

Quizvragen palliatieve zorg

September 2025, versie 1.0



Test kennis over palliatieve zorg!

Wil je zorgverleners op een toegankelijke en speelse manier bewust maken van belangrijke thema's in de palliatieve zorg? Dan is deze set met quizvragen iets voor jou. Of het nu gaat om een eenmalige quiz tijdens een bijeenkomst, een dagelijkse vraag tijdens de Week van de Palliatieve Zorg, of een vaste rubriek in jullie nieuwsbrief – deze vragen helpen om kennis te vergroten en het gesprek op gang te brengen. Zo breng je palliatieve zorg onder de aandacht en werk je aan deskundigheidsbevordering.

De vragen zijn gebaseerd op het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#) en de [richtlijnen palliatieve zorg](#). De vragen kwamen tot stand vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II ([NPPZ II](#)) in samenwerking met verpleegkundigen en medisch specialisten. Heb je andere quizvragen die kunnen worden toegevoegd aan deze vragenset? Laat het weten via nppzii@pzn.nl.

Voor wie zijn de vragen bedoeld?

Je kunt de quizvragen gebruiken voor onder andere:

- zorgverleners in jouw zorgorganisatie
- zorgverleners die bij jouw beroeps- of brancheorganisatie of wetenschappelijke vereniging zijn aangesloten
- leden van jouw (palliatieve) zorgnetwerk

Licentie¹:

[Creative Commons: BY-NC-SA](#)



¹ Stichting PZNL is eigenaar van alle intellectuele eigendomsrechten op deze 'Vragenset quiz palliatieve zorg', inclusief de vermelde logo's van Stichting PZNL en NPPZII. Stichting PZNL aanvaardt geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden en/of onvolledigheden in de inhoud van dit materiaal.

Hoe kan ik de vragen gebruiken als quiz?

- Kies vragen die passen bij de beoogde doelgroep zorgverleners en het doel dat je voor ogen hebt
- Pas vragen zo nodig aan, bijvoorbeeld het ziektebeeld, de setting of het taalgebruik. Zorg daarbij dat de inhoud blijft kloppen met het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#) en de [richtlijnen palliatieve zorg](#)
- Kies een vorm en een methode voor het aanbieden van de quiz:

Eenmalig

Als korte quiz tijdens bijvoorbeeld een bijeenkomst – zoals scholing, webinar, pubquiz of teamvergadering – of via een nieuwsbericht of mail met een link naar de quizvragen

Gebruik bijvoorbeeld:

[Mentimeter](#)
[Google Forms](#)
[Microsoft Forms](#)
[Kahoot](#)

Korte periode

Druppelsgewijs gedurende een week ([Week van de Palliatieve Zorg](#)) of een speciale maand. Bijvoorbeeld via nieuwsberichten of mail met een link naar de vraag.

Mail
[Google Forms](#)
[Microsoft Forms](#)

Doorlopend

Bijvoorbeeld elke week/maand een vraag ('Vraag van de week/maand'). Indien je al een kennisquiz hebt dan kun je daar vragen over palliatieve zorg aan toevoegen. Deelnemers krijgen dan met vaste regelmaat een vraag, waarvan een gedeelte betrekking heeft op palliatieve zorg.

Mail
[Google Forms](#)
[Microsoft Forms](#)
 Microlearning software, zoals [Redgrasp](#)

Tips

- Houd het laagdrempelig: bied de vragen druppelsgewijs aan of kies voor bijvoorbeeld max. 5 vragen in een quiz. Deze vragen set is niet bedoeld om in één keer in zijn geheel aan te bieden
- Bied de vragen aan inclusief de korte omschrijving van de situatie, eventueel aangepast op jouw doelgroep. Dit maakt de thema's meer herkenbaar en geeft de vraag context
- Voeg ook de toelichting op het antwoord toe en indien mogelijk een link naar de bron, zodat deelnemers leren van de antwoorden en meer informatie kunnen nalezen
- Toets de quiz eventueel eerst bij een paar gebruikers
- Besteed aandacht aan communicatie over de quiz om meer deelnemers te werven
- Koppel ludieke acties aan de quiz, zoals een uitreiking aan een winnaar. Organiseer een pubquiz of besteed speciale aandacht voor de quiz tijdens een bepaald momentum, zoals de Week van de Palliatieve zorg
- Bekijk of je accreditatie aan kunt vragen, zodat deelnemers punten krijgen voor het meedoen aan de (doorlopende) kennisquiz

Overzicht quizvragen

De vragen zijn in elk geval geschikt voor de aangegeven doelgroep en met een aanpassing - van ziektebeeld, setting en/of taalgebruik - veelal ook geschikt te maken voor andere doelgroepen.

alg = algemeen: deze vragen zijn - eventueel met kleine aanpassing - geschikt voor alle doelgroepen

v&v = gericht op het handelen van verzorgenden en/of verpleegkundigen

arts = gericht op de rol van arts - met kleine aanpassing geschikt voor specifieke specialismen

Klik op de vraag om naar de gehele vraag met antwoorden en toelichting te gaan

Nr	Onderwerp	Vraag	Doelgroep
1	Markering	Wanneer is iemand in de palliatieve fase?	alg
2	Markering	Heeft een patiënt met chronische COPD palliatieve zorg nodig?	v&v
3	Gezamenlijke besluitvorming & effectieve communicatie	Je wilt weten of jouw patiënt de informatie begrepen heeft. Hoe doe je dat?	alg
4	Gezamenlijke besluitvorming & effectieve communicatie	Een patiënt heeft ALS en sondevoeding vanwege slikproblemen. Hij mist het eten en drinken. Wat doe je?	v&v
5	Gezamenlijke besluitvorming & effectieve communicatie	Hoe kun jij als behandelaar een patiënt het beste ondersteunen in het besluitvormingsproces?	arts
6	Gezamenlijke besluitvorming & effectieve communicatie	Hoe begeleid je een patiënt in de beslissing om al dan niet door te gaan met een behandeling?	arts
7	Proactieve zorgplanning	Wat houdt proactieve zorgplanning in?	alg
8	Proactieve zorgplanning	Een patiënt wil niet praten over de toekomst, wat doe je?	alg
9	Proactieve zorgplanning	Wat houdt proactieve zorgplanning in de palliatieve fase in?	v&v
10	Proactieve zorgplanning	Wanneer start je met palliatieve zorg?	arts
11	Proactieve zorgplanning	Hoe kun je proactieve zorgplanning in de palliatieve fase vormgeven?	arts
12	Coördinatie & continuïteit	Wie is aanspreekpunt voor coördinatie van zorg (regiebehandelaar)?	alg
13	Coördinatie & continuïteit	Hoe kun je de zorg voor een patiënt goed laten aansluiten tussen het verpleeghuis en het ziekenhuis?	alg
14	Deskundigheid	Welke zorgprofessionals kunnen palliatieve zorg verlenen?	alg

