

### DOCENTENHANDLEIDING

Deze docentenhandleiding hoort bij Thema 3 *Signaleren en markeren* van het Keuzedeel palliatieve zorg voor mbo, niveau 3 en 4. In deze docentenhandleiding tref je aan:

1. Leerdoelen
2. Voorbereidende opdracht
3. Basis Powerpointpresentatie, handleidingen over de vijf meest voorkomende symptomen
  - Naar de Powerpointpresentatie [Delier](#)
  - Naar de Powerpointpresentatie [Dyspneu](#)
  - Naar de Powerpointpresentatie [Misselijkheid en braken](#)
  - Naar de Powerpointpresentatie [Pijn](#)
  - Naar de Powerpointpresentatie [Vermoeidheid](#)
4. Achtergrondmaterialen
5. Inspirerende onderwijsmaterialen op de site

### 1. Leerdoelen

Leerdoelen rubric Starter

De student:

- Benoemt kenmerken van verschillende signaleringsinstrumenten om de palliatieve fase te markeren. (Onderwijsraamwerk)
- Kan gebruik maken van meetinstrumenten, zoals de lastmeter, DOS-score etc. (K1006)
- Kan zingevingsproblematiek signaleren bij de zorgvrager en naasten (K1006)

De student is in staat om:

- In eigen woorden uitleg te geven over verschillende signaleringsinstrumenten (Lastmeter, USD, HADS, MVI, DOSscore, VASscore, Repos, PACSLAC, etc.).
- In eigen woorden uitleg te geven over de wijze waarop meetinstrumenten behulpzaam zijn in de palliatieve zorg.
- Aan te geven wat de meest voorkomende symptomen in de palliatieve zorg zijn.

Leerdoelen rubric Gevorderde

De student:

- Signaleert de palliatieve fase bij de patiënt door signaleringsinstrumenten in te zetten om deze fase te markeren. (Onderwijsraamwerk)
- Gebruikt passende meetinstrumenten om overbelasting bij naasten te signaleren en voert passende interventies uit. (Onderwijsraamwerk)
- Kan gebruik maken van meetinstrumenten, zoals de lastmeter, DOS-score etc. (K1006)
- Kan zingevingsproblematiek signaleren bij de zorgvrager en naasten. (K1006)

De student is in staat om:

- Meetinstrumenten te gebruiken om klachten bij de zorgvrager en/of naasten te signaleren en te onderzoeken.
- De meest voorkomende symptomen in de palliatieve zorg te herkennen binnen de eigen zorgpraktijk.
- Interventies (in overleg) interventies in te zetten bij klachten van zorgvrager en/of naasten.

Leerdoelen rubric Beroepsbekwaam

De student:

- Kan laag- en midden-/hoog-complexe problemen van de patiënt signaleren, hierop interveniëren, binnen het team bespreken en rapporteert bevindingen, doelen en acties in het zorgplan. (Onderwijsraamwerk)
- Signaleert actuele en potentiële problemen van de laag- en midden-/hoog-complexe patiënten en past passende interventies toe. (Onderwijsraamwerk)
- Inventariseert de behoeften en wensen ten aanzien van, zorg, ondersteuning en begeleiding bij de zorgvrager en zijn naasten op alle dimensies (somatisch, psychisch, sociaal en spiritueel). (K1006)
- Signaleert in welke fase de cliënt zit en met behulp van klinisch te redeneren ga je in overleg met de arts over de mogelijkheden van medicatie. (K1006)

De student is in staat om:

- Veranderingen bij een zorgvrager te signaleren en deze te rapporteren aan de juiste persoon/professional gebruik makend van de richtlijnen op Pallialine.
- De meest voorkomende symptomen in de palliatieve zorg te beredeneren en interventies in te zetten.
- Informatie te geven aan een zorgvrager en/of naasten over klachten en interventies bij klachten.
- (Samen met de arts) het gesprek met zorgvrager en naasten te voeren over de palliatieve fase, klachten, interventies en mogelijkheden van medicatie.

## 2. Voorbereidende opdracht

Studenten gaan aan de slag met de digitale set *Signalering in de palliatieve fase* (Verzorgende (IG)) of de digitale set *Gezamenlijke besluitvorming* (mbo-verpleegkundige).

Ter voorbereiding wordt studenten gewezen op de documenten die te vinden zijn via onderstaande link.

[Signalering in de palliatieve fase](#)

[Gezamenlijke besluitvorming in de palliatieve fase](#)

### Opdracht

Studenten kiezen uit de eigen praktijk een patiënt in de palliatieve fase. Vervolgens nemen zij de digitale set Signalering in de palliatieve fase (Verzorgende (IG)) of de digitale set Gezamenlijke besluitvorming (MBO-verpleegkundige).

De student gebruikt één van de signaleringskaarten, dan wel toepassingskaarten uit de digitale set en werkt stap 1 en 2 voor zijn patiënt uit.

De student neemt de uitwerking mee naar de lesbijeenkomst.

### 3. Basis Powerpointpresentaties, handleidingen

#### Basis Powerpointpresentatie Delier, handleiding

Powerpointpresentatie [Delier](#)

#### Algemeen:

Je ontvangt een basis Powerpoint Delier. Deze Powerpoint is opgebouwd uit diverse slides met veel inhoudelijke informatie. Om de Powerpoint interactief in te zetten, kun je naar eigen inzicht werkvormen toepassen.

#### Dia 3: Pretoets

Begin de les met de startvragen.

#### Dia 4: Definitie

Delier betekent gekke praat, onzin/ontsporen

Een delier kan een uiterst beangstigende ervaring zijn, wellicht te vergelijken met aanhoudende nachtmerries. Sommige patiënten kunnen zich niets meer herinneren, anderen echter onthouden de vreselijkste beelden. In ieder geval is het voor de omgeving een zeer nare ervaring. Het eenmaal meemaken van een angstig delirant verlopend sterfbed kan op de familie een onuitwisbare indruk achterlaten, die op zijn beurt de beeldvorming bepaalt van eigen ziek zijn en sterven. Het slechtste scenario: de patiënt raakt plotseling verward, onrustig en soms zelfs agressief en angstig. Goed contact is niet meer mogelijk. De familie is door het voorafgaande ziekbed toch al emotioneel uitgeput, schrikt enorm en raakt uit balans. Er wordt sterk druk uitgeoefend op de arts; hij/zij moet snel een oplossing creëren. Vaak is dat op zo'n moment diep sederen. De vraag of dit de beste oplossing is. Of meer morfine geven, wat de situatie alleen maar doet verergeren.

### **Dia 5, 6 & 7: (Uitlokkende) factoren die de kans op een delier verhogen**

Infecties, denk dan aan urine- en luchtweginfecties, bij gebrek aan koorts kan een delier soms het eerste teken zijn. Ander lichamelijke oorzaken: blaasretentie(!) obstipatie, diabetesontregeling, ernstige lichamelijke ziekten zoals kanker. Starten van opoiden (of ophogen), maar ook corticosteroiden, een slechte voedingstoestand, anemie, pijn, dyspnoe of postoperatief. Bij een terminale fase raakt alles in disbalans: dehydratie, lever-nierstoornissen, etc.

