
Richtlijn Misselijkheid en braken bij Patiënten met Kanker

in de Palliatieve Fase

Verantwoordelijke instanties

Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

Postbus 3135

3502 GC Utrecht

website: www.levv.nl

email: informatiecentrum@levv.nl

tel: 030-2919019

Universiteit Maastricht (UM)

Postbus 616

6200 MD Maastricht

website: www.unimaas.nl

email: communicatie@bu.unimaas.nl

tel: 043-3882222

Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC)

Postbus 19001

3501 DA Utrecht

website: www.ikcnet.nl

tel: 030-2343780

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Oncologie (V&VN Oncologie)

(voorheen Vereniging van Oncologieverpleegkundigen, VvOV)

Postbus 3135

3502 GC Utrecht

website: <http://oncologie.venvn.nl>

email: secretariaat@vvov.org

tel: 030 – 2919047

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Palliatieve Verpleegkunde (V&VN

Palliatieve Verpleegkunde)

(voorheen Nederlandse Vereniging voor Verpleegkundigen werkzaam in de Palliatieve

Zorg, NVVPZ)

J.F. Kennedylaan 101

3981 GB Bunnik

website: <http://palliatieveverpleegkunde.venvn.nl>

email: steunpunt@palliatief.nl

telefoon: 030 - 6575898

Bij vragen over de inhoud van de richtlijn kunt u terecht bij het secretariaat van V&VN Oncologie of van V&VN Palliatieve Verpleegkunde (zie bovenstaande contactgegevens).

Bij vragen over de ontwikkeling van de richtlijn kunt u terecht bij het LEVV (zie bovenstaande contactgegevens).

De richtlijn is te bekijken en te downloaden op :

- www.oncoline.nl
- www.pallialine.nl
- www.levv.nl

Voorwoord

Eén van de doelstellingen van de V&VN Oncologie, de beroepsvereniging voor (oncolo-
gie)verpleegkundigen, en van de V&VN Palliatieve Verpleegkunde, de beroepsvereniging
voor verpleegkundigen werkzaam in de palliatieve zorg, is het leveren van een bijdrage aan
de beroepsontwikkeling door het stimuleren van verpleegkundig wetenschappelijk onder-
zoek en het gebruik maken van wetenschappelijke resultaten en inzichten. Deze doelstel-
ling sluit aan bij project van het Landelijk Expertisecentrum voor Verpleging & Verzorging
(LEVV), de Universiteit Maastricht, de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) en
V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen dat als doel heeft een landelijke evidence based richtlijn
te ontwikkelen om de kwaliteit van de verpleegkundige zorg aan patiënten met kanker in
de palliatieve fase van hun leven te verhogen.

Misselijkheid komt voor bij ongeveer een derde van de kankerpatiënten in de palliatieve
fase met een levensverwachting van meer dan twee weken. Ook braken komt bij deze
patiënten regelmatig voor. Palliatieve zorg stelt hoge eisen aan de kennis, attitude en
communicatieve vaardigheden van de zorgverleners. In 2006 is de multidisciplinaire richt-
lijn 'Misselijkheid en braken' van de VIKC verschenen. Deze richtlijn is gericht op misselijk-
heid en braken in de palliatieve fase, maar gaat niet (specifiek) in op verpleegkundige
taken. Vanwege de belangrijke rol die verpleegkundigen spelen bij het signaleren en
behandelen van misselijkheid en braken en vanwege de variatie die er in verpleegkundig
handelen op dit gebied is, worden in de voor u liggende richtlijn juist de verpleegkundige
handelingen beschreven en waar mogelijk wetenschappelijk onderbouwd.

De richtlijn geeft antwoord op vragen en knelpunten die in de praktijk bij (oncologie)-
verpleegkundigen zijn geïnventariseerd. Door consultatie van meerdere disciplines betrok-
ken bij het palliatieve zorgproces en door de VIKC te betrekken bij de ontwikkeling van de
richtlijn is een (verpleegkundige) aanvulling gemaakt op de bestaande VIKC-richtlijn. De
richtlijn is te gebruiken in zowel de intra- als extramurale setting. Alle in de richtlijn aanbe-
volen interventies moeten steeds weer afgestemd worden op de individuele wensen en
omstandigheden van de palliatieve patiënt. Alleen zij kunnen immers aangeven wat ze nog

willen in hun leven.

De V&VN Oncologie en de V&VN Palliatieve Verpleegkunde hopen dat het ontwikkelen en verbeteren van landelijke richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden aansluit op de behoefte van de leden van de verenigingen. Een richtlijn zal steeds geëvalueerd en bijgesteld moeten worden op grond van nieuwe inzichten. Deze taak zullen beide beroepsverenigingen als eigenaar van deze richtlijn gezamenlijk op zich nemen.

Onze dank gaat uit naar alle deskundigen uit de expertgroep die verantwoordelijk zijn voor de inhoud van de richtlijn en naar de leden van de projectgroep vanuit de Universiteit Maastricht, de VIKC en V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen. Tevens is dank verschuldigd aan de medewerkers van het LEVV voor hun inzet bij de ontwikkeling van deze richtlijn.

Utrecht, 2007

Namens het bestuur van de V&VN Oncologie:

Harmanneke Ensink, voorzitter

en het bestuur van de V&VN Palliatieve Verpleegkunde:

Janneke Koningswoud, voorzitter

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting kernaanbevelingen	11
Samenstelling expertgroep	13
Samenstelling projectgroep	15
1	Inleiding 17
1.1	Aanleiding 17
1.2	Doelstelling 18
1.3	Richtlijngebruikers 19
1.4	Patiëntenpopulatie 19
1.5	Centrale uitgangsvraag 19
1.6	Afbakening van het onderwerp 19
1.7	Onafhankelijkheid projectgroep 20
1.8	Juridische betekenis 20
1.9	Herziening 20
2	Methodiek 21
2.1	Knelpuntenanalyse en uitgangsvragen 21
2.2	Systematische inventarisatie van wetenschappelijke literatuur en richtlijnen 22
2.3	Expertbijeenkomsten 25
2.4	Praktijktoets 26
2.5	Patiëntenperspectief 26
2.6	Beoordeling door externe experts 27
3	Begripsbepaling en pathofysiologie 29
3.1	Begripsbepaling: palliatieve zorg 29
3.2	Begripsbepaling: misselijkheid 30

3.3	Pathofysiologie en oorzaken van misselijkheid en braken	31
4	Signaleren	33
4.1	Inleiding	33
4.2	Criteria voor instrumenten voor het signaleren van misselijkheid en braken	33
4.3	Instrumenten voor het signaleren van misselijkheid en braken	33
4.4	Beschrijving ESAS en MDASI	38
4.5	Wanneer moet signaleren en beoordelen van misselijkheid en braken plaatsvinden?	40
4.6	Gezondheidswinst, risico's en bijwerkingen	41
5	Preventie	43
5.1	Inleiding	43
5.2	Risicofactoren voor misselijkheid en braken	43
5.2.1	Risico op misselijkheid en braken bij palliatieve patiënten	43
5.2.2	Risico op misselijkheid en braken na chemotherapie	44
5.2.3	Risico op anticipatoire misselijkheid en braken	46
5.3	Verpleegkundige preventieve interventies	48
5.4	De rol van voorlichting en communicatie	52
5.5	Wanneer starten preventieve interventies?	56
5.6	Wanneer vindt evaluatie van preventieve interventie plaats?	57
5.7	Gezondheidswinst, risico's en bijwerkingen	58
6	Behandeling en zorg	59
6.1	Inleiding	59
6.2	Rol verpleegkundige bij vaststellen oorzaak misselijkheid en braken	59
6.3	Rol verpleegkundige bij medicamenteuze interventies	62
6.4	Niet-medicamenteuze interventies	65
6.4.1	Voedingsadviezen	65
6.4.2	Toediening vocht en elektrolyten	68
6.4.3	Kunstmatige maagontlediging	69
6.4.4	Mondzorg	70
6.4.5	Complementaire zorg	71
6.4.6	Psychologische technieken	78
6.4.7	Overige niet-medicamenteuze interventies	84
6.5	Wanneer vindt evaluatie van behandeling plaats?	85

6.6	Gezondheidswinst, risico's en bijwerkingen	85
7	Implementatie	87
7.1	Inleiding	87
7.2	Bevordering implementatie	87
7.3	Benodigde veranderingen	89
7.4	Kostenimplicaties	90
8	Indicatoren	91
8.1	Inleiding	91
8.2	Indicatoren bij de richtlijn Misselijkheid en braken	92

Referenties	97
-------------	----

Bijlagen	107
Bijlage 1	Knelpuntenanalyse
Bijlage 2	Verantwoording systematische review
Bijlage 3	Evidencetabellen
Bijlage 4	Verantwoording richtlijnen
Bijlage 5	Verantwoording praktijktoets
Bijlage 6	Vragenlijst patiënten
Bijlage 7	Patiëntenperspectief
Bijlage 8	Beoordeling door externe experts
Bijlage 9	Klachtendagboek: ESAS
Bijlage 10	MDASI
Bijlage 11	Beschrijving overige meetinstrumenten

Samenvatting kernaanbevelingen

Signaleren

Bespreek en meet misselijkheid en braken vanaf het eerste contact met de palliatieve patiënt met kanker.

Gebruik bij voorkeur de ESAS (klachtendagboek) of MDASI voor het signaleren en beoordelen van misselijkheid en braken.

Meet wekelijks als misselijkheid en braken onder controle is.
Meet dagelijks als misselijkheid en braken niet onder controle is of als de patiënt daar behoefte aan heeft.

Preventie

Pas preventieve interventies toe, stem deze af op individuele patiënt:

- Voorkom angst
- Voorkom constipatie
- Voorkom geuren
- Pas anti-emeticeleid optimaal toe: voorkom dat er te weinig anti-emetica worden gegeven.
- Geef voorlichting over de behandeling, bijwerkingen, risicokenmerken.

Evalueer preventieve interventies 24 uur nadat zij zijn toegepast. Gebruik indien mogelijk een meetinstrument (elke keer hetzelfde) of vraag patiënt en naasten naar hun ervaringen. In het geval van chemotherapie dient tijdens en na elke behandeling geëvalueerd te worden.

Leer de patiënt, indien gewenst, effectief zelfzorggedrag om zo min mogelijk last te hebben van misselijkheid en braken. Meest effectief is het juist innemen van de voorgeschreven anti-emetica.

Behandeling

Neem een anamnese af wanneer er sprake is van misselijkheid en/of braken om informatie over de oorzaak ervan te verkrijgen. De arts dient de verpleegkundige te betrekken bij het bepalen van het anti-emeticebeleid.

Bespreek het toe (laten) passen van complementaire zorg (massage, aromatherapie, acupressuur of muziek luisteren) of psychologische technieken (afleiding, systematische desensitisatie of progressieve spierrelaxatie bij voorkeur in combinatie met geleide fantasie) in het multidisciplinaire team. Overleg en stem af op de individuele patiënt.

Bespreek kunstmatige maagontlediging met de behandelend arts.

Geef voedingsadviezen die misselijkheid en braken kunnen verminderen.

Observeer en informeer de patiënt, evalueer en rapporteer over interventies.

Samenstelling expertgroep

Dhr. J. (Joop) Djontono
Regieverpleegkundige - Erasmus MC-Daniel den Hoed

Mw. J.J.A. (Jacqueline) Tabak
Oncologieverpleegkundige – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis

Mw. I. (Ineke) Hiemstra
Hoofdverpleegkundige – Johannes Hospitium Vleuten

Mw. L. (Lenie) Ossenkoppele
Wijkverpleegkundige – Amstelring

Mw. M.J. (Monique) Visser-la Rondelle
Praktijkverpleegkundige – Het Zonnehuis

Mw. C. (Carla) Kolthoff
Verpleegkundige - Trivium Zorggroep Roparun Hospice

Mw. Y.G.M. (Yvette) Westhout
Verpleegkundige – Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam Thuiszorg

Mw. J. (Jeanne) Vogel
Diëtist – dr. Bernard Verbeeten Instituut

Mw. dr. L. (Lucyna) de Graaff
Huisarts, consulent palliatieve zorg – Hoofddorp

Mw. drs. H.J. (Jet) van Esch
Verpleeghuisarts – Antonius IJsselmonde, Laurens regio Zuidoost

Mw. dr. M.H.M. (Mecheline) van der Linden

Klinisch psycholoog, psychotherapeut - VU Medisch Centrum Amsterdam

Mw. dr. J.B. (Judith) Prins

Klinisch psycholoog, psychotherapeut – UMC St. Radboud

Samenstelling projectgroep

Samenstelling projectgroep

Dhr. drs. H.J.H. (Herry) In den Bosch (projectleider)
adviseur, Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

Mw. ir. C. (Claudia) Schröder-Baars (auteur richtlijn)
adviseur, Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

Mw. dr. I. (Ireen) Proot
senior onderzoeker, Universiteit Maastricht (UM)

Mw. drs. C.M. (Conny) Molenkamp
onderzoeker, Universiteit Maastricht (UM)

Dhr. dr. A. (Alexander) de Graeff
internist-oncoloog, UMC Utrecht

Mw. A.C. (Ria) Dubbelman
nurse practitioner, V&VN Oncologie

Mw. L.C.J.M. (Rensia) Bouwmeester
gespecialiseerd verpleegkundige & consulent palliatieve zorg, V&VN Palliatieve
Verpleegkunde

Mw. J. (Jopke) Kruyt MScN
verpleegkundige, V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen

Mw. drs. J. (Joke) van den Bogert
beleidsmedewerker, Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC)

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Jaarlijks overlijden ongeveer 38.000 mensen in Nederland aan kanker (CBS, 2004). Tijdens hun laatste levensfase hebben deze mensen behoefte aan palliatieve zorg. Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden (WHO, 2002). Effectieve bestrijding van symptomen is één van de componenten van palliatieve zorg. Misselijkheid komt voor bij gemiddeld 32% van de kankerpatiënten in de palliatieve fase met een levensverwachting van meer dan twee weken. Braken komt bij deze patiënten voor bij gemiddeld 21%. Bij patiënten in de laatste week of laatste twee weken van hun leven komt misselijkheid voor bij gemiddeld 20% en braken bij 15% (Teunissen et al., 2006). Misselijkheid en braken hebben een zeer negatieve invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt. Het gaat vaak gepaard met klachten van speekselvloed, bleekheid, zweten, snelle hartslag en neiging tot defecatie. De patiënt wordt hierdoor beperkt in zijn dagelijks functioneren. Misselijkheid wordt meestal als belastender ervaren dan braken en is moeilijker te behandelen. Herhaaldelijk braken kan uitputtend zijn. Bij de behandeling met (palliatieve) chemotherapie worden misselijkheid en braken, samen met haarverlies, door de patiënt als meest traumatische bijwerkingen ervaren (Hanssens, 2004).

Palliatieve zorg vereist een multidisciplinaire aanpak waarbij een grote rol is weggelegd voor verpleegkundigen. Naast de familie heeft met name de verpleegkundige in het palliatieve zorgproces vaak het meeste contact met de patiënt. Zodoende kan de verpleegkundige optredende symptomen vroegtijdig signaleren, beoordelen en behandelen. Binnen de verpleegkundige beroepsgroep bestaan echter grote verschillen in opvatting, uitvoering en deskundigheid ten aanzien van de zorg voor kankerpatiënten (VIKC, 2000). Het gevolg hiervan is variatie in handelen, waardoor de patiënt geen optimale zorg ontvangt. Een landelijke evidence-based richtlijn voor de verpleegkundige beroepsgroep voor het signaleren en behandelen van misselijkheid en braken bij volwassenen kankerpatiënten in de palliatieve fase dringt deze variatie in handelen terug en draagt bij aan het verbeteren van de

kwaliteit van leven van de patiënt.

In 2006 is de multidisciplinaire richtlijn 'Misselijkheid en braken' van de VIKC verschenen. Deze richtlijn is gericht op misselijkheid en braken in de palliatieve fase, maar gaat niet (specifiek) in op verpleegkundige taken. Vanwege de belangrijke rol die verpleegkundigen spelen bij het signaleren en behandelen van misselijkheid en braken en vanwege de variatie die er in verpleegkundig handelen op dit gebied is, staan in de voor u liggende richtlijn juist de verpleegkundige handelingen beschreven en wetenschappelijk onderbouwd. Door consultatie van meerdere disciplines betrokken bij het palliatieve zorgproces en door de VIKC te betrekken bij het richtlijnontwikkelingsproces is een aanvulling gemaakt op de bestaande VIKC-richtlijn.

1.2 Doelstelling

De richtlijn heeft tot doel een aanvulling te zijn op de reeds bestaande richtlijn Misselijkheid en braken van de VIKC (2006) door specifiek op verpleegkundige taken in te gaan bij het signaleren en behandelen van misselijkheid en braken in de palliatieve fase. Het doel hiervan is dat de variatie in het verpleegkundig handelen afneemt. Misselijkheid en braken zullen beter en sneller gesignaleerd en behandeld worden. Het uiteindelijke doel is dat de kwaliteit van leven voor palliatieve kankerpatiënten zoveel mogelijk wordt behouden of verbeterd.

De richtlijn richt zich specifiek op de palliatieve fase, omdat de misselijkheid die in deze fase voorkomt, vaak andere oorzaken heeft dan misselijkheid en braken in de curatieve fase. In de curatieve fase worden misselijkheid en braken meestal door chemotherapie veroorzaakt en vaak behandeld met medicamenten (anti-emetica). De misselijkheid en braken die in de palliatieve fase voorkomen, reageren echter meestal niet of slecht op medicamenten. Voor deze misselijkheid en braken moet dus naar andere oplossingen gezocht worden.

Daarnaast stelt palliatieve zorg andere eisen aan de kennis, attitude en vaardigheden van zorgverleners. Communicatie speelt in de palliatieve zorg een grote rol. De zorgverlener is niet de alleswetende beslisser maar met name een voorlichter: op basis van de gedegen informatie verkregen van de arts of verpleegkundige neemt de patiënt de beslissing welke behandeling hij wil ondergaan. Dit alles zorgt ervoor dat er behoefte is aan een richtlijn voor misselijkheid en braken specifiek in de palliatieve fase.

1.3 Richtlijngebruikers

De richtlijn is bestemd voor verpleegkundigen die betrokken zijn bij palliatieve zorg aan kankerpatiënten. Zij kunnen werkzaam zijn in ziekenhuizen, verpleeghuizen, hospices en thuiszorg.

1.4 Patiëntenpopulatie

Deze richtlijn is van toepassing op volwassen patiënten met kanker in de palliatieve fase. Deze patiënten zijn levensbedreigend ziek en hun behandeling is niet meer gericht op genezing maar op een zo hoog mogelijk kwaliteit van leven. Deze patiënten hebben vaak last van misselijkheid en braken ten gevolge van verschillende oorzaken (zie ook paragraaf 3.3). Deze richtlijn richt zich op misselijkheid en braken tengevolge van alle mogelijke oorzaken bij kankerpatiënten in de palliatieve fase.

1.5 Centrale uitgangsvraag

De te behalen verbetering van de kwaliteit van leven van palliatieve kankerpatiënten geeft het belang van een evidence based richtlijn op het gebied van misselijkheid en braken aan. De belangrijke rol die de verpleegkundige heeft in het palliatieve zorgproces en de aange- toonde variatie in verpleegkundig handelen met betrekking tot patiënten met kanker geeft de noodzaak aan dat deze richtlijn zich met name op de verpleegkundige richt. De centrale vraag bij de ontwikkeling van deze evidence-based richtlijn was dan ook: 'Op welke wijze kunnen verpleegkundigen misselijkheid en/of braken signaleren en behandelen bij volwassen patiënten met kanker in de palliatieve fase?' Naast de centrale uitgangsvraag zijn deelvragen met betrekking tot signaleren, preventie, voorlichting en niet- medicamenteuze behandeling opgesteld (zie paragraaf 2.1) .

1.6 Afbakening van het onderwerp

De richtlijn richt zich op signalering en behandeling van misselijkheid en/of braken bij vol- wassen patiënten met kanker in de palliatieve fase. Het gaat hierbij om taken en interven- ties die met name door verpleegkundigen uitgevoerd worden. De richtlijn richt zich op misselijkheid en braken ten gevolge van alle oorzaken die voor kunnen komen in de pallia- tieve fase. Indien van toepassing wordt aangegeven of het specifiek om misselijkheid of braken ten gevolge van een bepaalde oorzaak gaat.

Veel evidence is gebaseerd op studies waarin de patiënten chemotherapie krijgen. Wanneer evidence voor misselijkheid en braken door andere oorzaken dan chemotherapie ontbrak, werd de evidence omtrent misselijkheid en braken bij chemotherapie bekeken en indien relevant in de richtlijn opgenomen. De experts maakten hierbij steeds de afweging of de resultaten ook voor de palliatieve fase van toepassing kunnen zijn.

1.7 Onafhankelijkheid projectgroep

De projectgroepleden hebben onafhankelijk gehandeld en waren vrij van financiële of zakelijke belangen betreffende het onderwerp van de richtlijn. De projectgroepleden hadden geen conflicterende belangen.

1.8 Juridische betekenis

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op evidence gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te leveren. Zorgverleners kunnen op basis van hun professionele autonomie zonedig afwijken van de richtlijn, aangezien de aanbevelingen voornamelijk gebaseerd zijn op de 'gemiddelde patiënt'. Als de situatie van de patiënt dat vereist, is afwijken van de richtlijn noodzakelijk. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

1.9 Herziening

De richtlijn is vastgesteld door V&VN Oncologie en V&VN Palliatieve Verpleegkunde. De richtlijn is geldig voor een periode van maximaal vijf jaar. Indien er aanleiding is (bijvoorbeeld door nieuwe inzichten door onderzoek) wordt eerder overgegaan tot herziening van (delen van) de richtlijn. Hiertoe wordt elk jaar nagegaan of er nieuwe inzichten zijn verschenen. V&VN Oncologie en V&VN Palliatieve Verpleegkunde zijn verantwoordelijk voor de herziening van de richtlijn.

2 Methodiek

Voor het samenstellen van de richtlijn zijn een aantal fasen doorlopen:

1. knelpuntenanalyse en uitgangsvragen
2. systematische inventarisatie van wetenschappelijke literatuur en richtlijnen
3. expertbijeenkomsten
4. praktijktoets
5. patiëntenperspectief
6. beoordeling door externe experts

In dit hoofdstuk wordt elke fase nader toegelicht.

2.1 Knelpuntenanalyse en uitgangsvragen

De ontwikkeling van de richtlijn is begonnen met een inventarisatie van knelpunten. Een digitale vragenlijst (zie [Bijlage 1](#)) is uitgezet onder verpleegkundigen in het netwerk palliatieve zorg. Zevenenvijftig verpleegkundigen vulden de vragenlijst volledig in. Dit gaf inzicht in de problemen die verpleegkundigen ervaren rondom de signalering en behandeling van misselijkheid en/of braken bij volwassen patiënten met een oncologische aandoening in de palliatieve fase. Verder was er in de knelpuntenanalyse ook aandacht voor mogelijke belemmerende en bevorderende factoren bij het implementeren van de richtlijn. Hierdoor kon er al gedurende het ontwikkelingsproces van de richtlijn rekening met deze factoren gehouden worden. De resultaten van de knelpuntenanalyse staan weergegeven in [Bijlage 1](#).

Op basis van de inventarisatie van knelpunten zijn uitgangsvragen opgesteld. Deze vragen waren bepalend voor de verdere uitwerking en inhoud van de richtlijn. Op basis van de uitgangsvragen zijn de zoektermen vastgesteld voor het zoeken naar wetenschappelijke literatuur in meerdere databases. Alle uitgangsvragen hebben betrekking op de volwassen patiënt met kanker in de palliatieve fase. Hieronder staan de uitgangsvragen genoemd:

Uitgangsvragen:

1. Welke patiënten* hebben een verhoogde kans op misselijkheid en/of braken?
2. Welke verpleegkundige interventies zijn zinvol bij de preventie van misselijkheid en/of braken*? Wanneer moet hiermee gestart worden en met welke frequentie?
3. Welke instrumenten zijn zinvol voor de verpleegkundige om misselijkheid en/of braken (vroegtijdig) te signaleren en te beoordelen*?
4. Wanneer en hoe vaak dient screening op misselijkheid en/of braken door de verpleegkundige uitgevoerd te worden *?
5. Waaruit bestaat de voorlichting en begeleiding aan de patiënt* en diens naasten bij het voorkomen en behandelen van misselijkheid en/of braken?
- 6.a Wat is de rol van de verpleegkundige bij het vaststellen van de oorzaak van de misselijkheid en/of het braken bij de patiënt*?
- b. Wat is de rol van de verpleegkundige bij medicamenteuze interventies*?
7. Welke niet-medicamenteuze verpleegkundige interventies zijn zinvol bij de behandeling van (de gevolgen van) misselijkheid en/of braken*:
 - algemene adviezen (omgeving, houding)
 - voedingsadviezen
 - toediening vocht/elektrolyten
 - kunstmatige maagontlediging
 - psychologische technieken
 - complementaire zorg
 - ten aanzien van verstoring dagelijkse activiteiten
- b. Ervaren patiënten* minder misselijkheid en/of braken als de medicamenteuze behandeling wordt aangevuld met niet-medicamenteuze interventies?
8. Op welke momenten moet evaluatie van preventieve interventies en van behandeling plaatsvinden en op basis van welke criteria?
9. Welke verpleegkundige interventies zijn *niet* zinvol bij preventie, signaleren en behandeling van misselijkheid en/of braken*?

* (bij) de volwassen patiënt met kanker in de palliatieve fase

2.2 Systematische inventarisatie van wetenschappelijke literatuur en richtlijnen
Er is getracht de richtlijn te onderbouwen volgens de definitie van 'evidence based

nursing': het proces waarin verpleegkundigen hun klinische besluiten nemen op grond van de beste onderzoeksresultaten, hun klinische ervaring, patiëntenvoorkeur en de beschikbare hulpmiddelen (Cullum, 2000). Inzicht in de beste onderzoeksresultaten is verkregen door het uitvoeren van een systematische review. Inzicht in klinische ervaring en de beschikbare hulpmiddelen is verkregen door een uitgebalanceerde samenstelling van de expertgroep. Inzicht in de voorkeur van de patiënt is verkregen door palliatieve patiënten met kanker en hun naasten een korte vragenlijst over de aanbevelingen van de richtlijn in te laten invullen.

Om inzicht te krijgen in de meest effectieve wijze van signaleren en behandelen van misselijkheid en/of braken bij patiënten met kanker in de palliatieve fase door verpleegkundigen is door Universiteit Maastricht een systematische review uitgevoerd. Er is in verschillende databases (zie [Bijlage 2](#)) gezocht naar evidence op alle niveaus: niveau A (systematische review) tot en met niveau D (overzichtsartikelen, expertmeningen). Ook naar bestaande richtlijnen over misselijkheid en braken bij patiënten met kanker is gezocht. Met de verkregen evidence konden echter nog niet alle uitgangsvragen beantwoord worden. Dit kwam voornamelijk omdat literatuur over misselijkheid en braken bij patiënten met kanker vaak niet specifiek over patiënten in de palliatieve fase gaat. Daarom is besloten meer evidence te includeren: systematische reviews, meta-analyses en gerandomiseerde klinische onderzoeken (niveau A tot en met B) die *niet* specifiek op de palliatieve fase betrekking hadden, werden ook geïncludeerd. Deze literatuur werd echter alleen geraadpleegd voor uitgangsvragen waarop anders geen antwoord gegeven kon worden. In de richtlijn wordt duidelijk aangegeven wanneer dit het geval is. De verantwoording van de review is opgenomen in [Bijlage 2](#), de evidencetabellen zijn terug te vinden in [Bijlage 3](#).

In de richtlijn wordt telkens vermeld op welke wijze de geformuleerde conclusies zijn onderbouwd. De conclusies zijn ingedeeld naar de mate van bewijskracht van individuele studies, zie Tabel 2.1.

*Tabel 2.1 Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies
(bron: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2006)*

Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau	
A2	gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)	prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek
C	niet-vergelijkend onderzoek	
D	mening van deskundigen	

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.

De conclusies zijn als volgt ingedeeld op niveau van bewijs:

Tabel 2.2 Indeling conclusies naar niveau van bewijs

(bron: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2006):

	Conclusie gebaseerd op
Niveau	
1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	Eén onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	Eén onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

Bestaande richtlijnen over misselijkheid en/of braken zijn geïnventariseerd om inzicht te krijgen in bestaande inzichten omtrent misselijkheid en/of braken bij patiënten met kanker. Richtlijnen zijn verkregen door te zoeken in databases en op websites van (inter)nationale richtlijnontwikkelingsinstituten (zie [Bijlage 2](#)). Ook zijn richtlijnen (en protocollen) verkregen via verpleegkundigen in palliatieve netwerken die aan de knelpuntenanalyse meededen. De verzamelde richtlijnen zijn door de projectgroep beoordeeld met behulp van het AGREE Instrument voor beoordeling van richtlijnen (the Agree Collaboration, 2001). De verantwoording is opgenomen in [Bijlage 4](#).

2.3 Expertbijeenkomsten

Aan het begin van het project is een expertgroep samengesteld. De expertgroep bestond uit 13 leden: acht verpleegkundigen en vijf deskundigen uit aanpalende disciplines (diëtiste, huisarts en consulent palliatieve zorg, twee psychologen en een verpleeghuisarts). De expertgroep is viermaal bijeen geweest. De eerste bijeenkomst had kennismaking met elkaar tot doel en het toelichten van de voortgang van de richtlijnontwikkeling en in het bijzonder van de systematische review. In de tweede bijeenkomst gaven de experts hun mening op de eerste concepttekst. Deze concepttekst was opgesteld op basis van de resultaten van de review. Het concept bestond uit beschrijvingen van de gevonden evidence en wetenschappelijke conclusies. De experts bespraken bij elke conclusie hun 'overige overwegingen' (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2006) en formuleerden op basis van de wetenschappelijke conclusie en de overige overwegingen de

eerste aanbevelingen. Waar verschil van mening was, werd door gediscussieerd tot consensus of meerderheid van stemmen bereikt werd. In vrijwel alle gevallen werd consensus bereikt. Soms was de mening van de meest deskundige op het betreffende gebied doorslaggevend. Tijdens de derde bijeenkomst werd de concepttekst nogmaals besproken en werden aanbevelingen geformuleerd, waar in de vorige bijeenkomst niet meer aan toegekomen was. Na verwerking van de resultaten van deze bijeenkomst, is de conceptrichtlijn in de praktijktoets getoetst.

Na het voltooien van de praktijktoets zijn de resultaten van deze toets voorgelegd aan de experts tijdens de vierde bijeenkomst. Hier werd besproken welke veranderingen in de richtlijn nodig zijn om implementatie te bevorderen. Ook werden de kernaanbevelingen bepaald door middel van discussie en stemming. Na verwerking van deze resultaten is de richtlijn nog eenmaal (digitaal) aan de experts voorgelegd en hierna definitief vastgesteld.

2.4 Praktijktoets

Het beoordelen van de bruikbaarheid van de richtlijn en het bijbehorende hulpmiddel heeft plaats gevonden tijdens een proefimplementatie ('praktijktoets') van de conceptrichtlijn. Gedurende drie maanden is de conceptrichtlijn uitgetoetst en geëvalueerd op bruikbaarheid door verpleegkundigen die werken met kankerpatiënten in de palliatieve fase. Dit is gebeurd in de vier settings waarvoor de richtlijn ontwikkeld is: ziekenhuis, verpleeghuis, hospice en thuiszorg. In totaal deden acht verschillende instellingen/organisaties mee. De praktijktoets startte met een centraal gehouden introductiebijeenkomst. Tijdens deze bijeenkomst kregen de deelnemers een toelichting op het project, de inhoud van de richtlijn en de werkwijze van de praktijktoets. Tijdens de praktijktoets letten de verpleegkundigen met name op bruikbaarheid, toepasbaarheid en duidelijkheid van de richtlijn. Evaluatie van de praktijktoets vond plaats aan het einde van de periode met een vragenlijst. De verantwoording is opgenomen in [Bijlage 5](#).

