

Het voeren van een ACP gesprek

Docenteninstructie

Introductie

In dit onderwijs maakt de student kennis met het voeren van een gesprek over proactieve zorgplanning, ook wel *advance care planning* (ACP) genoemd. Studenten ontvangen voorbeelden van een arts die een ACP gesprek voert met een patiënt. Het is dan belangrijk dat de studenten de casus vooraf inhoudelijk voorbereiden zodat zij tijdens het bekijken van de voorbeelden hun aandacht kunnen richten op de gespreksaspecten die te maken hebben met ACP. Dit is leertaak 1 van de leerlijn ACP.

Vaardigheden:

- Verschillende gespreksvaardigheden kunnen herkennen.
- Kunnen beschrijven hoe een arts de wensen van de patiënt en diens naasten kan onderzoeken.
- Kunnen beredeneren wat de invloed kan zijn van aspecten uit verschillende dimensies op het te voeren beleid bij een palliatieve patiënt.
- Kunnen beredeneren hoe het te voeren beleid kan worden afgestemd op de behoeften van de palliatieve patiënt.

Werkvormen:

Voorbereiding

- Vraag studenten om zich voor te bereiden door de studentinstructie door te nemen. Hierin staat een beschrijving van de patiënt, alsook van het ziektebeeld. De studenten wordt gevraagd om zich te verdiepen in de ziektebeelden, zodat de studenten beschikken over voldoende achtergrondinformatie om de redenering van de arts kunnen volgen. Op die manier kunnen ze zich richten op de specifieke ACP-aspecten van het gesprek.
- Vraag studenten daarnaast om enkele ondersteunende bronnen te lezen of te bekijken (zie ondersteunend materiaal).

Groepsbijeenkomst

Bekijk samen de volgende voorbeelden van (nagespeelde) ACP-gesprekken:

Casus 1: https://youtu.be/i8C_ez-ICfM

Casus 2: <https://youtu.be/DH-oQb2ZmNg>

De groepsbijeenkomst kan op verschillende manieren vorm krijgen, bijvoorbeeld:

- Elke student of elk groepje reflecteert op de voorbeelden en er vindt een discussie plaats over waar je als arts rekening mee moet houden in je zorgplan.
- Er kan een discussie plaatsvinden vanuit de perspectieven van de verschillende betrokkenen bij deze patiënt, waarbij verschillende studenten het perspectief in proberen te nemen van een specifieke betrokkene, bijvoorbeeld de arts, de specialist, de thuiszorg, de zoon/dochter, de partner etc. Hoe verhouden zij zich ten opzichte van de proactieve zorgplanning?
- De studenten worden verdeeld en elk groepje bekijkt elke casus vanuit een specifieke dimensie (somatisch, psychisch, sociaal, zingeving) en doet een voorstel voor het zorgplan op grond van de problematiek op die specifieke dimensie. De groepjes gaan met elkaar in discussie om tot een geïntegreerde aanpak te komen.
- In een rollenspel kan het gesprek tussen arts en patiënt nagespeeld worden. Afhankelijk van de ervaring van de studenten kan de docent de rol van patiënt spelen of wordt dit door een student gedaan.

Casusbeschrijvingen

In de studentinstructie staan de casussen beschreven, zoals ook hieronder.

In deze docenteninstructie staan daarnaast een aantal suggesties voor de inhoud van de nabespreking met mogelijk relevante en zo nodig door de docent in te brengen aspecten. Het is geen volledige uitwerking van de casuïstiek, maar bedoeld om de discussie zo nodig op gang te brengen. Het is mogelijk dat de discussie onder de studenten een andere richting krijgt dan hier beschreven.

Discussievragen voor de studenten:

- Welke relevante aspecten signaleer jij in de casusbeschrijving die inzicht geven in de problematiek die bij deze patiënt speelt op de fysieke, psychische, sociale en zingevingsdimensie?
- Welke elementen zijn relevant voor klinisch redeneren en ACP?
- Hoe inventariseer je als arts wat de patiënt belangrijk vindt ten aanzien van behandeling, kwaliteit van leven, de belangrijkste waarden van de patiënt, etc... ?
- Wat zijn je taken/wat is je taakopvatting m.b.t. ACP als arts?
- Waar moet je op letten bij gespreksvoering?
- Probeer te verwoorden hoe jij zou vragen naar..... en probeer het uit op een van je medestudenten in de werkgroep.

Casus 1.

Meneer Jansen

Setting: in de huisartspraktijk van de eigen huisarts (W. Seelt). Het gesprek vindt plaats op verzoek van de verzorging van het verzorgingshuis waar meneer vrij recent een appartement heeft gekocht. Het betreft een behandelwensengesprek, hetgeen 'standaard' is voor dit verzorgingshuis; de verpleging/verzorging wil weten wat de gewenste afspraken zijn rondom behandeling, insturen naar ZH, reanimatie, etc.