### **Dia 8: Symptomen**

Bij een delier is er altijd een onderliggende somatische aandoening. Bewustzijnsstoornis, verminderd vermogen de aandacht vast te houden of ergens op te richten, geheugenstoornis, desoriëntatie en/of taalstoornissymptomen fluctueren door de hele dag. Slapeloosheid en gewijzigd dag-/nachtritme. Ook bij dementie zie je natuurlijk deze verschijnselen van niet goed concentreren, geheugenstoornissen, rusteloosheid etc., maar dit zijn klachten die langzaam ontstaan, bij een delier heb je het over vrij acuut optredende symptomen. We kennen een hyperactief delier dat met name gekenmerkt wordt door motorische onrust, vaak met angstige opwinding. Daarnaast kennen we het hypoactieve delier, wat gekenmerkt wordt door apathie. Vaak zie je mengvormen.

### **Dia 9: Stil Delier**

Hypoactiviteit en hypoalertheid met apathie en teruggetrokkenheid, tot stuporeuze toestand toe, (zoals vaak gezien wordt bij hepatische encefalopathie). Dit stille delier kan makkelijk over het hoofd gezien worden, terwijl de patiënt er ernstig onder kan lijden.

### **Dia 10: Terminaal delier**

Terminaal delier optie: lees casus voor (zie handboek palliatieve zorg). Angst, apathie, opwinding, huilen, boosheid en agressie. Gecoördineerde en deels ongecoördineerde bewegingen zoals tremoren, plukken aan de lakens, onrust van de een op de andere zij, kreunen, schreeuwen. Vaak zijn er wel eerder tekenen geweest, maar niet goed onderkend.

### **Dia 11: Filmpje-animatie van Delier**

[Link naar de video.](#)

In twee minuten wordt delier aan de hand van een animatie uitgelegd.

### **Dia 12 & 13: Delier versus dementie versus depressie**

De overeenkomsten tussen met name een rustig delier en dementie zijn de stoornissen in geheugen, denken, oordelen en oriëntatie. Bij dementie is er een helder bewustzijn, een minder acuut begin en een minder verstoord dag- en nachtritme. Onderscheid met een dementieel beeld dient te worden gemaakt op basis van het beloop en het pre-morbide cognitieve functioneren. Een demente patiënt is extra kwetsbaar voor het krijgen van een delier. Er kan dus ook sprake zijn

van een combinatie van dementie en delier. Een depressie ontwikkelt zich over een langere tijd. Het afwerende gedrag, de initiatiefloosheid en de subjectieve concentratieproblemen van een depressieve patiënt kunnen soms worden verward met het gedrag bij een hypoactief-hypoalert delier. Het langzamere ontstaan van een depressief beeld en een mogelijke voorgeschiedenis met eerdere depressies kunnen helpen bij het stellen van de juiste diagnose. Bij een depressie is het bewustzijn helder en zijn er geen stoornissen in de waarneming.

### **Dia 14: De aanpak van de verzorgenden/de verpleegkundige**

Je kunt als docent een casus toevoegen die je stapsgewijs analyseert met behulp van de signaleringsset of de methodiek besluitvorming in de palliatieve fase.

### **Dia 15: Delirium Observatie Screening (DOS) – observatie**

Voor gebruik bij patiënten die kunnen communiceren, is de DOS-schaal (zie bijlage 1) geschikt. De DOS-schaal is een in Nederland ontworpen en gevalideerd meetinstrument; de observaties kunnen door verpleegkundigen worden uitgevoerd. Een totaalscore van 3 of hoger is indicatief voor het bestaan van een delier. De DOS-schaal heeft (op basis van 3 observaties per 24 uur) een sensitiviteit van 89-100% en een specificiteit van 68-88%. De voorspellende waarde van een positieve uitslag (score >3) is 47%, de voorspellende waarde van een negatieve uitslag (score <3) is bijna 100%. Dit betekent dat de diagnose delier vrijwel nooit gemist wordt (een negatieve uitslag sluit een delier vrijwel uit), maar dat de test wel vaak een vals-positieve uitslag oplevert. Dit laatste wordt vooral gevonden bij hoge leeftijd, preexistente ADL-afhankelijkheid, preexistente cognitieve stoornissen (bijv. dementie) en visus- of gehoorstoornissen.

Je kunt de cursisten het DOS-formulier laten invullen aan de hand van een casus. Valt onder de situatie in kaart brengen (methodieken).

### **Dia 16: Wat kun jij als verzorgende/verpleegkundige doen?**

### **Dia 17: Hoe communiceer je met patiënt en naasten?**

### **Dia 18: Hoe zorg je voor een veilige omgeving?**

Zeker belangrijk als er sprake is van desoriëntatie! Zie richtlijn Delier op palliatieve onder hoofdstuk *Beleid en behandeling / niet-medicamenteus*.

### **Dia 19: Wat kun je doen bij angst?**

Bij angst:

- Hanteer een rustige, vriendelijke houding die niet als bedreigend overkomt.
- Spreek eventueel de patiënt aan in het dialect dat hij gewend is.
- Gebruik weinig woorden.
- Creëer een rustige en stabiele omgeving.
- Achterhaal indien mogelijk wat de oorzaak van de angst is (hallucinaties, wanen, controleverlies).
- Laat de patiënt niet alleen bij hevige angst of paniek.
- Ga na wie of wat een positieve uitwerking hebben op de angst van de patiënt.
- Maak regelmatig een sociaal praatje, aansluitend bij de leefwereld en interesses van de patiënt.
- Vermijd beladen of emotionerende gespreksonderwerpen.

### **Dia 20: Wat te doen bij motorische onrust?**

Bij motorische onrust:

- Waarborg een veilige omgeving door:
  - het wegnemen van scherpe en harde voorwerpen
  - het zetten van het bed op de laagste stand
  - het naar beneden doen van de bedhekken
  - het eventueel bekleden van bed of stoel met zachte materialen
- Ga zorgvuldig om met beschermende maatregelen zoals fixatie; soms kunnen deze maatregelen onrust juist versterken. Deze maatregelen moeten niet te snel, maar zeker ook niet te laat genomen worden. Beschermende maatregelen dienen regelmatig geëvalueerd te worden op hun noodzaak en proportionaliteit. Hiertoe dient het eerdergenoemde instellingsprotocol gevolgd te worden.
- Ga na of er factoren zijn die de onrust versterken, denk hierbij aan een volle blaas of obstipatie.
- Stimuleer de aanwezigheid van vertrouwde personen en beperk het aantal personen in de omgeving van de patiënt.
- Heb aandacht voor vocht en voeding. Dehydratie kan een precipiterende factor zijn bij het ontstaan van een delier. Dit kan samenhangen met een verminderde doorbloeding van de hersenen, maar ook met het optreden van verhoogde serumspiegels van medicamenten en/of een verminderde uitscheiding ervan via de nieren. Het lijkt dan ook logisch een patiënt zo nodig te hydreren om een delier te voorkomen.

### **Dia 21: Wat te doen bij wanen en hallucinaties?**

Bij wanen en hallucinaties

- Ga niet mee in de vreemde 'waanideeën'. Probeer de patiënt niet tegen te spreken, maar zo mogelijk wel duidelijk te maken dat uw waarneming anders is.
- Praat met de patiënt over echte gebeurtenissen; betrek de patiënt in het hier en nu door bijvoorbeeld stukjes voor te lezen uit plaatselijke of regionale krant.
- Vermijd discussie, stemverheffing en het op confronterende wijze tegenspreken van de patiënt; maak zo mogelijk wel duidelijk dat de waarneming van de patiënt niet juist is.
- Toon begrip voor emoties en angst die wanen en hallucinatie opwekken.
- Probeer om de boodschap achter het verhaal te achterhalen.
- Zorg ervoor dat de patiënt goed zicht heeft op zijn omgeving, dat wil bijvoorbeeld zeggen niet bij de deuropening zachtjes praten met derden. Besef dat achter een bedgordijn geluiden van medepatiënten te horen zijn.