2.5 Patiëntenperspectief

De mening en voorkeuren van patiënten zijn nagegaan: de aanbevelingen uit de conceptrichtlijn zijn voorgelegd aan patiënten met kanker in de palliatieve fase. Dit is gebeurd door middel van een korte vragenlijst ([Bijlage 6](#)). De verpleegkundigen die de praktijktoets uitgevoerd hebben, hebben de vragenlijst aan enkele patiënten voorgelegd en indien mogelijk aan hun naasten. De resultaten zijn opgenomen in [Bijlage 7](#).

2.6 Beoordeling door externe experts

Via leden van de expertgroep zijn deskundigen op het gebied van palliatieve zorg en misselijkheid en braken bij patiënten met kanker benaderd. Aan hen is gevraagd of zij de conceptrichtlijn die na de laatste expertbijeenkomst tot stand is gekomen, willen beoordelen. Deze externe experts waren niet bij de ontwikkeling van de richtlijn betrokken. De volgende deskundigen hebben de richtlijn beoordeeld:

- Drs. C.A. (Corine) Nierop-van Baalen
Zij is verpleegkundig specialist Oncologie bij het Transmuraal Diaconessenhuis Leiden en Hoofdredacteur van *Oncologica*, vakblad voor oncologieverpleegkundigen
- Drs. M.J.M. (Marian) Adriaansen
Zij is directeur van het Instituut Verpleegkundige Studies bij de Hogeschool Arnhem en Nijmegen.

Meer gegevens zijn te vinden in [Bijlage 8](#). Na verwerking van de opmerkingen van deze externe experts is de richtlijn definitief vastgesteld.

3 Begripsbepaling en pathofysiologie

In dit hoofdstuk staan begrippen uitgelegd die belangrijk zijn in deze richtlijn. Daarnaast wordt kort ingegaan op de oorzaken van misselijkheid en/of braken.

3.1 Begripsbepaling: palliatieve zorg

Deze richtlijn richt zich op misselijkheid en braken bij patiënten met kanker die palliatieve zorg ontvangen. De expertgroep is van mening dat voor de definitie van palliatieve zorg uitgegaan dient te worden van de WHO-definitie van 2002 (www.palliatievezorg.nl):

Definitie

Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.

Bij palliatieve zorg:

- is niet de genezing van de patiënt het doel, maar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven, waardoor het ziekteverloop mogelijk positief beïnvloed kan worden;
- is de dood een normaal, natuurlijk proces, dat niet vertraagd of versneld wordt;
- is er aandacht voor lichamelijke én psychische klachten;
- worden de psychologische en spirituele aspecten in de zorg geïntegreerd benaderd;
- is er emotionele ondersteuning voor de patiënt en zijn naasten om zo actief mogelijk te leven;
- is er emotionele ondersteuning voor de naasten om te leren omgaan met de ziekte van de patiënt en met eigen rouwgevoelens;
- wordt, indien nodig, vanuit een team zorgverleners gewerkt, zodat aan alle noden van patiënten en naasten tegemoet kan worden gekomen, indien nodig ook na het over-

lijden van de patiënt (ondersteuning bij verliesverwerking) (WHO, 2002).

3.2 Begripsbepaling: misselijkheid

Misselijkheid is een subjectieve gewaarwording, die moeilijk valt te definiëren. Misselijkheid wordt bepaald door zelfrapportage door de patiënt, maar afhankelijk van de intensiteit kunnen er ook objectief meetbare elementen zijn. Braken, het optreden en de frequentie ervan, kan objectief bepaald worden. Bij kokhalzen zijn er zowel subjectieve als objectief meetbare elementen (Rhodes & McDaniel, 2001). Hieronder worden de begrippen misselijkheid, braken en kokhalzen gedefinieerd:

Definities

Misselijkheid is een onaangenaam gevoel achterin de keel en in de buik, vaak gepaard gaande met ziektegevoel en (aandrang tot) braken.

Braken is het krachtig uitstoten van de maaginhoud via de mond..

Kokhalzen is een ritmische beweging in de vorm van heftige oprispingen (VIKC, 2006). Het is een poging tot braken, zonder dat er daadwerkelijk iets omhoog komt.

Misselijkheid en braken treden vaak in combinatie met elkaar op. Hierbij is er in veel gevallen sprake van speekselvloed, bleekheid, zweten, snelle hartslag en aandrang tot defecatie. Misselijkheid en braken hebben een zeer negatieve invloed op de kwaliteit van leven (VIKC, 2006). Gerelateerd aan (palliatieve en curatieve) anti-kankerbehandelingen zijn er verschillende soorten misselijkheid en braken:

- Anticipatoire misselijkheid en braken kan optreden voorafgaand aan de behandeling, als reactie op (geconditioneerde) stimuli die worden geassocieerd met de chemotherapie. Dit kan ook optreden in heel andere situaties wanneer de (geconditioneerde) stimuli aanwezig zijn;
- Acute misselijkheid en braken treedt op binnen 24 uur na de behandeling;
- Verlate misselijkheid en braken treedt na meer dan 24 uur na de behandeling op;
- Chronische misselijkheid en braken is niet gerelateerd aan een behandeling. Deze vorm van misselijkheid is gerelateerd aan vergevorderde ziekte en kan verschillende oorzaken hebben, bijvoorbeeld abdominale oorzaken (Haughney, 2004).

3.3 Pathofysiologie en oorzaken van misselijkheid en braken

Het optreden van misselijkheid en/of braken wordt gereguleerd door het braakcentrum dat gelokaliseerd is in de hersenstam. Activatie van het braakcentrum kan plaatsvinden door centrale stimulatie door medicamenten of door metabole afwijkingen. Perifere stimulatie van het braakcentrum kan plaatsvinden vanuit maag, darm, lever en peritoneum. Daarnaast kunnen vestibulaire en psychogene factoren via het evenwichtsorgaan en de hogere corticale centra het braakcentrum activeren.

Er zijn verschillende oorzaken van misselijkheid en/of braken. Deze kunnen tegelijkertijd voorkomen en elkaar versterken. In 30% van de gevallen zijn er meerdere factoren aanwezig. De volgende oorzaken zijn bekend:

- Vertraagde maagontlediging (is de oorzaak in 35% van de gevallen)
Bijvoorbeeld: gastritis, obstructie pylorus of duodenum, opvulling maagholte
- Andere abdominale oorzaken (25%)
Bijvoorbeeld: obstipatie, ileus, levermetastasen, galstenen
- Chemische/metabole oorzaken (30%)
Bijvoorbeeld: medicamenten (opioiden, chemotherapie), hypercalciëmie, hyponatriumie
- Cerebrale/psychische oorzaken
Bijvoorbeeld: hersenmetastasen, pijn, angst en spanning
- Vestibulaire oorzaken
Bijvoorbeeld: medicamenten, aandoening labyrint, tumor binnen- of middenoor (VIKC, 2006)

Naast de hier genoemde oorzaken speelt er een aantal factoren een rol bij het ontstaan van misselijkheid en braken. Zo kunnen angst en eerdere slechte ervaringen invloed hebben op het optreden van misselijkheid en braken. Verder is van een aantal persoonsgebonden kenmerken bekend dat zij het risico op misselijkheid en braken kunnen verhogen. Hier wordt verderop in deze richtlijn op ingegaan. Een uitgebreidere uitleg en pathofysiologisch schema over het ontstaan van misselijkheid en braken is te vinden in de richtlijn Misselijkheid en braken van de VIKC (2006).

4 Signaleren

4.1 Inleiding

Waarnemen (signaleren) van misselijkheid is gecompliceerd doordat misselijkheid alleen subjectief wordt waargenomen door de patiënt en niet objectief gemeten kan worden door zorgverleners. Het is voor adequate symptoombestrijding en behandeling van de oorzaak echter van belang om op de hoogte te zijn van de aanwezigheid en de ernst van de misselijkheid. Effectieve en laagdrempelige communicatie tussen patiënt en zorgverlener is noodzakelijk om misselijkheid te kunnen signaleren. Patiënten zelf wachten vaak met het rapporteren van symptomen totdat deze zeer ernstig zijn. Hierdoor is uiteindelijk duurdere behandeling nodig en wordt de routine van de patiënt en zijn familie ernstig verstoord (Cleeland et al., 2000). Zorgverleners dienen de juiste vragen te stellen aan de patiënt waardoor zij heel precies kunnen rapporteren over het optreden en de impact van de misselijkheid (Foubert & Vaessen, 2005; Campbell & Hately, 2000). De patiënttevredenheid met betrekking tot de behandeling kan hierdoor toenemen. In een studie van Braud et al. (2003) gaf 55% van de patiënten aan dat door regelmatig meten van symptomen (elke twaalf uur) de zorg beter was geworden. Om de juiste vragen te kunnen stellen zijn verschillende meetinstrumenten ontwikkeld.

4.2 Criteria voor instrumenten voor het signaleren van misselijkheid en braken

Een goed meetinstrument maakt onderscheid tussen misselijkheid, braken en kokhalzen in plaats van één algemene benadering te gebruiken. Dit is nodig omdat zowel medicamenteuze als niet-medicamenteuze interventies geen gelijke effecten op deze drie symptomen hebben. Om effectieve interventies te kunnen ontwikkelen, is dit dus van belang (Rhodes & McDaniel, 2001). Meetinstrumenten dienen de ernst van de misselijkheid, de frequentie en duur van het braken en het ongemak dat dit veroorzaakt bij de patiënt te meten (Thompson, 2004).

Moro et al. (2006) zijn van mening dat een meetinstrument de verpleegkundige of arts een algemene indicatie kan geven van de aanwezigheid en intensiteit van symptomen van een patiënt. Het helpt bij de persoonlijke communicatie tussen arts of verpleegkundige en de patiënt (Moro et al., 2006; Thompson, 2004). Een meetinstrument kan niet de persoonlijke communicatie vervangen.

Er zijn verschillende meetinstrumenten die behulpzaam zijn bij het signaleren van misselijkheid en/of braken bij palliatieve kankerpatiënten. Deze zijn onder te verdelen in:

- Niet-symptoomspecifieke meetinstrumenten: deze richten zich naast misselijkheid en braken ook op andere symptomen die veel bij palliatieve patiënten voorkomen;
- Symptoomspecifieke meetinstrumenten: deze meten alleen aspecten van specifieke symptomen, in dit geval misselijkheid, braken en kokhalzen. Om een volledig beeld van één bepaald symptoom te krijgen, kunnen deze symptoomspecifieke vragenlijsten gebruikt worden. Volgens Thompson (2004) bestaat bij deze instrumenten het gevaar dat andere symptomen over het hoofd gezien worden en mogelijke oorzaken en gevolgen gemist worden.

De expertgroep is van mening dat een goed meetinstrument valide, betrouwbaar en hanteerbaar moet zijn. Validiteit geeft aan of het instrument daadwerkelijk meet wat het moet meten. Betrouwbaarheid houdt in dat verschillende personen met behulp van het instrument tot dezelfde uitkomst komen. Tot slot is het belangrijk dat het instrument goed hanteerbaar is. Dit houdt in dat het meetinstrument weinig belastend is voor patiënt en zorgverlener, dat het eindresultaat van de meting makkelijk zichtbaar te maken is en dat de items (symptomen) duidelijk omschreven zijn (Potting et al., 2006). De experts vullen hierbij aan dat het instrument een gemakkelijk format dient te hebben en in het Nederlands dient te zijn.

Conclusie

Niveau 4	<p>De expertgroep is van mening dat meetinstrumenten voor het signaleren van misselijkheid en braken aan de volgende criteria moeten voldoen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • validiteit • betrouwbaarheid • hanteerbaarheid • tenminste onderscheid tussen misselijkheid en braken • symptoomspecifieke instrumenten meten minimaal ernst misselijkheid, frequentie en duur braken, kokhalzen en het ongemak dat dit veroorzaakt.
----------	--

	D Expertmening D Rhodes & McDaniel 2001
--	--

Aanbeveling

Let er bij het kiezen van een meetinstrument op dat deze aan de volgende criteria voldoet:

- validiteit
- betrouwbaarheid
- hanteerbaarheid (o.a. weinig belasting patiënt en zorgverlener, specifieke beschrijving van symptomen, gemakkelijk format, Nederlandse versie)
- tenminste onderscheid tussen misselijkheid en braken.

4.3 Instrumenten voor het signaleren van misselijkheid en braken

De review heeft een aantal instrumenten voor het meten van symptomen opgeleverd.

Deze staan in de onderstaande tabel. In Tabel 4.1 staan instrumenten die naast misselijkheid (en braken) ook andere symptomen meten. Daarna worden in Tabel 4.2 instrumenten genoemd die specifiek misselijkheid, braken en kokhalzen meten.

Tabel 4.1 Niet-symptoomspecifieke meetinstrumenten voor het signaleren en beoordelen van (o.a.) misselijkheid en braken

	Valide	Betrouw- baar	Hanteer- baar	Nederland- se versie	Item misselijk- heid	Item braken
Niet-symptoom-specifieke meetinstrumenten						
Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (Philip, 1998; Chang, 2000; Strömngren, 2002; Moro, 2006))	Ja (Engelse versie)	Ja (Engelse versie)	Ja	Ja	Ernst	Nee
M.D. Anderson Symptom Inventory MDASI) (Cleeland, 2000)	Ja (Engelse versie)	Ja (Engelse versie)	ja	Ja	Ernst	Ernst
Symptom Monitor (Hoekstra, 2004; 2006)	Onbekend	Ja	Ja	ja	Ernst Behandeling gewenst of gehad	Ernst Behandeling gewenst of gehad
Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) (Philip, 1998)	?	?	Nee	Ja	Ja	?
Symptom Distress Scale (SDS) (Peruselli, 1993)	Ja	Ja	Ja	Nee	Frequentie intensiteit	Nee
EORTC QLQ-C15-PAL (Groenvold, 2006)	Veronder- steld	Onbekend	Ja	Nee	Ernst	Nee
Braud 2003	Onbekend	Onbekend	Ja	Nee	Intensiteit	Aanwezig- heid
Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF) (Chang, 2000)	Ja (Engelse versie)	Ja (Engelse versie)	Ja	Nee	Aanwezig- heid Ernst	Aanwezig- heid Ernst

Tabel 4.2 Symptoomspecifieke meetinstrumenten voor het signaleren en beoordelen van misselijkheid en braken (en kokhalzen). Alle gegevens zijn afkomstig uit Rhodes & McDaniel, 2001.

	Valide	Betrouw- baar	Hanteer- baar	Neder- landse versie	Item misselijk- heid	Item braken	Item kokhalzen
Symptoom- specifieke meet- instrumenten							
Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching (INVR)	Ja	Ja	Ja	Nee	Frequentie Hoeveelheid Duur Ernst Ongemak	Frequentie Hoeveelheid Duur Ernst Ongemak	Frequentie Hoeveelheid Duur Ernst Ongemak
Morrow Assess- ment of Nausea and Emesis (MANE)	Ja	ja	?	Nee	Post-treatment: Aanvang Ernst Intensiteit duur	Post-treatment: Aanvang Ernst Intensiteit duur	
Morrow Assess- ment of Nausea and Emesis Follow-up (MANE-FU)	Waar- schijnlijk	?	?	Nee	Anticipatoir: Frequentie Ernst intensiteit	Anticipatoir: Frequentie Ernst intensiteit	
Functional Living Index Emesis (FLIE)	Ja	?	Ja	Nee	Effecten op 9 functies	Effecten op 9 functies	
Duke Descriptive Scale (DDS)	Onbe- kend	Onbeken d	?	Nee	Frequentie Ernst	Frequentie ernst	

Overige overwegingen

Op grond van de criteria voor meetinstrumenten zijn de ESAS en de MDASI de beste niet-symptoomspecifieke meetinstrumenten. De MDASI heeft als nadeel dat het een sturende vraagstelling heeft. De ESAS heeft als nadeel dat het braken niet meet. Er kunnen echter gemakkelijk items toegevoegd worden. Zo kan 'braken' bijvoorbeeld toegevoegd worden.

De Nederlandse versies van deze meetinstrumenten zijn niet formeel gevalideerd. Dit is echter ook niet goed mogelijk doordat er geen 'gouden standaard' is waarmee de instrumenten vergeleken kunnen worden. Uit de praktijktoets blijkt dat de ESAS goed hanteerbaar is. De ESAS vraagt tevens naar klachten die de patiënt zelf niet snel zal aangeven, omdat deze niet op de voorgrond aanwezig zijn of 'niet horen bij de ziekte'. De ESAS wordt al veel in Nederland gebruikt. De ESAS-vragenlijst is opgenomen in het richtlijnenboek van de VIKC (2006). Op grond van deze overwegingen gaat de voorkeur van de experts uit naar de ESAS. De MDASI is een goed alternatief. De MDASI is door zijn format ideaal voor het monitoren van patiënten thuis.

Er is nog maar weinig ervaring met symptoomspecifieke meetinstrumenten voor misselijkheid en braken. Deze instrumenten kunnen een goede aanvulling zijn op de niet-symptoomspecifieke meetinstrumenten wanneer er sprake is van misselijkheid en/of braken. Er bestaan echter geen Nederlandse versies en door te weinig onderzoeksgegevens kan er geen aanbeveling voor één bepaald instrument gedaan worden. De voorkeur van de experts gaat uit naar het instrument van Rhodes: de Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching (INVR). Dit instrument geeft een duidelijk beeld van het verloop van de klachten. Uit de praktijktoets blijkt echter dat de volgorde van de vragen niet logisch is en dat de bijbehorende instructie te ingewikkeld is. Ook is er nog geen gevalideerde Nederlandse versie. Dit instrument wordt daarom (nog) niet aanbevolen.

Aanbevelingen

Gebruik voor het signaleren en beoordelen van symptomen bij voorkeur de Edmonton Symptom Assessment System (ESAS, klachtendagboek) (Bijlage 9). Als alternatief kan ook de M.D. Anderson Symptom Inventory (MDASI) gebruikt worden (Bijlage 10).

Ontwikkeling van Nederlandstalige versies van meetinstrumenten *specifiek* voor misselijkheid en braken is nodig, bij voorkeur van de Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching (INVR). Deze dient tevens van een duidelijkere uitleg voorzien te worden.

4.4 Beschrijving ESAS en MDASI

In deze paragraaf worden de twee aan te bevelen meetinstrumenten, de ESAS en de MDASI, beschreven. Deze instrumenten zijn achterin de richtlijn te vinden (Bijlage 9 en 10). Beschrijvingen van de overige meetinstrumenten zijn terug te vinden in Bijlage 11.

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

De ESAS is ontwikkeld als hulp bij de dagelijkse bepaling van negen symptomen die veel voorkomen bij palliatieve kankerpatiënten. Het is kort, simpel en door de patiënt zelf in te vullen. Belastbaarheid voor de patiënt is laag, de vragenlijst is ook door terminale patiënten in te vullen en kan gemakkelijk herhaald worden. Op een schaal van 1 tot 10 geven de patiënten de ernst aan van de volgende negen symptomen: misselijkheid, moeheid, pijn, depressie, angst, sufheid/slaperigheid, eetlust, kortademigheid, gevoel van welbevinden. De ESAS is valide en betrouwbaar (Philip et al., 1998; Chang et al., 2000). De ESAS bevat 7 van de 12 meest genoteerde symptomen in medical records (Moro et al., 2006). Van misselijkheid wordt de ernst bepaald.

Conclusie

Niveau 2	De ESAS is een betrouwbaar en valide Engelstalig instrument. Het is goed hanteerbaar, ook door terminale patiënten in te vullen. Er is een (nog niet gevalideerde) Nederlandse versie. B Chang 2000 B Philip 1998 C Moro 2006
----------	--

M.D. Anderson Symptom Inventory (MDASI)

De MDASI is ontworpen als hulp bij het maken van beslissingen omtrent symptoombehandeling. De MDASI bestaat uit 13 'kern' items die worden beoordeeld op aanwezigheid en ernst: misselijkheid, braken, pijn, moeheid, verstoorde slaap, ongemak, kortademigheid, herinnering, gebrek aan eetlust, sufheid/slaperigheid, droge mond, somberheid, gevoeleloosheid. Deze items worden beoordeeld op een schaal van 1 tot 10. Daarnaast zijn er nog zes andere items: van verschillende functies en gevoelens (onder andere lopen en stemming) wordt aangegeven in hoeverre deze door de symptomen worden beïnvloed (Cleeland et al., 2000).

Het invullen van de vragenlijst kost de meeste patiënten minder dan vijf minuten. Ook patiënten met meerdere ernstige symptomen kunnen de lijst invullen. Voor specifieke patiëntengroepen kunnen items worden toegevoegd. Het format van de MDASI is ideaal voor het monitoren van patiënten thuis: patiënten kunnen op vastgestelde tijden gebeld worden en met behulp van de telefoonknoppen hun beoordeling van de items doorgeven. Er zijn ook mogelijkheden met e-mail en voicemailsystemen. De MDASI is er al in meerdere

talen (Cleeland et al., 2000). Aan validering van de Nederlandse versie wordt gewerkt (M.D. Anderson Cancer Center, 2006).

Conclusie

Niveau 3	De MDASI is een betrouwbaar en valide Engelstalig instrument. Het is goed hanteerbaar, ook door patiënten met meerdere ernstige symptomen in te vullen. Er is een (nog niet gevalideerde) Nederlandse versie. C Cleeland 2000 D M.D. Anderson Cancer Center 2006
----------	--

4.5 Wanneer moet signaleren en beoordelen van misselijkheid en braken plaatsvinden?

Op basis van de review kan geen eenduidige uitspraak worden gedaan over wanneer en hoe vaak misselijkheid en braken door de verpleegkundige gemeten dienen te worden. Wel is duidelijk dat signaleren begint bij het eerste contact met de patiënt en gedurende het gehele ziekteproces gecontinueerd wordt (Rhodes & McDaniel, 2001; Ferrell & Coyle, 2006). Meerdere meetinstrumenten bevelen een bepaalde frequentie van meten aan. Het is vaak niet duidelijk waarop deze frequenties gebaseerd zijn. Frequenties lopen uiteen van één keer per 12 uur (Rhodes Index of Nauseau, Vomiting and Retching) tot één keer per week (Symptom Monitor). De frequentie van één keer per dag wordt het meest gebruikt.

Bij het ESAS-instrument wordt de frequentie van meten bepaald door de omstandigheden: als de symptomen goed onder controle zijn, kan worden volstaan met het wekelijks afnemen van de vragenlijst. Als de symptomen niet goed onder controle zijn, is dagelijkse afname nodig door de verpleegkundige (Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System, 2001). Bij palliatieve thuiszorg kan de vragenlijst bij elk telefonisch of persoonlijk contact afgenomen worden. Bij de MDASI wordt aangegeven dat de contactfrequentie met de patiënt wordt bepaald door de specifieke behoefte van de patiënt (Cleeland et al., 2000).

Conclusies

Niveau 4	Signaleren (en beoordelen) van misselijkheid en braken begint bij het eerste contact met de patiënt en wordt gedurende het gehele ziekteproces gecontinueerd.
----------	---

	D Rhodes & McDaniel 2001 D Ferrell & Coyle 2006
--	--

Niveau 3	<p>Verschillende meetinstrumenten bevelen verschillende frequenties van signaleren en beoordelen aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bij de ESAS hangt de frequentie af van de omstandigheden: of de symptomen onder controle zijn en in welke setting de patiënt zich bevindt. • de MDASI geeft aan dat de frequentie wordt bepaald door de specifieke behoefte van de patiënt. <p>De frequentie van één keer per dag wordt het meest toegepast.</p> <p>C Cleeland 2000 D Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System 2001</p>
----------	---

Overige overwegingen

De expertgroep is van mening dat wanneer de symptomen niet goed onder controle zijn er dagelijks gemeten dient te worden. Bij voorkeur met een instrument specifiek voor misselijkheid en braken. Als de misselijkheid (weer) onder controle is kan worden volstaan met het meten met behulp van een niet-symptoom specifiek instrument zoals de ESAS of MDASI.

Aanbevelingen

Bespreek en meet misselijkheid en braken vanaf het eerste contact met de patiënt en continueer dit het gehele ziekteproces.

Meet dagelijks wanneer misselijkheid gesignaleerd wordt.

Meet wekelijks wanneer misselijkheid wel onder controle is.

Er kan vaker gemeten worden wanneer de patiënt daar behoefte aan heeft.

4.6 Gezondheidswinst, risico's en bijwerkingen

Door middel van het meten van symptomen kan adequate symptoombestrijding toegepast worden. Hierdoor is winst te boeken op het gebied van kwaliteit van leven. Symptomen kunnen informatie geven over de oorzaak van de misselijkheid en/of het braken. Door het gebruik van een meetinstrument kunnen symptomen duidelijk worden, die anders door de

patiënt niet uit zichzelf genoemd zouden zijn. Het signaleren en beoordelen van symptomen kan zo bijdragen aan de juiste behandeling van de oorzaak van de misselijkheid en/of het braken.

Er zijn geen bijwerkingen aan het afnemen of invullen van een meetinstrument verbonden. Wel wordt door een deelnemer aan de praktijktoets opgemerkt, dat door de aandacht op specifieke symptomen te richten er mogelijk klachten opgewekt zouden kunnen worden. Als patiënten erg ziek zijn, hebben zij niet altijd zin in het invullen van instrumenten. Per patiënt moet dus de situatie ingeschat worden en de voor- en nadelen van het meten van symptomen afgewogen worden.

5 Preventie

5.1 Inleiding

Hoewel symptoombestrijding op het gebied van misselijkheid en/of braken meestal uit (vroegtijdige) behandeling bestaat, kunnen er ook preventieve interventies uitgevoerd worden. Er zijn echter weinig studies gedaan naar preventieve interventies bij palliatieve patiënten. Een groot deel van dit hoofdstuk is daarom gebaseerd op studies die uitgevoerd zijn bij patiënten met kanker die zich in de curatieve bevinden. Eerst wordt ingegaan op wat risicofactoren zijn voor misselijkheid en/of braken. Hierdoor kunnen patiënten met een hoog risico geïdentificeerd worden. Bij deze patiënten dienen preventieve interventies toegepast te worden. Vervolgens wordt ingegaan op wat preventieve interventies zijn en in het bijzonder op de rol van voorlichting in de preventie van misselijkheid en/of braken.

5.2 Risicofactoren voor misselijkheid en/of braken

Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar risicofactoren die een rol spelen bij misselijkheid en braken in de palliatieve fase. Het meeste onderzoek naar factoren die het risico op misselijkheid en braken verhogen is gedaan bij patiënten die behandeld worden met chemotherapie. In dit hoofdstuk wordt daarom (ook) ingegaan op onderzoek dat niet specifiek bij palliatieve kankerpatiënten is uitgevoerd.

5.2.1 Risico op misselijkheid en/of braken bij palliatieve patiënten

Een systematische review (Teunissen et al., 2006) laat zien dat misselijkheid en braken bij palliatieve patiënten (significant) vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. Dit geldt voor zowel patiënten die met chemotherapie behandeld worden als voor patiënten die geen chemotherapie ondergaan. Uit onderzoek van Morita et al. (1999) blijkt dat jonge leeftijd en maag- of borstkanker risico's zijn voor misselijkheid en/of braken bij palliatieve patiënten. Verder hebben zij een verhoogd risico wanneer zij tumoren in de pancreas of in het buikvlies hebben (peritonitis carcinomatosa). Deze tumoren leiden tot misselijkheid en/of braken doordat zij tot obstructie leiden of het braakcentrum stimuleren.

Conclusies

Niveau 1	Er zijn aanwijzingen dat in de palliatieve fase vrouwen een groter risico hebben op misselijkheid en/of braken dan mannen. A1 Teunissen 2006
----------	---

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat in de palliatieve fase een jonge leeftijd en tumoren in maag, pancreas, buikvlies en borst een groter risico geven op misselijkheid en/of braken. C Morita 1999
----------	---

Aanbeveling

Beschouw palliatieve patiënten die vrouw zijn, jong zijn of tumoren in de maag, pancreas, buikvlies of borst hebben als risicopatiënten voor misselijkheid en braken. Pas bij deze patiënten gericht interventies ter preventie van misselijkheid en/of braken toe (zie paragraaf 5.3).

5.2.2 Risico op misselijkheid en/of braken *na* chemotherapie

Het risico op misselijkheid en/of braken bij patiënten die worden behandeld met chemotherapie wordt enerzijds bepaald door het emetogeen karakter en de hoeveelheid van de chemo (of radio-)therapie, anderzijds door patiënt-gerelateerde factoren (Eckert, 2001). Om het risico op misselijkheid te bepalen, dienen de individuele kenmerken van de patiënt bepaald te worden. Een patiënt die meerdere individuele risicokenmerken heeft, kan als een patiënt met hoog risico beschouwd worden, ook al ontvangt hij/zij matig emetogene chemotherapie.

Het geslacht en de leeftijd van de patiënt zijn van invloed op de kans dat de patiënt met misselijkheid of braken te maken krijgt. Jongere patiënten, met name als ze onder de dertig jaar zijn, ervaren de symptomen intenser dan oudere patiënten die dezelfde chemotherapie krijgen (Rhodes & McDaniel, 2001). Een patiënt met gevoeligheid voor een bepaalde soort misselijkheid, zoals bijvoorbeeld bewegingsmisselijkheid (wagenziekte) of zwangerschapsmisselijkheid, heeft een hoger risico op chemotherapie geïnduceerde misselijkheid (Rhodes & McDaniel, 2001).

Als de patiënt angstig is, voor de behandeling of voor mogelijke pijn, komen er hormonen in het lichaam die zorgen voor stress. Deze hormonen kunnen mogelijk ook misselijkheid

veroorzaken (Fessele, 1996). Wanneer de patiënt al eerder door chemotherapie misselijkheid en/of braken ervaren heeft, is de kans groter dat hij/zij na een volgende behandeling hier weer last van krijgt (reinforcement; zie volgende paragraaf: 5.1.3).

Conclusie

Niveau 4	<p>Er zijn aanwijzingen dat het risico op misselijkheid en/of braken bij patiënten die worden behandeld met chemotherapie wordt bepaald door:</p> <ul style="list-style-type: none"> • het emetogeen karakter van de chemotherapie • kenmerken van de patiënt <p>D Rhodes & McDaniel 2001 D Eckert 2001</p>
----------	---

Niveau 4	<p>Er zijn aanwijzingen dat patiënten met de volgende individuele kenmerken een verhoogd risico hebben op misselijkheid en/of braken na chemotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vrouw zijn • leeftijd onder de dertig jaar • gevoeligheid voor misselijkheid (bijvoorbeeld wagenziekte) • angst en spanning • eerdere chemotherapie geïnduceerde misselijkheid en/of braken <p>D Eckert 2001 D Fessele 1996 D Rhodes & McDaniel 2001</p>
----------	---

Overige overwegingen

De experts veronderstellen dat de hierboven genoemde individuele kenmerken ook een rol spelen bij palliatieve chemotherapie. Palliatieve chemotherapie is meestal minder hoog gedoseerd en minder emetogeen dan curatieve chemotherapie. Toch kunnen ook dan individuele kenmerken de kans op misselijkheid vergroten. Angst en spanning kunnen met behulp van de juiste interventies zoveel mogelijk voorkomen of verminderd worden (zie paragraaf 5.3).

Aanbeveling

Identificeer patiënten met een hoog risico op misselijkheid en/of braken na chemotherapie aan de hand van persoonlijke kenmerken en het emetogeen karakter van de therapie. Beschouw een patiënt met meerdere persoonlijke risicokenmerken als een patiënt met hoog risico. Pas bij deze patiënten gericht interventies ter preventie van misselijkheid en/of braken toe (zie paragraaf 5.3).

