

Signalering in de palliatieve fase

Workshop docentenhandleiding

September 2021

Signalering in de palliatieve fase

Workshop docentenhandleiding

Deze docentenhandleiding is geschreven voor de workshop 'Signalering in de palliatieve fase'. Een uitgave van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL, herdruk 2019). De ontwikkeling van de methodiek is mogelijk gemaakt door een subsidie van ZonMw. IKNL is eigenaar van alle intellectuele eigendomsrechten op de PowerPointpresentaties als onderdeel van de methodiek Signalering in de palliatieve fase, inclusief het daarop vermelde logo van IKNL. IKNL aanvaardt geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden en/of onvolledigheden in de inhoud van het lesmateriaal.

Licentie:
Creative Commons:BY-NC-SA

Auteur

M. (Marieke) Giesen, MSc., opleidingsadviseur IKNL

M. (Marjolein) Verkammen, MSc., adviseur palliatieve zorg IKNL

Uitgever

Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)

Postbus 19079, 3501 DB Utrecht

T 088 234 60 60

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar worden gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

September 2021

Inhoudsopgave

1	Opbouw workshop	6
1.1	Doelgroep	6
1.2	Groepsgrootte	6
1.3	Doel van de workshop	6
1.4	Opzet van de workshop	6
1.5	Aandachtspunten onderwijsleergesprek	7
1.6	PowerPoint en accreditatie	7
2	Lesprogramma dagdeel 1	8
2.1	Kennismaking en verwachtingen (10 minuten)	8
2.2	Inleiding 'Signalering in de palliatieve fase' (10 minuten)	8
2.3	Doornemen van de vragen en antwoorden aan de hand van de voorbereidende opdracht (30 minuten)	8
2.4	Introductie inhoud 'Signalering in de palliatieve fase' (15 minuten)	9
2.5	Aan de slag (50 minuten)	9
2.6	Veel gestelde vragen (5 minuten)	10
2.7	Evaluatie (15 minuten)	10
2.8	Afsluiting (5 minuten)	10
3	Lesprogramma dagdeel 2 (terugkomdag)	11
3.1	Kort bespreken ervaringen (20 minuten)	11
3.2	Casussen bespreken (100 minuten)	11
3.2.1	Praktijkcasus(sen) doorlopen	11
3.2.2	Casus mevrouw Bakker	11
3.2.3	Casus mevrouw van Dongen	13
3.3	Overige vragen, evaluatie en afsluiting (30 minuten)	13
	Bijlagen	14
B1	Set Signalering in de palliatieve fase	15
B2	Palliatieve zorg	18
B3	Casus mevrouw Alberts	21
B4	Casus mevrouw Bakker	25
B5	Casus mevrouw Van Dongen	28
B6	Linken naar filmmateriaal	31

1 Opbouw workshop

1.1 Doelgroep

De workshop is bedoeld voor verzorgenden en andere zorgverleners die binnen de eigen werkomgeving de methode Signalering in de palliatieve fase toepassen of gaan toepassen. De deelnemers zijn door de instelling geselecteerd.

1.2 Groepsgrootte

De groepsgrootte is gesteld op minimaal 10 en maximaal 20 deelnemers. Voor deze groepsgrootte is gekozen zodat de deelnemers zowel in subgroepen kunnen werken als individueel kunnen worden begeleid. Verder geeft het de gelegenheid ervaringen uit te wisselen en zo van elkaar te leren.

1.3 Doel van de workshop

Het doel van de workshop is de set 'Signalering in de palliatieve fase' als instrument te gebruiken, waardoor adequaat gewerkt wordt aan het vroegtijdig (h)erkennen, monitoren en bepalen van de juiste behandeling en zorg.

De deelnemer:

- verkrijgt kennis over de inhoudelijke aspecten en het gebruik van signaleringsmethodiek
- kan in een zorgsituatie een zorgprobleem in de palliatieve fase herkennen, met behulp van het stappenplan
- kan met behulp van een signaleringskaart het zorgprobleem verder uitwerken
- kan een overlegsituatie voorbereiden
- kan de verkregen gegevens noteren op het werkblad en verwerken in het zorgleefplan
- kan aangeven wat de aandachtpunten zijn voor gebruik van de methode.

1.4 Opzet van de workshop

De opzet van de workshop is gericht op kennisoverdracht en interactieve deelname. Met opdrachten en verschillende werkvormen wordt de deelnemer geactiveerd de eigen praktijksituatie te bekijken en deze tijdens de training in te brengen. Voor iedere bijeenkomst zijn er voor de deelnemers voorbereidende opdrachten. Deze opdrachten nemen 2 à 3 uur in beslag.

Alle deelnemers hebben beschikking over de:

- set 'Signalering in de palliatieve fase'
- lesmodule

De workshop bestaat uit twee dagdelen, gepland op twee dagen. Het eerste dagdeel is vooral gericht op de inhoud en het gebruik van de methodiek 'Signalering in de palliatieve fase'. Men ervaart zelf wat de meerwaarde is van het gebruik en welke weerstanden en vragen het werken met de methode en het materiaal oproept.

In het tweede dagdeel, de terugkomdag, worden de inhoud uit de eerste bijeenkomst en de ervaringen uit de praktijk gecombineerd. Waar lopen de deelnemers tegenaan en waar kunnen ze hulp bij gebruiken om de signaleringsmethodiek nog beter in de praktijk toe te passen? Voor dit dagdeel vragen we de deelnemers zelf een casus uit de praktijk mee te nemen om te bespreken tijdens de bijeenkomst.

Door de keuze voor twee dagdelen met daartussen enkele weken, hebben de deelnemers de mogelijkheid om in de praktijk de methodiek te oefenen en aan de hand van de ervaringen tijdens het tweede dagdeel vragen te stellen aan de docent.

1.5 Aandachtspunten onderwijsleergesprek

Tijdens het lesprogramma is het belangrijk per stap te bespreken wat de ervaringen en reacties van de deelnemers zijn. In de praktijk blijkt dat het uitvoeren van deze stappen vaak tot dezelfde reacties leiden. Soms ontstaat dit vanuit weerstand of het nog onbewust onbekwaam zijn van de deelnemer. Het is belangrijk om je hiervan bewust te zijn en op passende wijze te reageren. Gebruik daarom bij de plenaire nabesprekingen de uitgewerkte casuïstiek. Per stap staan de aandachtspunten beschreven die van invloed zijn op een geslaagde implementatie van de werkmethode.

1.6 PowerPoint en accreditatie

Naast deze docentenhandleiding is ook de PowerPoint voor beide lesdagen beschikbaar. Deze bevat een sprekersnotitie die jou handvatten geeft om je les vorm te geven. Natuurlijk mag je de PowerPoint naar wens aanpassen. Geef je de workshop in opdracht van IKNL, zorg er dan voor dat bij verandering van de PowerPoint de intentie behouden blijft. IKNL heeft mogelijk accreditatie aangevraagd voor deze workshop. Hierbij is de oorspronkelijke PowerPoint een bewijsstuk voor de inhoud. . Mochten er twijfels zijn over de inhoud, dan kan je contact opnemen met jouw IKNL-contactpersoon.

2 Lesprogramma dagdeel 1

Duur: 2,5 uur (*De tijdsduur achter de onderdelen is een schatting en naar eigen inzicht aan te passen.*)

Benodigdheden:

- PowerPoint dagdeel 1 op USB-stick
- Casus mevrouw Alberts (bijlage 3)
- Set Signalering in de palliatieve fase

Aanwezig op locatie

- Laptop
- Beamer
- Flapover, stiften

De tijdsduur achter de onderdelen is een schatting en naar eigen inzicht aan te passen.