15	Deskundigheid	Wat is 'palliatief redeneren'?	alg
16	Deskundigheid	Hoe kun je als verzorgende of verpleegkundige de zorg in de palliatieve fase optimaliseren?	v&v
17	Deskundigheid	Wat doe je om de zorg voor een patiënt met gevorderde hartfalen te optimaliseren?	v&v
18	Deskundigheid	Hoe voer je een anamnese uit bij een patiënt met gevorderde alvleesklierkanker?	v&v
19	Persoonlijke balans	Wat kun je doen om je persoonlijke balans te herstellen?	alg
20	Persoonlijke balans	Hoe kun je je emotionele balans herstellen en burn-out voorkomen?	alg
21	Fysieke dimensie	Een patiënt heeft enkele dagen nauwelijks gegeten en gedronken. Welke informatie over uitdroging vertel je aan de familie?	v&v
22	Fysieke dimensie	Een patiënt krijgt palliatieve zorg thuis en heeft diarree. Welke actie is het meest passend?	v&v
23	Spirituele dimensie (Zingeving)	Een patiënt heeft last van sombere gevoelens en vraagt zich af of het leven nog zin heeft. Hoe begeleid je hem bij zingevingsvragen?	alg
24	Spirituele dimensie (Zingeving)	Hoe kun je aansluiten bij de zingeving- en spirituele behoeften van een patiënt in haar laatste levensfase?	alg
25	Stervensfase	Een patiënt is in de stervensfase. Wat doe je in deze situatie?	v&v
26	Stervensfase	Wat kun je het beste doen bij benauwdheid in de stervensfase?	v&v
27	Stervensfase	Een patiënt is in de stervensfase en eet en drinkt niet meer. Wat kun je het beste doen?	v&v
28	Verlies en rouw	Wat is anticiperende rouw?	alg

Markering

Vraag 1
<u>Omschrijving:</u> Tijdens een MDO bespreekt een zorgteam de situatie van een meneer die onlangs de diagnose uitgezaaide longkanker heeft gekregen en niet meer curatief te behandelen is. Lichamelijk is meneer nog is een redelijk goede conditie. Er ontstaat een discussie over of deze meneer in de palliatieve fase is.
<u>Vraag:</u> Wanneer is iemand in de palliatieve fase?
<u>Antwoord:</u> A. Als de patiënt nog maar een paar dagen te leven heeft B. Als de patiënt nog maar enkele weken tot maximaal 3 maanden te leven heeft C. Als duidelijk is, dat de patiënt waarschijnlijk overlijdt aan de ziekte of aandoening
<u>Toelichting:</u> Antwoord C is goed. Bij de palliatieve fase wordt vaak alleen gedacht aan de laatste weken van het leven of soms zelfs alleen aan de laatste dagen van het leven – de stervensfase. Maar de palliatieve fase begint als genezing niet (meer) mogelijk is of als het levenseinde door kwetsbaarheid in zicht komt. Hoeveel weken, maanden of jaren, de palliatieve fase duurt, verschilt van persoon tot persoon.
<u>Bron:</u> https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/structuur-en-proces/markering



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 2
<u>Omschrijving:</u> Mw. de Wit is 73 jaar, heeft chronische COPD. Ze woont thuis en krijgt dagelijks ondersteuning bij de ADL, omdat die haar steeds meer moeite kost. Mw. de Wit is recent voor de 2e keer in een half jaar opgenomen geweest in het ziekenhuis i.v.m. een exacerbatie van haar COPD.
<u>Vraag:</u> Heeft mw. de Wit palliatieve zorg nodig?
<u>Antwoord:</u> A. Mw. heeft geen palliatieve zorg nodig, want het ziekenhuis heeft daarover niets overgedragen. B. Mw. heeft waarschijnlijk wel palliatieve zorg nodig, want het zou mij niet verbazen als mw. de Wit in de komende 12 maanden komt te overlijden. Ik bespreek met de huisarts of we palliatieve zorg zullen starten. C. Mw. heeft geen palliatieve zorg nodig, want ze is nu nog niet stervende.

Toelichting:

Antwoord B is goed. Om te bepalen of een patiënt palliatieve zorg nodig heeft, kan iedere zorgverlener zichzelf de zogenaamde surprise question stellen: 'Zou het mij verbazen wanneer deze patiënt in de komende 12 maanden komt te overlijden?' Indien de zorgverlener de vraag met 'nee' beantwoordt, dan markeert dit het stadium waarin de situatie van de patiënt zich kan wijzigen door snelle achteruitgang.

Het stellen van de surprise question gebeurt in ieder geval bij toename van ziekte of kwetsbaarheid, het optreden van complicaties of achteruitgang van functionaliteit.

Indien je als verzorgende, verpleegkundige of verpleegkundig specialist de surprise question met 'nee (het zou mij niet verbazen)' beantwoordt, bespreek je dit met de regiebehandelaar.

Het is niet de bedoeling om de surprise question letterlijk aan de patiënt of diens naasten te stellen.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/structuur-en-proces/markering>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Gezamenlijke besluitvorming & effectieve communicatie

Vraag 3

Omschrijving:

Je hebt met jouw patiënt met COPD in de palliatieve fase gesproken over hoe hij het beste om kan gaan met de benauwdheids- en vermoeidheidsklachten.

Vraag:

Je wil graag weten of de patiënt de informatie begrepen heeft. Je vraagt:

Antwoord:

- A. Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Kunt u mij in uw eigen woorden vertellen wat we hebben besproken?
- B. Heeft u begrepen wat ik u hebt verteld?
- C. Kunt u herhalen wat ik net aan u uitgelegd hebt?

Toelichting:

Antwoord A is goed. Met de terugvraagmethode (ook wel terugvertelmethode) kun je als zorgprofessional nagaan of jouw boodschap goed is overgekomen. Je doet dit door de patiënt te vragen om in eigen woorden te vertellen wat jullie zojuist hebben besproken. Hierna kun je, indien nodig, bijstellen of aanvullen.

Belangrijk is hierbij om de vraag bij jezelf te houden. Je zegt 'Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Wat gaat u thuis vertellen (of doen?)' Geef de patiënt niet het gevoel dat je hem of haar controleert.

Bron:

[De terugvraagmethode: infosheet | Pharos](#)



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 4

Omschrijving:

Peter heeft ALS. Hij probeert er het beste van te maken ondanks deze onherroepelijke diagnose. Peter krijgt steeds grotere slikproblemen. Hij verslikt zich steeds vaker. Omdat zijn spieren verslappen kan hij het eten niet ophoesten. Soms komt er voedsel in zijn longen en geregeld moet hij met spoed met de ambulance naar het ziekenhuis. De longarts stelt sondevoeding voor. Peter houdt van eten en drinken en voelt er aanvankelijk niets voor, maar omdat hij afvalt en van de arts hoort dat afvallen de ziekte bespoedigt, kiest hij er uiteindelijk toch voor.

Vraag:

Peter zegt tegen jou dat hij het eten en drinken verschrikkelijk mist. Wat antwoord jij?

Antwoord:

- A. Je zegt tegen Peter dat hij hierover zelf mag beslissen, hij is immers wilsbekwaam
- B. Je vraagt aan Peter waarom dit voor hem belangrijk is en je stelt voor dat hij het bespreekt met de longarts
- C. Je zegt tegen Peter dat dat niet kan omdat het te gevaarlijk is

Toelichting:

Antwoord B is goed. Effectieve communicatie, attitude en informatie-uitwisseling zijn essentiële voorwaarden voor gezamenlijke besluitvorming. Ze stellen de patiënt en naasten in staat samen met de zorgverlener keuzes te maken voor zorg die is afgestemd op de persoonlijke situatie en op realiseerbare waarden, wensen en behoeften.

Als zorgverlener sta je positief tegenover het proces van wikken en wegen dat nodig is om de patiënt en naasten te ondersteunen bij het maken van eigen keuzes. De zorgverlener laat de patiënt vertellen welke waarden, wensen en behoeften in deze periode van het leven voor hem belangrijk zijn bij het maken van zijn keuzes.

De zorgverlener geeft de patiënt en diens naasten informatie over de verschillende keuzemogelijkheden, de mogelijke gevolgen en bijbehorende onzekerheden en verantwoordelijkheden.

