



# **MEDICAL AND LINGUISTIC PALLIATIVE CARE PLURILINGUAL TOOLKIT**

**Educational material created within the Erasmus+ Programme**

**Massive open online courses with videos for palliative clinical field and intercultural and multilingual medical communication**

**Ref. no. 2014-1-RO01-KA203-002940**



This project has been funded with support from the European Commission.  
This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

**Editura "Gr. T. Popa" UMF Iasi, 2017**

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**

**Medical and linguistic palliative care plurilingual toolkit** / ed.: Ovidiu

Petriș, Anca Colibaba. - Iași : Editura Gr.T. Popa, 2017

Conține bibliografie

ISBN 978-606-544-484-3

I. Petriș, Ovidiu Rusaliu (ed.)

II. Colibaba, Anca Cristina (ed.)

61

Educational material created within the Erasmus+ Programme Massive open online courses with videos for palliative clinical field and intercultural and multilingual medical communication, Ref. no. 2014-1-RO01-KA203-002940.

Includes:

- 20 educational procedures in palliative care in 6 languages (English, French, Romanian, Italian, Spain and Dutch)
- Scientific evidence
- 2 DVDs with audio-video materials and additional support materials

The Medical and Linguistic Palliative Care Plurilingual Toolkit is the basis of the MedLang Open On-Line Courses, available at the following link: [www.medlang.eu/course](http://www.medlang.eu/course)

Copyright© 2014-2017 Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T.Popa” Iași. All rights reserved.

“Grigore T.Popa” UMF Iasi is the beneficiary of the Erasmus+ project Massive open online courses with videos for palliative clinical field and intercultural and multilingual medical communication, Ref. no. 2014-1-RO01-KA203-002940

No part of this volume may be copied or transmitted by any means, electronic or mechanical, including photocopying, without the prior written permission of the 2014-1-RO01-KA203-002940 project partnership.



## Partnership

### Romania



#### Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași

Web site: [www.umfiasi.ro](http://www.umfiasi.ro)

Contact: Ovidiu Petris, [ovidiupetris@yahoo.com](mailto:ovidiupetris@yahoo.com)



#### Universitatea Transilvania Brașov

Web site: [www.unitbv.ro](http://www.unitbv.ro)

Contact: Mosoiu Daniela, [daniela.mosoiu@hospice.ro](mailto:daniela.mosoiu@hospice.ro)



#### Fundatia EuroEd Iași

Web site: [www.euroed.ro](http://www.euroed.ro)

Contact: Anca Colibaba, [acolib@euroed.ro](mailto:acolib@euroed.ro)



#### Institutul Regional de Oncologie Iași

Web site: [www.iroiasi.ro](http://www.iroiasi.ro)

Contact: Mirela Grosu, [manager@iroiasi.ro](mailto:manager@iroiasi.ro)

### Belgium



#### Karel De Grote Hogeschool Katholieke Hogeschool Antwerpen

Web site: [www.kdg.be](http://www.kdg.be)

Contact: Bart Geurden, [bart.geurden@kdg.be](mailto:bart.geurden@kdg.be)

### Spain



#### Universidad Europea De Madrid SL

Web site: [www.uem.es](http://www.uem.es)

Contact: Benjamin Herreros, [benjamin.herrerosruizvaldepenas@uem.es](mailto:benjamin.herrerosruizvaldepenas@uem.es)

### Italy



#### Azienda Sanitaria Locale TO3

Web site: [www.aslto3.piemonte.it](http://www.aslto3.piemonte.it)

Contact: Michele Presutti, [mpresutti@aslto3.piemonte.it](mailto:mpresutti@aslto3.piemonte.it)



#### Pixel Associazione Culturale

Web site: [www.pixel-online.net](http://www.pixel-online.net)

Contact: Elisabetta Delle Donne, [eli@pixel-online.net](mailto:eli@pixel-online.net)



#### Connectis

Web site: [www.connectisweb.com](http://www.connectisweb.com)

Contact: Riccardo Rossi, [r.rossi@connectisweb.com](mailto:r.rossi@connectisweb.com)

**Editors/Coordinators:**

Colibaba Cristina Anca

Petris Ovidiu Rusalim

**Main authors:**

Bonansea Alessandro, Colibaba Cristina Anca, Geurden Bart, Moşoiu Daniela, Petris Ovidiu Rusalim, Poroach Vladimir, Valenti Emanuele

**Co-authors:**

Claes Laura, Jannsens Stef, Stevens An, Vandevijvere Herman, Vercauteren Tinne, Carrozzo Antonella, De Marie Daniela, Giordano Antonio, Grigolo Sabrina, Pons Andrea, Ramonda Evelin, Antohe Ileana, Arhip Cristian, Azoicai Doina, Colibaba Cintia Lucia, Colibaba Stefan, Colibaba Stefana Anais, Cretu Ioana, Crucianu Liliana Nicoleta Dinu Claudia, Drugus Daniela, Dumea Raluca, Gardikiotis Rodica, Gheorghiu Elza, Gheorghiu Emanuela, Grecu Ioana, Mercas Alice, Nistor Ionut, Pascu Alina, Stoica Alexandra, Volovat Simona, Coca Cristina, Moreno Beatriz, Real de Asua Diego, Ruiz Valdepeñas Benjamin Herreros, Velasco Tyra

**Editing / Graphic design:**

Ionel Andreea

Rossi Riccardo

**Video editor:**

Zamosteanu Dragos

**Scientific reviewers:**

Alexa Ioana Dana

Tarcoveanu Eugen

# Contents



<b>FOREWORD .....</b>	<b>15</b>
<b>PERFORMING URETHROVESICAL CATHETERIZATION (FOLEY PROBE) IN FEMALE PATIENTS .....</b>	<b>17</b>
MEDICAL PROCEDURE .....	18
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	25
<b>PERFORMING PARACENTESIS .....</b>	<b>31</b>
MEDICAL PROCEDURE .....	32
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	36
<b>SUBCUTANEOUS AUTOMATIC SYRINGE PERFUSION .....</b>	<b>39</b>
MEDICAL PROCEDURE .....	40
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	44
<b>TRANSFERRING THE PATIENT FROM SUSTAINED DORSAL DECUBITUS TO SUSTAINED LATERAL DECUBITUS .....</b>	<b>45</b>
MEDICAL PROCEDURE .....	46
<b>CONSPIRACY OF SILENCE - HANDLING COLLUSION.....</b>	<b>51</b>
MEDICAL PROCEDURE .....	52
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	56
<b>ACTIVE LISTENING AND EMPATHIC RESPONSE .....</b>	<b>57</b>
MEDICAL PROCEDURE .....	58
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	62
<b>COMMUNICATING THE DIAGNOSIS OF SEVERE ILLNESS (BAD NEWS).....</b>	<b>63</b>
MEDICAL PROCEDURE .....	64
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	66
<b>SPIRITUAL ASSESMENT .....</b>	<b>67</b>
MEDICAL PROCEDURE .....	68
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	71
<b>PERFORMING THE BEDRIDDEN PATIENT'S NUTRITION .....</b>	<b>73</b>
MEDICAL PROCEDURE .....	74
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	80
<b>ORAL CARE .....</b>	<b>81</b>
MEDICAL PROCEDURE .....	82
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	90

<b>BED BATH - WASHING A BEDRIDDEN PATIENT BY USING WATER AND COMMON SOAP</b> .....	95
MEDICAL PROCEDURE .....	96
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	100
<b>PAIN ASSESSMENT - MEASURING PAIN IN CONSCIOUS ADULT PATIENTS USING THE VISUAL ANALOGUE SCALE</b> .....	105
MEDICAL PROCEDURE .....	106
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	108
<b>PRESCRIBING PAIN MEDICATION ACCORDING TO THE WHO-PAIN LADDER</b> .....	109
MEDICAL PROCEDURE .....	110
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	113
<b>PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME</b> .....	115
MEDICAL PROCEDURE .....	116
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	120
<b>DISCUSSION ABOUT END OF LIFE CARE (PLACE OF CARE, AGGRESSIVE TREATMENT, DNR)</b> .....	125
MEDICAL PROCEDURE .....	126
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	128
<b>TERMINAL PHASE MANAGEMENT</b> .....	129
MEDICAL PROCEDURE .....	130
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	133
<b>PREVENTING THE PRESSURE ULCER REPOSITIONING</b> .....	137
MEDICAL PROCEDURE .....	138
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	142
<b>EVALUATING PATIENTS' AWARENESS LEVEL OF THEIR ILLNESS</b> .....	145
MEDICAL PROCEDURE .....	146
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	148
<b>MAPPING THE PATIENT'S NETWORK</b> .....	153
MEDICAL PROCEDURE .....	154
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	156
<b>ADDRESSING THE CAREGIVER'S NEEDS</b> .....	159
MEDICAL PROCEDURE .....	160
SCIENTIFIC EVIDENCE.....	163



<b>ARGUMENT .....</b>	<b>165</b>
<b>LA RÉALISATION DU CATHÉTÉRISME VÉSICAL (LA SONDE FOLEY) .....</b>	<b>167</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	168
<b>LA RÉALISATION DE LA PARACENTÈSE.....</b>	<b>175</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	176
<b>LA PERFUSION SOUS-CUTANÉE AVEC LE PORTABLE POMPE SERINGUE ...</b>	<b>181</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	182
<b>PASSAGE DU DÉCUBITUS DORSAL SOUTENU AU DÉCUBITUS LATÉRAL SOUTENU.....</b>	<b>187</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	188
<b>LA CONSPIRATION DU SILENCE - APPROCHE DE LA COLLUSION .....</b>	<b>193</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	194
<b>ÉCOUTE ACTIVE ET RÉPONSE EMPATHIQUE.....</b>	<b>199</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	200
<b>COMMUNICATION DU DIAGNOSTIC DANS UNE MALADIE GRAVE .....</b>	<b>205</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	206
<b>L'ÉVALUATION SPIRITUELLE .....</b>	<b>209</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	210
<b>LA RÉALISATION DE L'ALIMENTATION AU LIT DU PATIENT.....</b>	<b>213</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	214
<b>HYGIENE BUCCO-DENTAIRE .....</b>	<b>221</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	222
<b>LA TOILETTE DU PATIENT - TOILETTE AU LIT - LAVER UN PATIENT ALITÉ EN UTILISANT DE L'EAU ET DU SAVON .....</b>	<b>231</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	232
<b>ÉVALUATION DE LA DOULEUR - MESURER LA DOULEUR CHEZ LES PATIENTS ADULTES CONSCIENS EN UTILISANT L'ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA) .....</b>	<b>237</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	238
<b>PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS CONTRE LA DOULEUR EN CONFORMITÉ AVEC L'ÉCHELLE ANALGÉSIQUE DE L'OMS .....</b>	<b>241</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	242
<b>LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL .....</b>	<b>245</b>
PROCÉDURE MÉDICALE .....	246

<b>DISCUSSION SUR LES SOINS EN FIN DE VIE (LIEU DES SOINS, TRAITEMENT AGRESSIF, DNR – NE PAS RESSUSCITER)</b> .....	251
PROCÉDURE MÉDICALE .....	252
<b>GESTION DE LA PHASE TERMINALE</b> .....	255
PROCÉDURE MÉDICALE .....	256
<b>PRÉVENTION DES ESCARRES LE CHANGEMENT DE POSITION</b> .....	259
PROCÉDURE MÉDICALE .....	260
<b>ÉVALUATION DU NIVEAU DE CONSCIENTISATION DU PATIENT SUR SA MALADIE</b> .....	265
PROCÉDURE MÉDICALE .....	266
<b>LE RÉSEAU RELATIONNEL D’APPUI DES PATIENTS</b> .....	269
PROCÉDURE MÉDICALE .....	270
<b>RÉPONSE AUX BESOINS DES SOIGNANTS</b> .....	273
PROCÉDURE MÉDICALE .....	274



<b>CUVÂNT ÎNAINTE</b> .....	277
<b>REALIZAREA CATETERISMULUI URETRO-VEZICAL (SONDA FOLEY) - APARAT UROGENITAL FEMININ</b> .....	279
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	280
<b>EFFECTUAREA PARACENTEZEI</b> .....	287
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	288
<b>PERFUZIA SUBCUTANATĂ CU SERINGA AUTOMATĂ</b> .....	293
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	294
<b>TRANSFERUL PACIENTULUI DIN DECUBIT DORSAL SUSȚINUT ÎN DECUBIT LATERAL SUSȚINUT</b> .....	299
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	300
<b>CONSPIRAȚIA TĂCERII</b> .....	305
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	306
<b>ASCULTAREA ACTIVĂ ȘI RĂSPUNSUL EMPATIC</b> .....	311
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	312
<b>COMUNICAREA UNUI DIAGNOSTIC DE BOALĂ GRAVĂ</b> .....	317

PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	318
<b>EVALUAREA SPIRITUALĂ .....</b>	<b>321</b>
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	322
<b>REALIZAREA ALIMENTAȚIEI PACIENTULUI LA NIVELUL PATULUI .....</b>	<b>325</b>
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	326
<b>ÎNGRIJIREA ORALĂ .....</b>	<b>333</b>
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	334
<b>TOALETA PACIENTULUI IMOBILIZAT LA PAT CU APĂ ȘI SĂPUN OBIȘNUIT .....</b>	<b>343</b>
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	344
<b>MĂSURAREA DURERII - MĂSURAREA DURERII LA PACIENTUL ADULT CONȘTIENT UTILIZÂND SCALA ANALOGICĂ VIZUALĂ .....</b>	<b>349</b>
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	350
<b>PRESCRIEREA MEDICAȚIEI PENTRU DURERE ÎN CONFORMITATE CU SCALA DURERII A O.M.S. ....</b>	<b>353</b>
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	354
<b>SINDROMUL PROFESIONAL “BURNOUT” .....</b>	<b>357</b>
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	358
<b>DISCUȚII DESPRE ÎNGRIJIREA LA SFÂRȘITUL VIETII (LOCAȚIA ÎNGRIJIRII, TRATAMENT AGRESIV, ORDIN DE NE-RESUSCITARE) .....</b>	<b>363</b>
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	364
<b>MANAGEMENTUL FAZEI TERMINALE .....</b>	<b>367</b>
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	368
<b>PREVENIREA ESCARELOR - REPOZIȚIONAREA .....</b>	<b>371</b>
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	372
<b>EVALUAREA NIVELULUI DE CONȘTIENTIZARE AL PACIENTULUI PRIVIND BOALA SA .....</b>	<b>377</b>
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	378
<b>CONFIGURAREA REȚELEI DE SPRIJIN A PACIENTULUI .....</b>	<b>381</b>
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	382
<b>INVESTIGAREA NEVOILOR ÎNGRIJITORULUI .....</b>	<b>385</b>
PROCEDURĂ MEDICALĂ .....	386



<b>PREFAZIONE</b> .....	389
<b>PROCEDURA DEL CATETERISMO URETRO-VESCICALE (CATETERE FOLEY) NELLE PAZIENTI DI SESSO FEMMINILE</b> .....	391
PROCEDURA MEDICA .....	392
<b>EFFETTUARE UNA PARACENTESI</b> .....	399
PROCEDURA MEDICA .....	400
<b>INIEZIONE SOTTOCUTANEA AUTOMATICA</b> .....	405
PROCEDURA MEDICA .....	406
<b>TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE DA DECUBITO DORSALE A ECUBITO LATERALE</b> .....	411
PROCEDURA MEDICA .....	412
<b>CONGIURA DEL SILENZIO – MANEGGIARE LA COMPLICITÀ</b> .....	417
PROCEDURA MEDICA .....	418
<b>ASCOLTO ATTIVO E RISPOSTA EMPATICA</b> .....	423
PROCEDURA MEDICA .....	424
<b>COMUNICARE LA DIAGNOSI DI UNA MALATTIA GRAVE</b> .....	429
PROCEDURA MEDICA .....	430
<b>VALUTAZIONE SPIRITUALE</b> .....	433
PROCEDURA MEDICA .....	434
<b>NUTRIZIONE DEL PAZIENTE A LETTO</b> .....	437
PROCEDURA MEDICA .....	438
<b>IGIENE ORALE</b> .....	445
PROCEDURA MEDICA .....	446
<b>BAGNO A LETTO – LAVARE UN PAZIENTE ALLETTATO UTILIZZANDO ACQUA E SAPONE</b> .....	455
PROCEDURA MEDICA .....	456
<b>VALUTAZIONE DEL DOLORE – MISURARE IL DOLORE IN PAZIENTI ADULTI COSCIENTI UTILIZZANDO LA SCALA ANALOGICA VISIVA</b> .....	461
PROCEDURA MEDICA .....	462
<b>PRESCRIVERE UNA CURA DEL DOLORE SECONDO LA SCALA PAINAD</b> .....	465
PROCEDURA MEDICA .....	466
<b>SINDROME DA BURNOUT</b> .....	469
PROCEDURA MEDICA .....	470



<b>DISCUSSIONE CURE DI FINE VITA (LUOGO DI CURA, TRATTAMENTO AGGRESSIVO, DNR)</b> .....	475
PROCEDURA MEDICA .....	476
<b>GESTIONE DELLA FASE TERMINALE</b> .....	479
PROCEDURA MEDICA .....	480
<b>PREVENZIONE ULCERE DA PRESSIONE - CAMBIO POSTURALE</b> .....	485
PROCEDURA MEDICA .....	486
<b>VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI CONOSCENZA CHE IL PAZIENTE HA DELLA SUA MALATTIA</b> .....	491
PROCEDURA MEDICA .....	492
<b>MAPPATURA DELLA RETE DEL PAZIENTE</b> .....	495
PROCEDURA MEDICA .....	496
<b>RISPONDERE AI BISOGNI DEI CAREGIVER</b> .....	499
PROCEDURA MEDICA .....	500



<b>ARGUMENTO</b> .....	503
<b>REALIZACIÓN DE CATETERISMO URETROVESICAL (SONDA FOLEY) EN PACIENTES FEMENINAS</b> .....	505
PROTOCOLO MÉDICO .....	506
<b>REALIZACIÓN DE PARACENTESIS</b> .....	515
PROTOCOLO MÉDICO .....	516
<b>PERFUSIÓN DE JERINGA SUBCUTÁNEA AUTOMÁTICA</b> .....	521
PROTOCOLO MÉDICO .....	522
<b>TRANSFERENCIA DEL PACIENTE DESDE DECÚBITO DORSAL PROLONGADO A DECÚBITO LATERAL PROLONGADO</b> .....	527
PROTOCOLO MÉDICO .....	528
<b>CONSPIRACIÓN DE SILENCIO – MANEJO DE LA COMPLICIDAD</b> .....	533
PROTOCOLO MEDICO .....	534
<b>ESCUCHA ACTIVA Y RESPUESTA EMPÁTICA</b> .....	539
PROTOCOLO MÉDICO .....	540

<b>COMUNICAR EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE (MALAS NOTICIAS)</b> .....	545
PROTOCOLO MEDICO.....	546
<b>EVALUACIÓN DEL BIENESTAR ESPIRITUAL</b> .....	549
PROTOCOLO MEDICO.....	550
<b>ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO</b> .....	553
PROTOCOLO MÉDICO.....	554
<b>CUIDADO BUCAL</b> .....	561
PROTOCOLO MEDICO.....	562
<b>ASEO Y BAÑO DE UN PACIENTE EN CAMA CON AGUA Y JABÓN</b> .....	571
PROTOCOLO MEDICO.....	572
<b>EVALUACIÓN DEL DOLOR – MEDICIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES ADULTOS CONSCIENTES MEDIANTE LA ESCALA ANALÓGICA VISUAL</b> .....	577
PROTOCOLO MEDICO.....	578
<b>PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN CONTRA EL DOLOR SEGÚN LA ESCALA DEL DOLOR</b> .....	581
PROTOCOLO MEDICO.....	582
<b>SÍNDROME DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL</b> .....	585
PROTOCOLO MEDICO.....	586
<b>DISCUSIÓN SOBRE EL CUIDADO EN EL FINAL DE LA VIDA (LUGAR DEL CUIDADO, TRATAMIENTOS AGRESIVOS, RCP)</b> .....	591
PROTOCOLO MEDICO.....	592
<b>FASE TERMINAL – TRATAMIENTO</b> .....	595
PROTOCOLO MEDICO.....	596
<b>PREVENCIÓN DE ÚLCERA ISQUÉMICA POR PRESIÓN - REPOSICIONAMIENTO</b> .....	599
PROTOCOLO MEDICO.....	600
<b>VALORACIÓN DEL GRADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD</b> .....	605
PROTOCOLO MEDICO.....	606
<b>ESTRUCTURAR LAS REDES DE LOS PACIENTES</b> .....	609
PROTOCOLO MEDICO.....	610
<b>TRATAMIENTO DE LAS NECESIDADES DE LOS CUIDADORES</b> .....	613
PROTOCOLO MEDICO.....	614



<b>BETOOG</b> .....	617
<b>URETHROVESICALE KATHERISATIE UITVOEREN (FOLEY SONDE) - VROUWELIJK UROGENITAAL SYSTEEM</b> .....	619
MEDISCHE PROCEDURE .....	620
<b>UITVOEREN VAN PARACENTESE</b> .....	629
MEDISCHE PROCEDURE .....	630
<b>SUBCUTANE AUTOMATISCHE SPIJTPERFUSIE</b> .....	635
MEDISCHE PROCEDURE .....	636
<b>VERPLAATSEN VAN DE PATIËNT VAN OPGELOPEN DORSALE DECUBITUS TOT OPGELOPEN LATERALE DECUBITUS</b> .....	641
MEDISCHE PROCEDURE .....	642
<b>OMGAAN MET COLLUSIE</b> .....	647
MEDISCHE PROCEDURE .....	648
<b>ACTIEF LUISTEREN EN EMPATHISCHE REACTIE</b> .....	653
MEDISCHE PROCEDURE .....	654
<b>DE DIAGNOSE VAN EEN SERIEUZE ZIEKTE COMMUNICEREN (SLECHT NIEUWS)</b> .....	659
MEDISCHE PROCEDURE .....	660
<b>SPIRITUELE BEOORDELING</b> .....	663
MEDISCHE PROCEDURE .....	664
<b>VOORZIEN BED SIDE VOEDING VOOR DE PATIENT</b> .....	667
MEDISCHE PROCEDURE .....	668
<b>ORALE VERZORGING</b> .....	673
MEDISCHE PROCEDURE .....	674
<b>BEDBAD - WAS EEN BEDRIDDEN PATIËNT DOOR WATER EN GEMEENSCHAPPELIJK ZAP</b> .....	683
MEDISCHE PROCEDURE .....	684
<b>PIJN METEN BIJ NORMAAL BEWUSTE EN VOLWASSEN PATIËNTEN AAN DE HAND VAN DE VISUEEL ANALOGIE SCHAAAL (VAS)</b> .....	689
MEDISCHE PROCEDURE .....	690
<b>VOORSCHRIJVEN VAN PIJN MEDICATIE VOLGENS DE WHO-PIJN LADDER</b> .....	693
MEDISCHE PROCEDURE .....	694
<b>PROFESSIONEEL BURNOUT SYNDROOM</b> .....	697

MEDISCHE PROCEDURE .....	698
<b>ZORG MET BETREKKING TOT HET EINDE VAN HET LEVEN – DISCUSSIE OVER (PLAATS VAN ZORG, AGRESSEIVE BEHANDELING, DNR) .....</b>	<b>701</b>
MEDISCHE PROCEDURE .....	702
<b>TERMINALE FASE – MANAGEMENT .....</b>	<b>705</b>
MEDISCHE PROCEDURE .....	706
<b>PREVENTIE VAN DOORLIGWONDEN - WISSELHOUDING .....</b>	<b>709</b>
MEDISCHE PROCEDURE .....	710
<b>EVALUEREN VAN HET NIVEAU VAN BESEF VAN DE PATIËNT OVER ZIJN/HAAR AANDOENING EN ZIEKTE .....</b>	<b>713</b>
MEDISCHE PROCEDURE .....	714
<b>PATIËNT ZIJN NETWERK IN KAART BRENGEN.....</b>	<b>717</b>
MEDISCHE PROCEDURE .....	718
<b>NODEN VAN DE MANTELZORGER AANPAKKEN.....</b>	<b>721</b>
NODEN VAN DE MANTELZORGER AANPAKKEN.....	722
 <b>MEDLANG CLASSROOM EXPERIENCES AND STUDENT FEEDBACK .....</b>	 <b>725</b>
<b>SELECTIVE REFERENCES .....</b>	<b>727</b>

## FOREWORD

### *Why MedLang? Why palliative medicine? Why an interdisciplinary MOOC?*

MedLang came into being as a result of observed needs in a number of European countries. These needs basically arise from the lack of a standardized and coherent professional approach to issues having to do with palliative medicine. Consequently, the partners in the Erasmus+ project 2014-1-RO01-KA203-002940 negotiated how to meet this challenge and how to better spread the results of their joint work to as many interested parties as possible in Europe and beyond.

The reality Europe is facing these days is that of a continent with increased life expectancy where a significant share of the medical efforts goes towards ensuring a good quality of life. Such efforts increasingly focus on how to deal with old age in its various forms, including active ageing and third age education, but also how to ensure a dignified and protected terminal care for people. More and more specialized professionals have to be trained to be able to cope with all these aspects of third age needs in fields like education, media, social work and medicine. We can expect that very many of the people working in these broad areas will undergo job reconversion to meet the specific needs of a new category of beneficiaries represented by seniors and third age people. Issues connected to the global mobility due to workforce needs, study mobility, personal mobility or the refugees in Europe make the theme of palliative care much more than a medical, administrative or financial problem, shifting it instead into the paradigm of language and communication, culture, religion, values.

The strategic partnership joining Romania, Belgium, Italy and Spain, made up of medical and educational institutions, public and private, have approached the theme of palliative medicine and related areas in their specific institutional contexts and in a given timeframe. The international authors of this volume are aware that it represents a point of view limited to the existing geographical environments and to the specific needs of the moment. Notwithstanding, they are also sure that it tries to fill a huge gap that is to do with approaches standardised and aligned to the current infrastructure, human resources training needs, medical and technological development and contextual priorities linked to national medical strategies, cultural values and policies.

The materials here collected show a planned orientation which the contributing partners have agreed to illustrate: a selection of the most representative basic procedures in palliative medicine, all consonant with the latest updates in the field, plus communication related to these procedures in six languages and videos illustrating how the procedures ought to be implemented. Starting from an inventory of more than 50 procedures, the intra-partnership negotiations narrowed the list to 20 interventions and types of communication that cover both the existing medical approaches in the countries involved and the current trend of dialogical medicine, not to mention the values of interculturality and celebration of the diversity of beliefs and practices.

To get an idea of the kind of decisions and generalizations that required in-depth consideration before the actual work on the selected items started, the partnership and the authors of the volume had to tackle the question of how much of the topical novelty in a country should be included in this generic inventory of procedures and values (for example, the legislation and procedures in current use in Belgium related to euthanasia for adults and children). With topics varying from oral care and moving the patient in bed or feeding the patient, to breaking bad news or the burnout syndrome, a range of interlocutors are considered: in- or out-patients, family, carers and nurses, doctors.

One other goal of the volume is to contribute up-to-date resources to the professionalization of the medical speciality of palliative care in interested countries, including Romania as the coordinating country of this project, and possibly elsewhere in Europe and beyond, in systems less experienced in formally assuming this medical profile for higher education or nursing schools. Starting with the Faculty of Medicine in Brasov, where the only M.A. programme in palliative care in Romania has been on offer for the past 5 years, and the Casa Sperantei experience as an Associate Partner (the first

palliative care entity set up in Romania in the mid-90s), and finishing up with the 20 procedures validated by the largest oncology hospital in Iasi, Romania, the materials developed in the project successfully go about reaching the original goal in a professional manner.

The inter-disciplinarity approach linking the medical field, the care system and the educational domain underpins the present work. With valuable educational resources for medical professionals, the volume also provides thorough support for both trainer and learner as regards efficient communication in various languages (English, French, Spanish, Italian and Dutch) on the medical topics identified. The need for such a particular approach has been signalled for the last ten years by graduates of medical universities and nursing schools who face day-to-day professional communication challenges regardless of whether they work abroad or not. The video support and the self- or peer-evaluation that checks the level of medical skills and communication practice help pave the way for independent learning.

Specific technological support has been created in parallel to the volume. The latter addresses primarily those who prefer learning from a course book since we are aware the number of such traditional learners will be slow to go down. However, we find it useful to inform them that the materials are also available in their integrality on the project site [www.medlang.eu](http://www.medlang.eu). We are confident that the users of the volume will become blended learners and exploit some of the resources in digital format, too. And the reason for that is the pedagogy that facilitates a different type of learning on a MOOC: network based, content based and task based. Collaborating with interested persons on a medical or communication task gives meaning to the task and checks how effective one's skills are becoming. Moreover, the current strategy in modern education encourages skills development and stresses the importance of the competence-based curriculum. Consequently, the volume comes with DVDs with video content and other learning resources that provide the basic solution to such an approach. Learners who feel inclined to express a professional opinion, document their argumentation and plan their self-evaluation skills are welcome to use the available platform and become active participants in the discussion forums on given topics.

The invitation to learn at your own pace according to the planned study framework is intrinsic in both the volume and the MOOC. The self-evaluation criteria are transparently designed and they check higher cognitive skills that cover comparison, analysis, attention and memory. The MOOC gives priority to collaborative activities and peer and student-trainer interactions for exchange of ideas, debate and argumentation, while some tasks offer the satisfaction of co-creation of knowledge, for instance those focusing on cultural and religious values. The quality of the acquired knowledge is measured such variables as originality, documentation, discussion (n)etiquette, turn taking, facilitation skills, success models voted by students, accuracy of simulation. In both the book and the MOOC learning invites to reflection and ways of practice with e-portfolios and self-filming. Individual learning styles are catered for by linear learning from a book, interactive learning, learning by doing and through videos. The MOOC has a technological design that facilitates dissemination of the participants' activity through one or more platforms within an open environment with free access and an invitation to massive participation, and it gives students and trainers a sense of community of practice with a clear emphasis on the learning process. Still, the MOOC offers a more coherent system of evaluation and accreditation of knowledge and skills inbuilt in the system compared to the volume, which can be better used in situations of face to face instruction as a learning tool for continuous professional development and simulation based training.

In conclusion, the volume and the MOOC act as independent yet complementary tools to help professionals, students, the public at large, learn about palliative medicine and the associated communication processes. The materials are the end result of pedagogical strategies that combine the more traditional learning with new trends that involve interaction, changing roles and assuming new responsibilities for both trainers and learners.

*Editors*



## PERFORMING URETHROVESICAL CATHETERIZATION (FOLEY PROBE) IN FEMALE PATIENTS

**Medical procedure**

**Scientific evidence**





## MEDICAL PROCEDURE

Creating a direct communication with the content of the urinary bladder by means of a specially designed tube (Foley probe) inserted through the urethra into the bladder.




<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---


1.	Assess patient's vital functions presence <i>(by observing, by example consciousness, movements, speech, breathing, other vital signs):</i> <b>Good morning/afternoon. My name is ..... I am your doctor / nurse and I will examine you in a short while.</b>				0 2 5
2.	<b>Can you tell me your name, please.....? (or, check patient's ID bracelet, if available) And your date of birth..... Thank you.</b> <i>(This is done to avoid performing the procedure on the wrong patient as there may be several patients with the same name. Also, do not ask e.g. "Are you Mr. Smith?" to avoid receiving false confirmation from patients distracted by their symptoms or other reasons). Double-check in the medical records for: Name; DOB</i>	ESSENTIAL			
3.	Secure a private examination environment <i>(room with one bed, curtains, paravans etc.)</i> <b>What I need to do is place a probe into your urinary bladder in order to drain it into some special medical containers. (what we will do)</b>				0 1 3
4.	<b>The manoeuvre involves passing a flexible tube through areas associated with urination. This is generally easy to perform, involves no cuts or punctures, so it should not hurt. (what the manoeuvre consists of)</b>				0 1 3
5.	<b>It is very important that you stay relaxed and calm during the procedure. When I tell you, please don't move and keep your legs as we will place them so we can insert the probe without touching the surrounding areas which may carry microbes. Also, upon my signal, breathe in deeply and then blow it all out – breathe several times, deeply, slowly, freely. (how to contribute to the procedure)</b>				0 1 3
6.	<b>Emptying the bladder is an important element of your medical condition. Based on this, we will decide what medicines to recommend further. (the benefit of the procedure)</b>				0 1 3
7.	<b>Now, are you clear about the procedure? Would you like to ask me anything else?</b>	ESSENTIAL			
8.	<b>Can you tell me when and how much you urinated the last time?</b> <i>(assessing patient perception and involvement in own health issues)</i>				0 1 3
9.	<b>Have you undergone a urinary probe insertion procedure before? For previous surgery, perhaps?</b>				0 1 3
10.	<b>Are you allergic to anything, rubber products, iodine and adhesive tape maybe?</b> <i>(evaluating possible allergies to the materials commonly used in the procedure)</i>	ESSENTIAL			
11.	<b>Do you agree to the sampling of your biological products?</b> <i>(evaluation of personal beliefs regarding the sampling of biological products)</i>	ESSENTIAL			
12.	<b>When did you last eat?</b> <i>(if possible, avoid performing urethrovesical catheterization immediately before or after the patient's meals)</i>				0 1 6
13.	Selecting the Foley probe to be used <i>(technical characteristics)</i> in the given clinical situation <i>(if not already specified in the patient's medical records).</i>				0 1 9
	Evaluation of the patient's medical records as concerns:				



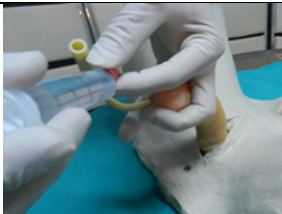

	<p><i>patient's age and gender:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- child - gauge 8-10 probe (external circumference 2.7 ~ 3.4 mm), length of 30 cm, balloon of 3 ml;</li> <li>- adult - gauge 14-18 probe (4.7 to 6 mm), with a 5 ml volume for the balloon (<i>a smaller balloon size allows for the distal end of the probe - where the drainage holes are, to be positioned nearest to the urethral point of the bladder, thereby resulting in a more complete evacuation</i>), 23-26 cm in length</li> </ul>		
14.	<p>Evaluation of the patient's medical records as concerns: <i>patient diagnostics supporting the indication of urethrovessical catheterization (pre-existent urogenital pathology):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in cases of urinary retention (<i>suspected inability of the urethrovessical system to ensure the evacuation of urine accumulated in the bladder</i>) catheterization is postponed until the existing volume of urine in the bladder is assessed using a portable bladder echograph (<i>the detected volume is digitally displayed with an accuracy of 85% for volumes of less than one litre; documentation of a volume of 500-800 ml leads to the indication to trigger the sensation of urination; if a volume of less than 500 ml is detected, catheterization is postponed to allow further accumulation of fluids at urinary bladder level. This is due to the infectious risk of catheterization associated to the potential mobilisation of microorganisms commonly existing at the distal portion of the urethra, which get to be transferred inside the urinary bladder, a normally uncontaminated space</i>)</li> </ul> <p><b>I will now let the sink run and you can keep your hands under the running water. This is to speed up the urge to void.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in the drainage of clots, dense urinary flakes, haematuria – larger size probes, gauge 20 (6.6 mm)</li> <li>- in pathologies requiring continuous or intermittent irrigation of the bladder - Foley probe with three channels (<i>one for bladder drainage, the second for filling/emptying the probe balloon, and the third for introducing the bladder irrigation fluid</i>)</li> </ul>		0 1 9
15.	<p>Evaluation of the patient's medical records as concerns: <i>estimated duration of urethrovessical catheterization:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- up to 1 week - use Foley probe from plastic (<i>reduced flexibility with increased traumatic consequences</i>), PVC (<i>improved flexibility at body temperature, moulding on the contours of the urethra</i>) or latex (<i>allergic risk always to be assessed in advance; the high frequency of allergic phenomena to latex in the medical environment currently acts as a deterrent in actual use</i>)</li> <li>- up to 4 weeks – use Foley probe from polytetrafluoroethylene (teflon)</li> <li>- up to 12 weeks - use silicone Foley probe (<i>more expensive</i>) optionally impregnated with antimicrobial substances (<i>nitrofurantoin, hydrogel, silver etc.</i>)</li> </ul>		0 1 3
16.	<p>Evaluation of the patient's medical records as concerns: associated diagnoses (<i>e.g. coagulopathies, etc.</i>), laboratory parameters (<i>e.g. platelets &lt;150,000, INR&gt; 1.5, etc.</i>) and associated medication (<i>e.g. Sintrom, Trombostop, Aspirin, Plavix, etc.</i>) – to assess the risk of prolonged bleeding.</p>		0 1 5
17.	<p>Once the technical characteristics of the probe have been selected, two such urethrovessical catheters should be available from the start in order to be able to quickly replace the probe in case of contamination or damage during the procedure.</p>		0 1 3
18.	<p>Assessment of patient willingness to collaborate in performing the procedure.</p>		0 1 5
	<p>Evaluation of the patient's medical records from the standpoint of</p>		

	associated conditions that could contraindicate either the supine position (e.g. severe heart failure with decubitus dyspnoea) or knee flexion / thigh external rotation (orthopedic / rheumatologic diseases)		
19.	<b>I will need you to lie on your back in this bed, with your knees bent and kept apart for between 15 to 30 minutes</b> (external thigh rotation and knee flexion allow optimal view of the perineal region, where the urinary meatus to be instrumented during the manoeuvre is located). <b>Can you show me, please? And bend your knees. Good. Now move your knees further apart and then rotate your thigh outward. Thank you. Can you keep this position?</b> (if the patient has difficulty in positioning and keeping their body segments as required, a colleague may be asked to support the patient's knees and hips. Alternately, the patient may be placed slightly on one side or in the semi-prone position - Sim's)		0 1 3
20.	<b>Your genital area will be exposed for this manoeuvre. As a matter of personal privacy, would you rather have women only perform it?</b>		0 1 9
21.	If they have not been recently evaluated: BP measurement, pulseoximetry, thermometry: BP..... mmHg, SaO <sub>2</sub> ..... %, T ..... °C. Hand wash. Apply clean medical gloves as part of standard precautions.		0 1 3
22.	Use a rubbing alcohol swab to decontaminate any furniture surfaces with which there will be contact during the manoeuvre.		0 1 3
23.	Dispose of used gloves in the non-sharp infectious waste container. Hand wash. Apply a new pair of medical gloves as part of standard precautions.		0 1 3
24.	<b>The manoeuvre involves the prior cleaning of the genital area with water and soap. You can do this yourself or we can do it for you – which do you prefer?</b> Clean perineal region with water and soap – most patients choose to do it themselves (as this involves the genital area) and manage quite successfully if they receive clear guidance: <b>Always wash and wipe from the clean areas towards the dirty ones, from front to back.</b> (the anal area carries a high microbial load)		0 1 9
25.	Cover the patient with a bath blanket arranged in the shape of a diamond, corners pointing to the head, legs and sides of the bed, respectively.		0 1 3
26.	<b>Use your hands to hold the corner of the bath blanket under your chin while we pull the linen from underneath you.</b> Without exposing the patient under the bath blanket, roll up the sheet and blanket to the foot of the bed and store them in the space between patient's feet and footboard.		0 1 3
27.	<b>Now, please undress from waist down, under the bath blanket. We will store your clothes for you until the manoeuvre is over. Thank you.</b>		0 1 3
28.	<b>Bend your knees now, please. Your soles about 60 cm apart. Like this. Very good. Now rotate your thighs slightly outside.</b>		0 1 3
29.	Place the necessary materials at the level of the worktable.		0 1 3
30.	Ensure there is a good lighting for examination and instrumentation of perineal area (use of a flashlight may be appropriate)		0 1 3
31.	Position yourself at the right side of the patient (or left side if staff performing the manoeuvre is left-handed). Raise patient's bed to the waist level of the staff performing the urethrovessical catheterization.		0 1 3

32.	Cross the corners of the bath blanket under the patient's thighs, leaving the corner pointing to the feet to mask the perineal area like a tent. <i>(reduced exposure of private areas limits the feeling of embarrassment while also providing better thermal comfort during urethrovessical catheterization)</i>			0 1 3
33.	Lift the bath blanket by the corner that points to the patient's feet and roll it up to create access to the patient's perineal area. Place an absorptive towel under the patient's buttocks and below them, between the patient's thighs <i>(to prevent wetting/compromising bed linen)</i>			0 1 3
34.	Unpack the sterile kit which contain the bag for urine collection, anchor it to the bed using the specially designed hook, leaving at hand reach the end of the tube which connects the urinary bag to the Foley probe.			0 1 9
35.	Unpack the sterile kit for urethrovessical catheterization and place it at hand, taking care not to desterilize the contents.			0 1 3
36.	Apply antiseptic solutions <i>(usually of the betadine-iodine type)</i> on five sterile compresses which will be used to decontaminate the urinary peri-meatus area. Dispose of the empty sachets for antiseptic solution in the non-infectious waster container.			0 1 6
37.	Dispose of used gloves in the non-sharp infectious waste container. Medical hand wash. Apply a pair of sterile medical gloves while keeping sterile the wrapping to be placed between the patient's legs <i>(on the wrapping will be placed the sterile compresses with antiseptic solution used for decontaminating the area of urethral meatus)</i>			0 1 6
38.	Extract the Foley probe from its packaging and inject a volume of sterile distilled water as specified on the probe <i>(using a sterile syringe of appropriate volume which is connected to the specially designed end of the Foley probe by inserting it firmly all the way through the valve that exists at this level)</i> to fill out the balloon and thus check its integrity and functionality <i>(timely detecting of dysfunctions allows for the probe to be replaced before the actual implementation of catheterization)</i> . Using the syringe again, empty the Foley probe balloon completely and then disconnect the syringe which now contains the exact volume of sterile distilled water needed to refill the balloon when required. Place the syringe on the sterile wrapping of the medical gloves previously used. Apply (2.5-5 cm in length) a sterile lubricant on the end of the probe, the end where the balloon is located. Sterile connecting of the probe to the urine collection bag.			0 1 9
39.	With the non-dominant hand, expose the urethral meatus area – distance the large labia by using fingers III and IV (which are thus desterilized!), palm facing up. <i>Take care to keep the large labia widely apart; they should not get in contact with the urinary meatus at any time throughout the manoeuvre. By doing this, fingers I and II are free to assure a steady hold on the end of the tube and the valve of the balloon comes to be better connected to the syringe when filling the balloon with sterile distilled water.</i>			0 1 9
40.	Using the sterile forceps from the urethrovessical catheterization kit and the antiseptic compresses, wipe down firmly with the dominant hand and decontaminate the labial area with movements only in one-way, as follows: the inside of a large labia in anterior-posterior direction <i>(from front to back)</i> ; the inside of the opposite major labia in anterior-posterior			0 1 9

	direction; small labia in anterior-posterior direction; the opposite minor labia in anterior-posterior direction; the urinary meatus in an anterior-posterior direction, using successively 5 antiseptic compresses ( <i>urethrovessical catheterization is the medical manoeuvre most frequently causing nosocomial infections - infections acquired in the medical environment - therefore antisepsis rules must be strictly respected</i> ). After each use, dispose of the compress in the infectious waste container and at the end, dispose of the forceps, too. On this occasion, identify the anatomic structures of the perineal area and detect the location of the urethral meatus (sometimes difficult to be identified to female patients).		
41.	Inject 10-15 ml lubricant gel into the urethral meatus ( <i>lidocaine gel can also be used to reduce the discomfort associated with the passage of the probe at urethral level, but the use of lidocaine requires an additional 5 minutes for the anaesthetic to take action</i> ). After use, dispose of lubricant gel syringe in the infectious waste container.		0 1 9
42.	Hold the end of the Foley probe ( <i>the side with the connecting tubes</i> ) in the dominant palm, with the probe making a loop (to control its length) and the opposite end that has to be introduced into the urethral meatus held at 5-7.5 cm from its tip positioned as a pen between fingers I on one side and fingers II and III on the other.		0 1 9
43.	Hold the catheterized area using the non-dominant hand, keeping labia majora spread apart. ( <i>by means of this manoeuvre, the urethral trajectory becomes straight, thus facilitating the advance of the probe at its level</i> )		0 1 3
44.	Insert Foley probe into the urinary meatus without touching neighbouring structures. ( <i>if such an incident happens, the Foley probe is contaminated and must be replaced; in case of accidental insertion inside the vagina, the probe is kept there during the urethrovessical catheterization in order to guide the subsequent correct insertion, through the urinary meatus, of a new sterile probe</i> )		ESSENTIAL
45.	<b>Now, breathe several times deeply and slowly. In and out,</b> ( <i>advancing the probe during patient's exhalation</i> ), <b>slowly ... all of it. Yes, like this ... and now again.</b>		0 1 6
46.	Continue to advance the probe along the urethra in the time offered by patient expiration.		0 1 3
47.	In case of perceived resistance to the advancement of the Foley probe along the urethral sphincter. Maintain a steady, but not heavy, pressure on the probe ( <i>the urethral sphincter is expected to relax, allowing the advancement of the probe or alternately, the probe can be repeatedly rotated to one side and then to the other to make it advance</i> ).		0 1 6
48.	Conduct the loop of the probe on its progress inside the urethra and look for the appearance of urine in the probe.		0 1 3
49.	Hold the distal end of the Foley probe at the level of the urethrovessical catheterization casserole to allow for the urine evacuated from the bladder to accumulate.		0 1 3
50.	From this point on, insert the probe another 5 cm ( <i>in order to maximize the chances for the balloon of the probe to have passed through the urethra and secured a bladder location. The filling of the balloon in its urethral location traumatizes the urinary duct and leads to unwanted complications</i> ).		0 1 9
51.	Using the dominant hand, bring the end of the Foley probe which includes		0 1



	the balloon valve to the level of fingers of the non-dominant hand, while continuing to keep the large labia spread apart (through the previously mentioned positionings).		3
52.	Using the now free dominant hand, take the syringe with sterile distilled water previously placed within reach and connect it to the end of the probe with the balloon valve. With the valve supported by fingers of the non-dominant hand, push the syringe tip all through the valve and inject the appropriate volume of distilled water to fill the balloon completely <i>(using saline solutions at this stage was abandoned after studies revealed that by the partial precipitation of NaCl solutions that occurs in time, the filling of the balloon, and implicitly its volume, diminishes)</i> .		0 1 3
53.	In the event of pain or discomfort during the manoeuvre of filling the balloon, it is mandatory to stop injecting sterile water, empty the balloon completely and further advance the probe into the bladder. Then, try again to fill the balloon, guided by symptoms.	ESSENTIAL	
54.	Disconnect the syringe from the Foley probe and dispose of it in the non-sharp infectious waste container.		0 1 3
55.	While keeping the urethral meatus area well away from any contact with the surrounding structures, use the dominant hand to gently withdraw the Foley probe backwardly, into the urethral tract until a stop is felt, generated by the placement of the balloon at the bladder level of the urethral orifice.		0 1 3
56.	Withdraw non-dominant hand from the level of the structures supported during the manoeuvre and relocate it at the level of the urine drainage tube. Use the dominant hand to connect the Foley probe to the tube of the urinary collection bag. <i>(This stage is therefore performed by using both hands)</i>		0 1 3
57.	Secure the Foley probe tube while positioning it at the level of patient's inner thigh so that the tubing is stretched <i>(to prevent the balloon from sliding back inside the bladder, with subsequent leaking of urine from the bladder along the probe, which causes difficulties in maintaining patient hygiene and transforms a closed, sterile circuit into an open one)</i> , though not in tension, in order to allow the patient to perform customary movements.		0 1 3
58.	<b>You might experience a stinging sensation and the urge to void. This will only last until you get used to the probe, it should go away in a few minutes.</b>		0 1 3
59.	Wipe the perineal region with alcoholic solution compresses <i>(to remove the betadine previously used in decontamination and which could generate local irritation in case of prolonged contact with the skin/mucous membranes)</i> .		0 1 3
60.	Measure the volume of the collected urine and evaluate its appearance.		0 1 3
61.	Adjust the tubing to avoid bending and make sure that the upper level of the collecting bag is at all times positioned lower than any segment of the tube <i>(not to create conditions for the urine from the bag to flow backwards, toward the urinary tracts – risk of contamination)</i>		0 1 3
62.	Dispose of the remaining materials from the procedure in the non-sharp infectious waste container.		0 1 3

63.	Remove the used gloves and throw them into the non-sharp infectious waste container. Wash hands with soap and water.			0 1 3
64.	<b>You may now stretch your legs and relax. We have finished the procedure. Well done, congratulations.</b>			0 1 3
65.	Roll up the bed linen to cover the patient <i>(to be done under the bath blanket)</i> . Remove and place bed linen in the infectious waste bag.			0 1 3
66.	Use a rubbing alcohol swab to decontaminate all furniture surfaces that were involved in the procedure. Wash hands.			0 1 3
67.	<b>The urine bag will be emptied every 8 hours or as often as needed, not to get filled more than half.</b>			0 1 3
68.	<b>At least daily, the genital area must be washed with soap and water to prevent the occurrence of local irritation or infection.</b>			0 1 3
69.	<b>Under no reason should the urinary tube be pulled out. If something about the urinary drainage system bothers you, let us know and we will sort it out for you.</b>			0 1 3
70.	<b>Be careful that the urinary tubing does not bend, become twisted or clamped because this will block the flow of urine.</b>			0 1 3
71.	<b>You must also take care that the collecting bag is always placed below the level of the urinary bladder and urethrovesical tubes.</b>			0 1 3
72.	<b>While wearing the probe your sexual life will change. You will be advised on these issues if you wish.</b>			0 1 3
73.	<b>It is advisable to take showers instead of baths while you carry the catheter</b> <i>(prolonged immersion favours the occurrence of urinary infections)</i>			0 1 3
74.	<b>Please watch out for any signs of infection. If it stings or if you have lower abdominal pains, a frequent urge to urinate or even drowsiness or unexplained fatigue, or if the urine becomes cloudy, it may be that your urine has infected</b> <i>(to diminish the risk, a diet that acidifies the urine is highly advisable – e.g. cranberry juice).</i>			0 1 3
75.	<b>In order that you urinate the correct amount, we recommend that you drink at least 2 litres of fluids every day</b> <i>(preferably, more than 3 litres - an indication to be communicated to the patient only if the associated pathologies allow the ingestion of such volumes).</i>			0 1 3
76.	Fill out the patient's medical record with all the details related to the realisation of the procedure, accidents, complications - as the case may be, volume and aspect <i>(colour, clarity etc.)</i> of discharged urine, date and time.	ESSENTIAL		
77.	All steps must be taken for the patient's safety <i>(adjust the bed at an inferior height level and lift the lateral limiters)</i> . Make sure the patient can easily reach personal objects, the glass of water and the remote control for calling medical help. Give details about the medical schedule to follow and the time when the patient will be re-examined.			0 1 3
Total score: 300		<input type="radio"/>	unfulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	partially fulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	completely fulfilled criterion	%

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	<b>When is urinary catheterization necessary in patients hospitalized in a palliative settings/facility? Catheter indications</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	<b>Urinary catheterization</b>
<b>Comparator</b>	Conservative care of any kind or Other alternative methods of urinary drainage Avoid use of urinary catheters
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Catheter-associated urinary tract infection; Urinary tract infection; Mortality (any cause); Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	Planned subgroup analysis E.g. 1. Diabetes status

### Studies:

Three international consensus based on literature review by experts are included [1-3].