Het betreft een meneer van 68 jaar. Hij heeft beginnende vasculaire dementie en is een 'cardiac cripple' zoals dat heet: meerdere hartinfarcten gehad, meerdere CVA's (herseninfecten), zeer veel last van zijn benen doordat zijn doorbloeding niet goed is. Naast dit alles heeft hij diabetes mellitus type II en hij heeft erg veel pech dat het zo slecht met zijn vaten gesteld is; zó'n slechte leefstijl heeft hij niet. Vanwege alle aandoeningen slijkt hij veel medicatie. Hij heeft een slechte conditie. Door de CVA's hebben zijn hersenen zoveel schade opgelopen dat hij beginnende vasculaire dementie ontwikkeld heeft. Hierdoor is hij soms traag in het denken en in het 'opdiepen van informatie' uit zijn brein. Hij weet dat hij dementie heeft en heeft hier redelijk inzicht in, hoewel hij aan de andere kant hier niet echt somber door is. Hij heeft zeer regelmatig erysipelas (wondroos) aan wonden van zijn benen (pijnlijk, slecht genezend, antibiotica nodig). Hij is een grote man, zeer breed en imposant (vandaar dat zijn vrouw hem ook niet op kan tillen, dat lukt zelfs bijna niet met twee mensen, nu in het verzorgingshuis). Hij loopt slecht, doordat hij naast de vaatproblemen ook zeer slechte knieën heeft. Hij heeft daar knieprotheses voor gekregen (operatie) maar het lopen blijft moeizaam.

Hij houdt van het goede leven. Heeft altijd gewerkt in de oliehandel en is verhuisd naar een appartement omdat het thuis niet meer ging; als hij viel kon zijn vrouw hem niet meer overeind krijgen. Hij woont nu in een duur particulier verzorgingshuis, waar hij zorg inkoop. Hij woont met zijn vrouw. Ze hebben ook een huis in Portugal.

Hij had eigenlijk nooit veel hobby's; hij hield zich bezig met bv. de Rotaryclub. Nu gaat hij verrassend genoeg naar de dagopvang (vanwege zijn dementie), waar hij creatieve dingen doet als boetseren, en schilderen. Vroeger zou hij daar een beetje neerbuigend over gedaan hebben; nu is dit het

belangrijkste agendapunt in de week. Thuis heeft hij een rolstoel en het hele appartement heeft een tegelvloer, zodat hij daar goed uit de weg kan. Buitenshuis loopt hij met stok.

Casus 2.

Meneer Blok

Setting: dit gesprek wordt opgenomen op de poli geriatrie bij klinisch geriater en internist ouderengeneeskunde H. Willems. Het gesprek vindt plaats naar aanleiding van verwijzing van de patiënt door de huisarts. Dit is het tweede gesprek dat ze hebben, in het eerste gesprek is een comprehensive geriatric assessment (CGA) gedaan en bloedonderzoek aangevraagd. Meneer komt nu terug om de uitslagen te bespreken.

Het betreft een meneer van 73 jaar. Hij heeft al jaren diabetes mellitus type II en heeft in de loop van de jaren daarbij retinopathie gekregen, polyneuropathie en nierinsufficiëntie. Hij heeft nog nooit een hartinfarct gehad, maar gebruikt wel preventieve medicatie i.v.m. te hypertensie en hypercholesterolemie. Reden van verwijzing is de achteruitgang van zijn nierfunctie (passend bij de DM II), waarbij inmiddels nierdialyse het volgende station is. Bij het bloedonderzoek kwam een diepe anemie aan het licht; die qua typering niet goed 'paste' bij de nierfunctiestoornissen. Daar zou een andere oorzaak voor kunnen zijn, zoals bv (colon-, of een ander) carcinoom. Naast de diabetes en complicaties daarvan, heeft hij een heupprothese i.v.m. artrose. Hij heeft veel pijn in zijn andere heup en de handen, ook door artrose. In verband met de diabetes gebruikt meneer 3 dd insuline en daarnaast metformine, voor de bloeddruk 3 medicijnen en preventief nog drie (antistolling, statine). Desondanks is de diabetes regelmatig niet goed ingesteld, met (vooral) te hoge glucosewaarden. Sinds de laatste weken heeft hij ook wat wisselde stoelgang, in elk geval minder regelmatig dan vroeger altijd, maar dit is niet iets waar je met zo'n vrouwelijke dokter lekker over praat. Meneer Blok heeft 'matige gezondheidsvaardigheden'. Hij heeft laaggeschoold werk gedaan, rookt nog steeds en drinkt dagelijks 3-4 flesjes bier. Hij eet weinig gezond, is te zwaar en doet niets aan lichaamsbeweging, behalve af en toe biljart, hoewel dat best lastig gaat door zijn heup en pijnlijke handen.