In deze casus heeft Peter op advies van de wijkverpleegkundige de longarts gebeld. Zij hebben samen met de logopedist gesproken over de voors en tegens van eten en drinken. Daarbij is gezegd dat voor Peter eten gevaarlijker is dan drinken. Samen besluiten zij dat Peter 's ochtends een kopje koffie en 's avonds een wijntje drinkt en verder sondevoeding gebruikt.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/structuur-en-proces/gezamenlijke-besluitvorming>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 5

Omschrijving:

Een 45-jarige patiënte met een recidief cervixcarcinoom staat voor de keuze om een nieuwe behandeling te starten. Deze behandeling is zwaar en heeft mogelijk ingrijpende gevolgen voor haar kwaliteit van leven.

Vraag:

Hoe kun jij haar als behandelaar het beste ondersteunen in het besluitvormingsproces?

Antwoord:

- A. Duidelijk advies geven over wat medisch gezien de beste keuze is
- B. De voor- en nadelen van de behandelmogelijkheden bespreken en samen met de patiënt verkennen wat voor haar nu en in de toekomst belangrijk is (waarden, wensen en voorkeuren)
- C. De behandelopties zo objectief mogelijk voorleggen en de patiënt volledig zelf de beslissing laten nemen

Toelichting:

Antwoord B is goed. Samen beslissen betekent dat de arts niet alleen medische informatie geeft, maar de patiënt ook begeleidt bij het verkennen van haar waarden en voorkeuren in relatie tot haar sociale context. Antwoord A is te eenduidig en houdt geen rekening met de situatie van de patiënt, terwijl antwoord C te weinig begeleiding biedt om te kunnen spreken van samen beslissen.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/structuur-en-proces/gezamenlijke-besluitvorming>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 6

Vraag:

Een patiënt met gedecompenseerde levercirrose ervaart ernstige bijwerkingen van de behandeling en zijn levensverwachting is beperkt. Hoe begeleid je hem bij de beslissing om al dan niet door te gaan met behandelen?

Antwoord:

- A. Je stelt voor om te stoppen met behandelen omdat verdere behandeling medisch niet zinvol lijkt
- B. Je adviseert om de behandeling voort te zetten omdat er nog wel enige kans is op levensverlenging
- C. Je bespreekt met de patiënt en zijn naasten de voor- en nadelen van doorgaan of stoppen, en verkent samen wat voor hem het meest passend is.

Toelichting:

Antwoord C is goed. De beslissing om te stoppen of door te gaan moet in overleg met de patiënt worden genomen, waarbij zijn waarden, wensen en kwaliteit van leven centraal staan. Antwoord A en B bieden te weinig ruimte voor gezamenlijke besluitvorming om te komen tot voor hem passende zorg.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/structuur-en-proces/gezamenlijke-besluitvorming>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Proactieve zorgplanning

Vraag 7
<u>Vraag:</u> Wat houdt proactieve zorgplanning in?
<u>Antwoord:</u> A. Met de patiënt een wilsverklaring invullen, en deze – als zorgverlener – ook mede ondertekenen B. Regelmatig gesprekken met een patiënt voeren over zijn/haar levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past C. Regelmatig gesprekken met een patiënt voeren over de behandelingen die hij/zij niet meer wil hebben
<u>Toelichting:</u> Antwoord B is goed. Het bespreken van de wensen en behoeften van de patiënt over zowel de huidige als toekomstige zorg, zodat deze passend is bij haar levensdoelen en waarden. Proactieve zorgplanning is een continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. Het is dus veel meer dan een doordachte wilsverklaring of het bespreken van welke behandelingen iemand niet meer wil. Proactieve zorgplanning omvat niet alleen medische keuzes, maar ook sociale, psychische en spirituele aspecten. De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het individueel zorgplan en kunnen worden bijgesteld als de situatie verandert.
<u>Bron:</u> https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/proactieve-zorgplanning



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 8
<u>Omschrijving:</u> Je hebt de zorg voor een mevrouw van 63 jaar met borstkanker. Onlangs heeft zij gehoord dat zij uitsaaiingen heeft in haar lever en botten. Genezing is niet meer mogelijk.
<u>Vraag:</u> Je hebt mevrouw gevraagd of ze met jou wil praten over hoe zij de toekomst ziet, maar mevrouw geeft aan dat niet willen. Wat doe je?
<u>Antwoord:</u> A. Ik vraag of ik er later op terug mag komen en maak een notitie in het dossier van mevrouw. B. Ik geef aan dat proactieve zorgplanning belangrijk is en dat het daarom noodzakelijk is daarover te praten. C. Ik respecteer de wens van mevrouw en laat het onderwerp rusten.

Toelichting:

Antwoord A is goed. De [richtlijn proactieve zorgplanning](#) zegt over de timing van proactieve zorgplanningsgesprekken o.a. het volgende:

- Start proactieve zorgplanning bij het markeren van de palliatieve fase.
- Tracht proactieve zorgplanningsgesprekken plaats te laten vinden op een rustig moment, vóórdat een acute situatie zich voordoet, zodat de patiënt zonder acute dreiging kan nadenken en praten over persoonlijke doelen en voorkeuren.
- Benoem bij patiënten die er nog niet aan toe zijn de mogelijkheid om er op een later tijdstip op terug te komen. Leg dit vast in het dossier.
- Doseer gesprekken, afhankelijk van de mate van spoed en de belastbaarheid van de patiënt.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/proactieve-zorgplanning>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 9
Omschrijving:

Mevrouw De Vries, 68 jaar, heeft uitgezaaide longkanker en haar behandelend arts heeft aangegeven dat de ziekte niet meer te genezen is. Ze heeft wisselende dagen: soms voelt ze zich goed genoeg om bezoek te ontvangen, op andere momenten heeft ze veel last van benauwdheid en vermoeidheid. Tijdens een gesprek zegt ze: "Ik wil graag zelf beslissen over hoe de zorg er straks uitziet, maar ik weet niet goed waar ik aan moet denken."

Haar dochter maakt zich zorgen over mogelijke crisissituaties en vraagt of er al afspraken zijn gemaakt over medische behandelingen en de laatste levensfase. De huisarts en wijkverpleegkundige willen samen met mevrouw De Vries en haar naasten proactieve zorgplanning bespreekbaar maken.

Vraag:

Wat houdt proactieve zorgplanning in de palliatieve fase in?

Antwoord:

- Het voeren van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.
- Het vastleggen van medische behandelafspraken, zoals wel of niet reanimeren, beademen of opname op de intensive care.
- Het voorbereiden op de laatste levensfase door de uitvaart en nalatenschap te bespreken, zodat de familie goed geïnformeerd is.

Toelichting:

Antwoord A is goed. Het bespreken van de wensen en behoeften van de patiënt over zowel de huidige als toekomstige zorg, zodat deze passend is bij haar levensdoelen en waarden. Proactieve zorgplanning is een continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. Het is dus veel meer dan een doordachte wilsverklaring en het benoemen van een wettelijke vertegenwoordiger. Proactieve zorgplanning omvat niet alleen medische keuzes, maar ook sociale, psychische en spirituele aspecten. Hiermee is proactieve zorgplanning dus ook het domein van verzorgenden en verpleegkundigen.

De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het individueel zorgplan en kunnen worden bijgesteld als de situatie verandert. Uiteraard is het voorbehouden aan de arts om medische behandelafspraken vast te leggen.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/proactieve-zorgplanning>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 10

Vraag:

Tijdige inzet van palliatieve zorg verbetert kwaliteit van leven en de tevredenheid over de zorg.