### Indications [1,2]:

- Urine output measurement in critically ill patients.
- During/ following surgery to assess fluid status.
- Management of urinary retention with or without bladder outlet obstruction.
- Patients with neurogenic bladder, immobilized or who will undergo intravesical pharmacologic therapy (eg, bladder cancer).
- Management of open wounds located in the sacral or perineal regions in patients who are incontinent.
- Improved patient comfort for end of life care.
- Management of patients with urinary incontinence following failure of conservative, behavioral, pharmacologic and surgical therapy.

Conclusions: We endorse the recommendations of these consensus.

### References:

1. Meedings J, Saint S, Fowler KE et al. The Ann Arbor Criteria for Appropriate Urinary Catheter Use in Hospitalized Medical Patients: Results Obtained by Using the RAND/UCLA Appropriateness Method. Ann Intern Med 2015; 162:S1.

2. Abrams P, Andersson KE, Birder L et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. Neurourol Urodyn 2010; 29:213
3. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, et al. Guideline for the prevention of catheter-associated urinary tract infections 2008. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention.

<b>Q2</b>	<b>What type of catheter is needed for urinary catheterization in patients hospitalized in a palliative settings/facility? Catheter selection</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults
<b>Comparator</b>	Indwelling urethral catheter Intermittent urethral catheter Suprapubic catheter Condom
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Catheter-associated urinary tract infection; Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	Planned subgroup analysis E.g. 1. Diabetes status

#### Studies:

- One Cochrane review comparing the types of indwelling urinary catheterization for short-term (up to 14 days) use [1].
- Three expert consensus recommendations based on literature review of clinical trials [2,3]

#### Indications:

- The choice of catheter is made according to the problem it's addressing (urinary retention, urine volume measurements, comfort for end-of-life care, perioperative setting etc.).
- The choices are divided into internal (indwelling urethral catheter, intermittent urethral catheter), external (condom) and suprapubic catheter.

<b>Indication</b>	<b>Indwelling</b>	<b>Intermittent</b>	<b>Suprapubic</b>	<b>Condom</b>
Urinary retention (acute/chronic)	Yes[1-3]	Yes[2,3]	Yes[2,3]	No[3]
Incontinence	No[2,3]*	No[2,3]*	No[2,3]	Yes[3]
Urine volume measurements	Yes[1-3]	No[3]	No[2,3]	No[3]
Perioperative use	Yes[1,2]	Yes[2,3]	Yes[2,3]	No[2,3]





Provide comfort	Yes[1-3]	Unknown[3]	Yes[3]	Yes[3]
Assist healing of wounds	Yes[1-3]	Yes[2,3]	Yes[2]	Yes[3]
Neurogenic bladder**	Yes[2,3]	Yes[2,3]	Yes[2,3]	Yes[2,3]

\*Catheter use must not substitute appropriate nursing care, especially if skin alterations are associated, except for stage III-IV open pressure ulcer, when indwelling, intermittent catheters or condom may be used [3,4].

\*\*There are no trials comparing the methods between them.

However, Gould et al [2] suggests using alternative methods to indwelling catheter whenever possible:

1. Consider using external catheters as an alternative to indwelling urethral catheters in patients without urinary retention or bladder outlet obstruction. (Category II)
2. Consider alternatives to chronic indwelling catheters, such as intermittent catheterization, in spinal cord injury patients. (Category II)
3. Intermittent catheterization is preferable to indwelling urethral or suprapubic catheters in patients with bladder emptying dysfunction. (Category II)
4. The benefit of using a urethral stent as an alternative to an indwelling catheter in patients with bladder outlet obstruction is unknown. (No recommendation/unresolved issue)
5. The benefits of suprapubic catheters as an alternative to indwelling urethral catheters for long-term use is unknown. (No recommendation/unresolved issue)

Conclusions: We endorse the recommendations of the consensus.

#### References:

1. Lam, T. B. L., Omar, M. I. mran, Fisher, E., Gillies, K. & MacLennan, S. Types of indwelling urethral catheters for short-term catheterisation in hospitalised adults. *Cochrane database Syst. Rev.* **9**, CD004013 (2014).
2. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, et al. Guideline for the prevention of catheter-associated urinary tract infections 2008. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention.
3. Meedings J, Saint S, Fowler KE et al. The Ann Arbor Criteria for Appropriate Urinary Catheter Use in Hospitalized Medical Patients: Results Obtained by Using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *Ann Intern Med* 2015; 162:S1.
4. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29:213–40.

<b>Q3</b>	<b>What type of technique should be used for urinary catheterization in patients hospitalized in a palliative settings/facility in order to decrease the infections rate associated? Catheter insertion</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults
<b>Comparator</b>	Appropriate hand hygiene

	Choice of catheter Aseptic techniques/sterile equipment Barrier precautions Antiseptic meatal cleaning
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Catheter-associated urinary tract infection; Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	Planned subgroup analysis E.g. 1. Diabetes status

#### Studies:

- A Cochrane review on different types of indwelling catheters regarding UTI [1].
- Two international expert consensus recommendations based on literature review of clinical trials [2,3].

#### Recommendations:

A. Perform hand hygiene immediately before and after insertion or any manipulation of the catheter device or site. (Category IB)

B. Insert urinary catheters using aseptic technique and sterile equipment. (Category IB)

1. Use sterile gloves, drape, sponges, an appropriate antiseptic or sterile solution for periurethral cleaning, and a single-use packet of lubricant jelly for insertion. (Category IB)

2. Routine use of antiseptic lubricants is not necessary. (Category II)

3. Further research is needed on the use of antiseptic solutions vs. sterile water or saline for periurethral cleaning prior to catheter insertion. (No recommendation/unresolved issue)

4. A Cochrane review on various methods to prevent urinary infection found no evidence, which supports the use of antiseptic-coated silver alloy-coated catheters in reducing symptomatic CAUTI. There was some evidence, which suggested that nitrofurazone (antimicrobial-impregnated) catheters reduced symptomatic CAUTI, but the margin of benefit was small and such catheters were more uncomfortable for patients [1].

C. In the non-acute care setting, clean technique for intermittent catheterization is an acceptable and more practical alternative to sterile technique for patients requiring chronic intermittent catheterization. (Category IA) The optimal cleaning and storage methods for catheters is still unknown.

D. Secure indwelling catheters after insertion to prevent movement and urethral traction. (Category IB)

E. Use the smallest bore catheter possible to minimize bladder neck and urethral trauma. (Category II)

F. Intermittent catheterization should be performed at regular intervals (Category IB), using ultrasound to assess urine volume (Category II).

Conclusions: We endorse the recommendations of the consensus.

#### References:

1. Lam, T. B. L., Omar, M. I. mran, Fisher, E., Gillies, K. & MacLennan, S. Types of indwelling urethral catheters for short-term catheterisation in hospitalised adults. *Cochrane database Syst. Rev.* **9**, CD004013 (2014).
2. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, et al. Guideline for the prevention of catheter-associated urinary tract infections 2008. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention.
3. Lockwood, C. *et al.* Management of short-term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections. *Best Pract. evidence-based Inf. sheets Heal. Prof.* **14**, 271–291 (2004).

<b>Q4</b>	<b>What type of techniques should be used for maintenance of urinary catheterization in patients hospitalized in a palliative settings/facility?</b> <b>Catheter maintenance</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults
<b>Comparator</b>	Appropriate hand hygiene Secure catheter Closed drainage system Obtain urine samples aseptically Replace system if breaks in asepsis Avoid irrigation to prevent infection
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Catheter-associated urinary tract infection; Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	Planned subgroup analysis E.g. 1. Diabetes status

#### Studies:

- Two international consensus based on literature review by experts are included [1,2].

#### Recommendations:

A. Following aseptic insertion of the urinary catheter, maintain a closed drainage system (Category IB)

1. If breaks in aseptic technique, disconnection, or leakage occur, replace the catheter and collecting system using aseptic technique and sterile equipment. (Category IB)
2. Consider using urinary catheter systems with pre-connected, sealed catheter tubing junctions. (Category II)

B. Maintain unobstructed urine flow. (Category IB)



1. Keep the catheter and collecting tube free from kinking. (Category IB)
  2. Keep the collecting bag below the level of the bladder at all times. Do not rest the bag on the floor. (Category IB)
  3. Empty the collecting bag regularly using a separate, clean collecting container for each patient. (Category IB)
- C. Use gloves and gown as appropriate, during any manipulation of the catheter or collecting system. (Category IB)
- D. Complex urinary drainage systems are not necessary for routine use.(Category II)
- E. Changing indwelling catheters or drainage bags should be done based on clinical indications. (Category II)
- F. Do not use systemic antimicrobials routinely to prevent CAUTI, unless there is a clear indication for it. (Category IB)
- G. Routine hygiene (not antiseptics) is enough to clean the periurethral area. (Category IB)
- H. Unless obstruction is anticipated bladder irrigation is not recommended. (Category II)
1. If obstruction is anticipated, closed continuous irrigation is suggested to prevent obstruction. (Category II)
- I. Routine irrigation of the bladder with antimicrobials or instillation of antiseptic or antimicrobial solutions into urinary drainage bags is not recommended. (Category II)
- J. Clamping indwelling catheters prior to removal is not necessary. (Category II)

Conclusions: We endorse the recommendations of the consensus.

References:

1. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, et al. Guideline for the prevention of catheter-associated urinary tract infections 2008. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention.
2. Lockwood, C. *et al.* Management of short-term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections. *Best Pract. evidence-based Inf. sheets Heal. Prof.* 14, 271–291 (2004).



## PERFORMING PARACENTESIS

**Medical procedure**

**Scientific evidence**

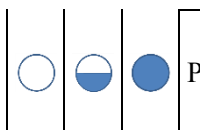


PERFORMING PARACENTESIS



## MEDICAL PROCEDURE

Creating a direct communication with the abdominal cavity by means of a transcutaneous puncture.



1.	Assess patient's condition ( <i>consciousness, movements, speech, breathing</i> ): <i>vital functions present</i> <input type="checkbox"/> ; <i>cardiopulmonary arrest</i> <input type="checkbox"/> Prepare the necessary materials – the harvesting kit <b>Good morning/afternoon. My name is ..... I am your doctor / nurse.</b>				0 2 5
2.	<b>Can you tell me your name, please.....</b> (or, check patient's ID bracelet, if available) <b>and your date of birth .....</b> ? <b>Thank you.</b> ( <i>This is done to avoid performing the procedure on the wrong patient as several patients may have the same name. Also, do not ask e.g. "Are you Mr. Smith?" to avoid receiving false confirmation from patients distracted by their symptoms or other reasons</i> ).	ESSENTIAL			
3.	Providing an environment for private examination ( <i>salon with a single bed, curtains, etc.</i> ) <b>Do you agree to the sampling of your biological products?</b> ( <i>evaluation of personal beliefs regarding the sampling of biological products</i> )	ESSENTIAL			
4.	If present, any people accompanying the patient are kindly asked to leave the room, They cannot remain in the room during the procedure.				0 1 3
5.	Position patient comfortably. ( <i>reclining in an armchair or lying down in bed</i> ) <b>We will perform a paracentesis, which is a medical procedure by means of which we can access that area of your abdomen where, because of the illness, large amounts of fluid accumulated. Have you had paracentesis before?</b>				0 1 3
6.	<b>This involves inserting a needle into the left lower side of your abdomen just enough to penetrate the skin and reach into the abdominal cavity where, because of the disease, fluid accumulated. To allow for an easier and safer puncture, you will kindly lie on your left side on the bed, so that the fluid moves closer to the puncture place. It is important that your position be comfortable, as you will have to keep completely motionless during the procedure. Any movement may result in pricking other structures than originally intended. That is why we urge you not to move or speak before warning us first by raising a hand. Also, as far as possible, try not to cough. The overall procedure may take up to 30-45 minutes. You will feel some pressure while the needle is inserted but this will soon disappear, and then there should not be any other major discomfort, except perhaps having to keep motionless for a longer time.</b> ( <i>what the procedure consists of</i> )				0 1 3
7.	<b>It is extremely important that you stay relaxed and calm throughout the maneuver and that you remove any clothing covering the abdomen and position yourself as I explained before. Very important also, do not make sudden movements while the needle is in your immediate vicinity.</b> ( <i>how the patient can contribute to performing the procedure</i> )				0 1 3
8.	<b>The fluid we collect will be tested in the lab, and this will give us a lot</b>				0 1

	<b>of information on your medical status. Based on this, we will decide what medicines to recommend further.</b> <i>(how the procedure is useful to the patient)</i>		3
9.	<b>Now, are you clear about the procedure? Would you like to ask me anything else?</b>	ESSENTIAL	
10.	Evaluate patient's medical records from the standpoint of: associated diagnoses <i>(e.g. coagulopathies, etc.)</i> , laboratory parameters <i>(e.g. platelets &lt;150,000, INR&gt; 1.5, etc.)</i> and associated medication <i>(e.g. Sintrom, Trombostop, Aspirin, Plavix, etc.)</i> – to assess the risk of prolonged bleeding.		0 1 9
11.	<b>Are you allergic to anything, rubber products, iodine, and adhesive tape maybe?</b> <i>(evaluating possible allergies to the materials commonly used in the procedure)</i>		0 1 9
12.	If they have not been recently evaluated: BP measurement, pulseoximetry, thermometry: BP..... mmHg, SaO <sub>2</sub> ..... %, T ..... °C. Hand wash. Apply clean medical gloves as part of standard precautions. Decontamination with a tampon with alcohol the surfaces of furniture they interact during the maneuver.		0 1 3
13.	Dispose of gloves previously used in the infectious waste container. Hand washing. Applying a new clean pair of medical gloves as part of standard precautions.		0 1 3
14.	Review paracentesis indications and, as the case may be, indications for subsequent administration of intraperitoneal medication (inside the abdomen).		0 1 3
15.	<b>Will you please remove your clothes now so that your abdomen to be completely uncovered.</b> Raise patient's bed to the waist level of the staff performing the manoeuvre. Position yourself at the left side of the bed. Lower the lateral limiters.		0 1 3
16.	Inspect abdominal skin for signs of local infections <i>(associated risks for intraperitoneal dissemination of the infectious agent from skin lesions)</i> .		0 1 9
17.	Checking patient's medical file for the diagnosis that may have led to the accumulation of peritoneal fluid <i>(localization, type, echographic character a.s.o.)</i> . Using bedding protection (absorbent blanket or other waterproof material placed below the level of the patient's abdominal region and hip). <b>Now please lie on your left side, as I explained before.</b>		0 1 9
18.	Identifying the location of the anterior superior iliac spine and of the navel.		0 1 9
19.	Identifying the point located at external one third with the two third internal of the straight line linking the anterior superior iliac spine with the navel, which is the exact site to puncture the abdomen on paracentesis <i>(this is the optimal position for paracentesis due to: on the left side the colon is positioned more to the back; peritoneal serous membrane being slippery the intestinal loops tend to slip away from the way of the needle, and the lateral decubitus helps to place the abdominal fluid onto puncture area)</i>	ESSENTIAL	
20.	Mark the puncture site with an X sign realized with the tip of the fingernail.		0 1 9
21.	Percuss abdomen to confirm the presence of fluid at the selected area <i>(it helps to associate abdominal echography to objective clinical examination in order to better determine the puncture site for paracentesis)</i> and for the final selection of		0 1 6

	the puncture site.			
22.	Wipe clean a 5 cm <sup>2</sup> area by exerting pressure on the skin surface starting from the point selected as site for paracentesis on a spiral shaped path, using a tampon with iodine solution ( <i>this will result in a chemical decontamination – i.e. the alcoholic iodine solution along with a mechanical one – cleaning the tegument by rubbing it in a helical pattern</i> ). Dispose of the tampon in the infectious waste container.			0 1 9
	Repeat decontamination maneuver with a new iodine solution tampon. Dispose of this second used tampon in the infectious waste container.			
23.	Repeat decontamination maneuver using a third iodine solution tampon, then dispose of the used tampon in the infectious waste container.	ESSENTIAL		
24.	Wash hands and put on sterile, single use gloves.			0 1 6
25.	Connecting the sterile syringe with the needle. Possibly: <b>20-gauge syringe, please.</b> ( <i>requesting assistance from a medical colleague to display – i.e., open and expose – the sterile contents of the package containing syringe and needle, which will be handled directly by the staff performing the procedure via sterile gloves, in this way minimizing the risk of infection associated with the procedure</i> )			0 1 3
26.	Take needle cap off. Position needle-syringe complex perpendicular to the tegument, bevel up.			0 1 6
27.	<b>We are about to start paracentesis. You will feel a little prick. Please stand still.</b>			0 1 6
28.	The needle-syringe complex is pressed with a firm and controlled movement so as to puncture the skin and advance the needle subcutaneously, 5-7 mm depth.	ESSENTIAL		
29.	Using both hands positioned at the level of the syringe, advance the needle towards the peritoneal space in a perpendicular direction on the skin, while generating a negative pressure inside the syringe, by pulling back the piston ( <i>the negative pressure generated inside the syringe allows for the exact identification of the moment of entry into the peritoneal space by promptly noticing the appearance of the fluid in the syringe. After this, in order to protect against the risk of accidental puncture of abdominal structures, it is important to maintain constant the length of needle insertion and its orientation perpendicular to the skin</i> )			0 1 9
30.	<b>Very good. Now we will remove some of the fluid that makes breathing difficult for you. Keep your position a little longer please, do not move now.</b>			0 1 3
31.	Aspirate the intended amount of fluid ( <i>generally, in the initial assessment, the focus is on differentiating between exudate and transudate by means of biochemical explorations – proteins, lacticdehydrogenase (LDH), cholesterol, to which glucose, amylase et al. are added, plus cytological and microbiological explorations</i> ) Staff will constantly monitor and ensure that the length of needle insertion and the perpendicular position of the needle to the tegumentary plane are maintained.			0 1 3
32.	As the case may be, the puncture needle may be connected to an aspiration system (when fluid is collected in a bottle having gradations), which allows for an easier removal of the intended amount of fluid ( <i>as a rule, removing up to 5 liters of ascitic fluid does not trigger negative physiopathological consequences – electrolyte or colloidal imbalance etc.</i> )			0 1 3
33.	<b>Very good. We are almost done here, but do not move yet, not just.</b>			0 1



				3
34.	Apply iodine solution tampon at the level of the puncture site and carefully remove the needle - syringe complex perpendicular to the tegumentary plane, while concomitantly pressing the iodine tampon firmly onto the entry site as soon as the needle is out.			0 1 9
35.	<b>It's over now. You did very well.</b>			0 1 3
36.	Dispose of needle in the infectious waste container for sharp objects and the syringe in the infectious waste container for non-sharp non-stabbing items.			0 1 6
37.	<b>Roll over to your right side now.</b> ( <i>positioning the patient in the right lateral decubitus helps diminish the pressure of fluid on the abdominal puncture trajectory and leads to its closing without complications</i> )			0 1 9
38.	Use alcohol tampons to wipe away the iodine solution from the abdominal tegument ( <i>prolonged presence of iodine solution on the tegument is both unpleasant to look at and may also generate the risk of local irritative reactions</i> )			0 1 9
39.	Apply alcohol tampon at the puncture site to replace the iodine solution tampon, which will be disposed of in the infectious waste container. Fasten the tampon with adhesive tape.			0 1 6
40.	<b>We will send the samples for testing. Then we will know more about your condition and what we need to do next.</b>			0 1 6
41.	Fill out the patient's medical record with all the details related to the realisation of the procedure, accidents, complications - as the case may be, volume and aspect (colour, clarity etc.) of evacuated liquid, date and time.	ESSENTIAL		
42.	<b>Thank you, we have completed the procedure. You may put your clothes back on.</b> As the case may be, secure the patient ( <i>adjusting the bed to an inferior height, lifting the safety sides</i> ), placing the patient's personal belongings ( <i>e.g. mobile phone, book, crosswords etc.</i> ), glass of water, remote control for the medical calling system within easy reach. <b>We still need to do .....</b> ( <i>e.g. an electrocardiogram</i> ) <b>in about ..... minutes.</b> ( <i>providing details about the upcoming medical activity and the remaining time until its commencement</i> )			0 1 9
<b>Total score: 200</b>		<input type="radio"/>	criterion unfulfilled	%
		<input type="radio"/>	criterion partially fulfilled	%
		<input type="radio"/>	criterion fulfilled completely	%

#### Selective references

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	<b>Can paracentesis be safely performed in patients with a risk of bleeding? (Thrombocytopenia, elevated INR, anticoagulation treatment etc.)</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	<b>Paracentesis</b>
<b>Comparator</b>	Avoid paracentesis
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Bleeding; Mortality (any cause); Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	None.

### Studies:

No randomized controlled trials have been performed regarding this issue, mainly retrospective studies. One systematic review regarding haemorrhagic complications was found [1]. No study evaluated the bleeding risk of cancer patients without liver cirrhosis.

### Indications:

Although biochemical values have not been evaluated in RCTs, studies generally suggest that patients undergoing paracentesis should have a platelets value  $> 50 \times 10^9/L$ , Child Pugh class A or B (in patients with associated liver cirrhosis) and an INR  $< 1.5$ .

### Conclusions:

Paracentesis is generally indicated in patients requiring rapid relief of symptoms and can be associated with several risks, such as visceral injury, bleeding, fluid leak, sepsis, hypotension and renal damage. The associated risks have a low incidence, and can be divided into minor and major events.

Bleeding complications occurred in “sicker” patient population (more advanced liver disease, renal dysfunction) and could be related to the puncture site. The general incidence varies between 0.99%-3.3% [1,3,5]. One study did not find a relation between platelet count and bleeding complications, but the relative risk of bleeding in patients with an INR  $> 1.5$  was 1.45 [2].

Platelet transfusion before paracentesis in patients with platelet count  $< 50 \times 10^9 /L$  is not recommended.

#### References:

1. Sharzehi K, Jain V, Naveed A, et al. Hemorrhagic complications of paracentesis: a systematic review of the literature. *Gastroenterol Res Pract* 2014; 2014:985141.
2. Kurup AN, Lekah A, Reardon ST, et al. (2015) Bleeding rate for ultrasound-guided paracentesis in thrombocytopenic patients. *J Ultrasound Med* 34:1833–1838
3. Lin, Su et al. “Hemorrhagic Complications Following Abdominal Paracentesis in Acute on Chronic Liver Failure: A Propensity Score Analysis.” Ed. Giovanni Tarantino. *Medicine* 94.49 (2015): e2225. *PMC*. Web. 15 Jan. 2017.
4. Cavazzoni E, Bugiantella W, Graziosi L, Franceschini MS, Donini A. Malignant ascites: pathophysiology and treatment. *Int J Clin Oncol*. 2013;18:1–9.
5. V. Gamblin, A. Da Silva, S. Villet, and F. El Hajbi, “Prise en charge symptomatique de l'ascite maligne en phase palliative : place de la paracentèse et des diurétiques,” *Bulletin du Cancer*, vol. 102, no. 11, pp. 940–945, 2015.

<b>Q2</b>	<b>What is the indicated puncture site for paracentesis?</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults
<b>Intervention</b>	<b>Paracentesis on left lower quadrant</b>
<b>Comparator</b>	Paracentesis on right lower quadrant Paracentesis on midline
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Bleeding; Mortality (any cause); Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	None

#### Studies:

No randomized controlled trials have been performed regarding this issue, mainly retrospective data. No systematic review regarding paracentesis technique was found [1].

#### Indications:

Paracentesis is indicated as a palliative procedure for ascites, in order to produce a temporary relief of symptoms. The drainage volume can be adjusted, depending on patient condition and severity of the disease, up to 20L per session.

The left lower quadrant is generally preferred, especially in “blind” procedures, due to the fact that the abdominal wall is thinner and the depth of the ascites is greater [4].

The midline abdominal wall may present collateral vessels [3]. Surgical scars should be avoided due to the fact that they are frequently associated with bowel (post-surgery adhesion).

#### Conclusions:

Although left lower quadrant is preferred as puncture site for paracentesis, literature data suggests that it can also be performed at right lower quadrant or midline, as there is no data that links puncture site to bleeding risks.

Ultrasound-guided paracentesis is also a safe procedure [2] and can improve accuracy of the procedure.

#### References:

1. Sharzei K, Jain V, Naveed A, et al. Hemorrhagic complications of paracentesis: a systematic review of the literature. *Gastroenterol Res Pract* 2014; 2014:985141.
2. Kurup AN, Lekah A, Reardon ST, et al. (2015) Bleeding rate for ultrasound-guided paracentesis in thrombocytopenic patients. *J Ultrasound Med* 34:1833–1838
3. Oelsner DH, Caldwell SH, Coles M, Driscoll CJ. Subumbilical midline vascularity of the abdominal wall in portal hypertension observed at laparoscopy. *Gastrointest Endosc* 1998; 47:388
4. Sakai H, Sheer TA, Mendler MH, Runyon BA. Choosing the location for non-image guided abdominal paracentesis. *Liver Int* 2005; 25:984
5. Cavazzoni E, Bugiantella W, Graziosi L, Franceschini MS, Donini A. Malignant ascites: pathophysiology and treatment. *Int J Clin Oncol*. 2013;18:1–9.
6. V. Gamblin, A. Da Silva, S. Villet, and F. El Hajbi, “Prise en charge symptomatique de l'ascite maligne en phase palliative : place de la paracentèse et des diurétiques,” *Bulletin du Cancer*, vol. 102, no. 11, pp. 940–945, 2015.
7. Keen A, Fitzgerald D, Bryant A, Dickinson HO. Management of drainage for malignant ascites in gynaecological cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010;(1):CD007794. doi:10.1002/14651858.CD007794.pub2.



## SUBCUTANEOUS AUTOMATIC SYRINGE PERFUSION

**Medical procedure**

**Scientific evidence**



SUBCUTANEOUS AUTOMATIC SYRINGE PERFUSION



## MEDICAL PROCEDURE

Most of the patients in palliative care units will experience difficulties in taking oral medication, in the course of the disease. In such cases, patients can receive their medication either intrarectal or parenteral (intramuscular, intravenous or subcutaneous administration). Medication is frequently administered in the subcutaneous tissue, via injection or continuous perfusion.

The continuous perfusion can be used for symptom control (opioids, antiemetics, anxiolytics, corticosteroids, anticholinergic drugs, s.o.). Some drugs can be mixed in the same syringe and administered together. Medication is slowly absorbed through adipose tissue and the plasma level of a drug is stable and it gives better symptom control.

Subcutaneous perfusion is a less painful procedure compared to intramuscular injection; it can be easily performed at the patient's home and can be monitored by a proxy, properly advised by the palliative care team. Thus, the procedure is more easily accepted by the patient and the family.




○	◐	●	P

1.	Assess if patient is alive or not ( <i>presence of consciousness, movements, speech, breathings</i> ) <i>preserved vital functions</i> ; <input type="checkbox"/> <i>cardiopulmonary arrest</i> <input type="checkbox"/>		0 1 3
2.	<b>Can you tell me your name, please.....</b> (or, check patient's ID bracelet, if available) <b>And your date of birth..... Thank you.</b> ( <i>This is done to avoid performing the procedure on the wrong patient as there may be several patients with the same name. Also, do not ask e.g. "Are you Mr. Smith?" to avoid receiving false confirmation from patients distracted by their symptoms or other reasons</i> ). Double-check in the medical records for Name: <input type="checkbox"/> DOB: <input type="checkbox"/>	ESSENTIAL	
3.	Provide a private space for the procedure. Tell the patient or the caregiver what we will do: <b>I will place an automatic subcutaneous perfusion.</b>		0 1 3
4.	<b><i>What the procedure consists of?</i></b> We have to place this butterfly somewhere, in your subcutaneous tissue; it may stay there for several days. The butterfly will be connected to this pump; thus your medication will be administered automatically, continuously, during 24 hours.		0 1 3
5.	<b><i>How can you contribute to the realisation of the procedure?</i></b> It doesn't take long to insert the butterfly. Stand still, relaxed, calm. You will feel a little prick. The device is generally well tolerated and it should not interfere with your common activities but by paying attention to it, the butterfly will remain in place for a longer time.		0 1 3
6.	<b><i>What is the utility of this manoeuvre?</i></b> Using this procedure the drugs that help you will enter your body in a constant and comfortable manner. It will ease your symptoms for a longer period of time. If you will still experience pain or other symptom (nausea, dyspnoea) we can give you at any time additional medication.	ESSENTIAL	
7.	Address to the patient and caregiver the questions: <b>Do you understand what the procedure is about?</b> <b>Do you have any other questions?</b> <b>Have you experienced this before?</b>		0 1 3

8.	<p>Check the medical records of the patient :</p> <p>a. situations calling for automatic subcutaneous perfusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uncontrolled nausea , vomiting</li> <li>- dysphagia</li> <li>- malabsorption</li> <li>- gastro-intestinal obstruction</li> <li>- intolerance of oral medication</li> <li>- poor compliance of oral medication</li> <li>- reduced level of consciousness</li> <li>- severe weakness</li> <li>- terminal patient</li> <li>- control of multiple symptoms requiring a combination of drugs</li> </ul> <p>b. medication, doses, rhythm of administration.</p>		0 3 6
9.	<p><b>Have you ever used these drugs before? Are you aware to be allergic to any of them? Which one?</b></p> <p>This questions will be addressed to the patient / caregiver.</p>	ESSENTIAL	
10.	<p>Patient's and caregiver's consent must be documented in the medical records. <b>Do you give your consent for this procedure to be done?</b></p>	ESSENTIAL	
11.	<p>Prepare the materials and their integrity and validity:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. the syringe driver</li> <li>b. the syringe -&gt; a 20 ml Luer syringe</li> <li>c. the butterfly (23 or 25 G needle)</li> <li>d. vials of medication</li> <li>e. 0.9 % sodium chloride for dilution</li> <li>f. alcohol swabs</li> <li>g. occlusive transparent dressing</li> </ul>		0 1 3
12.	<p>Prepare the syringe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. check prescribed medication: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. type and name</li> <li>2. dose</li> <li>3. expiry date</li> <li>4. macroscopic appearance / conformity</li> </ul> </li> <li>b. compatibility of associated medication if multiple drugs must be combined in the syringe</li> <li>c. draw prescribed medication <math>\pm</math> diluent in the syringe, to prescribed volume</li> </ul>	ESSENTIAL	
13.	<p>Labelling :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. complete the details of the drug/s</li> <li>b. ensure the label doesn't interfere with the mechanism of the pump</li> <li>c. ensure the label doesn't obscure visual scales</li> <li>d. ensure the label doesn't interfere with the sensors in the pump</li> </ul>		0 1 3
14.	<p>Prepare the pump :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. insert the battery</li> <li>b. place the syringe into the pump correctly</li> <li>c. measure the content of the syringe on the scale of the pump</li> <li>d. set, on the screen of the pump, the correct rate / duration of time / total volume for drug administration.</li> </ul>		0 3 6

15.	Record on the infusion check chart , before priming the line : a. drugs names and dosages b. total volume in millilitres c. rate per hour to be infused		0 3 6
16.	Set up the line for infusion, following the steps: Inspect the patient and choose the right place , (considering the following principles : - at cachectic patients , the abdomen is the preferred site , except ~3 cm peri-umbilical - at patients with ascites , the site is the upper anterior chest wall above the breast away from the axilla - at agitated patients the site is the upper back around scapula - upper arms - outer aspect of thigh - consider rotation of the sites Sites NOT to be used : - areas affected by lymphedema ( risk of infection or poor absorption ) - sites over bony prominences ( diminished subcutaneous tissue leads to poor absorption ) - sites near joints ( movements can displace the butterfly and cause discomfort ) - skin infections - local erythema , ulcerations , wounds - previously irradiated skin ( radiotherapy causes sclerosis of small blood vessels reducing skin perfusion ) - sites of tumours - skin folds)		0 3 6
17.	Wash hands. Put on gloves.	ESSENTIAL	
18.	Disinfect the skin with betadine, chlorhexidine or alcohol and wait for the skin to dry.		0 1 3
19.	Connect the butterfly to the syringe and instil solution in order to remove the air from the butterfly cannula.		0 1 3
20.	Grasp the skin firmly to elevate the subcutaneous tissue. Insert the butterfly cannula with the point just beneath the epidermis. The angle of insertion may need to be about 30 degrees for a thin person and around 45 degrees at persons with consistent subcutaneous tissue. A deeper infusion prolongs the life of the infusion site.		0 1 3
21.	Release the skin.		0 1 3
22.	Form a loop with the tube of the butterfly cannula to prevent accidental disconnecting at patient's movements.		0 1 3
23.	Cover the butterfly cannula with an occlusive transparent dressing that allows the inspection of the site every 4 hours.		0 1 3
24.	Connect the pump to the line. (ATTENTION: Do NOT connect the syringe to the patient before installing it in the automatic device. Do NOT connect the pump before recording : - the name of the drug/s - the dosage of the drug/s - the rate per hour - the total volume - the time of priming the line)		0 1 3



25.	Start the infusion by pressing the ON/OFF button. Pay attention to the acoustic signal and the light appearing on the screen.		0 1 3	
26.	Dispose the empty vials (in the cutting / stabbing sharps waste container), the cotton swabs, the gloves (in the infectious noncutting / non-stabbing non-sharps waste container) and the removed butterfly cannula (if present) and used needles in the appropriate box.		0 1 3	
27.	Wash your hands with soap and water.		0 3	
28.	<b>Please keep this butterfly as it was placed by us.</b> <i>(the patient and/or the caregiver will be advised not to remove the cannula).</i>		0 1 3	
29.	<b>You can request and receive extra medication if your symptoms won't be properly controlled.</b>		0 1 3	
30.	Ensure the patient's safety - adjust the bed, lift the lateral limiters.		0 2 4	
31.	Recheck patient condition (at least every four hours) by observing him or, if it is appropriate, by starting a dialogue: <b>How are you?</b> <b>Are you comfortable?</b> <b>Is your pain controlled?</b> <b>Do you have any problem?</b> Re-evaluate if it is necessary Check if the syringe driver is working properly and if there are complications <i>(redness, blood in the cannula, s.o.)</i> at the site of injection		0 3 6	
32.	Ensure the pump is working (the light is ON, the sound is heard).		0 1 3	
33.	Notice the remaining volume in the syringe correlated to the remaining time.		0 1 3	
34.	Notice the aspect of the content of the syringe (clarity, change of colour, deposits).		0 1 3	
35.	Check the aspect of the infusion site , noticing (if present): a. haematoma b. local pain c. local swelling d. local redness e. leakage at the insertion site f. presence of blood in the cannula g. displacement of the cannula . Any complication must be written in the patient's medical record.	ESSENTIAL		
Total score: 100			unfulfilled criterion	%
			partially fulfilled criterion	%
			completely fulfilled criterion	%

#### References:

NHS Trust Oxford Radcliffe Hospital Clinical protocol for the use of syringe drivers in palliative care (adults)  
<http://www.palliativedrugs.com/download/SDprotocol.pdf>

Ministry of Health. 2009. *Guidelines for Syringe Driver Management in Palliative Care in New Zealand*. Wellington: Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>

The State of Queensland, Queensland Health, 2010 *Guidelines for syringe driver management in palliative care*. Second edition 2010 [https://www.health.qld.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0029/155495/guidelines.pdf](https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0029/155495/guidelines.pdf)

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	Is there any difference in the frequency of changing of the butterfly for subcutaneous administration of drugs if the butterfly is positioned bevel up versus bevel down for subcutaneous injection
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	butterfly is positioned bevel up
<b>Comparator</b>	butterfly is positioned bevel down
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews, Randomized controlled trials, Cohort studies, Registry studies

Studies: Two studies reported controversial data [1, 2].

Indications [1, 2]: The positioning of the butterflies with the bevel down is associated with a longer resistance in time at the site of insertion, and causes fewer local complications compared to the sc butterflies positioned with the bevel up, but concerning the pain scores significantly higher pain scores were observed when the needle was placed bevel down compared with bevel up.

Conclusions: CONTROVERSIAL

1. The positioning of the butterflies with the bevel down (experimental group) is associated with a longer resistance in time at the site of insertion, and causes fewer local complications compared to the sc butterflies positioned with the bevel up (control group). [1]
2. Significantly higher pain scores were observed when the needle was placed bevel down compared with bevel up ( $P = .02$ ). No significant differences in pain scores were noted between the groups for age and gender. [2]

<b>Q2</b>	Is there any difference in the frequency of complications at the site of subcutaneous injection via butterfly if the butterfly is positioned bevel up versus bevel down for subcutaneous injection
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews, Randomized controlled trials. Cohort studies, Registry studies

Indications [1, 2]: The positioning of the butterflies with the bevel down is associated with a longer resistance in time at the site of insertion, and causes fewer local complications compared to the sc butterflies positioned with the bevel up, but concerning the pain scores significantly higher pain scores were observed when the needle was placed bevel down compared with bevel up.

References:

1. Mitrea N, Mosoiu D, Vosit-Steller J, Rogozea L. Evaluation of the optimal positioning of subcutaneous butterfly when administering injectable opioids in cancer patients. [Clujul Med.](#) 2016;89(4):486-492. Epub 2016 Oct 20.
2. Candiotti K1, Rodriguez Y, Koyyalamudi P, Curia L, Arheart KL, Birnbach DJ. The effect of needle bevel position on pain for subcutaneous lidocaine injection. [J Perianesth Nurs.](#) 2009 Aug;24(4):241-3. doi: 10.1016/j.jopan.2009.04.003.



## TRANSFERRING THE PATIENT FROM SUSTAINED DORSAL DECUBITUS TO SUSTAINED LATERAL DECUBITUS

### Medical procedure



TRANSFERRING THE PATIENT FROM SUSTAINED DORSAL DECUBITUS TO  
SUSTAINED LATERAL DECUBITUS

## MEDICAL PROCEDURE

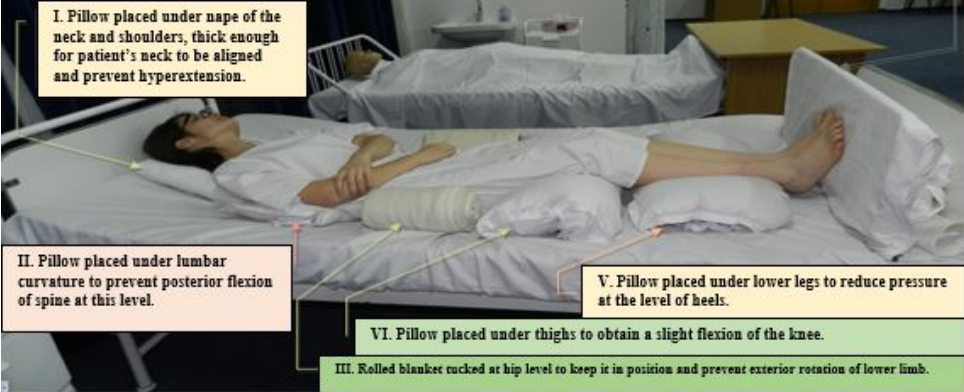
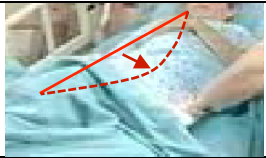
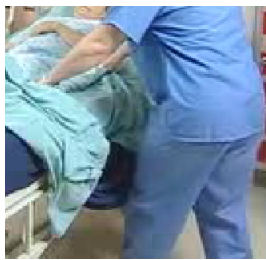
For bed-ridden patients, alternating the areas compressed between body weight and bed level represents one of the most important prevention steps against the onset of bed sores (injuries to the skin and, possibly, to the subjacent structures; they occur as a consequence of interrupted blood flow and associated oxygen and nutrients, as a result of lesions caused to zonal blood vessels through prolonged, unchanged position)

<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	----------------------------------	-----------------------	---

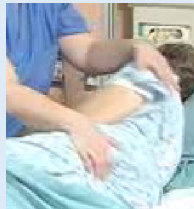
1.	Quick assessment of the presence of vital functions ( <i>consciousness, movements, speech, breathing</i> ) vital functions present <input type="checkbox"/> ; cardiopulmonary arrest <input type="checkbox"/> <b>Good morning/afternoon. My name is ..... I am your doctor / nurse and I will examine you in a short while.</b>			0 2 5
2.	<b>Can you tell me your name, please ..... . And your date of birth ..... . Thank you.</b> ( <i>This is done to avoid mistaking one patient for another and performing the procedure on a patient who does not have the appropriate indication. Also, questions of the type: "Are you Mr. Smith?" are to be avoided as they might generate false confirmation through a simple "Yes" from a patient who pays insufficient attention to the conversation with the medical staff</i> ) <i>Double-check in the medical records for Name: <input type="checkbox"/> DOB: <input type="checkbox"/></i>	ESSENTIAL		
3.	<b>Now I am going to help you change your position in bed, and turn you to one side.</b> ( <i>what we are going to do</i> )			0 1 3
4.	<b>The maneuver first involves removing the pillows around you, then moving you gently with the sheet to one side of the bed and repositioning you lying on one side. We will then put the pillows back in place to sustain you in your new position in bed. No cuts, no pricking involved.</b> ( <i>what the maneuver consists of</i> )			0 1 3
5.	<b>Please follow my instructions carefully so that neither of us gets hurt during the maneuver. If you feel any discomfort, let me know immediately and I will take the necessary steps.</b> ( <i>how the patient can contribute to performing the procedure</i> )			0 1 3
6.	<b>Being confined to bed for a long time can aggravate your medical condition. Wounds may appear in those areas of your body that sustain your weight at the level of the bed. It is really important that you manage to reposition well.</b> ( <i>how the procedure is useful to the patient</i> )			0 1 3
7.	<b>Is everything clear about the maneuver? Anything you would perhaps like to ask me in connection with what we are going to so?</b>	ESSENTIAL		
8.	<b>Are you allergic to anything? Rubber products maybe?</b>			0 1 3
9.	Evaluating the necessary human resources and/or specific equipment for patient repositioning: – Checking the patient's medical records for potential A. diagnoses ( <i>hemiplegias - e.g. stroke/cerebral vascular accident; orthopedic conditions - fractures; rheumatologic conditions - e.g. arthrosis, arthritis etc.</i> ) B. medication that impedes the patient's motor capacity (sedatives – e.g. Diazepam; antihistamines – e.g. Romergan; tranquilizers – e.g. Xanax etc.) – General check-up to evidence possible use by the patient of orthopedic devices ( <i>e.g. orthoses</i> ) or marks/markers of recent surgical			0 1 6

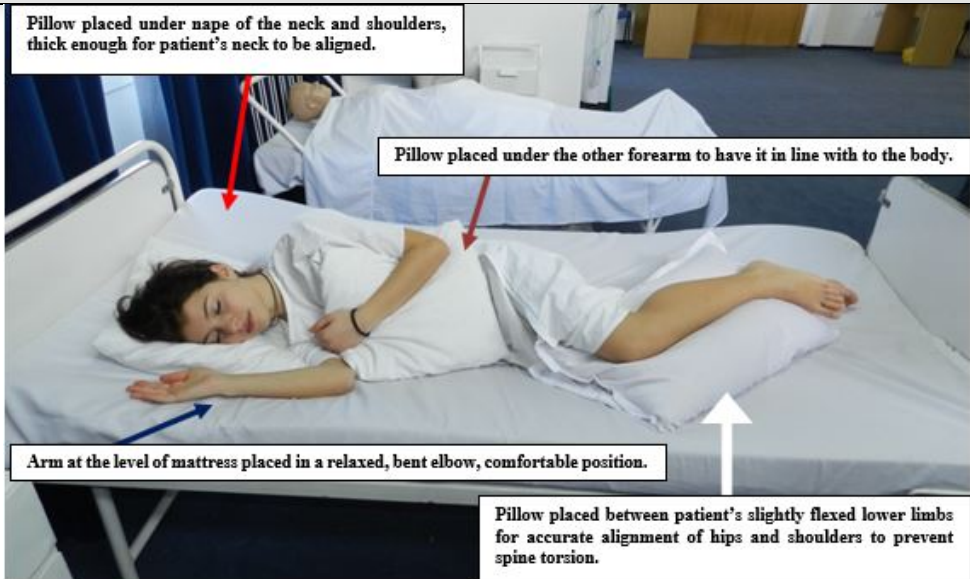
	intervention. <i>procedure to be performed: by myself</i> <input type="checkbox"/> ; <i>with a colleague's assistance</i> <input type="checkbox"/> ; <i>mechanized</i> <input type="checkbox"/>		
10.	<b>Do you have any chest pains now?</b> YES: repositioning is postponed – NO: carry on the procedure clinical, electrocardiographic, enzymatic evaluation – <i>as per the local protocol for acute coronary syndrome management</i>		0 1 6
11.	<b>Breathing problems?</b>		0 1 6
12.	<b>What is your body weight, please? How many kilos roughly?</b> ( <i>overweight patients need more than one person to assist with their ambulation</i> ) <i>procedure to be performed: by myself</i> <input type="checkbox"/> ; <i>with a colleague's assistance</i> <input type="checkbox"/> ; <i>mechanized</i> <input type="checkbox"/>		0 1 6
13.	<b>Can you move your arms and legs easily? Show me. How about flexing/bending your knees and elbows? Show me, please. Thank you.</b> <i>procedure to be performed: by myself</i> <input type="checkbox"/> ; <i>with a colleague's assistance</i> <input type="checkbox"/> ; <i>mechanized</i> <input type="checkbox"/>		0 1 6
14.	<b>How many days since you have been in bed? Do you feel weak, worn-out? Can you change your position in bed on your own? Can you perhaps sit up or push yourself up from the mattress?</b> ( <i>evaluating patient anamnesis concerning previous mobilisations</i> ) <i>patient can move on his own or needs assistance to manage ambulation</i> <i>procedure to be performed: by myself</i> <input type="checkbox"/> ; <i>with a colleague's assistance</i> <input type="checkbox"/> ; <i>mechanized</i> <input type="checkbox"/>		0 1 6
15.	<b>Now squeeze my fingers, please.</b> ( <i>ofering fingers II and III of both hands and then pulling them back out of the patient's clenched fists – to evaluate possible existence of asymmetry in patient's muscle force</i> ) <b>Which of your arms is stronger? And which leg? How weak, how lacking in force do you feel your arm/leg is?</b>		0 1 6
16.	Evaluating patient availability to cooperate during the procedure <i>in order to evaluate whether the procedure can be performed: by myself</i> <input type="checkbox"/> ; <i>with a colleague's assistance</i> <input type="checkbox"/> ; <i>mechanized</i> <input type="checkbox"/>		0 1 9
17.	Identify and position accordingly any medical equipment the patient is connected to ( <i>e.g. tubes of blood infusion pumps or urinary catheter, cables for electrocardiographic registration, ecg and pulsoxymetric monitoring, body temperature</i> )	ESSENTIAL	
18.	Use a rubbing alcohol swab to decontaminate any furniture surfaces one comes into contact with during the manoeuvre.		0 1 3
19.	Remove previously used gloves and dispose of in the non-sharp infectious waste container. Hand wash. Put on new, clean medical gloves, as part of standard precautions.		0 1 9
20.	Raising bed to the waist level of doctor/nurse performing the procedure. ( <i>to avoid overstressing doctor's/nurse's back muscles through prolonged bending forward toward the patient</i> ) Lowering corresponding bed lateral limiters.		0 1 9
21.	Remove pillow from between footboard and patient's feet ( <i>previously placed there to prevent ankylosis of (lower) leg joint through prolonged plantar flexion</i> )		0 1 3



