
SCHOLING PZ

landelijk scholingsprogramma palliatieve zorg

Landelijke uniforme basisscholing Palliatieve zorg bij mensen met ongeneeslijke kanker



De e-learning is gebaseerd op de scholing palliatieve zorg zoals ontwikkeld door de Brabantse netwerken palliatieve zorg.

Draaiboek voor docenten

Inhoudsopgave

1. Introductie	3
Doelgroep	4
Leerdoelen	4
Totstandkoming scholing.....	6
Overzicht scholing	7
Zaalindeling	8
Toelichting online cursus.....	8
Toelichting vragenlijst.....	8
2. Benodigheden	9
3. Draaiboek.....	10
Online voorbereiding: (10 uur)	10
Bijeenkomst I: ‘Proactieve zorgplanning’ en ‘Palliatief redeneren en symptoommanagement’	11
Bijeenkomst II: Communicatie en Beslissingen rondom het levenseinde.....	26
Bijeenkomst III: Zingeving en Samenwerken.....	38
Bijlage 1 – Meerkeuzevragen ‘Proactieve zorgplanning’	49
Bijlage 2 – Casus ‘Proactieve Zorgplanning’	51
Bijlage 3 – Casus ‘Communicatie’	55
Bijlage 4 – Praktijklab 1 TIP, TOP formulier	56
Bijlage 5 – Meerkeuzevragen ‘Palliatief redeneren en symptoommanagement’	57
Bijlage 6 – Casus ‘Palliatief redeneren en symptoommanagement’	59
Bijlage 7 – Meerkeuzevragen ‘Beslissingen rondom het levenseinde’	63
Bijlage 8 – Casus ‘Zingeving’	65

Bijlage 9 - Casuïstiek 'Samenwerken' MDO NR. 1	66
Bijlage 10 – Casuïstiek 'Samenwerken' - MDO NR. 2	71

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

Leerdoelen

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

Algemeen

1. Herkent de verschillen tussen curatie, palliatie en terminale zorg;
2. Is alert op moreel ethische dilemma's in de palliatieve fase en kan deze ter sprake brengen in het 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 voorbereiding: (10 uur)		
Bijeenkomst I	Bijeenkomst II	Bijeenkomst III
Proactieve zorgplanning  	Communicatie 	Zingeving en cultuur 
Palliatief redeneren en symptoommanagement  	Beslissingen rondom levenseinde 	Samenwerken  



= Interprofessioneel



= Online



= Fysiek

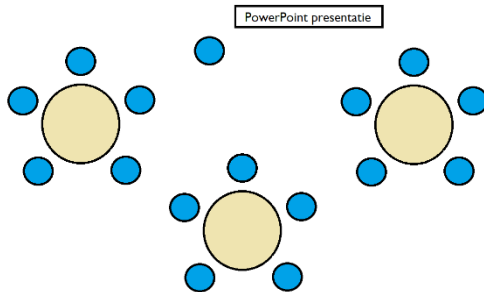


= Team Based Learning (TBL)

*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

Idealiter wordt er gekozen voor een zaalindeling waarbij de deelnemers in groepjes van vijf bij elkaar zitten. 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.

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 voorbereiding: (10 uur)

Leerdoelen:

- Raakt alle leerdoelen

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	⊗ -

Bijeenkomst I: ‘Proactieve zorgplanning’ en ‘Palliatief redeneren en symptoommanagement’

Programma

- 9.00-9:15 welkom + kennismaking + leervraag ophalen
- 9.15-10.30 proactieve zorgplanning
- 10.30-10.45 pauze
- 10.45-12.30 palliatief redeneren en symptoom management

Proactieve zorgplanning (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-learning proactieve zorgplanning.
- Hoe ervaar jij het voeren van proactieve zorgplanningsgesprekken? Wat vergemakkelijkt het gesprek? Wat weerhoud je van het gesprek? Heb je tips voor je medecursisten?

Palliatief redeneren en symptoommanagement (1 uur en 45 min.)

Leerdoelen:

- Kan de geleerde kennis en vaardigheden op het gebied van zorg bij ongeneeslijke kanker toepassen bij andere ziekteverlopen zoals orgaanfalen, dementie en kwetsbaarheid;
- Herkent en markeert de palliatieve fase bij een (kwetsbare) volwassen patiënt met ongeneeslijke kanker;

- Kan veelvoorkomende symptomen binnen de palliatieve fase bij de patiënt herkennen;
- Kan (niet-)medicamenteuze symptoommanagement bij de patiënt uitvoeren;
- Kan veelvoorkomende symptomen van de patiënt binnen de stervensfase herkennen.

Welkom + kennismaken				
Duur	Onderwerp, doel en resultaat	Werkvorm	Inhoud	Benodigd
'5	Intro en binnenlopen	Uitleg	<ul style="list-style-type: none"> - Zodra deelnemers binnenkomen heet je ze welkom. - Welkom bij scholing Palliatieve zorg - Kennismakingsronde + wat is jullie leervraag? <p>Huishoudelijke mededeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elearning is verplicht. 	

