

Dementiezorg in de praktijk Vacatures voor verpleegkundigen!

**Neem een abonnement
nu met gratis trolley rugzak**






Nieuws

25 feb 2011

'Belangrijke rol verpleegkundige bij palliatieve sedatie'

Reed Business gebruikt cookies. [Meer info](#) [Akkoord](#)

De in 2005 geïntroduceerde Richtlijn palliatieve sedatie wordt door artsen grotendeels gevolgd, blijkt uit onderzoek van de KNMG. V&VN benadrukt de belangrijke rol van verpleegkundigen daarin.



'Verpleegkundigen zijn veelal degenen die palliatieve sedaties uitvoeren,' zegt Thirza Olden, voorzitter V&VN Palliatieve Verpleegkunde. 'Van belang is een goede deskundigheid van verpleegkundigen. De zorg voor gesedeerde patiënten omvat meer dan het toedienen van subcutane middelen, meestal via een pomp. Het vereist specifieke kennis en kunde

omtrent dosering en werking van gebruikte sedativa en beoordeling van de mate van sedatie. Het verplegen van geseerde patiënten en ondersteuning van naasten is ook onderdeel van deze zorg.'

Opleidingstraject

V&VN Palliatieve Verpleegkunde werkt momenteel aan een opleidingstraject en een specialistisch competentieprofiel voor verpleegkundigen in de palliatieve zorg en goede multidisciplinaire samenwerking met andere professionals. Het competentieprofiel wordt op 7 juni gepresenteerd, op het jaarcongres van V&VN Palliatieve Verpleegkunde.

V&VN

Door: redactie Nursing

door Redactie Nursing.nl 25 feb 2011

zie ook

Oproep: V&VN Palliatieve Verpleegkunde zoekt kritische zorgverleners <small>17 jul 2011</small>	0	0
Richtlijn palliatieve sedatie goed gevolgd <small>TVZ 28 feb 2011</small>	152	1
Onderzoek verpleegkundigen en palliatieve zorg <small>NURSING 6 jul 2011</small>	1750	0
Allochtone patiënt denkt anders over palliatieve zorg <small>NURSING 20 feb 2012</small>	2407	5
Nursing januari 2010 <small>NURSING 28 dec 2009</small>	3019	0



9 reacties

Arts ondersteuner

26 feb 2011

1

Deze zorg kan ook prima geboden worden door zorgkundigen-IG, hoor. Ik zie niet in waarom dat nu alleen verpleegkundigen zouden moeten doen.
Ben benieuwd welke reacties hier op volgen...
Wordt dus vervolgd.

carolien

27 feb 2011

2

Ik denk dat deze arts ondersteuner niet precies weet wat palliatieve sedatie en begeleiding inhoud. Dit wordt nu door gespecialiseerde verpleegkundigen gedaan(waar ik er een van ben) en hier is een speciale opleiding voor nodig en veel ervaring, je moet er echt inzicht en ervaring voor hebben om dit goed te doen. Wij werken er dagelijks mee en ik merk de problemen als dit niet goed wordt begeleid. Dus dit kan niet door niet gespecialiseerde zorgkundigen gedaan worden en naar mijn mening wordt dit ook niet gedaan.

Daniëlle

27 feb 2011

3

Wat mij wel interesseert is wat de onderbouwing is van de arts ondersteuner om dit door zorgkundigen-IG te laten doen.
@Carolien: welke problemen kom jij tegen in de begeleiding waardoor jij van mening bent dat dit door gespecialiseerde vpk moet worden gedaan??

carolien

27 feb 2011

4

Problemen: ik geloof niet dat een arts ondersteuner of zorgkundige-IG de naald gaat aanprikken, meestal s.c, maar ook wel i.v of via een VIT. Er is dagelijks controle nodig op de insteekplaats, geen infiltraatvorming e.d., doen zij dat? Letten op de sedatie, voldoende sedatie, hoeveel dosis gegeven, moet de pomp verhoogd worden, heb je al een nieuwe cassette besteld? Maximale dosis bereikt, volgende stap in de sedatie gaan starten, enz, de arts is eindverantwoordelijk maar... vraagt ons vaak advies en wij hebben een sturende rol. Dagelijks bezoek aan de patient, zn vaker, 24 uren diensten, ook in de nacht is er altijd iemand bereikbaar en er wordt vaak gebeld over om advies enz. Is dit iets voor een arts ondersteuner??? voor een Vigger ??? Af en toe komen we ergens waar al gestart is met de sedatie maar waar dit alles niet goed gegaan is met veel ellende tot gevolg. Begin er dus niet aan als je de protocollen niet kent, niet kan prikken, geen 24 uren diensten hebt, sedatie diepte niet kan beoordelen, enz.

willy

1 mrt 2011

5

Wie wat gaat, mag en kan doen wil ik hierbij een klein beetje in het midden laten. Maar ik vind dat in deze -overigens interessante- discussie een beetje laatzinnig over verzorgenden wordt gesproken. Alsof verzorgenden niet deskundig zouden zijn. Verzorgenden zijn zeer zeker deskundig op hun terrein en hebben zeer zeker een meerwaarde in de zorg voor terminale patienten. Ik ben zelf gespecialiseerd verpleegkundige, werk ook samen met verzorgenden, en hun zorg en observaties zijn minstens zo belangrijk als die van welke hoogopgeleide verpleegkundige dan ook. Zolang iedereen zich beperkt tot de handelingen waartoe hij bevoegd is, en ook bekwaam in is, kunnen we met elkaar zorgen voor een hoogwaardige kwaliteit van zorg. En ik leg hierbij de nadruk op "met elkaar".