	<p>VI. Movable footboard placed between patient's soles and footboard to obtain leg's dorsal flexion.</p> 		
22.	Remove pillow from under lower legs ( <i>previously placed to reduce pressure at level of heels</i> )		0 1 3
23.	In turn, remove rollers from each hip ( <i>previously placed to prevent exterior rotation of lower limb</i> )		0 1 3
24.	Remove pillow from under thighs ( <i>previously placed to prevent ankylosis of knee joint due to prolonged hyperextension</i> )		0 1 3
25.	Remove pillow or roller from under lumbar curvature ( <i>previously placed to prevent posterior flexion of spine</i> )		0 1 3
26.	Remove pillow from under head and nape of the neck ( <i>previously placed to obtain alignment of patient's neck and prevent hyperextension, particularly with globular thorax patients</i> )		0 1 3
27.	<p>Moving the middle 1/3 of patient's body laterally in bed by means of the bed runner found between patient and bed sheet.</p>  <p>(positioning doctor's/nurse's legs: one leg near the bed side, toes oriented towards patient, flexed knee; the sole of second leg, perpendicular to the sole of leg near bed, at some distance from bed, knee in extension; use dual grip on the near end of runner (close to doctor/nurse), previously rolled up a couple of times to increase resistance, and apply a tractive force on runner in the direction of doctor/nurse by transferring body weight from leg near bed to leg farther away bed: through extension of knee near bed and concomitant flexion of second knee)</p> 		0 1 9
28.	Lifting corresponding side bed limiters.		0 1 3
29.	Doctor/nurse repositions on opposite side of bed, at the level of side bed limiters.		0 1 3
30.	Lowering corresponding side bed limiters.		0 1 3
31.	Single-hand grip at the level of patient's contralateral shoulder and hip, respectively ( <i>which correspond to the two belts – scapulohumeral and coxofemoral, respectively – thus allowing for the patient to be sustained more efficiently</i> )		0 1 9



32.	<p>Rotating patient's body through a tractive movement in the direction of doctor/nurse applied at the level of both grips.</p> <p><i>(positioning doctor's/nurse's legs: one leg near the bed side, toes oriented towards patient, flexed knee; the sole of second leg, perpendicular to the sole of leg near bed, at some distance from bed, knee in extension;</i></p> <p><i>use a single-hand grip at the level of patient's contralateral shoulder and hip, respectively, and apply a tractive force in the direction of doctor/nurse by transferring body weight from leg near bed to leg farther away bed: through extension of knee near bed and concomitant flexion of second knee – to rotate patient "on one side", facing doctor/nurse performing the procedure)</i></p>		ESSENTIAL
33.	Stabilise patient's present position by placing a pillow at the level of patient's back		0 1 9
34.	Lifting side bed limiters.		0 1 3
35.	Doctor/nurse repositions on opposite side of bed, at the level of patient's back. Lowering corresponding side rail/board. Fastening pillow firmly in the space between bed and patient's back.		0 1 3
36.	Lifting side bed limiters.		0 1 3
37.	Doctor/nurse repositions on opposite side of bed, at the level of patient's face. Lowering corresponding side bed limiters.		0 1 3
38.	Placing pillow under patient's head, thick enough for neck to be aligned and prevent lateral flexion and overstraining of neck muscles <i>(sternocleidomastoidian muscles)</i>		0 1 9
39.	Placing patient's arm at the level of mattress in a relaxed, bent elbow, comfortable position.		0 1 9
40.	Placing pillow under the other forearm to have it in line with to the body <i>(this facilitates superior amplitude of breathing movements and avoids internal rotation and shoulder adduction, which might cause subsequent functional limitations at shoulder level)</i>		0 1 9
41.	Placing pillow between patient's slightly flexed lower limbs and checking accurate alignment of hips and shoulders to prevent spine torsion <i>(secondary to internal rotation and thigh adduction)</i>		0 1 9

	 <p>Pillow placed under nape of the neck and shoulders, thick enough for patient's neck to be aligned.</p> <p>Pillow placed under the other forearm to have it in line with to the body.</p> <p>Arm at the level of mattress placed in a relaxed, bent elbow, comfortable position.</p> <p>Pillow placed between patient's slightly flexed lower limbs for accurate alignment of hips and shoulders to prevent spine torsion.</p>			
42.	Filling out details of the maneuver performed, any accidents and complications, date and time in patient's medical records.			0 1 3
43.	Securing the patient (lowering bed to inferior level, lifting side rail/board), placing patient's personal belongings (e.g. mobile phone, book, crosswords etc.), glass of water, remote control for the medical calling system within easy reach. Providing details about the upcoming medical activity and the time remaining until the next visit.			0 1 3
<b>Total score: 200</b>		<input type="radio"/>	criterion unfulfilled	%
		<input type="radio"/>	criterion partially fulfilled	%
		<input type="radio"/>	criterion fulfilled completely	%

#### Selective references

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## CONSPIRACY OF SILENCE - HANDLING COLLUSION

**Medical procedure**

**Scientific evidence**



CONSPIRACY OF SILENCE - HANDLING COLLUSION

## MEDICAL PROCEDURE

From ethical point of view patients are entitled to receive as much information as they desire about their medical condition (diagnosis, prognosis, treatment ...). Collusion is unethical but is a universal phenomenon noticed amongst both Western and non-Western societies. Collusion implies any information (about the diagnosis, prognosis, and medical details about the person who is ill) being withheld or not shared among individuals involved. Collusion also means that relevant and complete medical information is selectively or not disclosed at all to patients and/or relatives. Medical teams often collude with patients' relatives to keep the former in the "dark" (e.g., please don't tell him/her about the severity of the illness), or the physicians colluding with patients (e.g., please don't tell my spouse or family about my disease), and not informing the family about the patient's diagnosis or prognosis. Major reasons for collusion are the widespread practice of physicians disclosing a diagnosis to a patient's family members before revealing it to the patient and clinicians' underestimation of the information needs of patients.<sup>2,3</sup> Clinicians may also regard collusion as an easier option than telling the truth because it reduces their own stress and anxiety.<sup>4</sup>

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Introduce yourself to the family member <b>Hello, I am doctor... And I am nurse .....</b> <i>(it is recommended to have two members of the team present in this discussion)</i> <b>And you are?</b> <i>(Let him/her tell his name. Avoid expressions such as "Are you Mr. Smith" could generate a false confirmation through an automated false answer of "yes").</i>	ESSENTIAL		
2.	Shake hands (if the family member wants to).			0 1 3
3.	Find out who the person is and what the relation to the patient is <b>You came today to discuss about Mr/ Mrs ... (say the patient name).</b> <b>Can you please tell me who you are and what is your relation to the patient?</b> <i>(Avoid making assumptions like "Are you the wife?" – She might be a daughter or other and you can create embarrassing situations).</i>			0 1 3
4.	Ensure the privacy for the conversation. - Shut the door after you put on the door the sign consultation in progress (or other way to mark that a consultation takes place in that room) - Patient in bed- draw the curtains around the bed <i>(Through proper communication you will build trust and you start by showing respect for the person in front of you).</i>			0 1 3
5.	Reduce environment disturbing factors Turn off the radio, TV, cell phone (or ask your secretary to hold on calls). <i>(Educate your staff, other patients not to enter the room when a consultation takes place).</i>			0 1 3
6.	Spatial arrangement a. Invite the patient (and caregiver) to sit. <b>Would you please take a seat?</b> <i>(There is a different time perception by the patient if you and he/ she are sited. The same amount of time is perceived longer when sitting compared with standing)</i>			0 1 3
7.	b. Sit yourself. If patient is in bed take a chair and sit near the bed - <i>At a comfortable distance from the patient (about 1m)</i>			0 1 6



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- The doctor's eyes should be at the same level with the patient's eyes (exception: when patient cries or is angry, the doctor's eyes should be at a lower level than the patient's eyes)</li> <li>- If patients come with relative/friend sit yourself in such a way to face the patient. At a closer distance from the patient than the friend/relative</li> </ul>			
8.	<p>c. Remove barriers between you and patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Move your chair to be next to the patient (better across the corner of the desk than across the full desk).</li> <li>- Clear the desk in the area near the patient (Do not sit behind the desk, computer -nonverbally this is blocking communication)</li> </ul>			0 1 3
9.	<p>d. Be prepared for patients/relative who cry</p> <p>Have a box of tissues nearby, just in case the patient or the relatives begin to cry; in that case, offer them tissues</p>			0 1 3
10.	<p>Body language.</p> <p>Take a neutral position that makes you look unhurried and relaxed</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feet flat on the floor</li> <li>- Shoulders relaxed; slightly lean forward</li> <li>- Friendly facial expression</li> <li>- Hands on the knees</li> </ul> <p>(When you talk about difficult subjects like bad news, prognosis, patients fears, so on, you will feel uncomfortable but it is important that to train your body so that your nonverbal language appears calm and offers reassurance to the patient).</p>			0 1 6
11.	<p>Starting the interview.</p> <p>Clarify the purpose of the family member concerning the present appointment.</p> <p><b>Can you please tell me why you came to see me today?</b> (at this point the family member will tell you something along the lines: that he/ she knows that the patient has cancer but "please do not tell him doctor the truth because he will lose hope and give up fighting the disease ....")</p>			0 1 3
12.	<p>Acknowledge the collusion and then explore reasons</p> <p><b>You've told me that you don't feel MR/MRS... name of the patient... to know what is going on. Why do you feel that?</b></p>	ESSENTIAL		
13.	<p>Elicit all reasons for collusion</p> <p><b>Have you any other reasons why you feel he shouldn't be told?</b></p>			0 1 3
14.	<p>Use listening skills</p> <p>a. Use open questions (What...?, How...?, Why...? etc) that can be answered in any manner.</p> <p>b. Encourage nonverbally or with short sentence the patient family member / friend / next of kin to continue his ideas by nodding, pausing, smiling, using responses such as "yes", "tell me more"</p> <p>c. Be silent and do not interrupt the person Listen to what the person says with words (content, tone) but also to the nonverbal communication (gesture, facial expression, body position...)</p> <p>d. Maintain eye contact without being intrusive</p> <p>e. Clarify <b>"When you say...do you mean that...?"</b> Gives the opportunity to expand on the previous statement or to emphasize some aspect of the statement when the clinician shows interest in the topic</p>			0 1 6
15.	<p>Show you understand the reason for collusion and validate the reasons for it</p> <p><b>Well you know him best and you could be right. It could be that if</b></p>			0 1 3

	he's told he will ... you seem to have some good reason for him not being told.		
16.	Establish the emotional cost of the collusion on the family member / friend / next of kin <b>I now understand why you have kept the information from him, but what effect has this been having on you?</b>	ESSENTIAL	
17.	Be silent and listen to the concerns expressed by the family member / friend / next of kin. <i>(anxiety, difficulty keeping up with lies, barriers in communication with patient etc)</i>		0 1 3
18.	<b>Are you experiencing any other problems because of not telling him/her?</b>		0 1 3
19.	Summarize and move on <b>So, there are good reasons for trying to consider whether there's some way round this,.... make a summary of those reasons ( for example this situation puts strain on you, makes difficult the communication with your husband...). I would like to suggest how we might be able to do something about it</b>		0 1 6
20.	Seek permission to speak with patients <b>May I speak with the patient? What I'd like to do is to chat with him to see what he's thinking / understands about the present situation. It may be that he will reveal that he knows he has cancer (medical condition). If that's the case there will be no reason to maintain the pretence.</b>	ESSENTIAL	
21.	Establish the patient's level of awareness. If you do not know the patients first introduce yourself and afterwards ask an appropriate directive question which elicits his view of what is happening <b>I wanted to have a chat to see how you feel things are going? or What are you making out of what is happening to you ?</b>		0 1 6
22.	If the patient knows the truth – go to step 27 If patient does not know the truth or has an incomplete understanding of his medical condition – continue as follows Explore his willingness to find out more about the illness and stop there <b>Are you content with the information you have received concerning your illness?</b>		0 1 4
23.	If patient answer is YES this means now is not the right moment to break collusion If patient answer is NO – that means the patient wants more information – schedule a future appointment to discuss the diagnosis <b>I will look for you at the test results and other medical documentation that you have and will come back next time with more information</b>		0 1 4
24.	Explore other needs that the patient has ( <i>pain, appetite, mobility etc.</i> ) and offer management suggestions <b>Do you have problems related to the disease?</b>		0 1 4
25.	Inform family member about patient's wishes and offer to act accordingly <b>Your relative wants to know the diagnosis. I am prepared to break gently the news to him. Would you agree?</b>		0 1 4



26.	Tell the patient the diagnosis (use the breaking bad news algorithm)			0 1 4
27.	If the patient knows the truth but the family member / friend / next of kin is not aware For example: I've always known that what they've told me was a precancerous ulcer was a cancer) you now should confirm that he is right "I'm afraid you are right"			0 1 5
28.	Seek permission to convey his awareness to his family member / friend / next of kin, indicating that she/he knows the diagnosis. <b>Can I tell your wife about your understanding of the illness? She is aware of your medical situation.</b>			0 1 5
29.	Acknowledge the feelings expressed by patient <b>It sounds as if you might be feeling that it's no use to discuss because it won't make any difference to your situation.</b>			0 1 5
30.	Discuss your future involvement in care <b>It may help if we talk about how you're feeling and what you're worried about. It is quite likely there is something I can do to help you both for the physical or emotional suffering you experience.</b>			0 1 5
31.	Agree on a management plan and write down instructions for the patient. Check patients understanding. <b>Here are the written instructions tell me if you understand them. Can you please repeat them for me?</b>			0 1 5
32.	The closure of the interview An invitation to the patient to ask questions <b>Do you have further questions?</b>			0 1 3
33.	A clear arrangement for the next contact <b>I suggest the nurse calls to see how the treatment worked in 2 days and we meet again in one week.... How those this sound for you? ... Good bye see you next week!</b>			0 1 3
34.	Write the summary / conclusions of your discussion with the patient and his next of kin in patient file (by doing so all team members will be informed and will act accordingly).			0 1 3
<b>Total score: 120</b>		<input type="radio"/>	unfulfilled criterion	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	partially fulfilled criterion	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	completely fulfilled criterion	<b>%</b>

#### Selective references

Peter Maguire, Ann Faulkner Communicate with cancer patients: Handling uncertainty, collusion, and denial BMJ 1988 VOLUME 297 15 OCTOBER pg 972-974

Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. Palliat Med. 2002 Jul;16(4):297-303

Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth? J Clin Oncol. 2008 Mar 1;26(7):1175-7.

[James Alvin Low](#), [Sim Lai Kiow](#), [Norhisham Main](#), [Koh Kim Luan](#), [Pang Weng Sun](#), [May Lim](#), Reducing Collusion Between Family Members and Clinicians of Patients Referred to the Palliative Care Team Perm J. 2009 Fall; 13(4): 11-15.

[Santosh K. Chaturvedi](#), [Carmen G. Loiselle](#), [Prabha S. Chandra](#), Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective Indian J Palliat Care. 2009 Jan-Jun

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	Are patients with cancer who are not told about their diagnoses/illness better at maintain hope throughout the trajectory of the diseases compared with patients who are told the truth?
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	patients with cancer who are not told about the illness
<b>Comparator</b>	patients with cancer who are told the truth
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Psychological outcomes (maintain hope)
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	Planned subgroup analysis E.g.1. Diabetes status

### Comments:

Of 1,251 Americans indicated that 96% wished to be told if they had a diagnosis of cancer, but also that 85% wished, in cases of a grave prognosis, to be given a realistic estimate of how long they had to live (Washington: United States Superintendent of Documents, 1982:119.).

### Indications:

How bad news is discussed can affect the patient's comprehension of information, satisfaction with medical care [3-4], level of hopefulness [5], and subsequent psychological adjustment (6).

Conclusion: Outcomes are related to the way of communication of the bad news not telling or withholding the truth

### References

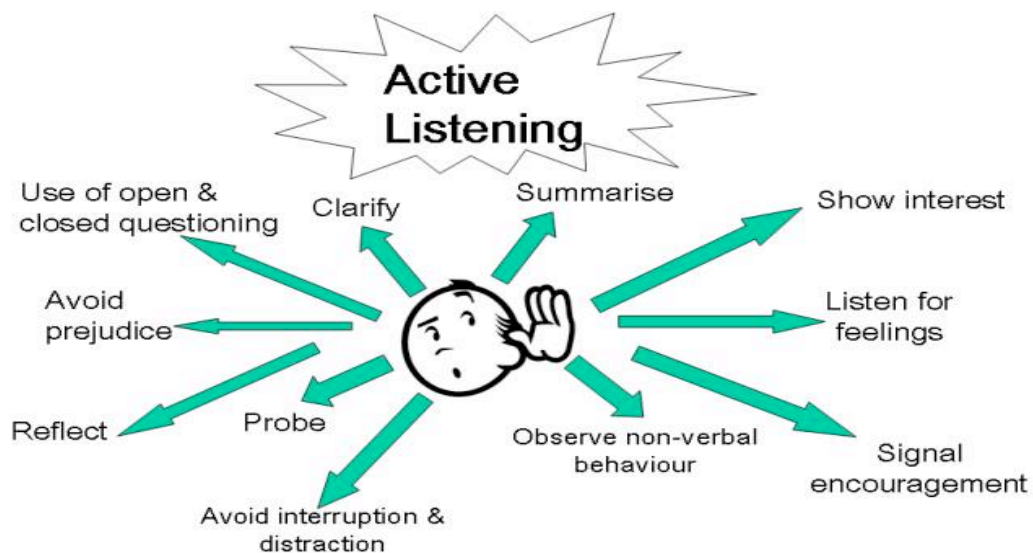
1. Hoffman JC, Wegner NS, Davis RB et al. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. Ann Int Med 1997;127:1-12.
2. Lobb EA, Butow PN, Kenny DT et al. Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used? Med J Aust 1999;171:290-294.
3. Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. Cancer 1993;72:3355-3365.
4. Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS et al. Influence of physician communication on newly diagnosed breast cancer patients' psychologic adjustment and decision-making. Cancer 1994;74:336-341.
5. Slavin LA, O'Malley JE, Koocher GP et al. Communication of the cancer diagnosis to pediatric patients: impact on long-term adjustment. Am J Psychiatry 1982;139:179-183.
6. Last BF, van Veldhuizen AM. Information about diagnosis and prognosis related to anxiety and depress in children with cancer aged 8-16 years. Eur J Cancer 1996;32:290-294.
7. RAMI BOU KHALIL , Attitudes, beliefs and perceptions regarding truth disclosure of cancer-related information in the Middle East: A review Cambridge University Press, 2012 1478-9515/12.



## ACTIVE LISTENING AND EMPATHIC RESPONSE

**Medical procedure**

**Scientific evidence**



## MEDICAL PROCEDURE

Active listening is the process of listening to others in order to understand their ideas, opinions and feelings and to demonstrate you have understood. Active listening is a valuable skill because it enables us to demonstrate that we understand what another person is saying, and through empathy we comprehend how he or she is feeling about it.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Introduce yourself to the patient. <b>Hello, I am doctor... and she is my colleague, nurse .... And you are?</b> Let the patient tell his name. <i>Avoid expressions such as "Are you Mr. Smith" could generate a false confirmation through an automated false answer of "yes" that could come from a patient distracted by his symptoms from the discussion he undertake with the medical staff.</i>	ESSENTIAL		
2.	If the patient comes with a relative/ friend find out who the person is and what the relation to the patient is. <b>It is good to see that you came today with Mr/ Mrs ... (say the patient name). Can you please tell me who you are and what is your relation to the patient?</b> <i>(avoid making assumptions like "Are you the wife?" – She might be a daughter or other and you can create embarrassing situations).</i>			0 1 3
3.	Shake hands (if the patient wants to). <i>(First you should shake hands with the patient, THEN with the spouse or friend - if present. This non-verbal communication shows that the patient has priority)</i>			0 1 3
4.	Ensure the privacy for the conversation. - Shut the door after you put on the door the sign consultation in progress (or other way to mark that a consultation takes place in that room) - Patient in bed- draw the curtains around the bed <i>(Through proper communication you will build trust and you start by showing respect for the person in front of you).</i>			0 1 4
5.	Reduce environment disturbing factors. Turn off the radio, TV, cell phone (or ask your secretary to hold on calls). <i>(Educate your staff, other patients not to enter the room when a consultation takes place).</i>			0 1 3
6.	Spatial arrangement a. Invite the patient (and caregiver) to sit. <b>Would you please take a seat?</b> <i>(There is a different time perception by the patient if you and he/ she are sited. The same amount of time is perceived longer when sitting compared with standing)</i>			0 1 3
7.	b. Sit yourself. If patient is in bed take a chair and sit near the bed - At a comfortable distance from the patient (about 1m) - The doctor's eyes should be at the same level with the patient's eyes (exception: when patient cries or is angry, the doctor's eyes should be at a lower level than the patient's eyes) - If patients come with relative/friend sit yourself in such a way to face the patient. At a closer distance from the patient than the friend/relative			0 1 5
8.	c. Remove barriers between you and patient - Move your chair to be next to the patient (better across the corner of the desk than across the full desk). - Clear the desk in the area near the patient <i>(Do not sit behind the desk, computer -nonverbally this is blocking communication)</i>			0 1 5
9.	d. Be prepared for patients/relative who cry. Have a box of tissues nearby, just in case the patient or the relatives begin to cry; in that case, offer them tissues			0 1 3

10.	<p>Body language</p> <p>Take a neutral position that makes you look unhurried and relaxed</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feet flat on the floor</li> <li>- Shoulders relaxed; slightly lean forward</li> <li>- Friendly facial expression</li> <li>- Hands on the knees</li> </ul> <p><i>(When you talk about difficult subjects like bad news, prognosis, patients fears, so on, you will feel uncomfortable but it is important that to train your body so that your nonverbal language appears calm and offers reassurance to the patient).</i></p>			0 1 3
11.	<p>Ask permission to read documents / write in the patient chart during the interview. <b>Is it OK with you if I take notes during our conversation?</b></p> <p><i>(You may have the patient's chart in front of you, but do not speak to the patient while reading it. It is better to prepare before the consultation by reading patients medical record/ documents but sometime the patient comes with new documents that you will need to consult later in the consultation).</i></p>			0 1 3
12.	<p>Starting the interview. Clarify the purpose of the patient for the consultation. <b>Can you please tell me why you came for the consultation today?</b> <i>(for students practicing their communication skills in teams they can use a real life case from their own practice or the case scenario provided at the end)</i></p>			0 1 3
13.	<p>Listening skills</p> <p>a. Use broad opening/exploratory statements</p> <p><b>Please tell me more about your disease/ problem</b> <i>( whatever the patient states is the reason for the consultation)</i></p>			0 1 3
14.	<p>b. Use open questions (What...? How...? Why...? etc) that can be answered in any manner.</p> <p>Some examples: <b>What did you think was the cause of your pain? How did you feel when the doctor told you about the diagnosis/treatment? Why were you avoiding speaking to your family about your disease?....</b> <i>(Mandatory parts of the therapeutic dialogue)</i></p>			0 1 5
15.	<p>c. Be silent and do not interrupt the patient</p> <p><i>Listen to what the patient says with words (content, tone) but also to the nonverbal communication (gesture, facial expression, body position...)</i></p>	ESSENTIAL		
16.	<p>d. Tolerate short periods of silence when the patients pause to reorganize his thinking. If you need to break the silence ask: "What is making you pause?" <i>(Silence also may have other meanings: the patient is thinking or feeling something too intense to express in words)</i></p>			0 1 5
17.	<p>e. Encourage nonverbally or with short sentence the patient to continue his ideas nodding, pausing, smiling, using responses such as "yes", "tell me more"</p>			0 1 3
18.	<p>Repetition and reiteration</p> <p><i>"Since I started taking those new tablets, I've been feeling sleepy"- "So, you're getting drowsy from the new tablets?"</i></p> <p>Will confirm to the patient that you have heard what has been said.</p>			0 1 3
19.	<p>Clarification. <b>When you say...do you mean that...?</b></p> <p><i>Gives the patient the opportunity to expand on the previous statement or to emphasize some aspect of the statement when the clinician shows interest in the topic</i></p>			0 1 4
20.	<p>Maintain eye contact without being intrusive</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Be careful, you should not stare at the patient but also, you should not look down and away too often</li> </ul>			0 1 5



	- It is helpful to avoid eye contact when the patient is angry or cries			
21.	Acknowledgement of emotions: empathic response a. Identifying the emotion the patient is experiencing. <b>I see you are furious...</b> (name the major emotion the patient is experiencing <i>Empathy is defines as the capacity to understand rationally what the patient is experiencing emotionally. It differs from sympathy.</i>	ESSENTIAL		
22.	b. Identify the origin of that emotion .... <b>because the diagnosis was delayed (name the underlying cause generating the emotion)</b>	ESSENTIAL		
23.	c. Responding in a way that tells the patient that you have made the connection between steps 21 and 22. <b>This must be awful for you.</b> <i>It is important to accept both negative and positive emotions expressed by the patients as normal in the context of a life limiting illness.</i>	ESSENTIAL		
24.	Do NOT use: “I understand how you feel!”, <i>We do not go through the same experience as the person so this is a superficial reassurance!</i>			0 1 5
25.	Touching. You may touch the hand or the forearm, but keep in mind: - This must come naturally from your side - Same patients might not feel comfortable with physical contact			0 1 3
26.	Management strategy. Recapitulate the main aspects/problems the patients was referring to <b>Let me make a short summary of what I understood as being your main concerns: The pain you have in the legs, the difficulty in breathing and your fear to sleep because your breathing might stop; the concerns for your daughter in coping with the new responsibilities...</b> <i>(Include in the summary all concerns physical, emotional, social, spiritual)</i>			0 1 5
27.	Verify with the patient your summary. <b>Did I cover everything you told me?</b>			0 1 3
28.	If patient is content with your summary, propose a management strategy. <b>I suggest we do the followings: for pain we take some pain killers and massage, our social worker will be in contact with your daughter to advise about legal rights....</b>			0 1 3
29.	Assess the patient’s response and adjust to include patients perspective <b>How does this sound for you?</b> <b>I see you are worried that the medication will make you sleepy , we will start with small doses and grow gradually</b>			0 1 3
30.	Agree on a management plan a write down instructions for the patient. Check patients understanding <b>Here are the written instructions tell me if you understand them. Can you please repeat them for me?</b>			0 1 4
31.	The closure of the interview An invitation to the patient to ask questions <b>Do you have further questions?</b>			0 1 4
32.	A clear arrangement for the next contact <b>I suggest the nurse calls to see how the treatment worked in 2 days and we meet again in one week.... How those this sound for you?</b> <b>... Good bye see you next week!</b>			0 1 4
Total score: 100		<input type="radio"/>	unfulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	partially fulfilled criterion	%
		<input checked="" type="radio"/>	completely fulfilled criterion	%



## Selective references

- Caspersz, Donella and Stasinska, Ania, Can we teach effective listening? An exploratory study, *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 12(4), 2015. Available at: <http://ro.uow.edu.au/jutlp/vol12/iss4/2>
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277(8):678-682.
- Fallowfield L, Jenkins V. - Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur. J. Cancer* 35(11) Oct. 1999 1592-1597
- Lam KK. Empathy - an essential tool for communication for palliative care doctors. *HKSPM Newsletter* 2006, Sep Issue 2, 13.
- Wittenberg-Lyles E. Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication. *Patient Educ Couns* 2012, 89(1), 31-37.
- Bylund CL, et al. Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center. *J Cancer Educ*. 2011, 26, 604-611.
- Brown RF. Patient centered communication skills training for oncologists: describing the content and efficacy of training. *Common Educ*. 2010, 59, 236-249.
- Lelorain S, et al. A systematic review of the association between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology* 2012, 21(12), 1255-64.
- Hack TF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 2005, 14(10), 831-845.
- Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med* 1994, 9, 222-226.
- Mosoiu D. Comunicarea in cancer. 2009, 31-35.
- Back LA, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005, 55, 164-177.

## Role play - doctor

**You are a doctor. You have a 45-year-old patient, divorced, with 2 children of 11 and 14 years-old. She has breast cancer operated 2 years ago, treated cytostatically and irradiated, currently under hormone treatment; without any special symptoms until recently; moderate bone pain for several months and fatigue; bone scintigraphy and tomography done 2 days ago, comes to the oncologist for results.**

The tests show the evolution of the disease (**multiple bone and liver metastases** occurred).

- You have to communicate empathically with the patient to see what she understands about her current condition and to see what concerns she has; you do not know how much the patient suspects of the current disease, you have not talked to her very much until the imaging investigations.

## Role play - patient

**You are a 45-year-old patient, divorced, with 2 children of 11 and 14 years-old. You were diagnosed with breast cancer, operated 2 years ago, treated cytostatically and irradiated, currently under hormone treatment; you did not face any special symptoms until recently; moderate bone pain occurred from several months and you feel fatigue; you did new tests in the hospital 2 days ago - bone scintigraphy and tomography and you came to the oncologist for results.**

- You suspect something is wrong, but you do not know exactly what.
- You are waiting the doctor's appointment with fear.
- You are worried about children (not to become a burden) and have financial worries.

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	When communicating with patients with cancer or other progressive illnesses in medical settings is there a difference in perception of length of consultation/visit/interview when the patient and doctor are sited compared to standing ?
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	the patient and doctor are sited compared
<b>Comparator</b>	the patient and doctor are sited standing
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	Planned subgroup analysis -different races

Studies: There were now clinical studies to sustain the assumption, which is stated in the usual practice protocols (1).

Conclusions: We endorse the recommendations of these consensuses.

References:

1. WALTER F. BAILE, SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer, The Oncologist 2000;5:302-311

<b>Q2</b>	When communicating with patients with cancer or other progressive illnesses in medical settings is position of doctor behind a desk, computer seen as a barrier to communication or not by patients?
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults
<b>Intervention</b>	position of doctor behind a desk, computer seen as a barrier to communication
<b>Comparator</b>	computer seen not as a barrier to communication
<b>Outcome</b>	Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	Planned subgroup analysis

Studies: no clinical studies

Conclusions: There were now clinical studies to sustain the assumption.






## COMMUNICATING THE DIAGNOSIS OF SEVERE ILLNESS (BAD NEWS)

**Medical procedure**

**Scientific evidence**



## MEDICAL PROCEDURE

Communicating bad new news to patients, offering patients all the information required in order to facilitate decision-making processes in palliative care. (Definition of bad news and examples of bad news in palliative care)		  	P
1	Enter and introduce yourself politely and amiably: <b>Good morning. I am Dr. XXX, your YYY (haematologist, oncologist, or any other). How are you feeling today?</b> <i>(Give the patient enough time to answer your questions)...</i> <b>Would you mind if we talked some time? In case of a negative response: When would you prefer to talk?</b> <i>(This is done to understand the patient's mood and evaluate if the timing is appropriate for the information process).</i>		0 1 3
2	Ask the patient if s/he would prefer to be alone or accompanied during the interview, and by whom. Fix a date for the interview that suits all relevant participants. Create an assuring and relaxed atmosphere. <i>(This is done to avoid patient anxiety)</i>		0 1 3
3	Ensure a private, comfortable space for the interview. <i>(In this way we protect patient confidentiality and contribute to creating an adequate setting for the information process, avoiding interruption and other disturbing factors)</i>		0 1 3
4	Pay special attention to non-verbal communication during the interview: eliminate physical barriers; try to position yourself on the same level as the patient. If others are present, organise an open communicative space by placing comfortable chairs in a circle.		0 1 3
5	Find out what the patient knows about his/her situation <i>(it is important to know how serious the patient thinks his/her situation is, besides the technical name of his ailment)</i> <b>What do you think about your chest pain, weight loss etc.? What have they told you about your illness? How important/serious do you think this is?</b> Pay special attention to patient's emotional status: <b>Is something troubling you? What worries you the most?</b>		0 1 3
6	Ask specifically about the amount of information the patient is willing to receive: <b>What would you like to know about your illness? Would you like me to explain...?</b> (diagnosis, treatment options, prognosis, and all contents related to the information process) Give patient the possibility to choose <i>(This is required in order to respect patient autonomy and promote a shared care plan)</i>	ESSENTIAL	
7	Give the patient indications, verbal and nonverbal, that the news is going to be bad... <b>The results of your CT scan are not good. Would you like me to tell you more about these or about the treatment?</b> <i>(This will allow the patient to decide if he/she is emotionally prepared to receive the new)</i>		0 1 6
8	Provide information gradually, starting from the patient's current situation. Summarize the diagnostic process and offer treatment options or prognostic information if the patient so wants. Use simple and clear language. Avoid medical jargon. <i>(A sequential information process is important)</i>		0 1 3

	<i>in order to respect patient's wish to know the available information)</i>				
9	Use active listening and empathic response, see procedure... <i>(Try to understand patient's wishes and values)</i>			0 1 3	
10	Adapt your language to the social, cultural and education level of the patient, while sending true and comprehensible messages. <i>(In this way the patient can process information and be aware of the consequences, risks and benefits of the care plan. It is important to have a proactive strategy that promotes patient autonomy)</i>			0 1 3	
11	Allow enough time, even silent time, if necessary. Ask the patient if s/he needs more time to think or consult with family members on these issues. Pay attention to continuous communication (keep eye contact, show empathy, comprehension and respect towards the patient's needs or views). <i>(This aspect plays a considerable role in empowering the clinical relationship and strengthening patient's confidence)</i>			0 1 3	
12	Check if the patient has understood the information provided. Help him/her recapitulate. Ask if s/he has any further questions or doubts. <i>(In this way we can assess patients' capacity and consider if it is necessary to involve their next-of-kin in decision-making processes)</i>			0 1 5	
13	Ask the patient if s/he would like you to share the information with someone else (for instance, someone who is not in the room). <i>(This is done to give proper consideration to patient's preferences and involve the right person(s) in the care plan)</i>	ESSENTIAL			
14	Show availability for any further queries and inform the patient how to contact you again. The patient must perceive continuity of care.			0 1 3	
15	Recapitulate the most important issues concerning the patient's future care plan. S/he must see that the situation is managed seriously and professionally.			0 1 3	
16	Evaluate the patient's emotional status after the interview: <b>How do you feel now?</b> Ask again if the patient has any final questions or worries. <i>(It will help to add something more or repeat something)</i>			0 1 3	
17	Take leave amiably.			0 1 3	
		<b>Total score: 50</b>	<input type="radio"/>	unfulfilled criterion	<b>%</b>
			<input type="radio"/>	partially fulfilled criterion	<b>%</b>
			<input type="radio"/>	completely fulfilled criterion	<b>%</b>

#### Selective references

Buckman R. Communication skills in palliative care. A practical guide. *Neurologic Clinics* 2001; 19(4): 989-1004

Finset A, Ekeberg O, et al. Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. *Psycho-Oncology* 2003; 12:686-693

Deschepper R, Vander Stichele R, et al. Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flanders, Belgium. *British Journal of General Practice* 2006; 56:14-19

Treece PD. Communication in the intensive care unit about the end of life. *AACN Advanced Critical Care* 2007; 18(4): 406-414



## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	Is beneficial for patients to dispose of a psychologic support (Psycho-oncologist) when breaking bad news?
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	Trained communication skills
<b>Comparator</b>	No trained communication skills
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: patient's experience in breaking bad QOL
<b>Methodology</b>	Systematic reviews, Randomized controlled trials, Cohort studies , Registry studies
<b>Extra</b>	Planned subgroup analysis

Studies: A RCT (group of students and residents) testing a training module of communication skills incorporating the preferences of patients was included (N=66).

### Recommendations:

1. Training students physicians in communication skills brought an improvement according to the patient's experience (1):

- Breaking bad news ( $p = 0.003$ ),
- Attention to patient responses after breaking bad news ( $p = 0.001$ ),
- Communication related to patient emotions ( $p = 0.043$ ).

2. To Train medical residents in communication skills when breaking bad news showed a significant improvement according to the patient's experience (1):

- Breaking bad news ( $p = 0.004$ ),
- Communication related to patient emotions ( $p = 0.034$ ),

### Comments:

Quality of life was found statistically significant improvement in only 1/30 items; and found no statistically significant differences between healthcare professionals that attended communication skills training (CST) or not. Anxiety, depression, distress: were reported with a statistically significant reduction in patient symptoms after the consultation in the intervention group (2).

Conclusions: Education programs could lead to improved communication skills and patient care.

### References:

1. Gorniewicz J, et al. Breaking bad news to patients with cancer: A randomized control trial of a brief communication skills training module incorporating the stories and preferences of actual patients. Patient Educ Couns (2016).
2. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No.: CD003751.





## SPIRITUAL ASSESMENT

**Medical procedure**

**Scientific evidence**



SPIRITUAL ASSESMENT

## MEDICAL PROCEDURE

Spiritual histories should be taken as part of the regular history during initial assessment of new patient but can also be taken as part of follow-up visits, as appropriate. This allows understanding patients suffering in the spiritual/religious domain and ways of coping and finding meaning and support through faith. The instrument proposed to be used for assessment is FICA. The FICA Spiritual History Tool was developed by Dr. Puchalski and a group of primary care physicians to equip physicians and other healthcare professionals with a tool to address spiritual issues with patients.

**F**aith  
**I**mportance  
**C**hurch  
**A**pply/Address

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	<p>Introduce yourself to the patient <b>Hello, I am doctor... and she is my colleague, nurse.... And you are?</b> Let the patient tell his name. <i>Avoid expressions such as "Are you Mr. Smith" could generate a false confirmation through an automated false answer of "yes" that could come from a patient distracted by his symptoms from the discussion he undertake with the medical staff.</i></p>	ESSENTIAL		
2.	<p>If the patient comes with a relative/ friend find out who the person is and what the relation to the patient is. <b>It is good to see that you came today with Mr/ Mrs... (say the patient name). Can you please tell me who you are and what is your relation to the patient?</b> <i>(avoid making assumptions like "Are you the wife?" – She might be a daughter or other and you can create embarrassing situations).</i></p>			0 1 3
3.	<p>Shake hands (if the patient wants to). <i>(First you should shake hands with the patient, THEN with the spouse or friend - if present. This non-verbal communication shows that the patient has priority)</i></p>			0 1 3
4.	<p>Ensure the privacy for the conversation. - Shut the door after you put on the door the sign consultation in progress (or other way to mark that a consultation takes place in that room) - Patient in bed- draw the curtains around the bed <i>(Through proper communication you will build trust and you start by showing respect for the person in front of you).</i></p>			0 1 6
5.	<p>Reduce environment disturbing factors Turn off the radio, TV, cell phone (or ask your secretary to hold on calls). <i>(Educate your staff, other patients not to enter the room when a consultation takes place).</i></p>			0 1 3
6.	<p>Spatial arrangement a. Invite the patient (and caregiver) to sit. <b>Would you please take a seat?</b> <i>(There is a different time perception by the patient if you and he/ she are sited. The same amount of time is perceived longer when sitting compared with standing)</i></p>			0 1 3
7.	<p>b. Sit yourself. If patient is in bed take a chair and sit near the bed - <i>At a comfortable distance from the patient (about 1m)</i> - <i>The doctor's eyes should be at the same level with the patient's eyes (exception: when patient cries or is angry, the doctor's eyes should be at a lower level than the patient's eyes)</i></p>			0 1 6

	- If patients come with relative/friend sit yourself in such a way to face the patient. At a closer distance from the patient that the friend/relative		
8.	c. Remove barriers between you and patient - Move your chair to be next to the patient (better across the corner of the desk than across the full desk). - Clear the desk in the area near the patient (Do not sit behind the desk, computer -nonverbally this is blocking communication)		0 1 6
9.	d. Be prepared for patients/relative who cry Have a box of tissues nearby, just in case the patient or the relatives begin to cry; in that case, offer them tissues		0 1 3
10.	Body language Take a neutral position that makes you look unhurried and relaxed - Feet flat on the floor - Shoulders relaxed; slightly lean forward - Friendly facial expression - Hands on the knees (When you talk about difficult subjects like bad news, prognosis, patients fears, so on, you will feel uncomfortable but it is important that to train your body so that your nonverbal language appears calm and offers reassurance to the patient).		0 1 6
11.	Is this the right moment to do a spiritual assessment? <b>Before starting our discussion I want to be sure you are comfortable. Can you tell me if there is some severe symptom, or fear, or worry that is bothering you?</b> If <b>Yes</b> postpone spiritual assessment and do targeted assessment of the symptom.. cause of suffering and adequate treatment If <b>NO</b> continue assessment		0 1 6
12.	Ask permission to do the assessment <b>In order to assess the suffering that the disease is causing you on various levels I am going to ask some questions about your spiritual wellbeing. May I proceed?</b> If <b>NO</b> ask permission to come back later If <b>Yes</b> continue assessment		0 1 6
13.	Start with a general question. <b>Are you at peace?</b>	ESSENTIAL	
14.	If answer to step 13 is NO <b>What worries do you have?</b> Please tell me more		0 1 6
15.	If the answer to step 13 is YES <b>Please tell me what brings meaning and peace in your life? Your work, your family, what else?"</b>		0 1 6
16.	Use techniques to facilitate the dialogue (be silent and do not interrupt the patient). Listen to what the patient says with words (content, tone) but also to the nonverbal communication (gesture, facial expression, body position...)		0 1 3
17.	Tolerate short periods of silence when the patients pause to reorganize his thinking. <b>What is making you pause?</b> (If you need to break the silence. Silence also may have other meanings: the patient is thinking or feeling something too intense to express in words).		0 1 6
18.	Encourage nonverbally or with short sentence the patient to continue		0 1

	his ideas nodding, pausing, smiling, using responses such as “yes”, “tell me more”			3
19.	Repetition and reiteration <b>“My family has been very closely united and now that they know about the disease they come permanently to help with the house hold”- “So, you’re family is helping with house work.”</b> <i>Will confirm to the patient that you have heard what has been said.</i>			0 1 3
20.	Clarification <b>When you say...do you mean that...?</b> <i>Gives the patient the opportunity to expand on the previous statement or to emphasize some aspect of the statement when the clinician shows interest in the topic</i>			0 1 6
21.	<b>Is faith important in your life? Is it a support for you in the present situation?</b> <i>This question allows the patient to discuss about support systems but also about existential worries</i>	ESSENTIAL		
22.	<b>Do you belong to a faith community?</b> <i>(family members can provide useful information).</i> <b>How can we support you in your faith? Who do we have to contact to help you?</b> <i>Contact the specified / appropriate person (examples: somebody from his faith community or moral councillor).</i>	ESSENTIAL		
23.	The closure of the interview Make a summary of the main topics you have discussed and document it in patient file.			0 1 6
24.	<b>If you have further questions, please don’t hesitate to contact us.</b> <i>(An invitation to patient for asking questions)</i>			0 1 6
25.	A clear arrangement for the next meeting.			0 1 4
<b>Total score: 100</b>		<input type="radio"/>	unfulfilled criterion	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	partially fulfilled criterion	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	completely fulfilled criterion	<b>%</b>

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	Are patients in palliative care who have an active religious life better coping with the illness compared with those patients who have no faith?
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	Active religious life
<b>Comparator</b>	No active religious life
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Quality of life
<b>Methodology</b>	Review of the published data Systematic reviews
<b>Extra</b>	ethnic, cultural, and religious

Studies: Systematic review, qualitative studies.

Indications: Positive religious coping is associated with receipt of more intensive life-prolonging medical care at the EOL. These results suggest that clinicians should be attentive to religious methods of coping as they discuss prognosis and treatment options with terminally ill patients.

Conclusion: Assessment of religious needs and support should be provided as integral part of palliative care services.

### References

1. Candy B, Jones L, Varagunam M, Speck P, Tookman A, King M. Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD007544.
2. Harold G Koenig, David B Larson, and Susan S Larson , Religion and Coping with Serious Medical Illness , Ann Pharmacother 2001;35:352-9.
3. Tarakeshwar, Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer Nalini J Palliat Med. 2006 June ; 9(3): 646–657.
4. Janine Siegel, Spirituality, Religious Coping, and Depressive Symptoms in Hospice Patients: A Terror Management Perspective, Walden Dissertations and Doctoral Studies 2015
5. Catherine E. Mosher, Coping with Physical and Psychological Symptoms: A Qualitative Study of Advanced Lung Cancer Patients and their Family Caregivers, Support Care Cancer. 2015 July ; 23(7): 2053–2060.
6. Marvin Omar Delgado-Guay. Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain Among Caregivers of Patients With Advanced Cancer, American Journal of Hospice & Palliative Medicine 30(5)
7. Michael W. Rabow & Sarah J. Knish, Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care Support Care Cancer DOI 10.1007/s00520-014-2428-4
8. Phyllis A. Gordon, David Feldman, Royda Crose, Eva Schoen, Gene Griffing, and Jui Shankar The Role of Religious Beliefs in Coping With Chronic Illness, Counseling and Values April 2002 Volume 46



<b>Q2</b>	Do patients with cancer or other progressive illnesses who belong to a faith community have lower scores for symptoms such as anxiety pain etc. compared to patients who are not integrated in a faith community?
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	patients who are integrated in a faith community
<b>Comparator</b>	patients who are not integrated in a faith community
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Psychological outcomes Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	ethnic, cultural, and religious

Studies: Three international consensus based on literature review by experts are included [1-3]. 2 reviews and a systematic review.

#### Indications :

Cancer patients can face spiritual and existential issues involving their faith, their perceived relationship with God, and the possibility and meaning of death. Some cancer survivors report feelings of anger, isolation, and diminished self-esteem in response to such stress (1).

In addition, spiritual distress, although relatively under researched, has been identified in cancer patients.

#### References:

1. NCI (National Cancer Institute) Living beyond cancer: Finding a new balance. President's cancer panel 2003–2004 annual report. Bethesda, MD: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; 2004. [accessed May 4, 2006]. <http://deainfo.nci.nih.gov/ADVISORY/pcp/pcp03-04/Survivorship.pdf>.
2. Bolmsjo I. Existential issues in palliative care - interviews with cancer patients. J Palliat Care 2000;16(2):20-4.
3. Hamrick N, Diefenbach MA. Religion and spirituality among patients with localized prostate cancer. Palliative and Supportive Care 2006;4:345-55.
4. Miller DK, Chibnall JT, Videen SD, Duckro PN. Supportive affective group experience for persons with life threatening illness: Reducing spiritual, psychological, and death-related distress in dying patients. J Palliat Med 2005;8(2):333-43.
5. Lin H-R and Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. J Adv Nurs 2003; 44(1): 69–80.
6. Epstein-Peterson ZD, Sullivan AJ, Enzinger AC, et al. Examining forms of spiritual care provided in the advanced cancer setting. Am J Hosp Palliat Care. Epub ahead of print 8 July 2014. DOI: 1049909114540318.
7. Candy B, Jones L, Varagunam M, Speck P, Tookman A, King M. Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD007544.
8. RAMI BOU KHALIL , Attitudes, beliefs and perceptions regarding truth disclosure of cancer-related information in the Middle East: A review Cambridge University Press, 2012 1478-9515/12
9. [King M](#), Spiritual beliefs near the end of life: a prospective cohort study of people with cancer receiving palliative care. [Psychooncology](#). 2013 Nov;22(11):2505-12. doi: 10.1002/pon.3313. Epub 2013 Jun 17.





## PERFORMING THE BEDRIDDEN PATIENT'S NUTRITION

**Medical procedure**

**Scientific evidence**



PERFORMING THE BEDRIDDEN PATIENT'S NUTRITION

## MEDICAL PROCEDURE

Ensuring an adequate intake of nutrients and fluids necessary to the organism of the bedridden patient. The nutritive intake aims to support the optimal functioning of the patient's body, and a better quality of life, in particular Every patient's nutrition has a therapeutic potential comparable to medication administration. This has to be individualized to meet intellectual abilities, motivation, lifestyle, culture, economic status.


The patient's family and the people close to him/her have to be integrated into this process.