2.1 Kennismaking en verwachtingen (10 minuten)

Stel je zelf voor als docent en bespreek kort de verwachtingen. De deelnemers kennen elkaar. Om als docent zicht te krijgen op wie er in de groep zitten, kun je een kort voorstelrondje doen. Vragen die je bijvoorbeeld kunt stellen zijn:

- Hoe heet je?
- Wat is je functie en hoe lang ben je werkzaam (bij deze organisatie)?
- Hoeveel patiënten/cliënten in de palliatieve fase heb je de afgelopen twee maanden getroffen in je werkzaamheden?

2.2 Inleiding 'Signalering in de palliatieve fase' (10 minuten)

De PowerPoint geeft twee stellingen en enkele vragen (zie ook de sprekersnotities) om actief met elkaar de grondslag van de signaleringsmethodiek te doorgronden. Je kunt hierbij onderstaande tekst gebruiken:

Om het signaleren van zorgproblemen in deze fase te verbeteren en te vergemakkelijken is de zogenaamde set 'Signalering in de palliatieve fase' ontwikkeld. Deze set bevat de volgende materialen:

- stappenplan
- signaleringskaarten
- achtergrondinformatie over zorgproblemen
- werkbladen voor het gestructureerd noteren van je bevindingen

Tijdens het lesprogramma maak je uitgebreid kennis met het materiaal. Na een korte inleiding over de definitie en uitgangspunten van de palliatieve zorg, gaan we werken aan de hand van casuïstiek met de methode. Ik licht de onderdelen uit de set toe en je kunt oefenen met het doorlopen van de verschillende stappen. We oefenen met behulp van een simulatiepatiënt of met een door jouzelf ingebrachte praktijksituatie. Werken aan de hand van een concrete zorgsituatie uit de dagelijkse praktijk werkt het best in lessituatie waarin de hele groep deelnemers de situatie kent. Dit komt uitvoerig aan de orde in de terugkomdag.

2.3 Doornemen van de vragen en antwoorden aan de hand van de voorbereidende opdracht (30 minuten)

De deelnemers hebben enkele voorbereidingsopdrachten gemaakt. Zie lesmodule. Deze voorbereidingsopdrachten worden besproken tijdens de bijeenkomst en geven inzicht in het 'startniveau' van de groep. Aan de hand van de vragen kun je langer stil blijven staan bij een bepaald onderwerp. Zorg ervoor dat je aan het einde van je verhaal nog even terugkijkt naar de vragen. Vraag ook aan de deelnemers of ze voldoende antwoord hebben gekregen op hun vragen. Hiervoor is ook ruimte opgenomen in de PowerPointpresentatie.

2.4 Introductie inhoud 'Signalering in de palliatieve fase' (15 minuten)

Zie hiervoor de notities bij de Powerpointpresentatie. Zie bijlage 1 en 2 voor extra achtergrondinformatie die je tijdens de presentatie kunt gebruiken.

2.5 Aan de slag (50 minuten)

In dia 13 leg je uit wat alle stappen zijn en hoe die stappen zijn beschreven op de stappenplankaart. Ook licht je toe hoe de signaleringskaarten er uitzien en dat het werkblad uit vijf stappen bestaat, waarbij de signaleringskaarten bijdragen aan het stellen van de juiste vragen om de juiste informatie op het werkblad te noteren.

Aan de hand van de casus mevrouw Alberts leg je de signaleringsmethodiek nogmaals uit en ervaren de deelnemers hoe de methodiek werkt. Hieronder vind je een globale tijdsopzet en een actieplan. Daarna volgt de casus van mevrouw Alberts. De deelnemers hebben geen roodomrande kaders in hun lesmateriaal staan. Deze kaders dienen voor jou als docent om hen van nieuwe informatie te voorzien. Informatie die ze anders aan de cliënt/patiënt vragen. Bekijk daarom ook de lesmodule van de deelnemers ter voorbereiding.

Zie voor de casusbeschrijving en uitwerking bijlage 3.

tijd	wat?
10 minuten	Inleiding in de (speerpunten van) palliatieve zorg en de methodiek. Accent op Stap 1, 2 en 3 <ol style="list-style-type: none">1. Aan de hand van de inleiding in de methode een aantal kernbegrippen bespreken: palliatieve zorg, kwaliteit van leven door aandacht voor vier domeinen en symptoommanagement. Belang van vroegtijdige en nauwkeurige observatie en onderzoek van klachten en symptomen. Rol van verzorgende, gebruik methode, moment van inzetten.2. Globaal bekijken van de verschillende materialen en belangrijkste punten daarbij benoemen.3. Doornemen van de stappen en uitleggen hoe en waar zij de signaleringskaart en het werkblad kunnen gebruiken.
10 minuten	Introductie casus mevrouw Alberts De docent kan de rol van de zorgvrager of van mevrouw Alberts spelen, zodat verzorgenden vragen kunnen stellen. Schot voor de boeg: <i>wat is volgens jullie het probleem?</i> Inventariseren op flap-over Plenair invullen en bespreken ' <i>i start</i> ' globale inventarisatie situatie zorgvrager
10 minuten	Plenair: <i>uitwerken van 'Stap 1' in de casus met behulp van de werkbladen</i> Meeschrijven op flapover of smartboard. Eindigen met de groep door een keuze te laten maken voor een signaleringskaart: algemeen of specifiek.
10 minuten	Plenair bespreken van de casus met behulp van de signaleringskaart en werkblad 'Stap 2'. Welke gegevens zijn al bekend, welke zijn nog aanvullend nodig? Meeschrijven op flap-over of smartboard: in ieder geval de conclusie van Stap 2. Zorgvrager heeft de meeste last van..... Terugkoppelen zorgproblemen schot voor de boeg!
10 minuten	Plenair uitwerken van Stap 3, dus het voorbereiden van het overleg over de situatie van de zorgvrager in de casuïstiek. Facultatief: docent in rol van arts. Verzorgende legt probleem in rollenspel. Terugkoppelen zorgproblemen schot voor de boeg!

2.6 Veel gestelde vragen (5 minuten)

Uit de voorgaande trainingen is gebleken dat de volgende twee vragen altijd terugkomen:

- Hoe verhoudt het zich ten opzichte van de normen van verantwoorde zorg en het zorgleefplan?
- Hoe gebruik ik het werkblok en bewaar ik de papieren

Daarom is het goed hierbij stil te staan. De sprekersnotities (dia 30 PowerPointpresentatie) geven de antwoordopties.

2.7 Evaluatie (15 minuten)

Neem de vragen vanuit het eerste uur hierin mee. Deze vragen staan op een flap-over of op de eerste sheet van de PowerPoint. Vraag aan de deelnemers of deze vragen voldoende zijn beantwoord

2.8 Afsluiting (5 minuten)

Vertel dat er een terugkomdag is waarbij ervaringen uit de praktijk de leidraad vormen voor deze bijeenkomst. Zie de voorbereidende opdrachten in de PowerPointpresentatie.

3 Lesprogramma dagdeel 2 (terugkomdag)

Duur: 2,5 uur

Benodigdheden:

- PowerPoint dagdeel 1 en 2 op USB-stick
- Casus Mevrouw Bakker (Bijlage 4) of Mevrouw Van Dongen (Bijlage 5)
- Set 'Signalering in de palliatieve fase'

Aanwezig op locatie

- Laptop
- Beamer
- Flap-over, stiften

In de beschrijving hieronder kun je kiezen voor uitvoerig bespreken van praktijkcasussen of uitvoerig doorlopen van de casus Mevrouw Bakker. De keuze die je maakt is afhankelijk van de praktijkervaring van de groep en de hoeveelheid vragen die zij hebben. Zie de uitleg in paragraaf 3.2 en paragraaf 3.3. Het heeft echter de voorkeur praktijkcasussen te bespreken omdat deze dichter bij de dagelijkse werkzaamheden liggen.

