***Opdrachten verdieping palliatieve zorg student***

# **Opdracht 1: Afscheid**

Bekijk het filmpje ‘James Moving on’, deze kun je vinden in de wiki.

Na het bekijken van dit filmpje beschrijf je wat palliatieve zorg voor jou symboliseert.

Hierbij kun je o.a. denken aan:

* Langzaam  afscheid nemen
* Draad vasthouden/terugtrekken -> loslaten is moeilijk
* Accepteren dat het einde nabij is -> uitstekende hand, samen op bed liggen

Beschrijf in maximaal één A4 wat het filmpje voor jou symboliseert en lever dit in bij je docent.

# **Opdracht 2: Visie**

Bij de oefenopdracht 1 uit de digibib heb je gekeken naar de visie en de uitgangspunten met betrekking tot palliatieve zorg van de instelling. In deze opdracht ga je beschrijven wat je eigen visie en uitgangspunten zijn met betrekking tot palliatieve zorg en hoe je dit wilt laten zien in je gedrag.

* Beschrijf een casus, bij voorkeur van een patiënt bij jouw op de afdeling, in de palliatieve fase (wanneer dit niet mogelijk is mag het een zelfbedachte casus zijn). Overleg met je werkbegeleider en laat de casus tekenen voor akkoord.
* Beschrijf je eigen visie en uitgangspunten met betrekking tot palliatieve zorg.
* Hoe verhouden jouw visie en uitgangspunten zich tot die van de instelling en / of afdeling.
* Hoe vertaal je jouw visie in je gedrag?

Beschrijf dit in een verslag van maximaal vier A4 en lever dit in bij je docent.

# **Opdracht 3: Final commen pathway**

* Lees de blog van Sander de Hossen. Deze kun je vinden in bijlage 1.
* Je schrijft een verslag over het onderwerp ‘final commen pathway’ aan de hand van literatuur en bestudeert wat dit inhoudt. Gebruik hiervoor minimaal 2 bronnen.
* In je verslag moeten de volgende onderwerpen aan bod komen;
  + Welke symptomen heb je kunnen vinden bij de final common pathway?
  + Wat neem je mee over de behandeling ten aanzien van reutelen?
  + Welke interventies heb je kunnen vinden op het gebied van psychosociale zorg?
* Beschrijf een casus (bij voorkeur van een patiënt bij jouw op de BPV afdeling) in de palliatieve fase (wanneer dit niet mogelijk is mag het een zelfbedachte casus zijn).

***Je mag hiervoor de casus uit opdracht 2 gebruiken.***

Vertaal in de casus bovenstaande punten naar jouw praktijkervaring: Hoe is het gegaan, en klopt dit met de visie van jouw afdeling en je eigen visie?

Beschrijf dit in een verslag van maximaal drie A4 en lever dit in bij je docent.

# **Opdracht 4: Pijn**

* Bekijk het filmpje uit onderstaande link, je kunt de link ook vinden in de wiki.

<https://www.youtube.com/watch?v=5rxJbNDdDHU&t=219s>

* Leg het verschil aan je werkbegeleider uit tussen neuropatische en nociceptieve pijn.
* Maak onderstaande toets over palliatieve sedatie en bespreek deze met je werkbegeleider.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Toets palliatieve sedatie** | | |
|  | Juist | Niet juist |
| 1. Palliatieve sedatie is het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase. |  |  |
| 1. Palliatieve sedatie wordt altijd continu, tot aan het overlijden toegepast. |  |  |
| 1. Een refractair symptoom is een symptoom dat onbehandelbaar is gegeven het effect, de tijd totdat effect optreedt en de belasting van de interventie en/of bijwerkingen voor de patiënt. |  |  |
| 1. Bij palliatieve sedatie dient een expert geconsulteerd te worden om te beoordelen of aan alle palliatieve opties gedacht is. |  |  |
| 1. Palliatieve sedatie is normaal medisch handelen. |  |  |
| 1. Midazolam, morfine en haloperidol zijn goede middelen om een patiënt te sederen. |  |  |
| 1. De wens van een stervende patiënt om het einde niet bewust mee te hoeven maken valt onder de indicatie van palliatieve sedatie. |  |  |
| 1. Bij continue palliatieve sedatie is het belangrijk dat de patiënt een beetje vocht toegediend krijgt, om te voorkomen dat hij dorst krijgt. |  |  |
| 1. Adequaat toegepaste sedatie leidt niet tot bespoediging van het overlijden |  |  |
| 1. Voorwaarde voor diepe, continue palliatieve sedatie is een levensverwachting van maximaal twee weken |  |  |
| 1. Als je bij palliatieve sedatie voldoende midazolam geeft, Kan de morfine gestaakt worden. |  |  |
| 1. In acute situaties kan een arts besluiten een patiënt te sederen, zonder dit met de patiënt te bespreken. |  |  |
| 1. Voor euthanasie en palliatieve sedatie gelden een wettelijke meldingsplicht. |  |  |
| 1. Bij continue sedatie wordt gestreefd naar een diepe sedatie (graad 3) |  |  |

Bijlage 1:

<https://sanderdehosson.webnode.nl/final-common-pathway2/>

De vrouw is in paniek. Ze klampt zich aan me vast. 'Dokter, hij stikt! Kom mee, hij stikt!' Geschrokken loop ik achter haar aan, maar ik tref een andere situatie aan dan ik verwachtte. De man ligt heel rustig op zijn zij. Dan hoor ik waar ze op doelt: bij elke ademteug komt er een luid schurend geluid uit de diepte van zijn keel. 'Dit is geen stikken, maar reutelen,' stel ik. Ik ken dit symptoom maar al te goed, en de angst die het kan veroorzaken is op niets gestoeld.

