

SCHOLING PZ

landelijk scholingsprogramma palliatieve zorg

Landelijke uniforme basisscholing
Palliatieve zorg bij mensen met ongeneeslijke kanker



Radboudumc

Draaiboek voor docenten

Inhoudsopgave

1. Introductie	4
Doelgroep	4
Leerdoelen	4
Totstandkoming scholing	6
Overzicht scholing	7
Zaalindeling fysieke bijeenkomst.....	8
Toelichting online cursus.....	8
Toelichting online bijeenkomsten.....	8
Toelichting vragenlijst.....	9
2. Benodigdheden	10
3. Draaiboek	11
Online cursus: 10 uur	11
Bijeenkomst I: Proactieve zorgplanning	13
Bijeenkomst II: Palliatief redeneren en symptoommanagement	18
Bijeenkomst III: Zingeving en cultuur, Communicatie en Samenwerking	22
Bijlage I – Meerkeuzevragen ‘Proactieve Zorgplanning’	40
Bijlage 2 – Casus ‘Proactieve zorgplanning’	43
Bijlage 3 – Meerkeuzevragen ‘Palliatief redeneren en symptoommanagement’	48
Bijlage 4 - Casus ‘Palliatief redeneren en symptoommanagement’	50
Bijlage 5 – Casus ‘Zingeving’	54
Bijlage 6 - Casus ‘Communicatie’	55
Bijlage 7 – TIP, TOP formulier ‘Communicatie’	56

Bijlage 8 – Casus 1 ‘Samenwerken’	57
Bijlage 9 – Casus 2 ‘Samenwerken’	62

1. Introductie

Dit materiaal is geschreven voor betrokkenen (docenten, ervaringsdeskundigen en overige) van de landelijke uniforme scholing 'Palliatieve zorg bij mensen met ongeneeslijke kanker'. Het bevat een draaiboek, uitleg en opdrachten die ingezet worden tijdens de scholing. In de PowerPoint presentatie zijn bij iedere dia in de notitiepagina aanwijzingen voor de docent opgenomen. We bevelen aan om de inhoud van de daadwerkelijke scholing af te stemmen op de context, voorkennis en behoefte van de deelnemers(!).

Doelgroep

De doelgroep voor deze scholing zijn artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants die werken met mensen met ongeneeslijke kanker. Een aantal onderdelen van de scholing worden interprofessioneel gevolgd en dat betekent dat er soms patiënten, verpleegkundigen en/of verzorgenden deelnemen.

Leerdoelen

****Waar patiënt staat lees patiënt met ongeneeslijke kanker****

Algemeen

1. Herkent de verschillen tussen curatieve, palliatieve en terminale zorg;
2. Is alert op moreel ethische dilemma's in de palliatieve fase en kan deze ter sprake brengen met andere zorgverleners en kan hierop acteren;
3. Reflecteert op de eigen normen en waarden op het gebied van palliatieve zorg en levenseinde vraagstukken;
4. Expliciteert en anticipeert op culturele verschillen en rituelen rond het levenseinde;
5. Werkt samen met zorgverleners van verschillende disciplines en professies, de patiënt en naasten bij palliatieve zorg;
6. Handelt binnen de grenzen van wet- en regelgeving;
7. Kan de geleerde kennis en vaardigheden op het gebied van zorg bij ongeneeslijke kanker toepassen bij andere ziekteverlopen zoals orgaanfalen, dementie en kwetsbaarheid;
8. Kan aan de patiënt netwerkzorg (continuïteit, overdracht, doorverwijzen) bieden;
9. Kan adequaat zelfzorg toepassen;

Begeleiding en communicatie patiënt en naasten

10. Kan proactief zorg verlenen; structureel evalueren, bijstellen van palliatieve zorg in samenspraak met de patiënt en naasten (ook samen beslissen);
11. Kan de patiënt en naasten informeren en adviseren over psychische en lichamelijke klachten;
12. Kan acteren op de behoefte van de patiënt en naasten m.b.t. een gesprek over het levenseinde;

Palliatieve fase

13. Herkent en markeert de palliatieve fase bij een (kwetsbare) volwassen patiënt met ongeneeslijke kanker;
14. Kan de waarden, wensen en behoeften van patiënt en naasten (partner, kind) in palliatieve fase in kaart brengen op basis van de vier dimensies (proactieve zorgplanning);
15. Kan prognose, beloop en behandelopties inschatten (scenario denken) en bespreken met de patiënt en naasten (proactieve zorgplanning);
16. Kan veelvoorkomende symptomen binnen de palliatieve fase bij de patiënt herkennen;
17. Kan (niet-)medicamenteuze symptoommanagement bij de patiënt uitvoeren;

Stervensfase

18. Herkent en signaleert de stervensfase bij een (kwetsbare) volwassen patiënt met ongeneeslijke kanker;
19. Kan scenario's inschatten en communiceren m.b.t. prognose, beloop en behandelopties van de ziekte/symptomen van de patiënt;
20. Kan veelvoorkomende symptomen van de patiënt binnen de stervensfase herkennen;
21. Kan (niet-)medicamenteuze symptoommanagement uitvoeren bij de patiënt;
22. Kan het beloop en beleid van de stervensfase beschrijven;
23. Kan patiënten en naasten begeleiden in de stervensfase;
24. Kan de verschillen tussen artsen en verpleegkundig specialisten onderscheiden m.b.t. juridische kaders en rechten en plichten bij levenseinde besluiten;

Nazorgfase

25. Kan nabestaanden van patiënten begeleiden tijdens de nazorgfase en hen verwijzen zo nodig.

Totstandkoming scholing






- De scholing is ontwikkeld op basis van de volgende onderwijskundige principes:





Onderwijskundig principe	Toelichting
Actief leren	Deelnemers gaan actief aan de slag, zodat zij de kennis en vaardigheden echt leren toepassen.
Samenwerkend leren	Zodat deelnemers met en van elkaar leren, net als in de praktijk.
Praktijk gericht leren	Leren op basis van realistische casus, waarmee deelnemers het geleerde morgen kunnen toepassen.
Motivatie / motiverend leren	Leren is leuk! En gebeurt op het goede uitdagende niveau: niet te makkelijk, maar ook niet te moeilijk.
Interprofessioneel	Palliatieve zorg is netwerkzorg en doe je met je collega's. Daar is aandacht voor in de scholing.

Als het goed is herken je dit ook terug in het programma. Als docent heb je hier een belangrijke rol in: door deze principes uit te dragen help je mee aan het succes van de scholing.

- De inhoud is vastgesteld op basis van het kwaliteitskader palliatieve zorg, het onderwijsraamwerk palliatieve zorg, de input van deelnemers middels vragenlijsten (n=150), en input van de expertisegroep.
- De vorm van de scholing is vastgesteld op basis van de input van deelnemers middels vragenlijsten (n=150), input van de expertisegroep, laatste onderwijskundige principes, en beschikbare budget.

Overzicht scholing

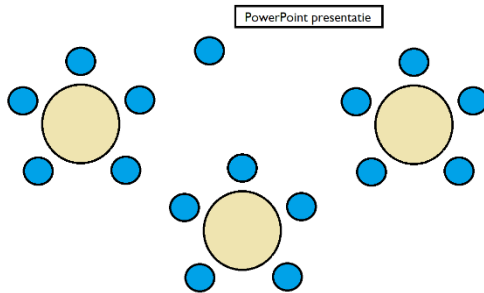
Online cursus: 5 weken à 2 uur per week		
Bijeenkomst I: <i>online</i>	Bijeenkomst II: <i>online</i>	Bijeenkomst III: <i>fysiek</i>
Proactieve zorgplanning 	Palliatief redeneren en symptoommanagement 	Communicatie 
		Zingeving en cultuur 
		Samenwerken 

			
= Interprofessioneel	= Online	= Fysiek	= Team Based Learning (TBL)

*om het certificaat en bijbehorende accreditatiepunten te ontvangen is het voor deelnemers verplicht om de e-learning vóór de laatste bijeenkomst als geheel afgerond te hebben. Dit is de verantwoordelijkheid voor de deelnemer. Dit is nadrukkelijk opgenomen in de communicatie naar de deelnemers.

Zaalindeling fysieke bijeenkomst

Idealiter wordt er voor fysieke bijeenkomsten gekozen voor een zaalindeling waarbij de deelnemers in groepjes van vijf bij elkaar zitten. Docenten zijn vrij om de zaalindeling aan te passen naar hun voorkeur. Voorbeeld:



Toelichting online cursus

- In het online gedeelte van de scholing krijgen deelnemers de kennis op interactieve manier aangereikt. In de georganiseerde bijeenkomsten gaan deelnemers met elkaar concreet aan de slag. In de bijeenkomsten staat het toepassen van de kennis en vaardigheden centraal.
- De deelnemers worden drie weken van tevoren toegevoegd aan de online leeromgeving (E-infuse). Zij volgen de voorbereiding voor de eerste bijeenkomst. Via opdrachten kunnen deelnemers met elkaar in gesprek. E-infuse modereert dit. Als docent wordt je ook toegevoegd aan de online leeromgeving om te kunnen zien wat de inhoud is van het programma, en om te kijken welke vragen spelen. Dit is niet verplicht. Als je wilt reageren, dan kan dat natuurlijk: zie de instructie verder in het document.

Toelichting online bijeenkomsten

- Het programma kent twee online bijeenkomsten. De aanbieder is verantwoordelijk voor de digitale vergaderomgeving en het verzenden van de links naar deelnemers. De aanbieder kan zelf kiezen van welke digitale vergaderomgeving deze gebruik maakt (bv Microsoft Teams of Zoom). Ervaring leert dat het goed is om de dag van tevoren het programma op te starten en te zorgen dat de laatste updates zijn uitgevoerd.
- Bedenk als docent of je je vertrouwd genoeg voelt om zelfstandig het digitale gedeelte te verzorgen of dat het de voorkeur heeft als iemand technisch modereert. Vraag in dat geval tijdig een collega om assistentie.
- Als aanbieder kun je overwegen om van tevoren een vragenlijst uit te zenden naar de leerbehoefte, en leerwensen.

Toelichting vragenlijst

- Onderdeel van deze scholing is een vragenlijst. Hiermee willen we als programma Scholing Palliatieve Zorg leren van de ervaring van deelnemers. Daarnaast willen we ook de impact van een dergelijk scholingsprogramma inzichtelijk maken op 3 niveaus: wat is de ervaring van deelnemers, wat is de toename in kennis en vaardigheden van de deelnemers, en wat is de impact in de praktijk?
- Deelnemers krijgen vóór de scholing een vragenlijst toegestuurd. Aan het einde van de laatste dag wordt hen gevraagd om de vragenlijst in te vullen. En na 3 maanden krijgen deelnemers ook de vragenlijst toegestuurd.
- Graag vragen we je als docent het belang van de vragenlijst te benadrukken.

2. Benodigheden

- PowerPoint presentatie
- Laptop
- Beamer
- (Geluidsboxen)
- Flipover met stiften
- Huidig draaiboek
- Overige specifieke benodigheden per onderdeel zullen apart aangegeven worden

3. Draaiboek

Online cursus: 10 uur

Leerdoelen:

- Raakt alle leerdoelen

Moderator

Als moderator op het online platform lees je de reacties/antwoorden die deelnemers op het forum plaatsen. Op basis van deze reacties kan je verschillende acties ondernemen, bijvoorbeeld: je stelt een vervolgvraag, je geeft feedback, je vraagt andere deelnemers te reageren of je zet de vraag door naar jouw contactpersoon van het online platform ([Paula Broersen – pbroersen@e-infuse.com](mailto:pbroersen@e-infuse.com)). Let op: de meerderheid van de reacties behoeft geen reactie van jou als moderator, vaak verloopt de activiteit van deelnemers al goed. Het doel van de moderator is om de activiteit van deelnemers op het forum te verhogen.

Inloggen: ga naar <https://e-infuse-cursus.com/> en log in (zie eerdere mail die je ontvangen hebt met inloggegevens). Als inloggen niet lukt, gebruik dan het volgende stappenplan:

- Stap 1: Ga naar e-infuse-cursus.com en klik op 'Ben je je gebruikersnaam of wachtwoord vergeten?'
- Stap 2: Vul uw email in waarmee u bent aangemeld.
- Stap 3: Controleer uw e-mail (mogelijk in spam) en maak een nieuw wachtwoord aan.
- Stap 4: Log in met uw nieuwe wachtwoord, na inlog komt u op het platform en ziet u uw cursus staan.

Als je bent ingelogd zie je op de startpagina de cursus staan en klik je op 'Ga naar cursus'. Vervolgens klik je op 'Zet wijzigingen aan', er verschijnt dan een nieuw kader aan de rechterzijde:

:: Blok 1 ⌵

:: Blok 2 ⌵

:: Blok 3 ⌵

:: Blok 4 ⌵

:: Blok 5 ⌵

Onder ieder blok staan reacties van deelnemers op de verschillende fora. Als je op het tandwielletje klikt van een blok dan verschijnt er een keuzemenu en klik je op 'toon blok'. Vervolgens zie je alleen de laatste reacties die op een forum gezet zijn. Op deze manier kan je zien of er nieuwe reacties zijn gekomen: als je nog een reactie van jezelf of een andere moderator ziet staan, dan hoef je dat forum niet meer te bekijken. Als er wel een nieuwe reactie staat dan klik je op het forum, lees je de nieuwe reacties door en beslis je of je ergens op wilt reageren. Als je het hele blok hebt doorgenomen dan klik je weer op het tandwielletje en kies je 'verberg blok'. Hetzelfde kun je herhalen voor de volgende blokken.

