en de laatste meting niet als hinderlijk ervaren waardoor er waarschijnlijk geen sprake is van bias. Na de tweede meting gaven een aantal deelnemers aan de video-opname toch als onprettig te hebben ervaren.

Om bias te voorkomen is de laatste meting verricht in een andere opstelling waardoor de opname minder zichtbaar was voor de deelnemers.

Het focusgroepinterview is gehouden na het laatste geobserveerde MDO. Een focusgroepinterview is een goede manier om effecten van interventies te evalueren.¹¹ De fasering van het focusgroepinterview is gebaseerd op de vijf fasen van Finch en Lewis bewerkt door Evers¹⁴ en er is gebruik gemaakt van een topiclijst. Van het interview is een geluidsopname gemaakt.

Ethische aspecten

Er is toestemming gevraagd aan de vertegenwoordiger van het hospice bij de bespreking van het coachingstraject. Er was sprake van informed consent bij de deelnemers van de MDO's. De deelnemers van de MDO's zijn zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over het doel en de inhoud van het onderzoek. Voor iedere meting is gelegenheid geboden om vragen te stellen. Het onderzoek was niet WMO plichtig en is ter kennisgeving aangenomen door de medisch ethische toetsingscommissie van het UMC Utrecht.

Analyse van de observaties en het focusgroepinterview

De opnames van de MDO's en het focusgroepinterview zijn letterlijk en geanonimiseerd uitgeschreven. Nadat de opnames letterlijk waren uitgeschreven volgde een check door nogmaals de opname en tekst te vergelijken. De uitgeschreven tekst bevat een feitelijke weergave van het MDO, deze tekst is gecodeerd volgens de principe's van open, axiaal en selectief coderen. De systematiek van het coderen is besproken en overlegd met een peerreviewer waardoor de interbeoordelaarbetrouwbaarheid is toegenomen. Tevens is de tekst en codeboom steekproefsgewijs door de peerreviewer getoetst en vergeleken. Er is gebruik gemaakt van het computerprogramma Winmax. Na het focusgroepinterview heeft een terugkoppeling plaatsgevonden van de resultaten met de deelnemers aan het interview om de validiteit van de data te vergroten.

Resultaten

De participanten van het onderzoek waren de deelnemers aan de MDO's en het focusgroepinterview, de deelnemers en de duur van de MDO's worden weergegeven in tabel 1. De resultaten van de participerende observaties worden per MDO beschreven in termen van de 4 fasen van de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' namelijk; problematiek in kaart brengen, problematiek en het beleid samenvatten, afspraken maken over evaluatie van het beleid en tot slot het zo nodig bijstellen van beleid en blijven evalueren. In figuur 1 worden deze 4 fasen van de methodiek weergegeven in de beslisschijf.

De resultaten van het focusgroepinterview worden apart beschreven.

(hier worden tabel 1 en figuur 1 geplaatst)

Nulmeting

De vijf te bespreken patiënten werden geïntroduceerd door de verpleegkundige waarbij een algemene introductie, diagnose, mentale en sociale status werden benoemd. De symptoomanalyse van de vijf patiënten kwam tot uitdrukking in symptoomscores. Van alle patiënten werd de terugrapportage vanuit het voorgaande MDO besproken waarbij het afgesproken beleid kort werd geëvalueerd en besproken. De probleemanalyse vond niet op eenduidige wijze plaats, er werd veel overlegd en besproken wat mogelijke oorzaken zouden kunnen zijn maar er werd geen werkhypothese geformuleerd waarbij een directe relatie tussen oorzaak en gevolg werd vastgesteld. Beleidsafwegingen werden volop gemaakt waarbij alle disciplines inbreng hadden, dit leidde tot uitgebreide analyses en gesprekken maar niet tot een concreet behandelplan. De prioriteiten en wensen van de patiënt werden vaak genoemd tijdens de bespreking. In ongeveer de helft van de besproken problemen werden concrete afspraken gemaakt. Een aantal maal na een uitgebreide analyse van een probleem werd het onderwerp van gesprek veranderd waardoor concrete beleids- en evaluatieafspraken niet werden gemaakt.

De deelnemers aan het MDO noemden na afloop van de meting het MDO representatief voor het hospice.

