



Hoe communiceer je met niet-professionele zorgverleners in een hospice over complicaties bij een oncologisch liesulcus

Slagaderlijke (arteriële) bloeding

F. Kolkman, M. Keijzer *

Het is in Nederland al meer dan 30 jaar mogelijk om de laatste levensfase te verblijven in een hospice. Daar worden naast verpleegkundigen ook veel vrijwilligers ingezet. Zij begeleiden en ondersteunen mensen die gaan sterven in de laatste fase van hun leven. Het aantal mensen die in een hospice verblijft zal de komende jaren flink stijgen tot 100.000 in 2020 (1). Het is dan ook van groot belang dat alle teamleden goed met elkaar communiceren en samenwerken. De vraag is wel hoe communiceer je als wondverpleegkundige, met de niet-professionele zorgverlener in een hospice, over de kans op een arteriële bloeding bij een cliënt met een oncologisch ulcus. Dit centrale vraagstuk wordt nu behandeld aan de hand van een casus.

Casus

De wondverpleegkundige in de thuiszorg in de regio Gouda wordt gevraagd voor een consult bij meneer F. die een liestumor graad V (foto 1) heeft die geheel is doorgroeid door de huid. Meneer F. is 68 jaar, in de laatste fase van zijn leven en verblijft in een hospice. Meneer en zijn echtgenote hebben hiervoor gekozen, omdat ze dit als een veilige omgeving ervaren en hier continue zorg wordt geboden. De levensverwachting is één tot twee maanden. Meneer F. wil geen (chemo)behandelingen meer ondergaan en wil graag op een menswaardige manier sterven. Het hospice wil graag dat de wondverpleegkundige in consult komt om meneer en de zorg te adviseren hoe de wond te behandelen.