### **Dia 22: Voorlichting tijdens het delier**

Tip: Laat studenten zoeken naar een bruikbare folder op internet. Laat ze onderbouwen waarom ze vinden dat deze folder goed is.

Zie ook [voorlichtingsfolders VMS zorg](#).

### **Dia 23: Voorlichting na het delier**

Dit is belangrijk. Veel mensen schamen zich over wat er gebeurd is. Voor de verwerking van zowel diegene waar het om gaat als om naasten is het belangrijk.

### **Dia 24: Medicatie**

Het middel van eerste keus is haloperidol. Als het lukt de hallucinaties en wanen te laten verdwijnen dan is er een goede kans dat de patiënt zijn gedachten weer op orde kan krijgen en zal de rust terugkeren. Juist in de laatste fase van het leven is dit uitermate waardevol, waardig afscheid nemen wordt weer mogelijk. Haloperidol is gecontra-indiceerd bij Parkinsonpatiënten, in dat geval wordt clozapine gegeven. Bij patiënten met de ziekte van Parkinson worden de anti-Parkinsonmiddelen verlaagd tot de minimaal acceptabele dosering. Mocht hevige onrust blijven bestaan ondanks het toedienen van haloperidol, dan kan het toevoegen van benzodiazepinen zinvol zijn. Benzodiazepinen moeten echter nooit worden voorgeschreven zonder haloperidol. Deze middelen verlagen het bewustzijn, terwijl juist het verstoorde bewustzijn de achilleshiel van de delirante patiënt is. Door het bewustzijn verder te verlagen, wordt de patiënt de kans ontnomen greep te krijgen op zijn situatie. Een paradoxale reactie met juist een toename van angst en onrust kan het gevolg zijn. Indien een onrustig delirante patiënt tot rust is gekomen dankzij haloperidol en een benzodiazepine, is het raadzaam om eerst het benzodiazepine en daarna de haloperidol weer af te bouwen.

### Dia 25: Toets nalopen

#### Antwoorden

1. Onjuist
2. Onjuist
3. Onjuist – rust is juist/andere kamer is onjuist
4. Onjuist
5. Onjuist

Voor meerdere stellingen kun je gebruik maken van het document '[THEMA 3 - NetwerkPZ, Toolkit voor vpk en vz palliatieve zorg, 2019](#)' dat je kunt vinden in de map 'Inspirerende onderwijsmaterialen rondom Signaleren en Markeren'.

(Bewerking docentenhandleiding door mevr. G.Both verpleegkundige Icare en mevr. A. Pieterman, verpleegkundige Buurtzorg. Netwerk Palliatieve Zorg IJssel-Vecht en Noordoost-Overijssel. 2018)

### Basis Powerpointpresentatie Dyspneu, handleiding

Powerpointpresentatie [Dyspneu](#)

#### Algemeen:

Je ontvangt een basis Powerpoint dyspneu. Deze Powerpoint is opgebouwd uit diverse slides met veel inhoudelijke informatie. Om de Powerpoint interactief in te zetten, kun je naar eigen inzicht werkvormen toepassen.

#### Dia 3: startvragen

Deze vragen komen terug aan het einde van de Powerpointpresentatie in de vorm van een evaluatievraag.

#### Dia 4

Dyspneu is het gevoel niet genoeg lucht binnen te krijgen. Een ander woord voor dyspneu is benauwdheid of kortademigheid.

Dyspneu die tijdelijk ernstiger of onaangener is of dyspneu die alleen maar in aanvallen komt, heet aanvalsgewijze dyspneu. Met tijdelijk wordt hier bedoeld: meestal minder dan 10 minuten.

Dyspneu komt vooral voor bij patiënten met kanker, COPD, hartfalen of neurologische aandoeningen waarbij de ademhalingspijpen zijn aangedaan.

#### Dia 5 & 6: oorzaken

Dyspneu kan verschillende oorzaken hebben:

- De bovenste luchtwegen zijn vernauwd: bijvoorbeeld door een tumor of een allergische reactie



- De longen werken niet goed meer door een tumor, uitzaaiingen, longaandoeningen, longontsteking of een longembolie (bloedstolsel dat een bloedvat in de longen afsluit). Of door vocht in de longen, een klaplong of het vena cava superior syndroom
- Het hart werkt niet goed meer (door hartfalen, ophoping van vocht in het hartzakje, hartritmestoornissen)
- Zwakte van de ademhalingsspieren
- Hoogstand van het middenrif (bijvoorbeeld door vochtophoping in de buik of een sterk vergrote lever), waardoor de longen zich niet goed kunnen ontplooien.
- Misvorming van de borstholte door afwijking van de wervelkolom (bijvoorbeeld een ernstige verkromming van de wervelkolom)
- Overgewicht
- Bloedarmoede
- Metabole acidose: een te hoog zuurgehalte van het bloed door ophoping van zuur in het bloed of verdwijnen van bicarbonaat uit het bloed
- Psychische problemen zoals angst, spanning en/of depressie

### **Dia 7 & 8: Diagnostiek**

De arts stelt vragen over je medische voorgeschiedenis en over je klachten.

Daarna zal hij of zij je lichamelijk onderzoeken.

Mogelijk vraagt de arts je een vragenlijst in te vullen. Aan de hand van de scores kan de arts de ernst van de dyspneu bepalen. Ook kan de arts je vragen een dagboekje bij te houden waarin je opschrijft wanneer je benauwd bent en hoelang de benauwdheid duurt.

Vaak krijg je aanvullend onderzoek naar de werking van je longen en/of hart:

- Bloedonderzoek
- Meting van het zuurstofgehalte van het bloed
- ECG
- Longfunctieonderzoek
- Foto of CT-scan van de long of bronchoscopie (kijkonderzoek van de long)

### **Dia 9: Behandeling**

De arts bekijkt wat de waarschijnlijke de oorzaak is van de dyspneu. Als het mogelijk is, behandelt de arts de oorzaak.

Mogelijke behandelingen van de oorzaak zijn:

- Bij afsluiting van de luchtwegen door de tumor: operatie, wegbranden of bevriezen van de tumor, plaatsen van een stent (buisje in de luchtweg). Bij een operatie maakt de arts via uw hals een gaatje in de luchtpijp (tracheostoma).
- Bestraling van de tumor.
- Behandeling van de tumor of uitzaaiingen in de longen met chemotherapie, antihormonale therapie en/of doelgerichte therapie.
- Behandeling van COPD of hartfalen.
- Behandeling met antibiotica bij een longontsteking.

- Antistolling bij een longembolie.
- Weghalen van vocht in de longen, het hartzakje of de buikholte.
- Weghalen van lucht bij een klaplong.
- Bestraling, chemotherapie of het plaatsen van een stent bij een vena cava superior syndroom.
- Bloedtransfusie(s) bij bloedarmoede.
- Behandeling van metabole acidose.
- Behandeling/begeleiding bij psychische problemen.

### Dia 10: Behandeling zonder medicijnen

- Een goede ademtechniek is belangrijk. Ook ademhalings- en ontspanningsoefeningen kunnen helpen. De fysiotherapeut kan je hierbij ondersteunen.
- Gebruik een rollator, een karretje om de zuurstoffles te vervoeren en/of een ventilator
- Soms kan zuurstof zinvol zijn.
- Heb je een tracheacanule en last van taai slijm, dan kan uitzuigen helpen.