3.1 Kort bespreken ervaringen (20 minuten)

De deelnemers hebben aan de hand van de voorbereidingsopdracht voor deze dag in de eigen praktijk geoefend met de set 'Signalering in de palliatieve fase' danwel de casus van mevrouw Bakker ingevuld op een werkblad. Vraag aan de deelnemers wat hun ervaringen zijn. Zie hiervoor ook de PowerPoint. Let op: ga nog niet te diep in op de casus. Dit komt in paragraaf 3.2 aan de orde.

3.2 Casussen bespreken (100 minuten)

Het heeft de voorkeur praktijkcasussen te bespreken, omdat op die manier de methodiek direct aansluit bij de belevingswereld van de deelnemer. Indien de groep veel vragen heeft over het gebruik van de methodiek of weinig ervaring in de praktijk heeft kunnen opdoen, is het echter goed om eerst de casus van mevrouw Bakker te doorlopen om deze vragen te beantwoorden. Mochten de deelnemers in aanmerking komen met zorgvragers met dementie dan is de casus van mevrouw Van Dongen aan te bevelen.

3.2.1 Praktijkcasus(sen) doorlopen

Bepaal welke casussen je op deze dag gaat bespreken, eventueel in overleg met de deelnemers. Twee casussen moet qua tijd haalbaar zijn. Zie hierbij ook de opmerkingen in de PowerPoint. Natuurlijk dienen ook de vragen van andere deelnemers beantwoord te worden. Vaak gebeurt dit automatisch bij het doorlopen van een andere casus. Zie lesopzet op de volgende pagina.

3.2.2 Casus mevrouw Bakker

Zie voor de uitwerking van de casus van mevrouw Bakker bijlage 4. Lees hierbij ook de lesmodule door van de deelnemers.

Dit kan op de volgende manier:

- | | |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 minuten | Introductie casus van mevrouw. Bakker De docent kan de rol van de zorgvrager of van mevrouw. Bakker spelen, zodat verzorgenden vragen kunnen stellen.
Schot voor de boeg: <i>wat is volgens jullie het probleem? Inventariseren op flap</i>
Plenair invullen en bespreken 'i start' globale inventarisatie situatie zorgvrager. |
| 10 minuten | in subgroepen van maximaal vier personen, maar kan ook plenair: <i>uitwerken van Stap 1 in de casus met behulp van de werkbladen.</i> |
| 10 minuten | Plenaire terugkoppeling van Stap 1: bespreken van de gegevens die de verzorgenden hebben opgeschreven op het werkblad bij Stap 1.
Nabespreken van de vragen.
Meeschrijven op flap-over of smartboard.
Eindigen met de groep door een keuze te laten maken voor een signaleringskaart: algemeen of specifiek. |
| 10 minuten | In dezelfde groepen bespreken van de casus met behulp van de signaleringskaart en werkblad Stap 2.
Welke gegevens zijn al bekend, welke zijn nog aanvullend nodig? |
| 10 minuten | Plenaire terugkoppeling van Stap 2: bespreken van de gevonden gegevens die de verzorgenden hebben opgeschreven op het werkblad bij stap 2.
Meeschrijven op flap-over of smartboard: in ieder geval de conclusie van Stap 2.
Zorgvrager heeft het meeste last van.....

Terugkoppelen zorgproblemen schot voor de boeg! |
| 10 minuten | In subgroepen of plenair uitwerken van Stap 3, dus het voorbereiden van het overleg over de situatie van de zorgvrager in de casuïstiek.
Facultatief: docent in rol van arts. Verzorgende legt probleem in rollenspel. |
| 10 minuten | Plenaire terugkoppeling; heeft degene met wie je overlegt inderdaad voldoende informatie? Wat nu doen met stap 4 en 5 in de praktijk? |
-

3.2.3 Casus mevrouw van Dongen

Zie voor de uitwerking van de casus van mevrouw van Dongen bijlage 5. Lees ook hierbij de lesmodule door van de deelnemers.

Lesopzet

10 minuten	Introductie casus van mevrouw van Dongen / praktijkcasus. De docent kan de rol van de zorgvrager of van mevrouw van Dongen spelen, zodat verzorgenden vragen kunnen stellen. Schot voor de boeg: <i>wat is volgens jullie het probleem? Inventariseren op flap</i> Plenair invullen en bespreken <i>i start</i> globale inventarisatie situatie zorgvrager
10 minuten	in subgroepen van max. vier personen, maar kan ook plenair: <i>uitwerken van Stap 1 in de casus m.b.v. de werkbladen</i>
10 minuten	Plenaire terugkoppeling van Stap 1: bespreken van de gegevens die de deelnemers hebben opgeschreven op het werkblad bij Stap 1. Nabespreken van de vragen; Meeschrijven op flap-over of smartboard. Eindigen met de groep door een keuze te laten maken voor een signaleringskaart: algemeen of specifiek.
10 minuten	In dezelfde groepen bespreken van de casus m.b.v. signaleringskaart en werkblad Stap 2. Welke gegevens zijn al bekend, welke nog aanvullend nodig?
10 minuten	Plenaire terugkoppeling van Stap 2: bespreken van de gevonden gegevens die de deelnemers hebben opgeschreven op het werkblad bij stap 2. Meeschrijven op flap-over of smartboard: in ieder geval de conclusie van Stap 2. Zorgvrager heeft de meeste last van..... Terugkoppelen zorgproblemen schot voor de boeg!
10 minuten	In subgroepen of plenair uitwerken van Stap 3, dus het voorbereiden van het overleg over de situatie van de zorgvrager in de casuïstiek. Facultatief: docent in rol van arts. Deelnemer legt probleem in rollenspel.
10 minuten	Plenaire terugkoppeling; heeft degene met wie je overlegt inderdaad voldoende informatie? Wat nu doen met stap 4 en 5 in de praktijk?

3.3 Overige vragen, evaluatie en afsluiting (30 minuten)

Tijdens en na het bespreken van de casus(sen) zullen er vele nieuwe vragen komen. Probeer hierbij de deelnemers voor elkaar zelf de vragen te laten beantwoorden.

Bijlagen

Signalering in de palliatieve fase

denk- en werkmethode voor verzorgenden

Zorgvragers in de palliatieve fase zijn gebaat bij goede zorg. Het is essentieel om zorgproblemen in deze laatste kwetsbare en waardevolle fase tijdig te signaleren en daarmee te voorkomen. Verzorgenden signaleren vaak als eerste een verandering in conditie, Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) of gedrag bij zorgvragers omdat zij dag en nacht bij de zorgvrager zijn. De denk- en werkmethode 'Signalering in de palliatieve fase' biedt hiervoor concrete handvatten.

Doel methode

De methode is zowel te gebruiken bij de communicatie met zorgvragers als ter voorbereiding op een interdisciplinair overleg. Eind 2016 is een nieuwe versie van Signalering in de palliatieve fase uitgebracht met aanvullingen van specifieke zorgproblemen voor zorgvragers met dementie en handvatten voor zorgvragers met een uitingsbeperking. Juist omdat zorgvragers met dementie vaak niet meer kunnen aangeven waar ze het meeste last van hebben, ondersteunt de methode het in kaart brengen van problemen om de juiste zorg te bieden.

Voor wie

Verzorgenden die in het dagelijks werk veel met zorgvragers in de palliatieve fase te maken hebben, ongeacht of zij in een verpleeg- of verzorgingshuis, hospices of thuis wonen. Ook voor andere beroepsgroepen kan de methode goede handvatten bieden.

"Door het gebruik van de set sta ik bewuster stil bij de palliatieve fase en wat de zorgvrager graag nog wil" (een verzorgende)

Materialen

- De set bevat:
- een vouwblad met inleiding, instructie en stappenplan

- signaleringskaarten en achtergrondinformatie over veel voorkomende zorgproblemen in de palliatieve fase
- werkblok met bladen over palliatieve zorg, dementie en de stervensfase in het algemeen

Alle informatie in de set is gebaseerd op informatie te vinden op www.pallialine.nl.