Tussenmeting

Het tweede MDO dat werd geobserveerd vond plaats tijdens het tweede coachingsmoment. Van de vijf patiënten die besproken werden, werden er twee patiënten volgens de methodiek en drie patiënten op de traditionele wijze besproken vanwege tijdgebrek.

De introductie van de eerste twee patiënten werd gedaan door een verpleegkundige, daarbij werd de medische, sociale en mentale status genoemd. De symptoomanalyse werd soms in scores uitgedrukt en de levensverwachting en prioriteiten van de patiënt werden niet genoemd. Bij de bespreking van sommige problemen kwamen de prioriteiten en wensen van de patiënt wel ter sprake. De problematiek van de patiënten werd langdurig besproken waarbij alle disciplines hun inbreng hadden, de deelnemers waren goed op de hoogte van de problematiek. Het bespreken van de problemen duurde lang en verliep ongestructureerd doordat er vaak werd gewisseld van onderwerp en men elkaar vaak onderbrak met nieuwe informatie over de problemen ondanks pogingen van zowel de coach als voorzitter om dit te structureren. De beslisschijf werd een aantal keer gebruikt omdat een fase nog niet was afgerond terwijl een volgend probleem al werd besproken. De coach benoemde dat een goede voorbereiding van het MDO belangrijk is om tot een heldere probleemanalyse te komen, dit werd als belangrijk verbeterpunt genoemd.

Met hulp van de coach werd geprobeerd om na de probleemanalyse een werkhypothese te formuleren. Door de uitgebreide en langdurige probleemanalyse werd er in de meeste gevallen geen concreet behandelplan vastgesteld, er werden wel een aantal concrete beleidsafspraken gemaakt. Er werd twee keer een evaluatiebeleid afgesproken.

Postmeting

Tijdens de laatste meting was de coach voor de laatste keer aanwezig, dit was het vierde coachingsmoment. De vijf patiënten zijn allen besproken volgens de methodiek Palliatief Redeneren en werden door de arts en verpleegkundige gepresenteerd. De arts introduceerde per patiënt de medische status, levensverwachting en de medicatie. De verpleegkundige ging verder met de functionele-, sociale-, mentale- en in twee gevallen de existentiële status. De verpleegkundige nam aansluitend de bestaande werkhypotheses door en maakte direct de terugkoppeling naar de effecten van het beleid uit het vorige MDO. De afstemming met de patiënt had in de meeste gevallen plaatsgevonden. Bij de presentatie van de patiënten werd gebruik gemaakt van een zelfontwikkeld formulier dat gebaseerd is op de 4 fasen van de methodiek die in de beslisschijf worden genoemd. Er werd veel gebruik gemaakt van symptoomscores bij de presentatie van de problemen. Per werkhypothese werd besproken of het nog actueel was en indien nodig werd de werkhypothese aangepast of afgesloten. Er werd in de meeste gevallen een concreet behandelplan afgesproken. Tevens werden er nieuwe problemen besproken, deze werden niet altijd geformuleerd in termen van een werkhypothese. Er werden in de meeste gevallen wel concrete beleidsafspraken gemaakt. In de helft van deze beleidsafspraken werden ook concrete evaluatiemomenten afgesproken. De voorzitter had een duidelijke rol in het structureren van het MDO door de verschillende fasen per probleem duidelijk af te ronden zodat het behandelplan duidelijk was voor iedereen. De coach had een bescheiden rol.

Focusgroepinterview

Het focusgroepinterview vond plaats kort na de training en werd gehouden in het hospice met een verpleegkundige, HBO-V stagiaire en geestelijk verzorger. Vanwege de werkdruk en logistieke problemen kon er geen arts bij aanwezig zijn.

De methode 'Besluitvorming in de palliatieve fase' werd door de deelnemers als positief ervaren. Als belangrijke meerwaarde werd benoemd ; de eenduidigheid in het beleid en de formulering van werkhypotheses waardoor duidelijk werd waarom bepaalde beleidsafspraken werden gemaakt. Het beleid werd daardoor breed gedragen. Dit in tegenstelling met de totstandkoming van het beleid voorheen. De structuur van het MDO is veranderd sinds de introductie van de methodiek.