Proactieve zorgplanning				
Duur	Onderwerp, doel en resultaat	Werkvorm	Inhoud	Benodigd
'10	<p>Intro en binnenlopen</p> <div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <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> <div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>Tips voor docent, samenstellen teams: Maak de teams zo heterogeen mogelijk.</p> </div> <div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <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</p> </div>	Uitleg	<ul style="list-style-type: none"> - Voorbereiding docent: lees de input van deelnemers op de voorbereidingsvraag (hoe ervaar je proactieve zorgplanningsgesprekken) 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. - Zodra alle 15 deelnemers binnen zijn stel je jezelf kort voor en geef je uitleg over de bijeenkomst <ul style="list-style-type: none"> o Duur 90 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 	

			<p>jullie handvatten mee kunnen nemen om morgen in de praktijk toe te passen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jullie hebben de voorbereiding in de e-learning 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 groepen en geef aan dat ze 10 min hebben om 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</p>	Team-test	<p>Deelnemers zitten verdeeld over 3 groepen en krijgen 10 minuten om samen tot consensus te komen voor de 5 meerkeuzevragen. Vraag de deelnemers om de tijd in de gaten</p>	Bijlage 1

	zorgplanning. Tevens leren zij professionele vaardigheden in het samenwerken met elkaar.		te houden, binnen 10 minuten moeten ze alle vragen beantwoord hebben. Zet een timer en benoem het als ze nog 2 minuten hebben.	
'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>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 houden het papier met de keuze voor A/B/C/D omhoog.</p> <p>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> - <i>Groep 2, twijfelden jullie nog tussen een antwoord 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>	
'20	Toepassingsopdracht deel 1	Toepassingsopdracht	Deelnemers blijven in dezelfde teams en gaan aan de slag met een casus waarbij zij de volgende vragen beantwoorden:	Bijlage 2

	<p>Resultaat: deelnemers hebben praktische handvatten uitgewisseld over het proactieve zorgplanning gesprek</p>	<p>Plenaire discussie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wanneer zou jij het proactieve zorgplanning gesprek gevoerd hebben met de patiënt? Leg uit waarom. - Welk meetinstrument (RADPAC, SPICT-NL, etc.) zou jij op welk moment erbij pakken? Licht toe waarom. - Welke aanvullende vragen wil je stellen op de 4 dimensies? - Welke mensen schakel je in naar aanleiding van het proactieve zorgplanning gesprek? Of: wie is het belangrijkste om in de schakelen naar aanleiding van het proactieve zorgplanning gesprek? <p>Docent gaat het gesprek aan met de teams, en probeert daarbij argumenten naar boven te halen waarom bepaalde keuzes gemaakt worden. Docent kan vragen ter verdieping stellen.</p>	
'20	<p>Toepassingsopdracht deel 2 Resultaat: deelnemers hebben concrete zinnen geformuleerd die zij kunnen toepassen in proactieve zorgplanning.</p>	<p>Toepassingsopdracht</p>	<p>Introductie waarom dit relevant is.</p> <p><i>Gebruik de casus van bovenstaande opdracht.</i></p>	<p>Bijlage 2</p>

		Plenaire discussie	<p>Deelnemers wisselen in teams uit welke vragen zij kunnen stellen aan patiënten en naasten over:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) introduceren van proactieve zorgplanning gesprek, (2) kwaliteit van leven, (3) steun, (4) zorg, wensen en behoefte, (5) zorg en angst, (6) levenseinde, (7) ingaan op emoties. <p>Bedenk met je team concrete zinnen voor ieder punt (hou het bij 1 of 2 zinnen per punt). Kom met je team tot consensus over een effectieve vraag die je kunt stellen. Schrijf die op de flapover.</p> <p>Per punt leest een team zijn vraag voor. Vervolgens begeleidt docent het gesprek: wat vinden we de beste vraag en waarom? Hoe kunnen we een vraag verbeteren? Loop deze wijze de 7 onderwerpen langs en kom met elkaar tot goede vragen (en argumenten waarom het goede vragen zijn).</p>	
'5	Terugkoppeling, afsluiting		Afhankelijk van de tijd: docent vat belangrijkste leerpunten samen, of laat deelnemers er zelf over nadenken.	

	Praktijkopdracht meegeven		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?	
--	---------------------------	--	---	--

Palliatief redeneren en symptoommanagement				
Duur	Onderwerp, doel en resultaat	Werkvorm	Inhoud	Benodigd
'10	<p>Intro en binnenlopen</p> <div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>Tips voor docent, begin bijeenkomst: Wakker motivatie aan bij deelnemers voor palliatief redeneren en symptoommanagement. Dit kan je bijvoorbeeld doen door: eigen ervaring te delen/ recent gerelateerd nieuwsbericht te delen/ korte vragen aan deelnemers te stellen/ etc.</p> </div> <div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <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> </div> <div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>Tips voor docent, samenstellen teams: Maak de teams zo heterogeen mogelijk.</p> </div>	Uitleg	<ul style="list-style-type: none"> - Zodra deelnemers binnenkomen heet je ze welkom. - Zodra alle 15 deelnemers binnen zijn stel je jezelf kort voor en geef je uitleg over de bijeenkomst <ul style="list-style-type: none"> o Duur 1 uur en 45 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. - Jullie hebben de voorbereiding in de e-learning 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 	