VIG

1 mrt 2011

6

We hebben het hier over pompen e.d.
Wat ik in de praktijk meemaak in het verpleeghuis is dat er een insuflon wordt geprikt (wat VIGers mogen) en dat er via die s.c. verblijfsnaaldje medicatie wordt gespoten. 1 insuflon voor de morfine, 1 insuflon voor de dormicum 4 tot 6 x dd. Dit wordt gewoon door de arts zo voorgeschreven en wordt zo uitgevoerd, en heb met dit beleid eigenlijk geen problemen meegemaakt. Als men via pompen wil werken, als een arts dat voorschrijft is dat ook prima en moet dat inderdaad door een verpleegkundige geschieden. Maar dit is niet de weg in het verpleeghuis. Bijkomend nadeel is dat pompen gaan piepen als die niet loopt of als er iets

mee aan de hand is, niet dat de patiënt daar iets van merkt als die goed is gesedeerd. Maar ik denk wel dat de wakende familie daar erg onrustig van wordt..

Ik vind het ook erg jammer dat er zo neerbuigend over VIGers wordt gesproken. Wij zijn niet achterlijk en hebben ook een opleiding gehad en kunnen meer dan iemand op de pot zetten en wassen...

VIG
3 mrt 2011

7

Hallo

Ik had geen opmerkingen gemaakt over het verschil in beleid tussen extramuraal en intramuraal. Ik had slechts geschetst hoe ik palliatieve sedatie meemaak in de praktijk in het verpleeghuis, toegespitst over wat voor medicatie en hoe de toediening plaats vindt, omdat de discussie op dat moment daar over ging.

Ik ben me er ten volle van bewust dat het meer is dan alleen wat medicatie spuiten. De informatie voorziening loopt via de arts en oudste van de afdeling c.q. EVVer / teamleider. Ik heb altijd wel de indruk gehad dat er geen verwachtingen werden geschept die we niet waar konden maken en op dezelfde golflengte zaten met naasten.

De patiënt wordt goed geobserveert en blijkt dat de patiënt niet comfortabel is, wordt direct de arts erbij betrokken om het beleid aan te passen. We passen sedatie ook niet zomaar toe, om daar aantoe te komen is er vaak wel iets aan vooraf gegaan om uiteindelijk tot sedatie te komen. Of de arts hierbij advies inwint van consultatie team palliatieve zorg weet ik niet.

Sedatie bij patienten met lange leefverwachting maken we niet / zelden mee in het verpleeghuis, dus kan daar ook geen zinnig woord over schrijven. Dat brengt me wel tot de pompen, ik ben nog steeds van mening dat pompen teveel onrust met zich mee brengt wat je niet aan het bed wil hebben van iemand die aan het sterven is. Zoals ik al reeds beschreef denk ik dat voornamelijk de eventueel wakende familie hier onrustig / nerveus van kunnen worden als de pomp gaat piepen en maar niet wil lopen. Het is een ander verhaal dan iemand die gesedeert wordt op OK of IC. (en personeel wat daar werkt is veel bekwaam in het omgaan met pompen) Met palliatieve sedatie zie ik het toch anders omdat als je het frequent b.v. 4 a 6 x dd dormicum toediend v.v. via een insufflon er toch een spiegel wordt opgebouwd. In mijn ervaringen heeft dit nooit tot problemen geleid. Daarnaast denk ik dat het verpleeghuis niet is ingericht tot het gebruik van de pompen en zal er toch een traject vooraf moeten plaats vinden als je toch zo nodig met pompen wil gaan werken.

Daarbij zie je de patiënt zeer geregeld op een dag, want het gevaar is wel dat er kan worden gedacht 'die pomp loopt wel, ik hoor het wel als er wat is'

Dus in een verpleeghuis, bij bejaarden patienten die therminaal zijn zie ik het nut van een pomp niet direct in, zeker ook om de rust en controle te bewaren.

Wat natuurlijk niet weg neemt dat het in andere situaties / settingen wel van waarde kan zijn.

Thirza Olden
3 mrt 2011

8

Wat een boeiende en relevante discussie waar ik graag in mee wil denken!