Methode in het kort

De methode kent vijf fasen om stapsgewijs zorgproblemen te signaleren en deze vervolgens aan te pakken. De verzorgende doorloopt deze fasen per zorgprobleem met behulp van de signaleringskaarten en bijbehorende achtergrondinformatie. Per stap noteert de zorgprofessional de resultaten op het werkblad. De vijf fasen zijn:

- 1. observeren (inventariseren van klachten en verschijnselen)
- 2. onderzoeken (aanvullende gegevens verzamelen)
- 3. overleggen (voorbereiden en bespreken)
- 4. zorgleefplan vaststellen en uitvoeren (in overleg met zorgvrager en naasten)
- 5. evalueren (observeren en rapporteren over effect van zorg)

- De methode wordt gebruikt op het moment dat:
- een plotselinge verslechtering van de algehele gezondheidstoestand optreedt of een specifiek symptoom verergert



- er steeds minder comfort voor de patiënt is, bijvoorbeeld door pijn, verwardheid of angst
- meerdere zorgproblemen tegelijkertijd optreden
- een 'niet-pluis'-gevoel bij de zorgprofessional ontstaat
- overleg met collega's wordt voorbereid

"De tijd te nemen om te observeren leidt tot een betere rapportage" (een verzorgende)

Implementatie en borging

Implementatie van 'Signalering in de palliatieve fase' binnen een zorginstelling vraagt meer dan het aanleren van een nieuwe werkmethode. Het stellen van randvoorwaarden, inrichten van een projectgroep, benoemen van ieders rol en taken en borgingsstrategieën vooraf bepalen, zijn belangrijke factoren voor een succesvolle implementatie. Om zorginstellingen hierbij te ondersteunen is een handreiking en implementatieformat ontwikkeld.

Scholingsmogelijkheden

Wilt u binnen uw organisatie de methode 'Signalering in de palliatieve fase' invoeren, dan is het mogelijk om op uw eigen locatie, regionaal of landelijk deel te nemen aan de door IKNL verzorgde train-de-trainer.

De train-de-trainer stelt de deelnemer in staat om anderen de methode aan te leren en voor een specifieke groep een implementatieplan te ontwikkelen. Op www.iknl.nl/palliatieve_zorg vindt u meer informatie en een docenthandleiding voor het geven van een workshop binnen uw instelling.

"Mag ik ook zo'n set! Het is zo goed en fijn om te weten welke zorgproblemen kunnen ontstaan in de palliatieve fase. Dan kan ik die zelf ook tijdig herkennen en overleggen met de zorg."

(Mantelzorg van een partner met dementie)

"Ik kon het verschil merken in gesprekken met verzorgenden die de set wel of niet hadden gebruikt. Degenen die de set hadden gebruikt, zijn beter voorbereid op het gesprek met mij. Verzorgenden stelden meer vragen, waardoor ik als psycholoog beter zicht kreeg op de problematiek." (een psycholoog)

Bestellen of downloaden

U kunt de set Signalering in de palliatieve fase vanaf half december 2016 bestellen of downloaden via www.iknl.nl in de IKNL-webshop. Hier vindt u dan ook de handreiking en het implementatieformat.

Meer informatie

Heeft u vragen of wilt u zorgprofessionals leren werken aan de hand van de methode Signalering in de palliatieve fase? Neem dan contact op met Marjolein Verkammen, adviseur palliatieve zorg, via m.verkammen@iknl.nl.

Over IKNL

IKNL is een onafhankelijk kennis- en kwaliteitsinstituut voor de oncologische en palliatieve zorg. We doen onderzoek, faciliteren regionale samenwerking en ondersteunen kwaliteitsverbetering in de praktijk.

De registraties, rapportages en verbeteringen bepaalt IKNL samen met zorgprofessionals. Zo tillen we de oncologische en palliatieve zorg in Nederland naar een nog hoger niveau. Met KWF Kankerbestrijding en NFK richt IKNL zich via www.kanker.nl ook op patiënten. Kijk voor al onze producten en diensten op www.iknl.nl.



Set signalering en zorgleefplan

Hoe verhoudt het gebruik van de set Signalering in de palliatieve fase zich tot het zorgleefplan?

Bij de ontwikkeling van de set is het vraaggericht werken en het zorgleefplan steeds een van de uitgangspunten geweest. De daarbinnen beschreven zorgdomeinen komen overeen met alle aspecten die binnen de palliatieve zorg van belang zijn (psychisch, sociaal en lichamelijk welbevinden). De materialen uit de set kunnen heel goed naast het zorgleefplan gebruikt worden. Door het werkblad van de blocnote te gebruiken kan de verzorgende gestructureerd informatie verzamelen en noteren. Zie dit werkblad als een soort kladblokbriefje. Als alles rondom de zorg en behandeling helder is en nadat met verpleegkundige of arts is afgesproken, kan de uitkomst in het zorgleefplan worden genoteerd.

Is dit niet gewoon het plannen van zorg wat je van elke verzorgende mag verwachten?

Het klopt dat de methodiek in de signaleringsset overeenkomt met het plannen van zorg zoals je dat van elke zorgverlener mag verwachten. Helaas blijkt in de praktijk dat dit niet altijd wordt waargemaakt en kennis uit de richtlijnen palliatieve zorg onvoldoende wordt toegepast. Daarnaast combineert de methodiek een algemene werkmethode met de specifieke kenmerken van de palliatieve zorg; zoals het (h)erkennen van veel in de palliatieve zorg voorkomende symptomen, de nadruk op de autonomie en wil van de zorgvrager bij het maken van keuzen in het perspectief van een naderend levenseinde. Daarbij wordt er continu aandacht gevraagd voor het overleg met de zorgvrager en zijn/haar naasten.

'Handreiking implementatie' en 'Format implementatieplan'

Ter ondersteuning van de toepassing van de set 'Signalering in de palliatieve fase' binnen de zorg is er een 'Handreiking implementatie' en 'Format implementatieplan' beschikbaar. Deze documenten geven projectleiders informatie en houvast bij het schrijven van het implementatieplan voor het implementeren van de signaleringsmethode.

B2 Palliatieve zorg

Het is waarschijnlijk dat de deelnemers over een verschillend kennisniveau beschikken rondom het thema palliatieve zorg. Ter voorbereiding op de workshop wordt daarom aan de deelnemers gevraagd het animatiefilmpje '[Wat is palliatieve zorg](#)' te bekijken. Dit filmpje wordt in de workshop tevens getoond aan de deelnemers.



De achtergrondinformatie in de set signalering geeft de deelnemers tevens de mogelijkheid hun kennis over palliatieve zorg te vergroten. Bij inhoudelijke vragen kan je als docent hiernaar verwijzen.

De volgende tekst geeft jou als docent ondersteuning indien deelnemers vragen stellen over palliatieve zorg:

Wat is palliatieve zorg?

Als iemand te horen krijgt dat genezing van zijn ziekte niet meer mogelijk is, breekt een moeilijke tijd aan. Onzekerheid over de toekomst, angst voor lijden en achteruitgang en het besef van een naderend sterven, roepen bij de zorgvrager en zijn naasten veel emoties en vragen op. Het hebben van een ongeneeslijke ziekte wil niet zeggen dat er niets meer voor de zorgvrager gedaan kan worden. Het behandelen van de ziekte (ziektegericht) is echter niet meer het belangrijkste. De behandeling zal zich vooral richten op het verminderen van de klachten en verschijnselen (symptomen) die de zorgvrager als gevolg van zijn ziekte ervaart. Dit heet een symptoomgerichte behandeling en is een belangrijk uitgangspunt voor de palliatieve zorg.

Kwaliteit van leven

In de palliatieve zorg ligt de nadruk dus niet op genezing van de ziekte, maar op het behoud of het verbeteren van de kwaliteit van leven. Bij het vaststellen van de zorg zijn de situatie en de wensen van de zorgvrager het uitgangspunt. Alleen de zorgvrager kan bepalen wat kwaliteit van leven is.