5.2.3 Risico op *anticipatoire* misselijkheid en/of braken

Patiënten kunnen last hebben van misselijkheid en/of braken vlak vóór de aanvang van een chemotherapiebehandeling: *anticipatoire* misselijkheid en/of braken. In studies waarin de patiënten anti-emetica krijgen in de vorm van 5-HT3 antagonisten, komt het voor bij 23% van de patiënten die met chemotherapie behandeld worden (Stockhorst, 1998). Het is een aangeleerde reactie en treedt alleen op als de patiënt eerder last heeft gehad van misselijkheid en/of braken na chemotherapie (Tomoyasu, 1996; Morrow & Rosenthal, 1996). Dit verschijnsel is te verklaren met behulp van klassieke conditionering: de patiënt leert elementen van de chemotherapie-omgeving te associëren met de onaangename gevoelens van misselijkheid en braken. Hierdoor kan de patiënt al misselijk worden of moeten braken wanneer deze in de omgeving van de toediening komt nog voordat de toediening is begonnen (Fessele, 1996). Zo kan bijvoorbeeld alleen al het betreden van het ziekenhuis leiden tot misselijkheid en/of braken.

Persoonlijke kenmerken van de patiënt kunnen gebruikt worden om het wel of niet optreden van *anticipatoire* misselijkheid en/of braken te voorspellen: patiënten jonger dan 50 jaar hebben meer kans dan oudere patiënten (Morrow et al., 1991); vrouwen met een leeftijd tussen de puberteit en overgang (menopauze) hebben een hoger risico dan mannen (Eckert, 2001); angst vergroot de kans op *anticipatoire* misselijkheid (Andrykowski et al., 1985). Angstige patiënten besteden mogelijk meer aandacht aan de omgeving en dus aan klinische stimuli (bijvoorbeeld ziekenhuisgeur of verpleegkundigen) (Eckert, 2001).

Reacties van de patiënt op eerdere chemotherapie zijn van invloed op het optreden van *anticipatoire* misselijkheid. De ernst van de misselijkheid en het braken na chemotherapie zijn significante voorspellers voor het optreden van *anticipatoire* misselijkheid en/of braken voor een volgende behandeling (Morrow et al., 1991; Andrykowski, 1985). Patiënten die het erg warm hebben, flink zweten of zich erg zwak voelen na chemotherapie hebben meer kans om *anticipatoire* misselijkheid te ontwikkelen (Morrow et al., 1991). Het percentage chemotherapietoeeningen dat gevolgd wordt door misselijkheid wordt het percentage *reinforcement* genoemd. *Reinforcement* is een significante voorspeller voor *anticipa-*

toire misselijkheid (Tomoyasu et al., 1996). Een langere infusietijd vergroot ook de kans (Andrykowski et al., 1985).

Personen die voldoen aan vier of meer van de genoemde persoonlijke en behandelingskenmerken hebben grote kans na hun eerste chemotherapie anticipatoire misselijkheid te ontwikkelen (Morrow et al., 1991). Volgens Eckert (2001) moeten verpleegkundigen deze patiënten kunnen identificeren. Er kunnen dan gericht interventies uitgevoerd worden ter preventie en vermindering van anticipatoire misselijkheid en braken (zie verderop in dit Hoofdstuk).

Samengevat

Anticipatoire misselijkheid en braken is te verklaren met behulp van klassieke conditionering. Er zijn aanwijzingen dat het risico hierop wordt bepaald door:

- reacties op eerdere chemotherapiebehandelingen
- persoonlijke kenmerken

Conclusies

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat patiënten die chemotherapie ondergaan een verhoogd risico hebben op anticipatoire misselijkheid en/of braken als er sprake is van:</p> <ul style="list-style-type: none">• leeftijd onder de 50 jaar• gevoeligheid voor bewegings- of zwangerschapsmisselijkheid• angst• hoog percentage reinforcement• gevoelens van algehele zwakte na chemotherapie• ernstige misselijkheid na chemotherapie• ernstig braken na chemotherapie• zich warm/heet voelen of transpireren na chemotherapie• langere infusietijd <p>C Andrykowski 1985 C Leventhal 1988 C Tomoyasu 1996 C Morrow 1991</p>
----------	--

Niveau 4	<p>Er zijn aanwijzingen dat patiënten die chemotherapie ondergaan een verhoogd risico hebben op anticipatoire misselijkheid en/of braken als er sprake is van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vrouwen met een leeftijd tussen de puberteit en menopauze • verwachtingen om misselijk te worden <p>D Eckert 2001</p>
----------	---

Overige overwegingen

Anticipatoire misselijkheid en/of braken kan ook optreden buiten de klinische setting waar de behandeling gegeven wordt. Bijvoorbeeld wanneer de patiënt ergens een geur ruikt die hem/haar doet denken aan de ziekenhuisomgeving waar de behandeling gegeven wordt. Anticipatoire misselijkheid en/of braken kan voorkomen worden door te voorkomen dat misselijkheid na chemotherapie optreedt (met behulp van anti-emetica). Verder zijn met name psychologische interventies effectief (Boudreaux, 1995; Eckert, 2001; Morrow & Rosenthal, 1996; zie Hoofdstuk 6). Deze interventies beïnvloeden voornamelijk spanning en angst.

Aanbeveling

Identificeer patiënten met een hoog risico op anticipatoire misselijkheid en/of braken aan de hand van persoonlijke kenmerken en het emetogeen karakter van de therapie. Beschouw een patiënt met vier of meer risicokenmerken als een patiënt met hoog risico. Pas bij deze patiënten gericht interventies ter preventie van anticipatoire misselijkheid en/of braken toe (zie paragraaf 5.3).

5.3 Verpleegkundige preventieve interventies

Hieronder wordt ingegaan op interventies die verpleegkundigen kunnen toepassen om misselijkheid en/of braken zoveel mogelijk te voorkomen en te verminderen:

- voorkomen angst
- voorkomen constipatie
- vermijden geuren
- toedienen anti-emetica

Het geven van voorlichting kan ook bijdragen aan de preventie van misselijkheid en braken. Hier wordt in de volgende paragraaf op ingegaan (5.4).

Voorkomen en behandelen angst

Angst kan een veroorzaker zijn van het optreden van misselijkheid en braken. Angst kan mogelijk voorkomen worden door:

- gedragsinterventies met een ontspannende werking toe te passen (Andrykowski et al., 1985; Boudreaux, 1995) (zie Hoofdstuk 6)
- de patiënt goed voor te lichten over de behandeling (risico's en voordelen, door de arts voorgestelde opties) (Wright & Myint 2003; Campbell & Hatley 2000)
- bij chemotherapie: de patiënt niet te lang in de wachtruimte op de behandeling te laten wachten (Andrykowski et al., 1985).

Conclusies

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat angst voorkomen kan worden door gedragsinterventies met een ontspannende werking toe te passen. Er zijn aanwijzingen dat in het geval van chemotherapie angst vaak toeneemt wanneer patiënten lang in de wachtruimte moeten wachten. C Andrykowski 1985 D Boudreaux 1995
----------	--

Niveau 4	Er zijn aanwijzingen dat angst voorkomen kan worden door de patiënt goed voor te lichten over de behandeling. D Wright & Myint 2003; Campbell & Hatley 2000
----------	--

Overige overwegingen

Angst kan ook verminderd worden met behulp van medicatie (anxiolytica). De verpleegkundige informeert de arts daartoe over de mate van angst en spanning bij de patiënt.

Aanbeveling

Voorkom angst zoveel mogelijk door: <ul style="list-style-type: none">• gedragsinterventies met een ontspannende werking toe te passen• de patiënt goed voor te lichten over de behandeling, bijwerkingen, persoonlijke risicokenmerken• de arts te informeren over de toestand van de patiënt, zodat de arts zonodig medicatie (anxiolytica) voor kan schrijven• de patiënt niet te lang op de behandeling te laten wachten.
--

Voorkomen en behandelen constipatie

De invloed van constipatie met zijn grote verscheidenheid aan mogelijke complicaties wordt vaak onderschat in de context van de patiënt met kanker. Constipatie kan onder andere misselijkheid en braken veroorzaken en onbehandelde constipatie kan leiden tot een ileus (Beck 2001). Regelmatig controleren van de darmwerking is daarom belangrijk. Welke interventie vervolgens toegepast wordt, hangt af van de oorzaak, de darmwerking en het patroon van misselijkheid en braken (Beck 2001; McVey, 2001).

Conclusie

Niveau 4	Constipatie kan misselijkheid en braken veroorzaken en leiden tot een ileus. Er zijn aanwijzingen dat regelmatig vragen naar de darmwerking van de patiënt bijdraagt aan het voorkomen van constipatie en daarmee het optreden van misselijkheid en braken. D Beck 2001 D McVey 2001
----------	--

Overige overwegingen

Een aantal anti-emetica (en andere medicatie, zoals opioïden) kunnen constipatie veroorzaken (onder andere serotonine-antagonisten en 5-HT₃ antagonisten). Bij het voorschrijven van anti-emetica dient hiermee rekening gehouden te worden.

Aanbeveling

Informeel regelmatig naar de darmwerking van de patiënt. Controleer of de patiënt constipatie veroorzakende anti-emetica of andere medicatie krijgt. Voer passende interventies uit.

Vermijden en bestrijden geuren

Symptomen als misselijkheid en braken kunnen worden verergerd door geuren. Geuren van geïnfecteerde tumoren, decubituswonden en stoma's moeten vermeden worden (Campbell & Hately, 2000). Geur van necrotische (afstervende) wonden kan effectief verminderd worden door het gebruik van plaatselijke of systemische antibiotica. Verder kunnen aromatherapie en luchtverfrissers gebruikt worden om geuren te neutraliseren. De olie of luchtverfrisser moet wel zorgvuldig gekozen worden, anders kunnen twee sterke tegengestelde geuren het probleem verergeren (McVey, 2001).

Conclusie

Niveau 4	Er zijn aanwijzingen dat geuren misselijkheid en/of braken kunnen opwekken en verergeren. D Campbell & Hately 2000 D McVey 2001
----------	---

Overige overwegingen

Ook voedselbereidingsgeuren, geuren van schoonmaakmiddelen en sterk ruikende parfums dienen vermeden te worden. In algemene richtlijn voor Misselijkheid en braken zijn interventies opgenomen om geuren te bestrijden.

Aanbeveling

Vermijd of bestrijd indringende geuren. Bij bestrijding van geuren kan gedacht worden aan aromatherapie (zorgvuldig uitkiezen!) of luchtverfrissers. Verminder geur van necrotische wonden met plaatselijke of systemische antibiotica (op voorschrift arts).

Anti-emetica

Om misselijkheid en/of braken bij palliatieve patiënten te voorkomen of te verminderen, kunnen anti-emetica toegediend worden. Om anti-emetica gericht te kunnen toedienen is kennis van het ontstaan (de oorzaak) van de misselijkheid en/of het braken noodzakelijk. De arts beslist welke anti-emetica toegediend worden. De richtlijn Misselijkheid en Braken van het VIKC (2006) gaat in op welke anti-emetica bij welke oorzaak of bij welke symptomen toegediend moeten worden.

Chemotherapie

In het geval van chemotherapie dient *anticipatoire* misselijkheid en/of braken voorkomen te worden door misselijkheid en/of braken na de behandeling zoveel mogelijk te voorkomen (Wright & Myint, 2003). Hiertoe dient het anti-emeticebeleid optimaal uitgevoerd te worden (Andrykowski et al., 1985).

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat ter preventie van anticipatoire misselijkheid en/of braken beter teveel anti-emetica kunnen worden gegeven dan te weinig zodat er geen misselijkheid en/of braken optreedt na de chemotherapiebehandeling. C. Andrykowski 1985
----------	--

Overige overwegingen

Het anti-emetica beleid is optimaal als de maximale hoeveelheid anti-emetica gegeven wordt die is afgestemd op de emetogeniciteit van de chemotherapie en op de individuele persoonskenmerken van de patiënt. Er treden geen schadelijke bijwerkingen op wanneer 'teveel' gegeven wordt. De verpleegkundige geeft de patiënt voorlichting over anti-emetica en het gebruik ervan en over de emetogeniciteit van de chemotherapie.

Aanbeveling

Voer het anti-emetica beleid optimaal uit: voorkom dat er te weinig anti-emetica worden gegeven en geef voorlichting aan de patiënt.

5.4 De rol van voorlichting en communicatie

Een belangrijke taak van verpleegkundigen is het verstrekken van informatie aan de patiënt. Een juiste voorlichting en communicatie kunnen bijdragen aan de preventie en vermindering van misselijkheid en braken. In deze paragraaf wordt ingegaan op waar de voorlichting uit bestaat, hoe deze gegeven dient te worden en hoe de verpleegkundige de patiënt steun kan bieden.

Inhoud voorlichting

Zoals in de vorige paragraaf beschreven, voorkomt het geven van informatie over de behandeling het ontstaan van angst. Daarnaast helpt voorlichting patiënten bij het maken van beslissingen, bij het omgaan met bijwerkingen en het bevordert de therapietrouw.

Om de informatiebehoefte en wensen van de individuele patiënt goed te kunnen bepalen, helpt de verpleegkundige de patiënt zijn gedachten en gevoelens te uiten. Hierdoor kan de voorlichting en communicatie aan de individuele patiënt aangepast worden. Het is belangrijk dat de verpleegkundige de patiënt en zijn naasten tenminste alle belang-

rijke informatie over de risico's, voordelen en door de arts voorgestelde behandelingsopties geeft. Hierdoor kan de patiënt met volledige kennis en begrip een overwogen keuze maken over zijn gezondheidszorg en krijgt hij gevoel van controle. De verpleegkundige dient zich ervan te verzekeren dat de individuele patiënt de informatie begrijpt (Wright & Myint, 2003; Campbell & Hately, 2000).

Patiënten zorgen op een bepaalde manier voor zichzelf, waarvan ze denken dat het symptomen zoveel mogelijk vermindert. Vaak zijn deze vormen van 'zelfzorggedrag' niet of weinig effectief.

Chemotherapie

Patiënten kan effectief zelfzorggedrag aangeleerd worden. In een studie van Williams & Schreier (2004) bij patiënten met borstkanker krijgt de interventiegroep twee instructie-cassettes mee naar huis over zelfzorggedrag. Deze groep ging het aanbevolen gedrag toepassen, terwijl de controlegroep nog steeds hetzelfde niet-effectieve zelfzorggedrag toepaste. Het aanleren van effectief zelfzorggedrag vergrootte onafhankelijkheid van de patiënt, gevoelens van comfort, controle en kwaliteit van leven. Angst nam af in de interventiegroep (Williams & Schreier, 2004). Veruit het meest effectieve zelfzorggedrag tegen misselijkheid en braken is het juist innemen van de voorgeschreven anti-emetica (Nail et al., 1991; Foltz et al., 1996). Ook rusten in een rustige omgeving en langzamer eten dan normaal zijn voorbeelden van effectief zelfzorggedrag bij misselijkheid en braken (Nail et al., 1991).

Burish et al. (1991) onderzochten het effect van uitgebreide voorbereiding van patiënten op hun eerste chemotherapie op misselijkheid en braken. De voorbereiding bestond uit een rondleiding door de kliniek, het bekijken van een video met patiëntervaringen, tijd om vragen te stellen en een boekje met een samenvatting van dit alles. De patiënten die de uitgebreide voorbereiding kregen, hadden significant minder last van anticipatoire misselijkheid en braken, van braken direct na de chemotherapie en van braken thuis de eerste dag na de behandeling dan patiënten die deze voorbereiding niet kregen.

Conclusies

Niveau 3	<p><u>Bij chemotherapie:</u> Er zijn aanwijzingen dat het aanleren van effectief zelfzorggedrag effectief is in het verminderen van symptomen. Het vergroot onafhankelijkheid van de patiënt, gevoelens van</p>
----------	---

	comfort, controle en de kwaliteit van leven. B Williams & Schreier 2004
--	--

Niveau 3	<u>Bij chemotherapie:</u> Er zijn aanwijzingen dat het meest effectieve zelfzorggedrag bij misselijkheid en braken het juist innemen van de voorgeschreven anti-emetica is. Ook rusten in een rustige omgeving en langzamer eten dan normaal zijn redelijk effectief. C Nail 1991; Foltz 1996
----------	---

Niveau 3	<u>Bij chemotherapie:</u> Er zijn aanwijzingen dat uitgebreide voorbereiding van de patiënt op de eerste chemotherapie (rondleiding, bekijken video met patiëntervaringen en mogelijkheid tot vragen stellen) een verminderend effect heeft op anticipatoire misselijkheid en braken, braken direct na chemotherapie en braken de eerste dag na de behandeling. B Burish 1991
----------	---

Overige overwegingen

De inhoud van de voorlichting dient aan te sluiten bij de zorgvraag van de patiënt. Er zijn zowel informatiezoekers als informatievermijders: de ene patiënt wil veel informatie om zo zelfstandig mogelijk te kunnen handelen of om zo goed mogelijk op de behandeling voorbereid te zijn. Hiertoe dienen respectievelijk informatie over zelfzorggedrag en over de eerste chemotherapie. De andere patiënt wil niet teveel weten en geeft zich juist over aan de verpleegkundige en arts. In de palliatieve fase is het goed mogelijk dat de patiënt geen energie voor informatie of instructies heeft of zich wil bezig houden met andere zaken.

Uit de praktijktoets blijkt dat het geven van informatie over persoonlijke risicokenmerken angst bij patiënten kan verminderen.

Aanbevelingen

Bepaal de informatiebehoefte van de individuele patiënt door hem te helpen gedachten en gevoelens te uiten. Stem de inhoud van de voorlichting af op de individuele informatiebehoefte. Verzeker je ervan dat de patiënt de informatie begrijpt.

Geef de patiënt (om angst te verminderen) tenminste:

- informatie over de behandeling (risico's en voordelen, door de arts voorgestelde behandelingsopties)
- informatie over het omgaan met bijwerkingen van de behandeling (zelfzorggedrag) en over patiëntenervaringen
- informatie over persoonlijke risicokenmerken
- gelegenheid tot het stellen van vragen.

Leer de patiënt, indien gewenst, effectief zelfzorggedrag om zo min mogelijk last te hebben van misselijkheid en braken. Meest effectief is het juist innemen van de voorgeschreven anti-emetica.

Wijze van voorlichting geven

Uit onderzoek van Chelf et al. (2001) blijkt dat het gebruik van computergestuurd leren, van telefonische, audio- en video-informatie door patiënten met kanker effectief is. Van al deze vormen van voorlichting is de effectiviteit voor meerdere patiëntengroepen aangetoond. Het gebruik van videobanden wordt door patiënten met kanker die adjuvante behandeling krijgen als prettig ervaren (McDaniel & Rhodes, 1998).

Conclusie

Niveau 4	Er zijn aanwijzingen dat de wijze waarop voorlichting gegeven wordt geen invloed heeft op de effectiviteit ervan: meerdere vormen van patiënteneducatie (computergestuurd leren, telefonische begeleiding, audio- of video-informatie) zijn effectief. D Chelf 2001
----------	--

Overige overwegingen

Voorlichting met behulp van cassettes of CD's bespaart de verpleegkundigen veel tijd (Williams & Schreier, 2004). Dat geldt ook voor het gebruik van video's. De experts zijn van mening dat dit wel altijd in combinatie met mondelinge voorlichting aangeboden dient te worden. Omdat mensen informatie op verschillende manieren verwerken, kan informatie het beste via meerdere kanalen aangeboden worden. De informatie wordt dan beter onthouden. Dus bijvoorbeeld niet alleen mondelinge of alleen schriftelijke informatie geven, maar juist een combinatie van beiden. Daarnaast is het belangrijk de informatie herhaaldelijk aan te bieden. Als het om een grote hoeveelheid informatie gaat, kan deze beter gefaseerd aangeboden worden.

Aanbeveling

Bied de door de individuele patiënt gewenste voorlichting via meerdere kanalen aan. Dit kan een combinatie van enkele van de volgende vormen zijn: verbaal (mondeling of schriftelijk), visueel (tekst, beeld: videoband/DVD/CD-rom), auditief (geluid: audiotape/CD) of tactiel (demonstratie).
Bied voorlichting herhaaldelijk en eventueel gefaseerd aan.

Psychologische steun

Naast het verschaffen van alle informatie is het geven van psychologische steun aan de palliatieve patiënt met misselijkheid en/of braken cruciaal. Dit houdt in dat de verpleegkundige tijd met de patiënt doorbrengt en laat zien dat hij/zij bezorgd is over de effecten van de behandeling op het dagelijks leven van de patiënt. Door regelmatig meten van de symptomen wordt de patiënt ervan verzekerd dat er getracht wordt de symptomen tot een draagbaar niveau terug te dringen (McVey, 2001). Ook steun aan de naasten van de patiënt mag niet vergeten worden (Wright & Myint, 2003; McVey, 2001).

Conclusie

Niveau 4	Er zijn aanwijzingen dat door regelmatig meten van de symptomen de patiënt ervan verzekerd wordt dat er getracht wordt de symptomen tot een draagbaar niveau terug te dringen. Hierdoor voelt de patiënt zich gesteund. D McVey 2001
----------	---

Overige overwegingen

Als de problematiek verder reikt dan alleen misselijkheid en braken (psychosociale problematiek) kan een maatschappelijk werker of psycholoog ingezet worden.

Aanbeveling

Geef psychologische steun aan de patiënt door tijd met hem/haar door te brengen. Laat de patiënt ervan verzekerd voelen dat er aan de symptomen gewerkt wordt. Regelmatig meten van de symptomen draagt hieraan bij. Bied ook steun aan de naasten van de patiënt.

5.5 Wanneer starten preventieve interventies?

Op basis van de review kan geen uitspraak worden gedaan over wanneer gestart moet worden met preventieve interventies en met welke frequentie deze moeten worden toege-

past. De experts zijn van mening dat in de palliatieve fase nagaan van angst en constipatie, het bestrijden van geuren en het geven van voorlichting altijd moeten gebeuren bij de patiënt met kanker, ook als er geen sprake van chemotherapie is. Deze interventies vinden plaats vanaf het eerste contact met de patiënt en worden dagelijks uitgevoerd.

Anti-emetica dienen preventief aangeboden te worden wanneer op korte termijn misselijkheid en/of braken verwacht wordt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij een dreigende ileus. Ook voor aanvang van chemotherapie dienen anti-emetica preventief gegeven te worden. Bij het voorkomen van symptomen valt namelijk meer winst te behalen dan bij het bestrijden van reeds bestaande symptomen. Medicijnen kunnen daarnaast een placebo-effect hebben en de aandacht voor symptomen is erg belangrijk voor de patiënt. .

Aanbeveling

Start preventieve interventies bij palliatieve patiënten met kanker die kans hebben op misselijkheid en braken. Start preventieve interventies bij palliatieve patiënten die chemotherapie krijgen vóór aanvang van de eerste behandeling. Interventies dienen aan te sluiten bij de behoeften van de individuele patiënt.

5.6 Wanneer vindt evaluatie van preventieve interventies plaats?

Op basis van de review kan geen uitspraak worden gedaan over wanneer en op basis van welke criteria evaluatie van de preventieve interventies dient plaats te vinden. Campbell & Hatley (2000) geven wel aan dat het continu meten van symptomen en het evalueren van interventies voor misselijkheid en braken door verpleegkundigen zeer belangrijk is. De beslissing om een interventie te starten of te veranderen dient met het multidisciplinaire team te worden gecommuniceerd. Zo kan tot effectieve en efficiënte zorg gekomen worden.

Conclusie

Niveau 4	Het evalueren van preventieve interventies en meten van symptomen door verpleegkundigen dient continu te gebeuren. D. Campbell & Hatley 2000
----------	---

Overige overwegingen

De experts zijn van mening dat preventieve interventies elke keer 24 uur nadat ze zijn toegepast, geëvalueerd dienen te worden. Hierbij dient dan steeds hetzelfde meetinstrument voor misselijkheid en/of braken gebruikt te worden. Verder kunnen de patiënt en naasten naar hun ervaringen gevraagd worden. In het geval van chemotherapie dienen preventieve interventies tijdens en na elke behandeling geëvalueerd te worden.

Aanbeveling

Evalueer preventieve interventies 24 uur nadat zij zijn toegepast. Gebruik indien mogelijk een meetinstrument (telkens hetzelfde instrument) of vraag patiënt en naasten naar hun ervaringen. In het geval van chemotherapie dient tijdens en na elke behandeling geëvalueerd te worden.

5.7 Gezondheidswinst, risico's en bijwerkingen

Met behulp van de genoemde preventieve interventies kan de kwaliteit van leven van de patiënt behouden blijven of verbeterd worden. De preventieve interventies zijn over het algemeen eenvoudige interventies waar geen risico's aan verbonden zijn: aan het vragen naar de darmwerking van de patiënt, geven van voorlichting, patiënt niet te lang laten wachten zijn geen risico's of bijwerkingen verbonden. Dit geldt ook voor het vermijden en bestrijden van geuren, alhoewel het toepassen van aromatherapie of luchtverfrissers zorgvuldig moet gebeuren omdat de verkeerde geur of verkeerde combinatie van geuren juist misselijkheid kan verergeren. Gedragsinterventies met een ontspannende werking zijn ongevaarlijk, hier wordt in Hoofdstuk 6 verder op ingegaan. Anti-emetica werken niet bij iedereen goed. Soms voelen patiënten zich naar door primperan of treedt een tegengesteld effect op. Patiënten zitten er meestal niet op te wachten om nog meer medicijnen te slikken. Per patiënt moet dus een afweging van de mogelijke voor- en nadelen gemaakt worden.

6 Behandeling en zorg

6.1 Inleiding

Als bij een patiënt misselijkheid en/of braken gesignaleerd wordt, is het voor de kwaliteit van leven van deze patiënt belangrijk dat de misselijkheid en/of het braken zo goed mogelijk behandeld wordt. Er moet altijd naar worden gestreefd de oorzaak van de misselijkheid te behandelen, soms is echter alleen symptomatische behandeling mogelijk. Naast medicamenteuze interventies en verpleegkundige handelingen is er veel onderzoek gedaan naar effecten van complementaire zorg en psychologische technieken op misselijkheid en braken. Op deze interventies wordt in dit hoofdstuk nader ingegaan.

6.2 Rol verpleegkundige bij vaststellen oorzaak misselijkheid en/of braken

Voor een juiste behandeling van misselijkheid en/of braken is het belangrijk eerst de mogelijke oorzaken te kennen en, indien mogelijk, hierop aan te grijpen. Als de misselijkheid bijvoorbeeld door constipatie veroorzaakt wordt, kan de misselijkheid behandeld worden door laxemiddelen toe te dienen; als de misselijkheid door ascites veroorzaakt wordt, kan een ontlastende ascitespunctie overwogen worden (Thompson, 2004). Naast behandeling van de oorzaak kan tegelijkertijd ook symptomatische behandeling plaatsvinden. De richtlijn Misselijkheid en braken van de VIKC (2006) gaat in op hoe de oorzaak vastgesteld kan worden en welke behandeling bij welke oorzaak nodig is. In dit hoofdstuk wordt onder andere ingegaan op hoe de verpleegkundige kan bijdragen aan het vaststellen van de oorzaak en welke rol de verpleegkundige bij medicamenteuze behandeling heeft.

Op basis van de systematische review kan geen uitspraak worden gedaan over instrumenten of criteria waarmee de oorzaak van de misselijkheid en/of braken kan worden vastgesteld. Verpleegkundigen kunnen de arts en andere zorgverleners echter waardevolle informatie aanleveren die helpt bij het vaststellen van een diagnose. Zij verkrijgen deze informatie door een anamnese bij de patiënt af te nemen.

Anamnese

Tijdens de anamnese worden de volgende zaken besproken en genoteerd: medische voorgeschiedenis, aspecten van de misselijkheid en het braken, beïnvloedende factoren, gebruik van anti-emetica en bijkomende klachten (VIKC, 2006). Volgens Rhodes & McDaniel (2001) is het belangrijk dat bij de medische voorgeschiedenis van de patiënt ook naar eerdere symptomen gevraagd wordt. In aanvulling op de anamnese kan een meetinstrument belangrijke informatie opleveren over de oorzaak van de misselijkheid en/of het braken. Zo kan bijvoorbeeld het braakpatroon belangrijke diagnostische informatie opleveren (Campbell & Hately 2000).

Bij misselijkheid en braken is de voedingsinname vrijwel altijd voor korte of langere tijd verstoord. Aandacht voor de voedingsinname is daarom onderdeel van de verpleegkundige zorg bij misselijkheid en braken. Anamnese van de klachten en hun relatie met voeding, voedingswensen en aversies, voedingsgewoonten en maatregelen die in het verleden effectief bleken, zijn nodig om de voedingsmogelijkheden in kaart te brengen (Doornink et al., 2006).

Lichamelijk en aanvullend onderzoek

Naast de anamnese kunnen een lichamelijk onderzoek (o.a. buikonderzoek, inspectie mond en farynx, onderzoek voedings- en hydratatiestand) en aanvullend onderzoek (zoals bloedonderzoek, beeldvormende diagnostiek) extra informatie leveren over de oorzaak van de misselijkheid en/of het braken (Campbell & Hately, 2000). Lichamelijk en aanvullend onderzoek maken geen onderdeel uit van deze richtlijn, omdat dit niet tot verpleegkundige taken behoort en reeds beschreven is in de richtlijn Misselijkheid en braken (VIKC, 2006).

Conclusie

Niveau 4	<p>Een anamnese kan informatie opleveren over de oorzaak van de misselijkheid en/of het braken. De volgende zaken worden dan besproken en genoteerd:</p> <ul style="list-style-type: none">• medische voorgeschiedenis van de patiënt• kenmerken kokhalzen en/of braken• wel of geen relatie tussen de misselijkheid en het braken• voeding: wensen, aversies, gewoonten, relatie met klachten• beïnvloedende factoren (houding, beweging, chemo- of radiotherapie)• gebruik anti-emetica en effect daarvan• bijkomende klachten• aanwezigheid angst, spanning of somberheid en invloed daarvan
----------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • gewichtsbeloop • (wijziging van) medicatie • verwachtingen van de patiënt <p>D Rhodes & McDaniel 2001 D Doornink 2006 D VIKC 2006</p>
--	---

Overige overwegingen

Uit de praktijktoets blijkt dat het afnemen van een anamnese door de verpleegkundige tijdswinst oplevert voor de arts én voor de patiënt. De oorzaak wordt eerder gevonden, waardoor de patiënt sneller de juiste behandeling krijgt. Er zou een apart anamneseformulier ontwikkeld moeten worden. De experts zijn van mening dat er ook moet worden gevraagd naar wat eerdere ervaringen met misselijkheid zijn, wat de invloed van specifieke geuren is en of er sprake is van psychosociale klachten. Verder dient de mond geïnspecteerd te worden en mondhygiëne besproken te worden.

Aanbeveling

Neem bij de patiënt een anamnese af om informatie te krijgen over de oorzaak en het verloop van de misselijkheid en/of het braken. Bespreek en noteer de volgende zaken:

- medische voorgeschiedenis: eerdere ervaringen met, duur, beloop en ernst van misselijkheid
- kenmerken kokhalzen en braken: frequentie, hoeveelheid, consistentie, kleur, geur, aanwezigheid voedselresten en bloed in braaksel
- wel of geen relatie tussen misselijkheid en braken
- voeding: wensen, aversies, gewoonten, relatie met klachten
- beïnvloedende factoren: houding, beweging, rust, geuren, chemo- of radiotherapie
- gebruik anti-emetica en het effect
- bijkomende lichamelijke klachten: anorexie, mondproblemen, slik- of passageklachten, maagklachten, snelle verzadiging, buikpijn of -krampen, opgezette buik, rommelingen in de buik, obstipatie, dorst, polyurie, pijn, hoesten, hik, duizeligheid, gehoorklachten, hoofdpijn, neurologische stoornissen
- psychosociale klachten (vereenzamen, schuldig voelen, slapeloosheid)
- angst, spanning, somberheid en invloed daarvan
- gewichtsbeloop
- (wijziging van) medicatie
- mondinspectie en mondhygiëne

- verwachtingen van de patiënt.