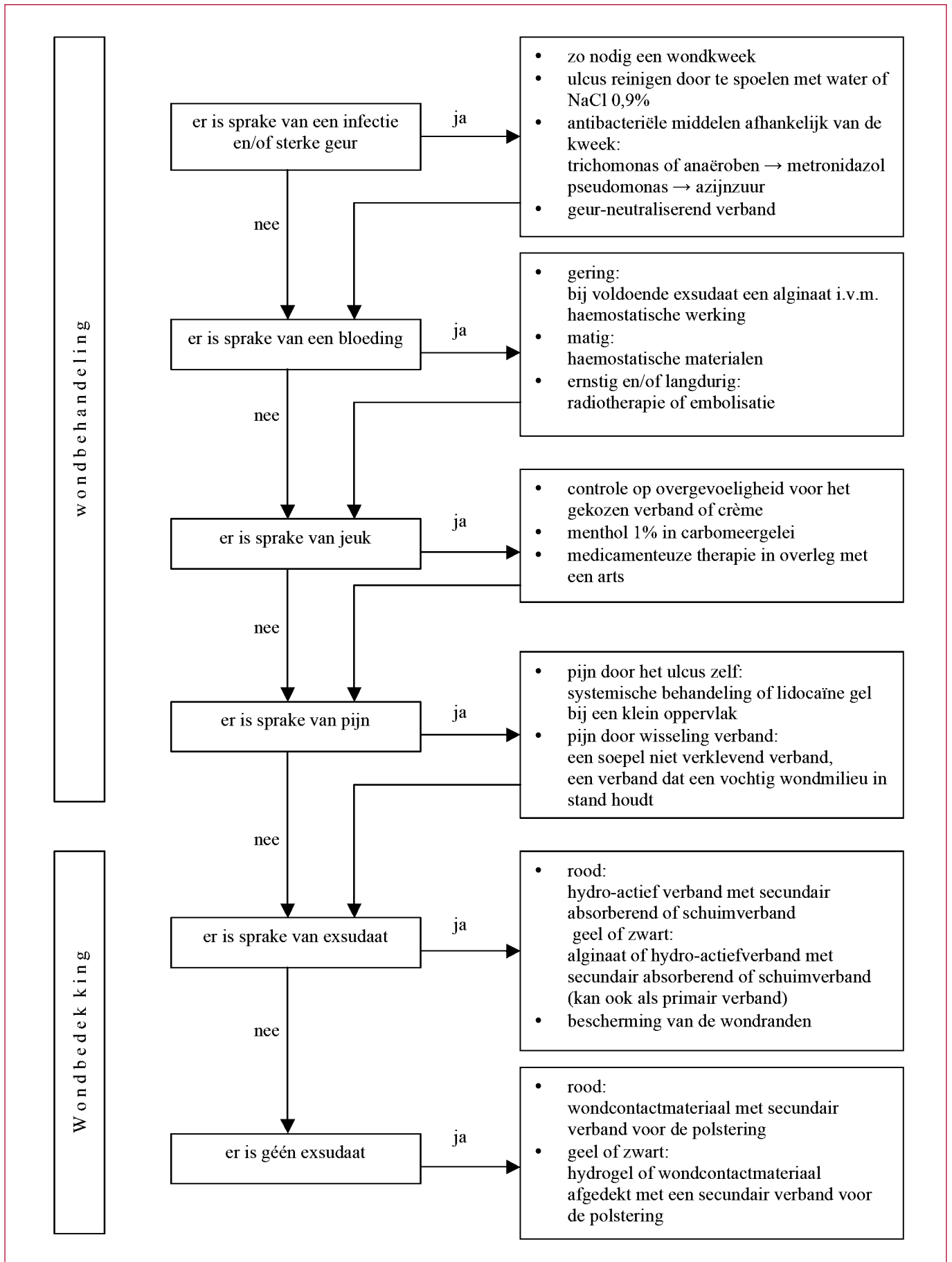
Foto 1. Liestumor graad V

Tijdens het huisbezoek in het hospice neemt de wondverpleegkundige een uitgebreide anamnese bij meneer af. Om de lieswond te beoordelen maakt zij gebruik van de beslisboom oncologisch ulcus (figuur 1) met als onderdelen; geur, bloeding, jeuk, pijn en exsudaat (2). Bij patiënten met een oncologische ulcus staat de kwaliteit van leven en het comfort van de patiënt op de eerste plaats (3).

Ziekenhuisopname

Tijdens de ziekenhuisopname is meneer intensief begeleid door de pijnpoli. Hier is een pijnbeleid op maat voor meneer ingezet met als resultaat dat hij geen pijn meer heeft (4). Op dit moment heeft hij geen jeukklachten. De riekende geur van de wond staat hem tegen. De wondverpleegkundige legt uit dat deze geur vaak ontstaat door de anaerobe bacteriën in de wond. Een metronidazol gel, die zij gaat inzetten, gaat deze bacteriën te lijf en hierdoor verdwijnt de geur binnen een paar dagen. Over de gel brengen we een alginaat wondverband aan wat veel exsudaat kan opnemen. Het alginaat is licht bloedstelpend en reinigt de wond. Grote absorberende verbanden ter afdekking, nemen ook veel exsudaat en geur op. De wondverbanden fixeren we met een buisverband.

Tijdens het tweede bezoek vertelt meneer dat de oncoloog heeft aangegeven dat de tumor langzaam doorgroeit in de liesslagader en dat dit een slagaderlijke bloeding kan veroorzaken. Deze bloeding is levensbedreigend en kan fataal zijn. Het echtpaar geeft aan dat ze hier bang voor zijn. En ze vragen zich af hoe hier in het hospice mee



Figuur 1. Beslisboom oncologisch ulcus V&VN

Checklist in de thuissituatie

Vorbereidende maatregelen bij een risico op een levensbedreigende bloeding

- Brief voor de ambulancedienst waarin het te volgen beleid en eventuele behandelbeperking kort genoteerd staan. Leg deze thuis op een afgesproken en goed zichtbare plaats.

Stel de belangrijkste mantelzorgers hiervan op de hoogte.

- Leg donkere handdoeken klaar. Gebruik donkere lakens.
- Leg in overleg met naasten/ huisarts een lijst met telefoonnummers neer (bijvoorbeeld van buurvrouw of van iemand anders in de buurt) voor eventuele ondersteuning tot de ambulance komt of voor ondersteuning daarna.
- Spreek de afgesproken stappen door met mensen die aanwezig kunnen zijn bij een eventuele bloeding.
- Belangrijk is dat in geval van een levensbedreigende bloeding de patiënt niet alleen wordt gelaten.
- Geef het telefoonnummer mee van het ziekenhuis, de dienstdoende arts of afdeling die 24 uur per dag bereikbaar is.