Genoemd werd dat de rol van de voorzitter belangrijker is geworden wat betreft de afronding van de fasen volgens de methodiek. De beslisschijf werd als belangrijk hulpmiddel gezien en vormde de basis voor het formulier dat nu wordt gebruikt voor de voorbereiding van het MDO, de samenvattingskaarten werden niet gebruikt omdat de kennis en vaardigheden van de deelnemers van het MDO toereikend was. Wat niet veranderd is is de inbreng van de andere disciplines dan de artsen en verpleegkundigen. De geestelijk verzorger ervoer nog steeds dat zij haar inbreng en tijd moet claimen terwijl het belang van deze inbreng wel door de anderen werd onderschreven. Gezamenlijk werd geconcludeerd dat bij de presentatie van de patiënt de existentiële status ook moet worden voorbereid en ingebracht door de geestelijk verzorger. Tevens werd benoemd dat de afstemming met de patiënt ook voor de introductie van de methodiek plaatsvond. Als aandachtspunt werd de dreigende overbelasting van de patiënt genoemd om alles te willen afstemmen en bespreken met de patiënt. Een observerende attitude werd als belangrijke competentie genoemd evenals het direct rapporteren van de verkregen informatie. Verwacht werd dat de methodiek meer eenduidigheid en structuur zou brengen in de manier van rapporteren.

Ervaringen training

De training werd als positief ervaren waarbij met name de directe ondersteuning tijdens de MDO's als zinvol werd ervaren. De inhoud van de methodiek kreeg concreet vorm en inhoud na instructies en voorbeelden tijdens deze MDO's van de coach. De introductie van de methodiek werd als theoretisch ervaren en concrete oefeningen en voorbeelden hoe de methodiek toe te passen werden gemist. De verwachting was dat de training te snel stopt. De methodiek begon echt vorm en inhoud te krijgen binnen de structuur van het MDO, een extra coaching na een aantal weken zou mogelijk kunnen bijdragen aan de implementatie van de methodiek. Er waren twijfels over de kennis en vaardigheden wat betreft de beheersing van de methodiek na de training, het part-time werken van veel verpleegkundigen werd als belangrijke reden genoemd.

De meerwaarde van de methode Besluitvorming in de palliatieve fase werd door de geestelijk verzorger als volgt geciteerd;

“ Verder ben ik persoonlijk heel blij met dit palliatief redeneren, met deze manier van besluitvorming in de palliatieve zorg, omdat ik echt denk dat het de patiënten ten goede komt. Omdat wij op een snelle wijze doordringen in de wezenlijke problematiek en dat multidisciplinair doen”

Discussie

De verschillen tussen de geobserveerde multidisciplinaire overlegmomenten (MDO's) waren duidelijk zichtbaar. De structuur van het MDO is veranderd door de training 'Besluitvorming in de palliatieve fase'. In het MDO voor de training werden de problemen uitgebreid geanalyseerd en werden diverse beleidsafwegingen gemaakt maar een concreet behandelplan volgde in de meeste gevallen niet. Tijdens het tweede geobserveerde MDO deden de deelnemers hun best om in termen van de methodiek te denken en te werken. Ondanks inspanningen van de coach en voorzitter duurde het MDO lang en duurde met name de probleemanalyse lang door een grote diversiteit van inbreng van de deelnemers. Dit maakte dat er in veel gevallen geen concrete afspraken werden gemaakt. Het laatste MDO verliep gestructureerd volgens de aangeleerde methodiek, de coach had nauwelijks inbreng en de voorzitter leidde het MDO volgens de principes van de methodiek. Uit het interview werd duidelijk dat de methode als een belangrijke verbetering wordt gezien om het MDO vorm en inhoud te geven. Door het multidisciplinair overleggen en vaststellen van het te voeren beleid, waarbij alle facetten die in de palliatieve fase een rol spelen worden afgewogen, kom je met elkaar tot een beleid dat breed gedragen wordt. Dit wordt ervaren door de deelnemers van het MDO en blijkt ook uit de literatuur.¹ De afwegingen waarom bepaalde keuzes worden gemaakt zijn inzichtelijk door het formuleren van werkhypothesen. Dit zorgt ervoor dat, het voor collegas die niet aanwezig waren bij een MDO, het duidelijk is waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt. De besluitvorming wordt daardoor transparant. De inbreng van alle disciplines was bij alle MDO's gelijk, de artsen en verpleegkundigen hebben de meeste inbreng. De inbreng van de geestelijk verzorger, de existentiële status, zou een vaste plaats moeten hebben bij de presentatie van de patiënt. Deze inbreng werd door de andere disciplines als belangrijk benoemd maar heeft nog geen vaste plek binnen de structuur van het MDO. Opvallend is dat in andere hospices de inbreng van de geestelijke verzorger ook een item was. Juist in de palliatieve fase kunnen de existentiële vragen en beleving van de patiënten op de voorgrond staan zoals het naderende einde en de lijdensdruk.¹⁵ In een recent herziene versie van de beslisschijf is de existentiële status opgenomen.