6.3 Rol verpleegkundige bij medicamenteuze interventies

Symptomatische behandeling kan plaatsvinden naast behandeling van de oorzaak van de misselijkheid of het braken. Indien de oorzaak niet te behandelen is, is alleen symptomatische behandeling mogelijk. Symptomatische behandeling kan medicamenteus of niet-medicamenteus zijn. Deze paragraaf gaat in op de rol van de verpleegkundige bij medicamenteuze interventies. De volgende paragraaf gaat in op niet-medicamenteuze interventies.

Medicamenteuze symptomatische behandeling bestaat uit het toedienen van anti-emetica. De keuze van anti-emetica is niet alleen afhankelijk van de toestand van de patiënt en de ernst van de misselijkheid en/of het braken maar ook van mogelijke bijwerkingen en toedieningsroutes (Haughney, 2004). Anti-emetica worden oraal, rectaal, transdermaal of parenteraal (intraveneus of subcutaan) toegediend. De huidige medicatie van de patiënt is ook een belangrijk aandachtspunt. Tevens is het van belang dat de patiënt het behandelplan begrijpt en ermee instemt (Thompson, 2004). De arts bepaalt welke anti-emetica toegediend moeten worden. Voor meer details omtrent de verschillende anti-emetica wordt daarom verwezen naar de richtlijn Misselijkheid en braken van de VIKC (2006).

Informereren

De verpleegkundige speelt een belangrijke rol bij het toepassen van medicamenteuze interventies. De verpleegkundige informeert de patiënt over

- de anti-emetica (bijwerkingen, doel) (King, 1997; Wright & Myint, 2003)
- de persoonlijke eigenschappen die de kans op misselijkheid en/of braken verhogen (Foubert & Vaessen, 2005).

Observeren en signaleren

De verpleegkundige monitort de patiënt en observeert hoe deze reageert op de toegedien- de anti-emetica. Op basis van de observaties kan in overleg met de arts bijvoorbeeld de toedieningsvorm gewijzigd worden. Misselijkheid en braken zijn vaak de reden om van orale toediening over te gaan op parenterale of rectale toediening (McVey, 2001; Thompson, 2004; Zachrisson, 1998). Infuuspompen bieden de mogelijkheid tot continue parenterale medicijntoediening. Ze geven een meer constante bloedplasmaconcentratie vergeleken met injecties. Infuuspompen worden veel gebruikt in de palliatieve zorg. Een draagbare infuuspomp kan de kwaliteit van leven verder verhogen (Zachrisson, 1998).

Het is essentieel dat verpleegkundigen de patiënten aanmoedigen hun symptomen (frequentie en impact) te rapporteren. Dit geldt met name voor verpleegkundigen in de thuiszorg en voor een subjectief symptoom als misselijkheid dat moeilijk herkend wordt. Foubert & Vaessen (2005) stellen dat verpleegkundigen beter in staat zijn dan hun collega's uit andere disciplines om de impact van misselijkheid op de patiënt te bepalen. Ook zijn zij het beste in staat persoonlijke risicokenmerken van de patiënt waar te nemen. Verpleegkundigen zouden daarom (meer) betrokken moeten worden bij beslissingen omtrent antiemetica.

Effect van behandeling

De verpleegkundige heeft een rol bij het beoordelen van het effect van de behandeling. De meetinstrumenten die gebruikt worden bij het beoordelen van misselijkheid en/of braken kunnen hierbij gebruikt worden (zie Hoofdstuk 4).

Conclusies

Niveau 4	<p>De keuze van specifieke anti-emetica is afhankelijk van</p> <ul style="list-style-type: none"> • toestand van de patiënt • oorzaak en ernst misselijkheid en braken • mogelijke bijwerkingen van de anti-emetica • mogelijke toedieningsroutes • huidige medicatie van de patiënt • begrip en toestemming van de patiënt <p>D Haughney 2004; Thompson 2004</p>
Niveau 4	<p>Verpleegkundigen zijn het beste in staat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • om de impact van misselijkheid op de patiënt te bepalen • persoonlijke risicokenmerken bij de patiënt voor misselijkheid en braken waar te nemen. <p>D Foubert & Vaessen 2005</p>
Niveau 4	<p>Het gebruik van infuuspompen om anti-emetica toe te dienen kan de kwaliteit van leven verhogen bij patiënten met kanker in de palliatieve fase. Een <i>draagbare</i> infuuspomp kan de kwaliteit van leven nog verder verhogen.</p> <p>D Zachrisson 1998</p>

Overige overwegingen

Verpleegkundigen dienen niet alleen bij beslissingen omtrent anti-emetica betrokken te worden maar ook bij de keuze van de toedieningsroute van de anti-emetica. Verder dienen verpleegkundigen te monitoren of de patiënt de anti-emetica op de juiste wijze inneemt en met de juiste frequentie. Soms willen patiënten medicijnen bewaren voor 'als het echt nodig is'. Verpleegkundigen moedigen niet alleen de patiënt aan om symptomen te rapporteren, maar ook hun naasten. Symptomen kunnen bijvoorbeeld in een klachtendagboekje genoteerd worden. Naast het noteren van de klachten moet ook vermindering van klachten genoteerd worden. Zo kunnen positieve effecten van een interventie duidelijk worden. Naast het informeren van de patiënt over de anti-emetica informeert de verpleegkundige ook de naasten van de patiënt over deze zaken.

In de thuiszorg is monitoren van medicamenteuze interventies en observeren van de reactie van de patiënt op anti-emetica ook mogelijk. Hiertoe is het belangrijk dat een klachtendagboekje of logboek wordt bijgehouden door de patiënt of naaste. Goede communicatie tussen patiënt en (wijk)verpleegkundige is nu nog belangrijker dan in het ziekenhuis. Met betrekking tot draagbare infuuspompen moet de gewenste en haalbare mobiliteit van de patiënt overwogen worden. Voor patiënten thuis zijn ze vaak erg praktisch. Voor sommige patiënten kan een infuuspomp echter belastend zijn, wanneer zij door de infuuspomp bang worden om te bewegen.

Aanbevelingen

De verpleegkundige draagt bij aan het anti-eticabeleid en de keuze van de toedieningsroute door

- persoonlijke risicokenmerken van de patiënt te bepalen
- de impact van misselijkheid en braken op de patiënt te bepalen
- het op de juiste wijze en op het juiste tijdstip innemen van anti-emetica door de patiënt te monitoren
- de reactie van de patiënt op de anti-emetica te observeren
- het effect van de behandeling te bepalen aan de hand van een meetinstrument
- de verkregen informatie aan de arts te rapporteren ter bepaling van het verdere anti-eticabeleid
- patiënt én naasten over de anti-emetica te informeren
- patiënt én naasten over persoonlijke kenmerken die de kans op misselijkheid en braken verhogen te informeren
- de patiënt én naasten aan te moedigen om symptomen te rapporteren.

Overweeg (draagbare) infuuspompen voor toediening van anti-emetica bij patiënten.
Laat het gebruik van draagbare infuuspompen afhangen van de gewenste en haalbare mobiliteit van de individuele patiënt.

6.4 Niet-medicamenteuze interventies

Zoals in de vorige paragraaf beschreven, kunnen anti-emetica misselijkheid en braken voorkomen of verminderen. Zo helpen de 5-HT₃ receptorantagonisten (bijvoorbeeld granisetron en ondansetron) tegen misselijkheid en braken ten gevolge van chemotherapie. Anti-emetica werken echter niet (goed) tegen misselijkheid en braken veroorzaakt door psychologische factoren zoals angst. Wanneer anti-emetica niet helpen bij patiënten met kanker in de palliatieve fase kunnen ook voedings- en vochtadviezen, mondzorg, complementaire zorg, psychologische technieken en andere niet-medicamenteuze interventies toegepast worden om misselijkheid en braken te verminderen. Deze interventies worden nu besproken.

6.4.1 Voedingsadviezen

Bij patiënten met kanker is de voedingstoestand vaak verstoord. Bij 10-60% van de patiënten is sprake van ongewenst gewichtsverlies. Kort voor overlijden heeft 85% van de patiënten last van extreme magerheid (cachexie). Een slechte voedingstoestand gaat gepaard met:

- een slechtere prognose
- kortere overlevingsduur
- verminderde immunologische afweer
- een toename in de ernst en duur van complicaties ten gevolge van behandelingen
- afname van kwaliteit van leven.

Oorzaken van een slechte voedingstoestand zijn:

- metabole ontregeling door stoffen die de tumor produceert, waardoor zowel de eiwit-, als vet- en koolhydraatstofwisseling zijn verstoord en katabolie (afbraak) ontstaat.
- onvoldoende inname van energie en voedingsstoffen.
- een combinatie van beiden.

De metabole ontregeling kan niet door voedingsmaatregelen worden gecorrigeerd. Een verslechtering van de voedingstoestand is daardoor in de palliatieve fase bij progressie van ziekte soms onvermijdelijk. Onvoldoende inname aan energie en voedingsstoffen kan wél

worden gecorrigeerd. Dit leidt dan tot behoud van de voedingstoestand of tot vertraging van het ontstaan van cachexie (Arends et al., 2006). Voor handhaving van de voedingsstoestand is registratie van de voeding- en vochtinname nodig en regelmatige screening van de voedingstoestand. Hierdoor wordt bekend welk voedsel de patiënt tolereert (Arends et al., 2006; McVey, 2001).

Voedingsmaatregelen verschillen per patiënt en zijn afgestemd op de mogelijkheden van de individuele patiënt. Wat bij de ene patiënt effectief is, kan bij de andere geen effect hebben of zelfs negatief werken (Fessele, 1996). Maatregelen variëren van niets per os (bijvoorbeeld bij obstructie) tot vrijwel normale voeding indien misselijkheid en braken niet voedingsgerelateerd zijn. Voedingsmaatregelen richten zich op:

1. vermindering van klachten van misselijkheid en braken
2. handhaving of verbetering van de voedingstoestand.

Bij het bepalen van voedingsmaatregelen is een consult van de diëtist gewenst voor een gerichte voedingsanamnese, begeleiding en bepaling van de noodzaak van aanvullende of vervangende klinische voeding. Bij de keuze van voedingsmaatregelen speelt de levensverwachting van de patiënt een belangrijke rol. Naarmate de ziekte voortschrijdt en de prognose verslechtert, moeten de zorgverlener(s), de patiënt en diens naasten accepteren dat het verbeteren of handhaven van de voedingstoestand niet meer haalbaar is. Dring dan niet aan op eten en pas geen kunstvoeding zoals drink- en sondevoeding toe (VIKC, 2006). De verpleegkundige legt uit aan de patiënt en familie waarom minder gegeten wordt. Dit voorkomt dat de familie voortdurend aandringt op eten en onnodige onrust en angst (McVey, 2001). Terminale patiënten hebben slechts minimale hoeveelheden voedsel en water nodig om honger en dorst te verminderen.

Conclusies

Niveau 4	<p>Voedingsmaatregelen dienen te worden gericht op</p> <ul style="list-style-type: none"> • vermindering van misselijkheid en braken • handhaving of verbetering van de voedingstoestand (alleen mogelijk indien sprake is van onvoldoende inname energie en voedingsstoffen). <p>In de palliatieve fase kan bij progressie van ziekte verslechtering van de voedingstoestand onvermijdelijk zijn.</p> <p>D McVey 2001; Fessele 1996 Arends 2006</p>
----------	--

Niveau 4	Bij voedingsbehandeling en met name bij het inzetten van drink- en sondevoeding spelen de levensverwachting, de verwachte bijdrage aan de kwaliteit van leven en de wens van de patiënt een belangrijke rol. D. Arends 2006; VIKC 2006
----------	---

Overige overwegingen

De hieronder aanbevolen voedingsmaatregelen en -adviezen om misselijkheid en braken te verminderen zijn gebaseerd op expertmening, onder andere van de expertgroep, Haughney, 2004; Campbell & Hatley, 2000; Wright & Myint, 2003; McVey, 2001; Fessele, 1996; VIKC, 2006. De hieronder aanbevolen voedingsmaatregelen voor handhaving (verbetering) van de voedingstoestand zijn afkomstig uit Doornink et al., 2006; Dieetbehandelingsrichtlijnen, 2003; Arends et al., 2006.

Aanbevelingen

Richt voedingsmaatregelen bij patiënten met kanker die misselijkheid en/of braken ervaren op:

1. vermindering van misselijkheid en braken
2. handhaving of verbetering van de voedingstoestand.

Stem maatregelen af op de fase waarin de patiënt zich bevindt .

Voedingsmaatregelen en -adviezen om misselijkheid en braken te verminderen:

- overweeg of de patiënt orale voeding kan en mag gebruiken
- vermijd etensgeuren (bied koude gerechten aan, bereid maaltijden in de magnetron of uit buurt van patiënt)
- vermijd gerechten met een uitgesproken smaak of geur (koffie, gebraden vlees, gekruid eten vermijd producten die aversie oproepen)
- vermijd een lege maag.
- bied meerdere kleine porties aan in plaats van drie grote maaltijden
- bied voeding op momenten aan dat de patiënt niet of minder misselijk is
- bied koolzuurhoudende dranken aan om opboeren van lucht te bevorderen
- bied maaltijden aan op momenten dat er geen sprake is van angst
- bied favoriet voedsel niet aan op momenten dat misselijkheid of braken verwacht wordt om voedselaversies te voorkomen
- dring niet voortdurend op eten aan; neem niet gebruikt eten weg
- overweeg een vloeibaar dieet
- laat beginnen met makkelijk verteerbare producten (crackers, beschuit)

- laat de patiënt in bed halfzittende houding aannemen tijdens het eten en tot 45 minuten erna
- laat langzaam eten en drinken
- laat rusten na een maaltijd
- laat de patiënt geen strakke kleding dragen tijdens het eten.

Voedingsmaatregelen voor handhaving (verbetering) van de voedingstoestand zijn:

- vervang producten die aversie oproepen door andere producten; probeer eventueel op een later tijdstip nogmaals
- laat weinig drinken bij de maaltijd (voorkomt snelle vulling van de maag en een vol gevoel)
- een kleine alcoholische drank voor de maaltijd kan de eetlust vergroten
- bied regelmatig energie- en voedingstofrijke producten aan
- bied dieetpreparaten (drinkvoeding, voedingssupplementen) als aanvullende voeding aan indien ze niet de misselijkheid vergroten en niet leiden tot anticipatoire misselijkheid
- afhankelijk van de fase van de patiënt: overweeg sondevoeding of parenterale voeding als reeds sprake is van ondervoeding of als verwacht wordt dat de patiënt meer dan zeven dagen niet zal kunnen eten. Voeding kan worden toegediend via een neus-jejunumsonde, gastrostomie, jejunostomie of voedingsinfuus

Leg aan de patiënt en familie uit:

- waarom minder gegeten wordt in de palliatieve fase
- dat afzien van kunstmatige of geforceerde voedings- of vochttoediening bij palliatieve terminale patiënten het comfort voor de patiënt kan verhogen

Voorkom daarmee dat de familie voortdurend aandringt op eten waardoor onnodige onrust en angst ontstaat.

Verpleegkundige, arts en diëtist dienen goed te communiceren met betrekking tot het bepalen en uitvoeren van adequate voedingsmaatregelen.

6.4.2 Toediening vocht en elektrolyten

Parenterale vochttoediening wordt overwogen indien er op grond van anamnese, lichame-lijk onderzoek en eventueel laboratoriumonderzoek aanwijzingen zijn voor (dreigende) dehydratie (tekort aan lichaamswater) en behandeling van de oorzaak ervan niet mogelijk is. Wanneer de patiënt een levensverwachting van meerdere weken heeft en de frequentie van braken orale hydratatie onmogelijk maakt, wordt ook parenterale vochttoediening overwogen. De beslissing is afhankelijk van de levensverwachting en de wens van de patiënt. De beslissing vraagt een afweging van vele aspecten, waarbij het zoveel mogelijk behou-

den van de kwaliteit van leven de bepalende factor is (VIKC, richtlijn Dehydratie en vochttoediening, 2006; Arends et al., 2006). Bij de terminale patiënt kan het *afzien* van het toedienen van vocht het comfort van de patiënt verhogen. Benauwdheid, braken, diarree en incontinentie zullen hierdoor afnemen (VIKC, richtlijn Dehydratie en vochttoediening, 2006). Indien er sprake is van hypokaliëmie, kan kalium intraveneus worden gesuppleerd (VIKC, 2006).

De naasten van de patiënt dienen bij het maken van de beslissing goed ingelicht te worden over de voor- en nadelen van vochttoediening en emotionele steun te krijgen van het multidisciplinaire team (Baines, 1997).

Overige overwegingen

Bij dehydratie ten gevolge van braken wordt vaak vocht toegediend. Braken begint meestal acuut, er is meestal geen sprake van een korte levensverwachting en het is vaak tijdelijk.

Aanbeveling

Monitor de vochtbalans van de patiënt. Overweeg parenterale vochttoediening bij (dreigende) dehydratie en hoge frequentie van braken. Betrek de patiënt en naasten bij de beslissing en licht hen in over de voor- en nadelen. De beslissing is afhankelijk van de levensverwachting en wens van de patiënt.

6.4.3 Kunstmatige maagontlediging

Het gebruik van een maagsonde of PEG-katheter als hevel heeft een beperkte plaats in de palliatieve fase. De voorkeur wordt gegeven aan medicamenteuze behandeling. Volgens Baines (1997) wordt de maagsonde slechts bij 2% van de patiënten toegepast. Bij deze 2% is het inbrengen van een maagsonde echter heel effectief. Deze patiënten hebben namelijk last van heftig braken door een totale obstructie van de sluitspier van de maag (pylorus) of de twaalfvingerige darm (duodenum), een ileus of een niet te behandelen gastroparese. Een tijdelijke of blijvende maagsonde via de neus of een PEG-katheter kan gebruikt worden als hevel om de maaginhoud af te laten lopen en zo braken voorkomen (Brooksbank et al., 2002; Gemlo et al., 1986; Malone et al., 1986; Watson et al., 1997; zie ook richtlijn VIKC, 2006). De optie van een maagsonde dient overlegd te worden met de patiënt. Mogelijk heeft de patiënt voorkeur voor een invasieve procedure boven het vooruitzicht van regelmatig braken (Baines, 1997).

Conclusie

Niveau 4	<p>Er zijn aanwijzingen dat kunstmatige maagontlediging met behulp van een maagsonde of PEG-katheter als hevel effectief is bij (palliatieve) patiënten met heftig braken door:</p> <ul style="list-style-type: none">• een totale obstructie van de sluitspier van de maag of de twaalfvingerige darm• een ileus• een niet te behandelen gastroparese. <p>D Brooksbank 2002; Watson 1997; Gemlo 1986; Malone 1986 D Baines 1997</p>
----------	--

Overige overwegingen

De experts zijn van mening dat een PEG minder belastend is voor de patiënt dan een maagsonde. Het inbrengen van een PEG brengt wel meer risico op complicaties met zich mee. Bij het aanleggen van een PEG moet sprake zijn van een redelijke levensverwachting en onbehandelbare obstructie. Effecten op de kwaliteit van leven moeten goed in de gaten gehouden worden. De hevel dient, zodra hij niets meer hevelt, verwijderd te worden.

Aanbeveling

Bespreek met de arts de mogelijkheid van kunstmatige maagontlediging bij de patiënt met heftig braken door een totale obstructie van de sluitspier van de maag of twaalfvingerige darm, een ileus of een niet te behandelen gastroparese. Informeer de patiënt over deze mogelijkheid en de voor- en nadelen van een maagsonde en een PEG.

6.4.4 Mondzorg

Het handhaven van de hygiëne in de mond is cruciaal voor het bevorderen van comfort voor de patiënt (Campbell & Hately, 2000). Het is belangrijk bij de patiënt met misselijkheid en/of braken regelmatig de mondslijmvliezen te inspecteren en algemene mondzorg toe te passen. Door het braken kan de patiënt last krijgen van een droge mond wat kan leiden tot orale mucositis en orale candidiasis. Bovendien heeft het maagzuur bij braken een etsende werking op het gebit. Door chemotherapie kunnen veranderingen aan het mondslijmvlies ontstaan (LEVV, richtlijn Orale mucositis bij patiënten met kanker, 2007).

De verpleegkundige geeft de patiënt voorlichting over oorzaken, gevolgen en mogelijke oplossingen van mondproblemen. Algemene mondzorg (VIKC, richtlijn Mondproblematiek, 2006) bestaat uit:

- 2-4 keer per dag poetsen van tanden, kiezen en kaakwallen
- 3-8 keer daags spoelen met water of fysiologisch zout; vermijd mondspoelmiddelen die alcohol bevatten omdat deze de mond uitdrogen en pijn kunnen doen (McVey, 2001).
- reinigen van de tong
- interdentaal reinigen
- lippenverzorging: schoonhouden en vet houden
- prothese-onderhoud

Conclusie

Niveau 4	De expertgroep is van mening dat de verpleegkundige de mond van de patiënt die misselijkheid en/of braken ervaart regelmatig dient te controleren. De verpleegkundige zorgt ervoor dat goede mondzorg plaatsvindt en licht de patiënt in over mondproblemen. D. McVey 2001
----------	---

Overige overwegingen

Mondzorg kan erg belastend zijn voor de palliatieve patiënt. 'Lemon swaps' dienen vermeden te worden omdat zij de mond uitdrogen en pijn kunnen doen. Bovendien vinden veel patiënten de smaak te indringend.

Aanbeveling

Controleer regelmatig de mond van de patiënt die misselijkheid en/of braken ervaart. Informeer de patiënt over mogelijke mondproblemen en zorg ervoor dat goede mondzorg plaatsvindt. Weeg de belasting die dit geeft voor de patiënt af tegen het belang ervan.

6.4.5 Complementaire zorg

De resultaten van anti-emetica kunnen vaak worden verbeterd door naast het toedienen van de anti-emetica complementaire zorg toe te passen. Complementaire zorg (of niet-medicamenteuze interventies) is de zorg die zorgverleners geven in aanvulling op de standaardzorg. Complementaire zorg onderscheidt zich van alternatieve behandelwijzen of therapieën. Het gaat bij complementaire zorg om afzonderlijke interventies die passen binnen het competentiegebied van een professie, in dit geval de verpleegkunde. Het accent van complementaire interventies ligt op ondersteuning van de zorg en het stimuleren van het zelfhelende vermogen van de patiënt. De zorg omvat de mentale,

emotionele, lichamelijke, spirituele en sociale behoeften van de patiënt (Richtlijn Complementaire zorg in: VIKC, 2006). Complementaire zorg biedt patiënten ontspanning en afleiding van de klachten. Het bevordert het gevoel van welbevinden. Experts benadrukken de behoefte aan complementaire zorg om symptomen en angst te verminderen (Pan, 2000). Angst is vaak de psychologische component van misselijkheid en/of braken.

Het integreren van complementaire therapieën in oncologische zorg kan:

- symptomen verminderen
- patiënttevredenheid verbeteren
- de relatie tussen arts/verpleegkundige en patiënt verbeteren.
- de patiënt een gevoel van empowerment geven

Het is belangrijk het gebruik van complementaire therapie af te stemmen op de behoeftes en voorkeuren van de individuele patiënt (Deng et al, 2004).

Veelgebruikte vormen van complementaire zorg in Nederland zijn: massage, aromatherapie, acupressuur, muziek, gebruik van kruiden en therapeutic touch. Gebruik van kruiden wordt in deze richtlijn niet beschreven, omdat het te uitgebreide kennis van contra-indicaties en mogelijke interacties met reguliere medicatie vereist. Therapeutic touch wordt niet beschreven, omdat het een controversieel uitgangspunt heeft: het beoogt het energieveld van de patiënt meer in evenwicht te brengen.

De meeste studies naar de effecten van complementaire zorg op misselijkheid en braken zijn uitgevoerd bij patiënten die chemotherapie krijgen. Het is onduidelijk of de resultaten van deze studies ook gelden voor patiënten die misselijkheid en braken ervaren zonder dat zij chemotherapie ondergaan. Er zijn geen grootschalige studies uitgevoerd bij terminale patiënten met misselijkheid en braken die geen chemotherapie ondergaan (Pan et al., 2000).

De hierna beschreven interventies kunnen door zowel professionele als niet-professionele zorgverleners aangeleerd én uitgevoerd worden. Ze zijn na instructie vaak ook over te dragen aan de patiënt en mantelzorgers. Het toepassen van complementaire zorg dient overlegd te worden met het behandelend team van de patiënt. Verder is verslaglegging en continuïteit van de interventie van belang. Het effect van complementaire zorg verschilt van patiënt tot patiënt (VIKC, 2006).

De volgende complementaire interventies worden beschreven:

- massage
- aromatherapie
- acupressuur
- muziek luisteren

Massage

Massage is het manipuleren van de zachte lichaamsweefsels met de handen met als doel het vaat-, spier- en zenuwstelsel te beïnvloeden (Fellowes, 2005). Massage wordt uitgevoerd door een fysiotherapeut of een verpleegkundige met ervaring. Een eenvoudige massage is na instructie goed over te dragen aan andere verpleegkundigen, verzorgenden of de naasten van de patiënt (voor gedetailleerde instructies, zie richtlijn Klassieke massage (VIKC, 2006)).

In een groot cohortonderzoek van Cassileth et al. (2004) (n=1290) vermindert massage (standaardmassage, voetmassage en light touch massage (massage door middel van heel lichte druk)) significant misselijkheid bij kankerpatiënten. Patiënten hadden verschillende soorten kanker en waren in verschillende stadia van ziekte. Standaard en light touch massage hadden een groter effect dan voetmassage. Bij zwakke en terminale patiënten zijn light touch en voetmassage mogelijk meer geschikt dan standaardmassage. Zij verdragen een standaardmassage vaak niet of zijn niet in staat om een comfortabele houding aan te nemen voor de therapie. Bij patiënten met kanker dient diepe of intense druk vermeden te worden (Deng et al., 2004).

Uit een studie van Wilcock et al. (2004) blijkt dat palliatieve kankerpatiënten wekelijks massage met aromatherapie bovenop de standaard dagelijkse zorg als relaxend, comfortabel en versterkend ervaren en er graag mee door willen gaan. Twee RCT's (Graelish, 2000; Ahles, 1999) tonen aan dat massage misselijkheid significant vermindert bij patiënten met kanker.

Conclusies

Niveau 2	Het is aannemelijk dat massage misselijkheid vermindert bij patiënten met verschillende soorten kanker en in verschillende stadia van ziekte. B Graelish 2000, Ahles 1999 C Cassileth 2004
----------	--

Overige overwegingen

Volgens Cassileth et al. (2004) is massage een niet-invasieve, goedkope, comfortabele effectieve therapie voor patiënten die ernstig chronisch ziek zijn. Massage hoeft niet veel tijd te kosten, is vrij van bijwerkingen en wordt gewaardeerd door patiënten. Enige training of instructie is nodig.

Door naasten van de patiënt massage te leren geven, is de patiënt niet altijd afhankelijk van een professionele zorgverlener. Dit draagt bij aan de mogelijkheid de patiënt te ondersteunen waardoor gevoelens van machteloosheid bij de naasten kunnen afnemen. Vooral massage van de voet is eenvoudig uitvoerbaar. Hierbij komt dat er zelden of nooit metastasen in de voet aanwezig zijn. Het insmeren van de rug met massagelotion is al een vorm van massage en kan weldadig zijn voor de patiënt.

Aanbeveling

Overweeg massage van *handen, voeten of hoofd* toe te passen bij de patiënt ter vermindering van misselijkheid en verbetering van de kwaliteit van leven wanneer de patiënt daarmee instemt. Vermijd diepe of intense druk. Bij zwakke en terminale patiënten zijn *light touch* en voetmassage waarschijnlijk meer geschikt dan standaardmassage. Betrek de naasten van de patiënt.

Aromatherapie

Aromatische oliën, ook wel essentiële of etherische oliën genoemd, zijn uit plantenmateriaal gewonnen oliën. Ze zijn vluchtig en geurend, geconcentreerd en desinfecterend. Ze dragen bij aan smaak en geur (Fellowes et al., 2004). De oliën worden opgenomen via de huid, slijmvliezen en luchtwegen. Aromatische oliën mogen nooit onverdund of inwendig gebruikt worden. Elke aromatische olie heeft een eigen uitwerking op lichamelijk en psychisch gebied. Het creëren van een aangename geur kan de kwaliteit van leven vergroten. Vooral bij patiënten in de palliatieve fase is het belangrijk om zorgvuldig een olie uit te kiezen die misselijkheid kan verminderen en vervolgens te kijken welke olie bij de patiënt past (VIKC, 2006).

De case-studie van Gilligan (2005) bij patiënten in de palliatieve fase in een hospice liet bij 68% van de patiënten een afname van misselijkheid zien door het toepassen van aromatherapie (via een kompres op de buik, via manuele techniek op de buik of via elektrische luchtverfrissers). De afname was vooral bij patiënten met een vergevorderd stadium van kanker die al langer in het hospice waren. Uit de RCT van Wilkinson et al. (1999) blijkt dat toevoegen van aromatische essentiële oliën aan massage-olie het effect versterkt van

massage op angst en spanning, kwaliteit van leven en een aantal psychologische en fysieke symptomen bij palliatieve patiënten met kanker.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat aromatherapie (een oliemengsel van anijszaad, venkel, pepermint en kamille) misselijkheid bij hospicepatiënten vermindert. C Gilligan 2005
----------	--

Overige overwegingen

Door een juiste keuze van de aromatische olie en basisolie bij massage kan de huid, welke vaak droog is door ziekte, behandeling en ziekenhuismilieu, extra verzorgd worden. Naasten van de patiënt kunnen deze taak ook uitvoeren. Verspreiden van aromatische geuren door meerpersoons patiëntenkamers is niet gewenst, omdat de geuren bij voorkeur worden afgestemd op het individu (VIKC, 2006).

Aanbeveling

Overweeg het gebruik van aromatische oliën om misselijkheid te verminderen en gevoelens van welbevinden te vergroten. Laat de keuze van de soort olie en van de manier van toepassen afhangen van de voorkeur van de patiënt. Pas aromatherapie niet toe binnen meerpersoons patiëntenkamers.

Acupressuur

Acupressuur is een therapie waarbij met de vingers, hand(palmen), ellebogen, knieën of met banden op specifieke punten op het lichaam gedrukt wordt om de interne energiestroom te beïnvloeden. Acupressuur kan door een professional of door de patiënt zelf uitgevoerd worden (Collins & Thomas, 2004). Een bekend acupressuurpunt is het MH6-punt (ook wel 'master of the heart' of 'pericardium number 6' genoemd). Dit punt wordt in de acupunctuur al duizenden jaren gebruikt om misselijkheid en braken onder controle te krijgen. De National Institutes of Health erkent de effectiviteit van dit punt in de controle van misselijkheid en braken (Wright, 2005; Ezzo et al., 2006).

Uit observationeel onderzoek (Wright, 2005) blijkt dat 'motion sickness bands' (MSB's) bij 88% van de 33 hospicepatiënten met voornamelijk oncologische aandoeningen leidt tot vermindering van misselijkheid en braken. Bij meer dan de helft van deze groep waren de klachten volledig verdwenen. Motion sickness bands (MSB's) zijn acupressuur 'polsbanden'

die een milde druk uitoefenen op het MH6-punt op de pols. Bij de patiënten trad een aantal keer zwelling van de handen op. Dit is mogelijk te verklaren door het gewijzigde circulatiepatroon en een afname van het eiwitgehalte bij terminale patiënten.

