Klinisch redeneren 2: casus dyspnoe
Studenteninstructie

Introductie
Advance care planning – ook wel proactieve zorgplanning genoemd – is een belangrijk onderdeel van goede palliatieve zorg. Het is een proces waarbij de patiënt met de behandelend arts zijn of haar wensen, doelen en voorkeuren voor zorg bespreekt en eventueel vastlegt, mede vooruitlopend op een eventueel moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is beslissingen te nemen.

Cruciaal is dat dit een voortgaand proces is: een voortdurend en evoluerend gesprek over wensen en grenzen. Wat is voor de patiënt écht belangrijk? Hoe wil de patiënt samen met de mensen om zich heen zijn of haar tijd indelen? En hoe dient welke behandeling daarin het best het nagestreefde doel?

Vaardigheden:
- Op effectieve wijze de redeneervaardigheden oefenen op de vier dimensies van palliatieve zorg.
- Kunnen beredeneren wat de invloed kan zijn van aspecten uit verschillende dimensies op het te voeren (ACP-)beleid bij een palliatieve patiënt.
- Het bevragen van een patiënt op relevante aspecten in de fysieke, psychische, sociale en zingevingsdimensie.

Opdracht
De opdracht bestaat uit 3 onderdelen: de voorbereiding, de casus uitwerking en de groepsbijeenkomst.

Voorbereiding
Het is belangrijk dat je je goed voorbereidt. Verdiep je in *advance care planning*:
1. Lees de informatie over het tijdig praten over het levenseinde op de website van KNMG https://palliaweb.nl/onderwijsmaterialen/tijdig-praten-over-het-levenseinde
2. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 'kwetsbare ouderen en ACP' https://www.ntvg.nl/artikelen/kwetsbare-ouderen-en-advance-care-planning/volledig
3. Een verkennend rapport over multidisciplinaire samenwerking rond ACP (blz. 16-21) https://palliaweb.nl/onderwijsmaterialen/passende-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-door-advance
4. Het acute boekje; dyspnoe https://www.hetacuteboekje.nl/hoofdstuk/longgeneeskunde/algemene_dyspnoe.html
5. Pallialine 'richtlijnen palliatieve zorg' http://pallialine.nl/dyspneu-in-de-palliatieve-fase

Formuleer aan de hand van bovengenoemde literatuur tenminste drie vragen ter bespreking in de groepsbijeenkomst. Deze vragen mogen ook betrekking hebben op eventuele eigen ervaringen met ACP.
Bereid daarnaast stap 1 tot en met 3 van de onderstaande casus thuis voor en neem de uitwerking mee naar de groepsbijeenkomst.

CC BY NC

Groepsbijeenkomst

In de groepsbijeenkomst spreek je onder leiding van een docent over de verschillende vragen die jij en je medestudenten hebben opgesteld aan de hand van de opgegeven literatuur.
Daarnaast wordt onderstaande casus nabesproken. Tijdens de groepsbijeenkomst wordt nog een vervolg aan de casus gegeven die tevens wordt besproken.

Casus Dyspnoe

Stap 1: Bestudeer informatie over de patiënt

Spontane anamnese:
Ik ben zo kortademig dokter. Het wordt alleen maar erger. En het hoesten gaat ook niet over. Dat duurt nu al zeker twee maanden. Ik maak me nu wel zorgen.

Huisartsen screening:
78 jaar; voorgeschiedenis: G1P1, pijnklachten onderrug: slijtage

12 jaar geleden consult
S/ partner had afhangende mondhoek gezien en iets vertraagde spraak
O/ geen verdere uitval, direct herstel
LO: geen neurologische uitval en geen souffles over coronairen, Cor S1,2 geen souffles
E/ TIA
P/ lab-controle: normaal lipiden spectrum

Start Ascal
1 jaarlijkse co lab en RR: geen bijzonderheden. RR laatste keer 128/70

10 jaar geleden
Condoleancebezoek
S/ partner overleden aan CVA
O/ niet verricht
E/ veel steun aan sociale kring en zoon
P/ geen

Medicatie:
Ascal 1 dd1

6 weken geleden consult
S/ hoesten

CC BY NC

O/ weinig sputum, lichte dyspneu, geen koorts, verkouden kleinkinderen in huis
E/ viraal bovenste LWI
P/ afwachtend beleid