De beslisschijf geeft kort en concreet de inhoud van de 4 fasen weer; problematiek in kaart brengen, problematiek en het beleid samenvatten, afspraken maken over evaluatie van het beleid en tot slot het zo nodig bijstellen van beleid en blijven evalueren (figuur 1).

De beslisschijf is gebruikt om een voorbereidingsformulier te ontwikkelen voor het MDO waarin de fasen concreet worden uitgewerkt.

Uit pilotstudies en uit observaties in andere instellingen is gebleken dat instellingen hun eigen formulier gaan ontwikkelen op basis van de items van de beslisschijf.⁶

Een eigen voorbereidingsformulier lijkt een belangrijke voorwaarde om de methodiek goed vorm en inhoud te geven om deze te kunnen implementeren binnen de eigen instelling. Na de training verlopen de eerste twee fasen; problematiek in kaart brengen en het beleid samenvatten veelal gestructureerd, het maken van evaluatieafspraken gebeurt echter niet altijd. De terugkoppeling met het vorige MDO vindt bijna altijd plaats, dit komt in de methodiek terug in fase 4; het zo nodig bijstellen van het beleid en blijven evalueren. Uit de observaties is gebleken dat het MDO zelf ook als evaluatiemoment wordt gebruikt, dan wordt besproken wat de effecten en resultaten zijn van de gemaakte afspraken. Dit wordt concreet niet als evaluatiemoment benoemd maar wel zo gebruikt, dit verklaart mogelijk waarom er in de helft van de besproken problemen geen concrete evaluatieafspraken zijn gemaakt. De symptoomscores van de meest voorkomende symptomen in de palliatieve fase worden veelvuldig gebruikt tijdens de probleemanalyse zowel voor als na de training. Deze vormen een belangrijk item wat betreft de besluitvorming om de bestrijding van de symptomen te verbeteren.²

De verpleegkundigen werkzaam in het hospice werken met een klein aantal patiënten in de terminale fase, de zorg is specifiek en de kennis en vaardigheden omtrent adequate symptoombestrijding groot. Door de kleinschaligheid zijn de deelnemers van het MDO goed op de hoogte van de situatie van de patiënten en vindt de afstemming van de zorg met de patiënten op natuurlijke wijze plaats.

De begeleiding en coaching van de MDO's is als positief en zinvol ervaren. De concrete voorbeelden en instructies tijdens de MDO's maakten dat de deelnemers de methodiek leerden integreren in het MDO. Tegelijkertijd is het moeilijk om in korte tijd een andere werkwijze te implementeren binnen een bestaande cultuur en setting al staat men achter de nieuwe werkwijze.¹⁶ De verwachting is dat de training te snel stopt omdat nog niet iedereen zich de nieuwe methodiek voldoende eigen heeft kunnen maken. Toch is er in korte tijd veel veranderd in de structuur van het MDO en is de besluitvorming rond het palliatieve beleid verbeterd. Uit een vergelijkbaar onderzoek, waarbij ook een effectmeting is gedaan naar de kennis en vaardigheden van verpleegkundigen werkzaam in de palliatieve zorg na een training, blijkt dat de training heeft geleid tot een verbetering van de kennis en vaardigheden van verpleegkundigen welke resulteren in een verbetering van de palliatieve zorg.¹⁷