		Concept:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
1.	<p>Rapid evaluation of the presence of vital signs (state of consciousness, movements, speech, breathing) vital functions maintained <input type="checkbox"/> ; cardiorespiratory arrest <input type="checkbox"/></p> <p><b>Good afternoon. My name is ..... I am the doctor/nurse who will examine you today.</b></p>	- initiating the discussion -				0 3 5
2.	<p><b>Could you please confirm your name.....</b> <b>And your date of birth, please.....</b> (or, check patient's ID bracelet, if available). <b>Thank you.</b> (it avoids mistaking one patient for another and performing the procedure on a patient who does not have this indication. Avoid expressions such as "Are you Mr. Smith?" as this could generate false confirmation through an automatic "yes" from patients less focused on the discussion with the medical staff).</p>	<p>Conformity with the observation sheet for Name: <input type="checkbox"/> Date of birth: <input type="checkbox"/></p> <p><b>Right patient- CI</b></p>	ESSENTIAL			
3.	<p>Use a pad dipped in alcoholic solution to decontaminate the pieces of furniture that we interact with during the procedure. Medical washing hands ± Put on clean, medical gloves (only if there are any skin lesions on the examiner's hands or a high risk of developing infections), as part of the standard precautions.</p>	- standard precautions -				0 1 3
4.	<p>Ensure a private and a quiet space for alimentation (single-bed ward, curtains, screen etc.) Measurement of arterial pressure, pulse oximetry, thermometry - if there hasn't been a recent evaluation</p>	<p>Arterial pressure: ...../..... mmHg; SaO2 ..... %; T ..... °C</p>				0 3 6
5.	<p>Evaluate any possible inappropriateness to oral alimentation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>medical procedures scheduled to be completed within an immediately following period and which require a condition of "hungry" for the patient</li> <li>the existence of an NPO recommendation (<i>nihil per os</i> – nothing by mouth)</li> <li>comatose patient</li> <li>the presence of nausea / vomiting</li> <li>the existence of a gastric aspiration device</li> <li>possibly, an objective examination of the abdomen: diminished / absent bowel sounds</li> </ul>	<p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	ESSENTIAL			

6.	Place the patient in a sitting position, preferably in high Fowler's position (sitting with back up). Evaluation of the oral cavity of the patient in terms of teeth, gums aspect, presence of injuries that could interfere with feeding.	<i>If, for medical reasons, Fowler positioning is not possible, the patient can be placed in the lateral decubitus position (lying sideways) ,which facilitates swallowing compared to supine position (lying on back)</i>		0 5 9
7.	<b>Do you feel the need to urinate? Or defecate, eliminate stool?</b>			0 3 5
8.	Evaluate the patient's observation sheet for disturbance mentions of smell or taste: <b>Do you see well? For example, the food on your plate. Has the food taste? Or are there problems?</b> <i>(the elderly, due to atrophy of taste buds, experience a decrease in the perception of sweet and salty; to feel the taste, extra spices should be added in their food)</i> <b>What about the smell?</b>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		0 3 5
9.	Evaluate the patient's observation sheet for age (over 65), diagnosis of dementia; any warning of dysphagia; frequent oropharyngeal aspiration manoeuvres in the history of case-related interventions. <b>Do you happen to cough when you eat, or choke on the food or suffocate? Any difficulties in swallowing? Any pain? Sudden hoarseness of voice?</b> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<i>Evaluation necessary for the prevention of aspiration pneumonia which can occur in patients with dysphagia. If such a situation occurs, there should be a common effort of the nutritionist, dietician, physician, specialist in deglutition, speech therapist, family doctor</i>		0 5 9
10.	YES <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ensuring a relaxing environment, quiet, without elements that can distract the patient from the feeding activity.</li> <li>Use of background music – a possibility to be taken into consideration for patients with dementia (reduction of behavioural symptoms during feeding - Liao et al. 2004).</li> <li>Positioning the patient as upright as possible in bed or on a chair.</li> <li><b>Insert in your mouth only small pieces of food that can be easily chewed.</b></li> <li><b>Chew thoroughly before you swallow.</b></li> <li><b>Introduce another piece of food only after the previous one has been swallowed.</b></li> <li><b>After you finish eating, check if there are any pieces of unswallow food left in your mouth.</b></li> <li><b>Maintain the high position of the body at least 20-30 minutes after the meal</b></li> <li>If clinical signs of laryngo-tracheo-bronchial aspiration appear (cough, dyspnea – suffocation, dysphonia - hoarseness etc.) remove immediately and completely any remaining pieces of food from the mouth.</li> </ul>			0 5 9

11.	Would you like to try to eat?	Explain the ACTIONS TO BE PERFORMED		0 1 3
12.	You will need to chew and swallow bits of food. Can you cut the food yourself or do you need my help? Drink the liquids prepared for you, please.	Explain to the patient WHAT THE PROCEDURE CONSISTS OF		0 1 3
13.	It is advisable for you to be seated in an upright or lateral position so as to prevent the food from going the wrong way and causing you to choke if you inhale it into the lungs. If you have difficulty cutting the food, I can help you. Or pouring liquids into your glass. You just tell me and I will help you right away. Or I can serve you with all the dishes, as you wish. I will sit on the chair next to you and we will take all the time we need to eat, shall we? We can start with the dish of your choice.	Tell the patient how he/she can CONTRIBUTE to performing the administration		0 1 3
14.	Feeding provides your body with enough energy and resources to function well.	Tell the patient how can CONTRIBUTE to performing the administration		0 1 3
15.	Have I succeeded in explaining the procedure? Would you perhaps like to ask me something else?		ESSENTIAL	
16.	In general, do you have a healthy appetite? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			0 1 3
17.	<p>NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Is this a good time for you to eat? Or do you have pain or any discomfort we could treat? (analgesics for pain, antipyretics in case of fever etc.)</li> <li>Is there anything you're particularly concerned about? Something that you might like to discuss? (psychological stress associated with anorexia - lack of appetite for the patient)</li> <li>What do you like usually to eat?</li> <li>Small portions of food are preferable. This will not discourage a patient with appetite loss.</li> <li>For the elderly, avoid dry foods, crunchy, tough or sticky foods (e.g. bananas) due to the decreased secretion of salivary glands associated with getting older.</li> <li>Immediately before or after the patient's nutrition, avoid medical procedures which can be tolerated with difficulty.</li> <li>Create a pleasant environment for the feeding process (fresh, nicely arranged, savoury).</li> <li>Before eating, a better care of your mouth will increase your appetite and make the food</li> </ul>	It is recommended to involve the patient's carers, who can provide information on the patient's food preferences and even provide those dishes, cooked properly.		0 1 9



	you eat taste better. Brushing teeth, mouthwash? Want to wash your face before you eat? I can help you with this if you want.				
18.	Refer to the observation sheet and select, from the rack, the appropriate type of food to be administered – Check I	Validate the conformity of the selected medicine with the prescription from the medication sheet	ESSENTIAL		
19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>validate the prescribed timetable for administration (<math>\pm 30</math> minutes)</li> </ul>	Right moment – C2			
20.	<ul style="list-style-type: none"> <li>validate the prescribed administration route</li> </ul> <i>(for example only semisolid or liquid form - mashed meat; heated properly -in eating pathologies it is contraindicated exposing the oesophageal pharyngeal mucosa to extreme temperatures - hot / cold; or simply served at a temperature desired by patient and previously evaluated)</i>	Right administration route – C3			
21.	<ul style="list-style-type: none"> <li>check compliance with the expiry date</li> </ul>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
22.	Position table at bed level to allow the patient to easily see the food offered.				0 1 3
23.	Refer to the observation sheet, take the foods out of the wrapping and place them on the table – Check II	Validate conformity of selected alimentation with the prescription from the medication sheet <input type="checkbox"/>			0 5 9
24.	Presentation of food from the menu. <b>You have as food the following .....</b> <i>(e.g. tomato cream soup, mashed potatoes with chicken schnitzel, orange juice, still water, raspberry pudding)</i> <b>Which dish would you like to serve first?</b>	Right FOOD – C5			0 2 5
25.	<ul style="list-style-type: none"> <li>preparation of solid and liquid food according to prescribed quantities</li> </ul>	RIGHT DOSE – C4	ESSENTIAL		
26.	Can you manage to eat using ordinary cutlery? Evaluate the clinical record of the patient about any diagnoses involving hands shaking, extreme asthenia, upper limb functional impotence (limitations in range of motion of the hand, wrist, elbows, shoulder, neck): <b>Are your hands shaking when holding the spoon or fork so as to be difficult to eat because of it?</b> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Or it is difficult to tilt your head backwards when drinking from regular glasses?</b> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>I ask this because we can help, if necessary, with modified cutlery or crockery that would diminish the effort to handle food.</b> <b>Is it difficult perhaps to take a spoon or fork to your mouth? Bend fist and elbow to succeed?</b> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Use specialised cutlery and crockery 			0 5 9

27.	Refer to the medication sheet, put the containers that were used for extracting the medication back into the medicine cabinet – Check III	Validate conformity of selected alimentation with the prescription from the observation sheet <input type="checkbox"/>		0 5 9
28.	Evaluate possible intolerance to the administered medicine: <b>Are you allergic to the following food nutrients?</b> .....	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESSENTIAL	
29.	Is there any incompatibility of administration between the prescribed food and the previously determined vital parameters? (e.g. arterial pressure, cardiac frequency, respiratory rate)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
30.	Evaluate the patient's current medical condition concerning the symptomatology and the condition which generated the feeding prescription (presence of edema, pain level, blood sugar level etc.)	<b>PRE-FEEDING EVALUATION</b>		0 5 9
31.	<b>I am now going to ask you to swallow this piece of .....Would you like to drink a bit of water? Or juice?</b> (offer liquid as often as required by the patient or for each 3-4 mouthful bites swallowed)	If necessary, help the patient by lifting the medication cup to his/her mouth		0 5 9
32.	Select a conversation topic comfortable for the patient (in the case of patients with a predisposition for dialogue, so as to create a pleasant atmosphere, favourable to the feeding process) Patient nutrition			0 3 6
33.	Write in the patient's medical sheet: <ul style="list-style-type: none"> <li>the name of the administered foods</li> <li>the quantity administered, according to prescription</li> <li>the method of administration (e.g. mashed)</li> <li>the date, hour and minute when the food was administered (if there is a delay of more than half an hour following the prescribed time for administration – mention the reason for the delay)</li> <li>relevant clinical and biological parameters, evaluated before the treatment (e.g. arterial pressure, cardiac frequency, pain intensity, glucose value, a.s.o.)</li> </ul>	If the patient refuses the food or if the person responsible omits to administer food – make a note of the situation in the patient's medical sheet, explaining the reason, too. Inform the attending physician/the chief nursing officer of the situation.		0 3 6
34.				0 3 6
35.				0 3 6
36.				0 3 6
37.				0 3 6
	Sign the observations on food administration that you have entered in the patient's medical sheet.			
38.	Remove the table with any uneaten food from the bed.			0 1 3
39.	<b>Do you need help to brush your teeth after eating? To wash your hands? maybe your face, mouth?</b>			0 1 3
40.	After a realistic timespan, evaluate the relevant clinical and biological parameters and/or the expected effect (arterial pressure, cardiac frequency, pain intensity, falling asleep etc.)	<b>POST-FEEDING EVALUATION</b>		0 1 3



41.	Write in the patient's medical sheet: • the relevant clinical and biological parameters, and the expected effect evaluated after feeding (e.g. arterial pressure, cardiac frequency, pain intensity, glucose value, falling asleep etc.)			0 1 3
42.	• the occurrence or non-occurrence of incidents, accidents or side effects (nausea, vomiting, possible difficulty in chewing food or swallowing – leading to adjustments in future menus - for example, their preparation in semisolid forms etc., use of special cutlery)			0 1 3
43.	• any mentions that the patient makes which might be relevant for therapy administration (acceptance of proposed menu, how it was tolerated) Sign the observations on food administration that you have entered in the patient's medical sheet.			0 1 3
44.	Reposition the patient comfortably by lowering bed at minimum height . Place the glass of water, the remote controls for the ward utilities (e.g. the alarm system for alerting the medical staff, the TV remote control etc.), the objects for personal use (e.g. glasses, mobile phone, book etc.) on the patient's bedside table.			0 5 9
45.	Medical washing hands ± use clean medical gloves. Use a pad dipped in alcoholic solution to decontaminate the pieces of furniture that we have interacted with during the procedure. Remove the previously used gloves by throwing them into the infectious, non-sharp waste container. Medical washing hands. <b>I will leave you now to rest a bit. I will come back in..... (for example, 2 hours) and we will ..... (for example, do the treatment).</b> Remove any uneaten food and leave the ward.			0 5 9
<b>Total score: 200</b>		<input type="radio"/>	unfulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	partially fulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	completely fulfilled criterion	%

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	Is nutrition in terminal ill patient indicated?
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults
<b>Intervention</b>	Nutrition
<b>Comparator</b>	Avoid nutrition
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Complication rate Quality of life
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	None

### Studies:

One systematic review was found regarding oral nutrition in terminally ill patients [1].  
Supportive care guidelines from NCCN (National Comprehensive Cancer Network) were found [2].

### Recommendations:

Oral nutrition in terminally ill patients has shown to improve some aspects of quality of life in malnourished patients or patients at nutritional risk, without having any impact on mortality [1].

Current NCCN guidelines [2] do not recommend oral nutrition in terminally ill patients, as it has not been proved to improve survival. In these cases, parenteral nutrition can be an option.

### Conclusions:

We endorse the recommendations of the guidelines.

### References:

1. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. 2012. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. J Natl Cancer Inst 104:371–385.
2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - Palliative care, version 1.2016, 11/17/15



## ORAL CARE

**Medical procedure**

**Scientific evidence**

ORAL CARE



## MEDICAL PROCEDURE

Oral care involve to promote, organize and, in incapacitated patients, even to perform for them a daily hygiene of teeth (flossing, brushing), gums (mechanical stimulation), mouth (rinsing); to promote/arrange regular dental controls; to inspect oral area and accordingly to the problems identified in the evaluation to promote/arrange further consultations with oral care specialists (dentists, oral surgeons etc.).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
1.	Assess patient's condition ( <i>consciousness, movements, speech, breathing</i> ): <i>preserved vital functions; cardiopulmonary arrest (if so, proceed to cardiorespiratory protocol)</i> <b>Good morning/afternoon. My name is ..... I am your doctor / nurse</b>				0 2 5
2.	<b>Can you tell me your name, please ..... And your date of birth .... Thank you.</b> ( <i>This is done to avoid performing the procedure on the wrong patient as there may be several patients with the same name. Also, do not ask e.g. "Are you Mr. Smith?" to avoid receiving false confirmation from patients distracted by their symptoms or other reasons</i> ). Or, especially in patients with difficult communication ( <i>confused, comatose, etc.</i> ) verify the conformity between data's from observation sheet and bracelet ( <i>if it exist at patient wrist</i> ) in terms of patient identity. <i>Confused, comatose, depressive, severely ill or those simply necessitating nasogastric tubes or oxygen therapy or in long term care settings are in an increased risk for oral health problems beneficiating the most from oral hygiene procedures.</i>	ESSENTIAL			
3.	Secure a private examination environment ( <i>room with one bed, curtains, paravans etc.</i> ) <b>What we need to do is wash your mouth and your teeth.</b> ( <i>what we will do</i> )				0 1 3
4.	<b>The manoeuvre involves to inspect your mouth for caries, teeth deposits, odour, secretions, and aspect of gums ..... We will brush and floss your teeth, flush the mouth. This is generally easy to perform, involves no cuts or punctures, so it should not hurt.</b> ( <i>what the manoeuvre consists of</i> )				0 1 3
5.	<b>You will be placed in a sitting position (or laying down on a side). It will be difficult for you to sustain such a position for, let's say 20 minutes? It is very important that you stay relaxed and calm during the procedure. When I will ask you so, you should spit the liquid from the mouth in a special container that will be at your reach</b> ( <i>how to contribute to the procedure</i> )				0 1 3
6.	<b>Performing a good hygiene of your mouth is an important element of your medical condition. The failure in achieving it will result in high risks for associated local and also respiratory tract infections, pneumonia for example. A prolongation in your healing process or even a failure in obtaining it.</b> ( <i>the benefit of the procedure</i> )				0 1 3
7.	<b>Now, are you clear about the procedure? Would you like to ask me anything else?</b>	ESSENTIAL			
8.	<b>Have you undergone oral care procedure sometimes before? Can you tell me how often, when and how you clean teeth and mouth, by yourself?</b> ( <i>Assessing patient perception and involvement in own health issues. Lack of knowledge in maintaining oral hygiene predispose to oral problems</i> )				0 1 3
9.	<b>Did your health insurance include dental care? How often you had dental controls in the last three years?</b>				0 1 3

10.	<b>Food still have taste or, thinking back, you prefer salty or the sweets ones. Like what?</b> <i>(high salt intake, refined sugars are more prone to cause enamel erosions)</i>			0 1 3
11.	<b>Do you have frequent sensations of dryness of mouth? Do you wake up at night to drink water?</b> <i>(diminish salivary secretions lead to dried and thin oral mucosa that favour local injuries and lesions to appear)</i>			0 1 3
12.	<b>How much liquids do you drink in a day time? Adding soup, tea, any intake of liquid, is it a total of 2000 ml per day? Or less?</b> <i>(diminish fluid intake lead to dried and thin oral mucosa that favour local injuries and lesions to appear)</i>			0 1 3
13.	<b>Do you smoke tobacco? How many cigarettes per day? For how long?</b> <i>(heavy smoking, defined by a smoker who reports consuming 20 cigarettes or more per day or by &gt; 20 packet-year; calculation: number of packets smoked each day multiplied with the number of years of smoking, lead to dried and thin oral mucosa that favour local injuries and lesions to appear)</i>			0 1 3
14.	<b>What kind of alcohol do you prefer, wine, beer, vodka .....? In what amount per week?</b> <i>(at risk alcohol drinker, defined by a consume of &gt; 14 alcohol unit per week, one unit is 10 ml or 8 g of pure alcohol retrieved in 25 ml strong drinks ≈ 40%-, 76 ml wine like drinks ≈ 13,5%, 250 ml beer like drinks ≈ 4%, lead to dried and thin oral mucosa that favour local injuries and lesions to appear)</i>			0 1 3
15.	Consulting the observation sheet, verify the prescribed medication in term of drugs that can associate dryness of the mouth as side effect (ex. diuretics, laxatives, tranquilizers mainly if used excessively) or past head and neck radiation treatment <i>(due to salivary glands fibrosis process, developed as result of radiation leading to secretory insufficiency. Saliva have antiinfectives features.</i>			0 1 3
16.	If they have not been recently evaluated: BP measurement, pulseoximetry, thermometry: BP..... mmHg, SaO2 ..... %, T ..... °C. Hand wash. Apply clean medical gloves as part of standard precautions.			0 1 3
17.	Use a rubbing alcohol swab to decontaminate any furniture surfaces with which there will be contact during the manoeuvre.			0 1 3
18.	Evaluation of the patient's medical records from the standpoint of associated conditions that could contraindicate either high Fowler position <i>(e.g. cerebral hypoperfusion syndrome)</i> or lateral decubitus <i>(orthopedic / rheumatologic diseases, local conditions)</i>			0 1 3
19.	Dispose of used gloves in the non-sharp infectious waste container. Hand wash. Apply a new pair of medical gloves as part of standard precautions. <i>(to avoid infections spreading from and to the patient).</i> Place patient in high Fowler position <i>(sitting in bed with upper body in a 60 – 90 degree angle from horizontal)</i> or if this is not possible, use lateral decubitus <i>(sitting in bed on a side)</i> <i>(these postures prevent patient to aspirate in the bronchial tree the liquids used in mouth hygiene procedure).</i> Raise patient's bed to the waist level of the staff performing oral care. <i>(to avoid overloading of paravertebral muscles, otherwise overused in the medical activities performed at bedside)</i>			0 1 3
20.	Consulting the observation sheet: <b>Do you have dentures, bridgeworks, previous dental interventions.</b> Using a flashlight, examine oral cavity for caries, broken teeth, partial edentation, teeth deposits, odour, secretions, aspect of gums, existence of bridgeworks, dentures. <i>(In case of artificial dentures they must be cleaned regularly and should be constantly worn, in order to maintain facial conformation, prevent gingival atrophy, allow good masticatory potency.... For cleaning purposes they must be removed from mouth by</i>			0 1 3



	patient alone or, if he is not able to do so, by the medical professionals that perform oral care: the upper teeth from front of dentures must be grasp via a gauze and the plate dislodge from oral ceiling with up and down short movements. The lower dentures can be dislodge from mandibular gums by lifting it on one side or another. Partial dentures can be dislodge by exerting pressure on artificial teeth avoiding the clasps - that aren't from such a hard material as teeth are).			
21.	<b>Are you allergic to anything, rubber products, toothpaste, dentures cleaning products mouthwashes maybe?</b> (evaluating possible allergies to the materials commonly used in the procedure)	ESSENTIAL		
22.	<b>When did you last eat? It is advisable to perform mouth hygiene before and after each meal</b> (according to local oral conditions, mouth hygiene may be necessary from a repetition of three times per day to an every 2 hours interval)			0 1 6
23.	Place a device under patient chin able to retain liquids that might flow from oral area during mouth hygiene procedure (ex. towel, absorbent cloth or pad, curved basin)			0 1 5
24.	Selection of the devices more suitable to be used in mouth hygiene. <b>Are you comfortable with the use of toothbrush for the hygiene of your mouth? Or this is unpleasant or even harm you? Did your gums bleed easily when a toothbrush is used?</b> Consulting the observation sheet, check for oral problems that could contraindicate the use of a toothbrush (diagnostics, old or recent local interventions .....). <b>If so we can use a soft-bristled one or even replace it with an oral swab, from foam, by example. But in this case we won't be able to remove tartar from the surface of your teeth. The same if we will use a gauze soaked with saline, which is another possible device to utilize for your oral care.</b> (swabs impregnated with lemon glycerine that can be also found as an option for oral care must be avoided due to them irritative effect on oral mucosa that can become dry and on teeth that can be decalcified)			0 1 5
25.	Using tap water or saline, wet the head of the toothbrush. Apply on the bristles sodium bicarbonate toothpaste (acid saliva will favour oral flora grow; so diminishing its acidity will result in a decrease in microbial load at the level of the mouth; sodium bicarbonate will help the process of cleaning, by dissolving mucus).			0 1 3
26.	<b>Would you prefer to wash your teeth by yourself, under my guidance, or you prefer that I will do it for you?</b>	ESSENTIAL		
27.	Ensure there is a good lighting for examination (use of a flashlight may be appropriate)			0 1 3
28.	Position yourself at the right side of the patient (or left side if staff performing the manoeuvre is left-handed)			0 1 3
29.	<b>Please slightly open your mouth spreading lips apart in order to allow me to have a good look at your teeth and to insert toothbrush. Do not open it to large because you should maintain this posture for some minutes.</b>			0 1 3
30.	Position the bristles of the toothbrush in close contact with two or three teeth, the upper ones from the front of the mouth (incisors) at the level of insertion of the tooth in the gum (gingival sulcus) at a 45 degree angle with teeth surface.			0 1 3
31.	Press gently the bristles into the gingival sulcus and rotate the head of the toothbrush in order to brush the surface of the teeth (by doing so the bristles angle with teeth will change from a 45 facing downwards to a perpendicular position and finally to a 45 but facing upwards) in a firm movement from the			0 1 3



	base of the tooth to its tip ( <i>from its gingival insertion to the crowns</i> ) in the intention to remove whatever are deposits left inside the gingival sulcus and also the deposits from the surface of the teeth.		
32.	<b>At any moment, whenever you consider, signal it us, by rising a hand, if you need to rinse your mouth from toothpaste.</b> ( <i>in this purpose tap water can be use, as well as saline or mouthwash products as original solutions or in dilution with saline; hydrogen peroxide represent a good choice for rinsing mouth in oral care but alcoholic mouthwashes can irritate and dry oral mucosa</i> ) <b>A good rinse will eliminate from your oral cavity all the particles removed within the brushing process.</b>		0 1 3
33.	Reposition the bristles of toothbrush at gingival sulcus, 45 degree angle and repeat the movement until, for the area that was processed, the teeth and them gingival area gain a clean aspect.		0 1 3
34.	<b>Please rinse your mouth now with a bit from this liquid.</b> Offer to the patient a cup with the chosen rinsing liquid or, in case he is too weak to drink from the cup or is lying in a lateral decubitus, offer it with the help of a straw. <b>If you can discard the liquid from your mouth in this basin, please do so.</b> Place a curved basin under patient chin. <b>Spit all out, please.</b> For comatose patients that must be positioned in a lateral decubitus, rinsing liquids are administered with the help of a 10 ml syringe and removed with the use of a suction device. ( <i>In order to prevent bronchoalveolar aspiration due to loss in swallowing reflex that characterise comatose condition</i> ). Remove the basin from patient side and place it at hand reach.		0 1 3
35.	Move than to the next, right or left side, association of two –three teeth to be cleaned next and repeat the manoeuvres of brushing using same technique. Finalize the whole external surface of the upper maxilla.		0 1 9
36.	Place a curved basin under patient chin. <b>Please rinse your mouth again. Discard it now in the basin. .... Thank you.</b> Remove the basin from patient side and place it at hand reach. Inspect the area of denture and gum that just was brushed. Continue brushing that area if the result do not meet expectancies.		0 1 3
37.	<b>Please relax your lips now and open your mouth a little bit more in order to allow me to have a better look at the inner side of your teeth and to insert toothbrush. Still, do not open it to large because you should maintain this posture for some minutes.</b>		0 1 3
38.	Repeat the manoeuvres of brushing using same technique, but now for the inner surface of upper maxilla		0 1 3
39.	Repeat the movements until, for the area that was processed, the teeth gain a clean aspect. Finalize the whole internal surface of the upper maxilla.		0 1 9
40.	Place the curved basin under patient chin. <b>Please rinse your mouth again. Discard it now in the basin. .... Thank you.</b> Remove the basin from patient side and place it at hand reach. Inspect the area of denture and gum that just was brushed. Continue brushing that area if the result do not meet expectancies.		0 1 3

41.	Now, please spread your lips apart again, your mouth being only slightly open. We will brush now the tip of your teeth. Do not open it to large because you should maintain this posture for some minutes.			0 1 3
42.	Position the bristles of toothbrush at the tip of the teeth ( <i>the biting side of the tooth</i> ), the upper ones from the front of the mouth, perpendicular with dental arcade in order to move toothbrush inside and outside the mouth to brush them apex.			0 1 3
43.	Move than to the next, right or left side, association of teeth to be cleaned next and repeat the manoeuvres of brushing using same technique. Finalize the whole biting surface of the upper maxilla.			0 1 9
44.	Place the curved basin under patient chin. <b>Please rinse your mouth again. Discard it now in the basin. .... Thank you.</b> Remove the basin from patient side and place it at hand reach. Inspect the area of denture and gum that just was brushed. Continue brushing that area if the result do not meet expectancies.			0 1 3
45.	<b>Please slightly open your mouth spreading lips apart in order to allow me to have a good look at your teeth and to insert toothbrush. Do not open it to large because you should maintain this posture for some minutes.</b>			0 1 3
46.	Position the bristles of the toothbrush in close contact with two or three teeth, the inferior ones from the front of the mouth (incisors) at the level of insertion of the tooth in the gum (gingival sulcus) at a 45 degree angle with the teeth surface.			0 1 3
47.	Press gently the bristles into the gingival sulcus and rotate the head of the toothbrush in order to brush the surface of the teeth ( <i>by doing so the bristles angle with teeth will change from a 45 facing downwards to a perpendicular position and finally to a 45 but facing upwards</i> ) in a firm movement from the base of the tooth to its tip ( <i>from its gingival insertion to the crowns</i> ) in the intention to remove whatever are deposits left inside the gingival sulcus and also the deposits from the surface of the teeth.			0 1 3
48.	Reposition the bristles of toothbrush at gingival sulcus, 45 degree angle and repeat the movement until, for the area that was processed, the teeth and them gingival area gain a clean aspect.			0 1 3
49.	Move than to the next, right or left side, association of two –three teeth to be cleaned next and repeat the manoeuvres of brushing using same technique. Finalize the whole external surface of the mandible.			0 1 9
50.	Place the curved basin under patient chin. <b>Please rinse your mouth again. Discard it now in the basin. .... Thank you.</b> Remove the basin from patient side and place it at hand reach. Inspect the area of denture and gum that just was brushed. Continue brushing that area if the result do not meet expectancies.			0 1 3
51.	Repeat the manoeuvres of brushing using same technique, but now for the inner surface of mandible. <b>Please relax your lips now and open your mouth a little bit more in order to allow me to have a better look at the inner side of your teeth and to insert toothbrush. Still, do not open it to large because you should maintain this posture for some minutes.</b>			0 1 3

52.	Repeat the movements until, for the area that was processed, the teeth gain a clean aspect. Finalize the whole internal surface of the mandible.			0 1 9
53.	Place the curved basin under patient chin. <b>Please rinse your mouth again. Discard it now in the basin. .... Thank you.</b> Remove the basin from patient side and place it at hand reach. Inspect the area of denture and gum that just was brushed. Continue brushing that area if the result do not meet expectancies.			0 1 3
54.	<b>Now, please spread your lips apart again, your mouth being only slightly open. We will brush now the tip of your teeth. Do not open it to large because you should maintain this posture for some minutes</b>			0 1 3
55.	Move than to the next, right or left side, association of teeth to be cleaned next and repeat the manoeuvres of brushing using same technique. Finalize the whole biting surface of the mandible.			0 1 9
56.	Place the curved basin under patient chin. <b>Please rinse your mouth again. Discard it now in the basin. .... Thank you.</b> Remove the basin from patient side and place it at hand reach. Inspect the area of denture and gum that just was brushed. Continue brushing that area if the result do not meet expectancies.			0 1 3
57.	<b>Now, please largely open your mouth. We will clean now your tongue. Still, do not open it to large because you should maintain this posture for some seconds. Thank you.</b>			0 1 3
58.	Place the head of toothbrush with the opposite side to that of bristles, specially designed for this purpose over the tongue. <i>(If such an area does not exist bristles can be used too).</i> Gently brush the upper surface of the tongue, being cautious not to induce nausea with vomit. <i>(In the lack of efficiency to clean tongue a lot of bacteria will persist in oral cavity maintaining a high risk for oral and respiratory infectious complications to appear and affecting breath odour).</i>			0 1 9
59.	Place the curved basin under patient chin. <b>Please rinse your mouth again. Discard it now in the basin. .... Thank you.</b> Remove the basin from patient side and place it at hand reach. Inspect the area of tongue that just was brushed. Continue brushing that area if the result do not meet expectancies. <i>(Deposits on tongue surface can be determined by poor oral hygiene but also by decreased hydration, fungal infections, medications ....).</i>			0 1 3
60.	Using a towel, wipe patient lips. <b>Let's wipe your mouth a bit</b>			0 1 3
61.	<b>In order to remove the debris that might have accumulated in the tiny space between your teeth it is possible to use floss. It is not part of a basic mouth hygiene</b> <i>(by not having the necessary amount of proves for it)</i> <b>but is logically the only way to clean that side of tooth and the related gingival area.</b>			0 1 3
62.	Unwrap 45 cm of waxed floss <i>(better than the unwaxed one that is more prone to fray and attach residue from between teeth)</i> and turn the edges around the third finger of each hand two or three laps to be able to hold the floss well, leaving about 15 cm free floss between them.			0 1 3
63.	Reduce this 15 cm free length of floss to around 2.5 cm and tense the floss by placing the thumb of one hand pointing upward and the index			0 1 3

	from the other one, also pointing upward for a good instrumentation on upper maxilla teeth.			
64.	Insert the 2.5 cm of floss in the space between the upper incisors having the side hold by index placed inside the mouth and that sustain by the thumb outside it.			0 1 3
65.	Advance, in an upward motion with the help of index and thumb, until floss reach the gum, gentle, careful not to harm it. Position the floss from between teeth in the gingival sulcus and bend it around the lateral side of one or the other tooth from the space that is instrumented, in a C shape manner.			0 1 3
66.	From this position move the floss downward in an intent to dislodge the potential residues from gingival sulcus and the lateral side of the instrumented tooth outside from the interdental space.			0 1 3
67.	Repeat this operation, of up and down motion of floss, several times, until the desired hygiene is obtained. Then bend floss towards the other tooth of the interdental space, also in a C shape manner to clean the remaining side of that space, too.			0 1 3
68.	Move than to the next, right or left side, association of teeth to be cleaned next and repeat the manoeuvres of brushing using same technique. Finalize the whole interdental spaces of the upper maxilla.			0 1 9
69.	<b>Please rinse your mouth now with a bit from this liquid.</b> Offer to the patient a cup with the chosen rinsing liquid or, in case he is too weak to drink from the cup or is lying in a lateral decubitus, offer it with the help of a straw. <b>If you can discard the liquid from your mouth in this basin, please do so.</b> Place a curved basin under patient chin. <b>Spit all out, please.</b> For comatose patients that must be positioned in a lateral decubitus, rinsing liquids are administered with the help of a syringe and removed with the use of a suction device. <i>(In order to prevent Broncho alveolar aspiration due to loss in swallowing reflex that characterise comatose condition).</i> Remove the basin from patient side and place it at hand reach.			0 1 3
70.	Unwrap another 45 cm of waxed floss and turn the edges around the third finger of each hand two or three laps to be able to hold the floss well, leaving about 15 cm free floss between them.			0 1 3
71.	Reduce this 15 cm free length of floss to around 2.5 cm and tense the floss by placing the thumb of one hand pointing downward and the thumb from the other one, also pointing downward for a good instrumentation on mandibular teeth.			0 1 3
72.	Insert the 2.5 cm of floss in the space between the lower incisors having one side placed inside the mouth and the other outside it.			0 1 3
73.	Advance, in a downward motion by pressing with both thumbs, until floss reach the gum, gentle, careful not to harm it. <i>Position the floss from between teeth in the gingival sulcus and bend it around the lateral side of one or the other tooth from the space that is instrumented, in a C shape manner.</i>			0 1 3
74.	From this position move the floss downward in an intent to dislodge the potential residues from gingival sulcus and the lateral side of the instrumented tooth outside from the interdental space.			0 1 3
75.	Repeat this operation, of up and down motion of floss, several times, until the desired hygiene is obtained. Then bend floss towards the other			0 1 3



	tooth of the interdental space, also in a C shape manner to clean the remaining side of that space, too.			
76.	Move than to the next, right or left side, association of teeth to be cleaned next and repeat the manoeuvres of brushing using same technique. Finalize the whole interdental spaces of the mandible.			0 1 9
77.	<b>Please rinse your mouth now with a bit from this liquid.</b> Offer to the patient a cup with the chosen rinsing liquid or, in case he is too weak to drink from the cup or is lying in a lateral decubitus, offer it with the help of a straw. <b>If you can discard the liquid from your mouth in this basin, please do so.</b> Place a curved basin under patient chin. <b>Spit all out, please.</b> For comatose patients that must be positioned in a lateral decubitus, rinsing liquids are administered with the help of a syringe and removed with the use of a suction device. Remove the basin from patient side and place it at hand reach.			0 1 3
78.	Apply hydrosoluble moisturiser over patient lips ( <i>mineral oil type of moisturiser expose patients, in case of them aspiration inside lungs, to lipid pneumonia, so them use is contraindicated</i> )			0 1 3
79.	Apply saliva substitutes in case of dry mouth due to deficient salivary secretion			0 1 3
80.	Dispose of used gloves in the non-sharp infectious waste container. Medical hand wash.			0 1 3
81.	<b>It is important for your health to brush teeth at least four times per day, after meals and at bedtime and floss them at least once daily. If brushing or flossing is not available, at least rinse your mouth vigorously with water.</b>			0 1 3
82.	Use a rubbing alcohol swab to decontaminate all furniture surfaces that were involved in the procedure. Remove previously used gloves and throw them in the non-sharp infectious waste container. Wash hands.			0 1 3
83.	Fill out the patient's medical record with all the details related to the realisation of the procedure, accidents, complications - as the case may be, date and time.	ESSENTIAL		
84.	All steps must be taken for the patient's safety ( <i>adjust the bed at an inferior height level and lift the lateral limiters</i> ). Make sure the patient can easily reach personal objects ( <i>e.g. mobile phone, book, crossword puzzle etc.</i> ), the glass of water and the remote control for calling medical help. Give details about the medical schedule to follow and the time for next re-examination).			0 1 3
<b>Total score: 300</b>		<input type="radio"/>	unfulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	partially fulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	completely fulfilled criterion	%

#### Selective references

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Centers for Disease Control and Prevention. Overview of CDC Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections. Available at URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Guide/overview.htm>  
<http://www.smokingpackyears.com/>

UK Chief Medical Officers Low risk drinking guidelines, August 2016

[www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545937/UK\\_CMOs\\_report.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf)

<http://www.cbsnews.com/news/a-big-problem-with-flossing/>, 2 August 2016

<https://www.youtube.com/watch?v=VVj-3R2Y9Ok>

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	What is the most appropriate therapy for the treatment of Xerostomia in patients hospitalized in a palliative settings/facility? Treatment indications?
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Oncology patients that have undergone radiation therapy Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	Xerostomia treatments: Topic agents: gels (Biotene), aerosols (Glandosome spray), lozenges (Saliva Orthana lozenges), oral rinses and chewing gums Systemic agents pilocarpine hydrochloride, cevimaline, Transcutaneous electrical nerve stimulation Acupuncture
<b>Comparator</b>	Conservative care of any kind
<b>Outcome</b>	Efficacy (Mucosal status, saliva secretion, by questionnaire or the visual analogue scale) measured in response rate and clinical benefit. Side effects to therapy Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Meta-analysis
<b>Extra</b>	none

### Studies:

The literature search resulted in 5 reviews and several randomized controlled trials that assessed the use of

### Indications:

- Oncology patients diagnosed with xerostomia after radiation therapy and patients with xerostomia due to various diseases or medications.
- Pilocarpine is contraindicated in patients with respiratory disorders such as asthma or COPD, glaucoma, or liver disease.
- Cevimeline may have a lower adverse side effect profile and has demonstrated a similar effectiveness in increasing unstimulated salivary flow.

### Discussion:

One review (1) on the use of pilocarpine hydrochloride suggests that pilocarpine hydrochloride is more effective than placebo and at least as effective as artificial saliva, providing response rate of 42% to 51%. However, the dose-dependent side-effects resulted in 15-29% of patient withdraw (1).

There is limited evidence to support the use of pilocarpine hydrochloride or other parasympathomimetic drugs in the treatment of radiation-induced xerostomia. Available studies suggest that approximately half of patients will respond, but side effects can be problematic (1).

Evidence was found for the use of acupuncture for various treatment-related or cancer-related symptoms including xerostomia, without any difference between the two groups. Currently, there is no quality literature data to recommend acupuncture in clinical practice in patients with xerostomia (8).



Oxygenated glycerol trimer (OGT) saliva substitute spray shows evidence of effectiveness compared to an electrolyte spray (standardized mean difference (SMD) 0.77, 95% confidence interval (CI) 0.38 to 1.15) (5).

Both integrated mouth care systems (toothpaste + gel + mouthwash) and oral reservoir devices show promising results but there is insufficient evidence at present to recommend their use (5).

Although chewing gum is associated with increased saliva production in the majority of those with residual capacity, there is no evidence that gum is more or less effective than saliva substitutes (5).

### Conclusions:

Apart from the conservative approach, alternative oral or topic agents can be used in patients with xerostomia, especially after radiation therapy. According to the literature, there is a clinical benefit and an improved response rate of pilocarpine compared to placebo or any other intervention, but it remains unclear the duration of the treatment and the patients' selection criteria.

Currently, there is no evidence to recommend acupuncture as management technique for xerostomia.

Other treatments (chewing gum, the use of gel and mouth was or OGT) are not generally recommended as there is no available scientific evidence.

### References:

1. Davies AN, Shorthose K, Thompson J. Parasympathomimetic drugs for the treatment of salivary gland dysfunction due to radiotherapy. CochraneDatabase of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art.No.:CD003782. DOI: 10.1002/14651858.CD003782.pub2
2. Spivakovsky S, Spivakovsky Y. Parasympathomimetic drugs for dry mouth due to radiotherapy. Evid Based Dent. 2016 Sep;17(3):79. doi: 10.1038/sj.ebd.6401185. PubMed PMID: 27767109.
3. Johnson JT, Ferretti GA, Nethery WJ, Valdez IH, Fox PC, Ng D, Muscoplat CC, Gallagher SC. Oral pilocarpine for post-irradiation xerostomia in patients with head and neck cancer. The New England journal of medicine. 1993;329(6):390-5. doi: 10.1056/NEJM199308053290603. PubMed PMID: 8326972.
4. Hawthorne M, Sullivan K. Pilocarpine for radiation-induced xerostomia in head and neck cancer. Int J Palliat Nurs. 2000 May;6(5):228-32. Review. PubMed PMID: 12419994.
5. Furness S, Bryan G, McMillan R, Worthington HV. Interventions for the management of dry mouth: non-pharmacological interventions. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 30;(8):CD009603. doi: 10.1002/14651858.CD009603.pub2. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2013;(9):CD009603. PubMed PMID: 23996155.
6. Lakshman AR, Subhas Babu G and Rao S. Evaluation of effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on salivary flow rate in radiation induced xerostomia patients: A pilot study. Journal of cancer research and therapeutics, 2015, 11(1), 229
7. Johnstone PA, Peng YP, May BC, Inouye WS and Niemtzw RC. Acupuncture for pilocarpine-resistant xerostomia following radiotherapy for head and neck malignancies. International journal of radiation oncology, biology, physics, 2001, 50(2), 353
8. Towler P, Molassiotis A, Brearley SG. What is the evidence for the use of acupuncture as an intervention for symptom management in cancer supportive and palliative care: an integrative overview of reviews. Support Care Cancer. 2013 Oct;21(10):2913-23. doi: 10.1007/s00520-013-1882-8. Review.
9. Wong RK, James JL, Sagar S, Wyatt G, Nguyen-Tân PF, Singh AK, Lukaszczuk B, Cardinale F, Yeh AM, Berk L. Phase 2 results from Radiation Therapy Oncology Group Study 0537: a phase 2/3 study comparing acupuncture-like transcutaneous electrical nerve stimulation versus pilocarpine in treating early radiation-induced xerostomia. Cancer. 2012 Sep 1;118(17):4244-52. doi: 10.1002/cncr.27382. Epub 2012 Jan 17.)
10. Chibly AM, Nguyen T, Limesand KH. Palliative Care for Salivary Gland Dysfunction Highlights the Need for Regenerative Therapies: A Review on Radiation and Salivary Gland Stem Cells. J Palliat Care Med. 2014 Aug 6;4(4). pii: 1000180.

11. Fogh S, Yom SS. Symptom management during the radiation oncology treatment course: a practical guide for the oncology clinician. Semin Oncol. 2014 Dec;41(6):764-75. doi: 10.1053/j.seminoncol.2014.09.020. Review.
12. Stein P, Aalboe J. Dental Care in the Frail Older Adult: Special Considerations and Recommendations. J Calif Dent Assoc. 2015 Jul;43(7):363-8

<b>Q2</b>	<b>Thrush (oropharyngeal candidiasis) is a superficial yeast infection that may involve the tongue, inner cheek (buccal mucosa), inner lip region, and occasionally the gums (gingiva): it is very frequent in palliative care patients; can oral hygiene reduce the rate of oral complications from oral candidiasis?</b>
Patients	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
Intervention	Oral care
Comparator	No oral care
Outcome	Efficacy outcomes as response rates, clinical benefit rates Quality of life.
Methodology	Systematic reviews Randomized controlled trials Guidelines
Extra	none

#### Studies:

Two systematic reviews, MASCC clinical practice guidelines and several randomized trials were included.

#### Indications:

- Cancer patients receiving specialist palliative care. Oral candidosis was associated with a poor performance status, the presence of xerostomia, and the presence of dentures; oral candidosis was not associated with the use of oral/parenteral antibiotics, or the use of oral/parenteral corticosteroids
- Palliative care patients require special dental attention, ranging from operative and preventive care to support for emotional needs.
- terminally ill cancer patients admitted over the past 2 years
- Oral candidiasis is one of the most common clinical features of those patients infected with the human immunodeficiency virus [HIV], this manifestation was seen in up to 90% of individuals infected with HIV
- Patients with mucositis secondary to cancer therapy.

#### Discussions:

Oral problems, such as dry mouth and candidiasis are highly prevalent and occur in the terminal stage of cancer, for which oral care is useful to improve the oral cavity condition.

Accurate diagnosis of oral problems and corresponding appropriate administration of interventions may be important for improving QOL care for these patients (1). As some hygiene products can be more difficult to tolerate by some patients, their choice is important [2].

Prevention is important in oral candidiasis and the use of anti- Candida rinses such as Chlorhexidine or Hexetidine can be taken into account, especially to prevent treatment-induced mucositis [4, 6].

Moreover, limited literature data show that a decreased oral intake may reduce the incidences of dry mouth, stomatitis, and oral candidiasis (good oral intake group vs poor oral intake group) were 38.3% (44 cases) versus 81.0% (128 cases;  $P < .0001$ ), 10.4% (12cases) versus 16.5% (26 cases;  $P = .15$ ), and 6.6% (7 cases) versus 22.8% (36 cases;  $P = .0002$ ), respectively in terminally ill patients [3].

The use of oral care can lower the incidence of candidiasis [4] and a combination of tooth-brushing, flossing and mouth rinses is recommended by the MASCC international guidelines [5].

#### Conclusions:

We endorse the recommendations of the MASCC guidelines of using oral care for prevention of oral mucositis and candidiasis.

#### References:

1. Andrew N. Davies, Susan R. Brailsford, David Beighton, Oral candidosis in patients with advanced cancer, August 2006, Volume 42, Issue 7, Pages 698–702 Oral Oncology
2. Dr. Wiseman, The Treatment of Oral Problems in the Palliative Patient Michael Wiseman, BSc, DDS, M SMD RCS (Edin), FASGD J Can Dent Assoc 2006; 72(5):453–8
3. Nobuhisa Nakajima, Characteristics of Oral Problems and Effects of Oral Care in Terminally Ill Patients With Cancer, American Journal of Hospice & Palliative Medicine® 2016 :1-5
4. Carla Garcia-Cuesta **1**, Maria-Gracia Sarrion-Pérez **2**, Jose V. Bagán **3** Current treatment of oral candidiasis: A literature review J Clin Exp Dent. 2014;6(5):e576-82.
5. Rajesh V. Lalla, Joanne Bowen, Andrei Barasch, Linda Elting, Joel Epstein, Dorothy M. Keefe, Deborah B. McGuire, Cesar Migliorati, Ourania Nicolatou-Galitis, Douglas E. Peterson, Judith E. Raber-Durlacher, Stephen T. Sonis, Sharon Elad, The Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC=ISOO). MASCC=ISOO Clinical Practice Guidelines for the Management of Mucositis Secondary to Cancer Therapy Review Article Cancer May 15, 2014
6. Deborah B. McGuire & Janet S. Fulton & Jumin Park & Carlton G. Brown & M. Elvira P. Correa & June Eilers & Sharon Elad & Faith Gibson & Loree K. Oberle-Edwards & Joanne Bowen & Rajesh V. Lalla & On behalf of the Mucositis Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients Support Care Cancer (2013) 21:3165–3177.

<b>Q3</b>	<b>Mouth pain, in different oral cavity diseases, could become an obstacle both for clinical assessment and for patient's wellbeing, especially for palliative care patients; what are the most functional strategies, adoptable by both healthcare professionals and patients, which could front this frequent problem?</b>
Patients	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
Intervention	Topical treatments
Comparator	No treatment
Outcome	Efficacy measured as response rate, relative risk or clinical benefit Side effects to therapy

	Quality of life.
Methodology	Systematic reviews Randomized controlled trials Meta-analysis
Extra	none

#### Studies:

Three systematic reviews, international clinical guidelines and one randomized trial were included.

#### Indications:

- children treated with chemoradiotherapy for cancer
- patients with radiation-induced salivary gland dysfunction
- patients with mucositis secondary to cancer therapy

#### Discussions:

Oral mucositis has an increased prevalence, especially in cancer patients that undergo various cancer treatments. We have identified, through a comprehensive literature various pharmacological and non-pharmacological approaches that have been used to prevent and treat oral mucositis.

Current international guidelines recommend various intervention in preventing and treating mucositis [3], such as proper oral care, growth factors, anti-inflammatory agents, antimicrobials and analgesics, cryotherapy or laser therapy [1,3].

Other forms of therapy have also been investigated in a systematic review [4], suggesting a relative risk [RR]=0.66 (p=.002) for allopurinol vs. placebo , a RR=0.74 (p=.02) for aloe vera vs. placebo, a RR= 0.36-0.74 for cryotherapy in various grades of mucositis and a RR=0.2 for polymixin, tobramycin, and amphotericin (PTA), suggesting that for some patients, these types of interventions can be beneficial.

#### Conclusions:

Although the current literature research is more applicable to cancer patients, it is our opinion that the current guideline recommendations can be applied to both oncology and non-oncology

#### References:

1. El Bousaadani A, Eljahd L, Abada R, Rouadi S, Roubal M, Mahtar M, Prevention and treatment of mucositis in children with oral cancers: Practical recommendations. *Cancer Radiother.* 2016 May;20(3):226-30. doi: 10.1016/j.canrad.2015.11.006. Epub 2016 Mar 28.
2. Davies AN1, Shorthose K. Parasympathomimetic drugs for the treatment of salivary gland dysfunction due to radiotherapy (Review) *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD003782
3. Lalla RV, Bowen J, Barasch A, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer.* 2014;120(10):1453-1461. doi:10.1002/cncr.28592.
4. Andrew N Davies1 , Jo Thompson1, Parasympathomimetic drugs for the treatment of salivary gland dysfunction due to radiotherapy, 2015 The Cochrane Collaboration



## **BED BATH - WASHING A BEDRIDDEN PATIENT BY USING WATER AND COMMON SOAP**

**Medical procedure**

**Scientific evidence**







**BED BATH - WASHING A BEDRIDDEN PATIENT BY USING WATER  
AND COMMON SOAP**






## MEDICAL PROCEDURE

Skin care is essential to the wellbeing of (bedridden) palliative patients and constitutes one of the cornerstones of daily nursing practice. Traditional washing with water and soap is still standard of care. However, the disposable bath, which is prepacked in single-use units and heated before use, is gaining interest.