V&VN Palliatieve Verpleegkunde is van mening dat er specialistische kennis en kunde nodig is om zorg te verlenen aan patienten die palliatief gesedeerd worden. Deze zorg omvat meer dan het subcutaan toedienen van medicatie. Carolien gaf hier in haar reactie al concrete voorbeelden van. Belangrijk is te benadrukken dat palliatieve sedatie een waardevolle behandeling kan zijn voor patienten in de laatste levensfase maar dat er ook veel leed kan ontstaan bij patient, naasten en zorgverleners wanneer dit onjuist wordt ingezet. Te denken valt dan aan onvoldoende informatieverstrekking en ondersteuning van patient en naasten (waardoor verkeerde verwachtingen), complicaties door onvoldoende kennis en vaardigheden, te weinig bewustzijnsverlaging (waardoor symptomen onvoldoende worden bestreden) en tot slot het inzetten van sedaties bij patienten die een te lange levensverwachting hebben (waardoor de sedatie uiteindelijk wel leidt tot overlijden, een gevolg van het stoppen van vocht- en voedingstoediening). Voor de goede orde: als vpk. of vz. is het niet de bedoeling actief betrokken te zijn bij levensbeëindiging en daarnaast is het langdurig sederen enorm belastend voor naasten (en de patient).

Kortom: je moet van palliatieve sedatie echt iets van afweten om het goed uit te voeren!

Wettelijk is niet vastgelegd dat deze handeling en zorg alleen door verpleegkundigen mag worden uitgevoerd. Ook zorgverzekeraars stellen deze eis niet.

Ik kan me voorstellen dat het een verschil maakt of je intramuraal werkt, met een 24-uurs aanwezigheid bij de patient en ondersteuning van artsen (zoals VIG hierboven aangeeft) of extramuraal. De keuze voor het gebruik van een pomp zal hier ook mee samenhangen.

Sinds 2010 is V&VN Palliatieve Verpleegkunde open voor verzorgenden als lid. Dit omdat er in de palliatieve zorg veel verzorgenden werkzaam zijn en de inzet en betrokkenheid van deze zorgverleners wordt gewaardeerd. Graag wil V&VN Palliatieve Verpleegkunde dit jaar een commissie met verzorgenden inrichten om optimaal gebruik te maken van de kennis en kunde die verzorgenden hebben. Daarnaast zijn er plannen om dit jaar gerichte activiteiten voor verzorgenden te ontwikkelen en dan niet alleen vóór maar bovenal ook mét verzorgenden. Verzorgenden zijn zelf goed in staat aan te geven waar binnen hun beroepsgroep interesses, kansen en uitdagingen liggen. Het is ons inziens niet passend dat verpleegkundigen dit voor de verzorgende beroepsgroep invullen, hoe zeer onze

vakgebieden elkaar overlappen en aanvullen. Een discussie als bovenstaand is een interessante voor een toekomstige commissie verzorgenden om uit te werken.

Graag benadruk ik als voorzitter dat van "neerbuigendheid" richting de verzorgende beroepsgroep in onze vereniging geen sprake is. En de verzorgenden die zich betrokken voelen in palliatieve zorg en/of deze discussie wil ik dan ook van harte uitnodigen zich te melden zodat we van hun kennis, kunde en vaak ook passie voor hun vak kunnen leren!

Heb je interesse om deel te nemen aan de commissie voor verzorgenden? Of wil je op een andere manier betrokken worden of je expertise delen? Meld je dan aan via palliatieveverpleegkunde@gmail.com

Ik blijf met interesse deze boeiende en relevante discussie volgen!

Paul

3 mrt 2011

9

Het is een grote winst dat de uitvoering van palliatieve sedatie nu meer conform de richtlijnen wordt uitgevoerd. Ik onderschrijf de opmerkingen terzake van Thirza Olden, namens V&VN Palliatieve Verpleegkunde. Helaas kom ik in de praktijk nog regelmatig problemen tegen met betrekking tot de besluitvorming. Patiënten en naasten worden niet altijd voldoende en volledig voorgelicht en meer dan eens wordt palliatieve sedatie vroegtijdig ingezet. Dan is er sprake van een langere levensverwachting en/of de afwezigheid van refractaire symptomen. Ook komt het voor dat de patiënt te diep wordt gesedeerd, terwijl de richtlijn uitgaat van proportionele sedatie, dus een diepte van sedatie die de patiënt comfort biedt. Er is naar mijn idee nog veel te verbeteren. Een multidisciplinaire aanpak, ook in de besluitvorming, kan daar al toe leiden.

Bovengevoerde discussie gaat over het uitvoeren van verpleegkundige handelingen. Ik heb zeer veel respect voor collega verzorgenden, juist ook in de palliatieve zorg. Ik ben echter van mening dat palliatieve sedatie de verantwoordelijkheid is van de behandelend (huis)arts in samenspraak met alle betrokken zorgverleners. Over de uitvoering geeft de richtlijn palliatieve sedatie duidelijke aanwijzingen. Ik vind het van belang dat bij elke situatie waarin palliatieve sedatie wordt overwogen of uitgevoerd er advies wordt gevraagd van een Consultatieteam Palliatieve Zorg.