Wanneer is het een goed moment om daarmee te starten?

Antwoord:

- A. Zodra er sprake is van een ongeneeslijke aandoening, bij voorkeur vroeg in het ziekteverloop
- B. Alleen wanneer ziektegerichte behandelingen niet meer mogelijk zijn
- C. Pas als de patiënt zelf aangeeft hierover te willen praten

Toelichting:

Antwoord A is goed. Door vroegtijdig in gesprek gaan over de waarden, wensen en behoeften van de patiënt, kan de zorg hierop worden afgestemd. Dit vergroot de kwaliteit van leven en de kans op passende en persoonsgerichte zorg in de laatste levensfase. Onderzoek heeft aangetoond dat tijdige inzet van palliatieve zorg hier meer ruimte voor biedt dan wanneer er gewacht wordt totdat er geen behandelopties meer zijn (B) of tot de patiënt het zelf ter sprake brengt (C).

Bron:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38700723/>

Richtlijn: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/proactieve-zorgplanning>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 11

Situatie:

Een 57-jarige patiënte met gemetastaseerd ovariumcarcinoom reageert goed op de huidige behandeling. De opzet van de behandeling is palliatief.

Vraag:

Hoe kun je in deze situatie proactieve zorgplanning het best vormgeven?

Antwoord:

- A. Je wacht met het bespreken van toekomstige zorgwensen tot er duidelijke tekenen zijn van achteruitgang
- B. Je voert op een geschikt moment een gesprek over het te verwachten ziekteverloop, mogelijke keuzes bij verslechtering en wat voor de patiënt belangrijk is in de laatste levensfase
- C. Je laat het onderwerp proactieve zorgplanning rusten totdat de patiënt zelf aangeeft hierover te willen praten

Toelichting:

Antwoord B is goed. Proactieve zorgplanning is een continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. De zorgverlener kan hier al vroeg in het ziekteverloop mee starten, in plaats van wachten tot er tekenen zijn van achteruitgang (antwoord A) of het initiatief volledig bij de patiënt te laten (antwoord C). Proactieve zorgplanning heeft een positief effect op zowel het welbevinden van de patiënt en de kwaliteit van zorg (passendheid) en diens naasten (tevredenheid) als op het gezondheidssysteem (doelmatigheid). Ook kan het proces bijdragen aan het versterken van de autonomie van de patiënt in relatie tot de kwaliteit van gezamenlijke besluitvorming.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/proactieve-zorgplanning>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Coördinatie & continuïteit

Vraag 12

Omschrijving:

Mevrouw Jansen is 78 jaar en heeft uitgezaaide longkanker. Ze woont thuis en ontvangt palliatieve zorg. Naast de wijkverpleging zijn ook haar huisarts, een medisch specialist en een fysiotherapeut betrokken bij haar zorg. Mevrouw Jansen en haar familie weten soms niet goed bij wie ze terecht kunnen met vragen over de zorg en wat de volgende stappen zijn.

Vraag:

Wie is in deze situatie verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg en het aanspreekpunt voor mevrouw Jansen en haar familie?

Antwoord:

- A. De zorgverlener die het meeste contact met mevrouw Jansen
- B. De huisarts is automatisch verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg en het aanspreekpunt
- C. Het multidisciplinaire team moet samen afstemmen wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg en het aanspreekpunt is

Toelichting:

Antwoord C is goed. De centrale zorgverlener, ook wel regiebehandelaar genoemd, is verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg en fungeert als eerste aanspreekpunt voor mevrouw Jansen, haar familie en de betrokken zorgverleners. Het multidisciplinaire team moet samen afstemmen wie dit is. Vaak is dit de huisarts, maar als een ander teamlid, zoals een medisch specialist of wijkverpleegkundige, beter bij de situatie van de patiënt past, kan die rol ook aan hen worden toegewezen.

De huisarts, fysiotherapeut en wijkverpleegkundige spelen allemaal een belangrijke rol in de zorg, maar zij zijn niet automatisch de centrale zorgverlener/regiebehandelaar. Hun taken richten zich op specifieke zorgaspecten, terwijl de centrale zorgverlener de zorg coördineert en ervoor zorgt dat alles goed op elkaar is afgestemd.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/structuur-en-proces/coördinatie-en-continuïteit>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 13

Omschrijving:

De heer Smits, 82 jaar, heeft dementie en woont in een verpleeghuis. Zijn gezondheid gaat achteruit, en er wordt besloten dat hij voor verdere behandeling tijdelijk naar het ziekenhuis moet. De familie maakt zich zorgen of alle belangrijke informatie over de zorg goed wordt overgedragen van het verpleeghuis naar het ziekenhuis, zodat er geen verwarring ontstaat.

Vraag:

Hoe kan ervoor worden gezorgd dat de zorg voor de heer Smits goed blijft aansluiten tussen het verpleeghuis en het ziekenhuis?

Antwoord:

- A. De zorgverlener uit het verpleeghuis gaat mee naar het ziekenhuis
- B. De zorgverleners van het verpleeghuis en het ziekenhuis overleggen met elkaar en delen belangrijke informatie
- C. De familie van de heer Smits regelt alles tussen het verpleeghuis en het ziekenhuis

Toelichting:

Antwoord B is goed. De zorgverleners van het verpleeghuis en het ziekenhuis overleggen met elkaar en delen belangrijke informatie. Dit zorgt ervoor dat er een goede overdracht van zorg plaatsvindt. Door relevante informatie over de toestand en zorgbehoefte van de heer Smits te delen, blijft de zorg goed aansluiten bij zijn situatie en worden fouten of verwarring voorkomen. Dit bevordert de continuïteit van zorg, wat essentieel is bij een transfer naar een andere zorginstelling.

Het meegaan van een zorgverlener uit het verpleeghuis naar het ziekenhuis (A) kan soms nuttig zijn, maar is niet altijd praktisch of noodzakelijk. Het overleg en de informatie-uitwisseling tussen zorgteams zijn belangrijker voor een goede overdracht. De familie van de heer Smits alles laten regelen (C) is geen ideale oplossing, omdat zij niet de medische kennis en verantwoordelijkheid hebben om de juiste zorginformatie door te geven. De coördinatie van zorg behoort bij de zorgverleners te liggen.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/structuur-en-proces/coördinatie-en-continuïteit>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Deskundigheid

Vraag 14

Vraag:

Welke zorgprofessionals verlenen palliatieve zorg?

Antwoord:

- A. Alleen zorgverleners in Nederland die een opleiding palliatieve zorg hebben gevolgd, zoals de Kaderopleiding Palliatieve Zorg of een post-HBO-opleiding Palliatieve Zorg
- B. Alle zorgverleners in Nederland
- C. Alleen zorgverleners binnen een gespecialiseerd palliatief team
- D. Alle zorgverleners in Nederland, mits zij een aanvullende cursus in palliatieve zorg hebben gevolgd

Toelichting:

Antwoord B is goed. Volgens het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland is het uitgangspunt dat alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor mensen in de palliatieve fase verantwoordelijk zijn voor het bieden van generalistische palliatieve zorg. Dit betekent dat zij basiszorg en ondersteuning kunnen bieden en bovendien moeten weten wanneer en waar zij specialistische palliatieve zorg kunnen inschakelen. Dit bevordert continuïteit, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor patiënten en hun naasten.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/structuur-en-proces/deskundigheid>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 15

Vraag:

Wat is 'palliatief redeneren'?