Chemotherapie

Ezzo et al. (2006) laten zien dat acupressuur significant de ernst van acute misselijkheid na chemotherapie verlaagt bij kankerpatiënten met een optimaal anti-emetica schema. Acupressuur had geen effect op braken en vertraagde misselijkheid. Twee van de drie RCT's gebruikten geen placebo in de controlegroepen. Doordat de patiënten wisten of ze de interventie kregen of niet kunnen de resultaten beïnvloed zijn door placebo-effecten.

Conclusies

Niveau 2	Het is aannemelijk dat acupressuur (op P6) de ernst van acute misselijkheid na (matig tot hoog-emetogene) chemotherapie vermindert bij patiënten met kanker die anti-emetica krijgen. Acupressuur heeft geen effecten op braken en vertraagde misselijkheid. A2 Ezzo 2006
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat een acupressuurband om de pols (motion sickness band die druk uitoefent op het MH6-punt) misselijkheid en braken bij hospicepatiënten vermindert. C Wright 2005

Overige overwegingen

Acupressuur is een makkelijk aan te leren, goedkope interventie die bijdraagt aan het gevoel van zelfcontrole van de patiënt doordat de patiënt dit zelf kan uitvoeren (Ezzo et al., 2006). Acupressuur polsbandjes zijn goedkoop en er is nauwelijks instructie voor nodig. Zwelling van de handen is te voorkomen door de band afwisselend om de ene en de andere pols te dragen.

Aanbeveling

Overweeg acupressuur (in de vorm van drukmassage of speciale polsbandjes) toe te passen bij de patiënt ter vermindering van misselijkheid en braken wanneer de patiënt daarmee instemt.

Muziek luisteren

Luisteren naar muziek als complementaire interventie in de gezondheidszorg is het gebruik maken van de invloed die muziek heeft op lichamelijk, emotioneel en spiritueel gebied. Luisteren naar muziek kan ontspannend en activerend werken, afleiding geven of de patiënt houvast bieden. Soms wordt muziek tijdens chemotherapie toegepast. Het effect is afhankelijk van muziekgebonden factoren en patiëntgebonden factoren. *Muziektherapie*, het toepassen van muziek om specifieke veranderingen in gedrag te bewerkstelligen, wordt in deze richtlijn buiten beschouwing gelaten. De systematische review leverde geen studies naar het effect van muziek op bij palliatieve kankerpatiënten. Daarom worden hier studies beschreven die uitgevoerd zijn bij patiënten die met chemotherapie behandeld worden.

Chemotherapie

Standley (1992) onderzocht het effect van muziek op misselijkheid voor, tijdens en na chemotherapie en constateerde dat de 'muziekgroepen' minder misselijkheid rapporteerden en dat het langer duurde voordat bij hen misselijkheid optrad. Ezzone et al. (1998) laten zien dat misselijkheid en braken significant afnemen in de muziekgroep bij patiënten die hoge dosis cyclofosfamide (en anti-emetica) krijgen ter voorbereiding op beenmergtransplantatie. Geleide fantasie kan het effect van muziek luisteren op misselijkheid vergroten (King, 1997).

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat luisteren naar de favoriete muziek misselijkheid en braken vermindert bij patiënten met kanker die behandeld worden met chemotherapie. B Ezzone 1998 C Standley 1992
----------	---

Overige overwegingen

Alhoewel het effect van muziek luisteren niet is onderzocht bij palliatieve patiënten vinden de experts het de moeite waard om te proberen of het ook positieve effecten heeft bij deze patiënten. Een muziekinterventie is namelijk gemakkelijk uit te voeren, kost de patiënten weinig energie en er is weinig training van verpleegkundigen voor nodig (Haugney et al., 2004). Naasten van de patiënt kunnen helpen met de praktische uitvoering. Eventueel kan een muziektherapeut instructie geven.

Aanbeveling

Overweeg de patiënt naar zijn favoriete muziek te laten luisteren om misselijkheid en braken te verminderen. Betrek de naasten bij de uitvoering. Eventueel kan een muziektherapeut helpen.

6.4.6 Psychologische technieken

Misselijkheid en braken reageren slecht op anti-emetica wanneer psychische factoren (angst, spanning) of conditionering (anticipatoire misselijkheid en braken) een rol spelen. Psychologische technieken zijn werkzaam door het teweeg brengen van ontspanning, afleiding en/of gevoel van zelfcontrole. Een eerste keer is instructie door een psycholoog gewenst. Daarna kunnen arts, verpleegkundige of de patiënt zelf de techniek toepassen. Van de meeste technieken zijn eenvoudige vormen mogelijk die door anderen dan een psycholoog uitgevoerd kunnen worden. Deze gedragsinterventies hebben geen bijwerkingen. Welke interventie het meest effectief is, is niet bekend. De keuze moet dan ook afhangen van de voorkeur van de patiënt (King, 1997).

De volgende technieken worden beschreven:

- progressieve spierrelaxatie
- geleide fantasie
- cognitieve afleiding
- systematische desensitisatie

Progressieve spierrelaxatie

Palliatieve patiënten kunnen gemotiveerd worden ontspanningstechnieken te gebruiken: leg uit hoe angst en spanning het ontstaan van klachten beïnvloeden en verwijs hierbij naar resultaten van wetenschappelijk onderzoek. De motivatie van patiënten neemt verder toe wanneer zij zelf de techniek kunnen kiezen. Ook het inschakelen van naasten van de patiënt bij het aanleren van de techniek vergroot de motivatie (Gerits, 2000).

Eén van de meest gebruikte ontspanningstechnieken is progressieve spierrelaxatie. Het doel is het uitlokken van een ontspanningsreactie. Bij progressieve spierrelaxatie worden verschillende spiergroepen afwisselend aangespannen en weer ontspannen. De patiënt wordt zich daarbij bewust van het verschil tussen ontspanning en spanning. Spierrelaxatie is niet voorbehouden aan psychologen of maatschappelijk werkers. Verpleegkundigen kunnen gemakkelijk eenvoudige vormen aanleren. Wanneer er te weinig tijd is bij verpleegkundigen kan er met eenvoudige informatiebrochures of instructie-CD's gewerkt worden waarin de verschillende technieken worden toegelicht. Geïnteresseerde patiënten

kunnen dan worden doorverwezen naar externe relaxatietherapeuten (Gerits, 2000).

Volgens Rhodes & McDaniel is er in 2001 nog geen onderzoek gepubliceerd naar het effect van progressieve spierrelaxatie in de palliatieve zorg. Ook de systematische review levert geen resultaten met betrekking tot palliatieve zorg op. De hierna beschreven studies zijn hoofdzakelijk uitgevoerd bij curatieve patiënten die chemotherapie ontvangen.

Chemotherapie

De meta-analyse van Luebbert et al. (2001) toont een significant effect aan van relaxatie op misselijkheid. Over braken kon geen uitspraak worden gedaan. Molassiotis et al. (2002) onderzochten het effect van progressieve spierrelaxatie bij chemotherapie geïnduceerde misselijkheid en braken bij Chinese borstkankerpatiënten (n=71): spierrelaxatie aangevuld met geleide fantasie één uur voor behandeling met chemotherapie leidde tot een significante afname van de duur en frequentie van zowel misselijkheid als braken. De intensiteit van misselijkheid en braken veranderde niet. De meta-analyse van Devine (1995) laat zien dat progressieve spierrelaxatie in combinatie met geleide fantasie of meditatie bij misselijkheid voorafgaand aan (curatieve of palliatieve) chemotherapie leidt tot significante afname van de misselijkheid. De RCT van Vasterling et al. (1993) laat zien dat spierrelaxatie al dan niet in combinatie met afleiding effectief is in het verminderen van anticipatoire misselijkheid en braken.

Conclusies (chemotherapie)

Niveau 1	Het is aangetoond dat progressieve spierrelaxatie in combinatie met geleide fantasie preventief werkt tegen misselijkheid bij patiënten met kanker die behandeld worden met chemotherapie. A1 Luebbert 2001
Niveau 2	Het is aannemelijk dat progressieve spierrelaxatie, al dan niet in combinatie met geleide fantasie of meditatie, anticipatoire misselijkheid en braken vermindert bij patiënten die (palliatieve of curatieve) chemotherapie ontvangen. Dit effect neemt toe naarmate er meer sessies van chemotherapie zijn geweest. A2 Devine 1995

Niveau 2	Het is aannemelijk dat progressieve spierrelaxatie in combinatie met geleide fantasie de duur en frequentie van misselijkheid en braken vermindert bij patiënten met borstkanker die met chemotherapie behandeld worden en anti-emetica ontvangen. A2 Molassiotis 2002
----------	---

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat progressieve spierrelaxatie, al dan niet in combinatie met afleiding misselijkheid vóór chemotherapie vermindert bij zowel angstige als niet-angstige volwassen patiënten met kanker. B Vasterling 1993
----------	---

Overige overwegingen

Instructie over progressieve spierrelaxatie is relatief eenvoudig voor verpleegkundige en patiënt en is daarnaast weinig tijdrovend. Als de patiënt in staat is de instructie te ontvangen kan hij/zij de spierrelaxatie ook zelf toepassen en is het ook thuis mogelijk. Na mondelinge instructie kan met een cassettebandje/CD thuis verder geoefend worden. Dat de patiënt zelf iets kan doen geeft een gevoel van controle. Er zijn geen bijwerkingen en nauwelijks kosten. Er is sterk bewijs voor positieve effecten op misselijkheid en braken. Progressieve spierrelaxatie is één van de weinige interventies tegen anticipatoire misselijkheid en braken. De expertgroep is van mening dat bovenstaande conclusies naar patiënten met kanker in de palliatieve fase zijn door te trekken.

Aanbeveling

Overweeg bij palliatieve patiënten met kanker om progressieve spierrelaxatie toe te (laten) passen om misselijkheid en braken te verminderen.
Overweeg om progressieve spierrelaxatie toe te (laten) passen bij patiënten die worden behandeld met chemotherapie om misselijkheid en braken zowel voor als na de behandeling te verminderen.

Geleide fantasie

Geleide fantasie is een gedragsinterventie die patiënten uitnodigt zichzelf mentaal weg te voeren (van de plaats van chemotherapie) naar een plek of situatie waarin hij zich zeer prettig heeft gevoeld of zou voelen. Patiënten beelden zich in wat zij normaal gesproken voelen, horen, zien, proeven en ruiken op die favoriete plek. Het doel is om patiënten te laten ontspannen, angst te verminderen, anticipatoire misselijkheid te voorkomen en

gevoelens van zelfcontrole te vergroten. De term 'visualisatie' wordt ook vaak gebruikt. Visuele beelden (virtual reality) worden het meest gebruikt bij geleide fantasie, maar ook geluiden, geuren, smaken en sensorische of affectieve gevoelens kunnen gebruikt worden. Een enkele keer zijn er bijwerkingen van virtual reality op de geestelijke gezondheid gerapporteerd (King, 1997).

De systematische review heeft geen studies opgeleverd naar het effect van geleide fantasie op misselijkheid en braken bij palliatieve patiënten. Hieronder wordt daarom ingegaan op onderzoek uitgevoerd bij patiënten die chemotherapie krijgen.

Chemotherapie

Met behulp van geleide fantasie kunnen patiënten zich afschermen van de negatief aangeleerde prikkels die gepaard gaan met de chemotherapie. Twee RCT's in de systematische review van Roffe et al. (2005) die het effect van geleide fantasie op chemotherapie geïnduceerde misselijkheid onderzochten, vonden geen (significant) positieve effecten op misselijkheid en braken. Er is dus geen bewijs gevonden dat geleide fantasie als alleenstaande aanvullende therapie positieve effecten heeft op fysieke symptomen als misselijkheid en braken. King (1997) geeft echter aan dat geleide fantasie wel effectief is wanneer deze gecombineerd wordt met een andere interventie, zoals progressieve spierrelaxatie of muziek luisteren (zie ook de paragraaf over progressieve spierrelaxatie). Twee andere RCT's in de review van Roffe et al. tonen aan dat geleide fantasie gevoelens van comfort verhoogt.

Oyama et al. (2000) onderzoeken in een RCT het effect van het Bedside Wellness System op misselijkheid en braken. Tijdens toediening van chemotherapie werden patiënten in een virtuele wereld gebracht (bos, meer of plattelandsdorp) met behulp van LCD-schermen. Daarnaast kozen de patiënten een favoriete geur en favoriete muziek. De patiënten ondergingen het Bedside Wellness System tijdens hun eerste en hun tweede chemotherapiesessie. De interventiegroep vertoonde significant minder vertraagd braken dan de controlegroep. Daarnaast braakten de patiënten van de interventiegroep na de tweede sessie minder dan na de eerste sessie, terwijl bij de patiënten in de controlegroep braken na de tweede sessie was toegenomen. Oyama concludeert dat het Bedside Wellness System een effectieve manier is om braken door chemotherapie te behandelen. Dit virtual reality system is een nieuwe therapeutische methode die in de palliatieve zorg toegepast kan worden.

Conclusies

Niveau 2	Het is aannemelijk dat geleide fantasie als op zichzelf staande interventie geen positieve effecten heeft op chemotherapie geïnduceerde misselijkheid en braken bij patiënten met kanker. B Roffe 2005
----------	---

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het Bedside Wellness System (20 minuten in een virtuele wereld inclusief muziek en aromatische essentiële olie) vertraagd braken na chemotherapie vermindert. B Oyama 2000
----------	--

Overige overwegingen

Geleide fantasie kan op een eenvoudige, effectieve en goedkope manier toegepast worden. Verpleegkundigen kunnen eenvoudigere technieken voor geleide fantasie toepassen. Het vereist wel meer training dan bijvoorbeeld progressieve spierrelaxatie. In de thuis-situatie is zelfstandige toepassing door de patiënt lastiger, maar mogelijk wel haalbaar. Bij geleide fantasie is actieve deelname en een goede concentratie van de patiënt nodig. Het is daardoor niet geschikt voor alle patiënten. Het wordt door de meeste patiënten als prettig ervaren (VIKC, 2006).

De expertgroep is van mening dat het Bedside Wellness System praktisch niet haalbaar is en ook te duur is. Het onderzoek van Oyama et al. laat echter wel zien dat geleide fantasie effectief kan zijn bij misselijkheid en braken.

Aanbeveling

Pas geleide fantasie in combinatie met progressieve spierrelaxatie toe om misselijkheid en braken te verminderen. Pas geleide fantasie hiertoe niet als alleenstaande interventie toe.

Afleiding (cognitieve distractie)

Met cognitieve distractie, ofwel afleiding, wordt geprobeerd de aandacht van de patiënt weg te houden van de misselijkheid, het braken of de stimuli die eraan verbonden worden (King, 1997). Ook leidt distractie de aandacht af van onprettige fysieke gevoelens. De systematische review heeft geen studies opgeleverd die zijn uitgevoerd bij palliatieve

patiënten. Er zijn wel studies gevonden uitgevoerd bij curatieve patiënten. Hieronder wordt op deze studies ingegaan.

Chemotherapie

Als patiënten minder aandacht hebben voor de omgeving zullen ze minder snel stimuli uit de omgeving associëren met chemotherapiebijwerkingen en minder snel geconditioneerde symptomen ontwikkelen. Meerdere studies bij kinderen tonen aan dat simpele vormen van distractie, bijvoorbeeld computerspelletjes, anticipatoire misselijkheid en braken kunnen voorkomen (Vasterling et al., 1993; King, 1997). Patiënten die tijdens chemotherapie distractie, progressieve spierrelaxatie of een combinatie daarvan kregen aangeboden, rapporteerden significant minder misselijkheid voorafgaand aan de chemotherapie dan patiënten die geen interventie kregen (Vasterling et al, 1993). Voor braken werden geen significante verschillen gevonden. De impact van distractie en van progressieve spierrelaxatie was vrijwel gelijk. De effecten van distractie waren het grootst bij de eerste chemotherapie sessies. Mogelijk is het nodig om patiënten regelmatig nieuwe 'distractors' aan te bieden, zodat geen gewenning en verveeldheid optreedt.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat afleiding misselijkheid vóór de chemotherapie vermindert bij zowel angstige als niet-angstige volwassen kankerpatiënten. B Vasterling 1993
----------	--

Overige overwegingen

Afleiding lijkt even effectief als progressieve spierrelaxatie. Voor jongere patiënten is afleiding mogelijk een beter passende interventie. Afhankelijk van de beschikbaarheid van voorzieningen kunnen bijvoorbeeld computerspelletjes aangeboden worden. Het kost de verpleegkundigen weinig tijd en vraagt weinig instructie. Mogelijk is deze interventie niet van toepassing bij zeer misselijke patiënten in verband met de benodigde inspanning en concentratie. Er is geen evidence voor effecten van afleiding op misselijkheid en/of braken bij patiënten met kanker in de palliatieve fase die geen chemotherapie ondergaan. De expertgroep is echter van mening dat bovenstaande conclusie naar deze patiëntengroep is door te trekken.

Aanbeveling

Overweeg het toepassen van afleiding om misselijkheid en braken (voor chemotherapie) te verminderen. Dit geldt voor zowel angstige als niet-angstige patiënten. Ga bij jongere patiënten na of afleiding mogelijk meer passend is dan progressieve spierrelaxatie.

Systematische desensitisatie

Systematische desensitisatie is een gedragsinterventie die in combinatie met progressieve spierrelaxatie gebruikt wordt om anticipatoire misselijkheid en braken onder controle te krijgen. Onduidelijk is of het ook effectief is bij palliatieve chemotherapie. Behalve door klinisch psychologen kan het volgens Morrow et al. (1992) ook door verpleegkundigen en artsen effectief uitgevoerd worden. Hiervoor is wel intensieve training nodig (Eckert et al., 2001).

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat systematische desensitisatie zowel anticipatoire misselijkheid en braken als misselijkheid en braken na chemotherapie vermindert. B Morrow 1992
----------	---

Overige overwegingen

De expertgroep is van mening dat training van verpleegkundigen (te) veel tijd kost en dat systematische desensitisatie niet echt tot het domein van de verpleegkundige behoort. Het kan beter overgelaten worden aan gedragstherapeuten.

Aanbeveling

De patiënt die met chemotherapie behandeld wordt, kan op het bestaan van systematische desensitisatie geattendeerd worden en daarvoor een specialist raadplegen.

6.4.7 Overige niet-medicamenteuze interventies

Er zijn nog andere niet-medicamenteuze interventies die worden toegepast ter behandeling van misselijkheid en braken bij kankerpatiënten. Van acupunctuur zijn bijvoorbeeld positieve effecten op misselijkheid aangetoond (Ezzo et al., 2006). Dit geldt ook voor hypnotherapie (Deng et al 2004). Deze richtlijn gaat niet verder op deze interventies in, omdat deze aan specialisten overgelaten dienen te worden. De patiënt kan op de mogelijkheden geattendeerd worden.

Verder zijn er nog *alternatieve* therapieën zoals bijvoorbeeld het gebruik van Chinese kruiden (Taixiang, 2006). Deze richtlijn gaat niet op alternatieve interventies in, omdat zij niet tot het verpleegkundige domein behoren. Zij kunnen bovendien schadelijk zijn (Deng et al., 2004).

6.5 Wanneer vindt evaluatie van behandeling plaats?

Op basis van de review kan geen uitspraak worden gedaan over wanneer en op basis van welke criteria evaluatie van behandeling dient plaats te vinden. Campbell & Hately (2000) geven aan dat het continu meten van symptomen en het evalueren van interventies voor misselijkheid en braken door verpleegkundigen zeer belangrijk is. De beslissing om een interventie te starten of te veranderen dient met het multidisciplinaire team te worden gecommuniceerd (zie ook paragraaf 5.5).

Overige overwegingen

De experts zijn van mening dat behandelingsinterventies elke keer nadat zij zijn toegepast, geëvalueerd dienen te worden. Het is daartoe belangrijk dat ook vóór het toepassen van de interventie misselijkheid en braken gemeten worden. Het hangt van de soort interventie af hoe lang en hoe vaak na het toepassen ervan het beste geëvalueerd kan worden.

Aanbeveling

Evalueer interventies ter behandeling van misselijkheid en/of braken telkens nadat zij zijn toegepast. Meet ook misselijkheid en braken vóór toepassen van de interventie. Gebruik indien mogelijk een meetinstrument (telkens hetzelfde instrument) of vraag patiënt en naasten naar hun ervaringen.

6.6 Gezondheidswinst, risico's en bijwerkingen

Het afnemen van een anamnese levert gezondheidswinst op, doordat met behulp van de verkregen informatie de oorzaak van de misselijkheid en/of het braken vastgesteld kan worden. Hierdoor krijgt de patiënt sneller de juiste behandeling en kan de misselijkheid eerder verholpen/verminderd worden. Voor patiënten waarvoor deze anamnese te vermoeiend is, kan deze ingekort worden. Wanneer de verpleegkundige de patiënt goed observeert en persoonlijke risicofactoren bepaalt en de bevindingen aan de arts rapporteert kan het anti-emetica-beleid snel en juist op de individuele patiënt afgestemd worden. Hierdoor is adequate symptoombestrijding mogelijk wat de kwaliteit van leven verbetert.

De genoemde voedingsadviezen en -maatregelen dragen bij aan minder misselijkheid en braken en zodoende aan een betere kwaliteit van leven. Er zijn geen risico's of bijwerkingen aan de genoemde adviezen en maatregelen verbonden. Mondzorg kan belastend zijn voor de patiënt. Per patiënt dient de belasting tegen het belang ervan afgewogen worden. Het inbrengen van een PEG-katheter brengt risico op complicaties met zich mee. Alternatief is een maagsonde. Een PEG is echter minder belastend voor de patiënt. De patiënt dient bij de keuze betrokken te worden en de keuze dient afhankelijk te zijn van wat de beste kwaliteit van leven oplevert.

De gezondheidswinst die met behulp van complementaire zorg en psychologische technieken behaald kan worden, is ontspanning en afleiding van de patiënt. Hierdoor verkrijgt de patiënt gevoelens van comfort en van zelfcontrole. Ook wordt de aandacht van de klachten weggeleid. Dit alles verhoogt de kwaliteit van leven voor de patiënt. Er zijn geen bijwerkingen bekend en er zijn nauwelijks risico's aan verbonden: bij aromatherapie moet men zorgvuldig te werk gaan, omdat bij keuze van de verkeerde olie (geur) mogelijk de misselijkheid juist kan verergeren. Verder geeft de literatuur alleen bij geleide fantasie in de vorm van 'virtual reality' aan dat een enkele keer bijwerkingen op de geestelijke gezondheid zijn gerapporteerd. Massage bij terminale patiënten met gemetastaseerde kanker kan men het beste tot voetmassage beperken, omdat in de voet vrijwel nooit metastasen aanwezig zijn.

7 Implementatie

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt besproken met welke hulpmiddelen de toepassing van de richtlijn ondersteund wordt en welke veranderingen mogelijk nodig zijn om de aanbevelingen van de richtlijn toe te kunnen passen. Het gaat hierbij om organisatorische veranderingen, veranderingen op de afdeling of in de instelling en veranderingen in tijds- en geldbesteding. Of veranderingen daadwerkelijk nodig zijn, is afhankelijk van de omstandigheden van de organisatie.

7.2 Bevordering implementatie

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn is rekening gehouden met diverse factoren die het gebruik van de richtlijn in de praktijk bevorderen, namelijk:

- Inventariseren van knelpunten in de praktijk
- Uitvoeren van een systematische review voor de wetenschappelijke onderbouwing
- Vertegenwoordiging door relevante experts uit verschillende zorgsettings en disciplines
- Aandacht voor het patiëntenperspectief
- Toetsen van de richtlijn in de praktijk door verpleegkundigen
- Betrekken beroepsverenigingen en de VIKC (bron: Methodiek Richtlijnontwikkeling, LEVV).

Naast bovengenoemde factoren wordt implementatie van de richtlijn bevorderd, doordat de richtlijn tenminste op de volgende manieren verspreid is:

- Digitaal aanbieden van de richtlijn op Oncoline en Pallialine, website LEVV, website V&VN Oncologie, website V&VN Palliatieve verpleegkunde
- Verspreiden van de richtlijn via de eigenaars van de richtlijn
- Aanbieden van de richtlijn aan relevante beroepsverenigingen en verspreiden via deze verenigingen
- Verspreiden van de richtlijn via de Integrale Kankercentra.

Uit de resultaten van de praktijktoets bleek dat er behoefte is aan een hulpmiddel voor de implementatie van de richtlijn. Een goed hanteerbare concrete samenvatting van de aanbevelingen werd genoemd. Hiertoe is de praktijkkaart ontwikkeld. Op deze kaart staan de belangrijkste aanbevelingen van de richtlijn overzichtelijk weergegeven. De praktijkkaart is van een handzaam formaat en is te bestellen via de website van het LEVV. Verder werd na afloop van de praktijktoets voorgesteld de richtlijn aan te bieden in de Oncologie vervolgopleiding ter bevordering van de implementatie. Naast deze mogelijk bevorderende factoren werden uit de praktijktoets ook factoren duidelijk die belemmerend zouden kunnen werken op de implementatie van de richtlijn. Deze factoren staan beschreven in [Bijlage 5](#). Tevens is daarbij aangegeven hoe deze belemmeringen opgelost zijn.

7.3 Benodigde veranderingen

Organisatorische veranderingen

Voor een aantal aanbevelingen kunnen organisatorische veranderingen nodig zijn om ze toe te kunnen passen. Zo kunnen organisatorische veranderingen nodig zijn om ervoor te zorgen dat met elke patiënt vanaf het eerste contact misselijkheid en braken besproken kan worden. Verder dient de verpleegkundige een grotere rol bij de bepaling van het anti-emeticabeleid te krijgen: de arts dient bij het vaststellen van het anti-emeticabeleid de informatie die de verpleegkundige verzamelt heeft, mee te nemen. Dit geldt ook voor het vaststellen van de oorzaak van misselijkheid en/of het braken.

Indien misselijkheid en braken nog niet systematisch gemeten worden met een meetinstrument moeten er voorafgaand aan de implementatie afspraken met de betrokken disciplines gemaakt worden. De afspraken dienen vastgelegd te worden. Er moet een meetinstrument uitgekozen worden en de verpleegkundigen dienen een kleine scholing te krijgen in het werken met dit instrument. Wanneer een goed hanteerbaar instrument gekozen wordt, zal slechts beperkte scholing nodig zijn. In de thuiszorg zal het vaak niet mogelijk zijn om dagelijks misselijkheid te meten. In dat geval kan de patiënt een klachten-dagboekje bijhouden of kan mogelijk telefonische controle ingevoerd worden.

Om complementaire zorg of psychologische technieken toe te kunnen (laten) passen, moeten afspraken gemaakt worden met de leidinggevenden van de afdeling en/of de organisatie of instelling. Er kan bijvoorbeeld (in eerste instantie) voor één techniek gekozen worden. Nadat de keuze is gemaakt, moeten mogelijk enkele (hulp)middelen aangeschaft worden. Alle verpleegkundigen moeten ervan op de hoogte gesteld worden, dat een bepaalde techniek of zorgvorm aan de patiënten aangeboden kan worden. Indien het niet

haalbaar is om alle verpleegkundigen te scholen in de nieuwe techniek kan worden volstaan door enkele verpleegkundigen te scholen. Het is ook mogelijk dat er voor één of enkele dagen in de week een specialist aangetrokken wordt, zoals bijvoorbeeld een psycholoog of masseur.

Aanpassen protocollen

Andere benodigde veranderingen zijn dat (afdelings)protocollen opgesteld of aangepast dienen te worden. Dit kan nodig zijn voor bijvoorbeeld het afnemen van een anamnese om informatie over de mogelijke oorzaak van de misselijkheid of het braken te krijgen: er moet een anamneseformulier ontwikkeld worden en dit moet vervolgens gebruikt worden. Nieuwe protocollen zijn (mogelijk) nodig voor het geven van voorlichting, het toepassen en evalueren van preventieve interventies en het overwegen en bespreken in het multidisciplinaire team van complementaire zorg en psychologische technieken. Indien misselijkheid en braken nog niet systematisch worden beoordeeld, zal het werken met een meetinstrument ingevoerd moeten worden op de afdeling/in de organisatie en kan scholing van verpleegkundigen gewenst zijn.

7.4 Kostenimplicaties

Aan de implementatie van de aanbevelingen van de richtlijn zijn over het algemeen niet veel kosten verbonden:

Signaleren

Met betrekking tot signaleren zijn er behalve een meetinstrument geen hulpmiddelen nodig. De beste meetinstrumenten zijn achter in deze richtlijn opgenomen en kunnen voor gebruik gekopieerd worden. Verder hebben de verpleegkundigen wel tijd nodig om de meetinstrumenten in te (laten) vullen. Afhankelijk van het ziektestadium kunnen patiënten deze instrumenten zelf invullen of met hulp van naasten, dit bespaart de verpleegkundige tijd.

Preventie

Het toepassen van de preventieve aanbevelingen kost zowel weinig geld als tijd. Er dient wel enige voorlichting aan de patiënt gegeven te worden. De genoemde preventieve interventies zijn met name aandachtspunten en soms redelijk vanzelfsprekend dat er rekening mee gehouden moet worden, zoals bijvoorbeeld het in de gaten houden van de darmwerking en het voorkomen van geuren. Anti-emetica moeten optimaal verstrekt worden aan de patiënt. Hiermee worden echter weer andere complicaties (bijvoorbeeld gewichts-

verlies door niet kunnen eten door misselijkheid of dehydratie door heftig braken) voorkomen. Het aanleren van effectief zelfzorggedrag (dat wil met name zeggen dat de patiënt gewezen wordt op het belang van het innemen van de anti-emetica) kost ook nauwelijks tijd en bevordert de therapietrouw.

Behandeling

Als eenmaal misselijkheid en/of braken gesignaleerd zijn, dient de verpleegkundige een anamnese af te nemen om informatie over de oorzaak van de misselijkheid en het braken te verkrijgen. Het afnemen van deze anamnese kost de verpleegkundige tijd. Later levert deze anamnese echter weer tijdswinst op, omdat de arts op grond van deze informatie sneller een diagnose kan stellen. De patiënt kan hierdoor sneller de juiste behandeling krijgen.

Om complementaire zorg of psychologische technieken toe te kunnen passen, zal enige scholing van verpleegkundigen nodig zijn. Indien dit niet mogelijk is, kunnen de patiënt en naasten op de verschillende mogelijkheden geattendeerd worden en kunnen zij eventueel zelf therapeuten inschakelen. Als men eenmaal geschoold is, zijn er nauwelijks kosten aan niet-medicamenteuze interventies verbonden. Het gaat hooguit om massage-olie of eventueel aromatische olie, acupressuur-polsbandjes. De patiënt of zijn naasten kunnen zelf voor muziek zorgen en afleiding is op meerdere manieren in te vullen. Indien de patiënt behoefte heeft aan bijvoorbeeld acupunctuur zal hij of zijn zorgverzekeraar deze zelf betalen.

8 Indicatoren

8.1 Inleiding

Bij de kernaanbevelingen van deze richtlijn zijn indicatoren ontwikkeld. Indicatoren zijn criteria aan de hand waarvan bepaald kan worden of de richtlijn nageleefd wordt. Indicatoren zijn maten of getallen die een aanwijzing geven over de geleverde kwaliteit van zorg. Met behulp van een indicator kan bijvoorbeeld nagegaan worden of een bepaalde interventie (goed) uitgevoerd wordt. Een indicator wordt meestal uitgedrukt in een breuk. Een breuk bestaat uit een teller (boven de streep) en een noemer (onder de streep). Als de teller en noemer worden gedeeld en de uitkomst hiervan wordt vermenigvuldigt met 100, komt er een percentage uit. Bij een indicator kan een streefnorm vastgesteld worden. Dit is de minimale (of maximale, afhankelijk van de indicator) uitkomst van de indicator om van verantwoorde zorg te kunnen spreken. De streefnorm wordt uitgedrukt in procenten (Poot, 2006).