De kwaliteit van leven wordt beïnvloed door:

- de aanwezigheid van klachten en verschijnselen (bijvoorbeeld pijn, benauwdheid)
- de persoonlijkheid van de zorgvrager (is iemand een optimist of een pessimist)
- het wel of niet hebben van waardevolle contacten met anderen
- tevredenheid over de levensinvulling
- de geestelijke toestand van de zorgvrager
- de mogelijkheden om zich aan te passen aan veranderingen
- reacties van de omgeving

De aanwezigheid van bepaalde klachten hoeft niet per se een gevoel van lijden te geven. Zorgvragers met pijn geven soms aan dat dit geen reden is om minder kwaliteit van leven te hebben. Integendeel. Soms geven ze aan dat ze deze fase niet hadden willen missen en zelfs gelukkig zijn.

Integrale zorg

Palliatieve zorg is meer dan alleen zorg voor het lichamelijk welbevinden van de zorgvrager. Ook het psychosociale en spirituele domein krijgen de aandacht. Bij zorgvragers met een ongeneeslijke ziekte zijn

deze drie gebieden sterk met elkaar verbonden. Het gaat om het bieden van totale, integrale zorg. Naast de behandeling van de ziekte en zorgproblemen gaat het ook om zorg bij het verwerkings- en aanpassingsproces, de relatie met naasten, de beleving van het ziek zijn en zingevingsvragen. De zorg is bedoeld voor zowel de zorgvrager als de naasten!

Behandeling van symptomen

Symptomen zijn door de zorgvrager aangegeven klachten. De zorgvrager bepaalt hierbij waar hij last van heeft en hoe erg dat is. De basis van goede palliatieve zorg is het voorkomen en op tijd behandelen van deze klachten en zorgproblemen. Dit wordt een proactieve benadering genoemd. Bij deze benadering is het vroeg signaleren van veranderingen in de gezondheidssituatie en het herkennen van de bijbehorende klachten en verschijnselen bij de zorgvrager van belang. Voor het tijdig signaleren van problemen en het vaststellen van de behandeling en zorg is naast kennis van de te verwachten zorgproblemen, goed overleg en samenwerking tussen de verschillende zorgverleners nodig.

Signalering in de palliatieve fase

In de palliatieve fase is het vaak de verzorgende die als eerste een verandering in de lichamelijke conditie, ADL of het gedrag van de zorgvrager opmerkt. Dit kan door:

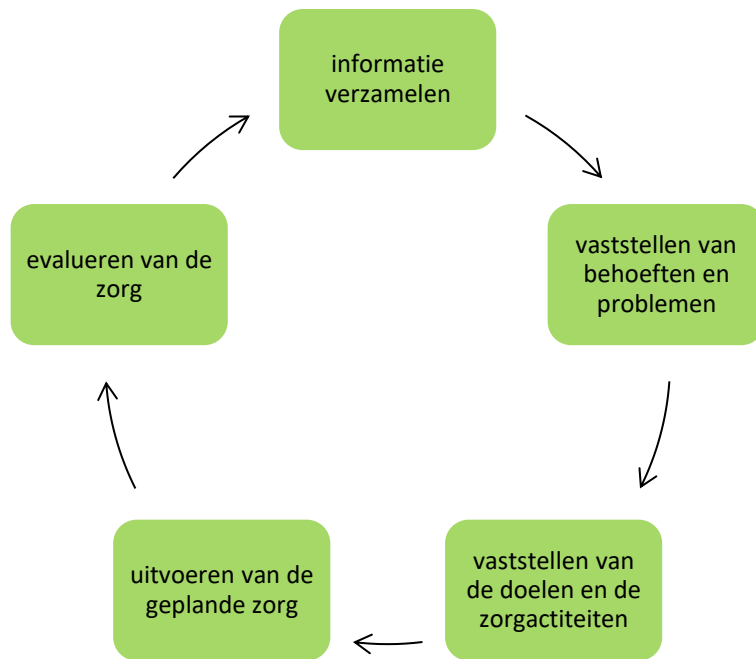
- kijken – er iets veranderd
- luisteren – het gaat niet goed
- aanvoelen – er klopt iets niet (niet-pluis gevoel)

Het signaleren van deze veranderingen gebeurt continu, maar wij zijn ons daar vaak niet van bewust. Het is zeer belangrijk dat veranderingen in de gezondheidssituatie van de zorgvrager worden herkend en doorgegeven zodat er snel goede zorg kan worden afgesproken.

De methode 'Signalering in de palliatieve fase' helpt bij het stapsgewijs verzamelen van gegevens over de situatie van de zorgvrager en het voorbereiden van het overleg. Klachten en verschijnselen van de zorgvrager worden op een gestructureerde manier verzameld en genoteerd. Het is belangrijk dit in overleg met de zorgvrager, naasten en collega's te doen! In verband met de beperkte levensduur van de zorgvrager wordt de aandacht gericht op de klacht waar de zorgvrager het mééste last van heeft. Over deze klacht worden met behulp van signaleringskaarten aanvullende gegevens verzameld. Daarna wordt het (multidisciplinaire) overleg met betrokken zorgverleners voorbereid. Na het overleg wordt de zorg volgens afspraak uitgevoerd en opgeschreven in het zorg(leef)plan. Dit geldt ook voor de evaluatie: het blijven observeren en rapporteren over het effect van de aanpak en zorg.

Signalering in de palliatieve fase en methodische werken

De denk- en werkmethode 'Signalering in de palliatieve fase' volgt de stappen van het methodisch werken.



B3 Casus mevrouw Alberts

Mevrouw Alberts is 59 jaar. Zij heeft longkanker met uitzaaiingen in de wervelkolom, wat een gedeeltelijke dwarslaesie tot gevolg heeft. Zij is hiervoor bestraald. Zij heeft geen hersenmetastasen.

Mevrouw Alberts is drie dagen geleden in het verpleeghuis opgenomen omdat zij niet meer op haar benen kan staan en daardoor bij de transfers geholpen moet worden. Mevrouw heeft pijn in de nek en rug, scherp en stekend van karakter, uitstralend naar de rechterarm en daar ervaart zij het als brandend en tintelend.

Het liefst blijft ze in bed liggen. Ze komt nukkig over en praat niet veel. Ze ligt eigenlijk de hele dag te doezelen. Ze wil niks. Als je 's ochtends bij haar komt om haar te verzorgen zegt ze: "Laat me met rust, ik hoef helemaal niets". Na enig onderhandelen mag je haar toch wassen en het valt je op dat ze het vrij passief en zwijgend ondergaat. Af en toe trekt ze met het gezicht als ze even moet draaien of als ze haar rechterarm moet optillen.

Opdracht 1. Neem een werkblad en vul de gegevens in bij **i start** (voor zover bekend)
Denk na over de vraag waarom zijn deze gegevens belangrijk?

Opdracht 2. Vul de gegevens in bij **stap 1 Observatie** van het werkblad

Vraag: Van welk probleem heeft mevrouw Alberts volgens jou de mééste last?
Van welk zorgprobleem heeft mevrouw Alberts zelf de mééste last?
Wat wil je verder weten en onderzoeken? Waarom?

Opdracht 1. Neem een werkblad en vul de gegevens in bij **i start** (voor zover bekend)

Naam zorgvrager:	Mw. Alberts
Geboortedatum:	59 jaar
Welke ziekte(s) heeft de zorgvrager?	Longkanker met uitzaaiingen in wervelkolom, gedeeltelijke dwarslaesie als gevolg, heeft geen hersenmetastasen
Is er iets bekend over de Levensverwachting van mw. Bakker?	Nee, mevrouw is sinds drie dagen in verpleeghuis omdat ze niet meer op de benen kan staan.

Opdracht 2. Vul de gegevens in bij **stap 1 Observatie** van het werkblad

Wat geeft de zorgvrager aan?