Ieder blok staat gelijk aan een week. Zodra de cursus start is het de bedoeling dat deelnemers de cursus in 5 weken doorlopen. In week 1 kun je dus voornamelijk naar blok 1 kijken, in week 2 voornamelijk naar blok 2, et cetera. Deelnemers zijn vrij om de cursus sneller te doorlopen, daarom is het ook nuttig om vlot te kijken in andere blokken of daar reacties zijn.

Praktische tips voor de moderator:

- Houd de reacties positief (bijvoorbeeld: bedank deelnemers voor hun reactie en geef complimenten)
- Activeer deelnemers door vervolgvragen te stellen
- Activeer deelnemers om op anderen te reageren en met elkaar in discussie te gaan
- Log gemiddeld twee keer per week in om de reacties te lezen.

Bijeenkomst I: Proactieve zorgplanning

Toelichting: online; 1 uur en 15 min.

Leerdoelen:

- Kan proactief zorg verlenen; structureel evalueren, bijstellen van palliatieve zorg in samenspraak met de patiënt en naasten (ook samen beslissen);
- Kan de patiënt en naasten informeren en adviseren over psychische en lichamelijke klachten;
- Kan acteren op de behoefte van de patiënt en naasten m.b.t. een gesprek over het levenseinde;
- Herkent en markeert de palliatieve fase bij een (kwetsbare) volwassen patiënt met ongeneeslijke kanker;
- Kan de waarden, wensen en behoeften van patiënt en naasten (partner, kind) in palliatieve fase in kaart brengen op basis van de vier dimensies (proactieve zorgplanning);
- Kan prognose, beloop en behandelopties inschatten (scenario denken) en bespreken met de patiënt en naasten (proactieve zorgplanning);

Vorbereiding:

- Onderdelen E-Infuse tot en met blok 2.2.

Duur	Onderwerp, doel en resultaat	Werkvorm	Inhoud	Benodigd
'10	<p>Introductie en binnenlopen</p> <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>Tips voor docent:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Log op tijd in - Blijf hangen na de bijeenkomst om eventuele vragen te beantwoorden </div> <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>Tips voor docent, begin bijeenkomst:</p> <p>Wakker motivatie aan bij deelnemers voor proactieve zorgplanning. Dit kan je bijvoorbeeld doen door: eigen ervaring te delen/ recent gerelateerd nieuwsbericht te delen/ korte vragen aan deelnemers te stellen/ etc.</p> </div>	Uitleg	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereiding docent: lees de input van deelnemers op de voorbereidingsvraag (Denk terug aan de laatste keer dat jij een startgesprek voerde over palliatieve zorg. Hoe startte jij het gesprek? Welke uitdagingen ondervond je?) en neem dit mee/stem de bijeenkomst hierop af. Docent ontvangt de input een week van tevoren van de moderator van het online platform. - Zodra deelnemers binnenkomen heet je ze welkom (noem hun naam, dit vergroot betrokkenheid), stel jezelf kort voor en vertel kort de online 'spelregels' van de bijeenkomst (zie dia). 	

	<p>Tips voor docent, samenstellen teams: Maak de teams zo heterogeen mogelijk, dus onder andere een mix aan artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants.</p> <p>Tips voor docent, instructie team test: Leg uit dat het bij de oefening juist om de discussie gaat en dat iedereen beargumenteert waarom hij/zij een bepaald antwoord gekozen heeft. De teams komen met elkaar tot consensus en dit betekent dat ze elkaar overtuigen en gezamenlijk tot één antwoord komen.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Technische mededeling. <ul style="list-style-type: none"> o Welkom. Fijn dat jullie er zijn. o Onderdeel van deze scholing is een e-learning. Het volgen is verplicht om te accreditatiepunten te ontvangen - Zodra alle 15 deelnemers binnen zijn geef je uitleg over de bijeenkomst <ul style="list-style-type: none"> o Duur 75 min; o Thema proactieve zorgplanning (wat is het, wanneer begin je erover te praten, waarom praten we erover, wat werkt voor jou); o We starten met de meerkeuzevragen van de voorbereiding, en gaan daarna actief aan de slag zodat jullie handvatten mee kunnen nemen om morgen in de praktijk toe te passen. - Jullie hebben de voorbereiding in de online cursus gedaan en dit hebben jullie afgesloten met 5 meerkeuzevragen (de individuele test). Ik ga jullie straks in 3 teams indelen (5 pers. per team) en dan zullen jullie nogmaals de meerkeuzevragen beantwoorden (de team test). - Instructie voor de team test: wijs een voorzitter aan; bekijk iedere meerkeuzevraag en ga in discussie met 	
--	--	--	---	--

			<p>elkaar over het juiste antwoord; kom tot consensus als team en vink die antwoordoptie aan; doe dit voor alle vragen.</p> <p>Verdeel de deelnemers in 3 break-out rooms en geef aan dat ze 10 min hebben om zich kort voor te stellen aan elkaar en alle vragen te beantwoorden.</p>	
'10	<p>In groepjes meerkeuzevragen beantwoorden</p> <p>Resultaat: deelnemers expliciteren hun kennis naar elkaar en leren van elkaar over proactieve zorgplanning. Tevens leren zij professionele vaardigheden in het samenwerken met elkaar.</p>	Team-test	<p>Deelnemers zitten verdeeld over 3 break-out rooms (BOR) en krijgen 10 minuten om samen tot consensus te komen voor de 5 meerkeuzevragen. Vraag de deelnemers om de tijd in de gaten te houden, binnen 10 minuten moeten ze alle vragen beantwoord hebben. Zet de timer van de BOR op 10 minuten.</p>	Bijlage 1
'10	<p>Antwoorden meerkeuzevragen</p> <p>Misvattingen ophelderen/minicollege</p> <p>Resultaat: misvattingen/kennishiaten zijn verhelderd en deelnemers hebben allemaal voldoende kennis om de leerstof toe te gaan passen.</p> <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>Tips voor docent, bespreken meerkeuzevragen: Besteed aandacht aan de vragen die moeilijk zijn en ga vlot door als de leerstof helder is.</p> </div>	Discussie	<p>Deelnemers komen terug in de plenaire ruimte. Per vraag worden de antwoorden geïnventariseerd. Alle teams moeten tegelijk antwoord geven, dit gebeurt als volgt: docent telt tot 3 en de voorzitters van de teams plaatsen hun antwoord in de chat. Naar aanleiding van de antwoorden gaat de docent vragen stellen om op deze manier misvattingen op te helderen en tot het goede antwoord te komen.</p> <p>Voorbeeldvragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Groep 1, kunnen jullie toelichten waarom je voor antwoord A hebt gekozen?</i> 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Groep 2, twijfelden jullie nog tussen antwoorden en waarom? - Groep 3, als jullie de argumenten van de andere groep horen, willen jullie dan wisselen van antwoord? <p>Toelichting docent op een vraag indien nodig.</p>	
'20	<p>Toepassingsopdracht deel 1</p> <p>Resultaat: deelnemers hebben praktische handvatten uitgewisseld over het proactieve zorgplanning gesprek</p>		<p>Docent legt uit: jullie krijgen een casus en die bestaat uit twee delen. Per deel wordt er een aantal vragen gesteld die jullie als team moeten beantwoorden.</p> <p><i>Deel 1 van de casus presenteren op de dia inclusief vragen – vraag aan deelnemers om een foto/screenshot te nemen zodat ze de informatie mee kunnen nemen in de break-out room.</i></p> <p>Vragen, deel 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Welke hulpvraag heeft de patiënt? 2. Wat wil je nog meer weten van de patiënt? Denk hierbij aan de 4 dimensies. 3. Wat verwacht je dat er bij deze patiënt gaat gebeuren? <ol style="list-style-type: none"> a. Benoem drie toekomstscenario's/ stervensscenario's binnen de fysieke dimensie. b. Benoem voor de andere 3 dimensies minimaal 1 toekomstscenario. <p>Geef de groepen 10 minuten de tijd om deze vragen te bespreken en daarna nog 10 minuten om plenair na te bespreken.</p>	Zie bijlage 2

'20	<p>Toepassingsopdracht deel 2</p> <p>Resultaat: deelnemers hebben praktische handvatten uitgewisseld over het proactieve zorgplanning gesprek</p>		<p><i>Deel 2 van de casus presenteren op de dia inclusief vragen – vraag aan deelnemers om een foto/screenshot te nemen zodat ze de informatie mee kunnen nemen in de break-out room.</i></p> <p>Vragen, deel 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wat wil je op dit moment met de patiënt en zijn echtgenote bespreken? 2. Wat antwoord je op de vraag: 'is dit het einde dokter?' 3. Voel je weerstand om op dit moment een proactief zorgplanningsgesprek te voeren? Leg uit waarom. 4. Welke ketenzorg kun je op dit moment inschakelen? <p>Geef de groepen 10 minuten de tijd om deze vragen te bespreken en daarna nog 10 minuten om plenair na te bespreken.</p>	Zie bijlage 2
'5	Afsluiting		<p>Afhankelijk van de tijd: docent vat belangrijkste leerpunten samen, of laat deelnemers er zelf over nadenken.</p> <p>Deelnemers verwijzen naar het handvat: Onderwerp formuleren – hiermee kun je kijken waar mensen hun behoefte ligt. 'Ik geef u iets mee, om thuis over na te denken, waar ik volgende keer met u over wil praten.'</p>	
	Praktijkopdracht meegeven		<p>Als je komende week een proactieve zorgplanning gesprek voert, reflecteer dan achteraf of je de 4 dimensies hebt aangestipt. Waar kun je de volgende keer meer aandacht aan besteden?</p>	

Bijeenkomst II: Palliatief redeneren en symptoommanagement

Toelichting: online; 1 uur en 15 min

Leerdoelen:

- Kan de geleerde kennis en vaardigheden op het gebied van zorg bij ongeneeslijke kanker toepassen bij andere ziekteverlopen zoals orgaan falen, dementie en kwetsbaarheid;
- Herkent en markeert de palliatieve fase bij een (kwetsbare) volwassen patiënt met ongeneeslijke kanker;
- Kan prognose, beloop en behandelopties inschatten (scenario denken) en bespreken met de patiënt en naasten (proactieve zorgplanning);
- Kan veelvoorkomende symptomen binnen de palliatieve fase bij de patiënt herkennen;
- Kan (niet-)medicamenteuze symptoommanagement bij de patiënt uitvoeren;

Vorbereiding: onderwerpen E-infuse tot en met blok 3.2

Duur	Onderwerp, doel en resultaat	Werkvorm	Inhoud	Benodigd
'10	Intro en binnenlopen <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>Tips voor docent:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Log op tijd in - Blijf hangen na de bijeenkomst om eventuele vragen te beantwoorden </div> <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>Tips voor docent, begin bijeenkomst: Wakker motivatie aan bij deelnemers voor proactieve zorgplanning. Dit kan je bijvoorbeeld doen door: eigen ervaring te delen/ recent gerelateerd nieuwsbericht te delen/ korte vragen aan deelnemers te stellen/ etc.</p> </div>	Uitleg	<ul style="list-style-type: none"> - Zodra deelnemers binnenkomen heet je ze welkom (noem hun naam, dit vergroot betrokkenheid), stel jezelf kort voor en vertel kort de 'spelregels' van de bijeenkomst (zie dia). - Zodra alle 15 deelnemers binnen zijn geef je uitleg over de bijeenkomst <ul style="list-style-type: none"> o Duur 75 min; o Thema palliatief redeneren en symptoommanagement; o We starten met de meerkeuzevragen van de voorbereiding, en gaan daarna actief aan de slag zodat jullie handvatten mee kunnen nemen om morgen in de praktijk toe te passen. 	

	<p>Tips voor docent, samenstellen teams: Maak de teams zo heterogeen mogelijk, dus onder andere een mix aan artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants.</p> <p>Tips voor docent, instructie team test: Leg uit dat het bij de oefening juist is om de discussie te laten gaan en dat iedereen beargumenteert waarom hij/zij een bepaald antwoord gekozen heeft. De teams komen met elkaar tot consensus en dit betekent dat ze elkaar overtuigen en gezamenlijk tot één antwoord komen.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Jullie hebben de voorbereiding in de online cursus gedaan en dit hebben jullie afgesloten met 5 meerkeuzevragen (de individuele test). Ik ga jullie straks in 3 teams indelen (5 pers. per team) en dan zullen jullie nogmaals de meerkeuzevragen beantwoorden (de team test). - Instructie voor de team test: wijs een voorzitter aan; bekijk iedere meerkeuzevraag en ga in discussie met elkaar over het juiste antwoord; kom tot consensus als team en vink die antwoordoptie aan; doe dit voor alle vragen. <p>Verdeel de deelnemers in 3 break-out rooms en geef aan dat ze 10 min hebben om zich kort voor te stellen aan elkaar en alle vragen te beantwoorden.</p>	
'10	<p>In groepjes meerkeuzevragen beantwoorden</p> <p>Resultaat: deelnemers expliciteren hun kennis naar elkaar en leren van elkaar over palliatief redeneren en symptoommanagement. Tevens leren zij professionele vaardigheden in het samenwerken met elkaar.</p>	Team-test	Deelnemers zitten verdeeld over 3 break-out rooms (BOR) en krijgen 10 minuten om samen tot consensus te komen voor de 5 meerkeuzevragen. Vraag de deelnemers om de tijd in de gaten te houden, binnen 10 minuten moeten ze alle vragen beantwoord hebben. Zet de timer van de BOR op 10 minuten.	Bijlage 3
'10	<p>Antwoorden meerkeuzevragen</p> <p>Misvattingen ophelderen/minicollege</p>	Discussie	Deelnemers komen terug in de plenaire ruimte. Per vraag worden de antwoorden geïnventariseerd. Alle teams moeten tegelijk antwoord geven, dit gebeurt als volgt: docent	

