

Deze casus is ontwikkeld om de *richtlijn palliatieve zorg bij COPD* (www.pallialine.nl/COPD) te bekijken en te leren kennen. Hieronder vindt u de casus, welke ook als apart document is opgenomen. Op pagina 3 vindt u de docenteninstructie tips bij het bespreken van de casus.

Casus Mevrouw M met COPD

Leerdoelen:

- 1) In deze casus leert u aandacht te besteden aan de vier dimensies van palliatieve zorg bij COPD
- 2) D.m.v. deze casus leert u de *richtlijn palliatieve zorg bij COPD* (www.pallialine.nl/COPD) kennen en toe te passen.

Mevr. M. 1956

Sinds drie jaar kent u Mevr. M. met COPD. Bij haar laatste longfunctiemeting had ze een één-seconde waarde van 16% van voorspeld. Vorig jaar is ze gestopt met roken na 45 pakjaren. Ze is de laatste 12 maanden een keer opgenomen geweest in het ziekenhuis met een longaanval. Sindsdien gebruikt ze zuurstof thuis overdag en 's nachts. Daarna heeft ze thuis ook nog twee longaanvallen gehad die de huisarts behandeld heeft met prednisolon en antibiotica. Haar gewicht is normaal. Wel is ze het laatste jaar vier kilogram afgevallen. Ze woont zelfstandig met haar man. Haar man helpt haar in het huishouden. Ze heeft een uitwonende zoon en dochter en 2 kleinkinderen waar ze dol op is. Ze geeft bij u aan dat ze steeds meer moe en kortademig is, bijvoorbeeld bij het douchen, en vraagt u wat te doen.

Vraag 1. Wat zou u van Mevr. M. willen weten?

Vraag 2. Heeft Mevr. M. palliatieve zorg nodig? Waarom wel of waarom niet?

Vervolg casus

Naast haar COPD heeft Mevr. M. osteoporose, diabetes en artrose van de knieën. Haar longziekte is medicamenteus optimaal behandeld. Mevr. M. gebruikt haar inhalatiemedicatie trouw. Na haar ziekenhuisopname heeft ze een longrevalidatieprogramma gevolgd. Sindsdien gaat ze twee keer per week naar de fysiotherapeut, maar dat kost haar steeds meer moeite. Bij de anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek zijn er geen aanwijzingen voor behandelbare oorzaken van haar kortademigheid en vermoeidheid.

Vraag 3. Welke mogelijkheden hebt u om haar kortademigheid palliatief te behandelen?

Vraag 4. Welke informatie hebt u nodig om de beste behandeling met Mevr. M. te kiezen?

Vervolg casus

U ziet Mevr. M. drie maanden later weer. In de tussentijd hebt u veel geprobeerd om de kortademigheid te behandelen, waaronder: een rollator, handventilator en morfine ret tabl 2dd10mg en kortwerkende morfinedrank z.n. 3dd5mg extra. Mevr. M. geeft aan dat de morfine wel een beetje helpt. Ze voelt zich wat rustiger hierdoor en heeft minder last van nachtelijke kortademigheid. Toch gaat het niet goed. Het inspannen wordt steeds moeilijker en eigenlijk komt ze nauwelijks buitenshuis. Haar man geeft aan dat ze eigenlijk steeds minder doet en dat hij het moeilijk vindt om haar alleen te laten. Ze belt hem dan vaak op en daardoor kan hij eigenlijk geen ontspanning buitenshuis vinden.

Vraag 5. Welke domeinen van de palliatieve zorg verdienen aandacht bij het echtpaar?

Vervolg casus

Bij doorvragen blijkt Mevr. M. erg angstig te zijn. Ze wordt steeds meer passief. Er is sprake van bewegingsangst en daardoor is ze niet meer bij de fysiotherapeut geweest. Ze is bang om te stikken. Ze wordt emotioneel als u met haar over de kleinkinderen spreekt. Ze zijn zo belangrijk voor haar. Ze zou zo graag een oppasoma willen zijn, maar eigenlijk kan ze niet eens meer genieten als ze op bezoek komen. Vooral de jongste is haar te druk en ze heeft de kracht niet om haar op te tillen of op schoot te nemen. De zorg is zwaar voor haar man. Hij vindt het moeilijk om zijn vrouw zo achteruit te zien gaan. De inzet van thuiszorg biedt wel wat verlichting in de dagelijkse zorg.

Vraag 6. Hoe kunt u Mevr. M. helpen met haar angst?

Vervolg casus

Mevr. M. heeft nog een volledig actief beleid. Als u in het dossier kijkt, kunt u niet terug vinden dat er gesprekken zijn geweest over proactieve zorgplanning.

Vraag 7. Wat waren momenten geweest in de loop van haar ziekteproces waarbij proactieve zorgplanning aan de orde had kunnen komen?

Vraag 8. Hoe zou u een proactieve zorgplanning gesprek voeren? Denk hierbij aan de voorbereiding en vragen om het gesprek te kunnen starten.

