



Keuzedeel palliatieve zorg mbo

Thema 3 Signaleren en markeren

DOCENTENHANDLEIDINGEN

Hieronder treft u een aantal docentenhandleidingen aan. In de basis PowerPoint pijn en dyspneu is de achtergrondinformatie per dia verwerkt in de notities van de PowerPoint.

Ten aanzien van de opdracht 'Beroepsbekwaam - dyspneu': hierin staan een aantal stellingen vermeld. De antwoorden op deze stellingen vindt u hier:

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 ademprequentie 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

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

6. Stikken komt regelmatig voor

Onjuist



Keuzedeel palliatieve zorg mbo

Thema 3 Signaleren en markeren

Voor de basis Powerpoint delier, vermoeidheid en misselijkheid en braken is een aparte docentenhandleiding geschreven welke u hieronder kunt vinden.

Docentenhandleiding Delier basis Powerpoint

Algemeen:

U ontvangt een basis PowerPoint delier. Deze PowerPoint is opgebouwd uit diverse slides met veel inhoudelijke informatie. Om de PowerPoint interactief in te zetten, kunt u naar eigen inzicht werkvormen toepassen.

Pretoets

Begin de les met de startvragen. Zorg voor 1 exemplaar per persoon en gebruik de vragen van de sheet.

Achtergrondinformatie bij presentatie delier

Dia 3. 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 4, 5 & 6 (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 opioïden (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 7. 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 opwindning. Daarnaast kennen we het hypoactieve delier, wat gekenmerkt wordt door apathie. Vaak zie je mengvormen.

Dia 8. 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 9. Terminaal delier

Terminaal delier optie: lees casus voor (zie handboek palliatieve zorg). Angst, apathie, opwindning, 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 10. Filmpje-animatie van Delier

Dia 11 & 12. 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 premorbide 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 13. 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 14. 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 15. Wat kun jij als verzorgende/verpleegkundige doen?

Dia 16. Hoe communiceer je met patiënt en naasten?

Dia 17. 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 18. 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 19. 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 20. 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 21. 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.

Dia 22. 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 23. 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 24. Toets nalopen

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

Docentenhandleiding bij basis PowerPoint vermoeidheid

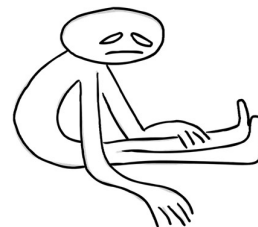
Vermoeidheid

De student kan:

Leer-/lesdoelen

De student kan;

- de oorzaken van vermoeidheid verwoorden;
- kan de verschillende vormen van vermoeidheid verwoorden;
- aangeven wat de invloed van vermoeidheid is op lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden van de zorgvrager;
- kan beredeneren welke interventies passend zijn.



Inhoud	Materiaal
Introductie: - Onderwijsleergesprek over betekenis vermoeidheid	Powerpoint
Doceren - Oorzaken, symptomen, invloed en interventies bij vermoeidheid	Powerpoint
- Afsluiten	

Toelichting dia's

De docent kan zelf dia's toevoegen/veranderen waar nodig.

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) onderscheid 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

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 4 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 5 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 6-8 Wat kun je doen?

- 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 9 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.

Bron: J. Haan. Beter Thuis Wonen- netwerk palliatieve zorg IJssel-Vecht en Noordoost-Overijssel 2018.

Docentenhandleiding misselijkheid en braken bij basis PowerPoint

Misselijkheid en braken

De student kan:

- de oorzaken van misselijkheid/braken verwoorden
- de symptomen van misselijkheid/braken verwoorden
- aangeven welke invloed misselijkheid/braken hebben op lichamelijk, sociaal en psychisch welbevinden van de patiënt
- benoemen welke interventies toegepast kunnen worden bij misselijkheid/braken

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.



Keuzedeel palliatieve zorg mbo

Thema 3 Signaleren en markeren

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 11).

De casus van meneer van Roermond is verwerkt in onderstaand 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.



Keuzedeel palliatieve zorg mbo

Thema 3 Signaleren en markeren

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 spirivia 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?



Keuzedeel palliatieve zorg mbo

Thema 3 Signaleren en markeren

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?)

Spiritueel:

Betekenis

Opties:

Hoe kijkt de zorgvrager terug op zijn leven?

Wat zou de zorgvrager nog graag willen?

Zingeving

Opties:

Inschakeling geestelijk verzorger?

Waar geniet meneer van?

Heeft meneer steun aan zijn geloof? Etc.

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?



Keuzedeel palliatieve zorg mbo

Thema 3 Signaleren en markeren

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?

Achtergrondinformatie bij deze PowerPointpresentatie

NB. De dia's kunnen naar inzicht van de docent gebruikt worden. Bron:

<http://www.pallialine.nl>

Misselijkheid en braken

Dia 2 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 3 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 4 Oorzaken

Vertraagde maagontlediging (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 labrynt: Wagenziekte, ziekte van Ménière of labyrinthitis
- Tumor van binnen- of middenoor/schedelbasis

Dia 5 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.

Bijv.: de hoeveelheid van het braaksel kan wijzen op vertraagde maagontlediging of geen passage. Nog maar kleine beetjes kunnen eten, houdingsafhankelijk, kortademigheid (ascites).

Dia 6 Beleid

Indien mogelijk, wordt de oorzaak behandeld. Hierbij kan gedacht worden aan gerichte antitumorthérapie (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.

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) en het consultteam palliatieve zorg (telefoonnummer 0900-2021745).

Dia 7-10

Medicamenteuze symptomatische behandeling

Dia 11

Casus

Mevr. J.Haan. Verpleegkundige Beter Thuis Wonen. Netwerk Palliatieve Zorg IJssel-Vecht en Noordoost-Overijssel. 2018.



Keuzedeel palliatieve zorg mbo

Thema 3 Signaleren en markeren

Voor inspirerende onderwijsmaterialen en leerdoelen zie link

Bekijk [hier](#) de leerdoelen

