**Afbeelding met persoon, kijken, jong, kind

Automatisch gegenereerde beschrijving**Afbeelding met tekening, klok, licht

Automatisch gegenereerde beschrijving****

End of life webinars

De webinarreeks “end of life issues” bestaat uit 4 onderdelen en is bedoeld voor artsen, geestelijk verzorgers, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden die zowel binnen als buiten het ziekenhuis, in aanraking komen met patiënten in een palliatieve setting, in het bijzonder de stervensfase.

We hebben er bewust voor gekozen om de doelgroepen te mixen vanwege het voor de palliatieve zorg kenmerkende multidisciplinaire en interdisciplinaire karakter. Bovendien bleek uit de feedback van de eerder door ons gegeven webinars dat het mixen van zorgprofessionals veel onderlinge “kruisbestuiving” gaf.

Zoals gezegd betreft het een vierluik:

Deel 1: existentiële problematiek in het bijzonder bij moslims

Deel 2: palliatieve zorg bij specifieke ziektebeelden (als eerste binnen de oncologie)

Deel 3: palliatieve sedatie

Deel 4: stervensfase

Alle onderdelen zijn opgebouwd volgens een zelfde format nl: aan de hand van casuïstiek worden de belangrijkste problemen én uitdagingen met betrekking tot het betreffende onderwerp belicht. Er wordt veel interactie van de deelnemers verwacht.   
De bedoeling is dat het geleerde direct de volgende dag in de praktijk toegepast kan worden.

Gedurende de hele live webcastsessie die per deel gedaan wordt bestaat er de mogelijkheid om vragen te stellen via inhoudsdeskundige moderatoren.  Deze vragen kunnen door iedere deelnemer worden gesteld via een chat. De moderatoren houden deze chat in de gaten, geven direct antwoord en bij interessante en/of veelvoorkomende vraag breken zij in in de presentatie en stellen de vraag aan de docent, die vervolgens antwoordt.   
Na afloop wordt de chat bekeken en eventueel nog missende antwoorden alsnog aangevuld.

Iedere sessie duurt 90 minuten. Tijdens de sessie zullen via een poll op meerdere momenten vragen worden gesteld en stellingen getoond, hiermee wordt zowel kennis als aanwezigheid getoetst.   
Ook wordt de aanwezigheid getoetst door achteraf na te gaan wie daadwerkelijk heeft ingelogd, hoelang er is gekeken en of er actief is meegedaan aan de pollvragen.   
Deelnemers die niet hebben gereageerd op de poll vragen, krijgen een eindtoets t.b.v. accreditatie.  
Tot slot wordt er aan het eind van de webinar een enquête gehouden over de ervaren kwaliteit van de scholing. Deze informatie gebruiken wij om onze scholingen te verbeteren.

Enkele dagen na de live webcast zal de presentatie, een replay, enige aanvullende informatie en een door ons bewerkte (geanonimiseerde en aangevulde) versie van de chat naar alle deelnemers worden opgestuurd.

Hieronder volgt een beschrijving per deel

**Deel 1: existentiële zorgen (ihb moslims)**

Door: Mustafa Bulut, geestelijk verzorger en imam,

Moderatoren: Sabine Netters, internist-oncoloog, Sander de Hosson, longarts en Etje   
 Verhagen, psycholoog & geestelijk verzorger

Duur: 90 min

Vorm: webcast

Datum: variabel

De deelnemer kan:

* de in de palliatieve fase voorkomende angsten en existentiële zorgen, maar in het bijzonder tijdens de stervensfase herkennen bij zowel patiënt als naasten
* signaleren wanneer er een indicatie bestaat om een geestelijk verzorger in consult te vragen
* in eigen woorden vertellen aan patiënt en familie wat de rol van de rol van de geestelijk verzorger is en waarom deze in consult wordt gevraagd.
* (h)erkennen in hoeverre de eigen culturele en/of religieuze achtergrond c.q. overtuiging een rol speelt in de benadering van patiënten met een andere achtergrond
* begrijpen in hoeverre waarden en overtuigingen van mensen met een andere achtergrond een rol spelen in de perceptie met name m.b.t. end of life kwesties
* haar eigen zorgen signaleren en bespreek maken in het team
* de zorgen bij collega’s (h)erkennen en daar over in gesprek gaan op een veilige en positieve manier

Presentatie via deze link in te zien (evt copy-paste in browser):   
<https://drive.google.com/file/d/1ATiTU-wDPOlEw1N6eSWJ7lc-NR2Eh5dn/view?usp=sharing>