		Concept				P
<b>PREPARATION</b>						
1	Examine the patient's medical records: • Validate the timetable prescribed for hygienic care • Check for any contra indications to bed bath and the use of soap or any other common hygienic products (e.g. allergy to soap) • Check for the presence of any catheters or other devices that may complicate a bed bath, or that may require supplementary staff to ensure patients' safety					0 4 9
2	Wash the hands or put on clean medical gloves ( <i>only in the case of tegumentary lesions of the nurses' hands or of a high infectious potential of the patient</i> ), as part of standard precautions.	standard precautions				0 1 3
3	Collect all the necessary equipment ( <i>2 towels, 2 washcloths, alcoholic hand disinfection, a cup, incontinence pads if needed, comb or hairbrush, flannel, sick bowl, 2 pair clean medical gloves, shaving supplies, toothbrush, toothpaste, washtub, soap, clean linen</i> ) and take it with you to the room of the patient.	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 5 9
4	Close the door and Ensure a private space for bathing the patient if relevant ( <i>curtains, screen, occupied-signal, etc.</i> )	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
5	Rapid evaluation of the presence of vital signs ( <i>the presence of consciousness, movements, speech, breathing</i> ) <b>Hello. My name is .... I am the nurse who will give you a bed bath.</b>	Vital functions preserved <input type="checkbox"/> cardiorespiratory arrest <input type="checkbox"/> ( <i>initiating medical measures - basic life support, -initiating the discussion</i> )				0 2 5
6	<b>Could you, please, tell me what your name is.....? And your date of birth ....Thank you.</b>	Conformity with the observations sheet for: Name; Date of birth	ESSENTIAL			
7	Put the bed in working position (appropriate height) and possibly lower the bed laterals. <b>Can you lie in supine position without problems?</b>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
8	<b>I am now going to wash you</b>	We explain to the patient WHAT WE WILL DO. He/she can CONTRIBUTE	ESSENTIAL			

PERFORMANCE							
9	Put water in the washtub, after asking the patient about the desired temperature	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
10	If available, put a chair next to the foot end of the bed	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
11	Arrange the flannel on the patient, remove the top layer of the bed linen and place it at the foot end of the bed or on the chair. Remove pillows and leave one pillow in place	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Remove clothing of the patient	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
13	Place a towel on the pillow under the patients' head.	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
14	Wash and dry the eyes of the patient, from ear-side to nose-side. Do not use soap.			ESSENTIAL			
15	Wash using water and soap, rinse and dry the patients' face, behind the ears, and the neck.			ESSENTIAL			
16	Fold the flannel down and place the towel on the chest; wash, rinse and dry the chest and armpits and fold the flannel up again.			ESSENTIAL			
17	Place the towel under the furthest arm, wash, rinse and dry from the upper arm to the hand, and between fingers.			ESSENTIAL			
18	Place the towel under the closest arm, wash, rinse and dry the upper arm to the hand, and between fingers			ESSENTIAL			
19	Cover the upper body with a flannel and fold the lower part of the flannel up to the knees						0 4 9
20	Place the towel for the intimate wash under the furthest leg, wash, rinse and dry from the knee till the foot, and between toes.			ESSENTIAL			
21	Place the towel under the closest leg, wash, rinse and dry from the knee till the foot, and between toes.			ESSENTIAL			
22	Fill the bath tub with fresh water; mind the desired temperature of the water.						0 1 3
23	Fold the flannel up and place the towel on the lower abdomen and pubic area						0 4 9
24	Disinfect hands ( <i>according to picture below; during 30 seconds</i> )						0 1 3
							
Source: <a href="http://www.2care.be">www.2care.be</a>							

25	Put on gloves					0 1 3
26	Put soap on each side of the wash flannel					0 5 9
27	Wash, rinse and dry: <ul style="list-style-type: none"> <li>Female patient: <ul style="list-style-type: none"> <li>First lower abdomen (navel), first the furthest thigh till the knee, the other thigh and the groin</li> <li>Turn the wash flannel and wash the pubic area, spread the labia and wash from the top down with soap</li> </ul> </li> <li>Male patient: <ul style="list-style-type: none"> <li>First lower abdomen (navel), first the furthest thigh till the knee, the other thigh and the groin</li> <li>Turn the wash flannel and wash the scrotum and the penis</li> <li>The fore skin is pushed back, then wash and dry, then push the fore skin back</li> </ul> </li> </ul>					0 4 9
28	Take off gloves					0 1 3
29	Disinfect hands ( <i>See step 24</i> )					0 1 3
30	Replace bed safety					0 1 3
31	Take clean water again					0 4 9
32	Turn patient on his/her side					0 2 5
33	Fold the sheet till the back of the patient					0 1 3
34	Place the upper body towel by the back- the lower body towel by the backside.					0 1 3
35	Wash with the upper body wash flannel the back down till the lower back, rinse and dry				ESSENTIAL	
36	Disinfect hands ( <i>See step 24</i> )					0 1 3
37	Put on gloves					0 1 3
38	Put soap on the lower body wash flannel on one side and sideways on one side					0 4 9
39	Wash the lower back, back of the thighs till the back of the knee, open the fold of the buttocks with the other hand and wash with the flannel sideways from the back passage upwards, rinse and dry in the same order				ESSENTIAL	
40	Take off gloves					0 1 3

41	Disinfect hands (See step 24)					0 1 3
42	The patient can turn back or help the patient to turn back					0 1 3
43	Dress the patient and place him /her in a sitting (or semi recumbent) position					0 1 3
44	Place the upper body towel behind the head of the patient and comb hair. Then remove towel again.					0 1 3
45	Place sick bowl, glass/cup with clean water, toothbrush, toothpaste, shaving equipment and a paper tissue on the table and bring it closer to the patient. If required, assist the patient with brushing teeth					0 1 3
46	Remove the equipment again and clean and disinfect the table again.					0 1 3
AFTER CARE						
47	Install patient in a comfortable position					0 1 3
48	Lower the bed again					0 3 6
49	Make sure the bell (or other contact system) is easy to approach					0 1 3
50	Tidy the room, open curtains, remove covers					0 1 3
51	Turn of occupancy sign					0 1 3
52	Tidy up in the nursing station					0 1 3
53	Sign for conducting the bed bath in the patients record					0 1 3
54	Report in the patients record					0 3 6
55	Report verbally					0 1 3
Total score: 200			unfulfilled criterion		%	
			partially fulfilled criterion		%	
			completely fulfilled criterion		%	

#### Washing without water is possible:

Schoonhoven L, van Gaal B, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. Cost-consequence analysis of “washing without water” for nursing home residents: A cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*. January 2015 52(1):112-120. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001

Nøddehou LH, Hemmingsen LE, Hørdam, B. Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. June 2015, Vol. 29 Issue 2, p347-352. 6p. DOI: 10.1111/scs.12170.

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	<b>How to tailor a bed bath to the individual needs of hospice and palliative care patients?</b>
<b>Patients</b>	Palliative care patients, frail end-of life patients
<b>Intervention</b>	Provide a bed bath
<b>Comparator</b>	Not provide bed bath Provide other type of hygiene procedures
<b>Outcome</b>	Tailored personal hygiene Quality of life
<b>Methodology</b>	Randomized controlled trials Systematic reviews Meta-analysis Guidelines of practice

The provision of the patient bed bath is a fundamental nursing care activity yet few quantitative data and no qualitative data are available on registered nurses' clinical practice in this domain in the intensive care unit or palliative care setting.

For health professionals to make an informed choice and tailor each bed bath to the individual needs of the patient, they must firstly understand the different bed bath options available (Conservative bed bath using a wash bowl, towels, wet wipes etc), their impact on skin integrity and any associated risks they may pose to the patient in terms of cross-infection [2]. Only with this knowledge health professionals can determine the appropriate form and frequency of the bed bath [1,2].

Overall, proper training is an essential requirement that needs to be fulfilled by volunteers, particularly when involved in direct patient support [3]. Palliative day care has expanded rapidly in the recent years, but the types of care available vary. The most common activities are: review of patients' symptoms or needs, monitoring symptoms, bathing, wound care, physiotherapy, hairdressing and aromatherapy [4].

### Studies:

Only one systematic review, no randomized trials or international guidelines were found. Also some descriptive studies were identified

### Indications:

After performing literature search, we have identified scientific-based recommendations regarding tailoring bed bath to hospitalized patients. Limited scientific-based conclusions can be drawn.

### Recommendations:

Although only a few studies related to washing without water in comparison to the traditional bed bath were found, they offer valuable evidence to health care institutions by indicating that washing without water can be seen as a worthy alternative to the traditional bed bath. The evidence is particularly relevant to long-term care institutions. Washing without water performs better on some outcomes (dryness of skin, time spent and overall quality) and might offer more advantages and value to the patient, the nursing staff and possibly also to other stakeholders such as family members and the management of health care institutions. No differences in hygiene and bacterial count were observed.(5)



- A bed bath needs to be tailored (appropriate form and frequency) to the individual needs of the patient [1,2]
- Nurses and volunteers need to understand the different bed bath options available [3]
- Proper training is an essential requirement that needs to be fulfilled especially by volunteers involved in direct patient support. [3]
- Bathing should be an activity available at all times in palliative day care. [4]

#### References:

3. Coyer FM, O'Sullivan J, Cadman N. The provision of patient personal hygiene in the intensive care unit: a descriptive exploratory study of bed-bathing practice. *Aust Crit Care*, 2011 Aug; Vol. 24 (3):198-209, ISSN: 1036-7314.
4. Massa J. Improving efficiency, reducing infection, and enhancing experience. *British Journal of Nursing*, 2010; 19(22):1408-1414.
5. Pawłowski L, Lichodziejewska-Niemierko M, Pawłowska I, Leppert W, Mróz P. Nationwide survey on volunteers' training in hospice and palliative care in Poland. *BMJ Support Palliat Care*, 2016 Jul 29; ISSN: 2045-4368.
6. Higginson IJ, Hearn J, Myers K, Naysmith A. Palliative day care: what do services do? *Palliative Day Care Project Group. Palliat Med*, 2000 Jul; Vol. 14 (4):277-286. ISSN: 0269-2163.
7. Groven, F. M. V., Zwakhalen, S. M. G., Odekerken-Schröder, G., Joosten, E. J. T., & Hamers, J. P. H. (2017). How does washing without water perform compared to the traditional bed bath: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 17, 31. <http://doi.org/10.1186/s12877-017-0425-4>

<b>Q2</b>	<b>Do we (always) need water in the provision of a bed bath for hospice and palliative care patients?</b>
<b>Patients</b>	Hospice and palliative care patients, frail patients, elderly, end-of-life patients
<b>Intervention</b>	Single-use products for bed-bathing
<b>Comparator</b>	Conservative bed bath using a wash bowl, towels, wet wipes etc
<b>Outcome</b>	Quality of life Time consumption Nurse and patient satisfaction with the method Costs
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies

Assisting patients with personal hygiene is often taking the form of a traditional bed bath using a wash bowl, towels, wet wipes etc. However, single-use products for bed-bathing are available and consist of a pack of skin-cleansing towels that are warmed in the microwave, and disposed of after use. A literature search has been performed to establish which is the best option. This showed relatively few studies

#### Studies:

One randomised controlled trial [1], two cluster randomised trials [2,3] and one systematic review [4] were found and taken into consideration.

#### Indications:

- Patient request
- In case of staff time constraints and in agreement with the individual patient

#### Conclusions:

- There is limited moderate to high quality evidence that washing without water is not inferior to the traditional bed bath [4].
- Assisting patients with personal hygiene is a fundamental nursing role, often taking the form of a traditional bed bath using a wash bowl, towels, wet wipes etc. However, single-use products for bed-bathing are available and consist of a pack of skin-cleansing towels that are warmed in the microwave, and disposed of after use. A literature search has been performed to establish which is the best option. This showed relatively few studies, but did identify one level IIb comparative study supporting use of single-use wipes for **bedbathing** unconscious intensive care patients in order to meet their hygiene needs, instead of traditional remedies. The study's conclusion is based on time consumption, nurse satisfaction with the method, bacterial cultivation and cost. A significant limitation of the study is the lack of a patient perspective [1].
- In the case of disposable baths, the costs are lower [2] as significantly less time is used. The nurses were very clear in their preference for disposable baths, and this was also the case for the majority of patients. There was consistency between the nurses and the patients in terms of their preference of bath type. When patients need assistance with personal hygiene, the nurse should inform the patient about the two methods and involve the patient in the decision [1]. Washing without water mildly protects from skin abnormalities/lesions, costs for preparing and performing bed baths do not differ from costs for traditional bed bathing. Thus, washing without water can be considered the more efficient alternative [2]
- Introduction of washing without water is likely to lead to more bathing completeness in nursing homes. However, inequity in care was also identified with a view to highly variable bathing completeness over wards and more incomplete bathing by care staff in residents with dementia [3].

#### References:

1. Nøddeskou LH, Hemmingsen LE, Hørdam B. Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units: a randomised controlled trial. *Scand J Caring Sci*, 2015 Jun; Vol. 29 (2): 347-52. ISSN: 1471-6712.
2. Schoonhoven L, van Gaal BG, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. Cost-consequence analysis of "washing without water" for nursing home residents: a cluster randomized trial. *Int J Nurs Stud*, 2015 Jan; Vol. 52 (1): 112-20. ISSN: 1873-491X,
3. van Achterberg T, van Gaal BG, Geense WW, Verbeke G, van der Vleuten C, Schoonhoven L. Completeness of assisted bathing in nursing homes related to dementia and bathing method: results from a secondary analysis of cluster-randomised trial data. *Int J Older People Nurs*, 2016 Jun; Vol. 11 (2):121-129. ISSN: 1748-3743.
4. Groven FM, Zwakhalen SM, Odekerken-Schröder G, Joosten EJ, Hamers JP. How does washing without water perform compared to the traditional bed bath: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2017 Jan 25;17(1):31. doi: 10.1186/s12877-017-0425-4.

<b>Q3</b>	<b>Is the use of oil effective to reduce signs of dry skin?</b>
<b>Patients</b>	Hospice and palliative care patients with signs of dry skin
<b>Intervention</b>	The use of oil
<b>Comparator</b>	Any soap
<b>Outcome</b>	Incidence of adverse skin conditions Reducing dry skin Patient satisfaction
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies

#### Studies:

One single centre randomized observer blind pragmatic parallel group trial [1]

One review [2] and one systematic review [4]

One multi-centre cross-sectional prevalence study [3]

#### Indications:

- patients who are in need of washing/bathing assistance
- patients suffering pruritus or oncological diseases
- patients who have musculoskeletal diseases

#### Recommendations:

- Skin care interventions to tackle dry skin are recommended particularly for hospital patients and nursing home residents who are affected by pruritus or oncological diseases, who are in need of washing/bathing assistance, and who have musculoskeletal diseases.
- Skin care management protocols should be available to reduce the likelihood of skin irritation and breakdown and ultimately promote comfort of the older person and/or palliative patient.
- Regular use of the investigated **bath** oil [1] might be effective in improving the skin barrier function in patients with mild dry skin
- Regular use of the investigated **bath** oil [1] might be effective in the management of a broad spectrum of dry skin conditions.

#### Conclusions:

Patients in acute and long-term care settings receive daily routine skin care, including washing, bathing, and showering, often followed by application of lotions, creams, and/or ointments. These personal hygiene and skin care activities are integral parts of nursing practice, but little is known about their benefits or clinical efficacy [4].

A pragmatic trial [1] provides empirical evidence that the regular use of the investigated **bath** oil is effective in improving the skin barrier function in children and adults with mild dry skin when used in routine skin care and supports its use as a basic element for the management of a broad spectrum of dry skin conditions.

The prevalence of dryness of skin was found to be 48.8% [3], mostly among elderly, oncology patients, with musculoskeletal diseases. However, information on the safety of topical skin care interventions is lacking [2]. Therefore, because of the lack of evidence, no recommendation on the safety on any intervention can be made.

#### References:

Kottner J, Kanti V, Dobos G, Hahnel E, Lichterfeld-Kottner A, Richter C, Hillmann K, Vogt A, Blume-Peytavi U. The effectiveness of using a bath oil to reduce signs of dry skin: A randomized controlled pragmatic study. *Int J Nurs Stud* 2017 Jan; Vol. 65, pp. 17-24.

Hodgkinson B, Nay R. Effectiveness of topical skin care provided in aged care facilities. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, May 2005; 3(4): 65-101.

Lichterfeld A, Lahmann N, Blume-Peytavi U, Kottner J. Dry skin in nursing care receivers: A multi-centre cross-sectional prevalence study in hospitals and nursing homes. *Int J Nurs Stud*, 2016 Apr; Vol. 56:37-44. ISSN: 1873-491X,

Lichterfeld A, Hauss A, Surber C, Peters T, Blume-Peytavi U, Kottner J. Evidence-Based Skin Care: A Systematic Literature Review and the Development of a Basic Skin Care Algorithm. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2015 Sep-Oct; Vol. 42 (5):501-524. ISSN: 1528-3976.

<b>Q4</b>	<b>PH-factor of soap &amp; shampoo</b>
<b>Patients</b>	Hospice and palliative care patients receiving a bedbath
<b>Intervention</b>	Different kind of soaps and shampoos commonly used by the population
<b>Comparator</b>	-
<b>Outcome</b>	pH factor
<b>Methodology</b>	Cross sectional study

Normal healthy skin has potential of hydrogen (pH) range of 5.4-5.9 and a normal bacterial flora. Use of soap with high pH causes an increase in skin pH, which in turn causes an increase in dehydrative effect, irritability and alteration in bacterial flora. The soaps and shampoos commonly used by the population at large have a pH outside the range of normal skin and hair pH values. In addition, the majority of soaps and shampoos available in the market do not disclose their pH [1].

#### Studies:

Cross sectional study [1]

#### Recommendations:

Before recommending soap to patient especially those who have sensitive and acne prone skin, due consideration is given to the pH factor and also that manufacturers will give a thought to pH of soaps and shampoos manufactured by them, so that their products will be more skin and hair friendly [1].

#### Conclusions:

We endorse the recommendations of the consensus.

#### References:

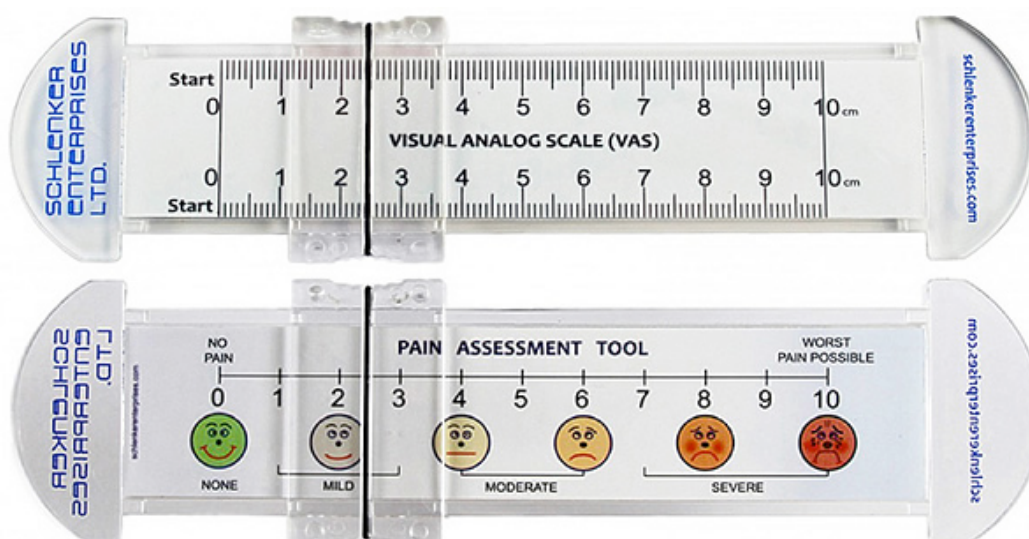
1. Tarun J, Susan J, Suria J, Susan VJ, Criton S. Evaluation of pH of Bathing Soaps and Shampoos for Skin and Hair Care. *Indian J Dermatol*, 2014 Sep; Vol. 59 (5): 442-4. ISSN: 1998-3611.



## PAIN ASSESSMENT - MEASURING PAIN IN CONSCIOUS ADULT PATIENTS USING THE VISUAL ANALOGUE SCALE

**Medical procedure**

**Scientific evidence**

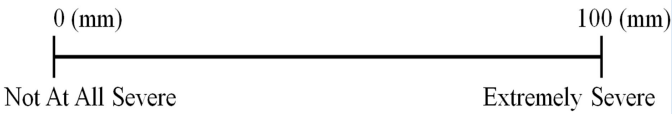


**BED BATH - WASHING A BEDRIDDEN PATIENT BY USING WATER AND COMMON SOAP**



## MEDICAL PROCEDURE

The Visual Analogue Scale (VAS) is a unidimensional measure of pain intensity, which has been widely used in diverse adult populations [5].

		Concept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
<b>PREPARATION</b>						
1	Examine the patient's medical records: <ul style="list-style-type: none"> <li>Check the report on previous screening results</li> <li>Check for any pain medications</li> </ul>					0 1 3
2	Disinfect the hands or put on clean medical gloves <i>(only in the case of tegumentary lesions of the nurses' hands or of a high infectious potential of the patient), as part of standard precautions.</i>	<i>standard precautions</i>				0 1 3
3	<i>Close the door and Ensure a private space for changing the position of the patient, if relevant (curtains, screen, occupied-signal etc.)</i>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
4	Rapid evaluation of the presence of vital signs <i>(the presence of consciousness, movements, speech, breathing)</i> <b>Hello. My name is .... I am a nurse and will measure your pain</b>	<i>Vital functions preserved <input type="checkbox"/>; cardiorespiratory arrest <input type="checkbox"/> (initiating medical measures - basic life support) - initiating the discussion</i>				0 2 5
5	<b>Could you, please, tell me your name.....? And your date of birth .... Thank you.</b>	<i>Conformity with the observations sheet for: Name: <input type="checkbox"/> Date of birth: <input type="checkbox"/></i>	ESSENTIAL			
6	If relevant, put the bed in working position (appropriate height) and do the side rails down	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>PERFORMANCE OF PAIN MEASUREMENT</b>						
8	Explain the VAS-scale: <div style="text-align: center;">  </div>	We explain to the patient WHAT WE WILL DO Tell the patient WHAT HE/SHE HAS TO DO	ESSENTIAL			
9	Ask the patient to score his/her current pain sensation on the VAS-scale	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
10	If relevant, restore height of the bed and position of the side rails	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>AFTERCARE</b>						
11	Provide alarm system within easy reach	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Turn off occupied signal	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5

14	Measure the VAS-score by using a ruler, according to local policy in cm or mm, and document the pain score in the patient record	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
15	If the screening is performed for the first time, and it demonstrates mild pain (5– 44 mm), moderate pain (45–74 mm), or severe pain (75– 100 mm), immediately inform the attending physician and ask to prescribe pain management.	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5
16	In case of a negative change/evolution of the pain scores, immediately inform the attending physician and ask to revise the current pain management. It is advisable to use the SBAR-method to communicate your message.	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5
<b>Total score: 50</b>		<input type="radio"/>				%
		<input type="radio"/>				%
		<input type="radio"/>				%

### VAS-score interpretation

A higher score indicates greater pain intensity. Based on the distribution of pain VAS scores in postsurgical patients (knee replacement, hysterectomy, or laparoscopic myomectomy) who described their postoperative pain intensity as none, mild, moderate, or severe, the following cut points on the pain VAS have been recommended: no pain (0 – 4 mm), mild pain (5– 44 mm), moderate pain (45–74 mm), and severe pain (75– 100 mm) [4].

### Selective references:

1. Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131
2. Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska and Melissa French. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 2011; Volume 63, Issue Supplement S11: Pages S240–S252. DOI 10.1002/acr.20543
3. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *Br J Anaesth*, 2008; 101 (1): 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>
4. Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *J Pain*, 2003;4:407–14.
5. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med* 1988;18:1007–19.

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	<b>Is the Visual Analogue Scale reliable to measure current intensity of pain in adult patients?</b>
<b>Patients</b>	Hospice and adult palliative care patients
<b>Intervention</b>	Using VAS-scale to measure intensity of pain or the effect of pain management
<b>Comparator</b>	Any other scale to measure intensity of pain or effects of pain management
<b>Outcome</b>	A measure for current intensity of pain
<b>Methodology</b>	Practice guidelines, Systematic reviews

### Discussion:

The Visual Analogue Scale (VAS) is a unidimensional measure of pain intensity, which has been widely used in diverse adult populations [1,9].

Reliability of the VAS for acute pain measurement appears to be high. Ninety percent of the pain ratings were reproducible within 9 mm. These data suggest that the VAS is sufficiently reliable to be used to assess acute pain [2]. The VAS provides a high degree of resolution and is probably the most sensitive single-item measure for clinical pain research [3].

For pain intensity, the scale is most commonly anchored by “no pain” (score of 0) and “pain as bad as it could be” or “worst imaginable pain” (score of 100 [100-mm scale]) [4 – 6]. To avoid clustering of scores around a preferred numeric value, numbers or verbal descriptors at intermediate points are not recommended [7,8].

Conclusions: We endorse the current recommendations to use VAS as a tool to measure pain and to guide pain treatment. Moreover, VAS can be applied in various pathologies (oncology, emergency medicine, rheumatology etc.).

### References:

1. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med* 1988;18:1007–19
2. Bijur PE, Silver W, Gallagher J. Reliability of the Visual Analog Scale for Measurement of Acute Pain. *Academic Emergency medicine*, 2001;8(12):1153-57.
3. Younger J, McCue R, Mackey S. Pain Outcomes: A Brief Review of Instruments and Techniques. *Curr Pain Headache Rep*. 2009 Feb; 13(1):39–43.
4. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 1986;27:117–26.
5. Burckhardt CS, Jones KD. Adult measures of pain: The McGill Pain Questionnaire (MPQ), Rheumatoid Arthritis Pain Scale (RAPS), Short Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Verbal Descriptive Scale (VDS), Visual Analog Scale (VAS), and West Haven-Yale Multidisciplinary Pain Inventory (WHYMPI). *Arthritis Rheum*, 2003;49:S96 –104.
6. Ferraz MB, Quaresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH. Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1990;17:1022– 4
7. Huskisson EC, Wojtulewski JA, Berry H, Scott J, Hart FD, Balme HW. Treatment of rheumatoid arthritis with fenoprofen: comparison with aspirin. *Br Med J* 1974;1:176 – 80
8. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain*, 1976;2:175– 84.
9. Registered Nurses Association of Ontario (2002). *Assessment and Management of Pain*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.



## **PRESCRIBING PAIN MEDICATION ACCORDING TO THE WHO-PAIN LADDER**

**Medical procedure**

**Scientific evidence**



**PRESCRIBING PAIN MEDICATION ACCORDING TO THE WHO-PAIN  
LADDER**

## MEDICAL PROCEDURE

The principles to cure pain in palliative patients are organized by the World Health Organisation (WHO) in a model, called the Pain ladder.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

PREPARATION			
1.	Examine the patient's medical record: <ul style="list-style-type: none"> <li>Check the current report on screening results for pain</li> <li>Check the current pain management</li> <li>Check for any documented drug allergies</li> </ul>	ESSENTIAL	
2.	Disinfect the hands		0 1 3
3.	Close the door and Ensure a private space for pain assessment ( <i>curtains, screen, occupied-signal etc.</i> )		0 1 3
4.	Rapid evaluation of the presence of vital signs (the presence of consciousness, movements, speech, breathing) <b>Hello. My name is .... I am you doctor and will measure your pain in order to prescribe you the pain killers.</b>		0 1 3
5.	<b>Could you first please tell me your name.....? And your date of birth .... Thank you.</b>		0 1 3
6.	If relevant, put the bed in working position (appropriate height) and do the side rails down		0 1 3
PRESCRIBING PAIN MEDICATION			
7.	Ask the patient if he/she has any drug allergies and record it in the patient's file: <b>From your experience so far, Do you know you have any drug allergies? (like skin redness, itching or swelling ...)</b>	ESSENTIAL	
8.	Establish if the patient is taking any opioids = "opioid naïve" patient and Correlate the patient's answer with data regarding current or previous pain medication from patient's file – if any <b>Do you take any pain medications?</b> ( <i>could be weak opioids – Tramadol, Codeine or strong opioids – Morphyne, Metadone, Oxycodone, Fentanyl ...</i> ) Results: <ul style="list-style-type: none"> <li>"Opioid naïve" patient – continue to step 10</li> <li>Non "Opioid naïve" patient" – go directly to step 16</li> </ul>	ESSENTIAL	
9.	Assess patient's pain intensity – see " <i>Measuring Pain in conscious adult patients using the Visual Analogue Scale</i> " protocol		0 1 3
10.	Categorize the intensity of the pain according to the length you have measured on the VAS-scale, as mild, moderate or severe pain.		0 1 3
11.	Establish proper pain medication according to pain intensity ( <i>see WHO-pain ladder</i> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>Mild: non-opioids (STEP 1)</li> <li>Moderate: weak opioids (STEP 2)</li> <li>Severe: strong opioids (STEP 3)</li> </ul> and Prescribe it considering:	ESSENTIAL	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- patient drug allergies (if any)</li> <li>- route of administration</li> <li>- renal/hepatic insufficiency (if any)</li> <li>- patient's preferences</li> <li>- socio-economic factors (drug availability, price ...)</li> <li>- maximal daily doses (except for strong opioids that does not have maximal daily dose, but optimal dose – example: see attached the algorithm for oral Morphyne treatment initiation)</li> </ul>	
12.	<p>Carefully monitor the patient! (look for signs of sedation, other side effects, assess pain level) and adjust opioids treatment accordingly:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the first dose/doses of opioids produce intense sedation - reduce dose by 50% and make slower titration</li> <li>• If the initial dose/doses do not produce any analgesia, the next dose is increased by 50%</li> </ul> <p>Normally - grow opioid daily doses (30-50-100%) to obtain optimal analgesia</p>	ESSENTIAL
13.	Prescribe side – effects medication! (like: antiemetics, laxatives ...)	ESSENTIAL
14.	<p>You may Combine analgesics according to WHO analgesic ladder rules:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• STEP 1 + STEP 2</li> <li>• STEP 1 + STEP 3</li> <li>• COANALGESICS + any STEP</li> </ul> <p>NEVER give: STEP 2 + STEP 3</p>	ESSENTIAL
15.	<p>Non “Opioid naïve” patient: Check current medication: type, doses, rhythm and route of administration and assess patient's pain and adapt is to patient condition (example: change from oral route to subcutaneous route if nausea/vomiting or total dysphagia)</p>	0 1 3
16.	<p>Assess pain and adjust medication accordingly:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase doses for non-opioids and weak opioids up to maximal daily dose (for STEP 1 and STEP 2)</li> <li>• Switch from STEP 2 to strong opioids (STEP 3) if uncontrolled pain – using opioid conversion tables</li> <li>• Rotate strong opioids (STEP 3) if uncontrolled pain</li> </ul>	ESSENTIAL
17.	Prescribe side – effects medication! (like: antiemetics, laxatives ...)	ESSENTIAL
18.	<p>Carefully monitor the patient! (look for signs of sedation, other side effects, assess pain level) and adjust opioids treatment accordingly:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the first dose/doses of opioids produce intense sedation - reduce dose by 50% and make slower titration</li> <li>• If the initial dose/doses do not produce any analgesia, the next dose is increased by 50%</li> </ul> <p>Normally - grow opioid daily doses (30-50-100%) to obtain optimal analgesia</p>	ESSENTIAL
19.	<p>You may Combine analgesics according to WHO analgesic ladder rules:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• STEP 1 + STEP 2</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>STEP 1 + STEP 3</li> <li>COANALGESICS + any STEP</li> </ul> <p>NEVER give: STEP 2 + STEP 3</p>	ESSENTIAL
<b>MONITORING PAIN TREATMENT</b>		
20.	<p>Re-assess the patient's pain and condition and adjust the pain treatment accordingly:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hourly/or multiple times/day – for opioid initiation treatment or for uncontrolled pain - until obtaining the stable control of pain</li> <li>Daily – for hospitalized patients</li> <li>Weekly/monthly – for patients in ambulatory/or home care settings/stable patients</li> </ul> <p>Or Every time as needed (unexpected situations; administrative issues – lack of medication,...)</p>	0 1 3
21.	<p>Once the stable control of pain is obtained under opioid treatment, prescribe medication (preferable the same opioid):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>In quick release forms - for “breakthrough” pain: 1/6 of opioid (total) daily dose</li> <li>In slow release form – for long term/chronic medication – if possible</li> </ul>	0 1 3
<b>Total score: 30</b>		<input type="radio"/> criterion unfulfilled <input type="radio"/> criterion partially fulfilled <input type="radio"/> criterion fulfilled completely
		%
		%
		%

**Algorithm for oral Morphine treatment initiation:**

Age	Renal function	Dose
< 65	Normal	10 mg at 4 Hours
> 65	Normal	5 mg at 4 Hours
< 65	Low	10 mg at 6-8 Hours
> 65	Low	5 mg at 6-8 Hours

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	<b>What are the benefits of a holistic approach to treat chronic pain</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	Holistic approach in pain management
<b>Comparator</b>	Classic pain treatment (on demand)
<b>Outcome</b>	Quality of Life Efficiency of treatment Other benefits
<b>Methodology</b>	Systematic review Guidelines

Studies: Systematic reviews; Evidence based guidelines

Indications: Treatment of pain in palliative care

Recommendations:

- Screening all individuals with cancer for pain (10)
- Involve patients in the holistic approach of their pain (3, 7)
- Assessing and reassessing cancer-related pain at regular intervals (7, 8)
- Rigorous use of the WHO pain ladder on the clock (9)
- Consider alternative treatment and/or drugs in case of side effects and drug interactions. (2)

Conclusions:

New pharmaceutical developments hold promising options for the treatment of cancer pain. Yet, it may be even more important to realize that the gold standard of cancer pain management has been identified to lie in the realization of truly holistic care that acknowledges the different physical, psychosocial, and spiritual dimensions of suffering. The treatment of cancer pain should be provided as a “broad therapeutic approach known as palliative care” that is based on interdisciplinary and multi professional collaboration. (3)

References:

1. Laufenberg-Feldmann, R., et al. (2012). "[Cancer pain in palliative medicine]." *Anaesthesist* 61(5): 457-467; quiz 468-459.
2. Harris, D. G. (2014). "Management of pain in advanced disease." *British Medical Bulletin* 110(1): 117-128. (SR)
3. Gaertner, J. and C. Schiessl (2013). "Cancer pain management: what's new?" *Curr Pain Headache Rep* 17(4): 328. (SR)
4. Smith, T. J. and C. B. Saiki (2015). "Cancer Pain Management." *Mayo Clinic Proceedings* 90(10): 1428-1439. (Review)
5. Montauk, S. L. and J. Martin (1997). "Treating chronic pain." *American Family Physician* 55(4): 1151-1160, 1165-1156.
6. Vayne-Bossert, P., et al. (2016). "Interventional options for the management of refractory cancer pain--what is the evidence?" *Supportive Care in Cancer* 24(3): 1429-1438. (SR)
7. Arslan, D., et al. (2014). "Cancer pain prevalence and its management." *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 15(20): 8557-8562. (Review)

8. Fielding, F., et al. (2013). "Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines." *International Journal of Palliative Nursing* **19**(12): 584-591. (SR)
9. Smith, T. J. and C. B. Saiki (2015). "Cancer Pain Management." *Mayo Clinic Proceedings* **90**(10): 1428-1439.
10. Clinical Best Practice Guidelines (2013) "Assessment and Management of Pain (Third Edition)" RNAO (BPGL)

During the course of cancer progression up to 90% of the patients suffer from pain of nociceptive, neuropathic or mixed nociceptive/neuropathic origin. The WHO "analgesic ladder" provides a large variety of effective drugs that can be used according to the specific pain type. (1)

Q2	How to correctly use the WHO pain ladder
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	Correct use of WHO pain ladder
<b>Comparator</b>	Classic pain treatment on demand
<b>Outcome</b>	Quality of Life Efficiency of treatment
<b>Methodology</b>	Systematic review Guidelines

Studies: Systematic reviews; Evidence based guidelines

Indications: Treatment of pain in palliative care

Recommendations: We recommend that the WHO pain ladder be rigorously used in the management of chronic pain in a palliative setting as no scientifically proven alternatives are available.

#### Conclusions:

The WHO pain ladder has been in use for over 20 years. In 70 to 90% of the cases, the pain ladder offers adequate treatment of palliative care associated pain. In light of new evidence and strong mandates from Member States, new guidelines are needed. The World Health Organization is developing new guidelines for the clinical management of cancer pain in adults. (2) Additionally, literature underlines the importance of correct and timely assessment of pain as well as an on the clock treatment (as opposed to an on demand distribution of pain medication). (2,4,5) For the treatment of refractory pain, other techniques are available. (3)

#### References:

1. Laufenberg-Feldmann, R., et al. (2012). "[Cancer pain in palliative medicine]." *Anaesthesist* **61**(5): 457-467; quiz 468-459.
2. "Cancer Pain Relief, 2nd Edition, with a guide to opiate availability", WHO, 1996
3. Vayne-Bossert, P., et al. (2016). "Interventional options for the management of refractory cancer pain--what is the evidence?" *Supportive Care in Cancer* **24**(3): 1429-1438. (SR)
4. Harris, D. G. (2014). "Management of pain in advanced disease." *British Medical Bulletin* **110**(1): 117-128. (SR)
5. Ripamonti, C. I., et al. (2012). "Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines." *Annals of Oncology* **23** Suppl 7: vii139-154.



## PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME

**Medical procedure**

**Scientific evidence**

PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME



## MEDICAL PROCEDURE

Consequence of chronic exposure to job related stress (suffering persons, critical / dying patients) manifested as an empathic reaction of overwhelming emotional exhaustion, feelings of ineffectiveness and self-doubt, along with the loss of interest in performing professional activities.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	<b>Good morning/afternoon. My name is ..... I am doctor / nurse....</b>				0 2 5
2.	<b>Can you tell me your name, please..... and your date of birth..... . Thank you.</b>	ESSENTIAL			
3.	Secure a private examination environment ( <i>office/ room with a quiet, calm environment, with no distractions/ personal home etc.</i> ) <b>What we need to do is to establish if your professional work environment is a source of burnout for you and your colleagues (<i>what we will do</i>)</b>				0 1 3
4.	<b>This evaluation will focus on three main steps: assessing the presence of personal and/or professional risk factors for developing burnout syndrome, completion of the professional quality of life questionnaire (PROQOL) in order to quantify the negative impact of the burnout syndrome and finding possible debriefing burnout strategies (<i>what the evaluation consists of</i>)</b>				0 2 5
5.	<b>It is very important that you stay relaxed and calm during the evaluation. Please respond with all sincerity. There are no incorrect answers. If in doubt, feel free to ask any questions. You may withdraw at any time and you may skip questions you would prefer not to answer. (<i>how to contribute to the evaluation</i>)</b>				0 1 3
6.	<b>Before proceeding further, you must rest assured that all information provided will be kept confidential. We will not disclose your personal information to a third party without your consent.</b>				0 1 3
7.	<b>Do you agree being part of this evaluation? (<i>evaluation of personal beliefs regarding the burnout syndrome and acceptance of consent</i>)</b>	ESSENTIAL			
8.	Assess caregiver's professional condition <b>What is your job title?</b> <b>What is the specialty of the medical unit you perform your activity in?</b> <b>Briefly describe your duties and responsibilities in your current job.</b> <b>How many years of employment do you have in your current position?</b> <b>Your previous jobs were part of the same medical specialty?</b>				0 4 9
9.	<b>Do you have a temporary or a permanent contract of employment? (<i>temporary contracts can lead to job insecurity/overworking to complete tasks in order to prove one's worth</i>)</b>				0 1 3
10.	<b>How many hours do you work per week? Less/more than 40-hour work week?</b>				0 2 5

11.	How many patients do you usually take care off (per shift/week)?			0 2 5
12.	Are you satisfied with your current job responsibilities?			0 1 3
13.	How satisfied are you of your work performance so far?			0 1 3
14.	What do you find most frustrating at work/about your job? Can you give me an example?			0 1 3
15.	Are you familiar with the term of “secondary traumatic stress”? <i>(traumatic stress experienced by patients in care, having a negative impact on caregiver’s health and mental state)</i> How much do you feel affected by your patients’ medical condition? Please exemplify one situation			0 4 9
16.	Are you satisfied with your current payment conditions? <i>(Effort–reward imbalance represents a possible cause for professional dissatisfaction)</i>			0 3 6
17.	Do you consider that the team members/your colleagues are being supportive for you?			0 1 3
18.	Is there something you would like to change at work?			0 1 3
19.	Assess caregiver’s personal condition <i>(marital status, number of children, time from last vacation - the impact of the burnout syndrome over the personal life is correlated to these aspects)</i> Are you married/divorced/widow(er)? If married, for how long?			0 1 3
20.	Do you have children? How many? Do you have someone to help you with your child (children)?			0 1 3
21.	Do you consider that your job is affecting negatively the time spent with your family? <i>(limited time with your family, constantly thinking about your job and patients, not being able to relax at home/not feeling appreciated by family members)</i>			0 2 5
22.	How many hours do you sleep per night? Is there something/someone constantly interrupting your sleep? Do you wake up feeling rested?			0 1 9
23.	Do you consider you have healthy eating habits? Is your work interfering with your meals program?			0 1 3
24.	Are your friends and relatives an active part of your current living? Do you find the time to meet with them? <i>(social burnout is a side effect of excessive stress exposure)</i>			0 1 3
25.	When was your last vacation?			0 1 3
26.	What do you do to distract yourself from work? Can you give me some examples, please?			0 1 3
27.	Can you give me examples of stressful situations/conditions not related to the job that you may encounter every day?			0 1 3
28.	Have you ever felt depressed or unmotivated?			0 1 3
29.	In order to establish the presence of burnout elements you will be			

	asked several questions, all of them being part of the professional quality of life questionnaire (PROQOL)	ESSENTIAL		
30.	<b>This questionnaire will assess three main characteristics: compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress</b>			0 4 9
31.	<b>All three characteristics reflect the impact of stressful and critical situations you may encounter at work</b>			0 1 3
32.	<b>You should select one single answer from 5 possibilities, the one that most applies to your everyday work environment</b>			0 1 3
33.	Each answer will be noted accordingly Never – 1 point Rarely – 2 points Sometimes – 3 points Often – 4 points Very often – 5 points			0 1 3
34.	<b>Select the number that honestly reflects how frequently you experienced the situations presented in the questionnaire in the last 30 days</b>			0 1 3
35.	<b>It won't take longer than 15 minutes to complete the questionnaire</b>			0 1 3
36.	<b>Would you like to ask me anything else regarding this evaluation?</b>	ESSENTIAL		
37.	<b>Good luck: I will come back in 15 minutes. After you finish completing the questionnaire, we will calculate the total score and give you the final result in approximately 10 minutes.</b>	ESSENTIAL		
38.	<b>If according to the total score we have a low level of burnout or secondary traumatic stress, there is no need to continue the evaluation. Thank you for your participation in this evaluation. Your answers are very valuable in our efforts to improve the proper management of persons who are at risk of developing burnout.</b>	ESSENTIAL		
39.	If the scoring confirms the presence of burnout, continue the evaluation and briefly assess existent medical pathological conditions responsible for clinical manifestations similar to burnout (sleep disturbances/primary psychiatric disorders/ concomitant medication/ thyroid disorders) <b>Please tell me if you were diagnosed previously with any medical disease? Are you on a specific treatment? If so, please say the name of the drug(s)</b>			0 4 9
40.	Assessing debriefing burnout strategies <b>Do you believe you need help to control the effects of the job related stress? What do you believe it would be most efficient?</b>			0 1 6
41.	<b>Would you consider helpful a discussion with colleagues in similar situations/ psychologist? Are you a religious person? Joining working, social, religious support groups can help coping with negative experiences</b>			0 2 5
42.	<b>What kind of remedies did you use to cope with the stressful experiences?</b> ( <i>relaxation techniques, medication, alcohol, illicit drugs</i> )			0 1 6
43.	<b>Do you find helpful communication skills training courses and</b>			0 1

	<b>seminars?</b> <i>(Find efficient techniques of improving communication skills between team members or between caregiver and patient/s)</i>			3
44.	<b>How often are you interrupted during the daily activities? How is this affecting the quality of your work?</b> <i>(Avoid time-consuming activities and prioritize tasks according to their importance).</i>			0 4 9
45.	<b>What measures do you take to improve your physical and mental health? Quality of sleep, social activities, physical activity, healthy eating habits?</b>			0 4 9
46.	<b>Thank you for your participation in this evaluation. Your answers are very valuable in our efforts to improve the proper management of persons who develop burnout.</b>	ESSENTIAL		
<b>Total score: 180</b>		<input type="radio"/>	unfulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	partially fulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	completely fulfilled criterion	%

#### Selective references

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, 2001 *Job Burnout* Annu. Rev. Psychol. 52:397–422

Professional Quality of Life Scale (PROQOL), Compassion Satisfaction and Compassion fatigue (PROQOL)

Version 5 (2009). Available at URL: [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_English\\_Self-Score\\_3-2012.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf)

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	<b>Are community/work organization interventions to prevent professional burnout (e.g. deterioration of relationship, professional ineffectiveness, disillusion...) effective and should be generally implemented?</b>
Patients	Healthcare Nurses Medical doctors
Intervention	Assessment and evaluation scale
Comparator	Any intervention
Outcome	Efficacy measured in reduction of stressors, increased job satisfaction, improved psychological outcomes
Methodology	Systematic reviews Randomized controlled trials
Extra	None

### Studies:

Three systematic reviews have been included.

1. Niall D. Galbraith & Katherine E. Brown, Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: quantitative systematic review, *Journal of Advanced Nursing* 67(4), 709–721
2. Rebecca C Hill<sup>1</sup>, Martin Dempster<sup>1</sup>, Michael Donnelly<sup>1</sup> and Noleen K McCorry<sup>1,2</sup> Improving the wellbeing of staff who work in palliative care settings: A systematic review of psychosocial interventions, *Palliative Medicine* 2016:1– 9
3. Colin P West, Liselotte N Dyrbye, Patricia J Erwin, Tait D Shanafelt Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online September 28, 2016
4. Dio Kavalieratos, Jennifer Corbelli, Di Zhang, J. Nicholas Dionne-Odom, Natalie C. Ernecoff, Janel Hanmer, Zachariah P. Hoydich, Dara Z. Ikejiani, Michele Klein-Fedyshin, Camilla Zimmermann, Sally C. Morton, Robert M. Arnold, Lucas Heller, Yael Schenker, Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes A Systematic Review and Meta-analysis, 2016 American Medical Association
5. Salzano AT, Lindemann E and Tronsky LN. The effectiveness of a collaborative art-making task on reducing stress in hospice caregivers. *Art Psychother* 2013; 40: 45–52.
6. Basar U, Basim N. A cross-sectional survey on consequences of nurses' burnout: moderating role of organizational politics. *J Adv Nurs*. 2016 Aug;72(8):1838-50. doi: 10.1111/jan.12958.
7. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Gloe D, Tsaras K, Artech DL, Maldia F.
8. Organizational politics, nurses' stress, burnout levels, turnover intention and job satisfaction. *Int Nurs Rev*. 2017 Mar;64(1):109-116. doi: 10.1111/inr.12347.
9. Ufuk Basar & Nejat Basim, A cross-sectional survey on consequences of nurses' burnout: moderating role of organizational politics, . *J Adv Nurs*. 2016 Aug;72(8):1838-50
10. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Gloe D, Tsaras K, Artech DL, Maldia F. Organizational politics, nurses' stress, burnout levels, turnover intention and job satisfaction. *Int Nurs Rev*. 2017 Mar;64(1):109-116. doi: 10.1111/inr.12347.



### Indications:

Health professionals (doctors, nurses, caregivers etc.) with a high burnout score according to questionnaires or other quantitative methods.

### Discussions

There is an increasing incidence of burnout among health professionals (1), associated to decreased performances, decreased quality of care for patients and increased risk of emotional exhaustion and depersonalization among caregivers.

For the 12 randomised controlled trials and 28 cohort studies reporting differences in emotional exhaustion score as a continuous variable, the pooled mean difference estimate was a significant 2 • 65 point reduction (95% CI 1 • 67–3 • 64;  $p < 0 \cdot 0001$ ;  $I^2 = 82\%$ ) in emotional exhaustion domain score from 23 • 82 points to 21 • 17 points (figure 3). Results did not differ for randomised controlled trials versus observational studies ( $p = 0 \cdot 55$ ;  $I^2 = 0\%$ ), residents versus practising physicians ( $p > 0 \cdot 99$ ;  $I^2 = 0\%$ ), or structural or organisational versus individual-focused interventions ( $p = 0 \cdot 69$ ;  $I^2 = 0\%$ ; appendix) (3).

In one international study, which included the United Kingdom (UK), 40% of hospital nurses were found to have levels of burnout that were higher than the norms for healthcare staff and in the US, job dissatisfaction in nurses was four times higher than that of the average worker. Stress within the trained nursing workforce can also lead to patient dissatisfaction and reduced quality of care (1).

Various interventions have been described in order to reduce professional burnout, such as: alterations to clinical work process shorten shifts, stress management techniques, self-care training, communication skill training, reduced academic demands, belonging intervention, music therapy etc (1).

For palliative care staff, little evidence was found of adequate quality to evaluate the success of interventions, as research in this area encounters methodological difficulties. However, art therapy and music therapy have demonstrated a moderate improvement in psychological outcomes. (2).

Various individual-focused interventions, structural intervention within the work environment and belonging interventions improve the overall burnout ( $RR = 0.82$ ,  $p < .0001$ ), emotional exhaustion score ( $RR = 0.70$ ,  $p < .0001$ ), depersonalization score ( $RR = 0.88$ ,  $p = .01$ ) in healthcare professionals. (3).

### Conclusion:

Professional burnout is a current important issue with a negative impact upon healthcare providers, patients and family. There are various interventions that have proven beneficial in reducing burnout scores, but more evidence on which interventions or combination of interventions might be more effective are needed. Moreover, optimal approaches to develop and implement these interventions in work structures with a high risk of professional burnout need to be developed.

However, burnout should be screened for and dealt with in health care units, using individual or work-related interventions.

<b>Q2</b>	<b>Which are the scientific tools in order to identify the burnout Syndrome? Is LBQ (link Burnout Questionnaire) an efficacy tool for evaluating the burnout level?</b>
Patients	Healthcare Nurses Medical doctor
Intervention	Other questionnaires
Comparator	LBQ
Outcome	Efficacy endpoints

Methodology	Systematic reviews Meta-analysis Randomized controlled trials Cohort studies
-------------	---

#### Studies:

- meta-analysis
- Descriptive study
- Survey

#### Indications:

- Health professionals with high risk of burnout

#### Discussions:

Regarding assessing burnout in health professionals, various tools are currently used, such as Link Burnout Questionnaire (LBQ – add reference), Maslach Burnout Inventory (1, 4), Granada Burnout Questionnaires and the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (3).

The MBI is currently the widest used and researched, although there is no “golden standard” or current guidelines on burnout survey. The MBI is the widest used as a diagnostic tool for burnout and it was the widest researched. Two meta-analysis show that MBI is a validated tool with an alpha-coefficient between 0.7-0.8. (5), the data being supported by another prospective study (7).