			<p>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> <p>Verdeel de deelnemers in 3 groepen en geef aan dat ze 10 min hebben om 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	<p>Deelnemers zitten verdeeld over 3 groepen 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 een timer en benoem het als ze nog 2 minuten hebben.</p>	Bijlage 5
'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>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 houden het papier met de keuze voor A/B/C/D omhoog. 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"> - <i>Groep 2, twijfelden jullie nog tussen een antwoord 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>	
'10	<p>Theoretisch uitleg 1 symptoom</p> <p>Resultaat: deelnemers kunnen benoemen wat oorzaken van misselijkheid zijn en welke interventies je in kan zetten bij misselijkheid.</p>	Theorie	<p>Aan de hand van symptoom; misselijkheid</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schrijf het symptoom op 2. Vraag eerst klassikaal wat oorzaken zijn (laat maar roepen) en schrijf deze op de vier hoeken van het bord vast onderverdeeld naar braakcentrum. 3. Hang de poster braakcentrum op in het midden vul deze aan vanuit de theorie en ligt toe 4. Laat ze 2 min. In duo's bedenken welke interventie je op welke oorzaak inzet (eerst kennis vanuit de praktijk). 5. Per duo 1 interventie laten noemen en schrijf deze bij de oorzaak, ga zo de groep langs 6. Onderbouw en vul zo nodig ergens aan met de richtlijn misselijkheid in de palliatieve fase 7. Check of ze er iets nieuws uit hebben gehaald (bewustwording) 	<p>White board Plak-band WB stiften</p> <p>Poster braak centrum en misselijk- heid</p>
'10	Instructie toepassingsopdracht	Uitleg	Methode beslisschijf uitleggen en aangeven dat ze straks middels een casus de beslisschijf gaan toepassen	Plaatje beslisschijf

	Resultaat: deelnemers kunnen de onderdelen van de beslisschijf uitleggen en weten wat er van ze verwacht wordt bij de toepassingsopdracht			
'25	Toepassingsopdracht deel 1	Groepsopdracht	<p><i>Casus presenteren op de dia inclusief vragen.</i></p> <p>Verdeel de groep in teams (4-5 personen) en geef hen de volgende instructie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vul met je team de beslisschijf in op basis van de beschikbare gegevens. Werk fase 1 uit 2. Welke informatie heb je nog meer nodig? 3. Symptoomanalyse: welke klachten en of symptomen neem je waar in de casus en wat zou de mogelijke oorzaak hiervan kunnen zijn (uitwerken op 4 dimensies) 4. Welke vraag zou je aan je patiënt willen stellen? <p>Groepen krijgen 15 minuten voor de opdracht en daarna 10 minuten om plenair de opdracht te bespreken en verdere discussie aan te gaan (docent is vrij om zelf interessante vragen te stellen en discussie aan te zwengelen).</p>	Bijlage 6
'25	Toepassingsopdracht deel 2	Opdracht (plenair,	Met dezelfde casus symptoommanagement uitwerken. Kies 1 klacht of symptoom en zoek hierbij	

		<p>individueel en duo's)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Een richtlijn - 1 meetinstrument - 1 interventie (medicamenteus of niet-medicamenteus) <p>Docent instructies;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schrijf het symptoom of klacht boven aan het bord wat ze uit de casus halen. 2. Laat iedereen opschrijven (in 1 min.) wat de mogelijke oorzaak kan zijn. Vraag per persoon 1 oorzaak en schrijf deze onder de klacht, ga door tot iedereen aan de beurt is geweest. 3. Maak daarnaast een kolom op welke dimensie de oorzaak zit en laat ze maar roepen. Welke dimensie mis je en waarom wordt deze niet genoemd. Kan je bijvoorbeeld met pijn op de uitleg van Total Pain komen. 4. Licht de theorie toe dat bij symptoommanagement gekeken wordt welke oorzaak meest voor de hand ligt (top 3) en waar ligt de prioriteit van de patiënt (pall.redeneren). Daar ga je mee verder in de uitwerking 5. Maak daarnaast een Kolom welk meetinstrument ze uit de praktijk zouden gebruiken om 	
--	--	------------------------------	---	--

			<p>de klacht beter in kaart te laten brengen. Koppel hieraan de theorie (meetinstrumenten boek IKNL)</p> <p>6. Laat ze in de richtlijn van het symptoom in duo's 2 min bespreken. Een interventie zoeken en in de laatste kolom bijschrijven. Deze laatste stap kan je bij tijdsgebrek ook overslaan (dan wel stap toelichten).</p>	
'5	Terugkoppeling, afsluiting	Plenair	Wat doe jij morgen in de praktijk anders met wat je nu geleerd hebt? Afhankelijk van de tijd: docent vat belangrijkste leerpunten samen, of laat deelnemers er zelf over nadenken.	
	Praktijkopdracht meegeven		Breng jouw eerstvolgende patiënt in kaart via de beslisschijf. Zoek vervolgens een palliatieve consulent binnen jouw organisatie en vraag om feedback.	