### Dia 11: Behandeling met medicijnen

Soms kunnen de volgende medicijnen helpen tegen dyspneu:

- Morfine: werkt niet alleen voor pijn, maar ook voor dyspneu
- Corticosteroïden: dexamethason of prednison
- Benzodiazepines (bijvoorbeeld oxazepam): bij angst en spanning als morfine onvoldoende effect heeft

Bij ernstige dyspneu kort voor het sterven, kan palliatieve sedatie soms een optie zijn. Hierbij krijg je medicijnen die het bewustzijn verlagen en je soms in slaap brengen tot aan het overlijden.

[Richtlijn Palliatieve sedatie](#)

[Palliatieve sedatie op kanker.nl](http://Palliatieve_sedatie_op_kanker.nl)

### Dia 14: Antwoorden

- Bij welke aandoeningen komt dyspneu komt vooral voor? → zie dia's 6
- Welke oorzaken kunnen dyspneu veroorzaken? → zie dia's 5
- Aanvullend onderzoek naar de werking van longen en/of hart is vaak niet nodig. (Juist/onjuist) → dit is nodig om een juiste behandeling te kunnen inzetten.
- Zuurstof is noodzakelijk bij dyspneu. (Juist/onjuist) → zie voor meer informatie een [artikel](#) naar aanleiding van de richtlijn Dyspneu in de palliatieve fase.

Als het mogelijk is behandeld de arts de oorzaak.

Noem vijf oorzaken van dyspneu. Zie hierboven.

### Basis Powerpointpresentatie Misselijkheid en braken, handleiding

Powerpointpresentatie [Misselijkheid en braken](#)

#### Algemeen

Je ontvangt een basis Powerpoint misselijkheid en braken. Deze Powerpoint is opgebouwd uit diverse slides met veel inhoudelijke informatie. Om de Powerpoint interactief in te zetten, kun je naar eigen inzicht werkvormen toepassen.

#### Dia 3: Algemeen

Misselijkheid is een subjectieve gewaarwording die moeilijk valt te definiëren. Het is een onaangenaam gevoel in de buik, vaak gepaard met een ziektegevoel en (aandrang tot) braken. Braken is het krachtig uitstoten van de maaginhoud via de mond. Kokhalzen is een ritmische beweging in de vorm van heftige oprispingen die al dan niet gevolgd worden door braken. Misselijkheid en braken treden vaak, maar niet altijd in combinatie met elkaar op. Hierbij is vaak sprake van speekselvloed, bleekheid zweten, een versnelde hartslag en soms aandrang om naar de wc te gaan. Misselijkheid en braken hebben een zeer negatieve invloed op het leven. Aanhoudende klachten leiden tot uitdroging, nierfunctiestoornissen, ondervoeding, niet meer willen innemen van medicatie. Hoe vaak het voorkomt, is sterk afhankelijk van geslacht, leeftijd, diagnose en stadium van de kanker. 10-50 % van de patiënten die opioïden gebruikt heeft ook last van misselijkheid/braken.

#### Dia 4: Braakcentrum

Het optreden van misselijkheid en/of braken wordt gereguleerd door het braakcentrum dat gelokaliseerd is in de hersenstam. Activatie van het braakcentrum kan plaatsvinden door centrale stimulatie door medicamenten of door metabole afwijkingen. Perifere stimulatie van het braakcentrum kan plaatsvinden vanuit maag, darm, lever en peritoneum. Daarnaast kunnen vestibulaire en psychogene factoren via het evenwichtsorgaan en de hogere corticale centra het braakcentrum activeren.

#### Dia 5:

Triggers voor het braakcentrum visueel in beeld gebracht. Zowel de plek waar activatie plaats vindt als een aantal bijbehorende oorzaken

#### Dia 6: Oorzaken verder uitgewerkt

Vertraagde maagontleding (35-44%)

- O.a. tumor
- Malnutritie (in het kader van het anorexie-cachexie syndroom)
- Medicamenteus (opioïden, anticholinergica, cytostatica)
- Co-morbiditeit (o.a. diabetes, nierinsufficiëntie)
- Obstructie
- Gastritis/ulcus
- Medicamenteus (o.a. antibiotica, NSAIDS, dexamethason) 2x

- Radiotherapie (maag in bestralingsveld) Andere abdominale oorzaken (25-31%).
- Obstipatie
- Infiltratie (door bijvoorbeeld peritonitis carcinomatosa)
- Ascites
- Ileus
- Levermetastasen
- Infecties
- Pancreatitis, hepatitis, cholecystitis
- Hoesten, hik
- Nierstenen, galstenen

Chemisch/metabool (30-33%).

- Opioïden
- Chemotherapie, targettherapie
- Elektrolytenstoornissen (hypercalciëmie, hyponatriëmie)
- Acute nier- of leverinsufficiëntie
- Ontregelde diabetes mellitus
- Radiotherapie
- Sepsis

Cerebraal/psychologisch (7%)

- Hersentumor /Hersenmeta 's / leptomeningeale meta's (verhoogde druk)
- Meningitis
- Heftige pijn
- Angst/spanning
- Anticipatoir braken (door eerdere ervaringen)

Vestibulair invoegen komt zeer zelden voor in de palliatieve fase:

- Medicamenteus (opioïden, aspirine)
- Aandoening labyrint: Wagenziekte, ziekte van Ménière of labyrinthitis
- Tumor van binnen- of middenoor/schedelbasis

### **Dia 7: Diagnostiek/anamnese**

- Aanwezigheid, duur, beloop en ernst van de misselijkheid. Voorgeschiedenis, medicatiegebruik, behandeling.
- Frequentie en hoeveelheid van het kokhalzen en braken, hoe ziet het een en ander eruit? Consistentie, geur, relatie tot maaltijden.
- Relatie tussen misselijkheid en braken.
- Bij beïnvloedende factoren: denk aan voeding, houding, beweging, recente chemo- of radiotherapie.
- Gebruikt de patiënt al anti-emetica, hoe vaak? En wat is het effect? En hoe gebruiken ze het? Helpt het?

- Bijkomende klachten; slik- en passageklachten, maagklachten, obstipatie, pijn, hoofdpijn, hoesten, angst, somberheid, spanning en de invloed op de misselijkheid.
- Wijziging van medicatie.

Hetgeen goed uitgevraagd wordt, geeft goede informatie aan de arts. Bijvoorbeeld: de hoeveelheid van het braaksel kan wijzen op vertraagde maagontlediging of geen passage. Nog maar kleine beetjes kunnen eten, houdingsafhankelijk, kortademigheid (ascites).

### **Dia 8: Beleid**

Indien mogelijk, wordt de oorzaak behandeld. Hierbij kan gedacht worden aan gerichte antitumortherapie (chirurgie, chemotherapie, bestraling). Het aanpassen of staken van medicatie (bijv. opioïden), bij obstructie maaguitgang of duodenum kan eventueel een stent worden geplaatst bij een levensverwachting van enkele weken of langer. Behandeling obstipatie, pijn, hoesten, etc., behandeling ulcus pepticum, gastritis, etc. Behandeling elektrolytenstoornissen (hypercalciëmie, hyperkaliëmie). Een ascitespunctie. Bij een ileus eventueel chirurgie, maaghevel of medicatie. Dexamethason bij hersenmetastasen.