Heeft pijn in rug en nek. Scherp en stekend van karakter, zegt dat het uitstraalt naar de rechterarm. Dat ervaart zij als brandend en tintelend. Mevrouw geeft aan niks te willen, zegt "laat me met rust, ik hoef helemaal niets".

Vervolg Opdracht 2. Vul de gegevens in bij **stap 1 Observatie** van het werkblad

Wat geeft de zorgvrager aan?

Heeft pijn in rug en nek. Scherp en stekend van karakter, zegt dat het uitstraalt naar de rechterarm. Dat ervaart zij als brandend en tintelend. Mevrouw geeft aan niks te willen, zegt "laat me met rust, ik hoef helemaal niets".

Wat merken naasten op?

Wat merk ik op?

Mevrouw kan niet op de benen staan, heeft hulp nodig bij transfer, Mevrouw ligt het liefst in bed, ze maakt op mij een nukkige indruk en ze praat niet veel. Ligt de hele dag te doezelen, Trekt met gezicht bij draaien en arm optillen tijdens wassen. Ondergaat wasbeurt passief en zwijgend.

Wat merken mijn collega's op?

Bespreek klassikaal de vragen:

Van welk probleem heeft mevrouw Alberts volgens jou de mééste last? (pijn, depressief,)

Van welk zorgprobleem heeft mevrouw Alberts zelf de mééste last? Bij navraag pijn.....

Wat wil je verder weten en onderzoeken? Waarom?

Lees het vervolg van de casus en ga over naar het volgend blok met opdracht 3.

Vervolg casus mevrouw Alberts;

Als je mevrouw vraagt naar haar pijn reageert ze onverschillig. Die pijn is er en ervaart zij als hinderlijk, maar "die hoort erbij". De medicatie die ze heeft helpt niet zoveel. Op de VAS geeft zij een score van 4.

Aan medicijnen gebruikt zij;

Oxycontin 2 dd 10 mg (pijn)

Lyrica (pregabaline) 2 dd 75 mg (neuropathische pijn)

Verskillende inhalatiemedicijnen

Vraag: Verandert je mening nu je deze extra informatie hebt gekregen?
Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet?

Opdracht 3: Verdiep je verder in een zorgprobleem door gebruik te maken van een signaleringskaart. Vul de gegevens in bij stap **2 onderzoek**

Vervolg casus mevrouw Alberts;

Je belt je collega van de thuiszorg die haar heeft verzorgd en hoort het volgende:

Thuis bracht mevrouw Alberts haar dagen rokend door, zittend voor het raam met een fles drank naast zich op een tafeltje. Zij is gehuwd met haar tweede echtgenoot. Haar eerste echtgenoot is ook overleden aan een longcarcinoom. Na het huwelijk heeft één van haar twee dochters het contact verbroken omdat zij niet met de nieuwe man van mevrouw Alberts door één deur kon.

Haar dochter komt alleen op bezoek als haar echtgenoot afwezig is. Haar man komt trouw op bezoek en je treft hen later op de dag in gesprek en dan geeft hij aan dat zij het over haar begrafenismensen hebben gehad: "Mijn vrouw wil begraven worden, maar ik laat haar toch maar cremieren, want zo'n graf is maar een gedoe", zo zegt hij in haar bijzijn. Al je collega's in het team hebben een grondige weerzin tegen deze man. De zus van mevrouw Alberts is drie maanden geleden weduwe geworden en vertelt (aan het ziekbed) omstandig wat een vreselijke lijdensweg het overlijden van haar man is geweest en hoe moeilijk ze het daar nog mee heeft. Mevrouw Alberts zegt niet bang te zijn voor de dood: "Dan is het tenminste voorbij". Vroeger is ze wel gelovig geweest, maar "Als God bestaat, dan is Hij niet goed voor me geweest".

Vraag: Verandert je mening nu je deze extra informatie hebt gekregen?
Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet?

Heb je behoefte aan overleg?

Met wie wil je overleggen en wat wil je ter sprake brengen?

Welke gegevens kun je nog meer invullen bij stap 2?

Opdracht 4: Bereid het overleg voor door het invullen van stap **3 Overleg**

Bespreek plenair wat er in deze casus gebeurt:

- Steeds nieuwe aanvullende informatie die van invloed is op de uitwerking in stap 2 en mogelijk leidt tot andere denk- en zienswijze. Het benadrukt het continue, cyclische proces.
- Wat betreft de problematiek van mevrouw Alberts; mevrouw heeft pijn die vooral wordt veroorzaakt door de thuissituatie (relatie man-dochter) . De pijnervaring wordt negatief beïnvloedt door de sociale situatie. Het gaat dus over meer dan lichamelijke pijn door de uitzaaiingen. Zielenpijn beïnvloedt de pijnbeleving.
- In dit licht is overleg met arts nog steeds van belang, maar is contact met een geestelijk verzorger (of iemand anders met expertise op psycho-sociaal gebied) ook van belang.

Maak een bruggetje naar stap 4 en 5.

Stap 4 Zorgleefplan Wat moet er in het zorgplan worden genoteerd?

Stap 5 Evaluatie Weet je wanneer het zorgprobleem bij mevrouw Alberts verminderd moet zijn? Wanneer en hoe kom je daar achter?

B4 Casus mevrouw Bakker

Mevrouw Bakker is 45 jaar en verblijft thuis waar zij liefdevol wordt verzorgd door haar echtgenoot en dochter. Mevrouw heeft een ovariumcarcinoom en is daarvoor intensief behandeld met chemokuren, waarvan de laatste een week geleden is afgelopen. De specialist heeft gezegd dat het allemaal onvoldoende geholpen heeft en genezing dus niet meer is te verwachten. Zij hoeft ook niet meer bij hem terug te komen.

De laatste week moet mevrouw Bakker steeds vaker urineren omdat zij anders urine verliest en dat vindt zij onaangenaam. De transfers naar het toilet kosten haar veel moeite doordat ze zich erg slap voelt. Ze ziet er ook erg tegenop en is uitgeput als ze weer in bed ligt.

Mevrouw is misselijk: ze heeft het gevoel te moeten overgeven, maar er komt niets. Haar echtgenoot geeft aan dat de nachten erg onrustig verlopen omdat mevrouw dan verward is en veel ligt te mompelen. Ze ligt ook voortdurend te draaien en hij is bang dat ze wil opstaan en dan zal vallen. Hij dringt erg aan op slaapmedicatie omdat "het zo toch niet langer kan".

Aan medicijnen gebruikt zij:

Fentanyl pleister 50 mcg één maal per drie dagen (Pijn)

Movicolon tweemaal daags één zakje (Laxans)

Diclofenac driemaal daags 50 mg. (Pijn)

Opdracht 1. Neem een werkblad en vul de gegevens in bij **i start** (voor zover bekend)
Vul de gegevens in bij **stap 1 Observatie** van het werkblad

Vraag: Wat is het belangrijkste zorgprobleem van mevrouw Bakker?
Wat moet je weten of onderzoeken om het probleem te verhelderen?

Opdracht 2. Verdiep je verder in het zorgprobleem door gebruik te maken van een signaleringskaart. Vul de gegevens in bij stap **2 onderzoek**

Opdracht 1. Neem een werkblad en vul de gegevens in bij **i start** (voor zover bekend)

Naam zorgvrager:	Mw. Bakker
Geboortedatum:	45 jaar
Welke ziekte(s) heeft de zorgvrager?	Ovariumcarcinoom, intensief behandeld chemokuren, paar weken geleden voor het laatst
is er iets bekend over de levensverwachting van mw. Bakker?	Nee, maar mevrouw is volgens de specialist uitbehandeld

Bespreek plenair waarom het belangrijk is antwoord op deze vragen te hebben:

- Niet elke arts (vervanging, avond/weekenddienst) kent de zorgvrager en is op de hoogte van achterliggende ziektebeelden, die wel degelijk van invloed of van belang kunnen zijn. Gebruik medicatie?
- Bij een levensverwachting van drie maanden of minder, maak je andere keuzen in zorg en behandeling dan bij iemand die nog een jaar of een half jaar heeft. In de praktijk blijkt vaak dat men helemaal geen idee heeft. Het vraagstuk van levensverwachting wordt vaak niet besproken of aangekaart.
- Je kunt niet alles tegelijk aanpakken, het ergste eerst, prioritering.