	<p>Resultaat: misvattingen/kennishiaten zijn verhelderd en deelnemers hebben allemaal voldoende kennis om de leerstof toe te gaan passen.</p> <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #f4a460; color: white; margin: 10px 0;"> <p>Tips voor docent, bespreken meerkeuzevragen: Besteed aandacht aan de vragen die moeilijk zijn en ga vlot door als de leerstof helder is.</p> </div>		<p>telt tot 3 en de voorzitters van de teams plaatsen hun antwoord in de chat. Naar aanleiding van de antwoorden gaat de docent vragen stellen om op deze manier misvattingen op te helderen en tot het goede antwoord te komen. Voorbeeldvragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Groep 1, kunnen jullie toelichten waarom je voor antwoord A hebt gekozen?</i> - <i>Groep 2, twijfelden jullie nog tussen antwoorden en waarom?</i> - <i>Groep 3, als jullie de argumenten van de andere groep horen, willen jullie dan wisselen van antwoord?</i> <p>Toelichting docent op een vraag indien nodig.</p>	
'40	<p>Toepassingsopdracht</p> <p>Resultaat: in deze oefening komen alle leerdoelen terug.</p>	Discussie	<p><i>Casus presenteren op de dia inclusief vragen – vraag aan deelnemers om een foto/screenshot te nemen zodat ze de informatie mee kunnen nemen in de break-out room. Daar zullen ze de vragen in hun groep beantwoorden.</i></p> <p>Deel 1 – 20 min Casus vragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wat is de surprise question? Stel jezelf de vraag met betrekking tot deze casus. 2. Is er sprake van de palliatieve fase? Is er sprake van de terminale fase? 3. Welke stervensscenario's kun je bedenken? Op welke termijn verwacht je 	Zie bijlage 4

			<p>deze scenario's?</p> <p>Deel 2 – 20 min</p> <p>Casus vragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Wat is een behandelbeperking? Wat zijn de 'medische gronden' waar over gesproken wordt? 5. Wat leg je aan mevrouw Huisman en haar dochter uit over de komende 24 uur? 6. Je wilt starten met een morfinepomp ter bestrijding van de dyspnoe. Dat zou de eerste keer zijn voor mevrouw Huisman. Welke uitleg geef je hier over? <p>Groepen krijgen 10 minuten voor de opdracht en daarna 10 minuten om plenair de opdracht te bespreken en verdere discussie aan te gaan (voor ieder deel, dus in totaal 2x 20 min).</p>	
'5	Terugkoppeling, afsluiting		<p>Afhankelijk van de tijd: docent vat belangrijkste leerpunten samen, of laat deelnemers er zelf over nadenken.</p>	

Bijeenkomst III: Zingeving en cultuur, Communicatie en Samenwerking

Toelichting: fysiek; gehele dag

Onderstaand lees je het gehele programma met een voorstel in de tijd. Vervolgens tref je per programmaonderdeel de leerdoelen en de benodigde voorbereiding zodat je als docent het overzicht hebt. Tot slot lees je de uitgewerkte draaiboeken per programmaonderdeel.

Programma

9.15-9.30 inloop

9.30-10.00 welkom & ervaringsgerichte opdracht

10.00-11.00 themabijeenkomst 3: zingeving en cultuur

11.00-11.15 pauze

11.15-12.15 communicatie deel 1

12.15-12.45 pauze

12.45-13.45 communicatie deel 2

13.45-14.00 pauze

14.00-16.00 samenwerken

16.00-16.15 pauze

16.15-17.00 afsluiting: meer leren in de regio + **vragenlijst**

Zingeving:

Leerdoelen:

- Reflecteert op de eigen normen en waarden op het gebied van palliatieve zorg en levenseinde vraagstukken;
- Kan acteren op de behoefte van de patiënt en naasten m.b.t. een gesprek over het levenseinde;
- Kan patiënten en naasten begeleiden in de stervensfase;
- Kan adequaat zelfzorg toepassen.

Voorbereiding: online cursus E-Infuse tot en met blok 4.4.

- Bekijk de volgende video: [Mevrouw in bed](#).
- Vraag 1: Wat houdt deze patiënt in het bijzonder bezig?
- Vraag 2: Welke signalen worden opgepakt en welke vragen worden gesteld?
- Vraag 3: Welke signalen worden niet opgepakt door de zorgverlener?

Communicatie (2 uur)

Voorwaarde docent, trainingsacteur en patiënt: theorie begrijpen en mee kunnen nemen tijdens oefenen van lastige gesprekken. Dit gaat om voorbereiding in E-Infuse cursus, gespreksonderdelen (video's Christien de Jong: schokbrekers).

Leerdoelen:

- Expliciteert en anticipeert op culturele verschillen en rituelen rond het levenseinde;
- Kan proactief zorg verlenen; structureel evalueren, bijstellen van palliatieve zorg in samenspraak met de patiënt en naasten (ook samen beslissen);
- Kan de patiënt en naasten informeren en adviseren over psychische en lichamelijke klachten;
- Kan acteren op de behoefte van de patiënt en naasten m.b.t. een gesprek over het levenseinde;
- Palliatieve fase: Kan prognose, beloop en behandelopties inschatten (scenario denken) en bespreken met de patiënt en naasten (proactieve zorgplanning);
- Kan scenario's inschatten en communiceren m.b.t. prognose, beloop en behandelopties van de ziekte/symptomen van de patiënt;

Vorbereiding:

- Denk terug aan de laatste keer dat je een lastige situatie in communicatie met patiënten en naasten meemaakte. Wat vond je lastig aan die situatie? Waar heb je handvatten voor nodig? Wat zou je willen leren?
- Onderdelen E-Infuse tot en met blok 4.4.

Rol van de docent:

- Bewaakt de tijd
- Opent de sessie en legt globaal het programma uit
- Deelt het Top/Tipformulier uit
- Vertelt dat zowel de deelnemer, de acteur en de docent een time-out kunnen aangeven tijdens het oefengesprek.
- Let op de mimiek, houding en stelt zo nodig deelnemers gerust
- Leidt samen met de actrice de feedback.
- Sluit de sessie af

Samenwerken (2 uur)

Doelgroep: artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants en mogelijk verpleegkundigen

Leerdoelen:

- Is alert op moreel ethische dilemma's in de palliatieve fase en kan deze ter sprake brengen met andere zorgverleners en kan hierop acteren;
- Werkt samen met zorgverleners van verschillende disciplines en professies, de patiënt en naasten bij palliatieve zorg;
- Kan aan de patiënt netwerkzorg (continuïteit, overdracht, doorverwijzen) bieden.

Introductie + ervaringsopdracht				
Duur	Onderwerp, doel, resultaat	Werkvorm	Inhoud	Benodigd
'5	Welkom, introductie	Uitleg	Vandaag het laatste onderdeel van de scholing. Licht kort toe wat het programma van vandaag is (zie hierboven).	
'25	Kennismaking & ijsbreker	Opdracht Plenair	<p>Iedere deelnemer krijg 12 losse papiertjes en krijg de volgende opdracht, schrijf hierop:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De 3 meest belangrijke personen voor jou - De 3 plekken waar jij het liefste bent - 3 hobby's - 3 meest zinvolle werkzaamheden <p>Nadat deelnemers dit opgeschreven hebben volgt er een verhaal: Stel, je komt net bij de oncoloog vandaan die jou verteld heeft dat je kanker hebt. Je gaat hiervoor behandeld worden, maar die behandeling is zwaar. Dat betekent dat niet alles meer kan: leg 1 hobby en 1 werkzaamheid opzij.</p> <p>Vervolgens gaat het verhaal verder: de ziekte gaat door, helaas gaat het niet goed, je kwaliteit van leven gaat achteruit: lever 3 briefjes naar keuze in.</p> <p>Dan slaat het noodlot toe, je hebt geen keus: draai de overgebleven briefjes om, schudt ze door elkaar en trek er 2 uit. Ook die raak je kwijt...</p> <p>Na een moment van stilte, vraag aan de deelnemers: hoe is dat voor jou? Kort nabespreken.</p>	Post-its

			Deze oefening is invoelbaar en op deze wijze kunnen deelnemers zich enigszins verplaatsen in de ongeneeslijke patiënt.	
--	--	--	--	--

Zingeving				
Duur	Onderwerp, doel en resultaat	Werkvorm	Inhoud	Benodigd
'5	Introductie	Uitleg	Komend uur gaan we het hebben over zingeving. De vraag die centraal staat is: Wat is de rol van de zorgverlener met betrekking tot zingeving? Om deze vraag te beantwoorden hebben we het onderwijs ingedeeld in drie delen, namelijk signaleren, verkennen en proactief handelen. De reden hiervoor is dat de praktijk er ook op deze wijze uitziet. Voorbeeld: je merkt dat een patiënt bepaalde zaken telkens weer herhaalt – dit is een signaal dat je als zorgverlener op kan pikken. Vervolgens kun je verkennen of achterhalen wat deze persoon precies bezighoudt en ten slotte volgt een proactief handelen vanuit dat wat de patiënt bezighoudt (heeft patiënt bijvoorbeeld geestelijk verzorger nodig; of zorgplan wordt dusdanig aangepast dat het in lijn is met wat de patiënt bezig houdt; of datgene wat de patiënt bezig houdt wordt in het dossier vermeld).	
'15	<p>Signaleren</p> <p>Resultaat: deelnemer kan signaleren wanneer dat een patiënt iets in het bijzonder bezig houdt</p>	Inleiding + instructie docent	<ul style="list-style-type: none"> (o.a. inhoud: op wat voor manieren kan je signaleren? Bijvoorbeeld: Stiltes, emoties, gebruik metaforen foto nachtkastje, tattoo, sieraad, patiënt geeft onverwachte wending aan gesprek, patiënt komt niet op afspraak 	

		<p>Plenair nabespreken</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het is vaak impliciet of bedekt). <p>Plenair de huiswerkopdracht bespreken: (interessant dat diverse typen zorgprofessional waarschijnlijk andere zaken signaleren; en het kan best dat deelnemers relevante zaken signaleren die wij niet zagen! Prima!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraag 1: Wat is u opgevallen / wat heeft u gesignaleerd? <p>Vrouw liggend op bed, kruisje om. Wil sterk en helder blijven om hoop niet te verliezen. Wil beter worden en dat kan op de plek waar ze nu is. Emotioneel bij spreken over hospice. Liggende vrouw, snel sprekend, infuus, kruisje om. Geëmotioneerd.</p> <p>Patiënt wordt emotioneel als gesproken wordt over laatste levensfasen en hospice, de vragensteller gaat niet in op die emoties.</p> <p>Jonge vrouw welke vertelt zich veel zorgen te hebben over hoe het straks moet met de kinderen en echtgenoot. Een vrouw zoekend naar de juiste woorden, emotioneel.</p> <p>Kettinkje om nek.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraag 2: Wat houdt volgens u deze patiënt met name bezig? <p>Hoe ze man en kinderen moet achterlaten en dingen duidelijk moet maken.</p> <p>Lijkt zelf wel te begrijpen dat einde nabij is maar omgeving ziet dit niet. Zit hierdoor in een spagaat.</p>	
--	--	----------------------------	---	--

			<p>Ze wil dingen afronden maar ze weet dat de tijd dringt.</p> <p>Ze kan haar echte zorgen niet met haar familie delen. Ze wilt hen niet teleurstellen.</p> <p>Haar gezin m.n. de kinderen. Ze wil voor hen doorvechten en toekomstpannen maken. Een opname in een hospice is hiermee in strijd en wil ze dus absoluut niet.</p> <p>Strijd hoofd-hart (het is of er twee zelve zijn in mijn hoofd)</p> <p>Zoveel mogelijk achter laten voor haar kinderen, dit benoemt ze.</p> <p>Niet praten over het levenseinde om haar man niet te kwetsen. Ze beseft het zelf wel, waardoor ze steeds drukker in haar hoofd wordt.</p> <p>Dat ze sterk moet zijn voor haar man en kinderen, hoop is wat ze samen nog hebben. Maar tegelijkertijd heeft ze veel gedachtes en wil ze haar verhaal nog opschrijven voor haar kinderen. (afronden)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraag 3: Wat laat de zorgverlener liggen? <p>Uitvragen wat ze bedoelt met “2 zelve” en “praten is niet genoeg”</p> <p>U geeft aan sterk te willen blijven, voelt u zich momenteel ook sterk?</p> <p>Informeren naar de betekenis van het kruisje dat ze draagt.</p> <p>ik zou zelf meer ingaan op de communicatie tussen echtgenoot en haar; ervaart zij daarbij</p>	
--	--	--	--	--

			<p>drempels, of en wie daar ondersteunend in zou kunnen zijn.</p> <p>Doorvragen waarom praten over hospice haar emotioneert.</p> <p>De zorgverlener gaat niet in op wat de patiënt droomt. De vragen over de laatste fase worden niet uitgediept, zo wordt er niet gevraagd wat het voor haar betekend en wat ze zou willen</p> <p>Vervolg vraag: als jullie dit horen, en in gedachten nemen, waar zouden jullie tijdens een volgend gesprek in je eigen praktijk meer alert op willen zijn?</p>	
'25	<p>Verkennen</p> <p>Resultaat: deelnemer kan signaleren en verkennen van context gerelateerde factoren en zingevingsvragen bij de patiënt</p>	<p>Inleiding + introductie docent</p> <p>Groepsopdracht</p>	<p>Korte introductie door docent: wat zijn de basispunten die de docent overdraagt?</p> <p>Drietallen: deelnemers kiezen een casus uit een eigen praktijk die ze lastig vinden. Of kiezen één van de aangeleverde casus (zie bijlage 5), en gaan oefenen met de stap 'verkennen'.</p> <p>'10 Drietallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 deelnemer speelt de zorgverlener die in gesprek gaat met een patiënt. De zorgverlener probeert te achterhalen wat deze patiënt bezig houdt. 	<p>Casus: zie bijlage 5</p>