Bijeenkomst II: Communicatie en Beslissingen rondom het levenseinde

9.00-10.45 communicatie

10.45-11.15 pauze

11.15-12.45 beslissingen rondom levenseinde

Communicatie (2 uur)

Leerdoelen:

- Expliciteert en anticipeert op culturele verschillen en rituelen rond het levenseinde;
- 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;
- 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 uit e-learning

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

Beslissingen rondom levenseinde (1 uur en 30 min.)

Leerdoelen:

- Handelt binnen de grenzen van wet en regelgeving;
- Kan scenario's inschatten en communiceren m.b.t. prognose, beloop en behandelopties van de ziekte/symptomen van de patiënt;
- Kan veelvoorkomende symptomen binnen de palliatieve fase bij de patiënt herkennen;

- Kan de verschillen tussen artsen en verpleegkundig specialisten onderscheiden m.b.t. juridische kaders en rechten en plichten bij levenseinde besluiten;
- Kan het beloop en beleid van de stervensfase beschrijven;
- Kan patiënten en naasten begeleiden in de stervensfase;

Vorbereiding:

- Denk terug aan de laatste keer dat je een complexe casuïstiek had met betrekking tot euthanasie, palliatieve sedatie en/of een patiënt in het traject STED. Wat vond je lastig aan die situatie? Waar heb je handvatten voor nodig? Neem deze casus /en of leervraag mee tijdens het onderwijsmoment.

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 	Plenaire ruimte

			gesprek weer op, OF: een medecursist neemt het gesprek over.	
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 	Flipover met stiften Plenaire ruimte

			bepalen wie het gesprek voert. En wie in springt.	
'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 notitieblokje 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

Beslissingen rondom het levenseinde				
Duur	Onderwerp, doel en resultaat	Werkvorm	Inhoud	Benodigd
'10	<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>Tips voor docent, begin bijeenkomst: Wakker motivatie aan bij deelnemers voor beslissingen rondom het levenseinde. Dit kan je bijvoorbeeld doen door: eigen ervaring te delen/ recent gerelateerd nieuwsbericht te delen/ korte vragen aan deelnemers te stellen/ etc.</p> </div> <div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <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> </div> <div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>Tips voor docent, samenstellen teams: Maak de teams zo heterogeen mogelijk.</p> </div>	Uitleg	<ul style="list-style-type: none"> - Zodra alle 15 deelnemers binnen zijn, geef je uitleg over de bijeenkomst <ul style="list-style-type: none"> ○ Duur 1 uur en 30 min; ○ Thema beslissingen rondom levenseinde. Docent bespreekt dat het geen platform is voor-tegen euthanasie regelgeving maar waar je staat als zorgprofessional in dit traject voor de patiënt. ○ Dat alles wat besproken wordt t.a.v. casuïstiek in de les blijft en niet in de gang wordt na besproken. ○ Als een thema te dichtbij komt na de les met de docent kan nabespreken of even de beurt wil overslaan (nazorg). ○ We starten met de meerkeuzevragen van 	

			<p>de voorbereiding, en gaan daarna actief aan de slag zodat jullie handvatten mee kunnen nemen om morgen in de praktijk toe te passen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jullie hebben de voorbereiding in de e-learning 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 groepen en geef aan dat ze 10 min hebben om 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 beslissingen rondom levenseinde. Tevens leren zij professionele vaardigheden in het samenwerken met elkaar.</p>	Team-test	<p>Deelnemers zitten verdeeld over 3 groepen 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</p>	Bijlage 7

			ze alle vragen beantwoord hebben. Zet een timer en benoem het als ze nog 2 minuten hebben.	
'10	<p>Antwoorden meerkeuzevragen</p> <p>Misvattingen ophelderen/minicollege</p> <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; 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>Resultaat: misvattingen/kennishiaten zijn verhelderd en deelnemers hebben allemaal voldoende kennis om de leerstof toe te gaan passen.</p>	Discussie	<p>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 houden het papier met de keuze voor A/B/C/D omhoog.</p> <p>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> - <i>Groep 2, twijfelden jullie nog tussen een antwoord 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>	
'10	<p>Ervaringen en leervragen inventariseren</p> <p>Resultaat: docent heeft een beeld van wat de uitdagingen/leervragen van de deelnemers zijn m.b.t. sedatie en euthanasie.</p>	Inventarisatie leervragen	Docent vraagt of er mensen een casus in willen brengen/vragen heeft t.a.v. een moeilijke sedatie/ STED of euthanasie situatie. Docent schrijft dit op een flapover.	Flapover