De zorg voor patiënten in de palliatieve fase is complex en vraagt om specifieke kennis en vaardigheden, een training die dit vergroot draagt bij aan een verbetering van de palliatieve zorg.¹⁸

Reflectie onderzoek

Door de MDO's feitelijk vast te leggen met behulp van video-opnames was het mogelijk om objectief vast te stellen wat er gebeurde en is veranderd in de structuur van het MDO tijdens de training. Door direct na de training te vragen naar de ervaringen van een aantal deelnemers aan de MDO's was het mogelijk deze bevindingen te vergelijken. Het lange termijn effect van de training kan nog niet worden vastgesteld, de laatste meting vond plaats tijdens het laatste begeleide MDO vanwege tijdsdruk. Door gebruik te maken van video-opnames kan niet worden uitgesloten dat er bias heeft opgetreden doordat een aantal deelnemers zich ongemakkelijk voelden door de aanwezigheid van de camera. Na de tweede meting werd dit door een aantal deelnemers genoemd.

Deze effectmeting geeft feitelijk weer wat er is veranderd in de structuur van het MDO van een hospice door de training 'Besluitvorming in de palliatieve fase'. De resultaten ondersteunen eerdere bevindingen uit pilotstudies, tegelijkertijd is het moeilijk om de resultaten te generaliseren naar andere instellingen zoals ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties.

Conclusies en aanbevelingen

De structuur van het MDO van het hospice is door de training Besluitvorming in de palliatieve fase ingrijpend veranderd. De 4 fasen van de methodiek zijn duidelijk herkenbaar in de structuur van het MDO, dit resulteert in een breed gedragen beleid dat multidisciplinair tot stand komt waarin de principes van het palliatief redeneren de basis vormen. De deelnemers van de MDO's maken gebruik van een zelfontwikkeld formulier dat is gebaseerd op de beslisschijf, op deze manier hebben zij de methodiek geïntegreerd in het MDO.

Aanbevolen wordt om verder onderzoek te doen naar de effecten van de training op lange termijn aan de hand van participerende observaties en naar de effecten van de training in andere instellingen. Tevens wordt aanbevolen om de resultaten van de kwantitatieve effectmeting te vergelijken met de resultaten van dit en nader uit te voeren kwalitatief onderzoek naar het effect van de training 'Besluitvorming in de palliatieve fase'.

De betekenis voor de praktijk is evident want uit dit onderzoek blijkt dat de training 'Besluitvorming in de palliatieve fase' een belangrijke bijdrage levert aan een verbetering van de totstandkoming van een palliatief beleid waarin de principes van het palliatief redeneren het uitgangspunt zijn.