		<p>Plenair nabespreken</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 deelnemer speelt de patiënt (neem een patiënt in gedachte die nu bij je te binnen schiet, bijv. patiënt komt structureel 10 min. te laat op het consult, of pt bagatelliseert, of is heel stil etc.). Patiënten brengen vaak verbaal en/of non verbaal in wat hem of haar bezig houdt. • 1 deelnemer observeert (wat werkt wel en niet, schrijf eventueel mee) <p>Aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centrale vraag: wat houdt deze patiënt het meeste bezig? Kun je in het gesprek achterhalen wat deze patiënt bezig houdt (Mount-vernon-cancer network, zie richtlijn zingeving en spiritualiteit in de palliatieve zorg). • Luisteren, signaleren en niet meteen oplossingen bedenken. • Verkennen middels stellen van open vragen maar ook hummen of stiltes laten vallen. <p>‘10 Plenaire terugkoppeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe vonden jullie het gaan? • Wat werkte wel en niet om te signaleren en verkennen wat iemand bezig houdt? 	
--	--	----------------------------	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> Hiermee kan je het signaleren en verkennen tastbaarder maken. 	
'10	<p>Proactief handelen</p> <p>Resultaat: deelnemer kan bevindingen kort en helder mondeling en schriftelijk communiceren naar collega's</p>	<p>Inleiding en instructie docent:</p> <p>Groepsopdracht</p> <p>Plenair nabespreken</p>	<p>Korte introductie door docent: wat zijn de basispunten die de docent overdraagt?</p> <p>Drietallen: deelnemers gaan verder met elkaar in gesprek over de vervolgstappen (proactief handelen) bij de casus. Wat wil je naar welke collega's overdragen over deze patiënt? En hoe krijgt dit vervolg in het zorgplan?</p> <p>Docent bespreekt kort na wat zijn de basispunten die de docent overdraagt?</p>	
'5	Afsluiting		Wat neem je mee van deze bijeenkomst?	
	Praktijkopdracht meegeven		In het eerstvolgende gesprek: houdt in je achterhoofd de vraag 'wat houdt deze patiënt bezig'.	

Communicatie				
Duur	Onderwerp, doel, resultaat	Werkvorm	Inhoud	Benodigd
'5	<p>Introductie</p> <p>Resultaat: aanzet tot scheppen van veilig leerklimaat Resultaat: deelnemers weten wat er van ze verwacht wordt tijdens praktijklab 1.</p>	Instructie	<p>Welkom, Introductie, vandaag aan de slag met lastige situaties omtrent communicatie met patiënten.</p> <p>Je kunt kiezen uit de volgende situaties (zie casuïstiek). Je kunt kiezen welk gedrag / karakter de patiënt heeft. Je kunt kiezen welke emotie de patiënt heeft.</p> <p>Het uitgangspunt van deze praktijklab is met en van elkaar te leren. Het kan zijn dat niet iedereen aan de beurt komt. Zie dit als een (vervolg)stap wat betreft communicatie-onderwijs en steek zoveel mogelijk van elkaar op. Je kunt namelijk veel leren van elkaar observeren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veilige omgeving benoemen: je kan hier alles uitproberen qua communicatie – dit willen we dan ook graag stimuleren – kijk maar hoe iemand erop reageert. Je kan ten alle tijden een time-out vragen en het gesprek stilzetten. - Time-out: na een time-out zijn er verschillende opties. Ga in gesprek met de groep (en docent) en pak het gesprek weer op, OF: een medecursist neemt het gesprek over. 	Plenaire ruimte

OPTIE	Deelnemers maken kennis met trainingsacteur d.m.v. vragen		Een optie als oefening is dat de actrice zich nog niet voorstelt maar dat de deelnemers haar vragen kunnen stellen. Bij een gesloten vraag zal de actrice alleen ja of nee zeggen. Doel: bewustwording dat er bij open vragen meer informatie komt.	
OPTIE	Korte film: Op zoek naar antwoorden	Docent	Starten met de film: "Op zoek naar antwoorden". Daarna de deelnemers hierop laten reageren. Doel: je kan niet in iemands hoofd kijken wat er omgaat, dus stel vragen.	Film is te vinden op de website: www.marjadeleew.nl onder het kopje trainingen.
'10	Leerbehoefte uitvragen Resultaat: deelnemers hebben geëxpliciteerd wat hun leervragen zijn en waarmee ze willen oefenen op het gebied van communicatie	Inventarisatie	Leerbehoefte uitvragen bij deelnemers is hier essentieel. <ul style="list-style-type: none"> - Deelnemers verhelderen in tweetallen elkaars leervraag en schrijven deze op. Schrijf de leervragen op een flipover. Hiermee gaan ze aan de slag tijdens de rollenspellen. - Deelnemers kiezen in tweetallen welke situatie ze willen oefenen. Welk gedrag/karakter. En welke emotie. Ze bepalen wie het gesprek voert. En wie in springt. 	Flipover met stiften Plenaire ruimte

'60	<p>Plenair oefenen met trainingsacteur</p> <p>Resultaat: plenair oefent 4x een tweetal het gesprek met een trainingsacteur waarna lessen direct geformuleerd worden. Één iemand is degene die het gesprek voert. De ander kan invallen indien nodig.</p> <p>Docent houdt de tijd bij + begeleidt het proces + geeft eventueel inhoudelijk feedback.</p>	<p>Instructie</p> <p>Rollenspel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Uitvragen: Deelnemers vertellen hun persoonlijke leervraag. Hun gewenste situatie, karakter/gedrag en emotie. - Instructie rollenspel: pak je rol als verpleegkundige en ga oefenen met het gesprek, nogmaals: nu kan je alles uitproberen, we zijn hier om met en van elkaar te leren. Je mag een time-out aanvragen. - Instructie voor de observatoren: er zijn een aantal onderwerpen waarop feedback gegeven kan worden. De volgende feedback onderwerpen verdelen we onder de deelnemers: <ul style="list-style-type: none"> o Persoonlijke leervraag verpleegkundige o Lichaamstaal o Woordkeuze + zinnen die (niet) werken o Contact - Overig: er ligt voor iedereen een notatieblokje met een pen. Wellicht hoor je af en toe een nuttige zin (gespreksstarter, emotionele puntie, etc.) en die kan je voor jezelf opschrijven. Op deze manier hopen wij dat het voor jullie makkelijker wordt om morgen in de praktijk daadwerkelijk aan de slag te gaan hiermee. 	<p>Trainings-acteur</p> <p>Plenaire ruimte</p> <p>Notitie blokjes met pennen</p> <p>Zie bijlage 3 en 4</p>
'5	<p>Zeer korte pauze</p>			
'30	<p>Resultaat: plenair oefent 2x een tweetal het gesprek met een trainingsacteur waarna lessen direct geformuleerd worden. Één iemand is degene die het gesprek voert. De ander kan invallen indien nodig.</p>			

'5	<p>Plenaire terugkoppeling</p> <p>Resultaat: deelnemers concretiseren en reflecteren op hun opbrengst van praktijklab 1.</p>	Terugkoppeling	<p>Opdracht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 min: schrijf voor jezelf op wat je concreet anders gaat doen in jouw communicatie (neem hierbij je leervraag mee die op de flipover staat) - 2 min: deel dit met je buurman/buurvrouw en vul evt. je eigen take-home message aan. <p>OF: kijk naar de leervragen op de flipover, en vraag de deelnemer te reflecteren op zijn/haar leervraag (kan in stilte voor zichzelf, of deelnemers beurten geven. Ook afhankelijk van de tijd).</p>	<p>Flipover met leervragen</p> <p>Plenaire ruimte</p>
'5	<p>Praktijkopdracht meegeven</p> <p>Verdiepende opdracht</p>	Instructie	<p>We willen je vragen om je reflectie op je leervraag en de concrete zinnen die je opgeschreven hebt, mee te nemen en komende week in de praktijk toe te gaan passen. Probeer voor jezelf na het gesprek stil te staan: wat gebeurde er in het gesprek? Wat ging goed en wat verdient aandacht? Ga evt. met een collega in gesprek erover.</p> <p>We hopen dat vandaag een aanzet is geweest om jouw communicatie naar een hoger plan te tillen en dat de praktijkopdracht stimuleert om hiermee te blijven oefenen.</p> <p>Neem komende week een casus van een patiënt en stel je voor hoe je het gesprek zou starten binnen elke fase van palliatieve zorg?</p>	Plenaire ruimte

Samenwerken				
Duur	Onderwerp, doel en resultaat	Werkvorm	Inhoud	Benodigd
'20	Introductie en voorstelronde	Tweetallen kennismaken – daarna elkaar voorstellen	Welkom + doel bijeenkomst toelichten. Tweetallen maken: arts/physician assistant/verpleegkundig specialist samen met een verpleegkundige. Uitleg: Maak even kort in 2 minuten kennis met elkaar. Daarna doen we een rondje en stel je de ander <u>kort</u> aan de groep voor.	
'35	Casus 1 Multi disciplinair overleg (MDO)	Instructie	'5 min uitleg over werkvorm Groepen: gemengde groepen van 5, dan zijn er ongeveer 6 groepen (bij 30 mensen) Iedere groep krijgt een casus met daarin 5 rollen. Laat de deelnemers zelf beslissen wie welke rol inneemt. Voor sommige cursisten zal het leuk zijn om de eigen professionele rol in te nemen, voor anderen wellicht leerzaam om eens in de huid van een andere professie te kruipen. Elke cursist krijgt een kaartje met hierop belangrijke informatie over de casus. Er staat basisinformatie op het kaartje die iedereen ter beschikking heeft. Daarnaast heeft elke rol zijn eigen bijdrage en voorkennis binnen het MDO. Deze informatie is voor iedere rol anders. Op elk kaartje staat uitgewerkt welke rol de casus zal inbrengen en het MDO zal starten.	Zie bijlage 8

		<p>Oefening MDO</p> <p>Reflectie MDO</p>	<p>'20 min duurt het MDO, docent houdt de tijd bij en laat weten hoeveel tijd de groepen nog hebben.</p> <p>'10 min (voor beide rondes) bespreekt elke groep de volgende vragen: Eerste ronde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe vond je het om op deze wijze een MDO te voeren? Wat vind je van het resultaat? - Is er informatie onbehandeld gebleven? - Zijn er nog losse eindjes? <p>Tweede ronde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat heb je ervan geleerd? - Per rol toelichten: wat heb jij nu nodig voor een goede samenwerking? - Wat heb je als verzorgende/ verpleegkundige/ verpleegkundig specialist/ physician assistant/ arts nodig om goed met deze casus om te gaan? 	
'15	Plenair nabespreken	Nabespreken	<p>Bespreek plenair (aangezien de groepen al nabesproken hebben: per groep vragen om terugkoppeling te geven i.p.v. per persoon):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat was je grootste leerpunt? - Hoe heb je je rol ervaren? - Wat waren belemmerende/bevorderende factoren in de samenwerking? - We gaan straks nog een MDO oefenen. Schrijf voor jezelf op/ bedenk voor jezelf welk leerpunt je wilt oefenen. 	
'30	Casus 2 Multi disciplinair overleg (MDO)	Uitleg	<p>Zelfde instructies als bij casus 1. Verzoek de cursisten nu een andere rol aan te nemen dan in casus 1.</p>	Zie bijlage 9

		<p>Oefening MDO</p> <p>Reflectie MDO</p>	<p>'20 min duurt het MDO, docent houdt de tijd bij en laat weten hoeveel tijd de groepen nog hebben.</p> <p>'10 min (voor beide rondes) bespreekt elke groep de volgende vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eerste ronde: - Hoe vond je het om op deze wijze een MDO te voeren? Wat vind je van het resultaat? - Is er informatie onbehandeld gebleven? - Zijn er nog losse eindjes? <p>Tweede ronde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat heb je ervan geleerd? - Per rol toelichten: wat heb jij nu nodig voor een goede samenwerking? - Wat heb je als verzorgende/ verpleegkundige/ verpleegkundig specialist/ physician assistant/ arts nodig om goed met deze casus om te gaan? 	
'15	Plenair nabespreken	Nabespreken	<p>Bespreek plenair (aangezien de groepen al nabesproken hebben: per groep vragen om terugkoppeling te geven i.p.v. per persoon):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat was je grootste leerpunt? - Hoe heb je je rol ervaren? - Wat waren belemmerende/bevorderende factoren in de samenwerking? - Kun je hier iets uit meenemen naar je eigen werkplek? 	
'5	Praktijkopdracht meegeven		<p>Probeer in het volgende MDO op je werkplek je leerpunten mee te nemen. Als er op jouw werkplek geen MDO gevoerd wordt, vraag jezelf eens af: zou het meerwaarde hebben? Welke disciplines zouden betrokken moeten worden?</p>	

Afsluiting				
2	Meer leren in de regio	Plenair	Docent geeft overzicht waar deelnemers hulpbronnen kunnen vinden. Denk aan consultatieteams, intervisie, PATZ groepen, palliatieve zorg consultatie teams e.d. Benoem ook scholingsopties	
5	Evaluatie	Plenair	Wij leren en evalueren ook! Graag vragenlijst invullen. Duurt 5 minuten, en het helpt ons om te leren van wat goed is en wat beter kan!	

