

Docenteninstructie bij Casus hartfalen mw. van D

Laat de studenten/deelnemers vooraf of tijdens het beantwoorden van de casus de [richtlijn Palliatieve zorg bij hartfalen](#) (2018) raadplegen. En het artikel het artikel uit Nursing (12-02-2018) Palliatieve zorg bij hartfalen: tips uit herzien richtlijn. Dit verwijst naar de richtlijn en benadrukt enkele facetten die voor de verpleegkundige van belang zijn in de zorgverlening van deze patiëntengroep.

Doel van de groepsbijeenkomst:

- de richtlijn palliatieve zorg bij hartfalen toepassen op de casus
- vanuit de casus de palliatieve zorgverlening aangeven bij iemand met hartfalen
- reflecteren over enkele ethische dilemma's.

De kern van de bijeenkomst is:

- uitwisselen van elkaars mening
 - toepassen van de richtlijn
 - aandacht voor proactieve zorgplanning
 - aandacht voor markeren stervensfase
 - aandacht voor wensen, waarden en behoeften van de patiënt t.a.v. verdere behandeling / in de stervensfase
- Zie voor antwoorden op vragen bij casus, pagina 2.

Werkvorm:

Er zijn meerdere mogelijkheden.

1. de casus als thuiswerkopdracht meegeven en daarna wordt deze in klassikaal besproken
2. de casus uitdelen en ter plekke in subgroepen de vragen laten beantwoorden.

Optie 1: De antwoorden van de casus bespreken in subgroepen

Geef naast het uitwisselen van de beantwoorden op de vragen als extra opdracht mee:

- over welke punten was er een verschil van mening?
- welke punten zijn nog onduidelijk?
- zet het antwoord van vraag 6 op een flap (o.i.d.)

Optie 1: Casus bespreken in subgroepen

De casus met de vragen bespreken met elkaar en een gezamenlijk antwoord geven op de vragen.

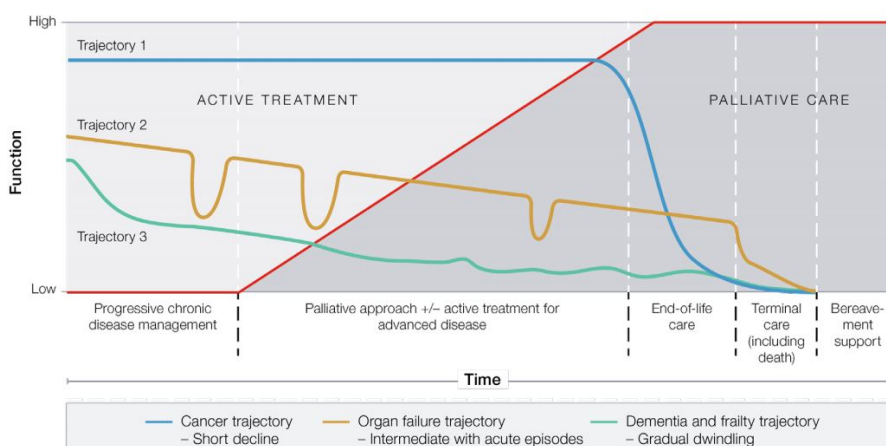
Voor beide opties:

Plenair de uitkomsten bespreken door te vragen naar:

- over welke punten was er een verschil van mening?
- welke punten zijn nog onduidelijk?
- welk antwoord heb je op vraag 6?

Bespreek de punten. Bij vraag 6 aandacht geven aan hoe de proactieve zorgplanning er uit ziet, welke punten komen aan de orde.

Afsluiten met dat hartfalen grillig is, zoals is te zien in: Figure 1. Typical illness trajectories and palliative care phases towards the end of life (uit: [RACP aged care clinical guide \(Silver Book\) 5e edition, Part A. Palliative care](#))



Antwoordenblad voor docent Casus Hartfalen mw. van D:

1. kortademig, moeheid, toenemende afhankelijk van ADL, gewichtsverlies
 2. ja, een negatief antwoord op de surprise question: Zou het mij verbazen als deze patiënt binnen 12 maanden overlijdt?
De richtlijn adviseert om gebruik te maken van meetinstrumenten, de criteria uit [RADPAC](#) en/of [SPICT](#) om te bepalen of het starten van palliatieve zorg en Advanced Care Planning nu nodig is.
 3. t.a.v. de dimensies, zie ook Palliatieve Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland (2017) domein 3, 4, 5 en 6.
 - a. fysieke dimensie: kortademig, moeheid, algehele zwakte
 - b. psychische dimensie: angst, somberheid
 - c. sociale dimensie: de twee dochters andere familieleden, EVV-er
 - d. zingeving of spirituele dimensie: de zin van verder leven, de werkelijkheid van de diagnose die steeds meer opnames vraagt en dat nu "zat" is.
 4. is een ethisch dilemma: laat ze argumenten geven voor en tegen en dan tot een conclusie komen
 5. idem. Gezamenlijke besluitvorming is hierbij van belang, in gesprek gaan met mevrouw wat wil zij (wensen, waarden en behoefte)? En het gesprek aangaan met de familie (inclusief dochters) over het waarom en de wens, waarden en behoefte van mevrouw.
 6. in de richtlijn staat hierover bij Levensverwachting:
Herken de patiënt met slechte levensverwachting zonder prognostische modellen op basis van volgende kenmerken:
 - frequente heropnames voor hartfalen met exacerbaties
 - persisterende symptomen ondanks optimale behandeling
 - significant gewichtsverlies
 - afhankelijkheid bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL)
 - ernstige comorbiditeit
 7. starten met Proactieve zorgplanning (Advanced Care Planning). Stem onderling in overleg met de hoofdbehandelaar en/of huisarts af wie dit gesprek voert. Of geef dit door aan de huisarts zodat hij er aandacht voor heeft om binnenkort met Proactieve zorgplanning te starten en het gesprek aan te gaan voeren met mevrouw. Proactieve zorgplanning daarin worden besproken de actuele en te verwachten symptomen in alle palliatieve domeinen en daarbij, indien relevant en door de patiënt gewenst, de volgende aspecten:
 - individuele levensdoelen en doelen van zorg
 - levensbeschouwing en culturele achtergrond
 - mogelijkheden van palliatieve zorg
 - (niet)-behandelafspraken
 - ziekenhuisopnames / ic-opnames
 - plaats van zorg en sterven
 - crisissituaties (acute verstikking, refractaire symptomen)
 - wilsverklaring
 - wettelijke vertegenwoordiging in de situatie van (acute) verslechtering en wilsonbekwaamheid
 - levenseindebeslissingen (onder meer vochttoediening, voeding, antibiotica, reanimatie, uitzetten van de ICD shockfunctie, morfine voor symptoomverlichting (zie richtlijn Dyspneu in de palliatieve fase), dialyse, palliatieve sedatie, euthanasie, weefseldonatie, bewust stoppen met eten en drinken)
 - draaglast en draagkracht naasten en mantelzorgers
 - wensen met betrekking tot de uitvaart
 - nazorg.
- Het is van belang dat de gemaakte afspraken in het individueel zorgplan komen te staan en dat de andere betrokken hulpverleners op de hoogte zijn van de gemaakte afspraken. En dat de patiënt een kopie ontvangt van de gemaakte afspraken.