Vervolg Opdracht 1.

Vul de gegevens in bij **stap 1 Observatie** van het werkblad

Wat geeft de zorgvrager aan?

Ze moet de laatste week steeds vaker urineren, verliest anders urine, vindt dat onaangenaam
Mevrouw ziet op tegen de transfer van bed naar de wc, voelt zich slap waardoor het veel energie kost
Is uitgeput als ze weer in bed ligt.
Mevrouw is misselijk, heeft gevoel dat ze moet overgeven, maar er komt niets

Wat merken naasten op?

Volgens echtgenoot verloopt de nacht onrustig, mevrouw is verward en ligt veel te mompelen
Ze ligt ook veel te draaien, meneer is bang dat ze uit bed wil en dan valt. Wil graag slaapmedicatie omdat "het zo toch niet langer kan"

Wat merk ik op? En wat merken mijn collega's op?

Bespreek plenair wat belang is van deze uitsplitsing in verzamelen van observaties?

- Verschillende bronnen nodig om situatie compleet te krijgen
- Niet elke zorgvrager is in staat om goed dingen aan te geven (dementie, verstandelijk gehandicapten)
- Wat valt er wel/niet uit het zorgleefplan te halen? Hoe goed wordt dat ingevuld?
- Om helder te krijgen wat nu eigenlijk wiens probleem is!

Vraag :

Wat is het belangrijkste zorgprobleem van mevrouw Bakker?
Wat moet je weten of onderzoeken om het probleem te verhelderen?

Op de vraag 'Wat is het belangrijkste zorgprobleem van Mw. Bakker?' komt de groep waarschijnlijk met een aantal dingen: misselijkheid, blaasontsteking, slaapgebrek, pijn, obstipatie, verwardheid/delir, overbelaste echtgenoot.

Veelal ingevuld vanuit eigen perspectief!

De vraag is echter welk zorgprobleem mevrouw Bakker de meeste last geeft. Dat wil je namelijk het eerst aanpakken. En dan heb je soms aanvullende informatie nodig, extra onderzoek.

Bespreek plenair of ze dit herkennen: wie vraagt aan de zorgvrager welke zorgprobleem hij/zij het meest vervelend vindt?

Stuur als docent de keuze van het probleem: Mevrouw Bakker heeft het meeste last van misselijkheid. Laat de deelnemers ook gebruik maken van het vervolg casus bij opdracht 2.

Vervolg casus mevrouw Bakker:

Mevrouw zegt redelijk van haar ontlasting af te komen, wel met de laxantia.

De misselijkheid is continu aanwezig. Eetlust heeft zij niet: de gedachte alleen al...

Drinken: alleen water en dan nog niet veel. Met moeite komt zij aan 1250 ml. per dag.

Met de huidige medicatie heeft mevrouw Bakker geen pijn. Alleen bij het plassen ervaart zij soms een branderig gevoel. Het valt je op dat ze ietwat een bol buikje heeft bij haar toch slanke postuur. De lichaamstemperatuur is 37,9° C., haar bloeddruk 110/50 mm Hg., de pols 90/min., regulair.

Over haar ziekte heeft zij goed kunnen praten met haar man en dochter. Ze hebben veel gehuild samen en beseffen dat het einde nadert. Met de pastor heeft zij goede gesprekken gehad. Zij heeft verdriet dat zij haar gezin achter moet laten: "maar Onze Lieve Heer heeft het zo beslist en daar moet ik me bij neerleggen".

Opdracht 2. Verdiep je verder in het zorgprobleem Misselijkheid en braken door gebruik te maken van de signaleringskaart. Vul de gegevens in bij stap **2 onderzoek**

Bespreek plenair welke aanvullende informatie de deelnemers hebben gevonden en welke belangrijke, cruciale informatie mist er? Hoe ga je daar in de praktijk mee om? Waarom is het belangrijk om de situatie goed in kaart te hebben gebracht? Wat is de functie van zo'n signaleringskaart? Waar helpt het je bij?

Vraag: Wat vind je dat er nu moet gebeuren? Leg eens uit
Hoe ga je dat aanpakken?
Met wie wil je overleggen en wat wil je ter sprake brengen?

Opdracht 4: Bereid het overleg voor door het invullen van stap **3 Overleg**
En oefen het gesprek in duo's!

Bespreek plenair het oefenen van het overleg in duo's. Wat ging goed, wat kan beter?
Helpt het uitwerken van stap 2 en een goede voorbereiding bij stap 3 ze in de praktijk? Waarbij ondersteunt het hen?

Optie rollenspel: een verzorgende belt met huisarts (docent in rol van)
Besprek na die tijd of je als arts voldoende informatie hebt gekregen: kun je nu echt een verandering in beleid zorg voorstellen?

Maak een bruggetje naar stap 4 en 5. Bespreek klassikaal wat het belang van deze stappen zijn. Welke informatie uit het overleg met de arts wordt waar genoteerd? Sta ook stil bij het belang van evaluatiemomenten. Wat moet wanneer over zijn en wat als..... (vooruit leren denken, anticiperen)

Vraag: **Stap 4 Zorgleefplan**
Wat moet er in het zorgplan worden genoteerd?

Stap 5 Evaluatie
Weet je wanneer het zorgprobleem bij mevrouw Bakker verminderd moet zijn?
Wanneer en hoe kom je daar achter?

B5 Casus mevrouw Van Dongen

Informatie voor de docent:

Deze casus is uitgekozen om de nieuwe signaleringskaart 'onbegrepen gedrag' te toetsten. Wanneer de casus klassikaal wordt besproken dient dit vanaf stap 2 met de kaart onbegrepen gedrag te gebeuren.

Naast het onbegrepen gedrag komt ook pijn aan de orde. Dit kan een aanleiding zijn voor het onbegrepen gedrag. Wanneer de deelnemers de casus als huiswerk hebben gemaakt en zij met de kaart pijn zijn gaan werken zullen ze indirect ook het onbegrepen gedrag benoemen. De vragen bij pijn gaan ook over stemming zoals angst. Tijdens de workshop is het zaak te kijken of ze met gelijke doelen het gesprek in gaan. Waarschijnlijk is dat wel het geval en blijkt het dus niet erg of je voor symptoom a of b het probleem beschrijft. Maar door je te focussen kom je tot een beknopt doel.

Hieronder vind je de casus zoals omschreven in de lesmodule. In blauw staan de mogelijke antwoorden die gegeven kunnen worden op de vragen.

Voorgeschiedenis

Mevrouw van Dongen is 89 jaar en woont sinds 2 jaar in een kleinschalige woonvorm voor zorgvragers met een psychogeriatrische zorgvraag. Zij is weduwe en haar twee kinderen wonen in de buurt met hun gezinnen. Haar zoon is eerste contactpersoon.

Mevrouw is sinds vijf jaar bekend met de diagnose Alzheimer Dementie. Daarnaast is ze bekend met hartfalen en een verminderde nierfunctie. Beide zijn goed onder controle. Zij heeft een standsafwijking in haar wervelkolom waardoor zij steeds schever gaat lopen. De laatste tijd ging mevrouw zichtbaar achteruit in cognitie. Dit uit zich in toenemende afhankelijkheid, verminderde initiatieven minder intake. Mevrouw is recent gevallen en heeft daarbij haar heup gebroken. Zij is na overleg met familie en chirurg ingestuurd en aan haar heup geopereerd. Dit verliep goed. Wel had zij wat last van delirante verschijnselen, maar met gebruik van Haldol was dit goed onder controle. Na 2 dagen ziekenhuisopname is zij terug in haar woning.