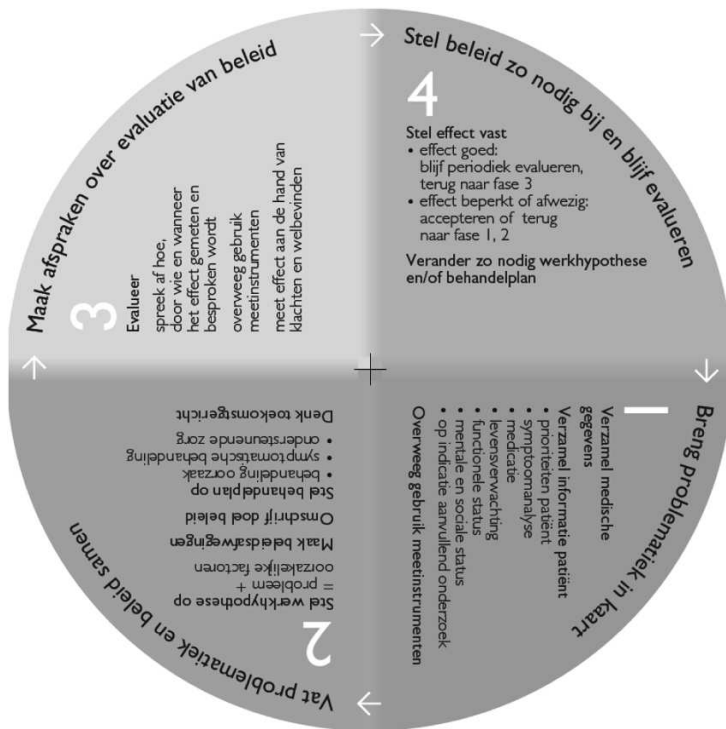
Referentielijst

- (1) Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat.Med.* 1998 Sep;12(5):317-332.
- (2) Teunissen, S. Proefschrift In de palliatieve fase van kanker zijn symptomen alles bepalend
Nederlandse samenvatting van het proefschrift van Saskia Teunissen. 2007;4:84-88.
- (3) Leighl NB, Butow PN, Tattersall MH. Treatment decision aids in advanced cancer: when the goal is not cure and the answer is not clear. *J.Clin.Oncol.* 2004 May 1;22(9):1759-1762.
- (4) Siminoff, A. Rose, J.H., Zhang, A. Zyzanski, S.J. Measuring discord in treatment decision-making; progress toward development of a cancer communication and decision-making assessment tool. *Psycho-Oncology* 2005;15:528-540.
- (5) Workman S. A communication model for encouraging optimal care at the end of life for hospitalized patients. *QJM* 2007 Dec;100(12):791-797.
- (6) Schreuder, M., Hesselman, H., Vreken, H., Moonen, A., de Graeff, S. & Teunissen, S. Palliatief redeneren ondersteunt zorgverleners bij (pro) actief beleid. 2008(4):34-37.
- (7) De Graeff A, Hesselman G, Krol R, Kuyper E, Verhagen E, Vollaard E. Palliatieve zorg: richtlijnen voor de praktijk. : Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC); 2006.
- (8) Boeije H. Onderzoeksmethoden. : Uitgeverij Boom; 2005.
- (9) Baarda D, De Goede M, Teunissen J. Basisboek kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen, Stenfert Kroese 2005.
- (10) Hak T. Waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek. *HUISARTS EN WETENSCHAP-NEDERLANDS-* 2004;47:502-508.
- (11) Holloway I. & Wheeler S. editor. *Qualitative Research in Nursing*. 2 nd ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
- (12) Lange J de, Pronk M, Smaling A. Participerende observatie in verpleegkundig onderzoek. 1999;14(4):226-236.

- (13) Haidet KK, Tate J, Divirgilio-Thomas D, Kolanowski A, Happ MB. Methods to improve reliability of video-recorded behavioral data. *Res.Nurs.Health* 2009 Aug;32(4):465-474.
- (14) Evers J editor. *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Lemma; 2007.
- (15) Block SD. Psychological issues in end-of-life care. *J.Palliat.Med.* 2006 Jun;9(3):751-772.
- (16) Linge Rv. *Innoveren in de gezondheidszorg theorie, praktijk en onderzoek*. tweede druk ed.: Elsevier gezondheidszorg, Maarssen; 2006.
- (17) Adriaansen MJ, van Achterberg T, Borm G. Effects of a postqualification course in palliative care. *J.Adv.Nurs.* 2005 Jan;49(1):96-103.
- (18) Quinn K, Hudson P, Ashby M, Thomas K. "Palliative care: the essentials": evaluation of a multidisciplinary education program. *J.Palliat.Med.* 2008 Oct;11(8):1122-1129.

Tabel1. Overzicht aanwezige disciplines bij Participerende Observaties en duur MDO's

Meetmomenten	Voorzitter MDO	Duur MDO	Aantal patiënten besproken	Aanwezige disciplines & aantal
Nulmeting (zonder coach)	Verpleegkundige	57 min <i>m 80.3 min sd 22.1 min</i>	5	Verpleegkundige (2) Palliatief consulent (1) Coördinator vrijwilligers (1) Waarnemend hospice-arts (1) Eigen huisarts patiënt (2) Huisarts in opleiding (1) Co-assistent (1) Student geneeskunde (1)
Tussentijdse meting (met coach, tijdens 2 ^e coachingsmoment van de training)	Directeur hospice	110 min <i>m 80.3 min sd 22.1 min</i>	5	Verpleegkundige (4) Palliatief consulent (1) Coördinator vrijwilligers (1) Hospice arts (1) Waarnemend Hospice-arts (1) eigen Huisarts patiënt (1) Huisarts in opleiding (1) Muziektherapeut (1) Geestelijk verzorger (1) Student geneeskunde (2)
Postmeting (met coach, tijdens laatste coachingsmoment training)	Palliatief Consulent	74 min <i>m 80.3 min sd 22.1 min</i>	5	Verpleegkundige (2) Coördinator vrijwilligers (1) Hospice arts(1) Waarnemend hospice arts (1) geestelijk verzorger (1) HBO-V stagiaire (1)