Er zijn verschillende soorten indicatoren: externe en interne indicatoren. Externe indicatoren zijn bedoeld om verantwoording af te leggen aan anderen, aan de buitenwereld (bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg). Interne indicatoren zijn bedoeld om te gebruiken binnen de instelling of afdeling. De in de volgende paragraaf genoemde indicatoren zijn interne indicatoren.

Zowel interne als externe indicatoren kunnen onderverdeeld worden in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

- **Structuurindicator:** hierbij gaat het om de randvoorwaarden die in een instelling aanwezig moeten zijn om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren
- **Procesindicator:** hierbij gaat het om hoe de zorgverlener moet handelen om goede kwaliteit van zorg te leveren
- **Uitkomstindicator:** hierbij gaat het om de cliënt. Wordt de cliënt er daadwerkelijk beter van? (Poot, 2006).

8.2 Indicatoren bij de richtlijn Misselijkheid en braken

Met *'patiënten met kanker'* worden steeds volwassen patiënten met kanker bedoeld, die zich in de palliatieve fase bevinden. De indicatoren kunnen steeds per afdeling, per aantal afdelingen of per instelling/organisatie bepaald worden.

Structuurindicatoren

Indicator 1.1	Meetinstrument voor misselijkheid en braken
Omschrijving:	aanwezigheid van het klachtendagboek gebaseerd op de ESAS of van het meetinstrument MDASI om misselijkheid en braken te signaleren en te beoordelen.
Type indicator:	structuur
Vraag:	Is de ESAS of de MDASI aanwezig?
Antwoord:	Ja/nee

Indicator 1.2	Bekwaamheid verpleegkundigen
Omschrijving:	aanwezigheid van verpleegkundigen die het klachtendagboek gebaseerd op de ESAS of het meetinstrument MDASI toe kunnen passen
Type indicator:	structuur
Vraag:	Zijn er verpleegkundigen die de ESAS of de MDASI toe kunnen passen?
Antwoord:	Ja/nee

Procesindicatoren

Indicator 2.1	Signaleren: misselijkheid niet onder controle
Omschrijving:	percentage patiënten ¹ waarbij misselijkheid en braken niet onder controle zijn en waarbij dagelijks misselijkheid en braken met behulp van een meetinstrument gemeten zijn
Type indicator:	proces
Teller:	aantal patiënten waarbij dagelijks met behulp van een meetinstrument gemeten is
Noemer:	totaal aantal patiënten ¹ waarbij misselijkheid of braken niet onder controle is

¹ patiënten met kanker in de palliatieve fase

Indicator 2.2 Signaleren: misselijkheid onder controle

Omschrijving:	percentage patiënten ¹ waarbij misselijkheid en braken onder controle zijn en waarbij wekelijks misselijkheid en braken met behulp van een meetinstrument gemeten zijn
Type indicator:	proces
Teller:	aantal patiënten waarbij wekelijks met behulp van een meetinstrument gemeten is
Noemer:	totaal aantal patiënten ¹ waarbij misselijkheid en braken onder controle zijn

Indicator 2.3 Preventieve interventies

Omschrijving:	percentage patiënten ¹ waarbij preventieve interventies* zijn toegepast
Type indicator:	proces
Teller:	aantal patiënten waarbij preventieve interventies* zijn toegepast
Noemer:	totaal aantal patiënten ¹
* de indicator kan gesplitst worden in aparte indicatoren voor de afzonderlijke preventieve interventies: angst voorkomen, constipatie voorkomen, geuren voorkomen, anti-emeticebeleid optimaal uitvoeren, voorlichting geven	

Indicator 2.4 Zelfzorggedrag

Omschrijving:	percentage patiënten ¹ dat effectief zelfzorggedrag geleerd heeft
Type indicator:	proces
Teller:	aantal patiënten dat effectief zelfzorggedrag geleerd heeft
Noemer:	totaal aantal patiënten ¹

Indicator 2.5 Evaluatie preventieve interventies

Omschrijving:	percentage toegepaste preventieve interventies dat geëvalueerd is met behulp van een meetinstrument en waarover gerapporteerd is
Type indicator:	proces
Teller:	aantal toegepaste preventieve interventies dat geëvalueerd is met behulp van een meetinstrument en waarover gerapporteerd is
Noemer:	totaal aantal toegepaste preventieve interventies

Indicator 2.6 Anamnese

Omschrijving:	percentage patiënten ¹ met misselijkheid of braken waarbij een anamnese om de oorzaak vast te kunnen stellen, is afgenomen
Type indicator:	proces
Teller:	aantal patiënten waarbij een anamnese is afgenomen
Noemer:	totaal aantal patiënten ¹ met misselijkheid of braken

Indicator 2.7	Complementaire zorg/psychologische technieken
Omschrijving:	percentage patiënten ¹ met misselijkheid of braken waarbij het toepassen van complementaire zorg of psychologische technieken is overwogen en besproken in het multidisciplinaire team.
Type indicator:	proces
Teller:	aantal patiënten waarbij het toepassen van complementaire zorg of psychologische technieken is overwogen en besproken in het multidisciplinaire team.
Noemer:	totaal aantal patiënten ¹ met misselijkheid of braken

Indicator 2.8	Voeding
Omschrijving:	percentage patiënten ¹ met misselijkheid of braken dat voedingsadviezen heeft gehad en waarbij voedingsmaatregelen zijn toegepast.
Type indicator:	proces
Teller:	aantal patiënten dat voedingsadviezen heeft gehad en waarbij voedingsmaatregelen zijn toegepast
Noemer:	totaal aantal patiënten ¹ met misselijkheid of braken

Indicator 2.9	Evaluatie behandelingsinterventies
Omschrijving:	percentage toegepaste behandelingsinterventies dat geëvalueerd is met behulp van een meetinstrument en waarover gerapporteerd is
Type indicator:	proces

¹ patiënten met kanker in de palliatieve fase

Teller:	aantal toegepaste behandelingsinterventies dat geëvalueerd is met behulp van een meetinstrument en waarover gerapporteerd is
Noemer:	totaal aantal toegepaste behandelingsinterventies

Uitkomstindicatoren

Indicator 3.1	Prevalentie
Omschrijving:	percentage patiënten ¹ dat op controlemoment X misselijkheid of braken ervaart
Type indicator:	uitkomst
Teller:	aantal patiënten dat op controlemoment X misselijkheid of braken ervaart
Noemer:	totaal aantal patiënten ¹ op controlemoment X

Indicator 3.2	Incidentie
Omschrijving:	percentage nieuwe patiënten ¹ dat misselijkheid of braken ervaren heeft in een bepaalde periode
Type indicator:	uitkomst
Teller:	aantal nieuwe patiënten dat misselijkheid of braken ervaren heeft in een bepaalde periode
Noemer:	totaal aantal nieuwe patiënten ¹ in een bepaalde periode

Referenties

Ahles, TA et al. Massage therapy for patients undergoing autologous bone marrow transplantation. *Journal of Pain and Symptom Management* 1999;18:157-163.

Andrykowski, MA, Jacobsen, PB. Anticipatory nausea and vomiting with cancer therapy. In: Breitbart W, Holland J eds. *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients*. Washington DC: American Psychiatric Press 1993:107-128.

Andrykowski, MA. The role of anxiety in the development of anticipatory nausea in cancer chemotherapy: A review and synthesis. *Psychosom Med*. 1990;52:458-475.

Andrykowski MA. Defining anticipatory nausea and vomiting: differences among cancer chemotherapy patients who report pretreatment nausea. *J Behav Med* 1988 Feb; 11(1):59-69.

Andrykowski, MA. Development of anticipatory nausea: a prospective analysis. *J Consult Clin Psychol* 1985 Aug;53(4):447-54.

Arends J et al. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: Non-surgical oncology. *Clinical Nutrition* 2006;25:245-259.

Baines MJ. ABC of palliative care: nausea, vomiting and intestinal obstruction. *Clinical review*. *British Medical Journal* 1997;315:1148-1150.

Beck D, Kettler D. Symptomkontrolle in der Palliativmedizin. *Der Schmerz*, 2001;5(15):320-332.

Boudreaux E. Anticipatory Nausea and vomiting: A review of Psychological Interventions. *Int J Rehab Health* 1995;1(2).

Boxtel van RJJ. Palliatieve zorg thuis: Een praktische handleiding voor de zorg aan een ernstige zieke. Rotterdam: AZR-Daniel/ Integraal Kankercentrum Rotterdam; 2000.

Braud AC et al. Nurses' repeat measurement of chemotherapy symptoms: feasibility, resulting information, patient satisfaction. *Cancer Nurs.* 2003 Dec;26(6):468-75.

Brooksbank MA et al. Palliative venting gastrostomy in malignant intestinal obstruction. *Palliat Med* 2002 Nov; 16(6):520-6.

Burish TG et al. Preparing patients for cancer chemotherapy: effect of coping preparation and relaxation interventions. *J Consult Clin Psychol* 1991 Aug; 59(4):518-25.

Campbell T, Hately J. The management of nausea and vomiting in advanced cancer. *Int J Palliat Nurs* 2000 Jan; 6(1):18-25. Review.

Capital Health, Caritas Health Group. Regional Palliative Care Program. Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System. 2001.

Cassileth BR, Vickers AJ. Massage therapy for symptom control: Outcome study at a major cancer center. *Journal of Pain and Symptom Management* 2004; 28:244-249.

CBS. www.cbs.nl. Cijfers per thema. Gezondheid en welzijn. Statline, 2004.

Chang T et al. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *Cancer* 2000;88:2164-71.

Chelf JH et al. Cancer-related patient education: an overview of the last decade of evaluation and research. *Oncol Nurs Forum* 2001 Aug;28(7):1139-47. Review.

Cleeland CS et al. Assessing symptom distress in cancer patients: the M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer* 2000 Oct 1;89(7):1634-46.

Cullum N. Evidence based nursing: uitdagingen en mogelijkheden. Anna Reyvaan Lezing 2000. *Verpleegkunde Nieuws* 2000.

Deng G et al. Complementary therapies for cancer-related symptoms. *J Supportive Oncology* 2004;2(5):419-430.

Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncology Nursing Forum* 1995;22(9):1369-81.

Doornink et al. *Leidraad voor voedingsdeskundigen bij kanker*. Haarlem: De Toorts;2006 4^e editie.

Eckert RM. Understanding anticipatory nausea. *Continuing Education* 2001;28(10).

Ezzo JM, Richardson MA, Vickers A, Allen C, Dibble SL, Issell BF et al. Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting. *The Cochrane Database of systematic reviews* 2006 Issue 2.

Ezzone S et al. Music as an adjunct to antiemetic therapy. *Oncol Nurs Forum* 1998 Oct; 25(9):1551-6.

Fellowes et al. Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004;2: CD002287.

Ferrell BR, Coyle N (eds.). *Textbook of Palliative Nursing*. Oxford University 2006.

Fessele KS. Managing the multiple causes of nausea and vomiting in the patient with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1996 Oct; 23(9):1409-15.

Foubert J, Vaessen G. Nausea: the neglected symptom? *European Journal of Oncology Nursing* 2005 Mar;9 issue 1:21-32.

Gemlo et al. Home support of patients with end-stage malignant bowel obstruction using hydration and venting gastrostomy. *Am J Surg* 1986 Jul;152(1):100-4.

Gerits P. Verbeteren van levenskwaliteit door toepassing van relaxatietechnieken bij palliatieve patiënten. In: Spijker GJH, Laarman MJB (eds.). *De praktijk van palliatieve zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2000:141-150.

Gilligan NP. The palliation of nausea in hospice and palliative care patients with essential oils of Pimpinella anisum (aniseed), Foeniculum vulgare var. dulce (sweet fennel), Anthemis nobilis (Roman chamomile) and Mentha x piperita (peppermint). The international Journal of Aromatherapy 2005;15:163-167.

Graelish L et al. Foot massage: A nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. Cancer nursing 2000;23:237-243.

Groenvold M et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. Eur J Cancer 2006 Jan;42(1):55-64. Epub 2005 Sep 12.

Foltz AT, Gaines G et al. Recalled side effects and self-care actions of patients receiving inpatient chemotherapy. Oncology Nursing Forum 1996;23(4): 679-683.

Hanssens M. Nevenwerkingen van chemotherapie bij palliatieve patiënt. 2004
Beschikbaar via: www.pzwvl.be/profvormdetail.asp?nid=1&amid=14.

Haughney A. Nausea & vomiting in end-stage cancer. Am J Nurs 2004 Nov;104(11):40-8; quiz 49. Review.

Hoekstra J et al. The Symptom Monitor. A diary for monitoring physical symptoms for cancer patients in palliative care: feasibility, reliability and compliance. Journal of pain and symptom management 2004;27(1):24-35.

Hoekstra J et al. Using the Symptom Monitor in a randomized controlled trial: the effect on symptom prevalence and severity. Journal of Pain and Symptom Management 2006;31(1):22-30.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Handleiding voor werkgroepleden, januari 2006.

King CR. Nonpharmacologic management of chemotherapy-induced nausea and vomiting Oncology Nursing Forum 1997;24(7, Suppl.):41-48.

LEVV. Richtlijn Orale mucositis bij patiënten met kanker, 2007. Beschikbaar via:
www.oncoline.nl; www.levv.nl .

Leventhal H. et al. The role of motion sickness in predicting anticipatory nausea. *Journal of Behavioral Medicine* 1988; 11(2):117-130.

Lindley et al. Nausea and vomiting and cancer patients' quality of life: a discussion of Professor Selby's paper. *Br J Cancer Suppl.* 1992 Dec;19:S26-9.

Luebbert K et al. The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology* 2001 Nov-Dec;10(6):490-502.

Malone JM et al. Palliation of small bowel obstruction by percutaneous gastrostomy in patients with progressive ovarian carcinoma. *Obstet Gynecol* 1986 Sep;68(3):431-3.

McDaniel RW, Rhodes VA. Development of a preparatory sensory information videotape for women receiving chemotherapy for breast cancer. *Cancer Nurs* 1998 Apr; 21(2):143-8.

McVey, P. Nausea and vomiting in the patient with advanced cancer: an overview of pharmacological and non-pharmacological management. *Collegian* 2001;8(2).

M.D. Anderson Cancer Center 2006; www.mdanderson.org.

Modonesi C et al. Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the edmonton symptom assessment system. *J Pain Symptom Management* 2005 Oct; 30(4):367-73.

Molassiotis A et al. The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: A randomised controlled trial. *Supportive Care in Cancer* 2002;10:237-246.

Morita T et al. Contributing Factors to Physical Symptoms in Terminally-Ill Cancer Patients. *J Pain Symp Management* 1999;18(5).

Moro C et al. Edmonton symptom assessment scale : Italian validation in two palliative care settings. *Support Care Cancer* 2006;14:30-37.

Morrow GR, Rosenthal SN. Models, mechanisms, and management of anticipatory nausea and emesis. *Oncology* 1996;53 (suppl.1):4-7.

Morrow GR et al. Comparing the effectiveness of behavioral treatment for chemotherapy-induced nausea and vomiting when administered by oncologists, oncology nurses, and clinical psychologists. *Health Psychology* 1992;11(4):250-256.

Morrow GR et al. Predicting development of anticipatory nausea in cancer patients: prospective examination of eight clinical characteristics. *Journal of Pain and Symptom Management* 1991;6(4).

Morrow G. Assessment of nausea and vomiting: Past problems, current issues and suggestions for future research. *Cancer* 1984;53:2267-2278.

Nail M, Jones L et al. Use and perceived efficacy of self-care activities in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum* 1991;18(5):883-887.

Oyama, H et al. Using the bedside wellness system during chemotherapy decreases fatigue and emesis in cancer patients. *J Med Syst.* 2000 Jun;24(3):173-82.

Pan CX et al. Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life: a systematic review. *Journal of Pain and symptom management* 2000;20(5):374-387.

Peruselli C et al. Quality-of-life assessment in a home care program for advanced cancer patients: a study using the Symptom Distress Scale. *J Pain Symptom Manage* 1993 Jul; 8(5):306-11.

Petersen MA et al. and for the European organisation for research and treatment of cancer quality of life group. Item response theory was used to shorten EORTC QLQ-C30 scales for use in palliative care. *Journal of Clinical Epidemiology* 2006;59 (1): 36-44.

Philip J et al. Concurrent validity of the modified Edmonton Symptom Assessment System with the Rotterdam Symptom Checklist and the brief pain inventory. *Support Care Cancer* 1998;6:539-541.

Potting CMJ, Blijlevens NAM, Donnelly JP, Feuth T, Van Achterberg T. A scoring system for the assessment of oral mucositis in daily nursing practice. *European J of Cancer Care* 2006;15:228-234.

Rhodes VA, McDaniel RW. Nausea, vomiting, and retching: complex problems in palliative care. *CA Cancer J Clin* 2001 Jul-Aug;51(4):232-48; Erratum in: *CA Cancer J Clin* 2001 Sep-Oct;51(5):320.

Rhodes VA, McDaniel RW. The Index of Nausea, Vomiting, and Retching : a new format of the Index of Nausea and Vomiting. *Oncology Nursing Forum* 1999;26(5):889-894.

Rhodes VA et al. Development of reliable and valid measures of nausea and vomiting. *Cancer Nursing* 1984 feb;33-41.

Roffe L et al. A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psychooncology* 2005 Aug;14(8):607-17. Review.

Sarna L. Effectiveness of structural nursing assessment of symptom distress in advanced lung cancer. *Oncology Nursing Forum* 1998;25:1041-1048.

Standley JM. *Clinical applications of music and chemotherapy: the effects on nausea and emesis*. Tallahassee: Center for Music Research, Florida State University; 1992.

Stockhorst U et al. Effects of overshadowing on conditional nausea in cancer patients: an experimental study. *Physiology & behavior* 1998;64(5):743-753.

Taixiang W, MunroAJ, Guanjian L. Chinese medical herbs for chemotherapy side effects in colorectal cancer patients. *The Cochrane Collaboration* 2006 (published by John Wiley & Sons, Ltd. (ISSN 1464-780X)).

Teunissen SCCM et al. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007;34(1):94-104.

The AGREE Collaboration. 2001. Appraisal of guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org

Thompson I. The management of nausea and vomiting in palliative care. *Nursing Standard* 2004;19(8):46-53.

Tomoyasu N. et al. Conditioned reactions tot cancer chemotherapy: percent reinforcement predicts anticipatory nausea. *Physiology & Behavior* 1996;59(2):273-276.

Vasterling J et al. Cognitive distraction and relaxation training for the control of side effects due to cancer chemotherapy. *J Behav Med* 1993 Feb;16(1):65-80.

VIKC. Landelijke Oncologische Verpleegkundige Richtlijnen. 2000.

VIKC. Projectgroep Digitale Palliatieve Richtlijnen. Richtlijn Misselijkheid en braken. 2006. Beschikbaar via: www.oncoline.nl.

VIKC. Zakboekje Palliatieve Zorg. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra; 2006.

Verpleegkundig perspectief. Geselecteerde vakliteratuur voor de verpleegkundige. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum; 2005.

Vogel J. Hoofdstuk Kanker. In: Donker A et al., redacteur. Dieetbehandelingsrichtlijnen. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg; 2003.

Watson JP et al. Percutaneous endoscopic gastroenterostomy and jejunal extension for gastric stasis in pancreatic carcinoma. *Palliat Med* 1997 Sep;11(5):407-10.

WHO 2002. Definitie palliatieve zorg. www.palliatievezorg.nl.

Williams SA, Schreier AM. The effect of Education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 2004;31(1):E16-E23.

Wilcock A et al. Does aromatherapy massage benefit patients with cancer attending a specialist palliative care day centre? *Palliat Med* 2004;18(4):287-90.

Wilkinson S et al. Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2007;25(5):532-9.

Wright LD. The use of motion sickness bands to control nausea and vomiting in a group of hospice patients. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 2005;22(1):49-53.

Wright K, Myint AS. The colorectal cancer clinical nurse specialist in chemotherapy. *Hosp Med* 2003 Jun; 64(6):333-6.

Williams, SA, Schreier, AM. The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncology Nursing forum* 2004;31: E16-E23.

Zachrisson U, Furst CJ. Drug infusors in palliative medicine: a Swedish inquiry. *J Pain Symptom Manage* 1998 May;15(5):299-304.

Bijlagen

Bijlage 1 Resultaten knelpuntenanalyse

De digitale vragenlijst is door 57 verpleegkundigen uit het netwerk palliatieve zorg volledig ingevuld in het najaar van 2005. Hieronder staan de gestelde vragen en de daarbij (meest) gegeven antwoorden. In percentages (%) staat aangegeven hoeveel respondenten voor een bepaald antwoord kozen. Soms konden meerdere antwoorden gegeven worden.

1. In welke zorgsetting bent u werkzaam?

Ziekenhuis:	40%
Thuiszorg:	30%
Hospice:	21%
Verpleeghuis:	5%
Overig:	11%

2. Hoeveel oncologische patiënten in de palliatieve fase ziet u gemiddeld per week?

Gemiddelde antwoord: 5.9

3. Hoeveel van deze patiënten hebben last van misselijkheid en/of braken?

Gemiddelde antwoord: 53%

4. Wat zijn de meest voorkomende oorzaken van misselijkheid en braken bij uw patiëntengroep? Zet m.b.v. de pijlen onderstaande aspecten in volgorde van belangrijkheid (1= meest belangrijk, 10= minst belangrijk)

	gemiddelde scores
1 Opioiden	3.1
2 Chemotherapeutica	3.5
3 De tumor zelf	3.9

4 Andere medicamenten	4.9
5 Pijn	5.5
6 Radiotherapie	6.2
7 Angst	6.4
8 Ileus	6.6
9 Spanning	7
10 Anticipatie	7.9

5. Zijn er nog andere oorzaken van misselijkheid en/of braken bij uw patiëntengroep?

Open vraag, meest gegeven antwoorden staan hieronder:

metastasen	7%
obstipatie	7%
mondproblemen	5%
ascites	4%

6. Van welke gevolgen hebben patiënten, volgens u, de meeste last?

Zet m.b.v. de pijlen onderstaande aspecten in volgorde van belangrijkheid (1= meest belangrijk, 13= minst belangrijk)

	gemiddelde scores
1 Niet kunnen innemen orale medicatie	4.1
2 Dehydratie	4.3
3 Ondervoeding	4.8
4 Niet-instelbare pijnbestrijding	6.5
5 Verstoring dagelijkse activiteiten	6.7
6 Niet willen innemen van orale medicatie	7
7 Moeheid	7.5
8 Niet kunnen vervolgen behandeling	7.5
9 Houdingsafhankelijkheid (stil moeten liggen)	8.1
10 Slapeloosheid	8.3
11 Pijn	8.4
12 Niet willen vervolgen behandeling	8.8
13 Verstoring relaties en contacten	9.3

7. Zijn er nog andere gevolgen waar patiënten, volgens u, de meeste last van hebben?

Open vraag: meest gegeven antwoorden staan hieronder:

continu ziek zijn/depressie/isolement	18%
---------------------------------------	-----

mondproblemen (smaak, droog, geïrriteerd)	18%
pijnlijke slokdarm	4%
niet verdragen bepaalde geuren	4%

8. Gebruikt u een protocol/richtlijn voor het voorkomen, signaleren en/of behandelen van misselijkheid en braken bij volwassen patiënten met een oncologische aandoening in de palliatieve fase?

Ja	32%
Nee	68% (n=39)

Gebruik van een richtlijn uitgesplitst naar setting waarin men werkzaam is:

Verpleeghuis:	33%
Thuiszorg:	35%
Hospice:	50%
Ziekenhuis:	17%

9. Indien u geen protocol gebruikt (n=39), mist u een dergelijke protocol/richtlijn?

Ja	80%
Nee	20%

Het missen van een richtlijn uitgesplitst naar setting waarin men werkzaam is:

Verpleeghuis:	100% (n= 2)
Thuiszorg:	91% (n= 11)
Hospice:	83% (n= 6)
Ziekenhuis:	74% (n= 19)

10. Welke van de volgende onderwerpen worden beschreven in uw richtlijn?

1 Medicamenteuze behandelingsvoorschriften	89%
2 Voedingsadviezen	83%
3 Voorlichting patiënt en naasten	78%
4 Signaleren misselijkheid en braken	72%
5 Houdingsadviezen	67%
5 Begeleiding patiënt en naasten	67%
6 Diagnostiek misselijkheid en braken	56%
7 Psychologische technieken	50%
8 Toedienen vocht en elektrolyten	44%

9 Maagsonde/hevel	39%
9 Assessment misselijkheid en braken	39%
10 Anders, ...	33%

Andere genoemde onderwerpen zijn::

- inhoud zoals IKMN richtlijn
- inhoud zoals Kittzprotocollen
- oorzaken, zelfzorgmanagement
- in protocol chemotherapie: toxiciteitscore, inventarisatielijst ondervoeding
- aromatherapie.

11. Wat levert in de praktijk de meeste vragen, knelpunten, problemen voor u op in de zorgverlening aan volwassen oncologische patiënten met misselijkheid en/of braken in de palliatieve fase?

Open vraag, de meest gegeven antwoorden staan hieronder:

Onduidelijk hoe misselijkheid/braken het beste te behandelen is	53%
Achterhalen oorzaak misselijkheid/braken	19%
Medicatie (anti-emetica) werkt vaak niet	14%
Onduidelijk welke niet-medicamenteuze oplossingen er zijn (bijv. voeding)	11%
De grote invloed van misselijkheid/braken op welbevinden patiënt	11%

12. Welke van de onderstaande onderwerpen moeten zeker in de nieuwe richtlijn aan de orde komen? Zet m.b.v. de pijlen onderstaande aspecten in volgorde van belangrijkheid (1= meest belangrijk, 12= minst belangrijk)

	gemiddelde scores
1 Voorlichting en communicatie	3
2 Signaleren misselijkheid en braken	3.6
3 Observatie misselijkheid en braken	4.5
4 Diagnostiek misselijkheid en braken	4.7
5 Medicamenteuze behandelingsvoorschriften	5.6
6 Assessment misselijkheid en braken	5.8
7 Voedingsadviezen	6.8
8 Begeleiding patiënt en naasten	7.2
9 Psychologische aspecten/technieken	7.7
10 Toedienen vocht en elektrolyten	8.7
11 Houdingsadviezen	9.9
12 Maagsonde/hevel	10.5

13. Welke andere aspecten dienen, volgens u, zeker in de richtlijn opgenomen te worden?

Open vraag, de meest gegeven antwoorden staan hieronder:

- Ethiek met betrekking tot kunstmatige vocht-/voedingstoediening
- Bijwerkingen van geneesmiddelen
- Complementaire behandelopties: (acupunctuur, aromatherapie, hypnose, chirurgische interventies)
- Mondverzorging
- Aparte aandacht voor palliatieve *terminale* fase

Bijlage 2 Verantwoording systematische review

Afbakening van het onderwerp

- volwassen patiënten met een oncologische aandoening en misselijkheid en braken
- de interventie betreft het verpleegkundig handelen/ verpleegkundige zorg of is eenvoudig aan te leren door verpleegkundigen.
- de interventie wordt toegepast in de palliatieve fase van het ziek zijn.

Doel

Het systematisch verzamelen van de literatuur over (effectiviteit van) de verpleegkundige zorg bij preventie en behandeling van misselijkheid en braken bij de oncologische patiënt in de palliatieve fase.

Databases

In de volgende databases is gezocht naar systematische reviews, aanvullende literatuur en richtlijnen:

- PubMed (1966 tot april 2006)
- PsychInfo (1806 tot april 2006)
- Medline (1950 tot april 2006)
- CINAHL (1982 tot maart 2006)
- EMBASE (1988 tot maart 2006)
- Cochrane controlled trial register (tot april 2006)
- Databases van CBO, The Honor society of nursing, EBM-guidelines (tot april 2006)
- Picarta (tot april 2006)

Naar richtlijnen is ook gezocht op websites en in databases van (inter)nationale richtlijnontwikkelingsinstituten:

- | | |
|---------------------------|------------------|
| - NHG | - NZGG |
| - CBO | - SIGN |
| - LEVV | - RCN |
| - NICE | - RNAO |
| - AHCPR | - ebn.bmjournals |
| - Joanna Briggs-institute | |

Er is tevens gezocht in de referenties van relevante artikelen om aanvullende literatuur te vinden. Daarnaast is er naar belangrijke referenties gezocht in de gevonden richtlijnen.

Trefwoorden

De volgende zoekstrategie is gehanteerd:

- Nausea, vomiting, oncology, palliative als vrije tekstwoorden en MeSH in diverse combinaties;
- Variaties: cancer, neoplasms, emesis, nurs*, palliat*, end-of-life, terminal, advanced
Nederlandse varianten: misselijkheid, braken, verpleegkunde, verpleegkundige zorg, kanker, oncologie, palliatieve zorg, terminale zorg;
- Aanvullend zijn de volgende zoektermen toegevoegd:
nursing (role), evaluation, prevention, assessment, massage, imagery, distraction, acupressure, aromatherapy, music en relaxation;
- Er zijn geen limits gebruikt met betrekking tot het type publicatie of de gebruikte taal of de datum.

Selectiecriteria

Onderzoeksdesigns

Voor de review zijn de volgende onderzoeksdesigns geïncludeerd:

- systematische review
- randomized clinical trial
- andere onderzoeken waarbij patiëntengroepen vergeleken worden (bijvoorbeeld cohortonderzoek)
- beschrijvend onderzoek
- expertartikelen

Populatie

De onderzoekspopulatie moest patiënten met kanker in de palliatieve fase bevatten.

Interventies

Alle preventieve maatregelen en behandelmethoden die tot het verpleegkundig domein behoren zijn geïncludeerd. Preventieve maatregelen en behandelmethoden die eenvoudig aangeleerd kunnen worden door verpleegkundigen zijn geïncludeerd.

Outcomes

Studies met de volgende outcomes zijn geïncludeerd:

- Preventie van misselijkheid en/of braken na chemotherapie
- Preventie van anticipatoire misselijkheid en/of braken
- Mate van misselijkheid en/of braken na chemotherapie

- Mate van misselijkheid en/of braken

Het was niet mogelijk de aantallen te ontdebellen van de zoekresultaten uit de databases. In totaal zijn er 92 mogelijk relevante artikelen gevonden. Wanneer er een review was voor een interventie zijn de opgenomen artikelen indien nodig opgevraagd. Van de 92 artikelen zijn er 73 geëxcludeerd op basis van de hieronder genoemde exclusiecriteria. Er zijn 12 artikelen op niveau A tot en met C geïnccludeerd en 17 artikelen op D-niveau.

Exclusiecriteria

- Het artikel betreft alleen medicatie
- Het artikel betreft een puur medisch onderwerp, er kan geen link gelegd worden met het verpleegkundig handelen
- Het artikel betreft geen misselijkheid en/of braken
- Het artikel betreft geen oncologie
- Het artikel heeft geen relatie met palliatieve zorg (studies uitgevoerd bij zowel palliatieve als curatieve patiënten, bij patiënten die uitsluitend hoog-emetogene chemotherapie krijgen of adjuvante of curatieve behandeling krijgen, zijn geëxcludeerd; ook studies van beenmergtransplantatiepatiënten zijn geëxcludeerd)
- Het artikel is opgenomen in een reeds geïnccludeerde systematische review
- Het artikel is een taal geschreven anders dan Nederlands, Engels, Duits of Frans

Aanpassing zoekstrategie

De hierboven beschreven zoekstrategie leverde met betrekking tot meerdere uitgangsvragen geen wetenschappelijk onderbouwd antwoord op. Daarom is door de projectgroep besloten de review uit te breiden: diverse trefwoorden die exclusief op de palliatieve fase duiden (zoals palliatief, terminal, advanced, end of life) werden niet meer gehanteerd. Wetenschappelijke literatuur gericht op misselijkheid en/of braken ten gevolge van behandelmethoden die in zowel de curatieve als de palliatieve fase kunnen worden toegepast, werd nu ook geïnccludeerd. Op deze manier konden er ook uitspraken over de effectiviteit van een aantal interventies gedaan worden die mogelijk van betekenis zijn in de palliatieve zorg, zoals bijvoorbeeld progressieve spierrelaxatie. Van literatuur over misselijkheid en/of braken in de curatieve fase besloot de projectgroep alleen de hoogste bewijsniveaus, A en B, meegenomen.