Bijlage I – Meerkeuzevragen ‘Proactieve Zorgplanning’

Meerkeuze vragen

1. Een huisarts voert een proactieve zorgplanningsgesprek met een 69-jarige patiënte en stipt de 4 dimensies van de palliatieve zorg hierin aan. Welke dimensie is **GEEN** onderdeel van een proactieve zorgplanningsgesprek?

- A. De fysieke dimensie
- B. **De financiële dimensie**
- C. De psychische dimensie
- D. De zingevingsdimensie.

*Het correcte antwoord is B. De 4 dimensies van de palliatieve zorg zijn: de fysieke-, de psychische-, de zingevings- en sociale dimensie.
(Bron E-infuse: zie blok 2, inleiding)*

2. Een 74-jarige patiënt is bekend met uitgezaaide prostaatcancer. Hij bezoekt de huisarts in verband met rugpijn. De huisarts stelt zichzelf de zogeheten “surprise question”. Welk doel dient deze vraag? Het inventariseren en markeren van

- A. de terminale fase
- B. **de palliatieve fase**
- C. de kwetsbaarheid bij ouderen

*Het correcte antwoord is B. De surprise question inventariseert en markeert de palliatieve fase.
(Bron E-infuse: zie blok 1.1 Ontwikkeling palliatieve zorg)*

3. Een 84-jarige patiënte is bekend met uitgezaaide eierstokkanker zonder ziektegerichte behandeling. Patiënte heeft uitzaaiingen in de longen. Ondanks alle niet-medicamenteuze adviezen verergert de dyspnoe geleidelijk. Angst lijkt geen nadrukkelijke rol te spelen. Er is geen andere relevante comorbiditeit. Welke medicamenteuze behandeling is het meeste aangewezen? Behandeling met een

- A. benzodiazepine
- B. diureticum
- C. **opiat**
- D. parasymphatholyticum.

Het correcte antwoord is C. Waar tot op heden het meeste bewijs voor is om benauwdheid te verminderen is het geven van een lage dosis morfine (Matsuda, et al., 2017). Echter, twee recente studies laten tegengeluiden zien: Currow, et al. (2020) en Ferreira et al. (2020).

Aangezien angst hier geen nadrukkelijke rol speelt heeft een behandeling met een benzodiazepine niet de (eerste) voorkeur. De meest waarschijnlijke oorzaak van de dyspnoe zijn de longuitzaaiingen. Indien hartfalen wordt vermoed – bijvoorbeeld op basis van de voorgeschiedenis - kan het toevoegen van een diureticum zinvol zijn. In deze casus lijkt dit niet aan de orde.

4. Een 73-jarige patiënt heeft botuitzaaiingen van prostaatkanker in zijn wervelkolom. Sinds 3 dagen ervaart patiënt een schietende pijn in het linker been. De pijn is niet continu aanwezig. Patiënt omschrijft de pijn als 'stroomstootjes'. Van welke soort pijn is hier het meest waarschijnlijk sprake?

- A. Fantoompijn
- B. Neuropathische pijn**
- C. Nociceptieve pijn.

Het correcte antwoord is B. Stroomstootjes, schietende of brandende pijn passen het meest bij neuropathische pijn.

5. Het 'zorgpad stervensfase' ondersteunt zorgprofessionals om de kwaliteit van leven in de stervensfase te optimaliseren. De bijbehorende checklist screent op klachten die ongemak kunnen veroorzaken bij de stervende patiënt. Welk symptoom is **GEEN** onderdeel van de checklist?

- A. Angst
- B. Braken
- C. Kortademigheid
- D. Verminderd bewustzijn.**

Het correcte antwoord is D. Een verminderd bewustzijn kan een wenselijke verandering zijn en geen last. Het hoeft geen doel in de stervensfase te zijn. Indien patiënt comfortabel is hoeft men niet te streven naar een verminderd bewustzijn. Dit geldt overigens ook tijdens palliatieve sedatie!

Bijlage 2 – Casus ‘Proactieve zorgplanning’

Achtergrondinformatie:

Je bent waarnemend huisarts in een grote huisartspraktijk in de stad. Je werkt hier al bijna een jaar twee dagen per week. De praktijkhouder heeft 3 weken vakantie en gedurende die periode neem jij zijn praktijk volledig waar.

Introductie casus:

De assistente heeft op basis van de triage een huisbezoek ingepland bij meneer Jacobs. Je kent meneer Jacobs niet persoonlijk, maar je hebt je collega huisarts vaak over hem gehoord. Dit is de eerste keer dat er een verzoek komt voor een huisbezoek. Zijn vrouw heeft vanmorgen gebeld in verband met toenemende buikpijn. Het lukt niet om naar de praktijk te komen.

Dossier.

Bart Jacobs, 1-12-1959.

1 contactpersoon: Martine Jacobs - de Vries (echtgenote)

Voorgeschiedenis:

Hypertensie

Glaucoom

2020: hemicolectomie links met aanleggen stoma vanwege coloncarcinoom

2022: levermetastasen, peritonitis carcinomatosa

Correspondentie:

Brief oncoloog (2 weken geleden): forse progressie van peritoneale metastasen onder 2^e lijn chemotherapie. Best supportive care.

Notities:

Telefonisch contact huisarts (8 dagen geleden): verdrietig nieuws gehad. Ook opgelucht dat er geen chemotherapie meer volgt. Lichamelijk nu weinig klachten. Wel weinig eetlust en inmiddels 15 kilo afgevallen t.o.v. vorig jaar. Buikpijn onder controle met oxycodon.

Medicatie:

Oxycodon mga 2dd20mg

Oxycodon zo nodig 10mg (max 6dd).

Movicolon 1 sachet zo nodig

Hydrochloorthiazide 1dd12,5mg

Timolol oogdruppels 2dd1 druppel bdz

Triage vandaag:

Echtgenote belt. Gedurende het weekend steeds meer buikpijn. De buikpijn begon rechts, nu door de gehele buik. Oxycodon uitgebraakt en sinds vannacht onhoudbare pijn. Meneer staat kromgebogen in de gang.

Plan: huisbezoek.

Huisbezoek:

Bij aankomst staat de voordeur al open. Mevrouw Jacobs is zichtbaar opgelucht dat je er bent. Meneer Jacobs staat nog steeds kromgebogen tegen de leuning van de trap. Onder hem staat een emmer voor als hij moet braken. Ondanks de gangverlichting valt op hoe geel patiënt ziet. Na een korte begroeting concentreert hij zich opnieuw op de pijn. Op dit moment is een gesprek niet goed mogelijk.

Hetero-anamnese met echtgenote:

“We hebben vrijdag een hele fijne dag gehad. Samen met de kinderen uit eten geweest. Bart hield zich veel groter dan hij is, maar hij heeft zichtbaar genoten. Zaterdag heeft hij de hele dag op de bank gelegen om bij te komen. Zaterdagavond ineens meer buikpijn dan anders en ook 1x gebraakt. Ik dacht dat het misschien aan de vissoep van vrijdag lag. Zondag werd de buikpijn steeds meer. Ik zie zijn buik ook boller worden. Vannacht was de pijn ondragelijk en hielp ook de oxycodon nauwelijks meer. Vanmorgen heeft hij al 4x gebraakt en wil hij niet meer zitten of liggen”.

Plan: morfine 10mg subcutaan.

Nadien ontspant patiënt geleidelijk en kun je hem op bed onderzoeken.

Lichamelijk onderzoek:

Cachectische en fors icterische man.

RR 110/87mmHg, pols 110/min. Sat 99%. Temperatuur 37.0 graden.

Thorax: VAG zonder bijgeluiden.

Cor: s1s2 zonder souffles.

Abd: bolle buik. Stoma linker onderbuik, stomazakje niet gevuld. Auscultatie: nagenoeg stille buik met af en toe gootsteengeruis. Buik diffuus drukpijnlijk, geen duidelijk punctum maximum.

Extremiteiten: slank en soepel.

Patiënt verzamelt zichtbaar moed bij elkaar en vraagt: “is dit het einde dokter?”

Deel 1:

1. Welke hulpvraag heeft de patiënt?
2. Wat wil je nog meer weten van de patiënt? Denk hierbij aan de 4 dimensies.
3. Wat verwacht je dat er bij deze patiënt gaat gebeuren? Benoem drie toekomstscenario's/stervensscenario's binnen de fysieke dimensie. Benoem voor de andere 3 dimensies minimaal 1 toekomstscenario.

Antwoorden:

1. De hulpvraag van patiënt is in eerste instantie een oplossing voor de pijn. Daarnaast lijkt meneer Jacobs te willen begrijpen wat er nu gebeurt met de buik.

Meneer Jacobs lijkt een ileus te hebben. Op basis van het verhaal zou dit zowel een mechanische als een paralytische ileus kunnen zijn. Bij een mechanische ileus is er sprake van een obstructie van het maagdarmkanaal. In dit geval kunnen de peritoneale metastasen of bijbehorende adhesies wellicht de darm obstrueren. Helaas is dit meestal niet reversibel. Een paralytische ileus wordt veroorzaakt door de opiaten en daarnaast de verstoorde zenuwaansturing van het buikvlies door de peritoneale uitzaaiingen. Als er onvoldoende gelaxeerd/geklysmeed is, kan dit reversibel zijn.

2. Wat je nog meer wilt weten (er zijn uiteraard veel antwoorden mogelijk):

Fysieke dimensie: ontlastingspatroon, pijn patroon, VAS-score, andere lichamelijke klachten.

Psychische dimensie: speelt angst een rol? Zijn er andere psychische klachten? Slaappatroon?

Sociale dimensie: wie zijn de belangrijkste naasten en hoe gaan die met de situatie om?

Zingeingsdimensie: speelt religie een rol? Zijn er existentiële vraagstukken, eerder of op dit moment?

NB. Naast de anamnese is het bestuderen van het dossier, de wel of niet gemaakte afspraken en de misschien toch al in gang gezette ‘proactieve zorgplanning’ van groot belang.

3. Toekomstscenario's:

Fysiek:

1. Irreversibele ileus met noodzaak tot maaghevel en laxeren/klysmen en eventueel het gebruik van octreotide. Het gebrek aan intake leidt uiteindelijk tot de dood (<14 dagen).
2. Progressieve icterus, soms met hevige jeuk. Houdt de huid zacht met indifferente crèmes (cetomacrogolcreme of ureum crème). Er zijn, afhankelijk van de oorzaak, diverse systemische behandelingen van jeuk mogelijk (zie richtlijn Jeuk in palliatieve fase). In dit geval zal de icterus vermoedelijk veroorzaakt worden door compressie op de galwegen. Vanwege het grote compensatie vermogen van de lever is leverfalen door de vele uitzaaiingen een zeldzame mogelijkheid, maar niet het meest waarschijnlijk. Als je inschat dat patiënt >6 weken te leven heeft, valt te overwegen de MDL-arts te consulteren voor een stent- of drainplaatsing in de terminale fase ter bestrijding van de jeuk. In deze casus moet de ileus uiteraard eerst verholpen zijn, dat is het meest bedreigend.
3. Indien de ileus reversibel blijkt, is er een grote kans op progressieve deconditionering met uiteindelijk bedlegerigheid en cachexie/anorexie tot gevolg. Dit leidt vaak tot een geleidelijk stervensproces.

Vervolg casus:

Fysieke dimensie: de afgelopen 8 dagen was de ontlasting moeizaam. Het stoma wat normaliter 4-6x per dag productie gaf, was nu nog maar 1x/dag. De consistentie varieert erg van waterdun tot brijig.

De buikpijn begon in de rechter onderbuik maar is nu diffuus door de gehele buik aanwezig. VAS score van 9. Het braken is hinderlijk, maar veel minder erg dan de pijn.

Het geelzien lijkt met de dag erger te worden. Inmiddels geeft het vervelende jeuk op de borst en buik.

Psychische dimensie: de afgelopen dagen was meneer Jacobs stiller dan anders. Hij piekert veel waardoor het slapen moeilijk gaat. Het lukt hem deels dit met zijn echtgenote te bespreken, maar hij probeert zich ook groot te houden. Daarnaast overvalt angst voor het onbekende hem regelmatig. 'Wat gaat er met me gebeuren?'

Sociale dimensie: vooral de kinderen hebben het erg moeilijk. De dochter van meneer Jacobs is 12 weken zwanger en zij hoopt dat haar vader zijn 1^e kleinkind nog mag ontmoeten. Meneer Jacobs voelt aan alles dat hij dat niet gaat halen. Het lukt hem nog niet dit bespreekbaar te maken met zijn dochter.

De zoon van meneer Jacobs is marinier en vindt het moeilijk om over gevoelens te praten.

Zingevoelingsdimensie: meneer Jacobs is katholiek opgevoed, maar niet meer praktiserend. Na de dood is er niets meer, aldus meneer Jacobs.

Deel 2:

1. Wat wil je op dit moment met de patiënt en zijn echtgenote bespreken?
2. Wat antwoord je op de vraag: 'is dit het einde dokter?'
3. Voel je weerstand om op dit moment een proactief zorgplanningsgesprek te voeren? Leg uit waarom.
4. Welke ketenzorg kun je op dit moment inschakelen?

Antwoorden:

1. De huidige werkdiagnose ileus. Het is belangrijk om goed uit te leggen dat je niet goed weet of de ileus nog te verhelpen is. Leg het belang van de maaghevel en klysmen/laxeren uit.

Daarnaast zul je een aanpassing van het pijnbeleid moeten doen. Een orale optie lijkt nu niet mogelijk. Overweeg het starten van bijvoorbeeld een fentanylpleister of subcutaan morfine (mits thuiszorg op korte termijn betrokken kan worden).

NB. Kijk tevens naar de overige thuismedicatie!