Antwoord:

- A. Het afstemmen van de zorg op de wensen van de patiënt in de palliatieve fase
- B. Een methodiek voor de besluitvorming wat betreft symptoommanagement in de palliatieve fase
- C. Een werkwijze waarbij keuzes in behandeling vooral gebaseerd worden op hoe lang de patiënt nog te leven heeft

Toelichting:

Antwoord B is goed. Palliatief redeneren is een methodiek die zorgverleners helpt bij het systematisch analyseren en beslissen over symptoommanagement in de palliatieve fase. Het richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven door symptomen tijdig te signaleren, de oorzaak te achterhalen en passende interventies te kiezen. Deze methodiek ondersteunt de besluitvorming en is toepasbaar bij alle patiënten in de palliatieve fase. Afstemmen op de wensen van de patiënt (A) is een belangrijk onderdeel van palliatieve zorg. Palliatief redeneren gaat echter over systematische besluitvorming bij symptoommanagement. Palliatief redeneren draait niet primair om levensverwachting (C), maar om symptoommanagement en kwaliteit van leven, ongeacht hoe lang iemand nog leeft.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/algemene-principes-palliatieve-zorg/symptoommanagement>
<https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/palliatief-redeneren>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 16

Omschrijving:

Mevrouw De Vries, een 75-jarige patiënte met vergevorderde longkanker, is opgenomen in een verpleeghuis. Ze heeft de afgelopen weken een verslechtering van haar conditie ervaren. Ze klaagt over toenemende pijn, moeite met ademen, en voelt zich erg moe. Mevrouw heeft recent samen met de SOG besloten dat de focus nu moet liggen op comfort en kwaliteit van leven, aangezien genezing niet meer mogelijk is. De familie van mevrouw De Vries is zeer betrokken en bezoekt haar dagelijks.

Vraag:

Hoe zou je als verzorgende of verpleegkundige handelen om de zorg voor mevrouw De Vries te optimaliseren in deze fase van haar ziekte?

Antwoord:

- A. De SOG informeren over de toenemende pijn en ademhalingsproblemen van mevrouw De Vries en meedenken over een symptoomgerichte aanpak.
- B. Mevrouw De Vries en haar familie geruststellen zonder verdere actie te ondernemen, aangezien zij toch niet meer beter kan worden.
- C. Besluiten om de dosering morfine van mevrouw De Vries te verhogen om haar pijn en ademhalingsproblemen te verlichten.

Toelichting:

Antwoord A is goed. Dit sluit aan bij de richtlijnen van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland. In deze fase van de ziekte van mevrouw De Vries is het belangrijk dat verzorgenden en verpleegkundigen:

- Problemen signaleren en anticiperen: Het is cruciaal om de arts te informeren over de toenemende pijn en ademhalingsproblemen van mevrouw De Vries zodat er tijdig een symptoomgerichte behandeling kan worden gestart.
- Passende zorg verlenen en continuïteit van zorg waarborgen: Door proactief te communiceren met de arts, dragen ze bij aan het verlichten van de symptomen en het verbeteren van de kwaliteit van leven van mevrouw De Vries.

Optie B is onjuist omdat geruststellen zonder verdere actie te ondernemen niet bijdraagt aan symptoombestrijding en kwaliteit van leven.

Optie C is onjuist omdat verzorgenden en verpleegkundigen niet zelfstandig behandelbeslissingen mogen nemen; dit moet in samenspraak met de arts gebeuren.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/structuur-en-proces/deskundigheid>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 17

Omschrijving:

Mevrouw Janssen, een 82-jarige patiënte met gevorderde hartfalen, woont in een verzorgingstehuis. De laatste weken heeft zij steeds vaker last van ernstige benauwdheid en vermoeidheid. Ze is niet in staat om haar dagelijkse activiteiten zonder hulp uit te voeren. Toiletbezoek kost haar bijvoorbeeld erg veel energie. Haar familie maakt zich zorgen en heeft gevraagd om extra ondersteuning. Jij, als verpleegkundige, hebt gemerkt dat de huidige symptoombestrijding niet voldoende is om haar benauwdheid en vermoeidheid te verlichten en haar comfort te waarborgen.

Vraag:

Wat zou je doen om de zorg voor mevrouw Janssen te optimaliseren?

Antwoord:

- A. Je geeft mevrouw Janssen een verblijfskatheter zodat ze geen energieverlies en benauwdheid meer ervaart door toiletbezoek.
- B. De situatie bespreken met het behandelteam en gezamenlijk passend interventies kiezen en nagaan of er aanvullende expertise nodig is van bijvoorbeeld een consultant palliatieve zorg.
- C. De huidige zorgaanpak voortzetten zonder verdere actie te ondernemen, aangezien jullie al jullie mogelijkheden hebben benut.

Toelichting:

Antwoord B is goed. Deze benadering sluit aan bij het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland. Dit criterium benadrukt het belang van het herkennen van de eigen beperkingen en die van collega's, en het tijdig inschakelen van gespecialiseerde palliatieve zorg om de effectiviteit van de zorg te vergroten.

- Eigen kwaliteiten en beperkingen kennen: Het is belangrijk om te erkennen dat het huidige symptoommanagement niet voldoende is om de symptomen van mevrouw Janssen te verlichten en haar comfort te waarborgen.
- Directe collega's betrekken: Door de situatie te bespreken met collega's, kan er gezamenlijk een besluit worden genomen over de noodzaak van gespecialiseerde zorg.
- Specialistische zorg inschakelen: Het inschakelen van gespecialiseerde palliatieve zorg kan extra deskundigheid en vaardigheden toevoegen die nodig zijn om mevrouw Janssen beter te ondersteunen.

Optie A is onjuist omdat deze beslissing niet door een verzorgende of verpleegkundige genomen kan worden. Je kunt de optie wel voorleggen aan het interdisciplinair behandelteam.

Optie C is onjuist omdat het niet inschakelen van extra ondersteuning kan leiden tot suboptimale zorg voor mevrouw Janssen.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/structuur-en-proces/deskundigheid>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 18

Omschrijving:

Mevrouw Verhoeven, een 68-jarige vrouw met gevorderde alveeskliekkanker, is opgenomen in een hospice. Ze heeft meerdere klachten, waaronder ernstige pijn, misselijkheid, vermoeidheid en angst. Ze geeft aan dat haar klachten haar dagelijks functioneren aanzienlijk belemmeren. Jij bent als verpleegkundige gevraagd om een anamnese af te nemen om een duidelijk beeld te krijgen van haar situatie en waarden, wensen en behoeften.

Vraag:

Hoe zou je de anamnese uitvoeren bij mevrouw Verhoeven, en welke meetinstrumenten zou je daarbij kunnen gebruiken?

Antwoord:

- A. Ik richt me op de lichamelijke klachten van mevrouw Verhoeven en vraag haar naar de ernst van haar pijn en misselijkheid. Ik overweeg de Visual Analogue Scale (VAS) voor pijn te gebruiken om de pijn te meten
- B. Ik vraag mevrouw Verhoeven naar haar medische voorgeschiedenis en noteer deze voor verdere evaluatie door de arts. Je gebruikt geen meetinstrument
- C. Ik voer een anamnesegegesprek over zowel lichamelijke, psychologische, sociale als zingevingaspecten. Ik overweeg hierbij het Utrecht Symptoom Dagboek 4dimensioneel (USD-4D)

Toelichting:

Antwoord C is goed. Deze aanpak voldoet aan het criterium van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland om een multidimensionele en functionele anamnese uit te voeren. Dit houdt in dat je als zorgverlener een breed scala aan aspecten van het welzijn van de patiënt in kaart brengt en gebruik maakt van gevalideerde meetinstrumenten om een volledig beeld te krijgen van de situatie van mevrouw Verhoeven.