The Granada Burnout Questionnaire is another validated tool, assessed in a prospective study (N=1177), being able to cover all three aspects of burnout. (6).

Other tools are currently used (LBQ and Shiron Melamed Burnout Questionnaire), according to local preferences. However, there is no direct comparison between the burnout scales in terms of validity or efficacy (9).

#### Conclusions:

Current data show that any validated tools can be used, as there are no recommendations or standardized scales to evaluate burnout. We consider that the choice can be made locally.

#### References

1. Lourel M1, Gueguen N. [A meta-analysis of job burnout using the MBI scale]. *Encephale*. 2007 Dec;33(6):947-53. doi: 10.1016/j.encep.2006.10.001. Epub 2007 Sep 4.
2. Carlini L1, Fidenzi L2, Gualtieri G2, Nucci G2, Fagiolini A3, Coluccia A4, Gabbrielli M2. Burnout syndrome. Legal medicine: analysis and evaluation INAIL protection in cases of suicide induced by burnout within the helping professions. *Riv Psichiatr*. 2016 May-Jun;51(3):87-95. doi: 10.1708/2304.24790.
3. Åsa Lundgren-Nilsson1\*†, Ingibjörg H Jonsdottir2†, Julie Pallant3† and Gunnar Ahlborg Jr2,4† Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ), *BMC Public Health* 2012, 12:1
4. NANCY M. ARTHUR, The Assessment of Burnout: A Review of Three Inventories Useful for Research and Counseling, *JOURNAL OF COUNSELING & DEVELOPMENT* 1 NOVEMBER/DECEMBER 1990 1 VOL. 69
5. Raimundo Aguayo, Cristina Vargas, Emilia I. de la Fuente2, and Luis M. Lozano, A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory, *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2011, Vol. 11, No. 2, pp. 343-361
6. Emilia I. de la Fuentea,\*, Juan Garcíaab, Guillermo A. Cañadasc, Concepción San Luisd, Gustavo R. Cañadasc, Raimundo Aguayoc, Leticia de la Fuenteb, Cristina Vargasa, Psychometric properties

and scales of the Granada Burnout Questionnaire applied to nurses, *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2015) 15, 130---138

7. José M. Tomás<sup>1</sup>, Saturnino de los Santos<sup>2</sup>, Alicia Alonso-Andres<sup>1</sup> and Irene Fernández<sup>1</sup> Validation of the Maslach Burnout Inventory-General Survey on a Representative Sample of Dominican Teachers: Normative Data, *The Spanish Journal of Psychology* (2016), 19, e83, 1–9.

8. Denna L. Wheeler<sup>1</sup>, Matt Vassar<sup>1</sup>, Jody A. Worley<sup>2</sup>, and Laura L. B. Barnes<sup>1</sup>, A Reliability Generalization Meta-Analysis of Coefficient Alpha for the Maslach Burnout Inventory, *Educational and Psychological Measurement* 2011:71(1) 231–244

9. Ruggieri V, Zeppegno P, Gramaglia C, Gili S, Deantonio L, Krengli M. A survey of Italian radiation oncologists: job satisfaction and burnout. *Tumori*. 2014 May-Jun; 100(3):307-14. doi: 10.1700/1578.17212.

<b>Q3</b>	<b>As a prevention approach the weekly supervisor for healthcareers can be an efficacy way? If yes, which are the elements to be support this and which not?</b>
Patients	Healthcarers Nurses Medical doctors
Intervention	Supervisor for healthcareers factors contribute the most to the prediction of burnout job
Comparator	Standard intervention
Outcome	Efficacy Side effects to therapy Tolerability Quality of life.
Methodology	Systematic reviews Randomized controlled trials Qualitative study

## References

1. Jennifer Hall, Rosco Kasujjal and Peter Oakes, Clinical supervision for clinical psychology students in Uganda: an initial qualitative exploration, Hall *et al. Int J Ment Health Syst* (2015) 9:24, DOI 10.1186/s13033-015-0016-8

2. Koreki A, Nakagawa A, Abe A, Ikeuchi H, Okubo J, Oguri A, Orimo K, Katayama N, Sato H, Shikimoto R, Nishiyama G, Nogami W, Haki K, Hayashi T, Fukagawa Y<sup>16</sup>, Funaki K, Matsuzawa M, Matsumoto A, Mimura M; Keio Psychiatry Resident Class of 2008. Mental health of Japanese psychiatrists: the relationship among level of occupational stress, satisfaction and depressive symptoms. *BMC Res Notes*. 2015 Mar 26; 8:96. doi: 10.1186/s13104-015-1054-7.

3. Vassos MV, Nankervis KL. Investigating the importance of various individual, interpersonal, organisational and demographic variables when predicting job burnout in disability support workers. *Res Dev Disabil*. 2012 Nov-Dec; 33(6):1780-91. doi: 10.1016/j.ridd.2012.04.016.

## Conclusion

Maslach et al. (2001), three of the most prominent researchers on burnout and contributors to the most widely used measure of burnout – the Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach & Jackson, 1986;

Maslach, Jackson, & Leiter, 1996), describe job burnout as consisting of three dimensions; (1) overwhelming exhaustion where one feels overextended and depleted of their emotional and physical resources (EE – emotional exhaustion); (2) cynicism or depersonalisation (Dp) where one displays a detached, negative and callous response to aspects of their work; and, (3) lack of accomplishment where one feels a sense of lack of achievement and productivity, and incompetence (PA – personal accomplishment). Previous research has found low to moderate levels of the three burnout symptoms are prevalent in the DSW population (e.g., Aitken & Schloss, 1994; Alexander & Hegarty, 2000; Boumans & van den Berg, 2000; Chung & Corbett, 1998; Chung, Corbett, & Cumella, 1995; Edwards & Miltenberger, 1991; Lawson & O'Brien, 1994; Mitchell & Hastings, 2001; van Dierendonck, Schaufeli, & Buunk, 1996) (3).

The students stated that supervision was helpful overall, implying that clinical supervision is culturally appropriate for clinical psychology students in Uganda. Suggestions for future supervision were given. In order to decrease high levels of staff burn out in the mental health systems in Uganda, supervisory structures with an emphasis on self care need to be established. (1)

Out of 206 psychiatrists, 154 (74.8%) responded to the survey. The respondents' mean (SD) age was 34.3 (5.2) years. The estimated prevalence of significant depressive symptoms was 34.4% (n = 53), and the experienced frequent violence was 14.9% (n = 23). The level of depressive symptoms was inversely correlated with the level of occupational satisfaction. In respondents who reported a moderate level of occupational stress, having fewer depressive symptoms was associated with higher occupational satisfaction, but this association was not significant in those who reported a high level of stress. In addition, high occupational satisfaction was associated with interest towards work content, ability to work at one's discretion, opportunities for growth and career development, and ease of communication with supervisors and colleagues.(2)

We surveyed 206 psychiatrists and 74.8% responded (n = 154). The majority of respondents were male (n = 111, 72.1%) and the mean (SD) age of participants was 34.3 (5.2) years. Of the total respondents, the mean (SD) period of post-graduate (PGY) training was 5.5 (4.0) years. Additionally, 41.6% (n = 64) of the sample were licensed psychiatrists.

More than half of the respondents were working at psychiatric hospitals (n = 92, 59.7%), followed by university hospitals (n = 35, 22.7%), general hospitals (n = 21, 13.6%), and community psychiatric clinics (n = 6, 3.9%). The mean (SD) working hours per day were 8.3 (1.9) hours and the mean (SD) number of outpatients seen per day was 26.0 (10.7). For respondents who have been working at a hospital, the mean (SD) number of inpatients in their care was 15.7 (12.8). Approximately 14.9% (n = 23) of the psychiatrists had experienced frequent violence during patient care. There was no significant association between the level of depressive symptoms with gender, age, or the type of hospital, the number of outpatients seen per day. Further, there was no significant association between the levels of occupational stress and satisfaction (measured by VAS) with these factors (data available upon request) (2).



## **DISCUSSION ABOUT END OF LIFE CARE (PLACE OF CARE, AGGRESSIVE TREATMENT, DNR)**

**Medical procedure**

**Scientific evidence**






**DISCUSSION ABOUT END OF LIFE CARE**



## MEDICAL PROCEDURE

Care planning is one of the most important aspects in end of life care for patients, relatives and health care professionals. This procedure contributes to respecting the patient's wishes and freedom and responds to the caregiver's needs.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
1	Enter and introduce yourself politely: <b>Good morning. How are you feeling today?</b> <i>(Allow enough time for the patient to answer your questions)</i> <b>Would you mind if we talked some time?</b>				0 1 3
2	Ensure a private, comfortable space for the interview. <i>(Confidentiality and patient comfort should be ensured when discussing the care plan. Verify if time and place are appropriate for this)</i>				0 1 3
3	Pay special attention to non-verbal communication during the interview: eliminate physical barriers; position yourself at the same level as the patient. If other persons are present, facilitate an open communicative space by placing comfortable chairs in a circle. <i>(This setting will help to involve all persons participating in the care planning)</i>				0 1 3
4	Ask the patient how he feels: <b>Do you have any pain, complaint or specific worry?</b> <i>(Identify the patient's needs and clinical circumstances to plan the care)</i>				0 1 4
5	Ask the patient if s/he has any questions concerning his/her disease, treatment plan and general prognosis (for instance, <b>What are your plans after your discharge?</b> ) <i>(Present the circumstances where there is a possibility to lose autonomy and the need for planning in advance)</i>				0 1 3
6	Use active listening and empathic communication <i>(Look for the patient's and caregiver's participation in the care plan)</i>				0 1 3
7	Adapt your language to the social, cultural and education level of the patient, while maintaining true and comprehensible messages. <i>(Take into account the patient's values, interests and wishes, and make sure all the information has been processed in keeping with the patient's circumstances)</i>				0 1 3
8	Explain the goals of the interview: <b>Today I would like to talk about your future treatment plan...</b> Involve the patient in the decision making process: <b>As you know, it is very important for us to hear your opinions and preferences in order to take the best decisions together. Do you agree?</b> <i>(Clinical practices must be shared and consensual)</i>	ESSENTIAL			
9	Inform the patient which diagnostic and treatment options will be available from now on, and which will not. <i>(Care planning should identify all the available strategies to ensure the patient's comfort according to his/her autonomy)</i>				0 1 3
10	Ask the patient which kind of care he would like, considering the current situation/diagnosis/circumstances. <i>(Discuss risks, benefits and consequences for patient and caregivers)</i>				0 1 3
11	If relevant, ask the patient where s/he would like to be cared for from now on (home care, palliative care unit, institution etc.). <i>(It is important to discuss</i>				0 1 5

	<i>this aspect with patient and caregivers in order to understand the sustainability of the care plan)</i>			
12	Allow enough time for questions from the patient.			0 1 3
13	If stipulated in the national legislation, inform the patient about the possibility of stating his/her preferences of care in a written document (advanced directives) to be used in case s/he is no longer able to express his/her views or wishes (for instance, the choice of DNR orders or ICU admission). <i>(This guarantees respect for the patient's will and provides a solid argument in negotiations with caregivers in case of divergent perspectives)</i>	ESSENTIAL		
14	Allow enough time, even in silence, if necessary. Ask the patient if s/he needs more time to think or to consult with other family members. Pay attention to continuous communication (keep eye contact, show empathy, comprehension and respect for the patient's needs or views).			0 1 3
15	Ask the patient if s/he would like you to share the information with someone else (for instance, someone who is not present in the room).			0 1 5
16	Show availability for any further enquiry and inform the patient how to contact you again. The patient must perceive continuity of care. <i>(The care plan can be changed if required by the patient, while health care professional are open to redefining strategies if these are not respondent to the patient's current wishes)</i>			0 1 3
17	Recapitulate the most important issues concerning the future care plan. The patient must see that the situation is managed seriously and professionally. <i>(Uncertainty and complexity of clinical circumstances are managed in a consistent manner)</i>			0 1 5
18	Evaluate emotional status after the interview: <b>How do you feel now?</b> Ask if the patient has any final questions or worries. <i>(If yes, discuss all aspects creating worry or anxiety and propose a strategy to manage them)</i>			0 1 5
19	Take leave amiably.			0 1 3
<b>Total score: 60</b>			unfulfilled criterion	%
			partially fulfilled criterion	%
			completely fulfilled criterion	%

#### Selective references

Thomas K, Lobo B. Advance care planning in end of life care. Oxford University Press, 2010  
Randall F, Downie R. End of life choices. Oxford University Press, 2009

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	<b>Does aggressive treatment improve quality of life in end of life patients?</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults
<b>Intervention</b>	Aggressive treatment
<b>Comparator</b>	Follow-up by a Palliative Unit Care
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Quality of life, EOL preference decisions
<b>Methodology</b>	Cohort studies Retrospective observational study
<b>Extra</b>	Planned subgroup analysis: elderly patients, terminally ill patients supported by religious communities.

Studies: A retrospective observational study was included (N= 231) [1], a cross-sectional survey study (N= 2467) [2].

Indications: Early discontinuation of treatment decreases overall survival and does not improve the quality of life. However follow-up by a Palliative Care Unit decrease the aggressiveness of cancer treatment in elderly patients which improves the quality of care of the patients (duration of hospitalization and ICU admission during the last month of life) (1):

- PCC led to a change in the pattern of treatment administered in the last month of life with less cytotoxic therapy (OR = 0.27 CI 95 % 0.09–0.9, p = 0.02) and higher rates of oral agents being prescribed (OR = 3.8; 95 % CI 1.3–11.3, p = 0.014).
- Patients with PCC had a trend for a lower number of treatment lines being administered (1.9 vs 1.6; p = 0.133) and lower rate of imaging in the last 30 days (38.3 vs 28.6 %; p = 0.144).
- PCC did not decrease the duration of hospitalization or rates of ICU admissions in the elderly population (p > 0.05).

EOL care discussions were associated with fewer aggressive treatments.(2)

- Patients who reported discussing EOL-care preferences with their physicians were significantly less likely to prefer receiving CPR when life is in danger (AOR = 0.50, 95% CI = 0.36–0.69) and aggressive life-sustaining treatments at EOL, including ICU care (AOR (95% CI) = 0.70 (0.53–0.93)), cardiac massage (0.61 (0.41–0.91)), intubation (0.62 (0.44–0.86)), and mechanical ventilation support (0.58 (0.39–0.87)). (2)

### References:

1. Tarek Assi, Elie El Rassy, Tony Ibrahim, Tania Moussa, Aline Tohme, Fadi El Karak et al. The role of palliative care in the last month of life in elderly cancer patients. *Support Care Cancer*. October 2016.
2. Tzuh Tang S, Tsang-Wu L, Li Ni Liu, Chang-Fang Chiu, Ruey-Kuen Hsieh, Chun-Ming T. Physician–patient end-of-life care discussions: Correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients—a cross-sectional survey study.
3. Balboni TA, Balboni M, Enzinger AC, et al. Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. *JAMA Intern Med* 2013; 173:1109–17.



## TERMINAL PHASE MANAGEMENT

**Medical procedure**

**Scientific evidence**



## MEDICAL PROCEDURE

Although not regarded as a precise diagnostic, the end of life period (the last days of life) can be identified with a high probability in the clinical follow-up of patients. In such a situation, the main care to be provided in a multidisciplinary way concerns: providing patient comfort (personal hygiene, control of pain) and preserving his/her dignity and self-evaluation capacity (promoting a perspective of maintaining control even if choices are limited and losses must be accepted), minimizing depression, loneliness and fear.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Assess patient's condition ( <i>consciousness, movements, speech, breathing</i> ): <i>preserved vital functions</i> <input type="checkbox"/> ; <i>cardiopulmonary arrest</i> <input type="checkbox"/> (if yes, proceed to cardiorespiratory protocol) <b>Good morning/afternoon. My name is ..... I am your doctor / nurse.</b>				0 2 5
2.	<b>Can you tell me your name, please ..... And your date of birth ..... Thank you.</b> (This is done to avoid performing the procedure on the wrong patient as there may be several patients with the same name. Also, do not ask e.g. "Are you Mr. Smith?" to avoid receiving false confirmation from patients distracted by their symptoms or other reasons). In patients with difficult communication (confused, comatose etc.) check conformity between the data in the observation sheet and on the bracelet (at patient's wrist) in terms of patient identity.	ESSENTIAL			
3.	Evaluate the patient's speaking capacity. ( <i>weakness and difficult respiration associated with the effort of speaking suggest impending clinical death</i> )				0 1 3
4.	Inspect the patient's skin for mottling and the extremities for cyanosis and coldness. ( <i>slowing of circulation suggests impending clinical death</i> )				0 1 3
5.	Evaluate vital signs ( <i>if not recently assessed or if you consider appropriate because of changes in the clinical condition</i> : Heart rate, BP measurement $\pm$ pulseoximetry: HR ..... beats/min, BP ..... mmHg $\pm$ SaO <sub>2</sub> ..... %). ( <i>a weak pulse, low blood pressure and diminished oxygen saturation suggest impending clinical death</i> ) Decide in your team if oxygen administration is appropriate ( <i>maintaining a good oxygenation level can reduce symptoms – e.g. agitation</i> ) - refer to the procedure of oxygenotherapy				0 1 3
6.	Evaluate the patient's breathing ( <i>superficial / irregular / noisy breathing – death rattle - suggest impending clinical death</i> )				0 1 3
7.	<b>Do you breathe with difficulty?</b> ( <i>positioning the patient in bed in a sitting position – Fowler, favours easier breathing; positioning the patient on the side - lateral decubitus, favours gravitational drainage of oral secretions externally rather than aspiration into the lungs</i> )				0 1 3
8.	Listen to patient respirations and if you hear moist breathing reassure the family that the patient is not suffocating. Such breathing points to difficulties in eliminating associated abundant secretions. If possible, ask the patient: <b>Would you like to get rid of these abundant secretions that make breathing difficult?</b> ( <i>efforts in hydration and alimentation of the patient during the end of life period could generate loss in quality of life due to excessive bronchial secretions; the anorexia associated with terminal phases of life is in fact a protective mechanism</i> ). <b>We can help you get rid of them.</b> (Doctors usually prescribe substances that dry secretions and there is rarely a need to mechanically remove them using aspiration probes).				0 1 3



9.	Evaluate the patient's oral cavity in terms of presence of mucous membranes ( <i>an indirect sign of mouth respiration suggesting impending clinical death</i> )			0 1 3
10.	<b>Shall we open the window or ventilate the room to freshen the air a little bit?</b> ( <i>These simple interventions can increase the quality of life of a patient who encounters respiratory difficulties during the end of life period</i> ).			0 1 3
11.	Evaluate the patient's capacity for body movement in bed ( <i>reduced movements suggest impending clinical death</i> )			0 1 3
12.	Ensure that every two hours the patient changes position in bed by himself or with help. ( <i>to avoid development of pressure sores</i> ) - refer to the procedure of transferring patient in different positions in bed.			0 1 3
13.	Evaluate the swallowing process during eating of solid food or drinking liquids ( <i>swallowing disorders suggest impending clinical death</i> )			0 1 3
14.	Evaluate presence of digestive manifestations like nausea, loss of appetite, constipation, abdominal distension ( <i>presence of such manifestations suggests impending clinical death</i> )			0 1 3
15.	Ensure nutritional comfort for the patient ( <i>by offering the desired food, counteracting nausea with antiemetics if needed</i> ) - refer to the procedure of patient nutrition. Ensure family comfort regarding patient nutrition issues. ( <i>during this phase of the disease lack of nutrition does not produce suffering; instead, forceful alimentation can cause harm, e.g. by increasing tracheobronchial secretions which worsen dyspnoea and decrease quality of life</i> )			0 1 3
16.	Evaluate if urinary or faecal loss is present ( <i>incontinence of anal or urinary sphincters suggests impending clinical death</i> )			0 1 3
17.	<b>If you wish, we can help with your personal hygiene. Please tell us when exactly during the day it is better to have your bath.</b> ( <i>Asking the patient when to perform medical activities gives him/her power of decision, restoring some control over his life and reinforcing his dignity. Keep patient clean even if s/he is comatose to maintain dignity and for family comfort, if present at patient's bedside</i> )			0 1 3
18.	<b>Let us know at any time and we will help you with your hygiene</b> - refer to the procedures of patient bathing, oral care, grooming, bed linen replacement, wound management. ( <i>good patient hygiene helps them feel more comfortable with their end of life condition and reinforces their dignity</i> )			0 1 3
19.	Evaluate presence of sensorial disturbances ( <i>progressive decrease in sensorial perceptions suggests impending clinical death; hearing is generally the last sense to go</i> )			0 1 3
20.	Evaluate the patient's cultural and religious affiliation ( <i>this might include: the individual who needs to be informed about the patient's medical condition and who will subsequently brief the patient and other family members; any grieving process particularities; beliefs about burial / cremation, prolonging life through medical devices, necropsy, organ donation, last rites practices</i> )			0 1 3
21.	Look for legal papers with instructions previously drafted by the patient regarding end of life management ( <i>e.g. living will, health care power of attorney, organ donation agreement</i> ). Place a copy of said instructions in the patient's observation sheet for the use of relevant health care personnel.			0 1 3
22.	Ask family members: ( <i>assess family members' understanding and need of support knowledge</i> ) <b>Do you have any previous experience of someone close dying?</b> ( <i>asking family members or close persons could prove useful in optimizing their support during the patient's end of life period</i> )			0 1 3
23.	<b>Do you have any questions about what is going to happen during this</b>			0 2

	<b>period or at the time of the patient's death?</b> <i>(asking family members or close persons could prove useful in optimizing their support during the patient's end of life period)</i>			5
24.	<b>You might consider saying good bye to your ..... How would you like to do this?</b> <i>(asking family members or close persons could prove useful in optimizing their support during the patient's end of life period)</i>			0 1 3
25.	<b>Have you managed to look after yourself through this difficult period? Is there anyone available to help you at this time?</b> <i>(asking family members or close persons could prove useful in optimizing their support during the patient's end of life period)</i>			0 1 3
26.	<b>Are there any special rituals in your family that we should be aware of? Anyone you would like to entrust with taking care of all the aspects related to last rites?</b> <i>(asking family members or close persons could prove useful in optimizing their support during the patient's end of life period)</i>			0 1 3
27.	<b>Let us know when you wish to be visited by your close ones and by which of them in particular. We can also arrange for your pet to be brought over here.</b> <i>(asking patients to make choices gives them power of decision, restoring some control over their life and reinforcing their dignity)</i>			0 1 3
28.	<b>Which do you consider the most suitable location for your care: home, hospital, hospice? It is for you to decide as you see fit.</b> <i>(discussing with patient and family the proper location for further assistance gives them power of decision and keeps the patient's autonomy as long as possible while also reinforcing his/her dignity)</i>			0 1 3
29.	<b>Position yourself at eye level with the patient and at hand's reach.</b> <i>(in terms of nonverbal communication such positioning encourages the patient to be more inclined to talk).</i> <b>You look preoccupied. Would you like to talk about it? I'd like to better understand your concerns in order to be able to help you.</b> <i>(Patient availability to discuss his/her concerns can be facilitated by tactile contact – holding his/her hand, even providing a back massage).</i>			0 1 3
30.	<b>Would you care to talk some more about your medical condition with me or with somebody else?</b>			0 1 3
31.	<b>We could help you with controlling the pain if you wish. Please tell us when you feel pain and we will administer the appropriate treatment</b> - refer to the procedures of pain control. <i>(pain control helps the patient feel more comfortable with his/her end of life condition and reinforces his/her dignity)</i>			0 1 3
32.	Fill out the patient's medical record with all the details related to performing the procedure, including date and time.	ESSENTIAL		
33.	All steps must be taken for the patient's safety <i>(adjust the bed to a lower level and lift the lateral limiters)</i> . Make sure the patient can easily reach personal objects <i>(e.g. mobile phone, book, crossword puzzle etc.)</i> , glass of water and remote control for calling medical help.			0 2 6
<b>Total score: 100</b>		<input type="radio"/>	unfulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	partially fulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	completely fulfilled criterion	%

#### Selective references

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	<b>Is screening for psychological distress in end of life patients and their families efficacious?</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	Screening for psychological distress
<b>Comparator</b>	None
<b>Outcome</b>	Psychological outcomes Quality of life
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials

Indications: End-of-life patients

Discussions: Psychological distress is defined as a range of psychiatric disorders that can occur in terminally ill patients and their families, measured using various unidimensional or multidimensional scales (symptom report measures, psychometric screening, assessments of quality of life etc.) As the psychological morbidity can be up to 20%, being higher in metastatic cancer patients, approximately 50% of these issues are undetected. Distress in families in palliative care is currently conceptualised as a multi-dimensional construct but there appears to be little consensus as to how to capture and measure this construct.

Type of measurement	Sensitivity	Specificity
Single item interviews	54%-100%	67%-74%
VAS	72%	50%
Verbal Mood Rating Scale	80%	43%
Edinburgh depression scale	74%	71%
BEDS	72%	83%
Hospital anxiety and depression scale	74%	71%
General health questionnaire	Na	Na
Mood evaluation questionnaire	NA	NA
Beck depression inventory short form	79%	75%

Conclusions: Currently there is no study comparing psychiatric interview and other diagnostic tools for psychological distress. The unidimensional and multidimensional tools seem to provide a variable sensitivity and specificity for diagnosis. The evidence base regarding the efficacy of distress

### References:

Thekkumpurath P, Venkateswaran C, Kumar M, Bennett MI. Screening for psychological distress in palliative care: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2008;36(5):520.  
 Clare M Carolan<sup>1</sup>, Annetta Smith<sup>1</sup> and Liz Forbat<sup>2</sup> Conceptualising psychological distress in families in palliative care: Findings from a systematic review. Palliative Medicine 2015, Vol. 29(7) 605– 632  
 Parvez Thekkumpurath, Chitra Venkateswaran, Manoj Kumar, Michael I. Bennett, Screening for Psychological Distress in Palliative Care: A Systematic Review, Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 36 No. 5 November 2008

<b>Q2</b>	<b>What are the psychological variables related to the end of life? How the psychological variables impact on management of patients?</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	behavioral psychological symptom disorders
<b>Comparator</b>	none
<b>Outcome</b>	Efficacy Tolerability Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials cross-sectional survey

Studies: Systematic review, Cross-sectional survey, Review

Patients: Patients in palliative care, Patients in end of life

#### Indications

Repeated exposure to the patient's symptoms may contribute to CG habituation of the psychological distress that they might have initially experienced. Evaluating CGs of patients with a variety of chronic/advanced illnesses who have not yet engaged with formal end-of-life supports would be useful to compare their subjective experience. Another study limitation was the low endorsement rate of CG SI, which resulted in subsequent analyses being limited due to power issues. Low endorsement of CG SI may be attributable in part to the fact that SI was measured in the present study by a single item (i.e., item 9 on the PHQ-9). Although item 9 directly queries the presence of SI, providing face validity, its singularity restricts response variability and may not accurately capture the phenomenology of CG suicidality. For instance, SI is commonly experienced as passive, with fleeting suicidal thoughts (e.g., "What would it be like if I weren't here?"), and such rather inconspicuous thoughts may not be inferred as SI when an individual responds to PHQ- 9 item 9. Employment of broader suicidality measures that include suicide cognitions (i.e., ideation) and behaviors (Beck et al., 1974), as well as exploration of affective factors known to influence suicidality (e.g., Beck Hopelessness Scale; Wilkinson & Lynn, 2005), would better inform future studies aimed at understanding the nature of SI and behavior in this population. CGs' responses to open-ended questions would likely also shed light on this topic, offering support for future research employing qualitative or mixed methods. Furthermore, social desirability and/or concerns about what would happen if SI were endorsed might have prevented CGs who had experienced SI from accurately reporting their experiences, introducing the possibility that greater than 5.3% of our sample had experienced SI. In addition, CG psychiatric history was not assessed, which presents as a limitation to the current study's validity. It is possible that CGs with current or past depressive episodes have a skewed perception of their patient's symptom presentation, which reflects the CG's depressive perspective rather than the patient's symptomatology (1).

Compared with the volume of research examining pain, fatigue, and other physical symptoms during terminal illness, much less attention has been paid to psychological and spiritual issues—a pattern also observed by others. Only a few studies address psychological distress and related issues during the last weeks or months of life. In a significant number of these, investigators relied on the reports of surrogates rather than patients (3).

Family caregivers provide extensive help to dying individuals (e.g., Visser et al.,<sup>64</sup> Wolff et al.<sup>65</sup>) in a number of areas, including, for example: domestic chores;<sup>20</sup> household tasks and instrumental activities of daily living;<sup>7,66,67</sup> personal care and activities of daily living;<sup>20,67–69</sup> and medications



and symptom management. 7,67 The majority of studies identify caregiver support needs. Some use self-report scales that directly measure various support needs (e.g., Osse et al.<sup>70</sup>) or more particular needs (e.g., Kristjanson et al.<sup>71</sup> measured needs for night respite). Most often, however, need is inferred from (and conceptually equated with) various subjective and objective indicators of caregiving difficulty, burden, depression, mental and physical illhealth, and, to a lesser extent, barriers to service access, dissatisfaction with formal services, and a lack of informal support. In other words, authors often purport to assess and examine caregiver needs, yet operationalize the concept by relying on these other indicators. Further, not all studies clearly differentiate between patients' needs and family caregivers' needs, describing them as if they were similar. Lastly, the ways in which needs are described in such studies tends to imply that there are common needs for all caregivers, whereas Osse et al.<sup>70</sup> for example, note that despite some commonalities, there was considerable diversity in caregivers' individual needs (6).

### Conclusions

Ignoring these psychosocial variables and their complex interaction does not constitute a solution. The thoughtful practitioner will be mindful of the role of psychosocial variables in so far as they are thought to be relevant in a particular case. Gaps in the research base include insufficient attention to psychological and spiritual issues, the prevalence of psychiatric disorder and the effectiveness of the treatment of such disorders among dying persons, provider and health system variables, social and cultural diversity, and the effects of comorbidity on trajectories of dying.

### References

1. CHELSEY M. WILKES, KARLA T. WASHINGTON, WILLIAM M. PALMER, DEBRA PARKER OLIVER, GEORGE DEMIRIS, AND KEVIN CRAIG, Differential effects of patient symptom subtypes on informal hospice caregiver depression, *Palliative and Supportive Care* (2017), 1-10.
2. Daniel M. Doleys, Beth L. Dinoff, Psychological aspects of interventional therapy, *Anesthesiology Clin N Am*, 21 (2003) 767– 783
3. Linda K. George, Research Design in End-of-Life Research: State of Science, *The Gerontologist* Vol. 42, Special Issue III, 86–98
4. David Busolo, Roberta Woodgate, Palliative care experiences of adult cancer patients from ethnocultural groups: a qualitative systematic review protocol, *JB I Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 2015;13(1) 99 – 111
5. Lucy Selmana, Teresa Beynonb, Irene J. Higginsona and Richard Hardinga, Psychological, social and spiritual distress at the end of life in heart failure patients, *Curr Opin Support Palliat Care* 1:260–266: 2007
6. KI Stajduhar, L Funk, C Toye, GE Grande, S Aoun, CJ Todd, Part 1: Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published quantitative research (1998–2008) *Palliative Medicine*, 2010: 24(6) 573–593

<b>Q3</b>	<b>Can BHS (Beck Hopelessness scale) be used to identify palliative care patients with conception/suicidal behavior?</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults
<b>Intervention</b>	beck hopelessness scale
<b>Comparator</b>	none
<b>Outcome</b>	Psychological outcomes



## Methodology

Systematic reviews  
Randomized controlled trials

Studies: Meta-analysis; Review

Indication: Palliative care patients

## Discussions:

Depression is a major cause of psychological disability, being linked to increased suicidal behaviour. A particular interest is regarding the medically ill, especially the palliative care patients.

Current data show that the Beck Hopelessness Scale is a tool used in predicting suicide and self-harm. In one meta-analysis suggests a sensitivity of the scale of 0.77 and a specificity of 0.41, adding as a limitation the lack of standard cut-off point to identify a group of patients that would most likely benefit from treatment.

However, one study that applied the scale to terminally ill patients suggests that it may not accurately assess hopelessness and risk of self-harm at this particular group and an adapted scale may be more applicable.

Although the scale is considered a validated screening tool the study limitation is that it was mainly applied to general population.

## Conclusions:

Although BHS can be considered a useful tool in screening for suicidal behaviour in the general psychiatric and non-psychiatric population, it may have some limitations when it comes to palliative care population where, a more adapted scale may be more applicable.

There is not sufficient data to recommend a general utilization of the scale in this particular subgroup of patients.

## References

Abbey JG, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W. Hopelessness at the end of life: the utility of the hopelessness scale with terminally ill cancer patients. Br J Health Psychol. 2006;11(Pt 2):173.

Fan-Ko Sun, Chu-Yun Lu, Yun Shan Tseng Factors predicting recovery from suicide in attempted suicide patients Running head: Predictors of recovering from suicide, Journal of Clinical Nursing 2017

Jennifer G. Abbey<sup>1</sup>, Barry Rosenfeld<sup>1\*</sup>, Hayley Pessin<sup>2</sup> and William Breitbart, Hopelessness at the end of life: The utility of the hopelessness scale with terminally ill cancer patients, British Journal of Health Psychology (2006), 11, 173–183

Rüya-Daniela Kocalevent, Carolyn Finck, Mónica Pérez-Trujillo, Leon Sautier, Jödis Zill & Andreas Hinz, Standardization of the Beck Hopelessness Scale in the general population, Journal of Mental Health ISSN: 0963-8237 (Print) 1360-0567 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/ijmh20>

AN MCMILLAN<sup>1\*</sup>, S IMON GILBODY<sup>2</sup>, EMMA BERESFORD<sup>1</sup> AND LIZ NEILLY<sup>3</sup>, Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis, Psychological Medicine, 2007, 37, 769–778.



## PREVENTING THE PRESSURE ULCER REPOSITIONING

**Medical procedure**

**Scientific evidence**






PREVENTING THE PRESSURE ULCER

## MEDICAL PROCEDURE

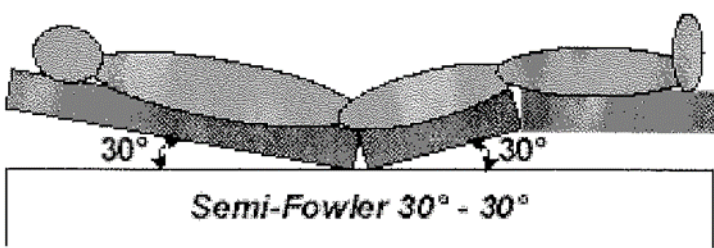
Prevention of pressure ulcers is essential to the wellbeing of (bedridden) palliative patients and constitutes one of the cornerstones of daily nursing practice. Effective prevention targets the etiology of pressure ulcers: pressure and shear forces. This results in four main principles of prevention:

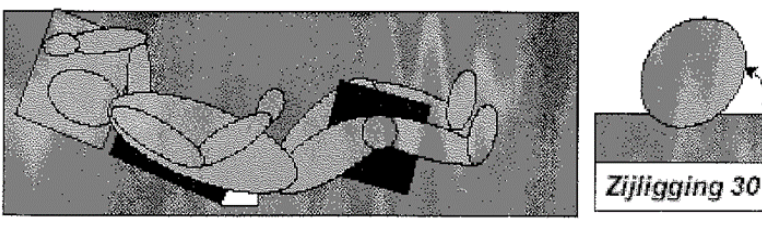
- Prevention by reducing the magnitude of the pressure and shear forces
- Prevention by reducing the duration of the pressure and shear forces
- Applying pressure-dispersing materials/ tools
- Nutrition and hydration

		Concept				P
<b>PREPARATION</b>						
1	Examine the patient's medical records: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Check the report on the risk of pressure ulcers: scores on BRADEN-scale or NORTON scale<sup>1</sup></li> <li>• Validate the timetable prescribed for position change</li> <li>• Check for any contraindications to position change</li> <li>• Check for the presence of any catheters or other devices that may complicate position change or that may require supplementary staff to ensure patient's safety</li> </ul>					0 4 9
2	Wash hands or put on clean medical gloves ( <i>only in case of tegumentary lesions of nurses' hands or of high infectious potential of the patient</i> ) as part of standard precautions.	<i>standard precautions</i>				0 2 5
3	Close the door and, if relevant, ensure a private space for changing the patient's position ( <i>curtains, screen, Occupied sign etc.</i> )	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5
4	Rapid evaluation of the presence of vital signs ( <i>presence of consciousness, movements, speech, breathing</i> ) <b>Hello. My name is .... I am the nurse who will change your position in bed (or in the chair).</b>	<i>Vital functions preserved <input type="checkbox"/>; cardiorespiratory arrest <input type="checkbox"/> (initiating medical measures - basic life support) - initiating the discussion</i>				0 2 5
5	<b>Could you please tell me your name? And your date of birth .... Thank you.</b>	<i>Conformity with the observation sheet for: Name: Date of birth:</i>	ESSENTIAL			
6	Put the bed in working position (appropriate height) and push the side rails down.	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
8	<b>I am now going to change your position to prevent</b>	<i>We explain to the patient</i>				0 2

	<p><b>pressure ulcers.</b> Pressure relief positioning needs to happen every 2hrs. Pressure relief positioning is only useful when done regularly, day and night, 7 days a week!</p>	<p>WHAT WE WILL DO Tell the patient how can CONTRIBUTE to the prevention</p>				5
--	--	--	--	--	--	---

#### PERFORMING POSITION CHANGE IN BED

9 a	<p>Pressure relief positioning needs to be combined with postures where the pressure is as low as possible. In practice this means that the supine position is best while the lateral position should be resorted to as little as possible.<sup>2</sup> Try to avoid positions that increase the pressure, such as the 90° lateral position or the semi recumbent position in bed, as these increase the pressure.<sup>3</sup> <b>Position patient in supine position:</b> Avoid placing the head of the bed higher than 30° and take care that the patient does not slide when sitting up in bed. The best supine position therefore is the <b>semi-Fowler</b>, where you place the head of the bed at a 30° angle and make sure that the patient's knees are slightly bent (30°)<sup>3</sup></p> 	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESSENTIAL
--------	--	--	-----------

9 b	<p><b>Position patient in lateral position:</b> In the lateral position the patient is turned at 30° to the mattress and his/her back is supported with a pillow placed at an angle of 30°. It is important that the butt crack (gluteal cleft) does not rest on the mattress. Pillows underneath the mattress do not create that effect.</p>  <p>A good scheme for pressure relief positioning is: semi-Fowler position 30° - Left lateral position 30° – semi-Fowler position 30° - right lateral position<sup>2</sup></p>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESSENTIAL
--------	--	--	-----------

#### PERFORMING POSITION CHANGE IN THE CHAIR

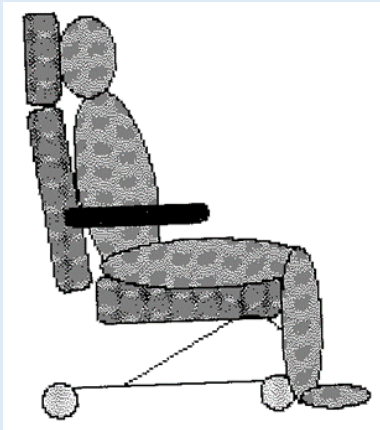
9	The pressure in the sitting position is a lot higher than		
---	---	--	--

YES ☐

NO

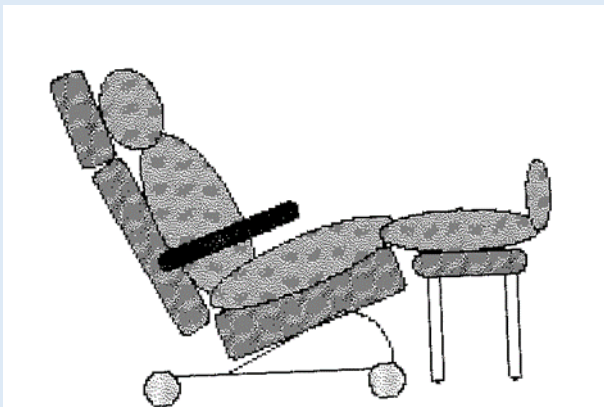
Exactly how often has not been investigated, but it is recommended that an hourly frequency of pressure relief positioning<sup>2</sup> should be observed. Limit the time of sitting up for patients with an increased risk of decubitus.

Position the patient in a position in which s/he can perform activities with minimal pressure or shear on the underlying tissues. Make sure the legs are at a 90° angle, with maximal support for the knees when sitting up straight. Place the feet on a foot stool if they do not touch the ground<sup>3</sup>.






YES ☐ NO ☐

In leaning back sitting make sure the legs are supported and the heels are hovering<sup>3</sup>. As the pressure is lowest in leaning back sitting, this position is preferred<sup>2</sup>.



As with pressure relief mattresses, the use of pressure relief pillows should make it possible to perform pressure relief positioning less frequently. As a rule, these are air pillows, foam pillows and gel pillows.<sup>2</sup>



AFTER CARE							
10	Make sure the bell (or other contact system) is within easy reach.	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3	
11	Tidy up the room, open curtains, remove covers.	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3	
12	Turn off the Occupied sign.	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3	
13	Sign in the patient's file for the position change manoeuvre.	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3	
14	Enter report in the patient's file.	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3	
15	Report verbally.	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3	
		Total score: 50		unfulfilled criterion	%		
				partially fulfilled criterion	%		
				completely fulfilled criterion	%		

#### Selective references:

Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs. 2006 Apr;54(1):94-110.

Poot E, Mintjes-De Groot J, Weststrate J, Van Der Eerden, L. & Adriaansen M. Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen. 2008, Houten: Bohn stafleu van Loghum.

Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Van Houdt, S., Vanwalleghem, G., Gryson, L., Heyman, H., Thyse, C., Toppets, A., Stordeur, S. & Van den Heede, K. Een nationale richtlijn voor decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 2012, 193A.D/2012/10.273/95.

## SCIENTIFIC EVIDENCE

Pressure ulcers commonly occur in patients who are elderly and/or less mobile, and carry significant human and economic impacts. Immobility and physical inactivity are considered to be major risk factors for pressure ulcer development and the manual repositioning of patients in hospital or long-term care is a common pressure ulcer prevention strategy. Often the repositioning of patients is combined with pressure-redistributing devices.

<b>Q1</b>	<b>What are the effects of repositioning on (the prevention of) pressure ulcers in adult patients?</b>
<b>Patients</b>	adults, regardless of risk or in-patient setting
<b>Intervention</b>	different repositioning regimens
<b>Comparator</b>	alternate schedules or standard practice pressure-redistributing devices
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Absence of pressure ulcers (any degree)
<b>Methodology</b>	Practice guidelines Systematic reviews

### Studies:

One practice guideline (2013)

One Cochrane systematic review (2014)

### Indications:

Immobility (in bed and/or wheelchair) and physical inactivity of adult patients

### Conclusion:

The lack of robust evaluations of repositioning frequency and position for pressure ulcer prevention mean that great uncertainty remains but it does not mean these interventions are ineffective since all comparisons are grossly underpowered [1,2].

### Recommendations:

- Repositioning is an integral component of pressure ulcer prevention and treatment; it has a sound theoretical rationale, and is widely recommended and used in practice [1].
- The use of pressure-redistributing devices (low-tech constant low pressure surfaces or high-tech support surfaces) is recommended for patients who have a pressure ulcer. Redistributing devices should be used in combination with regular repositioning [2].
- As clinical studies did not demonstrate the superiority of one pressure redistributing device over another (e.g. air-fluidised therapy, alternating-pressure mattress), decisions about which pressure redistributing device to use should be based on an overall assessment of the patient, including wound evolution and offloading possibilities, level of risk, comfort and general health state [2].

### References:

1. Gillespie BM, Chaboyer WP, McInnes E, Kent B, Whitty JA, Thalib L. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD009958.pub2
2. Beeckman D, Matheï C, Van Lancker A, Vanwalleghem G, Van Houdt S, Gryson L, Heyman H, Thyse C, Toppets A, Stordeur S, Van Den Heede K. A national guideline for the treatment of pressure

ulcers. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2013. KCE Reports 203. D/2013/10.273/30.

3. Gillespie BM, Repositioning for pressure ulcer prevention in adults (Protocol) *The Cochrane Library* 2012, Issue 7

<b>Q2</b>	<b>What is the most effective repositioning for preventing pressure ulcers in adults?</b>
<b>Patients</b>	adults, regardless of risk or in-patient setting
<b>Intervention</b>	30° tilt
<b>Comparator</b>	standard 90° position
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Prevention of pressure ulcers
<b>Methodology</b>	Systematic reviews

#### Studies:

One Cochrane systematic review comparing 30° tilt with the standard 90° position (2014).  
An economic analysis of repositioning for the prevention of pressure ulcers

#### Conclusions:

Current evidence is small in volume and at risk of bias and there is currently no strong evidence of a reduction in pressure ulcers with the 30° tilt compared with the standard 90° position or good evidence of an effect of repositioning frequency [1]

Repositioning every 3 hours, using 30° tilt, has been shown to be more effective in less costly in terms of nurse time compared with standard care [2].

Repositioning individuals at risk of pressure ulcer development makes both economic and clinical sense, thereby supporting the EPUAP/NPUAP 2009 guidelines [2].

#### References:

1. Gillespie BM, Chaboyer WP, McInnes E, Kent B, Whitty JA, Thalib L. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD009958.pub2
2. Moore Z, Cowman S, Posnett J. An economic analysis of repositioning for the prevention of pressure ulcers. *J Clin Nurs*. 2013 Aug;22(15-16):2354-60.DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04310.x
3. Tayyib, N. and F. Coyer (2016). "Effectiveness of Pressure Ulcer Prevention Strategies for Adult Patients in Intensive Care Units: A Systematic Review." *Worldviews on Evidence-Based Nursing* **13**(6): 432-444.
4. Gillespie BM, Repositioning for pressure ulcer prevention in adults (Protocol) *The Cochrane Library* 2012, Issue 7

<b>Q3</b>	<b>Does structured use of risk assessment tools reduces the number of pressure ulcers?</b>
<b>Patients</b>	Patients in any health care setting
<b>Intervention</b>	Structured, systematic pressure ulcer risk assessment tools
<b>Comparator</b>	Unstructured pressure ulcer risk assessment; no formal risk assessment
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: incidence of new pressure ulcers of any degree
<b>Methodology</b>	Systematic reviews

Use of pressure ulcer risk assessment tools or scales is a component of the assessment process used to identify individuals at risk of developing a pressure ulcer. The use of a risk assessment tool is recommended by many international pressure ulcer prevention guidelines, however it is not known whether using a risk assessment tool makes a difference to patient outcomes.

#### Studies:

Two Cochrane systematic reviews

#### Conclusions:

To date, there are no studies to suggest that the use of risk assessment tools, reduces the number of new pressure ulcers that develop [1]. However, interventions relating to hospital nurse staffing models may improve some patient outcomes, particularly the addition of specialist nursing and specialist support roles to the nursing workforce. Butler et al. (2011) found that the addition of specialist nurses to nursing staff is likely to result, amongst other outcomes, in reductions in new pressure ulcers [2].

#### References:

1. Moore ZEH, Cowman S. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD006471.pub3
2. Butler M , Collins R, Drennan J, Halligan P, O'Mathúna DP, Schultz TJ, Sheridan A, Vilis E. Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD007019.pub2
3. Tayyib, N. and F. Coyer (2016). "Effectiveness of Pressure Ulcer Prevention Strategies for Adult Patients in Intensive Care Units: A Systematic Review." *Worldviews on Evidence-Based Nursing* **13**(6): 432-444.
4. Gillespie BM, Repositioning for pressure ulcer prevention in adults (Protocol) *The Cochrane Library* 2012, Issue 7



## EVALUATING PATIENTS' AWARENESS LEVEL OF THEIR ILLNESS

**Medical procedure**

**Scientific evidence**



EVALUATING PATIENTS' AWARENESS LEVEL OF THEIR ILLNESS



## MEDICAL PROCEDURE

“Communication is not what is told but what is understood”, and for that reason it should never be considered something “de facto”, but always an evaluation in progress. Even if told about their condition, patients facing a life threatening illness might not fully understand its severity. This does not refer only to the initial diagnosis but it is also an on-going process as the illness advances. Assessing awareness of the illness is important in establishing how the patient copes with the situation, his/her preferences and capacity for decision-making and his/her needs for information in order to be further involved in the care plan. For the discussion to take place the patient must be conscious and possess enough cognitive skills to process information and join in shared decision-making.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Assess the patient's condition ( <i>consciousness, movements, speech, breathing</i> ): <i>preserved vital functions</i> <input type="checkbox"/> ; <i>cardiopulmonary arrest</i> <input type="checkbox"/> (if so, proceed to cardiorespiratory protocol)				0 2 5
2.	Introduce yourself to the patient. <b>Hello, I am doctor... and she is my colleague, nurse .... And you are?</b> Wait for the patient to say his/her name. <i>Avoid expressions such as "Are you Mr/Ms Smith?" which could generate a false confirmation through an automatic "yes" that could come from a patient distracted by his/her symptoms or by previous discussions with the medical staff.</i>	ESSENTIAL			
3.	Ensure a private and safe environment for the discussion ( <i>room with one bed, curtains, paravans etc.</i> ) Use empathic communication - refer to the procedure of active listening and empathic communication.				0 1 3
4.	Evaluate the patient's speaking capacity ( <i>in case of weakness or difficult respiration associated with the effort of speaking, reduce the patient's speaking as much possible by doing most of the speaking yourself and simply asking him/her to confirm</i> )				0 1 3
5.	Assess the patient's cognitive skills <b>Can you tell me what day is today? What time is it? Where are we?</b> ( <i>evaluation of the patient's cognitive skills is relevant in order to understand if s/he retains adequate orientation related to time, space and self-perception. This helps assess the patient's capacity and awareness of the consequences of his/her clinical circumstances and decision- making processes</i> )				0 2 5
6.	Assess the patient's decision-making capacity. <b>Can you tell me how much you understand about your illness?</b> ( <i>A patient who can explain what is happening possesses sufficient understanding and memory to make a decision</i> )				0 2 5
7.	Assess the patient's attitudes. <b>Which of the available therapeutic alternatives do you prefer?</b> ( <i>This is meant to assess the patient's insight and understanding of his/her clinical circumstances, to balance risks and benefits, and to evaluate treatment consequences in order to make a decision</i> )				0 2 5
8.	<b>Have you been seen by other specialists for your current medical condition? What have they told you about your illness?</b>				0 1 3
9.	<b>Could you please write down your diagnostic using your own words?</b>				0 1 3
10.	<b>Do you think you would need more information to better understand your diagnostic? I am here to provide all the necessary information. -</b> refer to the procedure for communicating the diagnosis of severe illness (bad news).				0 1 3

11.	Do you have an understanding of how your medical condition will evolve?			0 1 3
12.	You complained about various things in the last three days. Which of these do you consider to be associated with the diagnostic you have just written down?			0 1 3
13.	Are you concerned or do you have any fears of possible evolutions related to your diagnostic?			0 1 3
14.	Fill out the patient's medical file with all the details related to performing the procedure, accidents, complications - as the case may be, date and time.	ESSENTIAL		
15.	All steps must be taken for the patient's safety ( <i>adjust the bed at an inferior height level and lift the lateral limiters</i> ). Make sure the patient can easily reach personal objects ( <i>e.g. mobile phone, book, crossword puzzle etc.</i> ), the glass of water and the remote control for calling medical help. Give details about the medical schedule to follow and the time when the patient will be re-examined).			0 3 6
<b>Total score: 50</b>		<input type="radio"/>	unfulfilled criterion	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	partially fulfilled criterion	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	completely fulfilled criterion	<b>%</b>

#### Selective references

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Baek SK, Kim S, et al. Effect of advanced cancer patient's awareness of disease status on treatment decisional conflict and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean perspective cohort study. Support Care Cancer 2012; 20:1309-1316

Tang ST, Liu T, et al. Physician-patient end-of-life care discussion: correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients- a cross-sectional survey study. Palliative Medicine 2014; 28(10): 1222-1230.