2. Dit antwoord is voor iedereen persoonlijk. Het eerlijke antwoord lijkt in ieder geval dat je dat op dit moment nog niet goed kan inschatten, maar dat als de ileus niet snel verholpen wordt het leven heel kort zal zijn (< 14 dagen). Bespreek in ieder geval het strikt noodzakelijke vandaag. Een proactief zorggesprek zou je bijvoorbeeld morgen of overmorgen kunnen inplannen als de fysieke toestand wat beter is.

3. Dit antwoord is voor iedereen persoonlijk. Weerstand zou gevoel kunnen worden door het feit dat je patiënt pas voor de eerste keer ontmoet. Een gesprek tijdens hevige pijn lijkt ook niet opportuun. Idealiter wordt dit gesprek in rustig(er) vaarwater gevoerd.

4.

- Overweeg het inzetten van palliatieve zorg/wijkteam, zowel voor psychische als somatische ondersteuning (denk aan de maaghevel, klysmen, toedienen van subcutane medicatie, ADL-zorg).
- Overweeg het regelen van een hoog-laagbed op de begane grond.
- Overweeg het overleg met de oncoloog (of MDL-arts) voor medische adviezen.
- Overweeg het overleg met een consultatieteam palliatieve zorg (PZNL, voorheen IKNL) of een palliatief team in het bekende ziekenhuis.
- Breng de huisartsenpost op de hoogte voor de avond- en weekenddiensten.

Bijlage 3 – Meerkeuzevragen ‘Palliatief redeneren en symptoommanagement’

Meerkeuzevragen

1. Een 81-jarige patiënte bevindt zich in de terminale fase van haar ziekte. De huisarts verdenkt patiënte van een obstructieve ileus. Wat is de meest effectieve interventie ter bestrijding van misselijkheid en braken?

- A. Een anti-emeticum starten
- B. Een maaghevel plaatsen**
- C. Een maagsonde plaatsen
- D. Een corticosteroid starten.

Het correcte antwoord is B. Bij een obstructieve ileus is er sprake van een obstructie in het maag- darmkanaal. Hierdoor kan de maag zich niet ledigen richting het duodenum en raakt hierdoor overvol (maagretentie). Dit veroorzaakt misselijkheid en uiteindelijk ook braken. Het wegnemen van de oorzaak verlicht de klacht en is hiermee de meest effectieve behandeling. Er dient derhalve gestart te worden met een maaghevel en laxeren.

Ter ondersteuning kan een anti-emeticum helpen. Het geven van corticosteroiden bij een ileus wordt soms ingezet om de zwelling rondom de obstructie af te laten nemen. Hier is echter geen wetenschappelijke onderbouwing voor.

Een maagsonde plaatsen is zinloos aangezien voeding niet zal passeren.

2. Een delier komt regelmatig voor in de laatste dagen van het leven. Wat is het **MINST** waarschijnlijke kenmerk van een delier?

- A. Geleidelijk ontstaan van geheugenproblemen**
- B. Ontstaan van een wisselend bewustzijn
- C. Visuele hallucinaties en/of wanen
- D. Verstoring van aandacht en concentratie.

Het correcte antwoord is A. Geheugenproblemen kunnen ontstaan tijdens een delier maar zijn altijd van acute aard. Langzaam ontstaan van geheugenproblemen past meer bij een cognitieve degeneratie zoals bij bijvoorbeeld dementie.

Het wisselende bewustzijn, hallucinaties en verstoring van aandacht en concentratie horen allen wel bij een delier.

3. Een 86-jarige man is opgenomen in een hospice. Patiënt is 7 dagen behandeld voor een delier bij een blaasontsteking. De blaasontsteking is verholpen en het delier is verbleekt met behulp van haloperidol en niet-medicamenteuze adviezen. Wat is het meest aangewezen beleid ten aanzien van de haloperidol?

- A. Haloperidol per direct staken
- B. Haloperidol in totaal 14 dagen continueren en daarna in 1x staken
- C. Haloperidol halveren per 2 dagen tot stop**
- D. Haloperidol verlagen tot 0,5 milligram per dag en chronisch continueren.

Het correcte antwoord is C. [Bron: NHG – richtlijn delier; nazorg en recidiefpreventie.](#)
Zie tevens E-infuse blok 4.2 Symptoommanagement: delier

4. Een 54-jarige patiënte heeft uitgezaaide kanker. Zij is gedurende de nacht erg angstig en slaapt hierdoor nauwelijks. Het slaapgebrek verergert de angst. Het inzetten van benzodiazepines oraal heeft nauwelijks effect. De huisarts wil haar gedurende de nacht 'intermitterend sederen' om de vicieuze cirkel te kunnen doorbreken. De huisarts wil 's avonds om 22:00 starten met een midazolam-pomp en deze om 06:00 weer afsluiten zodat patiënte weer wakker wordt.

Patiënte heeft een levensverwachting van ongeveer 6 maanden. Komt zij voor intermitterende sedatie in aanmerking?

- A. Ja, intermitterende sedatie is onafhankelijk van de levensverwachting.**
- B. Nee, voor intermitterende sedatie dient de levensverwachting minder dan 2 weken te zijn.

Het correcte antwoord is A. Voor intermitterende sedatie is er geen criterium voor de levensverwachting. [Bron: Richtlijn palliatieve sedatie - pallialine.](#)

5. Wat is het meest voorkomende symptoom in de laatste 2 weken van het leven (onafhankelijk van diagnose of leeftijd)?

- A. Dyspnoe**
- B. Pijn
- C. Onregelmatige ademhaling
- D. Verwarring.

Het correcte antwoord is A. De review van [Kehl en Kowalkowski \(2012\)](#) laat zien dat de meest voorkomende symptomen in de laatste twee weken van het leven zijn: dyspneu (56,7%), pijn (52,4%), onregelmatige ademhaling (51,4%) en verwarring (50,1%).
Zie ook E-infuse Blok 4.1 Zorgpad: stervensfase en nazorgfase

Bijlage 4 - Casus 'Palliatief redeneren en symptoommanagement'

Achtergrondinformatie:

Je bent een ervaren Spoed Eisende Hulp arts tijdens een rustige weekenddienst.

Introductie casus:

Mevrouw Huisman wordt door de ambulance aangekondigd vanwege hevige benauwdheid. Toevallig heb je mevrouw een paar weken geleden ook op de Spoed Eisende Hulp gezien met dezelfde klacht.

Dossier.

Tineke Huisman, 17-05-1970

1^e contactpersoon: Lily Huisman (dochter)

Voorgeschiedenis:

2010 COPD

2014 mammacarcinoom rechts, borstsparende operatie en adjuvant chemoradiotherapie

2016 botmetastasen o.b.v. doorgemaakte mammacarcinoom.

2021: progressie onder 4^e lijn chemotherapie; ontstaan van levermetastasen.

2021: opname medium care vanwege exacerbatie COPD

2022: opname longziekten i.v.m. bilaterale pneumonie en exacerbatie COPD

2022: pathologische heupfractuur rechts na val van trap

2023: diverse opnames vanaf SEH vanwege exacerbaties COPD en pleuravocht rechts

2023: tijdelijk onderbreken 6^e lijn chemotherapie vanwege conditieverlies.

Notities:

Notitie oncoloog (4 weken geleden): forse achteruitgang van conditie, deels ingegeven door de bijwerkingen van de chemotherapie, anderzijds door de slechte longfunctie en de beperkte actieradius (met rollator en zuurstof). Enorme behandelwens bij patiënte. "Opgeven is geen optie".

Medicatie:

Prednison 1dd10mg onderhoud

Diverse inhalatiemedicatie waaronder salbutamol/ipratropium en fluticason.

Eribuline (chemotherapie) tijdelijk gestaakt. Laatste intraveneuze toediening 6 weken geleden.

Fentanylpleister 75umg/uur

Fentanyl sublinguaal 400umg zo nodig bij doorbraakpijn

Morfine drank 20mg zo nodig bij dyspnoe

Overdracht ambulance:

A: vrij

B: Desaturaties bij arriveren tot 79%, grote ademarbeid met hevig expiratoir piepen. Na starten 15L O2 op non-rebreathing masker nu 88% met ademhalingsfrequentie 18/min en nog gebruik van hulpademhalingspijpen.

C: RR130/80mmHg, pols 110/min. Perifeer warm. ECG: sinusritme.

D: EMV maximaal. Glucose 8.

E: Temp 37.3

Aanvullende anamnese: al 4 dagen beneden op de bank geslapen vanwege opkomende benauwdheid, kon de trap niet meer op. Vanmorgen bij wakker worden ineens hevig benauwd. Geen duidelijk uitlokkend moment. Puffers, morfinedrank en ophogen van zuurstof thuis geen effect.

Toen 112 melding.

Casus vragen:

1. Wat is de surprise question? Stel jezelf de vraag met betrekking tot deze casus.
2. Is er sprake van de palliatieve fase? Zo ja, welke?
3. Welke stervensscenario's kun je bedenken? Op welke termijn verwacht je deze scenario's?

Antwoorden:

1. Surprise question: zou het me verbazen als deze patiënt binnen 12 maanden overlijdt?
2. Ja, er is sprake van uitgezaaide borstkanker en daarmee al lange tijd sprake van de palliatieve fase. De terminale fase is mogelijk ook aangebroken: de exacerbaties COPD volgen elkaar steeds sneller op en patiënte is voor het eerst al ruim 6 weken gestopt met de chemotherapie omdat haar conditie onvoldoende is. Daarentegen kan COPD een grillig beloop hebben; soms volgen exacerbaties elkaar snel op en daarna ontstaat er soms een nieuwe (slechtere) maar stabiele pulmonale balans.

3. Stervensscenario's (diverse mogelijk):

- Exacerbatie COPD, al dan niet met een longontsteking.
- Cardiale ischemie bij diepe desaturaties met ritmestoornis of acute hartdood tot gevolg
- Infectie elders bij chronisch prednison gebruik (en dus verlaagde afweer).
- Anorexie/cachexie bij zowel de uitgezaaide borstkanker als de COPD.

Vervolg casus:

Als mevrouw Huisman na diverse interventies enigszins gestabiliseerd is, komt haar dochter de Spoed Eisende Hulp binnen. "Is het weer zover?" is de eerste zin die zij zuchtend laat vallen.

Op basis van de vitale gegevens zou patiënte ter ondersteuning naar een intensive care kunnen. Er is echter een behandelbeperking op medische gronden door haar oncoloog in samenspraak met de longarts afgesproken. Patiënte had hier luid tegen geprotesteerd maar zich er uiteindelijk bij neer gelegd.

Casus vragen:

4. Wat is een behandelbeperking? Wat zijn de 'medische gronden' waar over gesproken wordt?

Je wilt patiënte opnemen op de longafdeling met werkdiagnose exacerbatie COPD Gold IV. Er zijn geen aanwijzingen voor een longembolie, een cardiale oorzaak van benauwdheid of longontsteking.

Je acht de kans van herstel heel klein. Toch heeft patiënte je al eens eerder verbaasd. Ondanks de benauwdheid weet mevrouw Huisman je hier nog even aan te herinneren.

5. Wat leg je aan mevrouw Huisman en haar dochter uit?

6. Je wilt starten met een morfinepomp ter bestrijding van de dyspnoe. Dat zou de eerste keer zijn voor mevrouw Huisman. Welke uitleg geef je hier over?

Antwoorden:

4. Een behandelbeperking (of behandelgrens) is afzien van een intensieve behandeling indien deze situatie zich voordoet. Denk bijvoorbeeld aan een opname op de intensive care (met beademing) of reanimeren. Een behandelgrens kan vooraf worden vastgelegd. Soms is dit op verzoek van een patiënt, maar soms kan een behandelaar dit ook op medische gronden vastleggen. Hiermee schat de behandelaar in dat de uitkomsten van een dergelijke medische interventie niet opwegen tegen de zware last ervan. De behandelaar schat daarmee in dat er geen kans van slagen is (of dat de kwaliteit van leven na de intensieve behandeling extreem slecht is).

5. Mevrouw Huisman wordt opgenomen in verband met de hevige benauwdheid. Dat lijkt opnieuw te berusten op een tijdelijke verergering van de COPD (exacerbatie). Dit is bekend terrein voor mevrouw Huisman. Je kunt je zorgen uitspreken: de exacerbaties volgen elkaar snel op en de desaturaties zijn steeds dieper. Het ontbreken aan een duidelijk uitlokkend moment is eveneens een prognostisch slecht teken. De collega's op de longafdeling zullen hun uiterste best doen om patiënte zo goed mogelijk te laten opknappen. Toch bestaat er een kans dat dit nu (of een volgende keer) niet gaat lukken en patiënte op korte termijn komt te overlijden.

6. Een morfinepomp wordt gebruikt om een constante hoeveelheid morfine toe te dienen via een intraveneuze of subcutane pomp. Morfine heeft naast een pijnstillend effect ook een effect op het verlagen van het benauwdheidsgevoel. Aangezien mevrouw Huisman morfinedrank thuis gebruikt, zal zij hiermee bekend zijn. Let op dat de morfinepomp soms geassocieerd wordt met palliatieve sedatie en patiënten daar erg van kunnen schrikken. Bespreek deze nuance.

NB. Vergeet niet dat patiënte reeds een fentanylpleister heeft en je daar rekening mee dient te houden in de keuze en dosering van morfine.

Bijlage 5 – Casus ‘Zingeving’

Casus 1

Achtergrond: je bent huisarts en kent meneer/mevrouw Jansen goed. Meneer Jansen heeft een zeer beperkt sociaal netwerk; alleen een zus 100km verderop is betrokken.