Toetsing middels poll vragen die tijdens de webinar ingevuld moeten worden:

1. Yousra (80 jaar, vrouw, spreekt geen Nederlands) heeft een tumor in haar hals. Ze ademt moeilijk en duidelijk hoorbaar. Op een gegeven moment krijg je het gevoel alsof zij zonder adem komt te zitten. Welke stap zet je als eerst?
2. Direct ingrijpen. Ik breng haar in comfort. Ik sedeer haar, zodat ze geen benauwdheid meer ervaart
3. Ik bel de familie en breng hen op de hoogte van de situatie
4. Ik vraag de patiënt om toestemming om haar te sederen

1. Waarom vragen sommige moslims om een infauste prognose (ongunstig/palliatief) niet aan hun ouder te vertellen?

1. Omdat het uitspreken van een infauste prognose door de moslimpatiënt wordt beleefd alsof je op dat moment gaat sterven. Daar willen de naasten de patiënt voor beschermen
2. Alleen God (Allah) bepaalt of een ziekte geneeslijk/ongeneeslijk is en wanneer de mens zal sterven.
3. Het levenseinde of sterven is geen dagelijks thema binnen moslimculturen. Soms wordt het zelfs beschouwd als een taboe onderwerp.

1. Wat is de belangrijkste reden dat er binnen sommige culturen opvallend veel bezoekers komen als iemand ziek wordt? (2) En hoe moet je handelen als het te druk wordt en de eerste contactpersoon is afwezig?

1. (1) Ze uiten hiermee hun medeleven uit naar de patiënt. (2) vraag de hele groep om de ruimte te verlaten en zich aan het bezoekersbeleid te houden
2. (1) Ze zijn het gewend om altijd in groepen te acteren. Denk aan het moskeegebed, vasten in de Ramadan, samen op reis gaan. (2) De beveiliging erbij roepen
3. (1) Ze dragen met de patiënt samen de ziekte en de pijn. Hiermee wordt dit verlicht voor de patiënt. (2) Vraag aan de groep wie de vertegenwoordiger (leider) is, bespreek met hem het bezoekersbeleid en geef hem een actieve rol in de coördinatie van het bezoek.

Bronnen:

- richtlijn interculturele zorg rondom het levenseinde door ETZ Mustafa Bulut ea (aangepast   
 door Carend); 2021 [link](https://drive.google.com/file/d/1JJkaeXnvJlmh1nl63puEydxQD4EKstrM/view?usp=sharing)  
- Mahdi, R.N. e.a. Interculturele communicatie in de zorg. Assen: Koninklijke van Gorcum BV;   
 2019  
- Dessin, D. God is een vluchteling. Antwerpen: Polis; 2016  
- Knippenberg, T. van. Existentiële zielzorg. Kampen: Van Warven; 2018  
- Rijksen H, Heijst A. van. Levensvragen in de hulpvraag. Tilburg: DAMON; 1999

**Deel 2: palliatieve zorg bij specifieke ziektebeelden (als voorbeeld oncologie)**

tzt worden er meerdere delen ontwikkeld met andere ziekten ten grondslag, dus deel 2 kan in de toekomst bestaan uit deel 2a, b, c (bv COPD, hartfalen, nierfalen, dementie) hier zal dan separaat accreditatie voor worden aangevraagd

Door: Sabine Netters, internist-oncoloog, Sander de Hosson, longarts & Alien Vos, basisarts en   
 onderwijskundige

Duur: 90 min

Vorm: webcast

Datum: variabel

De deelnemer kan

* De voor- en nadelen van de vooruitgang in de oncologische wetenschap beschrijven en bediscussiëren
* De effecten van een vroege start van palliatieve zorg bij mensen bij kanker beschrijven;
* Verschillende benaderingen, instrumenten en momenten voor de markering van de palliatieve fase bij mensen met kanker beschrijven en bediscussiëren;
* Voorbeelden geven van veelvoorkomende symptomen/patiëntproblemen en interventies bij mensen met kanker in de palliatieve fase, terminale fase en stervensfase;
* Met behulp van voorbeelden uitleggen hoe zorg op de vier dimensies kan worden geboden aan mensen met kanker in de palliatieve fase, terminale fase en stervensfase;
* De richtlijnen voor (palliatieve) zorg aan mensen met kanker raadplegen op [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl/).