'5	<p>Verdieping euthanasie</p> <p>Resultaat: deelnemers kunnen verschillende zorgvuldigheidseisen bij euthanasie benoemen</p> <p>Resultaat: deelnemers kunnen de rol van de verpleegkundige bij euthanasie uitleggen</p>	Interactieve presentatie	<p>Docent vraagt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aan welke zorgvuldigheidseisen euthanasie dient te voldoen - Rol SCEN arts en rol verpleegkundige bij een euthanasie traject <p>Verdieping aanbrengen op wilsonbekwaam. Docent verbindt het aan leervragen deelnemers.</p>	
'5	<p>Wilsverklaringen</p> <p>Resultaat: deelnemers kunnen wilsverklaringen van elkaar onderscheiden.</p>	Groepsdiscussie	<p>Vraag: Welke wilsverklaringen er zijn? Wat zijn de verschillen tussen de wilsverklaringen? Input op flapover schrijven.</p> <p>Docent geeft voorbeelden bij wilsverklaringen, zoals: partner zit dag en nacht aan het bed, geen kinderen in beeld. Bij sterven komen de kinderen en partner wordt buiten spel gezet. Er was geen samenlevingsovereenkomst, relatie slecht tussen kinderen en nieuwe partner van dhr. Kinderen zijn dan beslissingsbevoegd.</p>	Flapover
'5	<p>Euthanasiewens</p> <p>Resultaat: deelnemers zien een voorbeeld van een euthanasiewens.</p>	Video bekijken	<p>Video laten zien: Gefilmde euthanasiewens bij alzheimer patiënt (4:05 min)</p>	Beamer & geluid

			ALZHEIMER: Jasmijn filmde de euthanasiewens van haar zieke moeder - YouTube
'20	<p>Sedatie</p> <p>Resultaat: deelnemer kan de verschillen uitleggen tussen sedatie en farmacotherapie toepassingen</p> <p>Resultaat: deelnemer kan verhoogde risicogroepen m.b.t. sedatie benoemen</p>	<p>Groepsopdracht</p> <p>Plenaire nabespreken</p>	<p>Vraag aan de groep:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Welke vormen van sedatie zijn er en wanneer wordt deze gekozen? Docent koppelt dit in de nabespreking aan leervragen <p>Verdieping refractair symptoom.</p> <p>Verdeel de deelnemers in groepen (4-5 personen). Geef de volgende opdracht en vraag of zij de antwoorden uitvragen op een flapover:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Wat zijn risico's voor moeizame sedatie? 3. Welke keuze voor medicatie is er bij palliatieve sedatie? <p>Nabespreken: per groep 1 vraag behandelen en de andere 2 groepen aan laten vullen. Vervolgens vult docent aan met verdieping (zoals gebruik van Haldol in sedatie i.c.m. Nozinan gebruik en toelichting veranderingen richtlijn Sedatie).</p> <p>Flapover</p>

<p>'10</p>	<p>STED</p> <p>Resultaat: deelnemer kan uitleggen hoe STED wordt toegepast, welke keuzes patiënten veelal maken, wat risico's en complicaties zijn en welk voorlichtingsmateriaal gebruikt kan worden voor patiënten.</p> <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #f4a460; color: white; text-align: center;"> <p>Tips voor interactieve presentatie: Stel af en toe korte vragen aan deelnemers om hen te activeren. Bijvoorbeeld door handen op te laten steken of korte reacties/ervaringen uit te vragen.</p> </div>	<p>Interactieve presentatie</p>	<p>Docent geeft interactieve presentatie over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Startmomenten van sedatie binnen STED - Correcte route van het doorlopen STED protocol - Rol verpleegkundige, naaste, arts - Risico's voor slecht verloop van traject (obstipatie/voorlichting/mond – huidzorg etc) 	
<p>'5</p>	<p>Afsluiting</p> <p>Resultaat: deelnemer kan benoemen wat hij/zij morgen in de praktijk anders gaat doen.</p>	<p>Take home message</p>	<p>Indien tijd over: docent komt terug op ingebrachte leervragen. Vraag aan deelnemers op 1 ding op te schrijven die ze morgen in de praktijk anders gaan doen (post-its). Laat ze de post-its ophangen en van elkaar lezen.</p>	<p>Post-its</p>

Bijeenkomst III: Zingeving en Samenwerken

Programma:

12.45-13.45 zingeving en cultuur

13.45-14.00 pauze

14.00-16.00 samenwerken

16.00-16.15 pauze

16.15-17.00 afsluiting

Zingeving (1 uur)

Leerdoelen:

- Reflecteert op de eigen normen en waarden op het gebied van palliatieve zorg en levenseinde vraagstukken;
- Kan adequaat zelfzorg toepassen;
- 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;

Voorbereiding:

- 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?

Praktijklab 2 – Samenwerken (2 uur)

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.

Zingeving				
Duur	Onderwerp, doel en resultaat	Werkvorm	Inhoud	Benodigd
'5	Welkom, doel bijeenkomst	Uitleg	Welkom. 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 patient 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 patient 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 • Het is vaak impliciet of bedekt). 	

		<p>Plenair nabespreken</p>	<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. 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. 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, k waardoor ze steeds drukker in haar hoofd wordt. 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>Informerer 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 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</p>	
--	--	--	---	--

			<p>niet uitgediept, zo wordt er niet gevraagd wat het voor haar betekend en wat ze zou willen</p> <p>Vervolgvraag: 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 8), 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. • 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 	<p>Casus: zie bijlage 8</p>

			<p>non verbaal in wat hem of haar bezig houdt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? • 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>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</p>	

		Plenair nabespreken	collega's overdragen over deze patiënt? En hoe krijgt dit vervolg in het zorgplan? Docent bespreekt kort na wat zijn de basispunten die de docent overdraagt?	
'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'.	