Een uitzondering is gemaakt voor bronnen die betrekking hadden op anticipatoire misselijkheid en braken. Hiervoor zijn studies met de bewijsniveaus A tot en met D geïnccludeerd.

Dit vanwege de relevantie van het onderwerp voor de palliatieve fase, het ontbreken van bronnen met bewijsniveau A en B en het ontbreken van literatuur die gebaseerd is op studies tijdens de palliatieve fase.

Na de aanpassing van de zoekstrategie waren er 154 artikelen (inclusief de 92 eerder gevonden artikelen). Na toepassen van de exclusiecriteria (behalve het criterium van uitsluitend palliatieve patiënten) bleven er 41 artikelen op A tot en met C-niveau over en 22 artikelen op D-niveau.

Bijlage 3 Evidencetabellen

In de evidencetabellen zijn de geïncludeerde artikelen van bewijsniveau A tot en met C opgenomen. Geïncludeerde artikelen op D-niveau zijn terug te vinden in de lijst van referenties.

Gebruikte afkortingen:

MB= misselijkheid en/of braken

AMB= anticipatoire misselijkheid en/of braken

CT= chemotherapie

RT= radiotherapie

Hoofdstuk 4 Signaleren

Meetinstrumenten: niet-symptoomspecifiek

auteur	palliatief of curatief	meetinstrument niet-symptoomspecifiek	valide	betrouwbaar	hanteerbaar	Nederlandse versie	item misselijkheid	item braken
Hoekstra 2004; 2006	palliatief	Symptom Monitor	onbekend	ja	ja	ja	ernst behandeling gewenst of gehad	ernst behandeling gewenst of gehad
Chang 2000; Philip 1998	palliatief	Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)	ja (Engelse versie)	ja (Engelse versie)	ja	ja	ernst	nee
Chang 2000	palliatief/ curatief	Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF)	ja (Engelse versie)	ja (Engelse versie)	ja	nee	aanwezigheid ernst	aanwezigheid ernst
Moro et al. 2006	palliatief	ESAS, Italiaanse versie	Ja	Ja	ja	ja	ernst	nee
Cleeland et al.	palliatief/	M.D. Anderson Symptom	ja (Engelse	ja	ja	ja	ernst	ernst

2000	curatief	Inventory (MDASI)	versie)	(Engelse versie)				
Philip 1998	palliatief/ curatief	Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)	Ja	ja	nee	ja	ja	?
Peruselli 1993	palliatief	Symptom Distress Scale (SDS)	ja	ja	ja	nee	frequentie ernst	nee
Groenvold 2006; Petersen et al. 2006	palliatief	EORTC QLQ-C15-PAL	verondersteld	ja	ja	ja	aanwezigheid	nee
Braud 2003	Palliatief/ curatief	Braud 2003	onbekend	onbekend	ja	nee	ernst	Aanwezigheid

Meetinstrumenten: symptoomspecifiek

auteur	palliatief/ curatief	meetinstrument symptoomspecifiek	valide	betrouw- baar	hanteer- baar	Nederlandse versie	item misselijkheid	item braken	item kokhalzen
Rhodes & McDaniel 2001	palliatief	Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching (INVR)	ja	ja	ja	nee	frequentie hoeveelheid duur ernst ongemak	frequentie hoeveelheid duur ernst ongemak	frequentie hoeveelheid duur ernst ongemak
Rhodes & McDaniel 2001	curatief	Morrow Assessment of Nausea and Emesis (MANE)	ja	ja	ja	nee	post- treatment: aanvang ernst intensiteit duur	post- treatment: aanvang ernst intensiteit duur	
Rhodes & McDaniel 2001	curatief	Morrow Assessment of Nausea and Emesis Follow-up (MANE-FU)	waarschijn- lijk	?	ja	nee	anticipatoir: frequentie ernst intensiteit	anticipatoir: frequentie ernst intensiteit	
Rhodes & McDaniel 2001	curatief?	Functional Living Index Emesis (FLIE)	ja	?	ja	nee	effecten op 9 functies	effecten op 9 functies	

Rhodes & McDaniel 2001	curatief ?	Duke Descriptive Scale (DDS)	onbekend	onbekend	?	nee	frequentie ernst	frequentie ernst
---------------------------	------------	------------------------------	----------	----------	---	-----	------------------	------------------

Hoofdstuk 5 Preventie

Anticipatoire misselijkheid en braken (AMB) heeft altijd met chemotherapie te maken. De meeste studies met betrekking tot chemotherapie vermelden echter niet of deze in de curatieve of palliatieve fase gegeven wordt. Vanwege de relevantie voor de palliatieve fase is het belangrijk dat dit onderwerp in de richtlijn opgenomen wordt. Vanwege de kleine hoeveelheid evidence die in eerste instantie gevonden werd, is alle gevonden evidence meegenomen (niveau A t/m D). Hetzelfde geldt voor literatuur m.b.t. *risicofactoren* voor (antecipatoire) misselijkheid en/of braken. Ook hier geldt dat 'niet-palliatieve' evidence is meegenomen en tevens evidence van alle bewijsniveau's. De expertgroep is van mening dat risico's voor (A)MB niet verschillend zijn voor wat betreft de curatieve en palliatieve fase.

Risicofactoren anticipatoire misselijkheid en braken

Auteur	mate van bewijs (A,B,C,D)	palliatieve of curatieve patiënten	type onderzoek	methodologische beperkingen	populatie	interventie	interventie n=	controle n=	studieduur	uitkomst
Stockhorst 1998	B	curatief	matched clinical trial	Zeer kleine onderzoeksgroep	Diverse oncologische aandoeningen	Drinken opvallend smakend drankje voor CT.	8	8	2 chemo-cyclussen	AMB te verklaren met klassieke conditionering. Risico AMB bepaald door: persoonlijke kenmerken, reacties op eerdere CT. In interventiegroep geen AMB, in controlegroep AMB bij 25% zoals verwacht.
Andrykowski 1985	C	curatief	prospectief cohort-onderzoek	interviewer patiënten was tevens de onderzoeker	Patiënten dagbehandeling, CT + anti-emetica		71			Ernst misselijkheid na CT en lengte infusie zijn significante voorspellers voor ontstaan AMB. Angst vergroot de kans op AMB.
Leventhal 1988	C	curatief	cohort-onderzoek		Patiënten die 1- CT krijgen		?			Gevoeligheid voor bewegingsmisselijkheid (wagenziekte) is onafhankelijke voorspeller voor AMB.
Morrow 1991	C	beide	prospectief cohortonderzoek	Patiëntengroep divers. Niet gecontroleerd (niet beschreven) voor MB in periode tussen 3- en 4-cyclus	Patiënten met meerdere CT-cycli die MB ervaren na 1- cyclus.		355			8 voorspellende karakteristieken voor ontwikkelen AMB: leeftijd jonger dan 50, optreden MB na CT, ernst MB door CT, gevoelig voor bewegingsmisselijkheid, zich warm/heet voelen na CT, transpireren na CT, gevoelens van algehele zwakte na CT.
Tomoyasu 1996	C	curatief	cohort-onderzoek	Mogelijk confounding effecten van patientkenmerken	Vrouwen die 6 cycli adjuvante CT krijgen		59			AMB treedt alleen op als patiënt al eerder MB ervaren heeft. Percentage reinforcement significante voorspeller voor AMB. AMB bij 25% van de patiënten voor de 4- CT-behandeling.

Preventie anticipatoire misselijkheid en braken

Auteur	mate van bewijs (A,B,C,D)	palliatieve of curatieve patiënten	type onderzoek	methodologische beperkingen	populatie	interventie	inter-ventie n=	con-trole n=	studieduur	uitkomst
Andrykowski 1985	C	curatief	prospectief		n= 80					Voorkom AMB door MB na CT te voorkomen. Geef daartoe optimaal anti-emetica. Licht patiënt voor. Door lang wachten in wachtruimte ontstaan spanning en angst.

Risicofactoren misselijkheid en braken

auteur	mate van bewijs (A,B,C,D)	palliatieve of curatieve patiënten	type onderzoek	methodologische beperkingen	populatie	interventie	inter-ventie n=	con-trole n=	studieduur	uitkomst
Teunissen 2006	A1	palliatief	systematische review	Heterogene onderzoekspopulaties	Misselijkheid: 44 studies Braken: 27 studies Totaal > 20.000 patiënten					Vrouwen meer kans op MB dan mannen. Dit geldt zowel voor patiënten die CT krijgen als voor patiënten die geen CT krijgen.

Preventie misselijkheid en braken

Auteur	mate van bewijs (A,B,C,D)	Palliatieve of curatieve patiënten	type onderzoek	methodologische beperkingen	populatie	interventie	Interventie n=	Controle n=	Studieduur	Uitkomst
Andrykowski 1985	C	curatief	prospectief		n= 80					Voorkom MB door anti-emeticabeleid optimaal uit te voeren.

Voorlichting en communicatie

auteur	mate van bewijs (a,b,c,d)	palliatieve of curatieve patiënten	type onderzoek	methodologische beperkingen	populatie	interventie	interventie n=	controle n=	studie-duur	uitkomst
Burish 1991	B	curatief	RCT	Kleine groep en na randomizatie	Patiënten die aan 1-CT beginnen n= 60	Vorbereiding versus ontspanning versus beide interventies	3 x 15	1 x 15	1- 4 CT-cycli	Uitgebreide voorbereiding patiënten op hun eerste CT heeft verminderend effect op AMB, braken direct na CT en braken de eerste dag na CT.
Williams & Schreier 2004	B	curatief	RCT	Niet geblindeerd. Deel van onderzoek verloren door orkaan	Vrouwen die eerste chemo krijgen	2 audio-tapes over zelfzorg-activiteiten, telefonische begeleiding controle-groep kreeg standaard voorbereiding	38	33	3 maanden	De toegepaste zelfzorg verschilde niet tussen interventie- en controlegroep. Aanleren van effectief zelfzorggedrag vergroot gevoelens van onafhankelijkheid, comfort en controle, en kwaliteit van leven.

Hoofdstuk 6 Behandeling en zorg

Oorzaken MB

Rol verpleegkundige bij medicamenteuze interventies

De systematische review heeft geen evidence op niveau A t/m C opgeleverd.

Niet-medicamenteuze interventies - complementaire zorg

auteur	mate van bewijs (a,b,c,d)	palliatieve of curatieve patiënten	type onderzoek	methodologische beperkingen	populatie	interventie	interventie n=	controle n=	studie-duur	uitkomst
Pan 2000	C	palliatief	Systematische review: gaat hier om 1 studie (Brown 1992)	Zeer kleine groep. Moeite met complete data te verkrijgen.	Hospice	Accupressuur: P6 polsband vs placebo-band vs no band	6			Geen verminderde intensiteit en frequentie MB bij terminale patiënten. Onduidelijk of behandeling CT-geïnduceerde MB geëxtrapoleerd kan worden naar patiënten zonder CT.
Wilcock 2004	B	palliatief	gerandomiseerde pilot studie met controle groep	Veel uitval van patiënten (52 % interventie/ 22% controle)		massage: wekelijks met aromatherapie	11	18	4 weken	Geen significante verschillen, maar patiënten ervaren het als plezierig en wilden de behandeling voortzetten.
Wright 2005	C	palliatief	cohortstudie	Niet geblindeerd	33	Accupressuur: het dragen van een band	33	-	1 jaar	88% (n=29) reageerde positief op het dragen van de band en gebruikten minder anti-emetica. bij 19 verdween de misselijkheid en bij 10 verminderde de misselijkheid met 1-3 punten (op schaal van 5)

						om de pols welke acupressure geef. Aromatherapie	25	25	1 jaar	Geeft patiënt gevoel van controle en is kostenbesparend.
Gilligan 2005	C	palliatief	case-study	Matige kwaliteit studieopzet. Patiënten kregen naast aromatherapie verschillende andere behandelingen tegen MB						Ondersteuning voor positief effect op misselijkheid bij hospice-patiënten: - 1-3 punten verlaging intensiteit misselijkheid op VAS-schaal bij 17 patiënten (68%) met matige misselijkheid en in vergevorderde stadia van ziekte - 8 patiënten met ernstige misselijkheid ervoeren geen verbetering. Zij waren nog maar net in hospice.
Fellowes 2005	B	beide	systematische review t/m 2002: 8 RCT's	Gemengde populaties. Ipv controlegroep, een controleperiode	2 RCT's (Ahles 1999; Graeish, 2000)	Massage 20 minuten; Voetmassage 10 minuten	n=16; n= 2 x 87	n= 18; n= 87	...	Vermindering misselijkheid in massagegroep na 20 minuten massage.
Cassileth 2004	C	beide	vergelijkende cohortstudie	Geen controlegroep; diversiteit aan ziektebeelden, stadium van ziekte en oorzaken misselijkheid.	patiënten uit ziekenhuis door zorgverleners of zichzelf verwezen. N=1290	Massage/ light touch massage/ voetmassage / combinatie	560/90/585/55	-	3 jaar	Vermindering misselijkheid met 27-37% na voetmassage en niet na controleperiode. Alle vormen van massage samen zorgden voor 51,4% afname van matige tot ernstige misselijkheid (n=222). Standaard en light touch massage significant beter effect dan voetmassage. Diversiteit van onderzoekspopulatie en het grote effect ondersteunen de bevindingen.
Ezzo 2006	A	curatief	systematische review	Geen sham controle, dus patiënten wisten of ze interventie kregen of niet. Resultaat mogelijk placebo-effect.	N= 629 Hoge tot matig emetogene CT, in combinatie	Acupressuur: druk op P6 en ST 36.			Gedurende toediening CT tot max 5 dagen erna	Acuut braken RR 0.83, p=0.3 Met acupressuur is acuut braken minder. Acute misselijkheid: SMD: - 0.19, p=0,04 Met acupressuur is de gemiddelde ernst van acute misselijkheid. Het heeft geen effect op vertraagd braken en vertraagde misselijkheid

Ezzone 1998	B	curatief	RCT	Betreft 3 studies bij hoog tot matig emetogene CT. Kleine groep; uitval van patiënten bij 2- meting (6). CT bij BMT te vergelijken met palliatieve CT?	met optimale anti- emetica. n=33 patiënten die anti- emetica krijgen bij CT (cyclo- phosphami de) ter voorbe- reiding BMT n=15	Muziek: 45 minuten naar favo- riete muziek luisteren 6, 9 en 12 uur na CT	16	17	Het is een makkelijk aan te leren, goedkope interventie, die bijdraagt aan zelf-controle van de patiënt. Muziek vermindert significant MB bij patiënten die worden behandeld met cyclophosphamide en anti- emetica krijgen.
Standley 1992	B	curatief	RCT	Kleine populatie Variatie in stadia van ziekte.		Muziek: Tijdens CT 1-4 of tijdens CT 2-5	n=5 n=5	n=3 n=2	Muziek verminderend effect op misselijkheid. Het duurt langer voordat de misselijkheid optreedt.

- psychologische technieken

auteur	mate van bewijs (a,b,c,d)	palliatieve of curatieve patiënten	type onderzoek	methodologische beperkingen	populatie	interventie	interve- ntie n=	control e n=	studie- duur	uitkomst
Luebbert 2001	A 1	beide	systematic he review t/m 1995	Alle data gepoold, waardoor er geen onderscheid te maken is tussen de	10 studies met in totaal 399 subjects.	Progressieve spier- relaxatie	Verschi llend per onderz	Verschi llend per onderz		Significante vermindering van misselijkheid d=0.45, p< 0.05 Small-medium effect.

				verschillende patiëntengroepen	4 studies hoog-emetogene CT	9 studies in combinatie met CT + anti-emetica	oek	oek		
Devine 1995	A2	beide	meta-analyse van artikelen t/m 1993	Niet in alle bekende databases gezocht Uit artikel niet op te maken welke artikelen waar geïncludeerd zijn.	98 studies (5326 patienten): Studies die interventies vergeleken met anti-emetica ge-excludeerd	Gedragstherapieën: spierrelaxatie + geleide fantasie of meditatie (6 studies); Systematische desensitisatie (4 studies)				Significant positief effect op misselijkheid: d= 0.69 p<0.05 (27 studies) - Systematische desensitisatie (4 studies): d= 0.91 - Spierrelaxatie met geleide fantasie of meditatie: d= 1.35 (6 studies) Significant positief effect op braken (16 studies): d= 0.34 p< 0.05 Voor braken poolen niet mogelijk, omdat de studies teveel verschilden. *d= average, unbiased, weighted effect-size
Borjeson 2002	C	beide	vergelijkend cohort-onderzoek	Veel tijdverloop tussen de 4 verschillende cohorts. Meerdere interventies binnen de cohorts zijn verschillend	N= 162	Progressieve spierrelaxatie + verpleegkundige interventie (informatie, advies, instructie)	38 (cohort met verpleegkundige interventie + relaxatie)	19 (cohort in zelfde periode, overige in latere controle)	4 CT-cycli	Intensiteit verlate misselijkheid het laagst in groep vrouwen die verpleegkundige interventie kregen. Deze groep scoorde hoogst op welbevinden. Niet gerapporteerd of verschillen significant zijn.
Burish 1987	B	Beide	RCT	Kleine onderzoeksgroep	24 patiënten die CT krijgen	Progressieve spierrelaxatie	12	12	5 CT-kuren	Progressieve spierrelaxatie draagt bij aan het voorkomen/ verminderen van misselijkheid tijdens en na CT.

Molassiotis 2002	A2	curatief	RCT		Chinese borstkanker patiënten die CT krijgen en antiemetica n=71	Progressieve spierrelaxatie	38	33		Progressieve spierrelaxatie in combinatie met geleide fantasie vermindert de duur en frequentie van MB.
Morrow 1992	B	curatief	RCT	Patiënten groep divers. Niet geblindeerd. Mogelijk placebo-effect door extra aandacht voor patiënt	patiënten die meerdere CT-kuren krijgen en AMB hadden voor hun 2- of 3-kuur	Systematische desensitisatie door oncologen, psychologen, verpleegkundigen	2 x 29	14	2 bijeenkomsten van 1 uur tussen 3- en 4-CT	Syst. desens. effectief in verminderen AMB en MB na behandeling vergeleken met controle. Geen sign. verschil in effect tussen psycholoog en medisch personeel na training.
Vasterling 1993	B	?	RCT, 2x3 fact design	Kleine groepen. Gemengde groep, niet geblindeerd	Patiënten die minimaal 5 CT-kuren kregen, met of zonder angst	Cognitieve distractie (versus relaxatie, controle)	4x10	2x10	5 CT-kuren	Voor braken geen significante effecten. Cogn distractie: minder misselijkheid vóór en vlak na CT dan controle. <i>Relaxatie: significant minder misselijkheid vóór en vlak na CT. Effecten even groot.</i> Distractie goedkoper en simpeler (bv pc-spelletjes) dan spierrelaxatie (prof therapeuten nodig).
Oyama 2000	B	beide	RCT	Geen blinding.	Patiënten met CT in out-patient clinic	Geleide fantasie (virtual reality met PC, geluid,	15	15	2 CT-kuren	Na 1ste trial: significant minder braken na CT, mn dag 5. Na 2e trial: significant minder braken na CT, mn dag 3-5. (controlegroep: braken toegenomen na 2e trial). Significante vermindering moeheid.

Roffe 2005	B	curatief	systematische review: 2 RCT's mbt MB	Pooling niet mogelijk. Niet alle patiëntengroepen duidelijk omschreven	2 RCT's Feldman & Salzberg 1990; Troesch 1993)	essentiële olie= bedside wellness system) Geleide fantasie				Ook in palliatieve zorg te gebruiken. Geen evidence voor positief effect geleide fantasie alleen op MB.
---------------	---	----------	---	--	--	---	--	--	--	--

Overige niet-medicamenteuze interventies

auteur	mate van bewijs (a,b,c,d)	palliatieve of curatieve patiënten	type onderzoek	methodologische beperkingen	populatie	interventie	interventie n=	controle n=	studieduur	uitkomst
Brooksbank 2002	C	palliatief	retrospectief		ongeneeslijke oncologische patiënten met darm-obstructie	Kunstmatige maag-lediging	51		7 jaar	Bij ongeneeslijk oncologische patiënten bij wie de effecten van een obstructie van de darm met medicijnen niet te verhelpen zijn, is PVG veilige manier om misselijkheid en braken te voorkomen of te verminderen.
Nail 1991	C	beide	retrospectief descriptief	Mogelijk niet alle bijwerkingen en activiteiten in beeld gekomen	Patiënten die CT gehad hebben	Zelfzorggedrag: afname self-care diary 2 en 5 dagen na CT	49		4 dagen	Incidentie en ernst van bijwerkingen. Gebruik en effectiviteit zelfzorgactiviteiten. Voor misselijkheid inname medicatie meest effectief: 3,85 Zelfzorgactiviteiten als licht tot matig effectief ervaren. 2 dagen na CT: misselijkheid bij 23 pat. (54%, gemiddelde ernst 2,87 (range 1-5).
Foltz	C	beide	retrospectief descriptief	Afname vragenlijst	Patiënten die CT	Zelfzorggedrag:	59		25 minuten	Incidentie en ernst bijwerkingen: misselijkheid bij 39 pat. (71%, gemiddelde ernst 2,9 (range 1-5).

1996	descriptief	vragenlijst met vragen over lange periode. Moeilijk terug te halen voor patiënt	die CT kregen, mogelijk hoog-emetogeen	afname self-care diary vlak voor volgende CT	minuten per patiënt	pat. (71%, gemiddelde ernst 2,9 (range 1-5). Braken bij minder dan de helft van patiënten. Voor beide bijwerkingen inname medicatie meest effectief resp. 3,4 en 3,5. Interventies t.a.v. voeding werden door 25%-56% toegepast en 'mildly' effectief gevonden
------	-------------	---	--	--	---------------------	--

Bijlage 4 Verantwoording richtlijnen

Alle gevonden richtlijnen zijn beoordeeld met de Appraisal of Guidelines for Research and Education (AGREE) instrument (www.agreecollaboration.org; Graham et al., 2000). Dit instrument wordt internationaal erkend, is gedegen ontwikkeld en is een gevalideerd instrument dat zich goed laat vergelijken met andere instrumenten die voor dit doel ontwikkeld zijn. Aan de hand van het AGREE-instrument worden de richtlijnen beoordeeld op 23 items, onderverdeeld in zes domeinen. Elk item wordt beoordeeld op een vierpuntsschaal van 4 'zeer eens' tot 1 'zeer oneens'. De score voor elk domein wordt verkregen door de scores van alle items binnen een domein op te tellen en vervolgens te standaardiseren:

$$\frac{\text{verkregen score} - \text{minimaal mogelijke score}}{\text{maximaal mogelijke score} - \text{minimaal mogelijke score}} \times 100\%$$

De richtlijnen zijn door 2 personen onafhankelijk van elkaar beoordeeld. De scores van de richtlijnen staan in onderstaande tabel. Richtlijnen zijn geïncludeerd indien er meer dan 60% gescoord werd op alle 6 domeinen. Geen van de richtlijnen scoorde echter 60% of hoger op alle domeinen. Geen van de richtlijnen is geïncludeerd.

Met uitzondering van de richtlijn Misselijkheid en braken (VIKC, 2006) scoren alle richtlijnen slecht op methodologie. Meestal is onbekend of de methodologie goed is, er wordt gewoonweg niets over vermeld in de richtlijnen. Ook op het domein Toepassing wordt slecht gescoord. Geen enkele richtlijn is sterk aan te bevelen (meeste domeinscores hoger dan 60%). Richtlijnen 1 en 4 zijn aan te bevelen, deze zijn echter niet op de verpleegkundige gericht. Richtlijnen 5 en 6 zijn aan te bevelen als uit nader onderzoek blijkt dat de methodologie goed is.

De gevonden en beoordeelde richtlijnen zijn:

1. Palliative care- nausea/vomiting/malignant bowel obstruction (Prodigy Guidance, 2004)
2. Palliative treatment of cancer (EBM, 2005)
3. Misselijkheid en braken. Landelijke richtlijn, versie 1.1 (VIKC-LWOVR, 2002)
4. Richtlijn Misselijkheid en braken (VIKC, 2006) (op Oncoline)
5. Richtlijn Misselijkheid/kokhalzen en braken bij patiënten met kanker (ICARE, 2004)
6. Richtlijn misselijkheid/braken (IKO, Slingeland, 2004)
7. Symptomcontrol.com: Nausea
8. Keuzewijzer palliatieve zorg voor hulpverleners (KITZ, 2005)

Domein:	Onderwerp en doel	Betrokkenheid belanghebbenden	Methodologie	Helderheid en presentatie	Toepassing	Onafhankelijkheid
Richtlijn:						
1	88,9	25	14,3	33,3	33,3	0
2	55,5	8,3	23,8	33,3	0	0
3	33,3	0	4,8	16,7	33,3	0
4	0	25	52,4	50	33,3	0
5	33,3	41,7	0	66,7	33,3	0
6	44,4	16,7	4,8	41,7	50	0
7	22,2	33,3	4,8	41,7	11,1	0
8	33,3	33,3	0	33,3	0	0

Bijlage 5 Verantwoording praktijktoets

Van 22 februari tot en met 22 mei 2007 vond de praktijktoets (proefimplementatie) van de conceptrichtlijn plaats in 8 instellingen/organisaties.

Deelnemers

Van elke setting waarvoor de richtlijn ontwikkeld is, deden twee instellingen/organisaties mee:

Setting	Deelnemers
Ziekenhuizen	Nationaal Kankerinstituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
	VU Medisch centrum, Amsterdam
Verpleeghuizen	Evean Oostergouw, Zaandam
	Verpleeghuis Slotervaart, Amsterdam
Thuiszorg	Evean Zorg, Amsterdam, Waterland, Zaanstreek
	Aveant, Utrecht
Hospices	Thamer Thuis, de Kwakel
	Roparun Hospice Trivium, Hengelo

Werkwijze

De praktijktoets startte door middel van een introductiebijeenkomst met alle deelnemende organisaties bij het NKI-AVL te Amsterdam. Per organisatie konden 3 tot vijf afgevaardigden de bijeenkomst bijwonen. De deelnemende afdeling van het VUMC was verhinderd en voor het Roparun Hospice was het niet haalbaar om naar Amsterdam te komen. Deze deelnemers hebben daarom een aparte introductiebijeenkomst op hun eigen locatie gehad. Tijdens de introductie werden doel en achtergrond van het project toegelicht. Daarnaast werd door een lid uit de projectgroep en tevens verpleegkundige de inhoud van de richtlijn toegelicht. Tot slot werd de werkwijze van de praktijktoets uitgelegd. Bij het VUMC en het Roparun Hospice werd de bijeenkomst door één persoon gehouden.

Elke deelnemende instelling/organisatie ontving een aantal conceptrichtlijnen, concept-praktijkaarten, notitieformulieren en een beschrijving van de werkwijze. Tijdens de

praktijktoets pasten verpleegkundigen de aanbevelingen uit de richtlijn toe en noteerden zij hierbij elke keer hun bevindingen en mogelijke suggesties ter verbetering op de notitieformulieren. Zij gaven daarbij hun commentaar op de volgende punten:

1. De duidelijkheid van de beschreven aanbevelingen;
2. De bruikbaarheid van de richtlijn (en het hulpmiddel) in de praktijk;
3. Mogelijke problemen bij de invoering van de richtlijn op de afdeling of in de organisatie.

In de laatste week van de toetsingsperiode ontvingen de deelnemers een vragenlijst ter evaluatie van de aanbevelingen in de richtlijn.

Respons

	Aantal evaluatievragenlijsten ingevuld en opgestuurd	Notitieformulieren ingevuld en opgestuurd?
NKI-AVL	5	ja
VUMC	5	nee
Evean Oostergouw	niet ontvangen	niet ontvangen
Verpleeghuis Slotervaart	niet ontvangen	niet ontvangen
Evean Zorg	0	nee
Aveant	3	ja
Thamer Thuis	2	ja
Roparun Hospice	2	ja
totaal	17	

In het VUMC was het vanwege andere lopende projecten niet mogelijk om de aanbevelingen uit de richtlijn door verpleegkundigen toe te laten passen en te toetsen. Wel is door vijf deskundige personen met vele jaren ervaring in de oncologieverpleegkunde (o.a. senior verpleegkundige, teamleider en een consulent palliatieve zorg) de richtlijn aandachtig bestudeerd en voorzien van commentaar. Door problemen bij de post met het antwoordnummer zijn alle reacties verlaat binnengekomen. De opgestuurde stukken van Evean Oostergouw en van Verpleeghuis Slotervaart zijn nooit aangekomen. Hierdoor ontbreken gegevens van de verpleeghuizen. Bij Evean Zorg zijn ten tijde van de praktijktoets geen kankerpatiënten met misselijkheid en braken gezien. Hierdoor kon de richtlijn niet getoetst worden.

Evaluatie introductiebijeenkomst

De introductiebijeenkomst krijgt het gemiddelde cijfer 7.3. Het doel van de praktijktoets was de deelnemers duidelijk evenals wat er van hen verwacht werd.

Evaluatie gebruik van de conceptrichtlijn

Uitvoering praktijktoets

Over het algemeen kwam de uitvoering van de praktijktoets overeen met de verwachtingen. Soms kostte de uitvoering meer tijd dan verwacht. Soms waren er geen patiënten waarop de richtlijn van toepassing was. Eén keer was er onvoldoende tijd om direct na toepassen van de aanbevelingen de notitieformulieren in te vullen. Er was tijdens de toetsingsperiode behoefte aan meer ondersteuning om het meer op de afdeling te laten 'leven'.

De richtlijn

De richtlijn krijgt gemiddeld als cijfer een 7.2. Men vindt de richtlijn een goed hulpmiddel en is van mening dat er duidelijke en bruikbare aanbevelingen in staan. Verder vindt men ook dat veel wat er in staat al bekend is, dat er een aantal 'open deuren' in staan, dat de richtlijn met name gericht is op mensen met een langere levensverwachting en dat de nadruk ligt op misselijkheid en braken bij chemotherapie.

Alle respondenten vinden dat de richtlijn misselijkheid en braken systematisch aanpakt. De meeste vinden dat de richtlijn nieuwe mogelijkheden voor verbreding van de verpleegkundige beroepsuitoefening schept. De helft van de respondenten vindt dat de richtlijn nieuwe inzichten biedt. Ruim de helft vindt dat de richtlijn een duidelijke meerwaarde heeft ten aanzien van de kwaliteit van patiëntenzorg en dat er op een goede manier rekening wordt gehouden met de individuele kenmerken van patiënten. Om de richtlijn goed toe te kunnen passen, had 73% behoefte aan meer kennis over psychologische ontspanningsoefeningen en 66% aan meer kennis over complementaire zorg. Verder wilde 25% meer kennis over signaleren van misselijkheid. Door het onderdeel Preventie worden verpleegkundigen alerter op signalen, veel van de genoemde maatregelen behoren wel al tot de werkzaamheden. Het klachtendagboek ESAS is goed te gebruiken, behandelt ook andere klachten waar palliatieve patiënten veel last van hebben. Meetinstrument heeft echter geen meerwaarde bij postoperatieve misselijkheid en braken.