### **Dia 9:**

Niet-medicamenteuze symptomatische behandeling

- Geef informatie over mogelijke oorzaak beïnvloedende factoren, wijs op gevolgen van misselijkheid en braken
- Geef informatie over het nut van anti-emetica en de juiste inname
- Ga na of er sprake is van angst, spanning, zorgen, etc.
- Benoem eventueel het bijhouden van een dagboek bijvoorbeeld het Utrechts symptoom dagboek.
- Bespreek hoe belangrijk goed eten en drinken is en let op een goede mondverzorging (denk daarbij aan diëtiste)
- Zorg voor opvangmateriaal
- Complementaire zorgvormen en psychologische technieken: massage, aromatherapie, afleiding, ontspanningstechnieken, muziek
- Rustige frisse omgeving, ruim zittende kleding, 6 keer per dag kleine beetjes, goede mondverzorging, vermijd kookgeuren, diëtiste, zuigen op ijsklontje, platte, niet te koude cola etc.
- Toedienen vocht en elektrolyten
- Maagsonde
- Accupunctuur en acupressuur
- Verwijzen naar Pallialine ([www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl))

### **Dia 10-12: Medicamenteuze symptomatische behandeling**

#### **Dia 13: Casus dhr. van Roermond**

##### ***Misselijkheid en braken/ obstipatie***

Meneer van Roermond is een 45-jarige man, runt een succesvol ICT-bedrijf en heeft 10 personen in dienst. Eerder is er coloncarcinoom bij meneer vastgesteld. Na onderzoek bleken er uitzaaiingen. Meneer is nog wel geopereerd om de obstructie in de darm op te heffen. Hij heeft nu een stoma.

Heel langzaam gaat hij achteruit.

Sinds kort mag de thuiszorg 1x per week bij hem langskomen, omdat de ADL toch wel heel veel energie kost. Zijn echtgenote heeft dit vooral bewerkstelligd. Zij is zijn steun en toeverlaat. In een telefoongesprek heeft ze gevraagd wat de thuiszorg hun kan bieden aan palliatieve zorg. Het echtpaar heeft bewust geen kinderen.

Praten over zijn langzame achteruitgang blijkt heel moeilijk. Hij komt over als een sterke en trotse man, die zich altijd groot probeert te houden. Hij zal niet snel zeggen dat hij ergens last van heeft.

De laatste tijd is meneer moe. Hij heeft geen zin meer in eten en is misselijk. Zo nu en dan braakt als hij wat eet. Meneer is de afgelopen week 1 kg afgevallen. Ook heeft hij de afgelopen dagen geen ontlasting meer gehad, daarvoor was deze dun en onregelmatig. Soms zegt meneer mompelend hardop 'Ik vraag mij af hoe lang ik nog heb'.

Om je voor te bereiden op het gesprek met de huisarts, ga je aan de slag met de signaleringsset en gebruik je de signaleringskaart misselijkheid en braken of obstipatie of je maakt gebruik van de methodiek besluitvorming in de palliatieve fase.

#### **Medicatie:**

Meneer gebruikt:

spiriva 1 dd. en berotec indien nodig

voltaren 2 dd.

paracetamol indien nodig

furosemide 1 dd. 40 mg

fentanyl 12mcg

dexamethason 1 dd.

lanoxine 0.025 mg.

**Uitwerking van de casus (dia 13). De casus van meneer van Roermond is verwerkt als werkblad signalering.**

### Werkblad start

De levensverwachting in deze casus is enkele maanden. De vraag van meneer 'hoe lang hij nog heeft' biedt een kans om de levensverwachting bespreekbaar te maken, met de huisarts, de patiënt/ zijn naasten en je team.

Wat voor palliatieve zorg kunnen wij bieden?

### Stap 1. Observatie

In de les terugkoppelen wat feiten en wat interpretaties zijn.

- Wat merken de naasten op?  
Mevrouw vraagt wat voor palliatieve zorg er geboden kan worden.  
Meneer braakt na het eten.
- Wat merk ik op?  
Veranderd gedrag: Praten over de achteruitgang is lastig.  
Lichamelijke veranderingen:
- Wat merken mijn collega's op?  
2 kg afgevallen.
- Van welk probleem heeft de zorgvrager de meeste last?  
In deze casus gaan wij uit van het symptoom, misselijkheid en braken en obstipatie.

### Stap 2. Onderzoek

Bij een 'papieren' casus blijven veel vragen over, die als opties benoemd zijn. In de casusbespreking kunnen deze suggesties eventueel in de terugkoppeling door de docent ingebracht worden.

#### Klachten en verschijnselen

Extra informatie over de klacht (bijv. ernst, verloop, duur, plaats)

Hij is misselijk en braakt als hij wat eet. Nauwelijks intake. Meneer is de afgelopen week 1 kg afgevallen.

#### Het zorgprobleem wordt erger door:

Bijwerking obstipatie spiriva en fentanyl.

#### Het zorgprobleem wordt minder erg door:

Steun van de echtgenote

Voorlichting aan meneer van Roermond

#### Beleid tot nu toe:

##### Medicamenteus

spiriva 1 dd. en berotec indien nodig  
voltaren 2 dd.

paracetamol indien nodig

furosemide 1 dd. 40 mg

fentanyl 12mcg  
dexamethason 1 dd.  
lanoxine 0.025 mg.  
Laxeerbeleid?

### Niet medicamenteus

Goede mondverzorging  
Monitoring van klachten  
Complementaire zorg, ontspanningsoefeningen, muziek etc.

### Lichamelijk welbevinden

Lichamelijke conditie  
De afgelopen dagen heeft meneer geen ontlasting meer gehad, daarvoor was deze dun en onregelmatig.

### Psychosociaal welbevinden

Woon- en leefomstandigheden (bijv. eetgewoonten etc.)  
Hij praat weinig over zijn langzame achteruitgang.

### Zorg

Thuiszorg 1x per week.

### Tevredenheid

Opties: Hoe vindt meneer zelf hoe het gaat? Waar zou meneer mee geholpen willen worden? Hoe ziet hij de zorgverlening het liefst geregeld?

### Steun

Echtgenote is steunend.

### Stemming

Meneer komt over als een sterke en trotse man, die zich altijd groot probeert te houden. Hij zal niet snel zeggen dat hij ergens last van heeft.

### Cognitie

Meneer is waar mogelijk nog volop aan het werk.

### Kennis en bewustzijn over dit probleem

Opties:

Je kunt eventueel vragen aan je zorgvrager, wat hij zelf denkt hoe het komt dat hij zo moe/misselijk is?

Participatie en autonomie, eigen regie

Welke keuzes zijn er besproken bij het voorkomen van klachten?

Bloed prikken, nog naar het ziekenhuis?

Niet reanimeren verklaring?



### Wens en verwachtingen van meneer zelf.

Opties:

Is er door de huisarts zorg rond het levenseinde bespreekbaar gemaakt? Heeft de huisarts hier wel eens over gesproken met de zorgvrager? (Afstemming en wensen familie?)

### Zingeving

Opties:

Hoe kijkt de zorgvrager terug op zijn leven?

Wat zou de zorgvrager nog graag willen?

Waar geniet meneer van?

Heeft meneer steun aan zijn geloof? Etc.

Inschakeling geestelijk verzorger?

### Terugkoppeling van zorgproblemen en interventies

Is er gedacht aan de algemene achtergrondinformatie uit de signaleringsbox; groene kaart Palliatieve zorg? Of proactief gesproken over zorg en keuzes rond het levenseinde?

## Stap 3 Overleg:

### Wat wil je bereiken met het overleg?

Het zorgprobleem misselijkheid en braken en obstipatie objectief bespreekbaar maken.

### Met wie ga je overleggen?

Huisarts

### Wat wil je vragen aan de huisarts?

Is er verband tussen het symptoom misselijkheid en braken en obstipatie?