- Multidimensionele anamnese: Dit betekent dat je niet alleen kijkt naar de lichamelijke klachten, maar ook de psychologische, sociale en spirituele aspecten van haar situatie onderzoekt. Dit helpt om een volledig beeld te krijgen van hoe mevrouw Verhoeven haar ziekte ervaart en wat haar behoeften zijn.
- Functionele anamnese: Dit omvat het beoordelen van hoe haar klachten haar dagelijks functioneren beïnvloeden.
- Gevalideerde meetinstrumenten: Het gebruik van meetinstrumenten zoals Utrecht Symptoom Dagboek 4dimensioneel (USD-4D) voor het signaleren en monitoren van (on)welbevinden op lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel gebied.

Optie A is onjuist omdat het incompleet is. Het richt zich alleen op de lichamelijke klachten en negeert daarmee belangrijke andere aspecten van haar welzijn.

Optie B is onjuist omdat het alleen de medische voorgeschiedenis noteert en geen uitgebreid beeld geeft van haar huidige situatie en behoeften.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/structuur-en-proces/deskundigheid>
<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/meetinstrumenten/multidimensioneel>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Persoonlijke balans

Vraag 19

Omschrijving:

David is een verzorgende in een hospice die al jaren met toewijding palliatieve zorg verleent. Hij merkt de laatste tijd dat hij zich emotioneel steeds zwaarder belast voelt door de intense zorgsituaties en de frequente overlijdens van patiënten. Hoewel hij altijd goed met zijn collega's heeft samengewerkt, voelt hij zich nu geïsoleerd en twijfelt hij aan zijn eigen functioneren.

Vraag:

Wat zou David kunnen doen om zijn persoonlijke balans te herstellen en zichzelf en zijn collega's beter te ondersteunen?

Antwoord:

- A. Zijn gevoelens negeren en doorgaan met zijn werk.
- B. Reflecteren op zijn houding en handelen, en steun zoeken bij collega's.
- C. Sociale contacten beperken om meer rust te kunnen nemen na het werk.

Toelichting:

Antwoord B is goed. Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland beschrijft in de principes van palliatieve zorg: Zorgverleners en vrijwilligers zijn zich bewust van de emotionele impact die het leveren van palliatieve zorg kan hebben op henzelf. Zij reflecteren op hun eigen houding en handelen en hebben oog voor hun persoonlijke balans. Zij dragen daarin zorg voor zichzelf en voor hun collega's.

Het negeren van gevoelens en doorgaan met werken kan leiden tot verdere emotionele belasting en is geen duurzame oplossing.

Buiten het werk om meer rust nemen om de belasting te verminderen kan even helpen, maar is het niet de kern van het probleem; reflectie en steun, zowel binnen en buiten het werk zijn belangrijk.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/kernwaarden-en-principes>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 20

Omschrijving:

Jolanda werkt als verpleegkundige in een verpleeghuis. Ze zorgt dagelijks voor mensen die in de laatste fase van hun leven zijn. Ze merkt dat ze zich na gesprekken met bewoners en hun familie vaak erg moe voelt. Ook voelt ze zich steeds vaker gespannen en onzeker en heeft ze het gevoel achter te lopen in haar werk.

Vraag:

Wat is voor Jolanda een goede stap om beter om te gaan met deze emoties en een burn-out te voorkomen?

Antwoord:

- A. Minder contact hebben met familieleden van bewoners, zodat het haar minder raakt
- B. Tijd nemen voor zichzelf, met ruimte voor rust, gesprekken met collega's of bijvoorbeeld een intervisie
- C. Extra werken om alles af te krijgen, zodat ze minder achterloopt met haar werk en minder druk ervaart

Toelichting:

Antwoord B is goed. Jolanda heeft tijd nodig om te herstellen van de emotionele belasting van haar werk. Dat kan bijvoorbeeld door rustmomenten in te plannen, een goed gesprek met collega's te voeren of samen te kijken wat haar kan helpen. Intervisie of collegiale ondersteuning kan hierbij ook helpen. Zo blijft ze beter in balans en voorkomt ze dat ze opgebrand raakt.

Minder contact zoeken lijkt misschien makkelijker, maar het helpt niet echt. Juist door contact te houden en je emoties te delen, blijf je sterker in je werk.

Meer werken om werk in te halen lijkt misschien een oplossing, maar dat maakt de vermoeidheid en stress alleen maar erger zonder de oorzaak aan te pakken.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/kernwaarden-en-principes>

https://scholarlypublications.universiteitleiden.nl/handle/1887/3754287?solr_nav%5Bid%5D=6ba2b7808978496d760c&solr_nav%5Bpage%5D=0&solr_nav%5Boffset%5D=0



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Fysieke dimensie

Vraag 21
<u>Omschrijving:</u> Mevrouw van Veen is 84 jaar oud. Ze is opgenomen in het hospice en is bedlegerig. Ze heeft al enkele dagen nauwelijks gegeten en gedronken en is niet meer aanspreekbaar. Haar dochter vraagt of er geen infuus nodig is om uitdroging te voorkomen.
<u>Vraag:</u> Wat is de juiste informatie die je aan de dochter geeft?
<u>Antwoord:</u> A. Uitleggen dat uitdroging in de stervensfase een normaal onderdeel is van het stervensproces en dat vochttoediening geen voordelen biedt voor het comfort of de kwaliteit van leven van haar moeder. Vochttoediening kan soms meer nadelen dan voordelen hebben, zoals vochtophoping en benauwdheid. B. Uitleggen dat uitdroging de stervensfase ernstig kan compliceren en dat daarom altijd vocht moet worden toegediend, bij voorkeur via een infuus.
<u>Toelichting:</u> Antwoord A is goed. Het juiste antwoord aan de dochter is uitleggen dat in de stervensfase uitdroging een natuurlijk onderdeel van het stervensproces is en niet voorkomen hoeft te worden. Het toevoegen van vocht kan in sommige gevallen zelfs ongemak veroorzaken, zoals vochtophoping in de longen, waardoor de patiënt benauwd kan worden. Het is belangrijk om de dochter op een begripvolle manier te informeren over de focus op comfort en waardigheid in deze fase.
<u>Bron:</u> https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/dehydratie-en-vochttoediening



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 22
<u>Omschrijving:</u> Mevrouw Van Dijk, 81 jaar oud, krijgt palliatieve zorg thuis. Ze heeft sinds enkele dagen waterige diarree, drie tot vijf keer per dag. Ze gebruikt morfinepleisters tegen pijn en heeft onlangs last gehad van obstipatie. Ze voelt zich vermoeid en klaagt over een branderig gevoel rondom de anus. De mantelzorger vraagt wat er gedaan kan worden om de situatie te verbeteren.
<u>Vraag:</u> Welke actie is het meest passend voor de verpleegkundige om zelfstandig te ondernemen?
<u>Antwoord:</u> A. Breng de situatie in kaart, bespreek de bevindingen met de huisarts, en werk samen op basis van palliatief redeneren aan de meest waarschijnlijke oorzaak van de diarree én aan de huidirritatie. B. Focus op regelmatig verschonen en huidverzorging om de irritatie te verminderen. C. Stel vast dat het om overloopdiarree gaat en informeer de huisarts daarover.

Toelichting:

Antwoord A is goed. Breng de situatie in kaart, bespreek de bevindingen met de huisarts, en werk samen op basis van palliatief redeneren aan de meest waarschijnlijke oorzaak van de diarree én aan de huidirritatie.