Huidig consult
Anamnese:
Toenemende kortademigheid, sinds een maand opvallend. Hoesten speelt al veel langer. Is geleidelijk toegenomen. Geen bijgeluiden bij ademhalen, geen moeite met ademen, vooral gevoel van tekort aan adem. Kan niet veel doen, altijd gevoel van kortademigheid. Heeft onprettig gevoel in borstkas m.n. in de flank rechts. Niet echt pijn, maar onprettig. Is continu aanwezig.
Geeft geen sputum of bloed op, geen niezen, snotterigheid, geen oorpijn, geen sinusklachten,
Heeft wel idee iets te zijn afgevallen, maar niet gewogen.

Tractus Anamnese:
- Tr. digestivus: geen overgeven, geen opboeren, geen slikklachten, eten zakt goed, geen buikpijn, geen misselijkheid, regelmatige ontlasting 2 keer per dag, zacht, bruin, geen bloed, geen slijmbijmenging.
- Tr. circulatorius: geen pijn op de borst, snel moe, geen hartkloppingen, geen pijn in benen bij lopen, geen vocht in benen, RR bij laatste controle goed (staat in dossier), geen koude voeten, geen spataderen, geen nycturie.
- Tr. urogenitalis: G1P1, laatste menstruatie 26 jaar geleden, geen afscheiding, geen bloedingen.
- Zenuw zintuigen: Geheugen ongestoord, geen afwijkingen zintuigen, evenwicht en coördinatie ongestoord, geen hoofdpijn, geen duizeligheid, kracht en sensibiliteit extremiteiten ongestoord.
- Tr. endocrien: Geen verschil in dorstgevoel of drinken, Temp beleving ongestoord, Geen opgejaagd gevoel, Gewichtsverandering: mogelijk iets afgevallen.
- Tr. psychisch functioneren: stemming: nu wat bezorgd, verder meestal opgewekt.
  Piekeren: nooit. Slapen: gaat goed.

Sociaal:
Weduwe sinds 10 jaar, redt het goed alleen, kleine maar sterke sociale kring van 2 vriendinnen in de stad en een aantal buren. Zoon woont op 3 uur rijden. Kleinkinderen logeren soms in de vakantie. Actief in de kerk: helpt met bloemen en schoonmaken.

Spiritueel/zingeving:
Stevig godsgeloof. Echtgenoot wacht op haar in hiernamaals. Dit gaf veel houvast bij verdriet na zijn overlijden.

Informatie bij lichamelijk onderzoek:
Alg: tengere alerte oudere vrouw.
Hoofd hals: geen afwijkingen, bril: goede visus met bril, eigen gebit, goed verzorgd

Longen: inspectie: symmetrisch, norm beweeglijkheid, geen tonvorming
Percussie: lichte demping rechts onder, verder sonore percussie alle velden
ausc: rechtsonder: licht verminderd ademgeruis, verder VAG alle velden, geen bijgeluiden

Hart: S1,S2, geen souffles
RR 140/ 88
84 p/min irreg

Abdomen: slank

CC BY NC

Ausc: levendige peristaltiek, geen gootsteengeruizen Pecr: wisselende tympanie, milt en lever niet vergroot, ruimte van Traube aanwezig Palp: soepele buik, geen palp pijn, lever en milt NP RT: zachte bruine feces aan handschoen Informatie uit lab onderzoek: BSE 15 (licht verhoogd) CRP 30 D-dimeren: normaalwaarde Leucos- diff: normaalwaarden HB 7,6 Bloedgas/saturatie: normaalwaarden
Stap 2: Analyse van vier dimensies van zorg en diagnose
Beschrijf de casus aan de hand van de 4 dimensies mee Formuleer je differentiaal diagnose en onderbouw deze aan de hand van je bevindingen Wat is je werkdiagnose? Welk aanvullend onderzoek wil je laten doen?
Stap 3: Planning van het consult
Formuleer wat je met patiënte wilt bespreken. Laat je hierbij leiden door je differentiaal diagnose. Wat bespreek je wanneer bij welke diagnose?

CC BY NC