Misselijkheid en braken bij fentanyl en/of digoxine medicatie?

Is er mogelijk een angst voor een naderend sterven? Heeft de huisarts al eens gesproken met meneer van Roermond over zijn achteruitgang?

## Stap 4

Zorgleefplan

Het beleid van de huisarts verwerken in het zorgleefplan.

Beschrijven van het zorgprobleem en interventies die toepasbaar zijn.

Wie communiceert de uitkomst van het gesprek met de huisarts met meneer van Roermond, zijn naasten en de betrokken zorgverleners? Andere betrokken zorgverleners?

## Stap 5

Evaluatie

Wie evalueert met de huisarts hoe het gaat met meneer van Roermond zijn misselijkheid/braken en obstipatie klachten? Wanneer en hoe?

(Bewerking docentenhandleiding door Mevr. J. Haan. Verpleegkundige Beter Thuis Wonen. Netwerk Palliatieve Zorg IJssel-Vecht en Noordoost-Overijssel 2018)

### Basis Powerpointpresentatie Pijn, handleiding

Powerpointpresentatie [Pijn](#)

#### Algemeen:

Je ontvangt een basis Powerpoint Pijn. Deze Powerpoint is opgebouwd uit diverse slides met veel inhoudelijke informatie. Om de Powerpoint interactief in te zetten, kun je naar eigen inzicht werkvormen toepassen.

#### Dia 3: startvragen mét antwoorden

- Pijn komt vooral voor bij palliatieve ziektebeelden? Antwoord: Ja
- Welke soorten pijn kunnen we onderscheiden. Uitwerking in dia 6
  - Pijn is onder te verdelen in:
    - pijn door weefselschade (nociceptieve pijn)
    - pijn door beschadigde zenuwen (neuropatische pijn)
  - Er bestaat ook een ander onderscheid bij pijn:
    - acute pijn
    - chronische pijn
  - Naast bovengenoemde soorten pijn bestaat er ook nog doorbraakpijn.
- Aanvullend onderzoek naar de pijnklachten is vaak niet nodig. (Juist/~~onjuist~~)  
Dit is nodig om een juiste behandeling te kunnen inzetten, enerzijds medicamenteus anderzijds mogelijk niet-medicamenteus (ondersteunend)
- Medicatie is noodzakelijk bij pijn. (Juist/~~onjuist~~)  
Dit is afhankelijk van de oorzaak van de pijnklachten.
- Noem vier mogelijkheden om pijn te behandelen.  
Pijnoorzaak behandelen, symptomatisch behandelen, medicamenteus en niet medicamenteus.

#### Dia 4

Veel mensen met palliatieve aandoeningen ervaren pijn, zowel voor, tijdens de diagnose, behandeling of daarna.

Het is een veel voorkomend verschijnsel bij bijv. kanker.

De definitie wat pijn is: *Pijn is een onplezierige, sensorische en emotionele gewaarwording.*

(bron: International Association for the Study of Pain (IASP))

Belangrijk om te weten is dat pijn verschillende oorzaken heeft zowel lichamelijk, als psychologische, sociaal en/of spiritueel. De totale pijn-visie.

### Kortom:

- Pijn is een onaangename ervaring die in verband wordt gebracht met bestaande of dreigende weefselbeschadiging
- Pijn is zowel een sensorische als een emotionele gewaarwording
- Pijn is een persoonlijk gevoel
- Pijn is wat de patiënt zegt dat het is en pijn is zo erg als de patiënt zegt dat het is

### Meest voorkomende pijn bij palliatieve ziektebeelden zijn:

- 64% kanker
- 41% hartfalen
- 68% COPD
- 40% terminale nierinsufficiëntie
- 40-80% dementie
- 50-70% MS/ALS
- 80% AIDS

### Dia 5

In het begin van de ziekte ervaren zorgvragers geen/weinig pijn.

Er kan pijn optreden:

- als de ziekte verder het lichaam ingroeit
- als er uitzaaiingen zijn
- door de behandeling

Pijn kan komen door een beschadiging in het lichaam. De zenuwen in het deel van het lichaam waar de pijn zit geven een seintje naar de hersenen. Zo wordt pijn ervaren.

Iedereen ervaart pijn anders. Alleen de zorgvrager weet hoe dit voelt en hoe veel last er van de pijn ervaren wordt.

### Dia 6: soorten pijn

Pijn kan komen door een beschadiging in het lichaam. De zenuwen in het betreffende lichaamsdeel geven een seintje naar de hersenen waardoor pijn gevoeld wordt.

Er zijn verschillende soorten pijn. Voor de behandeling is het belangrijk te weten om welk soort pijn het gaat.

- Nociceptieve pijn t.g.v. weefselbeschadiging (gevoelig voor morfine)
  - Prostaglandines komen vrij
  - Somatische pijn
    - Huid, bindweefsel, spierweefsel, botweefsel
    - Duidelijke gelokaliseerd
    - Scherpe, stekende of kloppende pijn
  - Viscerale pijn
    - Organen in buik- en borstholte

- Niet duidelijk gelokaliseerd
  - Borende, drukkende, krampende pijn
- Referred pain uitstralende pijn (bv schouderpijn bij levermeta's)
- Neuropatische pijn (minder gevoelig voor morfine)
  - Veroorzaakt door ingroei in of druk op zenuwweefsel (perifere zenuw, pexus, wortel, ruggemerg, hersenen)
  - Schietende, brandende of stekende pijn
  - Gevoelstoornis=sensibiliteitsstoornis
    - Hypo/hyperalgesie (pijngewaarwording)
    - Abnormale pijnsensatie
    - Allodynie (pijn tgv prikkel die normaal niet tot pijnsensatie leidt)
    - Hyperesthesie (overgevoelig voor aanraken)
- Doorbraakpijn: Heftige verergering van pijn naast de chronische pijn >50% van patiënten met kanker
  - Incidentiepijn: treedt op bij bepaalde bewegingen of houding
  - 'End of dose pain': kort voor de volgende gift pijnbestrijding
  - Spontane doorbraakpijn (idiopatische pijn): zonder aanwijsbare oorzaak
  - Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie

### **Dia 7: neuropatische pijn**

Bij neuropatische pijn is het zenuwstelsel beschadigd of werkt het niet meer zoals het hoort.

- Zorgvragers met zenuwpijn hebben vaak een brandende, schietende en/of stekende pijn.
- Daarnaast kunnen zij tintelingen, prikkelingen en een doof gevoel hebben in de armen of benen en de huid.
- De huid kan ook overgevoelig zijn voor aanraken.

### **Dia 8:**

Schema verschil tussen nociceptieve en neuropatische pijn

### **Dia 9: acute pijn**

- Acute pijn is kortgeleden ontstaan.
- Voor deze pijn is meestal een oorzaak aan te wijzen, bijvoorbeeld operatie, ziekte, ongeval, botbreuk door metastase etc.
- Acute pijn duurt een paar uren, dagen of weken.

### **Dia 10: chronische pijn**

Chronische pijn is pijn die langer dan 3 maanden duurt. Veel mensen met bijv. kanker hebben chronische pijn, maar ook mensen met MS of Parkinson etc.