Checklist in geval van bloeding

- Bel 112 voor ondersteuning van patiënt en naasten.
- Druk met donkere handdoeken de bloeding af om het bloed op te vangen. De patiënt kan dit eventueel ook zelf doen. Vaak is het stoppen van de bloeding niet mogelijk.
- Benadruk dat de naaste voldoende helpt door de patiënt te ondersteunen of bij de deur de ambulance op te wachten
- Bel iemand in de buurt die ondersteuning kan bieden (zie bovenstaande)
- Wijs de ambulancebroeders op de brief die klaar ligt. Löwik (2014).

Figuur 2. Checklist bij een mogelijke slagaderlijke bloeding in de thuissituatie

wordt omgegaan. De wondverpleegkundige geeft aan dat ze begrip heeft voor hun angst en stelt voor om een gesprek te organiseren met de huisarts. In dit gesprek kunnen de angsten, vragen, wensen en mogelijkheden worden besproken. De afspraken kunnen schriftelijk worden vastgelegd, zodat deze voor iedereen duidelijk zijn. De wondverpleegkundige legt meneer uit dat er in het hospice een multidisciplinair overleg (MDO) is waar deze afspraken met alle betrokkenen van het hospice besproken wordt. Meneer voelt zich zichtbaar opgelucht met de stappen die nu gezet worden.

Slagaderlijke bloeding

Er is veel geschreven over de impact van een slagaderlijke bloeding, al komt een slagaderlijke bloeding bij een tumorulceratie niet vaak voor (5). Bij patiënten, naasten en hulpverleners veroorzaakt een dreigende bloeding angst en onzekerheid.

Een groot probleem is de onvoorspelbaarheid van een bloeding

Bij de patiënt is de angst om dood te bloeden, bij naasten en hulpverleners de angst om de patiënt bloedend aan te treffen. Een bloeding bij een patiënt, zeker een levensbedreigende bloeding, heeft een enorme impact op de

omstanders. Een groot probleem is de onvoorspelbaarheid van een bloeding. Bij een levensbedreigende bloeding is de beschikbare tijd om de patiënt bij te staan en adequaat te handelen erg kort en zijn de therapeutische mogelijkheden beperkt. Goede onderlinge communicatie en het maken van afspraken over hoe gehandeld moet worden tijdens een bloeding zijn daarom noodzakelijk (6).

Na het gesprek met meneer en zijn echtgenote heeft de wondverpleegkundige een overleg met de teamleider van het hospice. Het wondbehandelplan wordt doorgenomen en er wordt een afspraak gemaakt voor een multidisciplinair overleg. In het gesprek geeft de teamleider aan dat de mogelijkheid dat meneer een acute slagaderlijke bloeding kan krijgen, wel gecommuniceerd moet worden naar alle vrijwilligers. Dit kan spanning en angst oproepen, maar met goede voorlichting, afspraken en begeleiding is de vrijwilliger wel voorbereid op wat kan gebeuren.

Vrijwilligers

Er bestaan globale beschrijvingen van de taken en rollen van de vrijwilligers (7). Hierdoor is het niet altijd duidelijk welke taken een vrijwilliger heeft. De organisatie Vrijwillige Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTN) geeft aan dat de ondersteuning van de vrijwilliger sociaal van aard is. De vrijwilliger biedt support door aanwezig te zijn en te luisteren. Ze hebben een praktische en signalerende

functie. Ze nemen geen ongewenste initiatieven en geen professionele zorgtaken op zich. Het is soms moeilijk om te bepalen waar de grens ligt en dit kan stress en onzekerheid bij de vrijwilliger veroorzaken (8). De organisatie VPTZ (Vrijwillige Palliatieve Terminale Thuiszorg Nederland) heeft aangegeven de komende jaren onderzoek te gaan doen naar de waarde en kwaliteit van de vrijwilligers en zich te zullen inzetten voor een taakomschrijving voor deze groep (7).