Samenwerken				
Duur	Onderwerp, doel en resultaat	Werkvorm	Inhoud	Benodigd
'20	Introductie en voorstelronde	Tweetallen kennismaken – daarna elkaar voorstellen	<p>Welkom, doel bijeenkomst vertellen</p> <p>Tweetallen maken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat gaat goed in samenwerking? - Wat vind je lastig? - Geef elkaar wederzijds intercollegiaal advies: hoe zou jij zo'n situatie aanpakken? 	
'35	Casus 1 Multi disciplinair overleg (MDO)	Instructie	<p>'5 min uitleg over werkvorm</p> <p>Groepen: gemengde groepen van 5, dan zijn er ongeveer 6 groepen (bij 30 mensen)</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	Zie bijlage 9

		<p>Oefening MDO</p> <p>Reflectie MDO</p>	<p>Op elk kaartje staat uitgewerkt welke rol de casus zal inbrengen en het MDO zal starten.</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 Oefening MDO Reflectie MDO	Zelfde instructies als bij casus 1. Verzoek de cursisten nu een andere rol aan te nemen dan in casus 1. ‘20 min duurt het MDO, docent houdt de tijd bij en laat weten hoeveel tijd de groepen nog hebben. ‘10 min (voor beide rondes) bespreekt elke groep de volgende vragen: <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? Tweede ronde: <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? 	Zie bijlage 10
‘15	Plenair nabespreken	Nabespreken	Bespreek plenair (aangezien de groepen al nabesproken hebben: per groep vragen om terugkoppeling te geven i.p.v. per persoon): <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		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?	
----	---------------------------	--	---	--

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 1 – Meerkeuzevragen ‘Proactieve zorgplanning’

Meerkeuze vragen

1. Een verpleegkundige 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.

2. Een 74-jarige patiënt is bekend met uitgezaaide prostaatkanker. Hij wordt in het MDO besproken en de zogeheten “surprise question” wordt gesteld. 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.

3. Wat is de levensverwachting van een patiënt in de terminale fase?

- A. Korter dan drie dagen
- B. Korter dan drie maanden**
- C. Korter dan een half jaar
- D. Maximaal een jaar

Het correcte antwoord is B. De terminale fase duurt drie maanden en wordt veelal verward met de stervensfase.

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 wijkverpleegkundige in de stad. Je kent meneer Jacobs en echtgenote nog niet maar wordt door de huisarts gevraagd een intake gesprek te doen voor thuiszorg.

Introductie casus:

De echtgenote van meneer Jacobs heeft vanmorgen met de huisarts gebeld in verband met toenemende buikpijn. Het lukt niet om naar de praktijk te komen. De huisarts is deze morgen langs geweest en heeft gevraagd of de wijkverpleging deze middag langs kan komen voor aanvullende intake.

Dossier.

Bart Jacobs, 1-12-1959.

1^e contactpersoon: Martine Jacobs - de Vries (echtgenote)

Voorgeschiedenis:

Hypertensie

Glaucoom

2020: hemicolectomie links met aanleggen stoma vanwege coloncarcinoom

2022: levermetastasen, peritonitis carcinomatosa

Medicatie:

Oxycodon mga 2dd20mg

Oxycodon zo nodig 10mg (max 6dd).

Movicolon 1 sachet zo nodig

Hydrochloorthiazide 1dd12,5mg

Timolol oogdruppels 2dd1 druppel bdz

Overdracht van de huisarts: vorige week heeft meneer Jacobs slecht nieuws gehad. Er zijn nieuwe uitzaaiingen op het buikvlies ondanks de chemotherapie. Daarnaast is patiënt 15 kilo afgevallen en gaat de conditie achteruit. Er is besloten de ziektegerichte behandeling te staken en 'best supportive care' te voeren. De zorg is overgedragen aan de huisarts.

Bezoek van de huisarts:

Gedurende het weekend steeds meer buikpijn. De buikpijn begon rechts, nu door de gehele buik. Oxycodon uitgebraakt en sinds vannacht onhoudbare pijn. Meneer stond kromgebogen in de gang. De huisarts heeft morfine subcutaan gegeven en nadien zakte de pijn wat af.

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".

Conclusie huisarts: Meneer Jacobs lijkt een ileus te hebben. De huisarts koppelt nog terug van welk type ileus er sprake is en wat het verdere beleid gaat worden.

Patiënt verzamelt zichtbaar moed bij elkaar en vraagt aan je: "is dit het einde zuster?"

Toepassingsopdracht deel 1

1. Wanneer zou jij het proactieve zorgplanning gesprek gevoerd hebben met de patiënt? Leg uit waarom.
2. Welk meetinstrument (RADPAC, SPICT-NL, etc.) zou jij op welk moment erbij pakken? Licht toe waarom.
3. Welke aanvullende vragen wil je stellen op de 4 dimensies?
4. Welke mensen schakel je in naar aanleiding van het proactieve zorgplanning gesprek?