Inhoud: Meneer Jansen (65 jaar) heeft longkanker met uitzaaiingen in de botten, het longvlies en de hersenen. Er zijn 4 opnames geweest in de laatste 3 maanden met o.a. epileptische insulpen, benauwdheid vanwege pleuravocht en algehele achteruitgang van conditie. De longarts heeft 4 weken geleden besloten de chemo- en immuuntherapie definitief te staken. Sindsdien is er nauw contact tussen jou en de patiënt.

Casus 2

Achtergrond: je bent al jaren huisarts van meneer/mevrouw Pieterse. Jullie kennen elkaar niet goed. Tot vlak voor de diagnose kwam patiënt nooit op het spreekuur, er was immers geen noodzaak toe bij goede gezondheid.

Inhoud: Vandaag komt Meneer Pieterse (79 jaar) op het spreekuur. Meneer Pieterse heeft sinds 2 jaar langzaam progressieve chronische lymfatische leukemie. Op dit moment gaat het redelijk goed. Op verzoek van meneer Pieterse komt hij praten over de stervensfase. Hij wil goed geïnformeerd zijn over welke (on)mogelijkheden er zijn in het sterfbed.

Casus 3

Achtergrond: Je bent specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) en kent mevrouw/meneer Ali goed. Mevrouw Ali (70 jaar) woont al 2 jaar op de psychogeriatrische (PG) afdeling van het verpleeghuis. Behoudens de gevorderde Alzheimer dementie verkeert zij in een redelijk goede lichamelijke conditie. Haar familie (3 zoons en 1 dochter, diverse kleinkinderen) is erg betrokken en komt dagelijks. Het islamitisch geloof is bijzonder belangrijk voor de hele familie. Aanvankelijk was er veel verdriet bij de kinderen dat zij hun moeder niet tot haar dood in de thuissituatie konden verzorgen. Toen de situatie onhoudbaar werd (ongelukken in huis, wegloopgedrag) kwam patiënte op de PG-afdeling terecht. Het contact tussen jou en de familie heeft moeten groeien, maar is inmiddels goed.

Inhoud: Vanwege een aanhoudende hoest werd een longfoto in het ziekenhuis verricht. Je vermoedde een hardnekkige longontsteking, maar de longfoto toont een grote verdenking op een longtumor in de rechter bovenkwab.

Bijlage 6 - Casus 'Communicatie'

Casus 1

Achtergrond: je bent huisarts en kent meneer/mevrouw Jansen goed. Meneer Jansen heeft een zeer beperkt sociaal netwerk; alleen een zus 100km verderop is betrokken.

Inhoud: Meneer Jansen (65 jaar) heeft longkanker met uitzaaiingen in de botten, het longvlies en de hersenen. Er zijn 4 opnames geweest in de laatste 3 maanden met o.a. epileptische insulpen, benauwdheid vanwege pleuravocht en algehele achteruitgang van conditie. De longarts heeft 4 weken geleden besloten de chemo- en immuuntherapie definitief te staken. Sindsdien is er nauw contact tussen jou en de patiënt.

Doel van de oefening: bespreek een zogeheten 'niet meer insturen'-beleid met patiënt.

Casus 2

Achtergrond: je bent al jaren huisarts van meneer/mevrouw Pieterse. Jullie kennen elkaar niet goed. Tot vlak voor de diagnose kwam patiënt nooit op het spreekuur, er was immers geen noodzaak toe bij goede gezondheid.

Inhoud: Vandaag komt Meneer Pieterse (79 jaar) op het spreekuur. Meneer Pieterse heeft sinds 2 jaar langzaam progressieve chronische lymfatische leukemie. Op dit moment gaat het redelijk goed. Op verzoek van meneer Pieterse komt hij praten over de stervensfase. Hij wil goed geïnformeerd zijn over welke (on)mogelijkheden er zijn in het sterfbed.

Doel van de oefening: bespreek het natuurlijk stervensproces, palliatieve sedatie en euthanasie en bijbehorende verschillen.

Casus 3

Achtergrond: je bent specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) en kent mevrouw/meneer Ali goed. Mevrouw Ali (70 jaar) woont al 2 jaar op de psychogeriatrische (PG) afdeling van het verpleeghuis. Behoudens de gevorderde Alzheimer dementie verkeert zij in een redelijk goede lichamelijke conditie. Haar familie (3 zoons en 1 dochter, diverse kleinkinderen) is erg betrokken en komt dagelijks. Het islamitisch geloof is bijzonder belangrijk voor de hele familie. Aanvankelijk was er veel verdriet bij de kinderen dat zij hun moeder niet tot haar dood in de thuissituatie konden verzorgen. Toen de situatie onhoudbaar werd (ongelukken in huis, wegloupedrag) kwam patiënte op de PG-afdeling terecht. Het contact tussen jou en de familie heeft moeten groeien, maar is inmiddels goed.

Inhoud: Vanwege een aanhoudende hoest werd een longfoto in het ziekenhuis verricht. Je vermoedde een hardnekkige longontsteking, maar de longfoto toont een grote verdenking op een longtumor in de rechter bovenkwab.

Doel van de oefening: bespreek met zoon/dochter (1^o contactpersoon) dat je wilt afzien van verdere diagnostiek.

Bijlage 7 – TIP, TOP formulier ‘Communicatie’

Naam deelnemer:

Leervraag:

Gewenste situatie:

Gewenst gedrag/karakter:

Gewenste emotie:

Contact

Tip:

Top:

Persoonlijke leervraag

Tip:

Top:

Woorden en (minder) goede zinnen

Tip:

Top:

Non-verbale communicatie

Tip:

Top:

Bijlage 8 – Casus 1 ‘Samenwerken’

Rol 1: huisarts

Multi disciplinair overleg georganiseerd door de huisarts. De huisarts zal de casus inbrengen.

Basisinformatie:

Patiënt: Mariëlle de Jong, 35 jaar

Diagnose: uitgezaaide longkanker

Sociale status: gescheiden, 2 kinderen van 4 en 6.

Voorgeschiedenis:

2 jaar geleden aanhoudende hoestklachten waarna analyse longarts. Diagnose longkanker rechter bovenkwab waarvoor lobectomie (longkwab operatief verwijderd).

1 jaar geleden uitzaaiingen in de botten, longvlies en hersenen. Chemotherapie en immuuntherapie gehad.

1 maand geleden: geen ziektegerichte behandeling meer mogelijk. Best supportive care.

Reden voor MDO: Mariëlle houdt alle zorg af. Hoe verder?

Rol specifieke informatie:

- Mariëlle werd 1 maand geleden ontslagen na een opname in het ziekenhuis. Zij was achter de voordeur gevonden en had een epileptisch insult doorgemaakt en zodoende opgenomen. Tijdens de opname werd met Mariëlle besproken dat er geen ziektegerichte behandeling meer mogelijk is. Jij hebt haar als huisarts nog niet gesproken. Ze beantwoordt je telefoontjes niet en je uitnodiging voor een huisbezoek heeft ze al 3x afgewezen. Wel heb je diverse recepten getekend voor fentanylpleisters. De huisartsenpost heeft haar vorige week in de avond 1x moeten bezoeken vanwege onhoudbare pijn.

Rol 2: wijkverpleegkundige palliatieve zorg

Multi disciplinair overleg georganiseerd door de huisarts. De huisarts zal de casus inbrengen.

Basisinformatie:

Patiënt: Mariëlle de Jong, 35 jaar

Diagnose: uitgezaaide longkanker

Sociale status: gescheiden, 2 kinderen van 4 en 6.

Voorgeschiedenis:

2 jaar geleden aanhoudende hoestklachten waarna analyse longarts. Diagnose longkanker rechter bovenkwab waarvoor lobectomie (longkwab operatief verwijderd).

1 jaar geleden uitzaaiingen in de botten, longvlies en hersenen. Chemotherapie en immuuntherapie gehad.

1 maand geleden: geen ziektegerichte behandeling meer mogelijk. Best supportive care.

Reden voor MDO: Mariëlle houdt alle zorg af. Hoe verder?

Rol specifieke informatie:

- Je raakte 3 maanden geleden betrokken na een aanvraag vanuit het ziekenhuis voor begeleiding thuis. Het contact was aanvankelijk moeizaam, maar na aandringen van de zus van Mariëlle kom je 1x/2 weken bij Mariëlle thuis.
- Je mag alleen komen in de week dat de kinderen van Mariëlle bij hun vader zijn. Mariëlle wil niet dat haar kinderen weten dat zij ziek is.
- Het kost Mariëlle heel veel moeite en pijn om boven te slapen. Een bed in de woonkamer heb je al vaak aangedragen, maar omwille van de kinderen wil Mariëlle dit niet.
- Je vermoed dat Mariëlle veel meer pijnstillers inneemt dan voorgeschreven staat.
- Je kunt voor Mariëlle nog niet veel betekenen, ze houdt je aanbod steeds af.

Rol 3: praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH GGZ)

Multi disciplinair overleg georganiseerd door de huisarts. De huisarts zal de casus inbrengen.

Basisinformatie:

Patiënt: Mariëlle de Jong, 35 jaar

Diagnose: uitgezaaide longkanker

Sociale status: gescheiden, 2 kinderen van 4 en 6.

Voorgeschiedenis:

2 jaar geleden aanhoudende hoestklachten waarna analyse longarts. Diagnose longkanker rechter bovenkwab waarvoor lobectomie (longkwab operatief verwijderd).

1 jaar geleden uitzaaiingen in de botten, longvlies en hersenen. Chemotherapie en immuuntherapie gehad.

1 maand geleden: geen ziektegerichte behandeling meer mogelijk. Best supportive care.

Reden voor MDO: Mariëlle houdt alle zorg af. Hoe verder?

Rol specifieke informatie:

- Je kent Mariëlle al 3 jaar na haar scheiding. Vanwege somberheidsklachten kwam ze op het spreekuur. Je hebt warm contact met haar en spreekt haar elke 2 weken, de laatste maanden meestal telefonisch.
- Het eerdere huwelijk van Mariëlle en haar ex-man Peter verliep heel moeizaam. Na jaren van een moeilijke relatie leek scheiden de enige optie. Sindsdien heeft Mariëlle veel spijt. Haar kinderen worden door hun vader aan hun lot overgelaten.
- Mariëlle vecht sinds de scheiding voor de volledige voogdij, maar tot op heden is het 1 grote juridische strijd met veel 'moddergooien', aldus Mariëlle.
- Toen Mariëlle ziek bleek hield zij krampachtig vast aan het idee 'de uitzondering op de regel te zijn'. Zij was tot vorige maand in de volle overtuiging dat zij de ziekte tegen beter weten in zou verslaan.
- Sinds de laatste ziekenhuisopname komt het besef dat zij niet meer beter zal worden.
- De bekende somberheid is flink toegenomen, maar zij houdt zich flink voor de kinderen.

Rol 4: verzorgende thuiszorg

Multi disciplinair overleg georganiseerd door de huisarts. De huisarts zal de casus inbrengen.

Basisinformatie:

Patiënt: Mariëlle de Jong, 35 jaar

Diagnose: uitgezaaide longkanker

Sociale status: gescheiden, 2 kinderen van 4 en 6.

Voorgeschiedenis:

2 jaar geleden aanhoudende hoestklachten waarna analyse longarts. Diagnose longkanker rechter bovenkwab waarvoor lobectomie (longkwab operatief verwijderd).

1 jaar geleden uitzaaiingen in de botten, longvlies en hersenen. Chemotherapie en immuuntherapie gehad.

1 maand geleden: geen ziektegerichte behandeling meer mogelijk. Best supportive care.

Reden voor MDO: Mariëlle houdt alle zorg af. Hoe verder?

Rol specifieke informatie:

- Via de transferverpleegkundige heb je al 3x een aanvraag ontvangen voor thuiszorg; hulp bij ADL-zorg en het inzetten van een hoog-laagbed.
- Je hebt geprobeerd een intakegesprek te plannen maar Mariëlle neemt de telefoon niet op. Haar zus Simone heb je wel gesproken. Simone is erg betrokken en zou heel graag willen dat je zorg komt leveren, maar Mariëlle houdt alles af.

Rol 5: oncoloog/longarts

Multi disciplinair overleg georganiseerd door de huisarts. De huisarts zal de casus inbrengen.

Basisinformatie:

Patiënt: Mariëlle de Jong, 35 jaar

Diagnose: uitgezaaide longkanker

Sociale status: gescheiden, 2 kinderen van 4 en 6.

Voorgeschiedenis:

2 jaar geleden aanhoudende hoestklachten waarna analyse longarts. Diagnose longkanker rechter bovenkwab waarvoor lobectomie (longkwab operatief verwijderd).

1 jaar geleden uitzaaiingen in de botten, longvlies en hersenen. Chemotherapie en immuuntherapie gehad.

1 maand geleden: geen ziektegerichte behandeling meer mogelijk. Best supportive care.

Reden voor MDO: Mariëlle houdt alle zorg af. Hoe verder?

Rol specifieke informatie:

- Je kent mevrouw de Jong al vanaf de eerste diagnose. Mariëlle komt vaak alleen op het spreekuur, af en toe zie je haar zus.
- Vanaf dag 1 was duidelijk dat Mariëlle een agressieve tumor had. Mariëlle wilde tot op het laatst niet horen dat zij hieraan zal komen te overlijden.
- Je hebt meermaals geprobeerd met haar te spreken over de toekomstscenario's.
- Tijdens de laatste opname (vanwege een eerste epileptisch insult) ben je geschrokken van de grote hoeveelheid uitzaaiingen in de hersenen. De kans op meer epileptische insulten is erg groot.
- Mariëlles linker thoraxhelft is ingenomen door een enorme hoeveelheid longvocht. Je hebt het 2x gedraineerd, maar Mariëlle wilde perse niet met zichtbare drain naar huis. Je vermoed dat zij haar ziekte probeert te verbergen voor haar kinderen, maar dit onderwerp is niet bespreekbaar geweest.
- Je vermoed dat Mariëlle op korte termijn in ernstige benauwdheid zal raken. Je acht dit het meest waarschijnlijke stervensscenario.