Presentatie via deze link in te zien (evt copy-paste in browser):: <https://prezi.com/view/1kwnIelv6MxQar42ezWQ/>

Toetsing middels poll vragen die tijdens de webinar ingevuld moeten worden:

Stellingen:

1. Als kanker is uitgezaaid dan maakt het niet zo veel uit welke soort het is, want het is allemaal even slecht te behandelen

Juist/onjuist

1. Systeemtherapie zoals bv chemotherapie en palliatieve zorg gaan niet samen

Juist/onjuist

1. Als zorgverlener mag je nooit iemand de hoop ontnemen

Open discussie

1. Huidkanker niet meetellend dan is de meest voorkomende kankersoort:
2. Darmkanker
3. Borstkanker
4. Alvleesklierkanker
5. De hoeveelheid mensen dat 5 jaar na de diagnose stelling nog in leven is, is ongeveer:
6. 30%
7. 50%
8. 65%
9. Dat betekent dan omgekeerd: dat ….. % binnen 5 jaar overlijdt aan kanker
10. 20%
11. 30%
12. 35%
13. Hoeveel procent van de mensen in NL wil thuis sterven?
14. 50%
15. 70%
16. > 80%
17. Casus 1 : wel of niet behandelen met chemotherapie
18. Casus 2 : wel of niet behandelen met chemotherapie
19. Casus 3 : wel of niet behandelen met chemotherapie

Bronnen:

Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer; Lancet Oncology 2018, vanButsele ea [link](https://sci-hub.se/https:/doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30060-3)

Randomised clinical trial of early specialist palliative care plus standard care versus standard care alone in patients with advanced cancer: The Danish Palliative Care Trial; Palliat Med, 2017, Groenvold ea [link](https://sci-hub.se/10.1177/0269216317705100)

Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study. BMJ supp & pall, 2020, Boddaert ea [link](https://spcare.bmj.com/content/early/2020/12/22/bmjspcare-2020-002302)

**Deel 3: palliatieve sedatie**

Door: Sabine Netters, internist-oncoloog, Sander de Hosson, longarts & Alien Vos, basisarts en   
 onderwijskundige & Rosa Sleddering, arts

Duur: 90 min

Vorm: webcast

Datum: variabel

De deelnemer kan

* Uitleggen:  
   wat palliatieve sedatie is;  
   wat het doel van palliatieve sedatie is;  
   uitleggen welke vormen van palliatieve sedatie er zijn
* Uitleggen wat het begrip proportionaliteit inhoudt
* De indicatiestelling van palliatieve sedatie, de randvoorwaarden, het besluitvormingsproces en de uitvoering per setting beschrijven
* Voorbeelden geven van (veelvoorkomende) refractaire symptomen
* De eigen rol in het proces van palliatieve sedatie beschrijven;
* Beargumenteren
  1. waarom palliatieve sedatie normaal medisch handelen is;
  2. waarom palliatieve sedatie het leven niet bekort;
  3. waarin palliatieve sedatie zich onderscheidt van euthanasie;
* De richtlijn Palliatieve sedatie raadplegen

Presentatie via deze link in te zien (evt copy-paste in browser): <https://prezi.com/view/uwhH9EBAdF7NMZqRxUvH/>

Toetsing middels poll vragen die tijdens de webinar ingevuld moeten worden:

1. Percentage aantal overlijdens (van het totaal aantal verwachte overlijdens in Nederland) door of met palliatieve sedatie in 2015?
2. 10%
3. 20%
4. 40%
5. Door welke artsen wordt het meest/vaakst palliatieve sedatie uitgevoerd?
6. Huisarts
7. Medisch specialist
8. Specialist ouderen geneeskunde
9. Bij welke onderliggende ziekte wordt palliatieve sedatie het vaakst uitgevoerd?
10. COPD
11. Hartfalen
12. Dementie
13. Kanker
14. Welk symptoom wordt het meest als refractair symptoom aangemerkt bij palliatieve sedatie?
15. Braken
16. Angst
17. Dyspnoe
18. Stelling: ik vind dat consultatie van een palliatief team zou verplicht gesteld moeten worden voordat palliatieve sedatie wordt ingezet

Ja

Nee

1. Stelling: nu proportionaliteit zo cruciaal is geworden, wordt het wel next level en zou een consultatie wel moeten

Ja

Nee

1. Stelling: een patiënt kan kiezen voor palliatieve sedatie

Ja

Nee

1. Stelling: palliatieve sedatie is een alternatief voor euthanasie

Ja  
 Nee

Bronnen:

Concept richtlijn palliatieve sedatie 2020; (mag nog niet verspreid worden van IKNL)

Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nutrition for Patients Nearing Death in the Netherlands; Annals of Int Med 2004, Rietjens ea [link](http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-141-3-200408030-00006)

Acute palliatieve sedatie uit [NTVG](https://drive.google.com/open?id=1lFpNnygabRGJ7M0A4MoADsJlsmbEacIz) 2019

Tuchtzaak “u vraagt wij draaien”, [link](https://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2016/ECLI_NL_TGZRSGR_2016_127?zoekterm=SOG&Pagina=1&ItemIndex=1) 2016

Commentaar NTVG Keijzer en Hendriks in [NTVG](https://drive.google.com/open?id=1zZzuGtiytKDUgCUj_3epfdJfRbTpOIVi) 2017

**Deel 4: stervensfase**

Door: Sabine Netters, internist-oncoloog, Sander de Hosson, longarts & Alien Vos, basisarts en   
 onderwijskundige

Duur: 90 min

Vorm: webcast

Datum: variabel

De deelnemer kan uitleggen dat:

* De stervensfase en de palliatieve fase niet hetzelfde zijn
* De stervensfase ongeacht het onderliggende ziektebeeld of proces veel overeenkomsten kent (“final common pathway”)
* Communiceren met patiënt en naasten over en tijdens de stervensfase
* Medicatie herzien in de stervensfase
* Welke symptomen het meest worden gezien in de stervensfase
* Indien nodig een symptoomgericht beleid maken bij een symptoom in de stervensfase
* Epidemiologische gegevens over sterven in Nederland herkennen

Presentatie via deze link in te zien (evt copy-paste in browser): <https://prezi.com/view/KIWuBUsHeJ9MtT7VWa1X/>

Toetsing middels poll vragen die tijdens de webinar ingevuld moeten worden:

1 Hoeveel procent (van de niet acute dus voorspelde overlijdens) overlijdt thuis?

1. 20%
2. 40%
3. 60%
4. 80%

2 Hoeveel procent zou thuis willen sterven?

1. 25%
2. 50%
3. 75%
4. 100%

3 Uiteindelijk overlijdt iedereen op een overeenkomende pathofysiologische wijze. Dit   
 wordt “the final common pathway” genoemd.

juist/onjuist

4 Cheyne-Stokes ademhaling is een uiting van:

1. Hartfalen
2. Longfalen
3. Metabool falen
4. Hersenfalen

5 Over- of onderschatten we de levensverwachting van onze patiënten?

1. overschatten (dus we geven een langere levensverwachting aan)
2. onderschatten

6 Ik overschat de levensverwachting, omdat (meerdere antwoorden mogelijk)

1. ik echt niet weet waar ik dat op zou moeten baseren
2. ik mijn patiënten toch wat hoop wil geven
3. ik denk niet dat ik de levensverwachting overschat
4. ik onthoud mij van enige uitspraak daarover

7 De helft van de patiënten die verwacht overlijden, gebruikt op de dag van overlijden   
 nog preventieve medicatie zoals vitamines, statines en trombose profylaxe

1. juist
2. onjuist, veel minder patiënten gebruiken dat soort medicijnen op de dag van hun overlijden
3. onjuist, veel meer

Bronnen:

Medication Use in the Last Days of Life in Hospital, Hospice, and Home Settings in the Netherlands; J Pall Med, 2018, Arevalo ea link

A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients; BMJ, 2003, Glare ea [link](https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.327.7408.195)

Video college Pasemeco door Alexander de Graeff, UMCU 2019 [link](https://www.youtube.com/watch?v=a1ndYlynjNY&ab_channel=Pasemeco%3Apalliatievezorginmedischonderwijs)

**Tot slot:**

Alle modules kunnen separaat gevolgd worden, maar ook als vier luik. De modules duren ongeveer 90 minuten en vergen op een later moment ongeveer een half uur om de aanvullende informatie, de bewerkte chat en de posttoets in te vullen.

Onze inschatting is dus dat er in totaal 2 uur besteed wordt per module. We houden hier bij geen rekening met eventuele bestudering van de vooraf toegezonden literatuur (omdat we dit niet goed kunnen toetsen).

April 2021

Samengesteld door:

CAREND kern

Sander de Hosson, longarts en consulent palliatieve zorg

Sabine Netters, internist oncoloog en consulent palliatieve zorg

Alien Vos, ANIOS geriatrie en onderwijskundige

CAREND Gastdocenten/moderatoren

Rosa Sleddering, Etje Verhagen, Mustafa Bulut