Antwoorden

1. Denk hierbij buiten je eigen werkveld. Kan er al een proactief zorgplannings gesprek hebben plaats gevonden in het ziekenhuis of bij de huisarts en heb je deze informatie? Idealiter had een gesprek over proactieve zorgplanning al veel eerder plaatsgevonden, bijvoorbeeld rondom de diagnose uitgezaaide en daarmee ongeneeslijke kanker. Helaas is dit soms de praktijk: meneer is al in een vergevorderde palliatieve fase en er lijkt nog niet eerder gesproken te zijn over levenseindebesluiten- en wensen.
2. Denk hierbij aan de Surprise Question of een SPICT. Tevens kan je denken aan een EDIZ (voor overbelaste mantelzorgers) of bij sprake van angst aan een HADS wat nu niet op de voorgrond als klacht lijkt te staan.
3. 4 dimensies (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?
Zingevingsdimensie: speelt religie een rol? Zijn er existentiële vraagstukken, eerder of op dit moment?
4. Probeer samen met meneer Jacobs en zijn echtgenote concreet te maken welke hulpvraag er is. Op dit moment staat pijn erg op de voorgrond. De fysieke dimensie verdient de eerste aandacht. Bespreek dit, indien nog noodzakelijk, met de huisarts. Daarnaast lijkt het inzetten van de thuiszorg reëel; inventariseer bij de huisarts welke zorg en welke frequentie van zorg er nodig is. Vergeet niet aan de huisarts te vragen hoe de komende dagen er mogelijk uit gaan zien (toekomstscenario's). Neem dit mee in je zorgaanvraag. Denk ook aan het eventueel inzetten van een bed voor in de woonkamer.
Afhankelijk van de hulpvraag van meneer kun je nog denken aan het inzetten van een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg, palliatief wijkverpleegkundige, geestelijk verzorger of pastoor/imam etc.

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.

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

Bijlage 3 – Casus ‘Communicatie’

Casus 1

Achtergrond: je bent verpleegkundige 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 insulten, 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: de huisarts heeft verteld dat dhr. niet meer ingestuurd wordt naar het ziekenhuis. Patiënt komt hier bij een thuisbezoek op terug bij jou, *“wat bedoelde de dokter nu precies”*.

Casus 2

Achtergrond: je werkt als praktijk ondersteuner bij de huisarts. Je kent meneer/mevrouw Pieterse niet goed. Tot vlak voor de diagnose kwam patiënt weinig op het spreekuur, er was immers geen noodzaak toe bij goede gezondheid. De huisarts heeft gevraagd of je bij het gesprek aanwezig wilt zijn aangezien mogelijke vervolggesprekken ook via de POH kunnen lopen.

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 palliatieve sedatie en euthanasie en bijbehorende verschillen.

Casus 3

Achtergrond: je bent werkzaam als verpleegkundige in het verpleeghuis 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. Je bent EVV'er van mevrouw en 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. De verpleeghuisarts vermoedt een hardnekkige longontsteking, maar de longfoto toont een grote verdenking op een longtumor in de rechter bovenkwab. Er heeft een gesprek plaatsgevonden tussen de arts en zoon/dochter dat mevrouw niet meer naar het ziekenhuis gaat voor verdere diagnostiek.

Doel van de oefening: In de avond komt zoon (1^e contactpersoon) langs en uit dat hij toch wil dat zijn moeder met de ambulance naar het ziekenhuis gaat i.v.m. toenemende hoesten en benauwdheid.

Bijlage 4 – Praktijklab 1 TIP, TOP formulier

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 5 – Meerkeuzevragen ‘Palliatief redeneren en symptoommanagement’

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 recidiepreventie.](#)

4. 76-jarige patiënt is opgenomen in een hospice. Patiënt is 7 dagen behandeld voor een delier bij een blaasontsteking. Welk meetinstrument wordt gebruikt om te bepalen of er sprake is van een delier?

- A. DOS**
- B. HADS
- C. SNAQ
- D. VAS

Het correcte antwoord is A. DOS – Delirium Observation Scale. Delier observatie schaal wordt gebruikt om te bepalen of er sprake van een delier.

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%).

Bijlage 6 – Casus ‘Palliatief redeneren en symptoommanagement’

Achtergrondinformatie:

Verpleegkundige Spoed Eisende Hulp.

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

Lichamelijk onderzoek:

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

Controles: RR130/80mmHg, pols 110/min. Temp 37.3. Perifeer warm. ECG: sinusritme. Glucose 8.

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.

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.

Mevrouw wordt opgenomen 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.

Toepassingsopdracht deel 1



1. Vul met je team de beslisschijf in op basis van de beschikbare gegevens. Werk fase 1 uit
2. Welke informatie heb je nog meer nodig?
3. Symptoomanalyse: welke klachten en of symptomen neem je waar in de casus en wat zou de mogelijke oorzaak hiervan kunnen zijn (uitwerken op 4 dimensies)
4. Welke vraag zou je aan je patiënt willen stellen?

De docent reflecteert samen met deelnemers op deze vragen.