De praktijkkaart

De praktijkkaart krijgt het gemiddelde rapportcijfer 7.5. 100% van de respondenten vindt dat de praktijkkaart het gebruik van de richtlijn makkelijker maakt. Suggesties voor verbetering zijn: duidelijker voor- en achterkant en kaart 1 en kaart 2 aangeven; aparte kaarten voor patiënten met chemotherapie en patiënten zonder chemotherapie; compacter en concreter; kleuren gebruiken; digitale versie, zodat per patiënt een kaart kan worden geprint met de aanbevelingen die van toepassing zijn. Aanvullend hulpmiddel zou een training in complementaire zorg kunnen zijn.

Belemmerende factoren voor implementatie

Moeilijkheden die men tegenkwam bij het toepassen van de richtlijn, zijn:

- Afnames anamnese bij opname patiënt is te arbeidsintensief.
- Anamnese is belastend voor patiënt met misselijkheid/braken; patiënt soms niet gemotiveerd.
- Voor elk symptoom is een ander meetinstrument, dit is lastig bij de patiënt met multi-problematiek.
- Thuiszorg: huisbezoeken zijn niet frequent genoeg om vaak te kunnen meten.
- Thuiszorg: aanpassen voedingsmoment en plaats van voedselbereiding niet altijd mogelijk.
- Thuiszorg: vochtbalans bijhouden niet altijd mogelijk; meerwaarde is onduidelijk.
- Hospice: niet altijd een verpleegkundige aanwezig.
- Hospice: cliënten soms te ziek voor ontspanningsoefeningen.
- Voor complementaire zorg en psychologische technieken meer tijd nodig. Ook is scholing en praktijkervaring nodig.
- Er is geen sociale kaart van betrouwbare therapeuten.
- Inzet energierijke producten niet altijd haalbaar bij misselijkheid/braken. Het is te zwaar voor patiënt of wordt niet vergoed.
- De INVR is erg bewerkelijk en ingewikkeld, ook de voor deze praktijktoets vertaalde Nederlandse versie.
- Terminale patiënten hebben beperkt energie, tijd, motivatie en vaak andere prioriteiten zoals sedatie voorbereiden of euthanasie bespreken dan meetinstrumenten invullen.
- Preventieve maatregelen voor start chemotherapie vaak niet mogelijk.
- Afnemen meetinstrument voor chemotherapie geeft geen goed beeld: misselijkheid en braken treden vaak pas op als patiënt weer thuis is

Aanpassingen aan richtlijn naar aanleiding van de resultaten

Op basis van de hierboven genoemde resultaten is een aantal aanpassingen aan de richtlijn gedaan. De belangrijkste staan hieronder genoemd:

- 'Open deuren' zijn zoveel mogelijk verwijderd. Alleen als de experts van mening waren dat het echt belangrijk is om ergens nog eens op te wijzen, zijn de aanbevelingen in de richtlijn gebleven.
- De INVR wordt niet meer aanbevolen. Dit instrument is nog te gebruiksonvriendelijk.
- Anamnese wordt niet meer bij de opname van elke patiënt aanbevolen, maar alleen wanneer een patiënt eenmaal last van misselijkheid en/of braken heeft.
- Er wordt minder nadruk gelegd op patiënten die chemotherapie krijgen. De richtlijn gaat per onderwerp/ interventie eerst steeds in op misselijkheid en braken in het algemeen en alleen indien van toepassing en zinvol als laatst op misselijkheid en braken ten gevolge van chemotherapie.
- De praktijkkaart zal aantrekkelijker gemaakt worden, compacter en concreter.
- Verder zijn opmerkingen uit de praktijktoets verwerkt in de 'overige overwegingen'.

Bijlage 6 Vragenlijst patiënten

Vragenlijst ter verbetering van de richtlijn Misselijkheid en Braken 2007

Het Landelijk Expertisecentrum voor Verpleging & Verzorging ontwikkelt de landelijke richtlijn "Signaleren en behandelen van misselijkheid en/of braken bij volwassen patiënten met kanker in de palliatieve fase". Het doel van deze richtlijn is om de verpleegkundige zorg ten aanzien van misselijkheid en braken te verbeteren.

De eerste versie (concept) van de richtlijn is gebaseerd op actuele wetenschappelijke literatuur en op de ervaring en deskundigheid van specialisten en verpleegkundigen. Omdat het uiteindelijke doel is de kwaliteit van zorg aan de patiënt te verhogen, willen we ook graag de mening van patiënten mee laten tellen. Daarom vragen we uw mening.

U kunt de vragenlijst alleen invullen of samen met de verpleegkundige of met een van uw naasten. De gewenste antwoorden kunt u geven door de hokjes aan te kruisen (meerdere antwoorden mogelijk) of door het gewenste antwoord (oneens-neutraal-eens) te omcirkelen. De vragen gaan over de inhoud van de richtlijn. Als een vraag op u niet van toepassing is, kunt u deze overslaan.

Alvast bedankt!

*Soort instelling/organisatie: verpleeghuis/ ziekenhuis/ hospice/thuiszorg

*Naam instelling/organisatie:

* door verpleegkundige vooraf in te vullen

Metten misselijkheid

1. De verpleegkundige gaat eens per week na of ik misselijk ben
 - dit moet vaker
 - dit is goed
 - dit moet minder vaak

2. Wanneer ik misselijk ben, kan de ernst ervan het beste bepaald worden:
 - meer dan 2 keer per dag
 - 2 keer per dag
 - 1 keer per dag
 - om de dag
 - 1 keer per week
 - helemaal niet

3. Wanneer ik misselijk ben is 2 keer per dag een vragenlijst (8 vragen) over misselijkheid/ braken in (laten) vullen mogelijk/ de moeite waard. oneens/neutral/eens

4. Wanneer ik misselijk ben kan de verpleegkundige me meerdere vragen stellen om de oorzaak ervan te achterhalen. oneens/neutral/eens

Voorlichting

5. Ik krijg graag (meer) voorlichting over
 - mogelijke behandelingsopties
 - bijwerkingen van medicijnen tegen misselijkheid (anti-emetica)
 - ervaringen van andere patiënten
 - persoonlijke kenmerken die kans op misselijkheid vergroten
 - voor- en nadelen (kunstmatige) vochttoediening
 - (belang) goede mondzorg
 - de chemotherapie: voor- en nadelen
 - de chemotherapie: risico's
 - bijwerkingen chemotherapie
 -
 -

6. Ik ontvang voorlichting het liefst
 - mondeling
 - schriftelijk
 - op een CD of cassette
 - op een videoband of DVD
 -

7. Ik ben minder angstig als ik:
 - informatie over de behandeling krijg
 - informatie over bijwerkingen krijg
 - niet te lang op een behandeling hoeft te wachten
 - dit is op mij niet van toepassing
 -

8. Ik word graag in de gelegenheid gesteld tot het stellen van vragen oneens/neutral/eens

9. Ik krijg graag instructie over hoe ik zoveel/zo goed mogelijk voor mezelf kan zorgen

oneens/neutraal/eens

10. Ik krijg graag (psychologische) steun van de verpleegkundige
oneens/neutraal/eens
11. Ik word aangemoedigd om mijn symptomen te rapporteren
oneens/neutraal/eens
12. Ik vertel beter over mijn symptomen als ik daartoe wordt aangemoedigd
oneens/neutraal/eens
13. Ik word aangemoedigd om de voorgeschreven anti-emetica (medicijnen) in te nemen
oneens/neutraal/eens

Behandeling

13. Methoden die misselijkheid of braken kunnen verminderen/voorkomen zijn volgens mij:
 - vermijden (etens)geuren
 - vermijden eten met uitgesproken smaak
 - vermijden lege maag
 - vermijden voedsel dat weerzin oproept
 - niet voortdurend aandringen op voedsel
 - makkelijk verteerbaar voedsel of vloeibaar voedsel
 - meerdere kleinere porties ipv 3 grote maaltijden
 - eten op momenten waarop misselijkheid minder/weg is
 - eten op momenten waarop geen angst gevoeld wordt
 - koolzuurhoudende dranken voor opboeren lucht
 - tijdens en na eten halfzittende houding in bed
 - langzaam eten en drinken
 - rusten na maaltijd
 - geen strakke kleding dragen tijdens eten
 -
 -
14. Ik krijg graag aanvullende zorg (complementaire zorg) waardoor misselijkheid of braken mogelijk afneemt:
 - massage (handen, voeten of hoofd)
 - aromatherapie (verschillende geuren en manieren mogelijk)
 - acupressuur (drukmassage op bepaalde plekken, bijv de pols)
 - muziek luisteren
 - ik wil geen complementaire zorg, want.....
 -
 - andere zorg, namelijk
15. Ik probeer graag oefeningen met een ontspannende werking (uitgevoerd door psycholoog of verpleegkundige), zoals
 - afleiding (bijv. tv kijken, computerspelletjes etc.)
 - geleide fantasie (de aandacht wordt op een prettige omgeving gericht)
 - spierontspanning (oefenen waarbij u bewust spieren aanspant en ontspant; hierdoor ontspant u)
 - systematische desensitisatie (door psycholoog, oefening waardoor de aandacht niet op misselijk makende prikkels wordt gericht maar op positieve prikkels; goede effecten zijn aangetoond)
 - ik wil geen oefeningen ter ontspanning, want

andere oefening, namelijk

16. Het gebruik van (draagbare) infuuspompen voor toediening anti-emetica (medicijnen) is prettig
oneens/neutraal/eens

Overige opmerkingen

Methoden, adviezen, maatregelen die prettig voor me zijn:

.....
.....
.....

Methoden, adviezen, maatregelen die niet prettig of niet effectief zijn tegen misselijkheid:

.....
.....
.....

Door familie/naasten van de patiënt in te vullen

17. Ik word graag geïnformeerd over

- anti-emetica (bijwerkingen)
- persoonlijke kenmerken die kans op misselijkheid vergroten
- invloed van voeding op toestand patiënt
- voor- en nadelen (parenterale) vochttoediening
-
-

18. Ik krijg graag (psychologische) steun van de verpleegkundige
oneens/neutraal/eens

19. Ik word aangemoedigd symptomen van de patiënt te rapporteren
oneens/neutraal/eens

Overige opmerkingen:

.....
.....
.....

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

Bijlage 7 Patiëntenperspectief

Bij het formuleren van de aanbevelingen is rekening gehouden met het perspectief van patiënten. Vanwege het vergevorderde stadium van ziekte bij palliatieve patiënten was het niet mogelijk om patiënten aan de expertgroep deel te laten nemen. Daarom is aan de deelnemers van de praktijktoets gevraagd of zij halverwege het verloop van de praktijktoets een korte vragenlijst (zie Bijlage 8) wilden afnemen bij enkele palliatieve kankerpatiënten die misselijkheid en/of braken ervaren. Het voordeel van deze werkwijze is dat deze patiënten het toepassen van de aanbevelingen van de conceptrichtlijn hebben ervaren. Het doel van de vragenlijst was om na te gaan of patiënten de aanbevelingen verlichtend of juist belastend ervaren. De vragenlijst bood ook ruimte aan naasten van de patiënt om opmerkingen kwijt te kunnen. In veel instellingen was het afnemen van vragenlijsten niet mogelijk vanwege het te ziek zijn van de patiënten of juist omdat er geen patiënten waren die misselijkheid en/of braken ervaarden. De vragenlijst is in totaal door zes patiënten ingevuld:

Deelnemer praktijktoets	Aantal ingevulde patiëntenvragenlijsten
Ziekenhuis: NKI/AVL	2
Hospice: Roparun Hospice	2
Hospice: Thamer Thuis	2
Totaal	6

Hieronder worden per onderwerp de patiëntenmeningen toegelicht.

Signaleren

De helft van de patiënten vindt dat er eens per week gemeten moet worden of men misselijk is, de andere helft vindt dat dit vaker moet gebeuren. Wanneer er sprake is van misselijkheid willen patiënten dat de ernst ervan 2 keer per dag of vaker wordt bepaald. Bij misselijkheid is het mogelijk om meerdere vragen van de verpleegkundige met betrekking tot de oorzaak te beantwoorden. De meningen lopen uiteen over het (nut van) twee keer per dag invullen van een meetinstrument. Veel patiënten vinden het moeilijk om de mate van misselijkheid in een getal uit te drukken.

Preventie: voorlichting

Patiënten krijgen het liefst voorlichting over mogelijke behandelopties (van de ziekte en van de misselijkheid). De voorlichting moet bij voorkeur mondeling gegeven worden. Bij 90% van de patiënten kan angst verminderen als zij informatie over de behandeling krijgen. De patiënten vinden unaniem dat:

- zij beter over hun symptomen vertellen als zij daartoe worden aangemoedigd
- zij graag gelegenheid krijgen om vragen te stellen
- zij graag zelfzorginstructie ontvangen
- zij graag (psychologische) steun van de verpleegkundige krijgen.

Behandeling

De helft van de patiënten wilde een vorm van complementaire zorg proberen, waarbij massage, acupressuur en muziek luisteren werden genoemd. De andere helft van de patiënten wilde niets meer en met rust gelaten worden. Van de oefeningen met ontspannende werking werd afleiding twee keer genoemd, systematische desensitisatie twee keer en twee keer wilde men met rust gelaten worden.

Van de in de richtlijn genoemde voedingsadviezen werden behalve koolzuurhoudende dranken alle adviezen minstens één keer door de patiënten genoemd als maatregel die helpt bij verminderen van misselijkheid of braken. De meest door de patiënten genoemde adviezen zijn:

- meerdere kleinere porties
- langzaam eten of drinken
- vermijden voedsel dat weerzin oproept
- vermijden (etens)geuren

Naasten van de patiënt

Naasten krijgen graag informatie over anti-emetica en de bijwerkingen ervan en over de invloed van voeding op de patiënt. Ook willen naasten graag weten wat zij voor de patiënt kunnen doen.

Samengevat

De patiënten zijn unaniem als het gaat over de voorlichting die zij willen hebben (over behandelopties), hoe vaak de ernst van misselijkheid bepaald moet worden (2 keer per dag of vaker). Ook willen alle patiënten zelfzorginstructies ontvangen.

De meningen zijn verdeeld als het gaat over complementaire zorg en psychologische

technieken. Dit geeft aan dat dit in overleg met de patiënt moet plaatsvinden en dat per patiënt bekeken dient te worden of dit wel of niet toegepast dient te worden.

Bijlage 8 Beoordeling door externe experts

Twee deskundigen op het gebied van palliatieve zorg aan patiënten met kanker, die niet bij de ontwikkeling van de richtlijn betrokken zijn geweest, hebben de laatste versie van de conceptrichtlijn gelezen en beoordeeld. De experts beoordeelden de richtlijn positief. Het benoemen van niet-medicamenteuze interventies werd als een aanwinst beschouwd. De experts verwerkten enkele opmerkingen in de tekst. De gegeven adviezen zijn verwerkt in de richtlijn. De experts hebben niet de praktijkkaart kunnen beoordelen.

De richtlijn is op inhoud beoordeeld door:

- drs. C.A. (Corine) Nierop-van Baalen, Transmuraal Diaconessenhuis Leiden
Verpleegkundig specialist Oncologie; hoofdredacteur Oncologica, vakblad voor oncologieverpleegkundigen.

De richtlijn is op inhoud en methodologie beoordeeld door:

- drs. M.J.M. (Marian) Adriaansen, Hogeschool Arnhem en Nijmegen
Directeur Instituut Verpleegkundige Studies

Indien gewenst kunnen de resultaten van deze beoordelingen opgevraagd worden bij het Landelijk Expertisecentrum voor Verpleging en Verzorging.

Bijlage 9 Klachtendagboek: de ESAS

Bron: De Graeff A, Hesselmann GM, Krol RJA, Kuyper MB, verhagen EH, Volbaard EJ.
Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. VIKC, Utrecht, 2006.

Klachtendagboek (deel A: score per moment)

Naam:

Datum en tijd van invullen:

- 0 = best denkbare situatie ofwel afwezigheid van klacht/ gevoel
 10 = slechtst denkbare situatie ofwel voortdurende aanwezigheid van klacht/gevoel

Geen Pijn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Veel pijn
Ben actief	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ben niet actief
Niet misselijk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg misselijk
Niet somber	0	2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg somber
Niet angstig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg angstig
Niet duf	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg duf
Goede eetlust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Geen eetlust
Voel me goed	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Voel me slecht
Niet benauwd	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg benauwd
Slaap goed	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Slaap slecht
Niet moe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg moe
Geen obstipatie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obstipatie
Niet verward	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg verward
Geen droge mond	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Erg droge mond
Geen braken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Veel braken
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

NB Aan het klachtendagboek kunnen symptomen worden toegevoegd, die voor de patiënt van toepassing zijn. Hiervoor kunnen de lege vakjes worden gebruikt. 'Braken' is voor deze richtlijn vast toegevoegd.

Klachtendagboek (deel B: registratie per week)

Naam:

Startdatum:

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7
Tijdstip							
Symptoom							
Pijn							
Inactiviteit							
Misselijkheid							
Somberheid							
Angst							
Dufheid							
Gebrek aan eetlust							
Onwelzijn							
Benauwdheid							
Slaapstoornissen							
Vermoeidheid							
Obstipatie							
Verwardheid							
Droge mond							
Braken.....							
.....							
.....							

Bron: De Graeff A, Hesselmann GM, Krol RJA, Kuyper MB, verhagen EH, Volbaard EJ. Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. VIKC, Utrecht, 2006.

Richtlijn voor het gebruik van het klachtendagboek

Voor veel patiënten in de palliatieve fase is het van belang goed in kaart te brengen wat hun klachten zijn, wat de intensiteit ervan is (variaties) en welke de effecten zijn van ingezette interventies. Een eenvoudig hulpmiddel hierbij is het Klachtendagboek. In het Klachtendagboek kan de patiënt tweemaal daags op een numerieke schaal de aanwezigheid en intensiteit van de klachten scoren. Indien de patiënt niet in staat is getalsmatige scores te geven aan klachten zijn ook varianten met respectievelijk een visueel analoge schaal of afbeelding van 'smilies' mogelijk. Het klachtendagboek is een door het palliatieteam van het UMCU vertaalde en aangepaste versie van de Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS; bron: Brura E. Cancer Treatment Reviews 1996; 22 (Supplement A); 3 –12).

In vergelijking met de ESAS zijn de volgende wijzigingen aangebracht:

- De symptomen slaapstoornissen, vermoeidheid, obstipatie, verwardheid en droge mond zijn toegevoegd
- Er is ruimte aangebracht voor extra, zelf toe te voegen, symptomen
- Er wordt gebruik gemaakt van een numerieke schaal in plaats van een Visual Analogue Scale (VAS).

Doelen

- Meer inzicht krijgen in de aard en intensiteit van de door de patiënt ervaren klachten
- De patiënt actief betrekken bij het in kaart brengen van het verloop van zijn klachten
- Geven van structurele aandacht aan de klachten
- Bevorderen van de communicatie tussen patiënt en hulpverleners over de ervaren klachten
- Inzicht geven in de relatie tussen de diverse klachten op lichamelijk, psychisch, emotioneel, psychisch cognitief sociaal en levensbeschouwelijk gebied
- Beoordelen van de effectiviteit van de ingezette interventies.

Methode

- In het klachtendagboek geeft de patiënt d.m.v. een cijfer (0-10) aan in welke mate hij last 'ervaart' van de klacht
- Er wordt standaard naar 14 van de meest voorkomende klachten gevraagd
- Er kunnen afhankelijk van de bestaande klachten items toegevoegd worden zoals hoesten, slijm, vermogen tot concentratie, afhankelijkheid, immobiliteit (noot LEVV: en braken)
- Indien het voorkeur heeft om slechts enkele klachten te scoren kan het dagboek aangepast worden. Ook bijvoorbeeld bij de klacht pijn, als het

gaat om inzicht te krijgen t.a.v. de pijnscore op diverse plaatsen kan het dagboek aangepast worden.

Werkwijze

- De klachten moeten tweemaal daags gescoord worden, bij voorkeur op eenzelfde moment van de dag, 's ochtends en 's avonds. Hierbij gaat het om de beoordeling van het symptoom over de afgelopen uren. Bij voorkeur geeft de patiënt zelf de scores aan (door middel van een cirkeltje rondom het juiste getal) in deel A, eventueel met hulp van de familie en/of de verpleegkundige.
- In deel B worden de scores gedurende 7 dagen verzameld; de naaste, verpleegkundige of arts vult deze lijst in.

Bron: De Graeff A, Hesselmann GM, Krol RJA, Kuyper MB, verhagen EH, Volbaard EJ. Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. VIKC, Utrecht, 2006.

Bijlage 10 MDASI

Date:
 Subject :
 Study Subject #:

Institution:
 Hospital Chart #:

M.D. Anderson Symptom Inventory (MDASI) Core Items

Part 1. How severe are your symptoms?

People with cancer frequently have symptoms that are caused by their disease or by their treatment. We ask you to rate how severe the following symptoms have been *in the last 24 hours*. Please fill in the circle below from 0 (symptom has not been present) to 10 (the symptom was as bad as you can imagine it could be) for each item.

	Not Pre- sent 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	As bad as you can imagine 10
1. Your pain as its WORST?											
2. Your fatigue (tiredness) at its WORST?											
3. Your nausea at its WORST?											
4. Your disturbed sleep at its WORST?											
5. Your feelings of being distressed (upset) at its WORST?											
6. Your shortness of breath at its WORST?											
7. Your problem with remembering things at its WORST?											
8. Your problem with lack of appetite at its WORST?											
9. Your feeling drowsy (sleepy) at it WORST?											
10. Your having a dry											

mouth at its WORST?												
11. Your feeling sad at its WORST?												
12. Your vomiting at its WORST?												
13. Your numbness or tingling at it WORST?												

Part II. How have your symptoms interfered with your life?

Symptoms frequently interfere with how we feel and function. How much have you symptoms interfered with the following items in the last 24 hours:

	Did not interfere											Interfered completely
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14. General activity?												
15. Mood?												
16. Work (including work around the house)?												
17. Relations with other people?												
18. Walking?												
19. Enjoyment of life?												

The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, 1999.

Bijlage 11 Beschrijving overige meetinstrumenten

Niet-symptoomspecifieke instrumenten:

Symptom Monitor

De Symptom Monitor is een wekelijks af te nemen vragenlijst van de tien meest voorkomende symptomen in de palliatieve fase van kanker. De vragenlijst wordt goed geaccepteerd door patiënten. Het invullen van de lijst duurt gemiddeld vijf minuten. De patiënten kunnen de vragenlijst invullen met weinig tot geen assistentie. Op een schaal van 1 tot 10 geven de patiënten de ernst aan van de volgende fysieke symptomen: misselijkheid, braken, moeheid, pijn, gebrek aan eetlust, kortademigheid, hoesten/kuchen, slapeloosheid, constipatie en diarree. Verder geeft de patiënt van elk symptoom aan of hij/zij hiervoor behandeling wenst of heeft gehad. De Symptom Monitor lijkt op de ESAS. Er is een Nederlandse versie (Hoekstra et al., 2004).

Hoekstra et al. (2006) onderzochten in een RCT (n=146) het effect van systematische en regelmatige rapportage van symptomen met de Symptom Monitor door patiënten zelf. Uit de resultaten blijkt dat het wekelijks invullen van de Symptom Monitor de prevalentie van braken (en constipatie) significant verlaagt bij patiënten met kanker in de palliatieve fase. Daarnaast werd de ernst van de misselijkheid verlaagt, dit effect was echter niet significant.

Conclusies

Niveau 3	De Symptom Monitor is een betrouwbaar en hanteerbaar instrument. De validiteit is niet bekend. C Hoekstra 2004
----------	---

Niveau 3	Het wekelijks invullen van de Symptom Monitor verlaagt de prevalentie van braken bij patiënten met kanker in de palliatieve fase. B Hoekstra 2006
----------	--

Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)

De Rotterdam Symptom Checklist is ontwikkeld voor het meten van symptomen van

patiënten met kanker die participeren in klinisch onderzoek. Het is een veel gebruikt instrument bij patiënten met kanker die palliatieve zorg krijgen (Philip et al., 1998). Het instrument bestaat uit 31 items. Patiënten geven aan in welke mate een symptoom hen hindert (not at all, a little, quite a bit, very much). Voordeel van dit instrument is dat het aangepast kan worden aan bepaalde patiëntengroepen door specifieke items weg te laten of toe te voegen. Nadeel van dit instrument is dat er een rekensysteem gebruikt wordt. Dit is gebaseerd is op woordelijke omschrijvingen die mogelijk door patiënten niet goed begrepen worden (Cleeland et al., 2000). Daarnaast is de Rotterdam Symptom Checklist te lang om elke week door palliatieve patiënten met kanker ingevuld te worden (Cleeland et al., 2000; Hoekstra et al., 2004).

Symptom Distress Scale (SDS)

De Symptom Distress Scale is één van de meest geteste instrumenten voor evaluatie van ongemak veroorzaakt door symptomen. De Symptom Distress Scale, ontwikkeld door McCorkle & Young, evalueert 13 symptomen op ernst: misselijkheid (frequentie en intensiteit), stemming, eetlust, slapeloosheid, pijn, mobiliteit, moeheid, darmfunctie, concentratie en voorkomen. De vragenlijst is kort genoeg om door zieke patiënten ingevuld te worden (vijf tot tien minuten nodig), maar de impact van de symptomen wordt mogelijk niet duidelijk genoeg. Ook ontbreken voor bepaalde patiënten enkele belangrijke symptomen (Cleeland et al., 2000). De SDS zou niet het enige instrument moeten zijn wanneer de behoeften van patiënten gemonitord worden. Bij ernstig zieke patiënten is het echter erg moeilijk (of onmogelijk) om meerdere vragenlijsten te laten invullen (Peruselli et al., 1993).

Conclusie

Niveau 3	<p>De Symptom Distress Scale is een betrouwbaar en valide instrument en is goed hanteerbaar.. Voor een volledige behoeftebepaling van de patiënt dient een aanvullende vragenlijst gebruikt te worden.</p> <p>C Cleeland 2000 C Peruselli 1993</p>
----------	--

EORTC QLQ-C15-PAL

De EORTC QLQ-C15 is een verkorte versie van de QLQ-C30. Uit onderzoek bleek dat van de QLQ-C30 de volgende items het belangrijkste waren voor oncologische patiënten in de

palliatieve (terminale) fase: misselijkheid, pijn, fysieke functie, emotionele functie, moeheid, globale gezondheidstoestand/kwaliteit van leven, gebrek aan eetlust, dyspnoea, constipatie, slaap, kortademigheid. In totaal bestaat de QLQ-C15 uit vijftien items. De vragenlijst bevat negen van de tien meest voorkomende items in medische 'records' van patiënten die palliatieve zorg ontvangen. Alleen 'concentratie/geheugenproblemen' ontbreekt. Op basis van deze resultaten wordt verondersteld dat de QLQ-C15 valide is (evenals de QLQ-C30). De items worden beoordeeld op aanwezigheid en ernst met een numerieke schaal van 0 tot 100.

De QLQ-C15-PAL is specifiek ontwikkeld voor terminale patiënten met vergevorderde, ongeneeslijke kanker met een gemiddelde levensverwachting van enkele maanden. De lijst is niet ontwikkeld voor patiënten met een betere prognose die palliatieve anti-kankerbehandelingen krijgen, zoals chemotherapie, radiotherapie, endocriene behandeling of een palliatieve chirurgische ingreep. Deze patiënten zijn in staat om de EORTC QLQ-C30 in te vullen (Groenvold et al., 2005).

Conclusie

Niveau 3	Van de EORTC QLQ-C15-PAL wordt validiteit verondersteld, betrouwbaarheid is onbekend. De QLQ-C15-PAL is hanteerbaar voor terminale kankerpatiënten. C Groenvold 2005
----------	---

Braud 2003

Het is niet bekend of de vragenlijst valide en betrouwbaar is. De vragenlijst meet vijf items waaronder één item voor misselijkheid en één voor braken. Verder worden pijn, angst en moeheid gemeten. Van de symptomen wordt de intensiteit gemeten met behulp van een VAS-schaal gemeten. Alleen braken wordt met 'ja' of 'nee' aangegeven. De lijst is voor zowel curatieve als palliatieve patiënten te gebruiken. Bij de start van de chemotherapie wordt de vragenlijst afgenomen en vervolgens elke 12 uur. Uit onderzoek (n= 49) blijkt dat 80% van de patiënten het twee keer per dag meten geen belasting vindt. Daarnaast vond 55% van de patiënten dat het een positieve invloed had op de zorg (Braud et al., 2003).

Conclusie

Niveau 3	Het meten van vijf specifieke chemotherapiebijwerkingen elke 12 uur vanaf de start van de behandeling wordt door patiënten met kanker niet als belastend ervaren. Daarnaast neemt de patiënttevredenheid met betrekking tot de dagelijkse zorg toe. C Braud 2003
----------	---

Symptoomspecifieke meetinstrumenten voor misselijkheid

Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching (INVR)

De Rhodes Index of Nausea and Vomiting and Retching is een valide en betrouwbare vragenlijst die misselijkheid, braken en kokhalzen meet (Rhodes & McDaniel, 1984; 1999). Per symptoom worden frequentie, hoeveelheid, duur, ernst en ongemak bepaald. De lijst meet in totaal acht items. De vragenlijst dient elke 12 uur afgenomen te worden. Uit meerdere studies blijkt dat de vragenlijst gemakkelijk te gebruiken is. Er is geen Nederlandse versie.

Conclusie

Niveau 3	De Rhodes Index of Nausea and Vomiting and Retching is een valide en betrouwbare Engelstalige vragenlijst die misselijkheid, braken en kokhalzen meet. De vragenlijst is goed hanteerbaar. B Rhodes & McDaniel 1999
----------	--

Morrow Assessment of Nausea and Emesis (MANE)

De MANE is een valide en betrouwbare vragenlijst (Morrow, 1984) die verschillende aspecten van post-treatment misselijkheid en braken meet: aanvang, ernst, intensiteit en duur. Er worden in totaal 16 items gemeten. Ernst wordt met een 5- of 6-punts Likert schaal gemeten. Duur wordt weergegeven in aantal uren, aanwezigheid met ja of nee. De patiënten vullen de vragenlijst zelf in. Deze vragenlijst wordt met name in anti-emetica studies gebruikt (Rhodes & McDaniel, 2001).

Conclusie

Niveau 3	De Morrow Assessment of Nausea and Emesis is een valide en betrouwbare vragenlijst die verschillende aspecten van post-treatment misselijkheid en braken meet: aanvang, ernst, intensiteit en duur. C Morrow 1984
----------	--

Morrow Assesment of Nausea and Emesis Follow-up (MANE-FU)

De MANE-FU meet verschillende aspecten van anticipatoire misselijkheid en braken, onder andere frequentie, ernst en intensiteit. In totaal worden er 17 items gemeten met een 5-punts Likert schaal. De patiënten vullen de vragenlijst zelf in. Er is ondersteuning voor validiteit (Rhodes & McDaniel, 2001).

Functional Living Index Emesis (FLIE)

Bij de FLIE worden de effecten van misselijkheid en braken op fysieke activiteit, sociale en emotionele functies en eten bepaald. Er zijn in totaal 18 items (negen voor misselijkheid, negen voor braken) die worden beoordeeld met een 7-punts Likert schaal. De patiënten vullen zelf de vragenlijst in (Rhodes & McDaniel, 2001). De FLIE is valide en uit meerdere studies blijkt dat hij makkelijk te gebruiken is (Oncology Nursing Forum) (bronartikel Lindley et al., 1992).

Duke Descriptive Scale (DDS)

Van misselijkheid en braken worden frequentie en ernst bepaald. Invloed van misselijkheid en braken op de activiteit wordt bepaald. De vragenlijst wordt ingevuld door middel van een patiënten'interview' of door een verpleegkundige of andere gezondheidszorgwerker. Validiteit en betrouwbaarheid zijn onbekend (Rhodes & McDaniel, 2001).