Scott Finlayson C, Chen YT, Fu MR. The impact of patients' awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997-2014. Palliative Care Review 2014;17(10): 1-11.

Wallace CL. Family communication and decision making at the end of life: a literature review. Palliative and Supportive Care 2015; 13:815-825

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	<b>What are indications for cognitive assessment in palliative care patients?</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults
<b>Intervention</b>	Assessment cognitive
<b>Comparator</b>	None
<b>Outcome</b>	Adherence to treatment of patient Quality of life
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials

### Conclusions

The feasibility and impact of a brief psychosocial and educational strategy, which is based on CBT, will be evaluated in patients with advanced cancer who start palliative chemotherapy to determine whether the patients will be in a better condition when assessed for the first time by a PC team. We believe that the benefits of psychological intervention shall be synergistic to secondary emotional benefits from the early integration of PC. Therefore, this study will evaluate a new strategy for the transition into PC. Furthermore, the inclusion of early PC with or without a brief psychosocial and educational strategy will be compared to standard oncological care in a control arm (first-line palliative chemotherapy) in which patients are referred to PC by the attending physician. This study aims to confirm this benefit and to examine whether the psychosocial and educational strategy can reduce depression symptoms over time. (1)

We employed an in-depth retrospective chart review to collect data on patient demographics, self-reported substance use, medical and psychiatric history. Cognitive impairment was diagnosed according to the nosology for HIV-Associated Neurocognitive Disorders (Antinori et al., 2007). (2)

Table 3. Reason for admission ( $n=83$ ).

Reason for admission	General admission ( $n=61$ )		Respite admission ( $n=22$ )	
	Frequency*	Percentage	Frequency*	Percentage
Supportive care/medical focus	51	83.6	21	95.5
ART adherence support	11	18.0	6	27.3
End of life care	9	14.8	0	n/a
Supportive care/psychosocial focus	7	11.5	5	22.7
Caregiver relief	1	1.6	3	13.6

Note: \*Patients could be admitted for more than one reason.

### Recommendations for practice:

Make an assessment of the patient's ability to understand, asking support from family, support staff and colleagues in intellectual disability services if in doubt.

Use short, simple explanations and pictures (such as those in the 'Books Beyond Words' series, see below), and demonstrations (such as showing the patient round the clinic beforehand).

Involve close carers, including family and paid staff, in decisions around disclosure. However, avoid collusion with carers who maybe over-protective.

Support family and carers. They may be highly distressed by the illness. If they are the ones to break bad news, check they know the facts and understand the situation. Offer to support them in their task.

Create opportunities for the patient to ask questions. Many people with intellectual disabilities do not ask, or hide their lack of understanding. Answer any questions or concerns honestly and simply. 'Books Beyond Words' is a series of picture books that has been developed to make communicating easier for people with learning disabilities, and to enable discussion about difficult topics. Useful titles include 'Am I going to die?' by S. Hollins and Tuffrey-Wijne, 2009 (based on the study in this paper, it tells the story of a man who has learning disabilities and who is dying. The pictures follow him in his illness and in his final days) and 'Getting on with cancer' by Donaghey et al. (2002) (which tells the story of a woman who is diagnosed with cancer, and then has surgery, radiotherapy and chemotherapy). Available from [www.rcpsych.ac.uk/publications/booksbeyondwords.aspx](http://www.rcpsych.ac.uk/publications/booksbeyondwords.aspx) (3)

#### References:

Tuffrey-Wijne I, Bernal J, Hollins S. Disclosure and understanding of cancer diagnosis and prognosis for people with intellectual disabilities: findings from an ethnographic study. *Eur J Oncol Nurs*. 2010 Jul;14(3):224-30. doi: 10.1016/j.ejon.2010.01.021.

Bernat-Adell MD, Ballester-Arnal R, Abizanda-Campos R. Is the critical patient competent for decision taking? Psychological and psychopathological reasons of cognitive impairment. *Med Intensiva*. 2012 Aug-Sep;36(6):416-22

Tay LH, Hegney DG, DNurs EA. A systematic review on the factors affecting effective communication between registered nurses and oncology adult patients in an inpatient setting. *JB Lib Syst Rev*. 2010;8(22):869-916. NO FULL TEXT

Thamires Monteiro do Carmo<sup>1</sup>, Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva<sup>1,2</sup>, Milena Ruas de Siqueira<sup>1</sup>, Luciana de Toledo Bernardes da Rosa<sup>3</sup>, Cleyton Zanardo de Oliveira<sup>1,2</sup>, Maria Salete de Angelis Nascimento and Carlos Eduardo Paiva, A phase II study in advanced cancer patients to evaluate the early transition to palliative care (the PREPArE trial): protocol study for a randomized controlled trial. *Trials* (2015) 16:160

Mark Halman, Soo Chan Carusone, Sarah Stranks, Nicole Schaefer-McDaniel & Ann Stewart Complex care needs of patients with late-stage HIV disease: A retrospective study, *AIDS Care*, 26:3, 320-325,

<b>Q2</b>	<b>The psychodynamic in these cases is routinely used or is used by clinician in a discretionary approach?</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	Psychodynamic intervention prescription
<b>Comparator</b>	None
<b>Outcome</b>	Efficacy Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Descriptive study

## Extra

Kallergis G. Informing cancer patient based on his type of personality: The self-sacrificing patient. J BUON. 2015 Mar-Apr;20(2):645-9.

## Conclusions

Highly distressed cancer patients and their partners showed a decrease in distress. Such a decrease in psychological distress in the first year for initially highly distressed patients and relatives may justify the implementation of psycho-oncological services for clinical reasons since patients use this service regularly which can be seen as a need for such an intervention [1].

**Table 2** Psycho-oncological treatment effects for highly distressed patients and partners (pre-post change)

	Baseline [M (SD)]	12 months [M (SD)]	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	[95 % CI]
<b>Patients<sup>a</sup></b>						
Anxiety	8.48 (3.79)	7.18 (4.24)	6.26	0.01	0.32	0.05–0.58
Depression	7.45 (3.69)	5.38 (4.18)	13.58	0.001	0.52	0.21–0.83
Distress	15.94 (6.61)	12.56 (7.89)	12.04	0.001	0.46	0.18–0.74
Psychopathology	1.18 (0.68)	0.97 (0.71)	3.84	0.05	0.30	0.00–0.59
<b>Partners<sup>b</sup></b>						
Anxiety	11.56 (4.70)	9.47 (4.45)	7.15	0.01	0.45	0.07–0.83
Depression	7.87 (3.86)	6.63 (3.94)	4.03	0.06	0.31	–0.01–0.65
Distress	19.43 (7.78)	16.09 (7.81)	6.20	0.02	0.42	0.05–0.80
Psychopathology	1.45 (1.06)	1.21 (1.10)	2.65	0.12	0.22	–0.05–0.50

*M* mean, *SD* standard deviation, *F* *F* value, *p* *p* value, *ES* effect size, *CI* confidence interval

<sup>a</sup>*n* patients = 37

<sup>b</sup>*n* partners = 16

**Table 3** Equivalence of control group (CG) and treatment group (TG) before and after matching procedure

	CG <i>M</i> (SD)	TG <i>M</i> (SD)	<i>p</i>	CG <i>M</i> (SD)	TG <i>M</i> (SD)	<i>p</i>
<b>Patients</b>						
	Before matching <sup>a</sup>			After matching <sup>b</sup>		
Anxiety	4.84 (3.53)	6.95 (4.12)	0.01	5.70 (3.41)	6.36 (3.75)	0.45
Depression	4.37 (3.56)	5.90 (3.90)	0.01	4.82 (3.31)	5.06 (3.42)	0.77
Distress	9.21 (6.39)	12.85 (7.53)	0.01	10.52 (5.78)	11.42 (6.79)	0.56
Psychopathology	0.64 (0.54)	0.94 (0.64)	0.01	0.77 (0.63)	0.82 (0.57)	0.74
<b>Partners</b>						
	Before matching <sup>c</sup>			After matching <sup>d</sup>		
Anxiety	7.10 (4.09)	9.56 (4.46)	0.01	8.27 (4.18)	8.87 (3.67)	0.61
Depression	5.78 (4.42)	6.68 (3.99)	0.25	6.45 (4.58)	6.09 (3.83)	0.77
Distress	12.88 (8.16)	16.24 (7.94)	0.02	14.73 (8.46)	14.96 (7.27)	0.92
Psychopathology	0.84 (0.62)	1.12 (0.87)	0.04	1.05 (0.70)	1.06 (0.87)	0.97

<sup>a</sup>CG *n* patients = 92;  
TG *n* patients = 94

<sup>b</sup>CG *n* patients = 33;  
TG *n* patients = 33

<sup>c</sup>CG *n* partners = 60;  
TG *n* partners = 57

<sup>d</sup>CG *n* partners = 22;  
TG *n* partners = 23



**Table 4** Psycho-oncological intervention effects of psycho-oncological intervention (TG) compared to persons without treatment (CG) in moderately distressed patients and partners: completer analyses

	Group	Baseline	12 months	ANOVA <sup>a</sup>				ES	[95 % CI]
		[ <i>M</i> (SD)]	[ <i>M</i> (SD)]	Time		Time × group			
				<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>		
Patients <sup>b</sup>									
Anxiety	CG	6.58 (3.48)	5.00 (3.00)	2.38	0.13	0.02	0.82	-0.04	-0.64-0.55
	TG	5.96 (3.83)	4.83 (4.27)					0.27	-0.15-0.71
Depression	CG	4.11 (2.94)	3.63 (3.04)	4.75	0.03	0.04	0.83	0.31	-0.29-0.91
	TG	4.83 (3.55)	4.67 (3.63)					0.04	-0.40-0.49
Distress	CG	10.68 (6.07)	8.63 (5.71)	3.97	0.05	0.00	0.99	0.13	-0.47-0.73
	TG	10.79 (6.94)	9.50 (7.47)					0.17	-0.25-0.61
Psychopath	CG	0.94 (0.76)	0.67 (0.50)	1.08	0.30	1.91	0.17	0.16	-0.44-0.76
	TG	0.73 (0.49)	0.76 (0.61)					-0.05	-0.48-0.38
Partners <sup>c</sup>									
Anxiety	CG	7.17 (3.12)	4.75 (3.16)	0.24	0.62	0.02	0.88	0.77	0.13-1.40
	TG	8.67 (3.75)	6.97 (3.74)					0.45	-0.05-0.96
Depression	CG	4.83 (3.32)	3.25 (2.52)	0.08	0.93	0.40	0.53	0.53	-0.05-1.12
	TG	5.53 (3.44)	4.93 (3.61)					0.17	-0.32-0.66
Distress	CG	12.00 (6.03)	8.00 (5.42)	0.04	0.83	0.16	0.68	0.69	0.08-1.31
	TG	14.20 (7.00)	11.91 (7.14)					0.32	-0.17-0.82
Psychopath.	CG	0.80 (0.55)	0.39 (0.30)	0.09	0.76	1.52	0.22	0.92	0.19-1.65
	TG	0.83 (0.53)	0.72 (0.50)					0.21	-0.34-0.76

<sup>a</sup> Covariate: gender

<sup>b</sup> CG n patients = 19; TG n patients = 24

<sup>c</sup> CG n partners = 12; TG n partners = 15

#### References:

Kallergis G., Informing cancer patient based on his type of personality: The self-sacrificing patient. J BUON. 2015 Mar-Apr;20(2):645-9.

Barth J1, Delfino S, Künzler A. Naturalistic study on the effectiveness of psycho-oncological interventions in cancer patients and their partners. Support Care Cancer. 2013 Jun;21(6):1587-95. doi: 10.1007/s00520-012-1700-8. Epub 2013 Jan 10.

Alun Jones Death, poetry, psychotherapy and clinical supervision (the contribution of psychodynamic psychotherapy to palliative care nursing)\* Journal of Advanced Nursing, 1997, 25, 238-244

<b>Q3</b>	<b>It takes into account the presence of psychopathological evaluation of disease awareness? The POMS (Profile moods) could be useful?</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults
<b>Intervention</b>	POMS
<b>Comparator</b>	None or not POMS
<b>Outcome</b>	Quality of life.
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials

## References

Weston SJ, Jackson JJ. How do people respond to health news? The role of personality traits. *Psychol Health*. 2016 Jun;31(6):637-54. doi: 10.1080/08870446.2015.1119274.

Richard J Portera , Lucy J Robinsonb , Gin S Malhic,d and Peter Gallaghery, The neurocognitive profile of mood disorders – a review of the evidence and methodological issues *Bipolar Disorders* 2015: 17 (Suppl. 2): 21–40

## Conclusions

Research into neurocognitive deficits in mood disorder is well advanced, to the point of there being multiple meta-analyses in different clinical groups. These consistently demonstrate broad, significant differences in multiple cognitive domains/processes, but not a distinct profile. As we have reviewed here, there are numerous factors that may impact cognitive function which contribute to heterogeneity. These include (i) clinical features such as age, stage of illness, and comorbidity; (ii) methodological factors such as cognitive test sensitivity and reliability; (iii) statistical and conceptual differences; and (iv) even unseen individual factors such as engagement, self-esteem, motivation to testing, or sensitivity to perceived feedback. Together this raises the question as to whether it is conceptually flawed to consider the notion of a single cognitive profile of major depression or BD. Recently there have been significant moves away from simple categorical diagnostic concepts towards a dimensional characterisation of mood disorder (e.g., the NIHM RDoC initiative) in which it may be possible to characterise specific cognitive endophenotypes (1).



## MAPPING THE PATIENT'S NETWORK

**Medical procedure**

**Scientific evidence**



## MEDICAL PROCEDURE

In parallel with physical and psychological factors, the social network constitutes an important resource in designing the care plan and assessing its sustainability. Health care professionals, peers and relatives need to be considered an important support for therapeutic strategy implementation and success.



P

1	Enter and introduce yourself amiably: <b>Good morning. How are you feeling today?</b> (Give the patient enough time to answer)			0 1 3
2	Ensure a private, comfortable space for the interview. <i>(It is important to avoid interruptions and ensure confidentiality)</i>			0 1 3
3	Ask the patient how s/he feels: <b>Do you have any pain, complaint or specific worry?</b> <i>(Identifying the patient's needs will help to assess the available social network and its potential benefit for the patient)</i>			0 1 3
4	<i>(Introduce the reason for the meeting to avoid any misunderstanding)</i> Explain the aims of the interview: <b>I would like to learn more about your family and friends. Would you mind if we talked some time about these and other social aspects?</b>			0 1 3
5	Use active listening and empathic communication <i>(Active listening and a dialogic approach are important in understanding the patient's preferences)</i>			0 1 3
6	Adapt your language to the social, cultural and education level of the patient, while maintaining true and comprehensible messages. <i>(In view of their potential contribution to the implementation of the care plan, personal values and the cultural background play an essential role in the analysis of the patient's social network)</i>			0 1 3
7	Information about the patient's current living quarters: <b>Where do you live? Who do you live with?</b> <i>(The answer is relevant in order to select a future care location and enhance the patient's network participation)</i>			0 1 3
8	Information about the patient's family: <b>Tell me more about your family and their involvement and support during your illness. (other prompting questions) Do you have a spouse? Do you have children? Where do they live? What kind of relationship do you have with them?</b> <i>(As the social network can be extended to several persons, the aim of the discussion is to help identify who and where can provide the best care to the patient)</i>			0 1 6
9	<b>Who is your main caregiver?</b>	ESSENTIAL		
10	Information about the patient's social relationships: <b>Do you have good friends? Who are they? Do you feel supported by them in these moments?</b>			0 1 3
11	Information about the patient's professional life: <b>Did you have a job at the time of the diagnosis? What kind of job? How long had you been doing that? Do you like your work? How has the illness impacted</b>			0 1 3

	<b>your financial security?</b> <i>(Verify the patient's social context and consider available options to include some recreational activity in order to build confidence and meaningful contact with others)</i>			
12	Information about hobbies: <b>What do you like to do in your free time?</b> <i>(It could be a good idea to involve a friend and share some recreational activity)</i>			0 1 3
13	Information about spiritual beliefs: <b>Are you a believer? Do you practise any kind of religion?</b> <i>(Cultural and religious needs are a significant aspect in palliative care for both patient and family. It is important to consider this in order to facilitate access to any ritual or contact with people sharing the patient's values system and cultural background)</i> - Refer to the spiritual assessment procedure.			0 1 3
14	Information about other interests: <b>What else do you like to do?</b> <i>(Be open to personalizing the care plan)</i>			0 1 3
15	Information about the emotional state of the patient's close ones. For instance, <b>How do you think your spouse is coping with your illness in these moments?</b> <i>(This helps explore the relatives' needs and facilitate empathic interaction with relatives and significant others)</i>			0 1 3
16	In your situation, <b>do you think you have enough support and assistance in your daily life? Do you need any support regarding equipment or any adjustment in your home environment to help you be as autonomous as possible?</b> <i>(Assess the current situation in order to improve patient support and find new solutions, if needed)</i>			0 1 3
17	<b>What worries you the most right now?</b>	ESSENTIAL		
18	<b>Do you feel alone?</b> <i>(Coming after the discussion and all the information collected, the answer will help you understand if a structured intervention to improve the patient's comfort needs to be implemented)</i>			0 1 3
19	Evaluate the patient's emotional status after the interview: <b>How do you feel now?</b> Ask if the patient has any final questions or worries. <i>(This helps to verify the patient's awareness of his/her circumstances)</i>			0 1 3
20	Write in the summary of your conversation using the patient's family tree or, at the very least, mentioning the main caregiver .			0 1 3
21	Take leave amiably.			0 1 3
Total score: 60		<input type="radio"/>	unfulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	partially fulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	completely fulfilled criterion	%

#### Selective references

Jarret N, Porter K, et al. The networks of care surrounding cancer palliative care patients. *BMJ Supportive and Palliative Care* 2015; 5: 435-442.

Sallnow L, Richardson H, et al. The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review. *Palliative Medicine* 2015; 30(3): 200-211.



## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	<b>Is beneficial for terminally ill patients to involve general practitioner in an integrated palliative care model?</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	Involving GPs in palliative care
<b>Comparator</b>	Standard care
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: Quality of life Symptom burden
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	Planned subgroup analysis

### Studies:

A systematic review was included (No studies= 17, N=2.434)

### Indications:

- Engaging the GPs in palliative care with relevant specialized secondary services is effective and provides positive outcomes for the patients: pain management, symptom control and functional status (1).
  - Shared care were both effective in reducing hospitalisations and in significantly ( $p<0.05$ ) reducing the length of hospital stay.
  - GP engagement in the integration of primary and secondary services in the provision of palliative care, studies showed a significant decrease in number of hospital admissions ( $p=0.0069$ ;  $p=0.001$ ).
  - Performance status was measured via self-report surveys, significant improvement ( $p=0.015$ ) accrued for those receiving integrated care.
  - Quantitative studies showed no measured improvement in quality of life or symptom burden.**
  - Survey of GPs also found improved pain management, symptom control and increased security for patient and family.

### Comments:

It requires an effective communication between the GP and the specialist secondary service (1). Although, the long-term sustainability of an integrated approach to palliative care provision between primary and secondary care has yet to be investigated.

### Conclusions:

No measured improvement in quality of life or symptom burden.

#### References:

1. Carmont S, Mitchell G, Senior H, Foster M. Systematic review of the effectiveness, barriers and facilitators to general practitioner engagement with specialist secondary services in integrated palliative care. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2017; 0:1–15.

<b>Q2</b>	<b>Does decision making for end of life assistance should be done alone or with family support?</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults Children in a palliative facility
<b>Intervention</b>	Shared decision making
<b>Comparator</b>	Alone decisions
<b>Outcome</b>	Core outcome measures: The effects of SDM intervention QOL
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	Planned subgroup analysis Children

#### Comments

Courts have found that competent adults have the right to refuse or discontinue medical interventions. For incompetent adults and children, decisions are made by a surrogate. In the absence of an advance directive or documentation of goals of care, the surrogate, in collaboration with the medical team, determines a plan of care, including decisions about end-of-life care. When issues of medical futility occur, attempts to work with patients and their families should be undertaken, but if the dispute cannot be resolved, a transfer in care may be the only option. (*Crit Care Nurse* October 2011, vol. 31 no. 5 64-69).

#### Studies:

- One systematic review was included (No of studies= 10, N= 438)
- One systematic review was included ((no 17 – 6 with cancer, n=688)
- 2 Observational studies (N= 43, and n=436)

#### Indications:

1. The presence of family members at the time of death when compared to patients who died alone is an indicator for greater presence of do not resuscitate (DNR) orders, documentation of withdrawn treatments, and use of pain medication prior to death (1).
2. Family involvement increases the use of comfort care within the hospital for dying patients, also implying that family members play a role in making these decisions (1,4).

3. In paediatric oncology the decision to start a particular treatment does not leave much room for deliberation, which may explain the finding that although treatment is discussed, treatment-related decisions are usually not discussed (2). Studies that helped children to participate in decision-making with parents and healthcare staff were not found (2).

4. Companion/family involvement is only reported in small number of eligible decision aids articles (6 studies from the systematic review). As family presence in medical consultations is associated with clinician's enhanced willingness to provide additional biomedical information, similar benefits may derive from the inclusion of a companion in the decision at the EOL (6).

#### Comments:

- The support instructions or structure of the decision-making process were missing in half the studies (6).
- Promoting excellent communication between physicians and family members is one way to lessen caregiving burdens. Group decision making among a family was preferred over use of an individual surrogate, indicating the need for communication between family members. pen family communication was found to be an indicator for improved congruence in care preferences between terminally ill patients and their caregivers (1).
- Several randomized controlled studies found that participants in the intervention group had statistically significantly reduced state anxiety scores after receiving the prospective social skills training intervention in addition to normal school reintegration (5).
- Given the sensitivities of end-of-life, self-administered DAs are inappropriate in this context and genuine informed decision-making cannot happen while those gaps in the usual care remain (6).

Conclusions: Shared decision making at the end of life are generally acceptable by users, and appear to increase knowledge and reduce decisional conflict but this effectiveness is mainly based on low-level evidence (6).

#### References:

1. Wallace C et al. Family communication and decision making at the end of life: A literature review. Palliative and Supportive Care (2015), 13, 815–825.
2. Wiedering B, Noordman J, Tates Kiek, Zwaanswijk, Elwyn G, De Bont E, Beishuizen et al. Sharing decisions during diagnostic consultations; an observational study in pediatric oncology. Patients Education and Counselling 99 (2016): 61-67.
3. Ranmal R, Prictor M, Scott JT. Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer (Review) !!!
4. Xiaoli Gu End-of-life decision-making of terminally ill cancer patients in a tertiary cancer center in Shanghai, China Support Care Cancer (2016) 24:2209–2215
5. Ranmal R, Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD002969.
6. Magnolia Cardona-Morrell, A systematic review of effectiveness of decision aids to assist older patients at the end of life, Patient Educ Couns. 2016 Oct 11. pii: S0738-3991(16)30457-



## ADDRESSING THE CAREGIVER'S NEEDS

**Medical procedure**

**Scientific evidence**



## MEDICAL PROCEDURE

Palliative care is about support for patients and their families or significant others during the illness, and for families also at the time of bereavement. In order to provide efficient support, the needs of the caregivers have to be assessed. Caregivers are usually family members, but they can include any person that the patient considers significant.

				P
1	Enter and introduce yourself amiably: <b>Good morning. I am Dr. XXX, I am the YYY (hematologist, oncologist, or any other) of your relative. Could you please tell me who you are and how you are related to the patient?</b>			0 1 3
2	<b>How are you feeling today?</b> (Allow enough time for the person to answer) <i>(Perceiving the caregiver's mood from the beginning helps you understand if this is the right moment to tackle the subject)</i>			0 1 3
3	Ask open questions to establish initial rapport with the caregiver: <b>Mr/Ms X, would you mind if we talked some time? Are there any specific concerns you would like me to address at this time? In case of a negative response: When would you prefer to talk?</b> <i>(If required, be open and accept a different time for discussing the subject. The conversation has to be free and voluntary, as the caregiver's involvement is essential)</i>			0 2 5
4	In case you are in a home setting or in a hospital setting with patient and caregiver together, observe the patient's environment and his/her behaviour towards the caregiver: How do they interact? Do they seem to have close communication?			0 1 3
5	Ask the caregiver if there are any specific concerns regarding the patient's care that s/he might like to address today. <i>(Identify a well-defined and sustainable role for the caregiver in the care plan; avoid duties in excess, as they might have psychological, social and financial consequences. The patient's and the caregiver's needs are equally important for the outcome of the care plan)</i>			0 2 5
6	Offer the caregiver an opportunity to discuss their concerns/needs in private. <i>(Provide the option of analyzing objectively the real circumstances of care, thinking about the resources available to the caregiver for the support of the patient: physical, psychological, social and financial. In this way, all decision-making related to the care plan will consider the caregiver as an active partner in the treatment, someone who has to be protected and supported)</i>			0 2 5
7	If the caregiver is reluctant to speak in private, show availability to discuss any possible concerns he/she might have.			0 1 3
8	If the caregiver is willing to speak in private, ensure an appropriate location for the interview. <i>(Avoid interruptions, respect confidentiality and discuss the care plan in a relaxed setting)</i>			0 1 3
9	Use active listening and empathic communication <i>(To promote shared decision-making and respect for the patient's values and cultural background, while responding to his/her psychological or cultural requirements)</i>			0 3 6



10	<b>How does it feel caring for patient X?</b> <i>(Verify if caregiver requires psychological or spiritual support)</i>		0 1 3
11	<b>Is there anything you might need that we could help you with?</b> <i>(Verify if the type of resources available through the health care service is enough to support the caregiver in his/her provision of care)</i>		0 1 3
12	<b>Do you think your home is properly equipped to provide good care for patient X? Is any change/adaptation necessary (doors, bathroom, corridor railings, entrance ramp...)?</b> <i>(Verify if home care is a feasible and appropriate solution for both patient and caregiver)</i>		0 1 3
13	<b>Are you currently employed? Do you think your present job is compatible with caring for Mr/Ms X? If not, what would be needed to make it compatible?</b> <i>(Caregivers' duties can impact on their life in terms of financial strain and conflicts with their professional obligations. This point is important when evaluating the sustainability of the care plan from the caregiver's point of view)</i>		0 1 3
14	<b>Do you think your current financial resources are appropriate to care for Mr/Ms X? Do you have any concerns related to the fact that caring for Mr/Ms X might put a strain on your financial resources?</b> <i>(This aspect must be assessed in order to include any kind of social support for caregivers, if available, or make decisions based on the limited resources)</i>		0 1 3
15	Regarding Mr/Ms X's current care, <b>do you think s/he would receive better care in a different place?</b> <i>(Admission to hospital, hospice facility, nursing home...)</i> <i>(All available resources in the health care services must be integrated to help the caregivers cope with care demands in terms of time for travel, social support, and overall coordination of home care in the patient's best interests)</i>		0 1 3
16	<b>In case Mr/Ms X would require emergency care or placement in an appropriate facility, do you know what steps to take?</b> <i>(This is a way to find out if the caregiver can manage changes in the care plan due to the evolution of the illness and how prepared s/he is to adjust his/her role to the new situation)</i>		0 1 3
17	<b>Do you feel capable of caring for Mr/Ms X? If not, why? How could we be of help?</b> <i>(The caregiver should have all the information required to make decisions and provide the best care to the patient. Psychological and social support must be available in case of difficult situations, and optional and alternative courses of action should be discussed whenever the caregiver has doubts)</i>		0 1 3
18	<b>Could we help you with any specific aspect of Mr/Ms X's care?</b> <i>(It helps to detect aspects not previously considered)</i>		0 1 3
19	<b>Considering Mr/Ms X's current situation and the evolution of the illness, do you think his/her needs might become overwhelming for you at some point? If so, what would you fear and why?</b> <i>(A final assessment of the interview helps to understand the degree of the caregiver's approval for the care plan and his/her determination to overcome barriers)</i>		0 1 3
20	<b>In the event that the end of Mr/Ms X comes at home, do you feel prepared? Do you feel you have enough resources to provide home care under those circumstances?</b> <i>(It is really important to assess the caregiver's determination and motivation to care for the patient at home; in case of doubt, think about psychological support)</i>		0 1 3

21	Do you feel lonely? Do you have any support while caring for Mr/Ms X?	<b>ESSENTIAL</b>	
22	Show availability for any further enquiry and inform the caregiver how to contact you. Ask if the caregiver has any final questions or worries.		0 2 5
23	Take leave amiably.		0 1 3
24	Enter a summary of the conversation in the patient's file.		0 1 3
<b>Total score: 80</b>		<input type="radio"/> unfulfilled criterion <input type="radio"/> partially fulfilled criterion <input checked="" type="radio"/> completely fulfilled criterion	<b>%</b> <b>%</b> <b>%</b>

#### Selective references

Bee PE, Barnes P, Luker AL. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer. Journal of Clinical Nursing 2008; 18:1379-1393

## SCIENTIFIC EVIDENCE

<b>Q1</b>	<b>Does palliative homecare teams improve the quality of life of terminally ill patients better than standard specialised services only?</b>
<b>Patients</b>	Patients elderly and/or frail and/or end of life indications in a palliative facility Frail, aged, end of life adults
<b>Intervention</b>	Palliative homecare team
<b>Comparator</b>	Specialized services
<b>Outcome</b>	Quality of life. Hospitalizations Place of death
<b>Methodology</b>	Systematic reviews Randomized controlled trials Cohort studies Registry studies
<b>Extra</b>	Planned subgroup analysis

### Studies:

- A systematic review was included ( No studies: 51, N= 17.948).
- A RCT was included (N= 43)
- Prospective cohort study (N= 26)
- Retrospective cohort study (N= 402)

### Indications:

#### QOL

1. After assigning Palliative Homecare Teams patients' quality of life improved in the physical, psychological, medical and global areas. Furthermore, pain ( $P = 0.028$ ) and meaningfulness ( $P = 0.028$ ) predicted global quality of life (1).
2. The care-aide model of care resulted in benefits such as easing the burden of everyday living; supporting well-being; enhancing quality of life and preserving a sense of dignity; and reducing loneliness and isolation (2).
3. Among the patients taken into care by the palliative home-care team, those with hematological cancers and hepatocellular carcinoma were more likely to be hospitalized, and certain symptoms (such as dyspnea and delirium) were predictive of hospitalization (3).
4. Patients in the intervention groups had significantly better health-related quality of life scores than patients in the control group (4 studies, 1103 patients, effect size 2.1 (CI -2.3, 3.2) (4).

#### Hospitalizations (number, duration)

- in one study (Hughes 1992), time spent in the hospital before death was shorter in the intervention group compared to the control group (4).
- patients spent fewer days in hospital in the last 2 months of their life ( $p < 0.001$ ) (3).

### Place of death

- Patients taken into care by the palliative home-care team were more likely to die at home, less likely to be hospitalized (p less 0,001) (3)
- death occurred at home significantly more frequently in the intervention groups (home care services) than in the control groups (4).

### Conclusions:

- Home care teams improve quality of life, but there is a small number of RCT to support the data from descriptive studies (1,2,4). Until now we can state that home care services improve QOL, but the present data are not significantly semnificative (4).
- Home care teams reduce the time spent in hospital, hospitalizations (3,4).
- Patients taken into care by the palliative home-care team were more likely to die at home(3,4).

### References:

1. Melin-johansson C, Axelsson B, Gaston-Johansson F, Danielson E. Significant improvement in quality of life of patients with incurable cancer after designation to a palliative homecare team. *European Journal of Cancer Care* 19, 243–250.
2. Samar A, O'Connor M, Skett K, Deas K, Smith J. Do models of care designed for terminally ill "home alone" people improve their end-of-life experience? A patient perspective. *Health and social care in the Community* 2012.
3. Riolfi M, Buja A, Zanardo C, Marangon CF, Manno P, Baldo V. Effectiveness of paliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: a retrospective cohort study. *Palliativ Med.* 2014 May;28 (5):403-11.
4. Aubin M, Guiguère A, Martin M, Verreault R, Fitch MI, Kazanjian A, CArmichael PH. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 7. Art. No: CD007672.

## ARGUMENT

### *Pourquoi MedLang? Pourquoi une médecine palliative? Pourquoi un MOOC interdisciplinaire?*

Medlang est apparu comme une conséquence de certaines demandes urgentes de plusieurs pays européens. Avant tout, ces demandes découlent du manque d'une approche professionnelle cohérente et standardisée des problématiques liées à la médecine palliative. Donc, les partenaires du projet Erasmus+ 2014-1-RO01-KA203-002940 ont négocié des solutions adéquates pour répondre à ce défi et pour partager les résultats de leur effort commun avec le plus grand nombre d'acteurs possible intéressés non seulement en Europe, mais aussi dans le monde entier.

Le partenariat stratégique roumain-belge-italien-espagnol, réunissant des institutions médicales et éducationnelles, d'état ou privées, a abordé le sujet de la médecine palliative et les zones associées à la lumière des contextes institutionnels spécifiques et en se rapportant à l'image du présent. Les auteurs internationaux de l'ouvrage sont, par conséquent, conscients que la perspective proposée est limitée au périmètre géographique choisi et aux besoins du moment. En même temps, ceux-ci sont persuadés que l'ouvrage comble un espace relativement vide dans le domaine visant l'approche standardisée, conforme à l'infrastructure existante, mais aussi les priorités contextuelles liées aux stratégies médicales nationales, les valeurs et les politiques culturelles.

Les documents rassemblés dans le volume témoignent de l'orientation promue de commun accord par les partenaires contributeurs: une sélection de procédures de base, les plus représentatives, en médecine palliative, conformes aux développements les plus récents dans le domaine, et puis la communication en six langues concernant les procédures et les films qui démontrent leur mise en oeuvre. À partir d'un inventaire de plus de 50 procédures, les négociations à l'intérieur du partenariat ont réduit la liste à 20 interventions et types de communication qui visent les approches médicales courantes des pays impliqués aussi bien que les tendances actuelles, comme la médecine par le dialogue, les valeurs interculturelles et la célébration de la diversité de croyances et pratiques.

Pour se faire une idée du type de décisions et de généralisations qui ont nécessité une attention minutieuse avant de commencer le travail proprement dit sur les items sélectionnés, il est important de mentionner que les partenaires et les auteurs du volume ont dû décider la quantité d'informations nouvelles dans le domaine, de chaque pays, qui allait être introduite dans cet inventaire générique de procédures et de valeurs. Les sujets choisis varient de l'hygiène orale et du déplacement du patient dans le lit ou son alimentation, jusqu'à la communication des mauvaises nouvelles ou le syndrome d'épuisement, le processus impliquant un grand nombre d'interlocuteurs: patients hospitalisés ou en ambulatoire, familles, aide-soignantes, infirmières et médecins.

Un autre objectif du volume est celui de livrer des ressources modernes qui visent la professionnalisation des spécialités médicales de médecine palliative dans les pays intéressés, y compris la Roumanie en tant que partenaire coordinateur du projet, et dans d'autres régions de l'Europe, dans des régions ayant moins d'expérience dans l'appropriation formelle de cette filière médicale en tant qu'offre pour l'enseignement supérieur ou pour les écoles d'infirmières. À partir de la Faculté de Médecine de Braşov, où il existe depuis plus de 5 ans le seul programme de master en médecine palliative de Roumanie, ayant ensuite comme Partenaire Associé Casa Speranței de Braşov (le premier établissement de médecine palliative fondé en Roumanie au milieu des années '90) et arrivant à ces 20 procédures validées par le plus grand hôpital oncologique de Iaşi, Roumanie, les documents élaborés dans le cadre du projet répondent sur le plan professionnel à l'aspiration initiale.

L'approche interdisciplinaire, qui relie le domaine médical et celui du système de soins et de l'éducation à la fois, se trouve à l'origine de cet ouvrage. En offrant aux praticiens de la médecine des ressources éducationnelles de valeur, le volume fournit à la fois un soutien important aux formateurs et aux stagiaires visant une communication efficace en plusieurs langues (anglais, français, espagnol, italien, flamand) sur les sujets médicaux identifiés. Le besoin d'une telle approche a été signalé depuis



plus de 10 ans par des diplômés des universités médicales et des écoles d'infirmières qui se confrontent chaque jour à des problèmes de communication professionnelle, et non seulement s'ils travaillent à l'étranger. Le support vidéo, les autoévaluations ou les évaluations collégiales qui vérifient le niveau de compétences /habiletés médicales et de communication contribuent, à leur tour, à l'autonomie dans l'apprentissage.

En parallèle avec le volume publié, qui s'adresse surtout à ceux qui préfèrent apprendre d'après le manuel, un support technologique spécifique a été élaboré. Certes, nous sommes conscients que le nombre d'utilisateurs traditionnels baissera bientôt, mais nous considérons qu'il est opportun de le informer que les documents sont intégralement disponibles sur le site du projet [www.medlang.eu](http://www.medlang.eu). Nous sommes confiants que les utilisateurs du volume adopteront le style mixte, explorant ainsi les ressources existantes sous forme numérique. Nous pensons que l'explication de ce transfert réside dans la pédagogie spécifique du cours du type MOOC, qui facilite une manière d'apprentissage différente, fondée sur des réseaux, des contenus et tâches de travail. La collaboration avec des personnes intéressées à une tâche de travail médicale ou de communication rajoute une signification à cette tâche, vérifiant en même temps le degré d'efficacité des compétences des participants. De plus, les stratégies actuelles de l'éducation moderne favorisent le développement des habiletés, en acceptant l'importance du curriculum fondé sur des compétences. À cet égard, le volume est complété avec des CD à contenu vidéo et avec d'autres ressources d'apprentissage qui offrent la solution en concordance avec ce type d'approche. Les utilisateurs intéressés à exprimer une opinion professionnelle, à consolider leur argumentation, ou à structurer les capacités d'autoévaluation sont invités à utiliser les forums de discussions de la plateforme disponible et à devenir des participants actifs sur des sujets d'intérêt.

L'invitation d'apprendre dans son propre rythme, d'après le projet d'étude, est intrinsèque au volume et à MOOC à la fois, le dernier donnant priorité aux activités collaboratives et aux interactions inter-collégiales ou entre le formateur et le stagiaire pour un échange d'idées, un débat et une argumentation. Certaines tâches de travail offrent la satisfaction de la co-crédation de connaissances, par exemple celles fondées sur des valeurs culturelles et religieuses. La qualité des connaissances acquises est mesurée par le biais de certains paramètres comme l'originalité, la documentation, une ambiance positive pendant les discussions, l'échange d'idées (turn taking), les compétences du modérateur, les modèles de succès votés par les stagiaires, la précision de la simulation. Dans le livre et dans le MOOC à la fois l'apprentissage invite à la réflexion et aux modalités de s'entraîner à base de portfolio numérique et des vidéos. Les styles individuels d'apprentissage sont entraînés par l'apprentissage linéaire du livre, l'apprentissage interactif, l'apprentissage par des activités (by doing) et par des clips vidéo. MOOC a un design technologique qui facilite la dissémination des activités des participants par une ou plusieurs plateformes dans un milieu ouvert, avec libre accès et une invitation à une participation massive, offrant aux stagiaires et aux formateurs le sentiment d'une communauté de pratique avec un accent non dissimulé sur le processus d'apprentissage. MOOC dispose, pourtant, d'un système interne plus cohérent d'évaluation et d'accréditation des connaissances et des compétences en comparaison avec le livre.

En conclusion, l'ouvrage et, en l'occurrence, le cours en ligne MOOC fonctionnent comme des instruments indépendants et en même temps complémentaires qui viennent à l'appui des praticiens, des étudiants, du grand public qui désirent s'informer sur la médecine palliative et sur les processus de communication associés. Les documents représentent le produit final de certaines stratégies pédagogiques qui associent l'apprentissage traditionnel aux nouvelles tendances qui impliquent l'interaction, l'appropriation des rôles et des responsabilités des formateurs et des stagiaires à la fois.

Éditeurs



## LA RÉALISATION DU CATHÉTÉRISME VÉSICAL (LA SONDE FOLEY) - APPAREIL URO-GÉNITAL FÉMININ

### Procédure médicale



## PROCÉDURE MÉDICALE

La réalisation d'une communication directe avec l'intérieur de la vessie urinaire (son contenu) par l'intermédiaire d'un tube médical spécialement conçu dans ce but (la sonde Foley) introduit jusque dans la vessie et dirigé par l'urètre.