### **Dia 11: doorbraakpijn**

Definitie van doorbraakpijn: 'Een voorbijgaande exacerbatie van pijn die spontaan optreedt, of optreedt in relatie met een specifieke voorspelbare of onvoorspelbare uitlokkende factor, ondanks relatief stabiele en voldoende gereguleerde achtergrondpijn' (2014, V&VN-pijnverpleegkunde)

Aantal vormen:

- incidente pijn als gevolg van een specifieke aanleiding, bv. beweging
- non-incidente of spontane pijn zonder relatie met specifieke activiteiten
- End-of dose pijn als gevolg van een ontoereikende achtergrondbehandeling

### **Dia 12: oorzaken**

Oorzaken van pijn:

- Groei van de tumor of uitzaaiingen. Dit komt het meeste voor.
- De behandeling. Bijvoorbeeld pijn krijgen na een verwijdering van een borst. Na chemotherapie kan de zorgvrager pijn in de handen en voeten krijgen door een zenuwbeschadiging. Ook kan pijn ontstaan door ontstekingen van het mondslijmvlies. Na bestraling kan er pijn optreden op de plek waar bestraald is. Zoals bijvoorbeeld in de huid of in slijmvliesen van de mond.
- Andere ziektes, bijvoorbeeld reuma
- Als er sprake is van bedlegerigheid. Wonden door het lange liggen en verstopping van darmen kunnen dan voor pijn zorgen.

### **Dia 13: wat beïnvloed pijn**

Ieder mens ervaart pijn anders en gaat anders met pijn om. Dat komt omdat pijn door verschillende dingen beïnvloed wordt:

- Gevoelens en emoties spelen een belangrijke rol in hoe pijn ervaren wordt. Voelt de zorgvrager zich somber, angstig, verdrietig of boos? Dan ervaart deze soms meer pijn. Heeft de zorgvrager het gevoel niet serieus genomen te worden. Of voelt deze zich eenzaam. Ook dit soort gevoelens kunnen de pijn erger maken.
- Het maakt voor de pijn ook uit of er problemen in het dagelijks leven zijn. Bijvoorbeeld relatieproblemen, geldzorgen of problemen op het werk. Dit soort problemen zorgen voor spanning, waardoor meer pijn ervaren. Hoe de omgeving reageert op de ziekte of op de pijn, kan ook van invloed zijn.
- Voor veel mensen betekent pijn een confrontatie met hun ziekte. Dat kan veel invloed hebben op hoe de pijn ervaren wordt.
- Mensen kunnen bezig zijn met vragen als: wat is de zin van het leven, wat is belangrijk voor mij? Iemand die worstelt met dit soort vragen ervaart pijn vaak anders dan iemand die daar niet mee bezig is.

### **Dia 14: pijndiagnose**

Om een goed beeld te krijgen van de pijn en de mogelijke oorzaken, heeft de arts meer informatie over de pijn nodig.

- De arts stelt daarom allerlei vragen. Dit heet een pijnanamnese.
- Ook volgt er een lichamelijk onderzoek en soms andere onderzoeken.

### **Dia 15: pijnanamnese**

Er worden vragen gesteld over:

- hoe uw pijn voelt, waar het door komt en hoe het verloopt:
  - waar zit de pijn?
  - straalt de pijn uit?
  - sinds wanneer heeft u de pijn?
  - hoe omschrijft u de pijn? Bijvoorbeeld scherp, dof, brandend, zeurend, snijdend, kloppend, drukkend?
  - waardoor wordt de pijn erger?
  - waardoor wordt de pijn minder?
  - wordt de pijn minder door warmte of kou?
  - is er een verband tussen de pijn en dingen die u doet? Bijvoorbeeld lopen, zitten of naar het toilet gaan?
  - hoe erg is de pijn? Is de pijn altijd even erg of zijn er momenten waarop u minder of meer pijn heeft? Soms wordt gevraagd dit met een cijfer tussen 0 en 10 aan te geven hoe erg de pijn is. 0 is hierbij geen pijn en is 10 hele erge pijn.
- de gevolgen van de pijn voor de dingen die u doet
- de gevolgen van de pijn voor hoe u slaapt
- het effect van eerdere behandelingen en de bijwerkingen daarvan
- wat de pijn voor u betekent
- wat u verwacht van de behandeling, of u weerstand voelt tegen de behandeling, of bang bent voor de behandeling
- de rol van uw naasten

Blijkt uit het gesprek dat psychische of sociale problemen de pijn veroorzaken of erger maken? Dan kan de arts een psycholoog, maatschappelijk werker of geestelijk verzorger bij de behandeling vragen.

### **Dia 16: onderzoek**

De arts doet een lichamelijk onderzoek. Zo kan deze mogelijk de oorzaak van de pijn achterhalen en de beste behandeling bepalen.

Soms gevolgd door extra onderzoeken. Bijvoorbeeld röntgenonderzoek of bloedonderzoek. Dit onderzoek kan helpen de oorzaak van de pijn vast te stellen.

### **Dia 17: behandeling**

De arts zal proberen iets aan de pijn te doen. De pijn wegnemen kan niet altijd. Wel kan de pijn door behandeling minder worden. De arts kan iets doen tegen de pijn door:

- De oorzaak weg te nemen. Bijvoorbeeld door de tumor of uitzaaiing(en) kleiner te maken of weg te halen.

- De pijn te onderdrukken met pijnstillers. Bij matige pijn zijn dat paracetamol en/of een ontstekingsremmende pijnstillers (NSAID). Bij ernstige pijn zijn dat sterke pijnstillers, zoals morfine of andere sterke middelen.  
Bij zenuwpijn: pijn te onderdrukken met antidepressiva of anti-epileptica
- Zenuwen te blokkeren
- Andere klachten te behandelen; Sommige lichamelijke klachten kunnen de pijn uitlokken of erger maken. Bijvoorbeeld hoesten. Ook dit soort klachten zullen dan behandeld worden. Is de zorgvrager depressief of bang? Of slaapt deze slecht? Dan kunnen daar medicijnen voor gegeven worden. Deze zorgen ervoor dat de zorgvrager zich beter voelt en beter gaat slapen. Zo wordt de pijn minder.

### Mogelijkheden van behandelingen

- Chemotherapie en hormonale therapie
- Bisfosfanaten, zometa, APD
- Radiotherapie, effect v.a. een week, optimaal na 4-6 weken
  - Botaantasting
  - Dwarslaesie
  - Primaire tumor of metastasen
- Nucleaire behandeling (multiple meta's, min. 3 maanden levensverwachting, effect na 2-3 weken)
- Chirurgie
- Behandelen van pijn uitlokkende factoren (hoesten, hik, obstipatie, oedemen)

### Dia 18

Je kunt de student laten nadenken over niet medicamenteuze behandelingen. Wat kun jij als zorgverlener doen?

#### Niet-medicamenteus

- Warmte/koude
- Massage-> niet bij dermatitis tgv radiotherapie, lymfoedeem
- TENS = transcutane electrical nerve stimulator
- Ontspanningsoefeningen
- Afleiding (muziek, visite enzovoort)
- Complementaire zorg
- Goede informatie geven over pijn, oorzaken en mogelijkheden om pijn te verminderen.

### Dia 20:

Zie antwoorden in deze presentatie, o.a. dia 3

### Basis Powerpointpresentatie Vermoeidheid, handleiding

Powerpointpresentatie [Vermoeidheid](#)

#### Algemeen:

Je ontvangt een basis Powerpoint vermoeidheid. Deze Powerpoint is opgebouwd uit diverse slides met veel inhoudelijke informatie. Om de Powerpoint interactief in te zetten, kun je naar eigen inzicht werkvormen toepassen.