Gevalideerde checklist

Afgesproken wordt dat na het gesprek van de huisarts, de wondverpleegkundige en het echtpaar de afspraken die hieruit voortkomen op het volgende MDO met alle partijen worden besproken. De afspraken worden vastgelegd volgens een gevalideerde checklist (figuur 2). Op verzoek van de teamleidster zal de wondverpleegkundige in het volgend overleg van de vrijwilligers uitleg geven over de afspraken die zijn gemaakt. En wat er van de vrijwilliger wordt verwacht als meneer een bloeding krijgt tijdens hun aanwezigheid. Tijdens deze bijeenkomst spreken sommige vrijwilligers hun angst uit. Deze angst is begrijpelijk. Het is goed om dit te uiten en te bespreken. Samen met de vrijwilligers worden de te nemen stappen volgens de checklist doorgenomen. Dit wordt als prettig en duidelijk ervaren.

Twee weken later krijgt meneer een slagaderlijke bloeding, als zijn vrouw bij hem op bezoek is. Zij waarschuwt de leiding. De teamleidster (verpleegkundige) geeft meneer F. een sederend middel (zoals afgesproken). Ze legt donkere handdoeken over het bloedingsgebied en vraagt de aanwezige vrijwilligster de huisarts en 112 voor ondersteuning te bellen. Mevrouw F. is erg emotioneel. Ze wordt rustiger wanneer zij ziet dat het sederende middel gaat werken en haar man langzaam in slaap valt en de verpleegkundige ter ondersteuning rustig bij hem blijft. De wens van meneer F. wordt gehonoreerd, er worden geen therapeutische stappen ondernomen om te reanimeren. In het bijzijn van zijn vrouw slaapt meneer rustig in en overlijdt.

Conclusie

In dit artikel wordt het dilemma beschreven: Hoe communiceer je als wondverpleegkundige met de niet-professionele zorgverlener in het hospice over de dreiging van een arteriële bloeding bij een patiënt met een oncologisch liesulcus.

Uit deze casus blijkt duidelijk hoe belangrijk het is dat de wensen van de patiënt schriftelijk worden vastgelegd. En dat er een checklist klaarligt hoe de hulpverleners en naasten moeten handelen als zich een slagaderlijke bloeding voordoet. Onduidelijkheid geeft veel onnodige

angst. Het is van groot belang dat er met iedereen, arts, verpleegkundigen, familie en naasten, maar ook met de vrijwilligers in het hospice gecommuniceerd wordt, over hoe te handelen.

Literatuur

1. Goossensen A. **Kwaliteit van VPTZ-vrijwilligers? Onderzoek is hard nodig!** VPTZ, 2015;4;13.
2. Richtlijn Beslisboom oncologische ulcus. V&VN 2013. www.oncoline.nl/uploaded/docs/Bijlagen%20Handboek%20PZ/Beslisboom%20oncologisch%20ulcus.pdf
3. Löwik MJG. **Oncologisch ulcus in de palliatieve fase.** *Modern Medicine*, 2014;4;144-147.
4. Richtlijn Pijnbestrijding. IKNM 2003.
5. Tardy B, Picard S, Guirimand F, et al. **Bleeding risk of terminally ill patients hospitalized in palliative care units: the RHESO study.** *Epub*, 2017;15(3):420-8.
6. Löwik MJG. **Bloeding ten gevolge van tumorulceratie.** *WCS Nieuws*, 2014;30(2):25-7.
7. Goossensen A. **Naar de Poetica van de ander.** 2016. Gedownload 2 juli 2017, van www.vptz.nl/actueel/nieuws/download-oratie-anne-goossensen-vrijwilligers-palliatieve-terminale-zorg/
8. Tonkens E, Verplanke L, Bochove M, et al. **We kunnen niet te veel aan vrijwilligers overlaten.** 2017. Gedownload op 2 juli 2017, van www.socialevraagstukken.nl/kunnen-we-dat-niet-aan-vrijwilligers-overlaten-2/

* Femmy Kolkman, wondverpleegkundige Marente Thuiszorg, Miep Keijzer, wond-stoma verpleegkundige Vitras Thuiszorg