Als verpleegkundige kun je zelfstandig de situatie analyseren: observeer de frequentie, consistentie en eventuele andere factoren zoals recent obstipatie of medicatiegebruik (bijvoorbeeld morfine).

Breng de mogelijke oorzaken (zoals overloopdiarree) in kaart en bespreek dit met de huisarts. Op basis van palliatief redeneren maak je samen met de huisarts een plan dat zowel de oorzaak als de symptomen, zoals huidirritatie, behandelt. Dit biedt de meest complete aanpak van het probleem.

Antwoord B is onjuist, omdat huidverzorging en hygiëne toepassen alleen het symptoom aanpakt, maar de oorzaak van de diarree negeert. Dit leidt mogelijk tot aanhoudende klachten voor mevrouw Van Dijk en vermindert haar comfort niet duurzaam.

Antwoord C is onjuist. Een verpleegkundige mag haar gedachten over de oorzaak van diarree bespreken met de arts, maar een diagnose zoals 'overloopdiarree' vaststellen valt buiten haar bevoegdheden. Een onvolledige rapportage aan de huisarts kan ertoe leiden dat niet alle relevante factoren worden meegenomen in de behandeling.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/diarree>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Spirituele dimensie (Zingeving)

Vraag 23

Omschrijving:

Meneer van Haren, 78 jaar oud, heeft uitgezaaide longkanker en bevindt zich in de laatste fase van zijn leven. Hij woont nog zelfstandig, maar krijgt ondersteuning van een thuiszorgteam en zijn dochter, die dagelijks langskomt. Meneer De Vries was zijn hele leven erg zelfstandig en heeft moeite om zijn afhankelijkheid te accepteren. Hij heeft sinds kort last van sombere gevoelens en vraagt zich af wat het allemaal nog voor zin heeft. Zijn dochter merkt dat hij minder praat en zich terugtrekt. Ze maakt zich zorgen en vraagt de zorgverlener om hulp.

Vraag:

Wat is voor de zorgverlener de meest passende eerste stap in de begeleiding van meneer De Vries rond zijn vragen over zingeving?

Antwoord:

- A. Direct doorverwijzen naar een geestelijk verzorger, omdat zijn sombere gevoelens wijzen op een spirituele crisis
- B. In gesprek gaan met meneer De Vries en aandacht schenken aan zijn vragen over zingeving, en afstemmen of hij behoefte heeft aan verdere begeleiding
- C. Meneer De Vries advies geven over het versterken van zijn sociale contacten om zijn gevoelens van somberheid te verlichten.

Toelichting:

Antwoord B is goed. Je kan het best in gesprek gaan met meneer De Vries. Door met een luisterende houding en open vragen in gesprek te gaan, kan de zorgverlener meneer De Vries helpen om zijn vragen te verkennen. Dit biedt de mogelijkheid om de ondersteuning af te stemmen op zijn behoefte, zonder iets op te dringen.

Het ABC-model kan de zorgverlener hierbij helpen:

Aandacht schenken aan zingeving en spiritualiteit door een luisterende houding, waarmee de zorgverlener interesse toont en de spirituele dimensie van de zorg integreert.

Begeleiding aanbieden als meneer De Vries daar behoefte aan heeft, waarbij aandacht voor levensvragen past bij goede zorg maar begeleiding niet opgedrongen wordt.

Crisisinterventie toepassen als er sprake zou zijn van een spirituele crisis, waarbij diepgaande existentiële vragen leiden tot wanhoop of verlies van balans.

Uiteraard is het ook belangrijk bij de dochter na te gaan of zij ondersteuning nodig heeft.

Direct doorverwijzen naar een geestelijk verzorger, is onjuist. Hoewel meneer De Vries mogelijk worstelt met existentiële vragen, is het niet direct noodzakelijk om een crisisinterventie aan te vragen. De zorgverlener kan eerst zelf aandacht schenken en luisteren om zijn behoefte te verkennen.

Meneer De Vries advies geven over het versterken van zijn sociale contacten is onjuist. Hoewel sociale contacten kunnen bijdragen aan het welzijn, moet de zorgverlener hier eerst stilstaan bij zijn existentiële vragen. Het gesprek zou gericht moeten zijn op zijn zingeving en levensvragen, in plaats van direct praktische adviezen te geven.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/zingeving-en-spiritualiteit>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 24

Omschrijving:

Mevrouw Bakker, 85 jaar, woont in een verpleeghuis en is terminaal ziek. Ze was altijd actief in haar geloofsgemeenschap en hecht veel waarde aan zingeving en spiritualiteit. Mevrouw Bakker uit regelmatig zorgen over haar naderende einde, en vraagt zich af of ze "goed" geleefd heeft en wat haar te wachten staat. Ze praat vaak met de verzorgende over haar angsten en twijfels, en ze geeft aan dat ze haar laatste levensfase als waardevol wil beleven.

Vraag:

Hoe kan de zorgverlener het beste aansluiten bij de zingeving- en spirituele behoeften van mevrouw Bakker in haar laatste levensfase?

Antwoord:

- A. Mevrouw Bakker aanmoedigen om afleiding te zoeken, bijvoorbeeld door een boek te lezen of een andere activiteit te ondernemen.
- B. In gesprek gaan met mevrouw Bakker en haar ondersteunen bij de thema's van het Ars Moriendi model, zoals zinvol leven, balans in relaties, en acceptatie van de dood.
- C. Mevrouw Bakker adviseren om haar laatste wensen op papier te zetten voor haar familie en zorgverleners.

Toelichting:

Antwoord B is goed. Het Ars Moriendi-model van Carlo Leget biedt een waardevolle leidraad om met mevrouw Bakker in gesprek te gaan over de thema's die voor haar in deze laatste levensfase van betekenis zijn. Denk hierbij aan zingeving, balans in relaties, acceptatie van de dood, omgaan met lijden en het vinden van rust. Door samen stil te staan bij deze onderwerpen, krijgt mevrouw Bakker ruimte om haar angsten, twijfels en verlangens te delen, en kan zij ondersteund worden in haar spirituele zoektocht. Deze benadering sluit beter aan bij haar behoeften dan antwoord A, dat vooral inzet op afleiding, of antwoord C, dat de nadruk legt op praktische zaken. Beide missen de diepgang die nodig is om werkelijk aan te sluiten bij de existentiële vragen waarmee mevrouw Bakker worstelt.

Toelichting: Het Ars Moriendi model biedt vijf belangrijke thema's voor een goede dood:

- Levens einde en betekenis: Mevrouw Bakker wil haar laatste levensfase als zinvol ervaren. De zorgverlener kan haar helpen om na te denken over wat waardevol is.
- Balans in relaties: Inzicht in haar relaties kan haar helpen verzoening te vinden of zaken af te ronden.
- Zelfstandigheid en overgave: Helpt haar de balans te vinden tussen haar eigen keuzes en het loslaten van controle.
- Lijden en troost: De zorgverlener kan mevrouw Bakker ondersteunen bij het omgaan met lichamelijk en psychisch lijden.
- Toekomstperspectief: Dit geeft ruimte aan gedachten over leven na de dood, afhankelijk van mevrouw Bakker's geloof en overtuigingen.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/zingeving-en-spiritualiteit>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Stervensfase

Vraag 25

Omschrijving:

Mevrouw Jansen, 84 jaar oud, wordt verzorgd door haar familie en een thuiszorgteam in haar laatste levensfase. Ze ging een paar dagen geleden plotseling achteruit, is sindsdien bedlegerig, eet niet en drinkt nauwelijks meer, en haar huid vertoont circulatievlekken. De familie maakt zich zorgen over haar onrust en vraagt wat ze kunnen verwachten en hoe ze mevrouw Jansen het beste kunnen ondersteunen.