Reutelen ('de doodsreutel') is een veelvoorkomend symptoom in de laatste levensfase; het ontstaat doordat slijm zich verzamelt in de keelholte. Patiënten zijn niet goed meer in staat dit slijm op te hoesten door suffigheid en afname van reflexen. Hoewel het voor de familie soms erg verontrustend is, duidt niets erop dat de patiënten er zelf hinder van ondervinden. Ze worden er niet benauwder van, en van stikken is al helemaal geen sprake. Zoals vaker bij gebeurtenissen in en rond het sterfbed is geruststelling op zijn plaats. Medicatie die het slijm indroogt, zoals atropinedruppeltjes of Buscopan, behandelt vooral de familie. Uitzuigen is zinloos, belastend en mogelijk zelfs schadelijk.

De aanloop naar de stervensfase verschilt per ziekte, maar deze verschillen vallen vrijwel weg als het stervensproces begint. Dit fenomeen wordt de *final common pathway* genoemd; doodgaan doen we grotendeels op dezelfde manier.

Of een longontsteking de oorzaak is, een darmobstructie of een progressieve vorm van kanker, in de laatste dagen van het leven treedt onder invloed van verschillende stofjes bij elke stervende een vrijwel identieke kettingreactie op. Centraal hierbij staat de achteruitgang in hartfunctie, waardoor er zuurstoftekort ontstaat in vrijwel alle organen. Doordat het hart minder goed functioneert, daalt de bloeddruk en gaan mensen minder plassen. Ook wordt de huid bleker door de slechtere doorbloeding; dit is vaak goed te zien rond de neus, die tevens spitser wordt. Op de benen ontstaan karakteristieke verkleuringen, die van oudsher de onvriendelijke naam 'lijkvlekken' hebben. Door het zuurstoftekort in de hersenen raken mensen suffer en nemen de reflexen af. Uiteindelijk leidt dit zuurstoftekort in de hersenen tot een bijna klassiek kenmerk van doodgaan: de Cheyne-Stokes-ademhaling. Hierbij verloopt het ademen met horten en stoten, en vallen er steeds langere adempauzes. Net als bij reutelen heeft een patiënt hier eigenlijk geen last van, maar voor een familie kan ook dit behoorlijk schrikken zijn. Er is niets aan te doen en dat hoeft ook niet, afgezien van het uitgebreid voorlichten van de naasten.

Al verlopen de reacties vrijwel identiek, de factor tijd kan verschillen. Soms volgen de gebeurtenissen elkaar razendsnel op en hebben een patiënt en zijn naasten nauwelijks tijd om afscheid te nemen, een andere keer neemt het lichaam alle tijd. De dood laat zich, behalve in het geval van euthanasie, niet controleren. Gelukkig maar.

'Hier heeft de natuur de regie,' vertel ik vaak aan naasten rond het bed. 'Of God, zo u wil. In ieder is de regie niet meer in onze handen.' En misschien is ze dat nooit geweest, bedenk ik  
soms wat cynisch.

Uitleg en begeleiding vormen de essentie van zorg rond het sterfbed. Het is belangrijk alle eerdergenoemde symptomen te onderkennen en te duiden. Deze zorg is vaak een geraffineerd samenspel van teamwork, kennis, intuïtie en kunde. Het miskennen van de signalen die een stervend lichaam geeft, kan leiden tot onder behandeling van wél belastende symptomen.  
Daarnaast kan ontoereikende informatie over het beloop van een sterfbed leiden tot onnodige angst over wat er gebeurt, zowel bij de patiënt als de familie.

Uiteraard zal geen dokter erover twijfelen om krachtige medicijnen te geven als er toch belastende klachten als benauwdheid of pijn ontstaan.

Als ik later terugkom zit de vrouw op een zwarte klapstoel naast het bed van haar stervende man. Haar grijze haardos hangt los om  haar gezicht heen; het was mij aanvankelijk niet eens  
opgevallen, maar ze verontschuldigt zich ervoor. 'Ik heb slecht geslapen.' Vervolgens luistert zij zwijgend naar het zacht reutelende geluid van de ademhaling, die regelmatig even stokt.

Gelukkig is er rust, denk ik. Rust bij naasten rond een sterfbed is minstens net zo belangrijk als een fatsoenlijk sterfbed voor de patiënt zelf. Goede uitleg over alles wat er rond het sterven  
gebeurt, is beslist geen detail, maar juist een cruciaal onderdeel van de stervensbegeleiding.

----------------------

Sander de Hosson is longarts en auteur van verhalen over palliatieve zorg (de zorg voor patiënten die ongeneeslijk ziek zijn. Op 20 maart verschijnt zijn verzamelde werk bij uitgeverij de Arbeiderspers in de bundel 'Slotcouplet'.

Meer info over Slotcouplet: [https://www.singeluitgeverijen.nl/de-arbeiderspers/boek/slotcouplet/](http://www.singeluitgeverijen.nl/de-arbeiderspers/boek/slotcouplet/)