Toepassingsopdracht deel 2

Op basis van 1 symptoom of klacht uit de symptoomanalyse:

- Richtlijn zoeken
- 1 meetinstrument
- 1 interventie (medicamenteus of niet-medicamenteus)

Bijlage 7 – Meerkeuzevragen ‘Beslissingen rondom het levenseinde’

1. Hoe wordt een symptoom genoemd dat niet bestreden kan worden?

- A. Existentieel symptoom
- B. Psychisch symptoom
- C. Refractair symptoom**
- D. Terminaal symptoom

Het juiste antwoord is C. Een symptoom is refractair als geen van de conventionele behandelingen (voldoende snel) effectief is en/of deze behandelingen gepaard gaan met onaanvaardbare bijwerkingen. Symptomen die niet (anders) bestreden kunnen worden.

2. Wat is de eerste keuze van medicatie (volgens de richtlijn) bij het starten van een palliatieve sedatie?

- A. Haldol
- B. Lorazepam
- C. Midazolam**
- D. Propofol

Het juiste antwoord is C. De richtlijn palliatieve sedatie geeft als advies aan om te starten met Midazolam. Stap 2 is Levomepromazine. Stap 3; Propofol of fenobarbital (altijd eerst consult palliatieteam palliatieve zorg en anesthesioloog. Bron; [Continue palliatieve sedatie - Richtlijnen Palliatieve zorg \(palliaweb.nl\)](#))

3. Wat moet de geschatte termijn tot overlijden van een patiënt zijn om te mogen starten met continue palliatieve sedatie? Een levensverwachting korter dan

- A. 3 dagen
- B. 2 weken**
- C. 1 maand
- D. 3 maanden

*Het juiste antwoord is B. Start alleen met continue palliatieve sedatie bij een patiënt met één of meer refractaire symptomen als de geschatte termijn tot overlijden van de patiënt maximaal 2 weken is. Bron; [Indicatiestelling en voorwaarden - Richtlijnen Palliatieve zorg \(palliaweb.nl\)](#)
Voor de oplettende deelnemers: als antwoord B juist is, dan is antwoord A dus ook juist.*

4. Als onderdeel van de zes zorgvuldigheidseisen bij de wet op euthanasie dient een tweede arts in consult te worden gevraagd.

Wat voor arts dient die tweede arts te zijn?

- A. Anesthesist
- B. Huisarts
- C. Palliatief arts
- D. SCEN arts**

Het juiste antwoord is D. Er dient een onafhankelijke arts te worden geraadpleegd. Deze SCEN arts moet de patiënt zien en schriftelijk zijn oordeel geven of de arts, mocht deze tot uitvoering van euthanasie overgaan, aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen voldoet.

[Wat is een SCEN-arts? | Regionale Toetsingscommissies Euthanasie \(euthanasiacommissie.nl\)](https://www.euthanasiacommissie.nl)

Als een arts aan een euthanasieverzoek van een patiënt wil voldoen, kan hij een SCEN-arts inschakelen voor een consultatie. Deze toetst dan of aan de zorgvuldigheidseisen van de Euthanasiewet is voldaan. De SCEN-arts voert daarvoor een gesprek met de arts, bestudeert de medische informatie en bezoekt de patiënt. Vervolgens geeft hij een oordeel aan de arts. Een SCEN-arts zal nooit de uitvoering van de euthanasie van de arts overnemen.

5. Er is een onderscheid tussen normaal medisch handelen en geen normaal medisch handelen.

Wat valt onder onder normaal medisch handelen?

- A. Euthanasie
- B. Hulp bij zelfdoding
- C. Levensbeëindiging zonder verzoek
- D. Palliatieve Sedatie**

Het juiste antwoord is D. Euthanasie (medicatie wordt door de arts toegediend), hulp bij zelfdoding (patiënt neemt onder toezicht van de arts zelf de medicatie in), levensbeëindiging zonder verzoek, vallen onder levensbeëindigend handelen, dit is geen normaal medisch handelen. Palliatieve sedatie, symptoom bestrijding, stoppen met behandeling, etc. vallen onder Normaal Medisch Handelen. (bron; e-learning)

Bijlage 8 – Casus ‘Zingeving’

Casus 1

Achtergrond: je bent verpleegkundige 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 insulten, 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 meneer Jansen.

Casus 2

Achtergrond: je bent al jaren wijkverpleegkundige van mevrouw Pieterse, meneer Pieterse is in goede gezondheid. Jullie kennen elkaar goed.

Inhoud: Twee weken geleden is meneer Pieterse gediagnosticeerd met langzaam progressieve chronische lymfatische leukemie. Op dit moment gaat het redelijk goed. Op verzoek van meneer Pieterse komt de huisarts praten over de stervensfase. Hij wil goed geïnformeerd zijn over welke (on)mogelijkheden er zijn in het sterfbed.

Casus 3

Achtergrond: je bent verpleegkundige in het verpleeghuis 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.

Bijlage 9 - Casuïstiek 'Samenwerken' MDO NR. 1

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 10 – Casuïstiek ‘Samenwerken’ - MDO NR. 2

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?

Rol specifieke 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 kantooruren.
- 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 overstrekking 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?

Rol specifieke 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 opiaatrotsatie 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.