#### Dia 3: Vermoeidheid

Verschil met gewone vermoeidheid: na inspanning kun je vermoeid zijn, maar met uitrusten voel je weer fit. Vermoeidheid na kanker (maar ook tijdens de behandeling) onderscheidt zich van 'gewone' vermoeidheid door 3 kenmerken:

- Ogenscheinlijk plotseling, zonder waarschuwing en niet altijd gerelateerd aan inspanning
- Ze is extreem en lijkt op uitputting
- Het herstel duurt langer dan normaal

**Let op:** vermoeidheid is vaak onderschat probleem. Net als bij pijn is het ervaren van pijn persoonlijk. je kunt de pijnscore ook vertalen naar een vermoeidheidscore. Daarbij stel je de vraag: Op een schaal van 1 -10 in hoeverre beïnvloedt de vermoeidheid de kwaliteit van leven.

#### Dia 4

Lichamelijke uitputting: misselijk, hoofdpijn, ongecontroleerde bewegingen

Cognitieve uitputting: Concentratiestoornissen; geheugenstoornissen

Emotionele uitputting: snel geïrriteerd, kost vriendschappen, verminderde interesse

- Een van de meest voorkomende klacht bij kankerpatiënten 50%-75%
- Bij andere patiëntengroepen (AIDS, hartfalen, COPD en nierfalen) zijn deze cijfers vergelijkbaar
- Grote invloed op kwaliteit van leven (grotere invloed dan pijn)
- Komt in alle stadia voor tijdens en na behandeling
- Vermoeidheid door ouderen wordt vaak door hen zelf onderschat omdat ze vaak de vermoeidheid relateren aan hun leeftijd.

#### Dia 5: Factoren/Oorzaken

- Stadium van de ziekte (patiënten met metastasen zijn vermoeider)
- Anemie
- Dehydratie/cachexie
- Trombose /embolie
- Nier-lever-hartfalen
- Koorts/ infectie
- Elektrolytenstoornissen
- Achterliggende ziekten (reuma, diabetes, COPD, hartaandoeningen)
- Angst, depressie en slaapstoornissen



- Chemo/radio/hormonale therapie
- Pijn
- Dyspneu
- Medicatie (opioïden, corticosteroïden, psychofarmaca)

### **Dia 6: Behandeling**

Kijken of bepaalde oorzaken te behandelen zijn, zoals:

- Anemie
- Elektrolyten verstoring, bloedsuikers
- Medicatie
- Uitdroging
- Gewichtsverlies
- Kijken of een depressie behandeld kan worden/stemming
- Slaapstoornissen behandelen
- Steun familie/vrienden

### **Dia 7: Medicatie**

Methylfenidaat en Corticosteroïden

Een proefbehandeling met medicatie zoals methylfenidaat en dexamethason is pas aangewezen wanneer de behandeling van de onderliggende oorzaak onvoldoende effect heeft, of wanneer er geen zinvolle oorzakelijke behandelingen zijn. De dosering wordt in de ochtend of rond de middag gegeven om slaapproblemen te voorkomen.

Voor beide middelen geldt dat het effect snel merkbaar is en na enkele dagen kan worden geëvalueerd. Zowel de dexamethason als de methylfenidaat geven bijwerkingen die patiënt misschien uit hun evenwicht (geestelijk en lichamelijk) kunnen brengen.

Van corticosteroïden is bekend dat het de conditie en de dagelijkse activiteiten verbetert, hoewel een direct effect op de vermoeidheid niet bestudeerd is.

De nadelen zijn bekend, het zogenaamde gejaagde gevoel, de invloed op het maag/darmkanaal en op trombose/embolie, kans op schimmelinfectie(s).

Methylfenidaat is geïndiceerd bij opioïd-geïnduceerde slaperigheid of als een depressie een rol speelt. Maar kan ook effectief zijn bij vermoeidheid door andere oorzaken. Voordeel van een proefbehandeling methylfenidaat is de snelle werking, na enkele uren al. Eventuele ongewenste effecten van methylfenidaat zijn: nervositeit, hoofdpijn, angst, slapeloosheid, een onwerkelijk gevoel.

Een eventuele keuze voor het gebruik van medicatie altijd bespreken met patiënt. Geen extra medicatie tegen vermoeidheid is ook een keuze.

### **Dia 8, 9, 10 & 11: Wat kun je doen als verpleegkundige?**

- Stem voorlichting af
- Vergroot begrip bij familie

- Mogelijkheden om vermoeidheid te beïnvloeden (wat kan er wel en niet)
- Mogelijkheden van behandeling van achterliggende klachten
- Diëtiste
- Fysio
- Bij kanker: Herstel & Balans
- Ergo
- Vrijwilligers
- Goede overdracht
- Balans inspanning en ontspanning
- Prioriteiten stellen/dagboek/vast dagritme
- Activiteiten blijven belangrijk (dus even uit bed als het kan)
- Muziek
- Lezen
- Wat kan, waar liggen interesses, wat kun je stimuleren?
- Lotgenotencontact
- Indien mogelijk cognitieve gedragstherapie (UMC St. Radboud ziekenhuis, Kenniscentrum chronische vermoeidheid) Helen Dowling

### Dia 11: Casus

Laat studenten een casus uit de eigen praktijk in een subgroep uitwerken aan de hand van de methodiek signalering in de palliatieve fase. Het product wordt bij de docent ingeleverd.

(Bewerking docentenhandleiding door Mevr. J. Haan. Verpleegkundige Beter Thuis Wonen. Netwerk Palliatieve Zorg IJssel-Vecht en Noordoost-Overijssel 2018)

## 4. Achtergrondinformatie

In de opdracht '[beroepsbekwaam – Dyspneu](#)' worden stellingen gebruikt.

Hieronder vind je de antwoorden op deze stellingen.

1. **De richtlijn dyspneu geeft alleen adviezen over de behandeling hiervan bij longkanker.**  
Onjuist. De richtlijn geeft adviezen ongeacht het onderliggend lijden.
2. **Dyspneu is het best te meten door de ademfrequentie te tellen en de saturatie te meten.**  
Onjuist. Dyspneu is een onaangename gewaarwording van de ademhaling. Dit is subjectief, net als pijn.
3. **Er bestaat ook aanvalsgewijze dyspneu (doorbraak dyspneu).**  
Juist. Aanvalsgewijze dyspneu komt voor bij 80% van de patiënten met COPD en 56-81% van de patiënten met kanker. Het treedt meestal enkele malen per dag op en duurt bij 75% van de episodes korter dan 10 minuten.
4. **Stap 1 bij de behandeling van dyspneu in de palliatieve fase is het geven van morfine.**  
Onjuist. Stap 1 is zoek naar de oorzaken. Naar mogelijk behandelbare

oorzaak/oorzaken. Dus eerst anamnese, lichamelijk onderzoek en evt. aanvullend onderzoek.

**5. Ik weet welke voorlichting ik aan een patiënt met dyspneu in de palliatieve fase kan geven.**

Communicatie

- a. Geef uitleg over de oorzaak en behandeling van dyspneu
- b. Symptoomregistratie zoals met het [USD\(1-10\)](#), [CRDQ](#)
- c. Denk aan relevantie websites
- d. Denk aan Advanced Care Planning
- e. Ga na of patiënt bang is om te stikken

**6. Stikken komt regelmatig voor**

Onjuist

**5. Inspirerende onderwijsmaterialen op de site**

Bij dit thema zijn meerdere achtergrond- en onderwijsmaterialen verzameld. U kunt deze vinden door op onderstaande link te klikken. De achtergrond- en onderwijsmaterialen staan vervolgens onder de opdrachten.

Ook vind je op deze webpagina nogmaals de leerdoelen welke ook in deze handleiding zijn vermeld.

[Bekijk hier inspirerende achtergrondmaterialen](#)