Vraag:

Wat is voor de verpleegkundige/verzorgende de eerste stap in de zorg voor mevrouw Jansen?

Antwoord:

- A. In overleg gaan met de huisarts om palliatieve sedatie op te starten
- B. De stervensfase markeren en dit bespreken met de familie
- C. Mevrouw Jansen regelmatig verplaatsen om onrust door doorligwonden te voorkomen.

Toelichting:

Antwoord B is goed. Op basis van de klinische symptomen zoals bedlegerigheid, niet meer eten of drinken, en circulatievlekken, kan de stervensfase worden gemarkeerd. Het is belangrijk om dit met de familie te bespreken en hen uitleg te geven over wat zij kunnen verwachten, inclusief mogelijke symptomen en de zorg die nu noodzakelijk is. Je legt in het zorgdossier vast dat de stervensfase is ingetreden en communiceert dit met andere zorgverleners.

Palliatieve sedatie opstarten om de onrust te verminderen is onjuist (A). Palliatieve sedatie kan soms nodig zijn, maar dit wordt alleen overwogen wanneer het lijden ondraaglijk is en niet anders verlicht kan worden. Eerst moet duidelijk zijn of andere interventies, zoals uitleg en medicatie kunnen helpen.

Wisselgigging toepassen in de stervensfase is onjuist (C). In de stervensfase is comfort het belangrijkste. Regelmatig verplaatsen kan ongemak en pijn veroorzaken voor mevrouw Jansen. Het is beter om haar in een comfortabele positie te laten rusten en zo nodig pijnstilling te geven.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/stervensfase>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 26Omschrijving:

Dhr. De Vries, 76 jaar, ligt in het ziekenhuis met vergevorderde longkanker. De arts heeft vastgesteld dat hij in de stervensfase is beland. Hij heeft moeite met ademen (dyspneu) en vertoont tekenen van angst. Dhr. De Vries is nauwelijks aanspreekbaar en zijn familie is bezorgd over zijn benauwdheid. De verpleegkundige overlegt met de arts over een plan om de symptomen van Dhr. De Vries te verlichten.

Vraag:

Wat kan de verpleegkundige nu het beste doen om Dhr. De Vries en zijn familie te ondersteunen?

Antwoord:

De familie uitleggen dat benauwdheid een veelvoorkomend symptoom is in de stervensfase en:

- A. Zuurstof toedienen en de familie geruststellen dat dit de benauwdheid zal verlichten
- B. De familie ondersteunen in het accepteren van de situatie
- C. Met de familie en arts overleggen over het starten van morfine en de familie uitleg geven over het doel van deze medicatie.

Toelichting:

Antwoord C is juist.

Het is allereerst belangrijk om de familie informatie te geven over een gewoon stervensproces. En daarbij uit te leggen dat benauwdheid een veelvoorkomend symptoom is in de stervensfase.

Met de familie en arts het starten van morfine bespreken is de juiste keuze. Morfine is een effectieve behandeling voor dyspneu in de stervensfase, maar moet worden voorgeschreven door een arts. De verpleegkundige speelt een belangrijke rol in het bespreken van deze optie met de arts en in het informeren van de familie over het doel en de werking van de medicatie.

Zuurstof toedienen is onjuist. Zuurstof heeft vaak een beperkt effect op dyspneu in de stervensfase, en de focus zou moeten liggen op comfort en symptoombestrijding met bijvoorbeeld morfine, in overleg met de arts.

Het is belangrijk om de familie emotionele ondersteuning te bieden. Maar daarnaast moet de verpleegkundige ook actie ondernemen om de symptomen te verlichten, zoals het overleggen met de arts over medicatie. Enkel uitleggen en accepteren is onvoldoende als er ook mogelijkheden zijn voor verdere symptoombestrijding.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/stervensfase>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Vraag 27

Omschrijving:

Mevrouw Bos, 84 jaar oud, woont in een verpleeghuis en heeft vergevorderde dementie. Mevrouw eet en drinkt niet meer, en is ernstig verzwakt. Het multidisciplinair team verwacht een overlijden binnen enkele weken. Haar dochter maakt zich zorgen en vraagt of er een infuus gegeven kan worden om haar moeder vocht toe te dienen. De dochter voelt zich machteloos en wil graag iets doen om haar moeder te helpen.

Vraag:

Wat kan de verpleegkundige nu het beste doen om de dochter te ondersteunen en mevrouw Bos comfort te bieden?

Antwoord:

- A. Het infuus-verzoek bespreken met de arts, omdat dit de vochtbalans van mevrouw Jansen kan herstellen en haar toestand mogelijk kan verbeteren.
- B. De dochter uitleggen dat het toedienen van vocht via een infuus in de stervensfase geen verbetering van het welzijn geeft, en bespreken hoe de focus ligt op comfort.
- C. Proberen mevrouw Jansen regelmatig slokjes water in te laten nemen, zodat zij zoveel mogelijk binnenkrijgt.

Toelichting:

Antwoord B is goed. In de stervensfase is het normaal dat patiënten niet meer eten en drinken. De patiënt sterft niet omdat hij niet meer eet en drinkt, maar omdat de patiënt stervende is, eet en drinkt hij niet meer.

In de stervensfase draagt het toedienen van vocht via een infuus meestal niet bij aan een beter welzijn en kan zelfs belastend zijn voor de patiënt. Het kan leiden tot complicaties zoals vochtophoping en ongemak. Het is belangrijk om de dochter hierover op een empathische manier te informeren en te focussen op comfortmaatregelen voor mevrouw Jansen, zoals mondzorg om een droge mond te voorkomen. Het infuus-verzoek bespreken met de arts (A) is daarom ook onjuist.

Proberen mevrouw Jansen slokjes water in te laten nemen (C), is onjuist. Het is in de stervensfase normaal dat patiënten stoppen met eten en drinken, en hen dwingen of aansporen om toch iets in te nemen kan onnodig belastend zijn. Comfort en rust staan in deze fase voorop, en vocht kan op een andere manier (zoals mondzorg) worden toegediend om ongemak te verminderen.

Bron:

<https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/stervensfase>



[Terug naar inhoudsopgave](#)

Verlies en rouw

Vraag 28

Vraag:

Wat is anticiperende rouw?

Antwoord:

- A. Het beleven van het verdriet van een verlies dat nog zal plaatsvinden
- B. Het ontbreken van acceptatie van een verlies
- C. Vooraf via rituelen aandacht besteden aan een aanstaand verlies

Toelichting:

Antwoord A is goed. Anticiperende rouw verwijst naar het proces waarbij iemand al vóór het daadwerkelijke verlies (bijvoorbeeld bij een ernstige ziekte of afscheid) gevoelens zoals verdriet, angst of onzekerheid ervaart. Het helpt mensen zich emotioneel voor te bereiden op wat komen gaat. Antwoord B is onjuist: Dit antwoord legt de nadruk op het ontbreken van acceptatie, terwijl anticiperende rouw juist gaat over het ervaren van emoties vóór een verlies. Acceptatie kan daarbij wel of niet aanwezig zijn, maar is niet bepalend voor het begrip zelf. Antwoord C is onjuist: Rituelen kunnen een ondersteunend middel zijn in de omgang met verlies, maar vormen niet de definitie van anticiperende rouw.

Bron:

[https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/rouw/inleiding-\(1\)](https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/rouw/inleiding-(1))



[Terug naar inhoudsopgave](#)