Figuur 1: 4 Fasen methodiek palliatief redeneren weergegeven in de beslisschijf

Samenvatting

'Besluitvorming palliatieve fase'; Effect van een training.

Inleiding

Het vaststellen van een palliatief beleid is een ingewikkeld proces waarbij meerdere disciplines betrokken zijn, de besluitvorming is daardoor complex. Het Integraal Kankercentrum Midden Nederland heeft samen met het Universitair Medisch Centrum Utrecht de methode 'Besluitvorming in de palliatieve fase' ontwikkeld. Deze methode is gebaseerd op het Utrechtse model Palliatief Redeneren. Instellingen kunnen een training volgen om volgens deze methode te werken.

Dit onderzoek geeft inzicht in de effecten van de training 'Besluitvorming in de palliatieve fase' op de structuur van een multidisciplinair overleg (MDO) van een hospice.

De onderzoeksvraag is; Wat verandert er in de structuur van het MDO van een hospice na de training 'Besluitvorming in de palliatieve fase'?

Methode

Dit onderzoek heeft een kwalitatief descriptief design. Er hebben drie participerende observaties met behulp van video-opnames plaatsgevonden van MDO's, voor, tijdens en aan het eind van de training. Daarnaast heeft er een focusgroepinterview plaatsgevonden met een aantal deelnemers van de MDO's.

Resultaten

Er waren veel veranderingen zichtbaar gedurende de training tussen de geobserveerde MDO's. Door de training veranderde de structuur van het MDO. Na de presentatie van de patiënt werden er werkhypotheses geformuleerd en concrete beleidsafspraken gemaakt. Tijdens het interview werd als belangrijke meerwaarde genoemd ; de eenduidigheid in het beleid en de formulering van werkhypotheses waardoor de besluitvorming van het beleid transparant wordt.

Conclusie

De structuur van het MDO in het hospice is door de training 'Besluitvorming in de palliatieve fase' ingrijpend veranderd. Dit resulteert in een breed gedragen multidisciplinair beleid gebaseerd op de principes van het Utrechtse model Palliatief Redeneren.

Aanbevelingen

Aanbevolen wordt verder onderzoek te doen naar de effecten van de training op lange termijn en naar de effecten van de training in andere instellingen.

Trefwoorden: besluitvorming, palliatief redeneren, effect training, palliatief beleid, multidisciplinair

Abstract

‘ Decision-making in the palliative phase’ ; Effects training

Background

Establishing a policy for palliative care associated decision-making is a complex process because multiple disciplines are involved. The Comprehensive Cancer Center Middle Netherlands and the University Medical Center Utrecht developed a method ‘ Decision-making in the palliative phase’. This method is based on the Utrecht palliative reasoning model. A training is conducted to learn how to use this method.

Aim

This study describes the effects of the training ‘Decision-making in the palliative phase’ on the structure of an multidisciplinary consultation within a hospice.

Method

It was a qualitative study with a descriptive design. A video recording was made of three participatory observations of a multidisciplinary consultation within an hospice before, during and at the end of the training. After the training a focusgroupinterview was held with the multidisciplinary professionals.

Results

The differences observed during the multidisciplinary consultations were great. At the end of the training, problems were analyzed, working hypothesis were formulated and a treatment plan was made. According to participants, the policy was unambiguous and transparency in decision-making was valued.

Conclusion

The structure of the multidisciplinary consultation within a hospice changed during the training ‘ Decision-making in the palliative phase’. The method based on the decision-making model of palliative reasoning is clearly recognizable and resulted in a broad multidisciplinary policy.

Recommendations

Further research is needed to gain insight into the long- term effects of training and the effects in other institutions.

Keywords: decision-making, palliative reasoning, effect training, palliative care, multidisciplinary