Vervolg casus

In een vervolggesprek geeft Mevr. M. aan, dat ze het gevoel heeft dat ze er niet meer toe doet. Ze kan geen oppasoma zijn, het huishouden wordt haar te veel en komt, ondanks de hulp van de thuiszorg, steeds meer op de schouders van haar man te liggen, ze komt nergens meer en heeft het gevoel dat ze iedereen tot last is (in het bijzonder haar man). Daar komt bij dat Mevr. M. zich schuldig voelt, omdat ze zolang heeft gerookt.

Vraag 9. Hoe reageert u op de gevoelens van Mevr. M. en op welke wijze kunt u haar helpen?

Tips voor de docent bij het bespreken van de casus

Vraag 1. Stimuleer de deelnemers om meer te vragen over de medische voorgeschiedenis en medicatiegebruik. Stimuleer het uitdiepen van de huidige klachten: moe en kortademigheid en de mogelijke (behandelbare) oorzaken van deze klachten. Laat de deelnemers ook vragen naar wat de klachten voor Mevr. M. betekenen. Stimuleer de deelnemers om de palliatieve zorgbehoeften multidimensioneel te verkennen: fysiek, psychisch, sociaal en existentieel.

Vraag 2. Laat de deelnemers nadenken over factoren die aanwezig zijn bij Mevr. M. waarbij aan palliatieve zorg gedacht kan worden. Mevr. M. heeft bijvoorbeeld een één-seconde waarde van 16% van voorspeld. Ze is het afgelopen jaar opgenomen geweest vanwege haar COPD en gebruikt zuurstof thuis. Ze is kortademig bij het douchen. Benadruk dat de start van palliatieve zorg bij COPD niet bepaald wordt door de prognose, maar door de palliatieve zorgbehoeften. Zie hiervoor hoofdstuk 1 uit de richtlijn.

Vraag 3. Bespreek met de deelnemers het belang van het goed exploreren van de kortademigheid. Denk hierbij bijvoorbeeld aan: Wanneer is mevr. M. kortademig? Zijn er aanvallen van acute kortademigheid? Treden deze verwacht of ook onverwacht op? Hoe lang duren deze aanvallen? Hoe gaat Mevr. M. hiermee om? Hoe kan haar echtgenoot haar helpen op zo'n moment? Welke ideeën en verwachtingen heeft mevr. M. over haar kortademigheid? Wat zijn de consequenties voor mevr. M. van haar kortademigheid?

Vraag 4. Laat de deelnemers nadenken over niet-farmacologische en farmacologische behandel mogelijkheden voor haar kortademigheid. Denk bij de niet-farmacologische behandel mogelijkheden bijvoorbeeld aan: ademhalingsoefeningen, het gebruik van een rollator of (hand)ventilator. (zie 6.1.1 van de richtlijn) Vergeet ook voorlichting over kortademigheid niet. (zie Hoofdstuk 4 van de richtlijn) Denk bij farmacologische behandelingen bijvoorbeeld aan opioïden. (zie 6.1.2 van de richtlijn). Probeer te laten reflecteren op de voor- en nadelen van de verschillende behandel mogelijkheden.

Vraag 5. Laat de deelnemers nadenken over psychische en sociale zorgbehoeften. Mevr. M. lijkt angstig en misschien wel somber. Ook het leven van haar echtgenoot is erg veranderd. Hoe is zijn draaglast en draagkracht? Welke ondersteuning heeft hij nodig?

Vraag 6. Laat de deelnemers reflecteren op het belang van actief vragen naar deze klachten. Patiënten melden psychische klachten vaak niet spontaan. Bespreek de mogelijkheid van het gebruik van een screeningsinstrument en het belang van educatie voor patiënten over angst en somberheid. Exploreer niet-farmacologische en farmacologische behandel mogelijkheden, alsook indicatie / mogelijkheden voor verwijzing. (zie 5.1.1 van de richtlijn)

Vraag 7. Er zijn verschillende momenten in de loop van haar ziekteproces geweest die een trigger hadden kunnen zijn om een eerste gesprek over proactieve zorgplanning te voeren:

ziekenhuisopname, start van zuurstoftherapie, toenemende zorgafhankelijkheid. Zie voor andere triggermomenten hoofdstuk 2 van de richtlijn.

Vraag 8. Laat de deelnemers nadenken over de voorbereiding van een gesprek over proactieve zorgplanning, o.a. wanneer, waar, met wie, interdisciplinaire afstemming. Laat deelnemers nadenken over vragen om een gesprek over proactieve zorgplanning laagdrempelig te kunnen starten. Zie hiervoor hoofdstuk 2 van de richtlijn.

Vraag 9. Laat de deelnemers bij zichzelf nagaan of en zo ja welke barrières ze hebben om onderwerpen over zingeving & spiritualiteit met hun patiënten te bespreken. Wat hebben ze nodig om deze barrières weg te nemen? Wat helpt hen om zorgbehoeften op gebied van zingeving & spiritualiteit te herkennen en bespreekbaar te maken? Laat de deelnemers nadenken over hun eigen grenzen en over wanneer verwijzing naar (bijvoorbeeld) een geestelijk verzorger nodig/wenselijk is. Zie hiervoor hoofdstuk 5.3 van de richtlijn.