Bijlage 9 – Casus 2 ‘Samenwerken’

Rol 1: huisarts

Multi disciplinair overleg georganiseerd door de huisarts op verzoek van de thuiszorg. De verzorgende van de thuiszorg (rol 3) zal de casus inbrengen.

Basisinformatie:

Patiënt: Henk Stavoren, 63 jaar

Diagnose: uitgezaaid melanoom

Sociale status: gehuwd, 2 kinderen en 2 kleinkinderen

Voorgeschiedenis:

3 jaar geleden melanoom op de boven rug verwijderd, curatief.

1 jaar geleden klachten van gewichtsverlies en nachtzweeten. Verwijzing academisch ziekenhuis: uitgezaaid melanoom met bot- en longuitzaaiingen. Start immuuntherapie.

4 maanden geleden eerste gegeneraliseerd epileptisch insult op basis van helaas 15 (!) nieuwe hersenuitzaaiingen. Stop immuuntherapie, best supportive care.

3 maanden geleden: whole brain radiotherapie ter voorkoming verdere uitbreiding van hersenuitzaaiingen. Nadien veel concentratie problemen.

Reden voor MDO: haalbaarheid van de thuissituatie/belastbaarheid van de mantelzorgers?

Rol specifieke informatie:

- Je kent Henk en zijn vrouw Stien al meer dan 30 jaar.
- Drie jaar geleden ontdekte je per toeval een groot melanoom op de boven rug. Henk maakte zich er totaal geen zorgen om. Je hebt er sindsdien altijd een slecht onderbuiksgevoel over gehad. Toen Henk op je spreekuur kwam met ruim 10 kilo gewichtsverlies stuurde je hem rechtstreeks naar de oncoloog met verdenking op uitzaaiingen. Helaas kreeg je gelijk.
- Aanvankelijk leek de behandeling aan te slaan en waren Henk en zijn familie optimistisch gestemd. Je voelde weinig ruimte om te praten over einde levensbesluiten.
- Toen je op een vrijdagmiddag met spoed gebeld werd heb je samen met de ambulance ondersteuning kunnen bieden bij zijn eerste epileptisch insult. Dochters waren erg dankbaar dat er een bekend gezicht was.

- Je hebt spijt dat je niet eerder aan 'advance care planning' bent toegekomen. In een sneltreinvaart ging Henk cognitief achteruit; vooral na de bestraling op het hoofd. Een goed gesprek was eigenlijk niet meer mogelijk.
- Je kent Henk als een harde werker – hij was dakdekker - en een man van weinig woorden.
- De afgelopen weken zijn de insulten fors toegenomen tot wel 8x/dag. In overleg met de neuroloog heb je midazolam neusspray voorgeschreven en dit werkt snel na een insult.
- Je ziet dat Stien en beide dochters overbelast raken.
- Je werkt nauw samen met de thuiszorgorganisatie en hebben dagelijks telefonisch contact bij problemen.
- De thuiszorgorganisatie heeft je gevraagd het MDO te organiseren. Dat leek je uitstekend idee. Je worstelt zelf met de vraag: hoe ziet de toekomst eruit en waarop kunnen we anticiperen? Je hebt gevraagd of de arts van het palliatief team ook kan aansluiten in dit MDO.

Rol 2: wijkverpleegkundige palliatieve zorg

Multi disciplinair overleg georganiseerd door de huisarts op verzoek van de thuiszorg. De verzorgende van de thuiszorg (rol 3) zal de casus inbrengen.

Basisinformatie:

Patiënt: Henk Stavoren, 63 jaar

Diagnose: uitgezaaid melanoom

Sociale status: gehuwd, 2 kinderen en 2 kleinkinderen

Voorgeschiedenis:

3 jaar geleden melanoom op de boven rug verwijderd, curatief.

1 jaar geleden klachten van gewichtsverlies en nachtzweeten. Verwijzing academisch ziekenhuis: uitgezaaid melanoom met bot- en longuitzaaiingen. Start immuuntherapie.

4 maanden geleden eerste gegeneraliseerd epileptisch insult op basis van helaas 15 (!) nieuwe hersenuitzaaiingen. Stop immuuntherapie, best supportive care.

3 maanden geleden: whole brain radiotherapie ter voorkoming verdere uitbreiding van hersenuitzaaiingen. Nadien veel concentratie problemen.

Reden voor MDO: haalbaarheid van de thuissituatie/belastbaarheid van de mantelzorgers?

Rolspecifieke informatie:

- Je raakte 6 maanden geleden betrokken bij Henk en zijn vrouw Stien, op verzoek van zijn vrouw.
- Henk vond het aanvankelijk maar niets om met je te praten. Hij zat midden in zijn behandeling en wilde vooral graag vooruitkijken. Daarnaast kostte de ziekenhuisbezoeken veel kostbare werktijd en aangezien Henk ZZP'er in de dakdekking was zat hij niet te wachten op nog een bezoek tijdens kantoortijden.
- Je merkte dat Stien veel behoefte had om met Henk te praten over sterven. Hierin kon je enige begeleiding bieden.
- Henk vond het moeilijk om te praten over dood gaan. Dit had mede te maken met het overlijden van zijn collega en vriend Piet. Piet viel tijdens het dakdekken van 10 meter hoogte en brak zijn nek. Piet bleek volledige verlamd en kreeg uiteindelijk euthanasie, iets wat Henk heel moeilijk vond. "Je trekt er toch niet zomaar de stekker uit?" had Henk tegen Stien gezegd.
- Henk heeft één keer gezegd bang te zijn voor een lijdensweg met pijn.
- Henk wil daarnaast zijn familie niet tot last zijn. Wat Henk betreft had een hospice een prima oplossing geleken in de laatste levensfase. Stien en beide dochters waren echter stellig in dat zij Henk zo lang mogelijk thuis wilden verzorgen.

Rol 3: verzorgende thuiszorg

Multi disciplinair overleg georganiseerd door de huisarts op verzoek van de thuiszorg. De verzorgende van de thuiszorg (rol 3) zal de casus inbrengen.

Basisinformatie:

Patiënt: Henk Stavoren, 63 jaar

Diagnose: uitgezaaid melanoom

Sociale status: gehuwd, 2 kinderen en 2 kleinkinderen

Voorgeschiedenis:

3 jaar geleden melanoom op de boven rug verwijderd, curatief.

1 jaar geleden klachten van gewichtsverlies en nachtzweeten. Verwijzing academisch ziekenhuis: uitgezaaid melanoom met bot- en longuitzaaiingen. Start immuuntherapie.

4 maanden geleden eerste gegeneraliseerd epileptisch insult op basis van helaas 15 (!) nieuwe hersenuitzaaiingen. Stop immuuntherapie, best supportive care.

3 maanden geleden: whole brain radiotherapie ter voorkoming verdere uitbreiding van hersenuitzaaiingen. Nadien veel concentratie problemen.

Reden voor MDO: haalbaarheid van de thuissituatie/belastbaarheid van de mantelzorgers?

Rol specifieke informatie:

- Je komt als thuiszorgorganisatie sinds 3 weken bij patiënt thuis. Aanvankelijk was er vooral hulp bij het douchen en de medicatie begeleiding nodig, maar in sneltreinvaart is er steeds meer hulp nodig.
- Henk is inmiddels ADL-zorg behoeftig en heeft veel pijn.
 - De huisarts komt bijna dagelijks op bezoek. De pijnstilling wordt regelmatig opgehoogd.
- De bestraling op het hoofd heeft patiënt veel concentratiestoornissen gegeven. Daarnaast geven de opiaten sufheid waardoor een gesprek met Henk moeilijk te voeren is.
- De epileptische insulten vinden dagelijks meermaals plaats. Echtgenote of dochters dienen midazolam neusspray toe om de insulten te laten stoppen. Dit geeft veel stress bij de familie; zij durven nauwelijks te slapen omdat ze bang zijn een insult te missen.
 - Na de insulten is Henk nog suffer dan voorheen.
- Ondanks dat de thuiszorg maximaal ingezet is – dat betekent 24/7 op afroep inzetbaar – vraag je je af of deze situatie thuis haalbaar is. Je ziet dat echtgenote en dochters overbelast raken.

Rol 4: arts palliatief consult team regionale ziekenhuis

Multi disciplinair overleg georganiseerd door de huisarts op verzoek van de thuiszorg. De verzorgende van de thuiszorg (rol 3) zal de casus inbrengen.

Basisinformatie:

Patiënt: Henk Stavoren, 63 jaar

Diagnose: uitgezaaid melanoom

Sociale status: gehuwd, 2 kinderen en 2 kleinkinderen

Voorgeschiedenis:

3 jaar geleden melanoom op de boven rug verwijderd, curatief.

1 jaar geleden klachten van gewichtsverlies en nachtzweeten. Verwijzing academisch ziekenhuis: uitgezaaid melanoom met bot- en longuitzaaiingen. Start immuuntherapie.

4 maanden geleden eerste gegeneraliseerd epileptisch insult op basis van helaas 15 (!) nieuwe hersenuitzaaiingen. Stop immuuntherapie, best supportive care.

3 maanden geleden: whole brain radiotherapie ter voorkoming verdere uitbreiding van hersenuitzaaiingen. Nadien veel concentratie problemen.

Reden voor MDO: haalbaarheid van de thuissituatie/belastbaarheid van de mantelzorgers?

Rol specifieke informatie:

- Je bent door de huisarts in consult gevraagd om mee te denken over toekomstscenario's. Je kent patiënt alleen van papier.
- Ter voorbereiding van dit MDO heb je contact gehad met de behandelend neuroloog en oncoloog.
- Waarschijnlijk zullen de hersenuitzaaiingen tot het meest waarschijnlijke stervensscenario leiden. Toen de hersenuitzaaiingen werden ontdekt was er al sprake van zeer flink oedeem in de hersenen. Dit geeft druk in de schedel en dat veroorzaakt de insulten.
- De neuroloog wist je te vertellen dat de whole brain radiotherapie maar beperkt winst heeft gehad. Er was vooral veel nevenschade; enorme cognitieve achteruitgang en concentratie stoornissen. De zwelling in het brein was nadien nauwelijks afgenomen. Je vermoedt dat er uiteindelijk sprake zal zijn van een cerebrale inklemming. In dit geval wordt de druk in de schedel dusdanig hoog dat geleidelijk of acuut de hersenfuncties uitvallen. Dit gaat vaak gepaard met een verminderd bewustzijn, braken, spasmen of overstretching van de ledematen en insulten en uiteindelijk de dood.
- Op basis van het totaalplaatje schat je de prognose < 2 weken.
- Je vindt het belangrijk dat de huisarts het beeld van een inklemming zo goed mogelijk probeert te schetsen aan de familie. Het kan een akelig stervensscenario zijn.

- Indien patiënt (of zijn familie) toch graag in de thuissituatie willen blijven dient de huisarts een acuut sedatie protocol in te schakelen. Vermoedelijk zal de partner of 1 van beide kinderen patiënt acuut moeten sederen in het geval van een acute inklemming. Deze handeling wordt vaak als zeer belastend ervaren door de familie. Is hospice – en dus noodzakelijke professionele zorg - een alternatief?

Rol 5: apotheker

Multi disciplinair overleg georganiseerd door de huisarts op verzoek van de thuiszorg. De verzorgende van de thuiszorg (rol 3) zal de casus inbrengen.

Basisinformatie:

Patiënt: Henk Stavoren, 63 jaar

Diagnose: uitgezaaid melanoom

Sociale status: gehuwd, 2 kinderen en 2 kleinkinderen

Voorgeschiedenis:

3 jaar geleden melanoom op de boven rug verwijderd, curatief.

1 jaar geleden klachten van gewichtsverlies en nachtzweeten. Verwijzing academisch ziekenhuis: uitgezaaid melanoom met bot- en longuitzaaiingen. Start immuuntherapie.

4 maanden geleden eerste gegeneraliseerd epileptisch insult op basis van helaas 15 (!) nieuwe hersenuitzaaiingen. Stop immuuntherapie, best supportive care.

3 maanden geleden: whole brain radiotherapie ter voorkoming verdere uitbreiding van hersenuitzaaiingen. Nadien veel concentratie problemen.

Reden voor MDO: haalbaarheid van de thuissituatie/belastbaarheid van de mantelzorgers?

Rolspecifieke informatie:

- De sufheid van patiënt kan voor een deel verklaard worden door het gebruik van oxycodon. Het risico van een orale pijnstillers is dat dit bij sufheid niet goed ingenomen kan worden. Daarnaast geeft het een risico op aspireren. Een opiaatrotatie naar een fentanylpleister kan hierin een uitkomst zijn; minder sufheid en gegarandeerde niet-orale opname.
- Patiënt gebruikt dexamethason om de zwelling in het brein zoveel mogelijk te verminderen. Dit kan eventueel subcutaan of intramusculair gegeven worden.
- Als er noodzaak is tot een acuut sedatie protocol in de thuissituatie dan is midazolam neusspray vermoedelijk de meest geschikte oplossing. Conform de adviezen in de richtlijn (zie palliaweb): 15 mg midazolam intranasaal (2,5 mg/dosis, 3 doses per neusgat). Herhaal medicatie zo nodig.
- Adviseer de huisarts voldoende midazolam neusspray te bestellen en dichtbij de patiënt te bewaren.