Bij terugkomst had zij de volgende medicatie

- Haldol: 2 x dd. 0.5 mg
- Tramadol: 50 mg 2 x dd.
- Oxycodon: zn. 5 mg tot 6 x dd.
- Lisinopril 20 mg 1 x d
- Hydrochlorothiazide 12.5 mg 1 x dd.

Verloop

De thuiskomst verlopen de eerste 2 dagen goed. Mevrouw zit op in haar rolstoel, mobiliseert met de fysiotherapeut en lijkt haar oude ritme weer te vinden. De tramadol is direct na thuiskomst afgebouwd omdat dit voor kwetsbare ouderen veel bijwerkingen geeft. Mevrouw gebruikt nu paracetamol 3 x 1000 mg en zo nodig oxycodon 5 mg. Ondanks de pijn medicatie uit mevrouw verbaal pijn tijdens de zorg.

Na 4 dagen valt je op dat mevrouw steeds minder eet en onrustig wordt. Ze probeert voortdurend op te staan uit haar stoel, wat gevaarlijke situaties oplevert als er geen toezicht is. Dit neemt toe naarmate mevrouw langer opzit of als mevrouw heeft meegedaan met een activiteit in de huiskamer.

Mevrouw wil niet op bed gelegd worden. Als ze op bed ligt is ze onrustig en roept ze om hulp als zij alleen is. Als je bij haar komt lijkt Mevrouw angstig en wil ze je hand vasthouden. In de nacht slaapt mevrouw slechter, komt voortdurend op de rand van het bed zitten. Mevrouw heeft voor zover te observeren geen hallucinaties, grijpt of plukt niet in de lucht en heeft geen wisselend bewust zijn.

Vandaag valt het je op dat ze al 2 dagen geen ontlasting heeft gehad. Mevrouw zelf kan niet echt aangeven welke klachten zij heeft. Familie geeft aan zich zorgen te maken over de klachten, vooral over de onrust en het niet alleen willen zijn. Zij vinden dat zij nu niet comfortabel is.

Over 2 uur wordt deze situatie besproken met de arts en eerste contactpersoon. Jij wil je voorbereiden op dit gesprek aan de hand van de signaleringsmethodiek.

Opdracht

Loop volgens de methodiek Signalering in de palliatieve fase de 5 stappen door aan de hand van onderstaande vragen

Stap 1 Antwoorden

- a) Probeer volgens stap 1 van de methodiek na te gaan welke observaties je hebt en of je informatie mist?

- *Mevrouw heeft minder intake*
- *Zij heeft pijn tijdens de zorg*
- *Mevrouw is toenemend onrustig als zij in haar stoel zit*
- *Mevrouw wil niet op haar bed liggen en roept als zij niemand ziet.*

Deelnemers kunnen misschien nog informatie missen. Bespreek dit met elkaar. Wanneer je informatie in de praktijk mist zal je dit moeten gaan navragen bij zorgvrager, collega, familie.

- b) Welke zorgproblemen kun je al vaststellen?

De antwoorden van vraag A zijn omgezet naar de punten bij stap 1 op werkblad

<i>Antwoord 1a</i>	<i>Naam op werkblad</i>
<i>Mevrouw heeft minder intake</i>	<i>- gebrek aan eetlust (op werkblad gewichtsverlies en gebrek aan eetlust)</i> <i>- problemen met eten en drinken (aanvulling dementie) (op werkblad anders, nl./ bij herdruk werkblad wordt dit een nieuw te kiezen item)</i>
<i>Zij heeft pijn tijdens de zorg</i>	<i>pijn</i>
<i>Mevrouw is toenemend onrustig als zij in haar stoel zit</i> <i>Mevrouw wil niet op haar bed liggen en roept als zij niemand ziet.</i>	<i>Delier</i> <i>onbegrepen gedrag (op werkblad anders, nl. / bij herdruk werkblad wordt dit een nieuw te kiezen item)</i>

- c) Kan mevrouw zelf aangeven waar ze het meeste last van heeft?

Uit de casus blijkt dat mevrouw dat niet echt kan. Ondanks dat zorgvragers met dementie zich niet altijd goed kunnen uiten blijft het ook belangrijk de zorgvrager zelf te bevragen en te observeren naast de input van naasten en collega's. Hoewel mevrouw zelf mogelijk geen last heeft van verminderde intake is dit wel een belangrijk zorgprobleem omdat bij deze kwetsbare mevrouw een vocht en voedingstekort snelle achteruitgang kan veroorzaken.

- d) Kun je op basis van je observaties zeggen waar mevrouw het meeste last van heeft?

Nee, er zijn verschillende problemen, daarom is het belangrijk naasten en collega's hierbij te betrekken en gezamenlijk te kijken welk probleem aan te pakken.

- e) Bij zorgvragers met dementie speelt de eerste contactpersoon een belangrijke rol: waar vindt de zoon dat zijn moeder het meest last van heeft?

Onrust en niet alleen willen zijn. Zij vinden dat ze nu niet comfortabel is

- f) Vul het werkblad in (start en stap 1).

Stap 2

- a) Over welk symptoom wil je meer informatie verzamelen?
b) Probeer de observaties verder te onderzoeken: welke gegevens heb je en welke mis je en waarom?

Mevrouw is regelmatig onrustig in de stoel, sinds 2 dagen. Dit neemt toe naarmate mevrouw langer opzit of als mevrouw heeft meegedaan met een activiteit in de huiskamer. Ze is onrustig in bed en roept om hulp. Dit verergert als mevrouw alleen is. Mevrouw lijkt dan angstig, wil iemands hand vasthouden. Mevrouw heeft voor zover te observeren geen hallucinaties, grijpt of plukt niet in de lucht en heeft geen wisselend bewust zijn.

Mevrouw gebruikt nog Haldol 2 x dd. 0.5 mg. Dit heeft geen zichtbaar effect op de onrust.

Welbevinden

Mevrouw kan nauwelijks alleen zijn en is daardoor een grote belasting voor familie en zorg.

- c) Vul op het werkblad stap 2 in. Gebruik hiervoor de specifieke signaleringskaart om het zorgprobleem verder in kaart te brengen en te onderzoeken. Achtergrondinformatie over het zorgprobleem is ook in de set signalering te vinden.

Ondanks Haldol blijft mevrouw toch onrustig: verschijnselen niet per se passend bij delier. Vooral geen wisselend bewustzijn en duidelijk niet alleen willen zijn. Heeft nog geen ontlasting gehad. Verder vooral onrust bij veel prikkels en langer op zitten. Dat zou ook door obstipatie, pijn, vermoeidheid, angst of toenemende dementie kunnen komen.

Mevrouw heeft risico op blaasontsteking door verminderde intake en kwetsbaarheid, echter geen verdere verschijnselen van infectie.

Wanneer tekenen van delier wanneer onbegrepen gedrag zie achtergrondinformatie delier-aanvulling dementie.

B6 Linken naar filmmateriaal

IKNL signalering in de palliatieve fase algemeen

- <https://www.youtube.com/watch?v=Q3niFBUY7QY>

IKNL signalering in de palliatieve fase bij dementie

- <https://www.youtube.com/watch?v=Y-p5LxJuKOU&feature=youtu.be>

IKNL - persoonlijk verhaal palliatieve zorg

- https://www.youtube.com/watch?v=7Jk_AEs-RFc
- <https://www.youtube.com/watch?v=VH3iUcwpR7s&t=12s>
- <https://www.youtube.com/watch?v=aiXwb2YwYrk>
- https://www.youtube.com/watch?v=fx_x2x1Lhok&t=9s
- <https://www.youtube.com/watch?v=H5waFKTKaVU&t=16s>
- https://www.youtube.com/watch?v=fx_x2x1Lhok



Integraal Kankercentrum
Nederland
info@iknl.nl
www.iknl.nl