<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	----------------------------------	-----------------------	---

78.	<p>Évaluation rapide de la présence des fonctions vitales (la présence de l'état de conscience, mobilité, respiration, parler)</p> <p><i>-fonctions vitales présentes</i> <i>-arrêt cardio-respiratoire</i></p> <p><b>Bonjour. Mon nom est.....je suis le médecin/l'infirmier qui va vous examiner aujourd'hui.</b></p>				0 2 5
79.	<p><b>Pourriez-vous confirmer, s'il vous plaît, votre nom.....(ou vérification du bracelet d'identification, s'il est disponible)</b></p> <p><b>Et votre date de naissance.....</b> Merci (<i>on évite ainsi la confusion entre les patients et la mise en œuvre du protocole chez un autre patient que celui indiqué. De même, on évite des questions telle « Vous êtes Monsieur Popescu ? » ce qui pourrait générer une confirmation fausse à cause d'une réponse « Oui » donnée automatiquement par un patient peu connecté à la discussion avec le personnel médical</i>)</p> <p>Correspondance avec la fiche d'observation médicale pour Nom .../ Date de naissance</p>	ESSENTIEL			
80.	<p>Création d'une atmosphère intime pour l'examen (chambre avec un seul lit, rideaux etc.)</p> <p><b>Je vais placer une sonde au niveau de la vessie urinaire pour la vider directement dans des récipients spécialement conçus (<i>ce qu'on va faire</i>)</b></p>				0 1 3
81.	<p><b>C'est un geste qui suppose le passage d'un tube flexible par les zones associées à l'urination. La technique est en général simple à effectuer. Cela n'implique pas d'incision ou de ponction. Ce n'est pas douloureux. (<i>en quoi consiste le geste</i>)</b></p>				0 1 3
82.	<p><b>Il est très important que vous soyez calme, relâchée, pendant la procédure. Quand on va vous le demander, restez s'il vous plaît sans changer la position de votre corps et de vos jambes, en gardant celle fixée par nous, afin que nous puissions introduire la sonde de façon à ne pas toucher des zones de microbes. De même, quand on va vous le demander, inspirez profondément et puis expirez, respirez profondément, lentement, sans forcer, plusieurs fois de suite (<i>comment peut contribuer la patiente</i>)</b></p>				0 1 3
83.	<p>L'élimination du contenu de la vessie urinaire est un élément important de votre état médical. C'est en fonction de cela que nous nous décidons les médicaments que nous allons vous recommander. (<i>à quoi sert l'examen qui suit</i>)</p>				0 1 3
84.	<p><b>Est-ce que j'ai réussi à bien vous expliquer le geste ? Voudriez-vous me poser des questions sur le geste qui suit ?</b></p>	ESSENTIEL			
85.	<p><b>Savez-vous quand et combien vous avez uriné la dernière fois ? (<i>évaluation de la perception que la patiente a de sa santé et de son intérêt pour la santé</i>)</b></p>				0 1 3
86.	<p><b>Est-ce que vous avez jamais eu une sonde urinaire ? À l'occasion d'autres opérations antérieures peut-être ?</b></p>				0 1 3
87.	<p><b>Êtes-vous allergique à quelque chose ? Aux produits de caoutchouc, iode, sparadrap ? (<i>évaluation d'une possible allergie au latex des gants ou de la sonde</i>)</b></p>	ESSENTIEL			

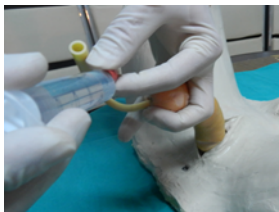

	urinaire)		
88.	<b>Êtes-vous d'accord avec le prélèvement de produits biologiques?</b> (évaluation des convictions personnelles à l'égard du prélèvement des produits biologiques)	ESSENTIEL	
89.	<b>Quand avez-vous mangé la dernière fois ?</b> (si c'est possible, il est préférable de ne pas faire le cathétérisme vésical immédiatement avant ou après le repas de la patiente)		0 1 6
90.	La sélection de la sonde Foley (caractéristiques techniques) à utiliser dans la situation clinique respective, si cela n'est pas spécifié dans les documents médicaux de la patiente. L'évaluation des documents médicaux de la patiente du point de vue de l'âge et du sexe : -enfant – sonde avec le diamètre de 8-10 (circonférence externe de 2,7-3,4mm) longueur de 30cm, avec un ballonnet de 3ml; -adulte – sonde avec le diamètre de 14-18 (4,7-6mm) avec un ballonnet de 5ml.(une taille plus petite du ballonnet permet au bout distal de la sonde, avec les œils de drainage, un positionnement à un niveau plus proche du point urétral de la vessie urinaire, ce qui permet qu'elle se vide complètement), une longueur de 23-26 cm;		0 1 9
91.	L'évaluation des documents médicaux de la patiente du point de vue du diagnostic qui se trouve à la base de l'indication du cathétérisme vésical (pathologie uro-génitale préexistante) : - dans l'indication de drainage en cas de rétention urinaire (suspicion d'incapacité du système vésico-urétral d'assurer l'évacuation de l'urine accumulée dans la vessie urinaire) - le cathétérisme vésical est reporté jusqu'au moment où le volume d'urine dans la vessie urinaire est estimé par l'intermédiaire d'un échographe vésical portable (celui-ci présente de manière digitalisée la quantité trouvée, avec une précision de 85% pour une quantité jusqu'à un litre; on considère nécessaire une quantité de 500-800 ml pour déclencher la sensation de miction ; dans le cas où l'on constate l'existence d'un volume plus petit que 500ml au niveau de la vessie urinaire le cathétérisme est décalé à cause du risque d'infection que celui-ci suppose, pouvant mobiliser les micro-organismes présents d'habitude au niveau de la zone distale de l'urètre vers l'espace, normalement non contaminé, de la vessie urinaire) <b>Je vais laisser l'eau couler et vous pouvez tenir vos mains sous l'eau. C'est ainsi que la sensation d'aller aux toilettes apparaît, d'habitude.</b> - dans le drainage des caillots, flocons denses, hématurie – sonde de 20 (6,6ml) - dans les pathologies qui imposent l'irrigation en continu ou intermittente de la vessie urinaire – la sonde Foley à trois voies (l'une pour le drainage du contenu de la vessie urinaire, la deuxième pour remplir/vider le ballonnet de la sonde et la troisième pour introduire le liquide d'irrigation vésicale)		0 1 9
92.	L'évaluation des documents médicaux de la patiente du point de vue de la durée estimée pour maintenir le cathétérisme vésical : - une semaine au maximum - utilisation de la sonde Foley en plastique (flexibilité réduite - à conséquences traumatiques élevées), PVC (meilleure flexibilité à la température du corps, prenant le contour de l'urètre) ou latex (le risque allergique doit être évalué au préalable ; la fréquence élevée dans le milieu médical des phénomènes allergiques développés au latex décourage actuellement son utilisation dans beaucoup d'institutions médicales) -jusqu'à 4 semaines - utilisation de la sonde Foley avec polytétrafluoroéthylène –(téflon) -jusqu'à 12 semaines - utilisation de la sonde Foley en silicone (plus chère que les autres) éventuellement imprégnée de substances antimicrobiennes (nitrofurantoïne, hydrogel, argent etc.)		0 1 3
93.	L'évaluation des documents médicaux de la patiente du point de vue des diagnostics associés ( ex. coagulopathies etc.) des paramètres para cliniques		0 1

	(ex: <i>thrombocytes</i> <150000, <i>INR</i> >1,5 etc.) et de la médication en association (ex. <i>Sintrom</i> , <i>Trombostop</i> , <i>Aspirine</i> , <i>Plavix</i> etc.) pour l'évaluation du risque de saignement prolongé		5
94.	Une fois les caractéristiques techniques de la sonde à utiliser choisies, deux cathéters vésicaux pareils doivent être disponibles, dès le début, pour pouvoir remplacer à tout moment la sonde en cas de contamination ou de détérioration pendant la réalisation du geste.		0 1 3
95.	L'évaluation de la disponibilité de la patiente de collaborer pour la réalisation de la procédure. L'évaluation de la fiche médicale de la patiente du point de vue des maladies associées qui représentent des contre-indications au décubitus dorsal (ex. <i>Insuffisance cardiaque sévère avec dyspnée de décubitus</i> ) ou à la flexion des genoux/rotation externe de la cuisse ( <i>affections orthopédiques/rhumatologiques</i> )		0 1 5
96.	<b>Pouvez-vous résister allongée sur le dos, dans le lit, les genoux fléchis et écartés</b> (la rotation externe de la cuisse et le fléchissement des genoux permettent une visualisation optimale de la zone du périnée où se trouve le méat urinaire qui doit être touché pendant le geste), <b>pour 15-30 minutes? Pouvez-vous me le montrer, s'il vous plaît ? Pliez vos genoux. Parfait. Vous les écartez et faites un mouvement de rotation de la cuisse vers l'extérieur. Merci. Il est difficile pour vous de maintenir cette position ?</b> (dans le cas où la patiente ne peut pas être positionnée ainsi, l'aide d'un collègue est recommandée pour soutenir les genoux et les cuisses. Autrement, la patiente peut s'allonger légèrement sur un côté ou en décubitus semi-ventral – position Sim)		0 1 3
97.	<b>Vu que la manœuvre exige l'exposition de la zone génitale, pour votre intimité préférez-vous que le personnel impliqué ne soit que féminin ?</b>		0 1 9
98.	Si on ne les a pas récemment évaluées : la tension artérielle, l'oxymétrie de pouls, la thermométrie : TA.... mm Hg, SaO2 ....., T ..... ° C. Lavez les mains. Enfilez des gants propres, dans le cadre des précautions standard.		0 1 3
99.	Utilisez un tampon imbibé d'alcool pour décontaminer le mobilier utilisé pendant la réalisation du geste.		0 1 3
100.	Jetez les gants utilisés à la poubelle des déchets infectieux non piquants. Lavez vos mains. Enfilez une nouvelle paire de gants, dans le cadre des précautions standard		0 1 3
101.	<b>Le geste suppose le lavage préalable de la région génitale avec de l'eau et du savon. Vous pouvez effectuer vous-même cette opération ou nous pouvons la faire à votre place. Comment préférez-vous ?</b> Lavez la région du périnée avec de l'eau et du savon – la majorité des patientes préfèrent faire elles-mêmes cette toilette ( <i>puisque'elle implique la zone génitale</i> ), et elles la réussissent très bien si elles reçoivent des indications claires : <b>Lavez-vous et essuyez-vous toujours des zones propres vers les zones sales, de l'avant vers l'arrière</b> (la zone anale a une charge microbienne élevée)		0 1 9
102.	Couvrez la patiente, qui se trouve dans son lit en décubitus dorsal, d'un drap sous forme de losange, les coins vers la tête, les pieds et respectivement les côtés.		0 1 3
103.	<b>Je vous prie de tenir vous-même le coin du drap sous votre menton pendant que nous enlevons le drap et la couverture d'avant restés en dessous.</b> Sans dévoiler la patiente on replie le drap et la couverture qui la couvraient, vers les pieds, afin de les laisser entre les jambes de la patiente et la planche du lit.		0 1 3
104.	<b>Maintenant nous vous prions de retirer vos habits de la taille en bas, sous</b>		0



	le drap reçu auparavant et de nous les donner pour les mettre de côté jusqu'à la fin du geste. Merci			1 3
105.	Je vous prie de plier vos genoux. Écartez les plantes à 60 cm l'une de l'autre. Parfait. Très bien, maintenant tournez les cuisses légèrement vers l'extérieur.			0 1 3
106.	Placez au niveau de la table de travail les instruments nécessaires.			0 1 3
107.	Assurez-vous que vous avez une bonne lumière pour l'examen et la procédure au niveau du périnée ( <i>une lampe pourrait être préparée à l'avance</i> )			0 1 3
108.	Placez-vous sur la droite de la patiente ( <i>ou sur la gauche si celui qui effectue la procédure est gaucher</i> ). Soulevez le lit au niveau de la taille de celui qui effectue le geste.			0 1 3
109.	Croisez les coins latéraux du drap sous les cuisses de la patiente permettant au coin dirigé vers les pieds de masquer la région périnéale. ( <i>en exposant moins cette zone intime, cela réduit chez la patiente le sentiment de gêne et maintient à la fois un confort thermique pendant le cathétérisme vésical</i> )			0 1 3
110.	Soulevez le coin de la couverture dirigé vers les pieds pour faciliter l'accès à la région du périnée. Placez une serviette absorbante sous les fesses de la patiente et entre les cuisses ( <i>on évite de la sorte de salir les draps du lit</i> )			0 1 3
111.	Ouvrez le paquet stérile qui contient le sac de collecte des urines, fixez-le à l'aide du crochet spécialement prévu dans la structure du lit de l'hôpital, laissant à portée de main le bout du tube qui raccorde le sac de collecte à la sonde Foley.			0 1 9
112.	Ouvrez le paquet stérile qui contient le kit de cathétérisme vésical et mettez-le sous la main faisant attention à ne pas dé-stériliser le contenu.			0 1 3
113.	Appliquez des solutions antiseptiques (fréquemment iode-bétadine) sur cinq compresses stériles avec lesquelles on fera la décontamination de la région péri-méat urinaire. Jetez à la poubelle des déchets non-infectieux les sachets vides de solution antiseptique utilisée.			0 1 6
114.	Retirez les gants utilisés et jetez-les à la poubelle des déchets infectieux non piquants. Lavez vos mains. Mettez des gants à usage unique stériles tout en gardant stérile l'emballage à mettre entre les jambes de la patiente ( <i>sur l'emballage on mettra les compresses stériles utilisées pour la décontamination du méat urinaire</i> )			0 1 6
115.	Extrayez la sonde Foley de son emballage et injectez ( <i>avec une seringue stérile de volume approprié connectée en poussant son bout au niveau de la valve de la sonde Foley afin de dépasser la soupape y placée</i> ) une quantité d'eau distillée stérile, conformément au mode d'emploi, pour remplir le ballonnet et vérifier ainsi son intégrité et sa fonctionnalité. ( <i>si vous détectez des problèmes il faut remplacer la sonde avant la réalisation effective du cathétérisme</i> ). Videz complètement le ballonnet de la sonde, déconnectez la seringue qui contiendra le volume d'eau distillée stérile nécessaire à remplir le ballonnet de la sonde quand il est nécessaire. Placez la seringue dans la casserole stérile existante dans le kit de cathétérisme vésical. Appliquez du lubrifiant stérile au bout de la sonde qui inclut le ballonnet, sur une distance de 2,5-5cm. Assurez une connexion stérile de la sonde au sac collecteur d'urines.			0 1 9

116.	Avec la main non-dominante, exposez la zone du méat urinaire – écarter les grandes lèvres en utilisant les doigts 3 et 4 (désinfectées ainsi !), la paume orientée vers le haut. <i>Faites attention à maintenir les grandes lèvres écartées ; celles-ci ne doivent entrer en contact avec le méat urinaire jamais pendant la réalisation du geste. Ainsi, l'utilisation de certains doigts précis, permet que ceux-ci - les doigts 1 et 2 assurent une prise stable du bout du tube correspondant à la valve du ballonnet qui est ainsi raccordée à la seringue remplie d'eau distillée stérile, à la fin de la réalisation du protocole.</i>		0 1 9
117.	En utilisant la pince stérile du kit de cathétérisme vésical et des compresses stériles, à l'aide de la main dominante, essuyez en décontaminant la zone des lèvres avec des mouvements unidirectionnels comme il suit: l'intérieur de l'une des grandes lèvres dans la direction antéro-postérieure (de l'avant en arrière), l'intérieur de l'autre grande lèvre dans la direction antéro-postérieure ; l'intérieur de l'une des petites lèvres dans la direction antéro-postérieure, l'intérieur de l'autre petite lèvre dans la direction antéro-postérieure ; directement le méat en direction antéro-postérieure, en utilisant successivement cinq compresses stériles. <i>(le cathétérisme vésical c'est le geste qui génère le plus souvent des infections nosocomiales – infections acquises en milieu hospitalier, c'est pourquoi il faut strictement respecter les règles antiseptiques pendant la réalisation de ce geste)</i> Jetez les compresses à la poubelle des déchets infectieux après chaque utilisation et à la fin la pince aussi. A cette occasion identifiez anatomiquement les structures de la zone du périnée et détectez la position précise du méat urinaire (difficile parfois à identifier chez les patientes).		0 1 9
118.	Introduisez 10-15 ml de gel lubrifiant au niveau du méat urinaire (à la place du gel lubrifiant on peut utiliser du gel à base de Xyline qui, en plus, réduit l'inconfort dû au passage de la sonde au niveau des voies urinaires par l'effet anesthésique de la Xyline et qui nécessite 5 minutes de plus d'attente pour l'action de l'anesthésique. Après utilisation jetez la seringue à la poubelle des déchets infectieux.		0 1 9
119.	Tenez dans la paume dominante le bout de la sonde Foley, avec les connecteurs, formant une boucle (afin de contrôler sa longueur), et le bout opposé à introduire au niveau du méat urinaire saisi à une distance de 5-7,5 cm de son extrémité, positionné comme un stylo entre le doigt 1, d'un côté, et les doigts 2 et 3 de l'autre côté.		0 1 9
120.	Avec la main non dominante fixez la zone qui doit être cathétérisée en maintenant les grandes lèvres écartées. <i>(par ce geste le trajet de l'uretère devient rectiligne, facilitant ainsi le passage de la sonde à ce niveau)</i>		0 1 3
121.	Introduisez la sonde Foley au niveau du méat sans toucher des structures voisines. <i>(si cela arrive la sonde doit être remplacée car elle est contaminée ; au cas où elle est introduite accidentellement dans le vagin, la sonde est maintenue là-bas pendant la réalisation du cathétérisme vésical en tant que repère pour l'introduction correcte d'une nouvelle sonde stérile)</i>	ESSENTIEL	
122.	<b>Maintenant, respirez profondément, s'il vous plaît, rarement, plusieurs fois. Très bien, inspirez .... expirez... (l'avancement de la sonde se réalise pendant l'expiration)...lentement. Parfait, recommencez.</b>		0 1 6
123.	Avancez la sonde au niveau de l'urètre dans l'intervalle de l'expiration de la patiente.		0 1 3
124.	Au cas où vous percevez une résistance à l'introduction de la sonde, au moment du passage au niveau du sphincter urétral, maintenez une pression constante sur la sonde sans forcer. <i>(le sphincter urétral est censé se relaxer, permettant l'avancement de la sonde ou bien la sonde peut être tournée dans un sens et dans l'autre pour la faire avancer)</i>		0 1 6
125.	Déroulez la boucle de la sonde tout au long de son avancement au niveau		0

	urétral, faisant attention au moment où l'urine commence à couler.		1 3
126.	Placez, tout de suite après ce moment, l'extrémité de la sonde Foley à l'intérieur de la casserole du kit de cathétérisme vésical, pour permettre à l'urine vidée de la vessie s'y accumuler.		0 1 3
127.	À partir de ce point, insérez la sonde encore 5 cm, ou même toute sa longueur jusqu'à la ramification du tube de connexion avec le sac collecteur d'urines <i>(pour maximiser les chances que la zone de la sonde qui contient le ballonnet ait dépassé le niveau urétral et ait trouvée une location vésicale. Le gonflement du ballonnet dans une location urétrale peut générer des traumatismes des voies urinaires avec des complications indésirables)</i>		0 1 9
128.	Apportez le tube de la sonde Foley comprenant la valve du ballonnet, en utilisant la main dominante, au niveau des doigts de la main non dominante, en maintenant les grandes lèvres écartées <i>(par les positionnements mentionnés ci-dessus)</i> .		0 1 3
129.	Avec la main dominante, libre maintenant, prenez la seringue avec de l'eau distillée stérile, antérieurement placée sous la main, et introduisez-la à l'extrémité de la sonde avec la valve du ballonnet. En soutenant la valve avec les doigts de la main non dominante, poussez le bout de la seringue afin de dépasser la soupape y placée et injectez le volume approprié d'eau distillée pour remplir complètement le ballonnet. <i>(l'utilisation de la solution saline dans cette étape a été abandonnée à la suite d'études qui ont démontré que par la précipitation partielle des solutions NaCl qui se passe dans le temps, le remplissage du ballonnet et implicitement son volume diminue et il y a des pertes d'urine qui coule à côté de la sonde)</i>		0 1 3
130.	En cas de douleur ou d'inconfort pendant la manœuvre de remplissage du ballon, il est obligatoire d'arrêter l'injection d'eau stérile, vider complètement le ballonnet et avancer encore la sonde dans la vessie. Réessayez après de remplir le ballonnet, tenant compte des symptômes.	ESSENTIEL	
131.	Enlevez la seringue couplée à la sonde Foley jetez-la à la poubelle des déchets infectieux.		0 1 3
132.	Libérez le bout du tube correspondant à la valve du ballonnet de la prise antérieure. En maintenant la zone du méat sans contact avec les structures voisines, utilisez la main dominante pour tirer gentiment la sonde Foley vers l'arrière, dans le canal de l'urètre, jusqu'à ce que vous sentiez un arrêt, généré par le placement du ballonnet de la sonde au niveau vésical de l'orifice urétral.		0 1 3
133.	Retirez la main non dominante du niveau des structures soutenues durant la réalisation du geste et repositionnez-la au niveau du tube de drainage de l'urine. Avec la main dominante raccordez la sonde Foley au tube du collecteur d'urine. <i>(cette étape a lieu donc en utilisant les deux mains)</i>		0 1 3
134.	Sécurisez le tube de la sonde Foley en le fixant au niveau de la cuisse intérieure de la patiente, de façon qu'il soit tendu <i>(pour ne pas permettre l'avancement du ballonnet à l'intérieur de la vessie, parce que cela libère l'orifice urétral et rend possible l'écoulement de l'urine à côté de la sonde, tout au long de l'urètre ; en dehors des problèmes d'hygiène ainsi apparues, un circuit fermé, contrôlé et stérile devient un espace ouvert soumis à un risque majeur de contamination )</i> mais pas trop pour permettre à la patiente d'effectuer des mouvements habituels <i>(pour sécuriser il est conseillé d'utiliser des dispositifs spéciaux dont les preuves ont démontré la réduction du risque de contamination infectieuse . Ce n'est pas ainsi quand l'attachement des</i>		0 1 3

	tubes est fait par bande adhésive nécessairement élastique).			
135.	<b>Il est possible que vous ayez la sensation de miction et de brûlure. Cela ne va durer que pendant que vous vous habituez avec la sonde. L'inconfort devrait disparaître en quelques minutes.</b>			0 1 3
136.	Essuyez la région du périnée avec des compresses et des solutions alcooliques. <i>(pour enlever la Bétadine utilisée antérieurement pour la décontamination, mais qui peut irriter localement en cas de contact prolongé avec les téguments/ les muqueuses).</i>			0 1 6
137.	Mesurez la quantité d'urine éliminée et évaluez son aspect.			0 1 3
138.	Régalez le tube pour éviter les déformations, assurez-vous que le niveau supérieur du sac collecteur est toujours plus bas que tout segment du tube. <i>(pour ne pas créer les conditions que l'urine du sac se verse en arrière, vers les voies urinaires – risque de contamination)</i>			0 1 3
139.	Jetez des déchets résultant à la fin de la réalisation du geste à la poubelle des déchets infectieux non piquants.			0 1 3
140.	Enlevez les gants stériles et jetez-les à la poubelle des déchets infectieux non piquants.. Lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon.			0 1 3
141.	<b>Vous pouvez étendre les jambes et vous relaxer. On a fini la réalisation du geste. Bravo.</b>			0 1 3
142.	Recouvrez la patiente avec le linge antérieur, en le roulant sous le drap sale qu'il faut jeter après dans la poubelle des déchets infectieux.			0 1 3
143.	Utilisez un tampon imbibé d'alcool pour décontaminer le mobilier utilisé pendant la réalisation du geste. Lavez-vous les mains.			0 1 3
144.	Le sac collecteur d'urines sera vidé toutes les 8 heures où aussi souvent que nécessaire, pour ne pas se remplir plus de la moitié.			0 1 3
145.	Une fois par jour au moins, la région génitale doit être lavée avec de l'eau et du savon, pour prévenir les irritations ou les infections locales.			0 1 3
146.	Le tube urinaire ne sera retiré dans aucune circonstance. Si quelque chose vous gêne dans le système de drainage, annoncez-nous et nous nous en occupons afin de corriger les problèmes apparus.			0 1 3
147.	Faites attention à ce que le tube ne soit pas plié, déformé ou serré, pour ne pas bloquer le passage de l'urine.			0 1 3
148.	Prenez aussi soin que le sac collecteur soit toujours placé plus bas que le niveau de la vessie.			0 1 3

<b>Score total : 300</b>	<input type="radio"/>	critère inaccompli	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	critère totalement accompli	<b>%</b>

#### Bibliographie sélective:

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009





## LA RÉALISATION DE LA PARACENTÈSE

### Procédure médicale





## PROCÉDURE MÉDICALE

La création d'une communication directe avec la cavité abdominale par un abord transcutané



P

1.	<p>Evaluation rapide de la présence des fonctions vitales (présence de l'état de conscience, mouvements, langage, respiration) : fonction vitales gardées....; arrêt cardiaque....</p> <p>Préparation du matériel nécessaire – le kit de prélèvement</p> <p><b>Bonjour. Mon nom est..... Je suis le médecin/l'infirmier qui vous examinera aujourd'hui.</b></p>				0 2 5
2.	<p><b>Pourriez-vous confirmer, s'il vous plaît, votre nom.....(ou vérification du bracelet d'identification, s'il est disponible) et votre date de naissance..... Merci.</b></p> <p><i>(on évite ainsi la confusion entre les patients et la mise en œuvre du protocole chez un autre patient que celui indiqué. De même, on évite des questions telle "Vous êtes Monsieur Popescu ?" ce qui pourrait générer une confirmation fausse à cause d'une réponse donnée automatiquement par un patient peu connecté à la discussion avec le personnel médical)</i></p> <p>Correspondance avec la fiche d'observation pour Nom .../ date de naissance</p>	ESSENTIEL			
3.	<p>La création d'un milieu privé pour l'examen (<i>chambre d'hôpital avec un lit, rideaux...</i>)</p> <p><b>Êtes-vous d'accord avec le prélèvement des produits biologiques ?</b></p> <p><i>(évaluation des convictions personnelles sur le prélèvement)</i></p>	ESSENTIEL			
4.	<p>S'il y a des accompagnateurs du patient, ceux-ci sont priés de ne pas assister à la paracentèse et de quitter la pièce.</p>				0 1 3
5.	<p>Positionnez confortablement le patient (<i>assis dans un fauteuil ou allongé dans le lit</i>).</p> <p>Nous allons faire la paracentèse, qui est un geste médical qui nous ouvre l'accès à la région abdominale où, à cause de votre maladie, vous avez une grande quantité de liquide accumulé. Avez-vous subi ce geste à une autre occasion ? (<i>ce qu'on lui fait</i>)</p>				0 1 3
6.	<p>Cela suppose l'insertion d'une aiguille au niveau de la région latérale de votre abdomen, à gauche, juste pour pénétrer à l'intérieur où, à présent, à cause de la maladie, vous avez du liquide.</p> <p>Pour faciliter et rendre le geste plus sûr, nous vous prions de rester allongé sur le côté gauche, pour que le liquide soit ramené vers le lieu de la ponction. Il est fort important que la position soit commode parce que pendant la procédure vous devez ne pas bouger du tout.</p> <p>Tout mouvement peut conduire à piquer une autre structure que celle envisagée. C'est pourquoi on vous demande de ne pas bouger ou parler sans nous prévenir avant, en levant la main.</p> <p>Autant que possible, essayez de ne pas tousser. Toute la procédure peut durer jusqu'à quelques dizaines de minutes.</p> <p>Vous allez sentir une pression quand l'aiguille est introduite, mais elle disparaîtra vite et puis aucun inconfort majeur ne vous gênera plus à l'exception de celui dû à la position immobile. (<i>en quoi consiste le geste</i>)</p>				0 1 3

7.	Il est très important que vous soyez calme et détendu pendant le geste, que vous retirez les vêtements qui couvrent l'abdomen et que vous vous asseyez comme on vous a déjà expliqué. Il est important de ne pas bouger brusquement pendant que la seringue est tout près de vous. <i>(comment il peut contribuer à la réalisation du geste)</i>		0 1 3
8.	Le liquide prélevé, analysé dans le laboratoire, nous fournira beaucoup d'informations sur votre état médical et c'est en fonction de cela que nous décidons les médicaments que l'on peut ou on ne peut pas vous prescrire. <i>(à quoi sert l'examen qui suit)</i>		0 1 3
9.	<b>Est-ce que tout est clair en ce qui concerne la procédure ? Avez-vous d'autres questions là-dessous ?</b>	ESSENTIEL	
10.	Évaluez la fiche médicale du patient du point de vue des diagnostics associés - coagulopathies etc. – les paramètres non cliniques - plaquettes <150000, INR> 1,5 etc.- et de la médication concomitante - Sintrom, Trombostop, Aspirine, Plavix etc. – pour évaluer le risque de saignement prolongé.		0 1 9
11.	<b>Êtes-vous allergique à quelque chose ? À des produits en caoutchouc, iode, pansements, sparadrap ?</b> <i>(évaluation d'une possible allergie)</i>		0 1 9
12.	Si on ne les a pas récemment évaluées : la tension artérielle, l'oxymétrie de pouls, la température : TA ... mm Hg, SaO2 ....., T ..... °C. Lavez vos mains. Enfilez des gants propres, dans le cadre des précautions standard. Décontaminez avec de l'alcool les surfaces du mobilier utilisé pendant le geste.		0 1 3
13.	Jetez les gants utilisés à la poubelle des déchets infectieux. Lavez vos mains. Enfilez une nouvelle paire de gants de protection propres, dans le cadre des précautions standard.		0 1 3
14.	Relisez les indications de paracentèse, et, si c'est le cas, les indications d'administration ultérieure de médicaments intra-péritonéaux (dans l'abdomen)		0 1 3
15.	<b>Maintenant nous vous prions d'enlever vos habits pour découvrir complètement l'abdomen.</b> Relevez le lit du patient à la hauteur de la taille de celui qui réalise la manœuvre. Positionnez-vous sur la gauche du lit.		0 1 3
16.	Inspectez le tégument de l'abdomen du point de vue de la présence locale des lésions cutanées infectieuses <i>(ce qui déconseille la réalisation de la ponction à cause du risque de dissémination de l'agent infectieux au niveau des lésions cutanées)</i>		0 1 9
17.	Examinez la fiche médicale du patient du point de vue du diagnostic qui ait déterminé l'accumulation du liquide péritonéal. <i>(localisation, type, caractère échographique)</i> Utilisez une alèse pour la literie <i>(drap imperméable placé sous le niveau de la zone abdominale et de la hanche du patient)</i> Je vous prie de vous asseoir sur le côté gauche, comme je vous ai déjà expliqué.		0 1 9
18.	Identification de la position de l'épine iliaque antéro supérieure et du nombril.		0 1 9
19.	Identification du point d'union de la 1/3 externe avec 2/3 interne de la	ESSENTIEL	

	ligne qui unit les deux repères, qui représentera le lieu de réalisation de la paracentèse. <i>(la position optimale pour la paracentèse parce que sur le côté gauche le colon est positionné le plus postérieurement possible, les anses intestinales dû au caractère glissant des séreuses péritonéales qui les couvrent "évitent" la pince à ponction, et par le décubitus latéral nous déplaçons le liquide abdominal vers la zone à ponction)</i>		
20.	Marquez le point de la ponction par un X avec le bout de l'ongle.		0 1 9
21.	Percussion de l'abdomen pour confirmer la présence du liquide au niveau du lieu choisi pour la paracentèse (l'exploration échographique abdominale associée à l'examen clinique objectif aide à mieux déterminer l'endroit de ponction de la paracentèse) et pour une sélection finale du point d'abord.		0 1 6
22.	Essuyez avec un tampon imbibé d'iode une zone de 5 cm <sup>2</sup> , par des mouvements en spirale, à partir du lieu identifié pour la paracentèse. <i>(une décontamination chimique – par la solution alcoolique iodée – et mécanique – par le nettoyage du tégument avec des mouvements poussés en sens hélicoïdal)</i> Jetez à la poubelle de déchets infectieux le tampon utilisé. Répétez la procédure de décontamination en utilisant un nouveau tampon imbibé d'iode. Jetez à la poubelle des déchets infectieux le tampon utilisé.		0 1 9
23.	Répétez la procédure de décontamination en utilisant un troisième tampon imbibé d'iode. Jeter à la poubelle des déchets infectieux le tampon utilisé.	ESSENTIEL	
24.	Lavez vos mains et enfilez des gants stériles.		0 1 6
25.	Fixez l'aiguille à la seringue. Eventuellement : S'il te plaît, une seringue de 20 <i>(demandez à un collègue de vous aider en ouvrant et en présentant le contenu stérile du paquet avec la seringue et l'aiguille, qui ne seront ainsi touchés directement que par celui qui réalise le geste, avec des gants stériles, limitant ainsi au minimum le risque infectieux)</i>		0 1 3
26.	Retirez le couvre-aiguille. Placez la seringue avec l'aiguille perpendiculairement au tégument.		0 1 6
27.	On va commencer la paracentèse et vous allez sentir une petite piqûre. Je vous prie de rester immobile.		0 1 6
28.	La seringue est pressée d'un mouvement ferme et contrôlé avec la ponction de la peau et l'avancement sous cutané de l'aiguille 5-7 mm en profondeur	ESSENTIEL	
29.	Le positionnement des deux mains au niveau du complexe seringue-aiguille et respectivement du piston permet de continuer l'avancement dans une direction perpendiculaire, vers l'espace péritonéal, en même temps avec la réalisation d'une pression négative au niveau de la seringue, en tirant le piston <i>(cela permet la perception exacte du moment d'accès dans l'espace péritonéal, car on saisit l'apparition du liquide au niveau de la seringue – cette technique permet un contrôle du risque de ponction accidentelle des structures abdominales, si on maintient la même longueur de l'introduction de l'aiguille et sa position perpendiculaire par rapport au tégument)</i>		0 1 9
30.	Très bien. Maintenant on va enlever une partie du liquide qui vous		0 1

	empêchait de bien respirer. Je vous prie de garder encore cette position. Ne bougez pas !			3
31.	Aspirez la quantité de liquide prévue ( <i>en général, pour une évaluation initiale on suit la distinction entre le transsudat et l'exsudat par des explorations biochimiques – protéines, LDH, cholestérol – auxquelles on associe la glucose, l'amylase etc. aussi bien que les explorations cytologiques et microbiologiques</i> )			0 1 3
32.	On peut éventuellement brancher l'aiguille de ponction à un système d'aspiration (pour la récupération dans un récipient gradué), avec l'extraction plus facile de la quantité de liquide prévue ( <i>l'extraction d'environ 5 litres de liquide péritonéal n'a pas en général des conséquences physiopathologiques négatives</i> )			0 1 3
33.	<b>Très bien. On a presque fini. Ne bougez pas encore, s'il vous plaît !</b>			0 1 3
34.	Appliquez un tampon imbibé d'iode à l'endroit de la ponction et retirez attentivement le complexe aiguille-robinet-seringue sur une direction perpendiculaire par rapport au tégument, tout en pressant avec le tampon l'orifice de la ponction, après l'enlèvement de l'aiguille.			0 1 9
35.	J'ai fini. Bravo ! Vous avez très bien résisté.			0 1 3
36.	Jetez l'aiguille à la poubelle des déchets coupants/piquants et la seringue à la poubelle des déchets infectieux non piquants.			0 1 6
37.	Maintenant tournez-vous, s'il vous plaît, sur la droite ( <i>le décubitus latéral droit réduit la pression du liquide sur le trajet de ponction abdominale et favorise sa fermeture sans complications</i> )			0 1 9
38.	Essuyez le tégument abdominal de la solution iodée en utilisant des tampons avec de l'alcool ( <i>la persistance de la solution iodée sur la peau peut conduire à une irritation locale</i> )			0 1 9
39.	Appliquez un tampon avec de l'alcool sur la peau, au niveau de la ponction, en remplaçant celui d'iode, qui sera jeté à la poubelle des déchets infectieux. Fixez le tampon avec du sparadrap.			0 1 6
40.	Nous envoyons les prélèvements au laboratoire et par la suite nous aurons plus d'informations sur votre maladie et sur ce qu'on doit encore faire.			0 1 6
41.	Remplissez le dossier médical du patient en mentionnant tous les détails liés à la réalisation du geste, éventuels accidents, complications, les caractéristiques du liquide enlevé (couleur, clarté etc.), la date et l'heure.	ESSENTIEL		
42.	<b>Merci. Le geste est finalisé. Vous pouvez vous rhabiller.</b> Si c'est le cas, prenez toutes les mesures nécessaires pour la sécurité du patient ( <i>le lit descendu au niveau inférieur de la hauteur et éventuellement relevez ses parties latérales</i> ), la mise à sa portée des objets personnels ( <i>par ex. portable, livre, mots croisés</i> ) du verre d'eau, de la sonnette pour appeler le personnel médical. <b>Nous allons faire encore..... (ex. : un électrocardiogramme), dans environ.... minutes.</b> ( <i>Offrez des informations sur le programme médical ultérieur et annoncez dans combien de temps vous allez revenir chez le patient.</i> )			0 1 9
Score total: 200		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

### **Bibliographie selective**

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009





## LA PERFUSION SOUS-CUTANÉE AVEC LE PORTABLE POMPE SERINGUE

### Procédure médicale



LA PERFUSION SOUS-CUTANÉE AVEC LE  
PORTABLE POMPE SERINGUE

## PROCÉDURE MÉDICALE

La plupart des patients qui se retrouvent dans les soins palliatifs arrivent, à un moment donné dans l'évolution de leur maladie, à ne pouvoir plus recevoir la médication per os. Ils pourront recevoir les médicaments par voie parentérale (intramusculaire, intraveineuse ou sous-cutanée) ou par voie rectale.

Les médicaments sont souvent administrés au niveau sous-cutané, soit par injection, soit par perfusion en continu.

La perfusion en continu permet l'administration des opioïdes, des anxiolytiques, des corticostéroïdes et des anticholinergiques. Tous ces médicaments sont utilisés pour le contrôle des symptômes des patients avec des affections évolutives menaçant leur vie. Les médicaments peuvent être mélangés dans la même seringue et administrés en même temps. Les médicaments sont absorbés lentement par le tissu adipeux et les niveaux de plasma des médicaments sont constants, offrant un meilleur contrôle des symptômes.

La perfusion sous-cutanée est une procédure moins douloureuse que l'injection intra-musculaire ; elle peut être appliquée sans difficulté au domicile du patient et peut être surveillée par un membre de la famille instruit par l'équipe médicale.

Ainsi, le geste est plus facilement accepté par le patient et par la famille.



1.	Évaluez si le patient est conscient ou pas ( <i>présence de l'état de conscience, du parler, de la respiration, de la mobilité</i> ) fonctions vitales conservées..... arrêt cardio-respiratoire		0 1 3
2.	<b>Pouvez-vous me dire votre nom, s'il vous plaît?... – ou vous vérifiez le bracelet d'identification du patient, s'il est disponible – et la date de naissance.... Merci.</b> ( <i>Cela est nécessaire pour éviter la mise en œuvre du protocole chez un autre patient. De même, évitez des questions telle "Vous êtes Monsieur Smith ?" ce qui pourrait générer une confirmation fausse par un patient distrait par les symptômes ou à cause d'autres raisons</i> ) Vérifiez deux fois le dossier du patient : Nom..... Date de naissance.....	ESSENTIEL	
3.	Assurez un milieu isolé pour la procédure. Informez le patient ou le soignant sur ce que vous allez faire: Nous allons poser une perfusion sous cutanée à l'aide du portable pompe seringue.		0 1 3
4.	<b>En quoi consiste le geste ?</b> Nous devons poser au niveau sous-cutané ce cathéter qui restera sur place une période de temps plus longue (jusqu'à 14 jours). Le cathéter sera branché à ce portable pompe seringue ; ainsi la médication vous sera administrée automatiquement, en continu, 24 heures sur 24.		0 1 3
5.	<b>Comment pouvez-vous contribuer à la réalisation du geste ?</b> La pose du cathéter ne dure pas longtemps. Restez calme, relaxé. Vous allez sentir une petite piqûre. Le dispositif est en général bien toléré et ne devrait pas interférer avec vos activités usuelles, mais si vous faites bien attention, le cathéter restera fixé plus longtemps.		0 1 3
6.	<b>Quelle est l'utilité de ce geste ?</b> A l'aide de ce geste les médicaments qui vous aident vous seront introduits dans le corps constamment d'une manière confortable. Cela conduira à une amélioration des symptômes pour une période plus longue. Si les douleurs ou d'autres symptômes (nausée, dyspnée) persistent, on peut ajouter, à tout moment, d'autres médicaments.	ESSENTIEL	

7.	<p>Posez ces questions au patient et au soignant :</p> <p><b>Avez-vous compris en quoi consiste le geste ?</b></p> <p><b>Avez-vous des questions à me poser ?</b></p> <p><b>Avez-vous jamais subi ce geste avant ?</b></p>		0 1 3
8.	<p>Vérifiez le dossier médical du patient :</p> <p>a. situations qui imposent l'utilisation de la perfusion sous-cutanée à l'aide du portable pompe seringue: nausées, dysphagie, malabsorption, intolérance gastro-intestinale, administration problématique de la médication par voie orale, bas niveau de conscience, faiblesse sévère, patient en phase terminale, contrôle de symptômes multiples, nécessitant une combinaison de médicaments</p> <p>b. médicaments, doses, rythme d'administration</p>		0 3 6
9.	<p><b>Avez-vous jamais utilisé ces médicaments avant ?</b></p> <p><b>Êtes-vous allergique à certains médicaments ?</b></p> <p><b>Auxquels?</b></p> <p>Les questions sont adressées au patient/ au soignant.</p>	ESSENTIEL	
10.	<p>Le consentement du patient et/ou du soignant doit être consigné dans le dossier médical.</p> <p><b>Êtes-vous d'accord avec la réalisation de ce geste ?</b></p>	ESSENTIEL	
11.	<p>La préparation du matériel :</p> <p>a. le portable pompe seringue</p> <p>b. seringue Luer de 20ml.</p> <p>c. le cathéter de 21 ou 25</p> <p>d. les ampoules de médicaments</p> <p>e. solution de chlorure de sodium 0,9% pour la dilution</p> <p>f. tampons imbibés d'alcool</p> <p>g. sparadrap transparent</p>		0 1 3
12.	<p>Préparation de la seringue :</p> <p>a. vérifiez les médicaments prescrits :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. type et nom</li> <li>2. dose</li> <li>3. date de péremption</li> <li>4. aspect macroscopique/conformité</li> </ol> <p>b. compatibilité des médicaments associés dans le cas où plusieurs médicaments doivent être combinés dans la seringue.....</p> <p>c. prélevez la quantité de médicament prévue, complétez avec la quantité de solvant nécessaire</p>	ESSENTIEL	
13.	<p>Étiquetage</p> <p>a. Complétez les détails sur le médicament/ les médicaments</p> <p>b. assurez-vous que l'étiquette ne gêne pas le mécanisme de l'appareil</p> <p>c. assurez-vous que l'étiquette permet la visualisation de la graduation de la seringue</p> <p>d. assurez-vous que l'étiquette ne gêne pas les capteurs de l'appareil</p>		0 1 3
14.	<p>Préparation de l'appareil :</p> <p>a. insérez la batterie</p> <p>b. placez correctement la seringue dans l'appareil de sorte que la graduation soit visible</p> <p>c. mesurez le contenu de la seringue à l'aide de la graduation de la</p>		0 3 6

	pompe d. réglez, sur l'écran de l'appareil, le débit /la durée/ la vitesse pour les médicaments administrés		
15.	Consignez dans la fiche de l'appareil, avant de commencer l'administration : a. le nom des médicaments et leurs doses b. le débit total en ml. c. la vitesse en ml/h		0 3 6
16.	Installez la ligne de perfusion comme il suit : Inspectez le patient et choisissez le site convenable selon les principes ci-dessous : -pour les patients cachectiques on préfère la partie abdominale, excepté 3 cm péri ombilical -chez les patients avec ascite le site est dans la partie supéro-antérieure du thorax, au-dessus de la glande mammaire et à distance de l'aisselle - chez les patients agités le site est dans la partie supérieure du dos, autour du scapula - la partie supérieure du bras - la partie externe de la cuisse - il faut changer à tour de rôle les sites d'administration Contre-indications de site : des zones affectées par des anomalies - risque d'infection, proéminences osseuses, des zones articulaires, infections de la peau, plaies, érythème, ulcérations, téguments irradiés, tumeurs, plis cutanés		0 3 6
17.	Lavez-vous les mains. Enfilez des gants stériles.	ESSENTIEL	
18.	Désinfectez les téguments avec de la Bétadine ou de l'alcool et attendez que la peau sèche.		0 1 3
19.	Connectez le cathéter à la seringue et introduisez la solution pour éliminer l'air du cathéter		0 1 3
20.	Pincez fermement la peau en réalisant un gros pli cutané pour soulever le tissu sous-cutané. Faites pénétrer l'aiguille juste sous l'épiderme. L'angle d'insertion sera de 30 ° jusqu'à 45° en fonction de l'épaisseur du tissu adipeux. L'insertion plus profonde de l'aiguille permettra de garder le même site plus longtemps.		0 1 3
21.	Relâchez le pli cutané.		0 1 3
22.	Formez une boucle avec le tube du cathéter pour prévenir le retrait accidentel lors des mouvements du patient.		0 1 3
23.	Couvrez le cathéter d'un pansement transparent qui permette l'inspection du site toutes les 4 heures.		0 1 3
24.	Connectez la pompe à la ligne de perfusion. Attention : Ne pas brancher la seringue au patient avant de l'installer celle-ci dans le berceau de seringue Ne branchez pas l'appareil avant d'enregistrer :		0 1 3

	-le nom du médicament - la dose du médicament - le vitesse d'administration - l'heure de la mise en marche de la perfusion		
25.	Lancez la perfusion en appuyant sur la touche ON/OFF. Soyez attentif au signal acoustique et à la lumière qui doivent apparaître sur l'écran.		0 1 3
26.	Jetez les ampoules vides (dans le container à déchets coupants/piquants), les tampons, les gants (dans le container à déchets infectieux non coupants) ; le cathéter retiré (si c'est le cas) et les aiguilles utilisées dans le container approprié.		0 1 3
27.	Lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon.		0 1 3
28.	Gardez le cathéter dans la position fixée par nous. (Le patient et le soignant seront conseillés à ne pas retirer la canule)		0 1 3
29.	Vous pouvez solliciter et recevoir des médicaments supplémentaires si vos symptômes ne seront pas contrôlés de manière satisfaisante.		0 1 3
30.	Prenez toutes les mesures nécessaires pour la sécurité du patient – ajustez le lit, relevez les parties latérales.		0 2 4
31.	Vérifiez la condition du patient (au moins toutes les 4 heures), en l'observant ou, si c'est le cas, en entamant un dialogue <b>Comment vous sentez-vous ? Vous êtes dans une position confortable ? Vous avez des douleurs ? Vous avez d'autres soucis ?</b> Réévaluez, si nécessaire. Vérifiez si le piston de la seringue marche correctement ou s'il y a d'autres complications ( <i>rougeurs, sang dans la canule</i> ) sur le site.		0 3 6
32.	Assurez-vous que l'appareil marche – le témoin est allumé, on entend le bruit.		0 1 3
33.	Observez le volume de substance resté dans la seringue en corrélation avec le temps resté jusqu'à la fin de la procédure.		0 1 3
34.	Observez l'aspect du contenu de la seringue – clarté, éventuelles modifications de la couleur, dépôts.		0 1 3
35.	Vérifiez l'aspect du site de perfusion, en observant, si c'est le cas, la présence de : a hématome ; b douleur locale. c tuméfaction locale ; d érythème local ; e perte de médicament au site d'insertion ; f présence du sang dans le cathéter ; g dislocation du cathéter Toute complication doit être mentionnée dans le dossier du patient.	ESSENTIEL	
Score total : 100		<input type="radio"/>	critère inaccompli %
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli %
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli %



### **Bibliographie sélective:**

NHS Trust Oxford Radcliffe Hospital Clinical protocol for the use of syringe drivers in palliative care (adults)

<http://www.palliativedrugs.com/download/SDprotocol.pdf>

Ministry of Health. 2009. *Guidelines for Syringe Driver Management in Palliative Care in New Zealand*.

Wellington: Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>

The State of Queensland, Queensland Health, 2010 *Guidelines for syringe driver management in palliative care*. Second edition 2010 [https://www.health.qld.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0029/155495/guidelines.pdf](https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0029/155495/guidelines.pdf)



## PASSAGE DU DÉCUBITUS DORSAL SOUTENU AU DÉCUBITUS LATÉRAL SOUTENU

### Procédure médicale



PASSAGE DU DÉCUBITUS DORSAL SOUTENU AU DÉCUBITUS LATÉRAL  
SOUTENU

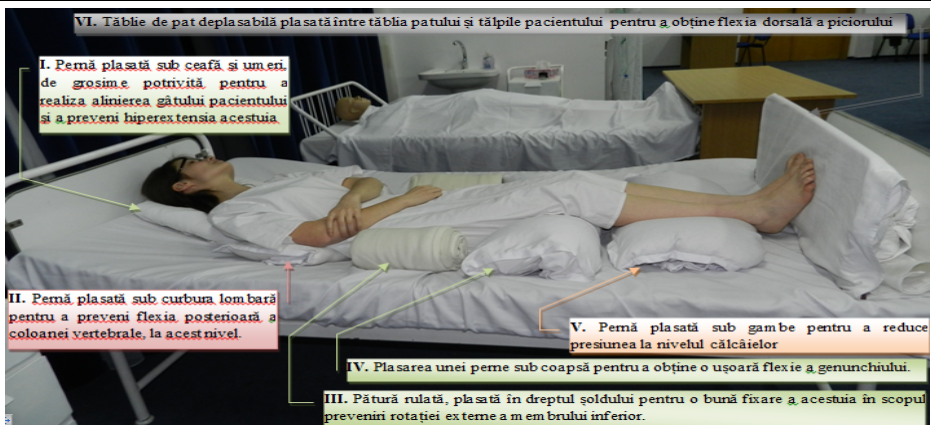
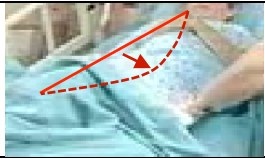

## PROCÉDURE MÉDICALE

Dans le cas des patients immobilisés au lit, l'alternance des zones compressées entre le poids du corps et le lit représente l'une des plus importantes mesures pour éviter l'apparition des escarres (plaies de la peau et éventuellement des couches sous cutanées dues à une interruption de la circulation du sang – et implicitement de l'oxygène et des nutriments associés, suite au pincement des vaisseaux zonaux provoqué par une immobilisation prolongée).





1.	Evaluation rapide de la présence des fonctions vitales ( <i>présence de l'état de conscience, mobilité, parler, respiration</i> ): fonction vitales gardées....; arrêt cardiaque.... <b>Bonjour. Mon nom est..... Je suis le médecin/l'infirmier qui vous examinera aujourd'hui.</b>				P
2.	<b>Pourriez-vous confirmer, s'il vous plaît, votre nom.....(ou vérification du bracelet d'identification, s'il est disponible) et votre date de naissance.....</b> <b>Merci</b> ( <i>on évite ainsi la confusion entre les patients et la réalisation des soins chez un autre patient que celui indiqué. De même, on évite des questions telle « Vous êtes Monsieur Popescu ? » ce qui pourrait générer une confirmation fausse à cause d'une réponse « Oui » donnée automatiquement par un patient peu connecté à la discussion avec le personnel médical</i> ) Correspondance avec la fiche d'observation médicale pour Nom .../ Date de naissance	ESSENTIEL			
3.	<b>Je vais vous aider à changer votre position dans le lit, à tourner sur un côté</b> ( <i>ce que l'on fait</i> )				0 1 3
4.	<b>C'est une manœuvre qui suppose d'abord d'enlever les oreillers qui sont autour de vous, de vous déplacer légèrement avec un drap de rotation vers le côté du lit et ensuite vous positionner couché sur un côté. Ensuite on va ranger de nouveau les oreillers pour qu'ils vous soutiennent dans la nouvelle position. Cela n'implique pas d'incision, ni de piqûre.</b> ( <i>en quoi consiste la manœuvre</i> )				0 1 3
5.	<b>Je vous prie de suivre mes instructions pour que nul d'entre nous ne soit blessé pendant la manœuvre. Si vous sentez un inconfort quelconque vous devez nous le dire tout de suite pour que j'agisse en conséquence.</b> ( <i>comment il peut contribuer à la réalisation de la manœuvre</i> )				0 1 3
6.	<b>Quand vous êtes confiné au lit depuis longtemps, cela peut aggraver votre état médical. Des plaies peuvent apparaître au niveau des parties du corps qui sont en contact avec le lit. Il est important de réussir le repositionnement.</b> ( <i>à quoi sert la manœuvre qui suit</i> )				0 1 3
7.	<b>Est-ce que je vous ai bien expliqué la manœuvre ? Avez-vous des questions ?</b>	ESSENTIEL			
8.	<b>Êtes-vous allergique à quelque chose ? Aux produits en caoutchouc, iode, pansement, sparadrap ?</b> ( <i>évaluation d'une possible allergie</i> )				0 1 3
9.	Évaluation du nécessaire de ressources humaines et /ou d'aide technique pour effectuer le repositionnement du patient. • Consultation du dossier du patient pour rechercher d'éventuels A. diagnostics ( <i>hémiplésies - ex. AVC ; affections orthopédiques- ex. fractures ; rhumatologiques – ex. arthrose, arthrite etc.</i> ) B. médicaments qui diminuent la capacité motrice du patient ( <i>sédatifs – ex</i>				0 1 6

	Diazépam, antihistaminiques – ex. Romergan ; tranquillisantes – ex. Xanax etc.) • Examen général pour mettre en évidence l'utilisation par le patient de certains appareils orthopédiques, l'existence des traces d'une opération récente. Procédure à effectuer : seul..... à l'aide d'un collègue..... avec l'utilisation d'aides techniques		
10.	<b>Avez-vous des douleurs de poitrine ?</b> OUI : on reporte le repositionnement NON : on continue le déroulement de la procédure – évaluation clinique, électrocardiographique, enzymatique – conformément au protocole local d'assistance du syndrome coronarien aigu		0 1 6
11.	<b>Des problèmes de respiration ?</b>		0 1 6
12.	<b>Quel est votre poids, s'il vous plaît ? Combien vous pesez ?</b> (les patients en surpoids ont besoin de plusieurs personnes pour la mobilisation) Procédure à effectuer : seul.....; à l'aide d'un collègue; avec l'utilisation d'aides techniques		0 1 6
13.	<b>Vous pouvez bouger facilement les bras, les pieds ? Montrez-le-moi, s'il vous plaît. Merci. Vous pouvez plier vos genoux, vos coudes ? Montrez-le-moi, s'il vous plaît. Merci</b> Manœuvre à effectuer : seul..... à l'aide d'un collègue ; avec l'utilisation d'aides techniques		0 1 6
14.	<b>Vous êtes confiné au lit depuis combien de jours ? Vous vous sentez affaibli ? Sans force ? Vous pouvez changer de position dans le lit sans aide ? Ou, au moins vous soulever, vous élever un peu sans prendre appui sur le lit ?</b> (évaluation de l'anamnèse du patient sur les mobilisations antérieures), il peut marcher tout seul ou il a besoin d'aide pour la mobilisation. Procédure à effectuer : seul..... à l'aide d'un collègue..... avec l'utilisation d'aides techniques		0 1 6
15.	<b>Serrez-moi les doigts s'il vous plaît !</b> (vous offrez les doigts 2 et 3 et puis vous les retirez pour analyser l'existence d'une éventuelle asymétrie de la force musculaire du patient). <b>Quel est le bras sur lequel vous vous appuyez mieux... où vous sentez avoir plus de force ? Quelle est la jambe la plus forte ? Quel est le degré de faiblesse, de manque de force du bras, de la jambe affectée ?</b>		0 1 6
16.	Appréciation de la disponibilité du patient de coopérer dans le cadre de la manœuvre pour évaluer la nécessité de la mettre en route : seul....; avec un collègue....; avec l'utilisation d'aides techniques <b>Vous avez des douleurs ?</b> -administration éventuelle d'analgésiques		0 1 9
17.	Identifiez et placez de manière appropriée les éventuels dispositifs médicaux auxquels le patient est branché. (tubulure de perfusion, cathéter urinaire, les câbles de l'électrocardiographie, oxymétrie de pouls, température)	ESSENTIEL	
18.	Désinfectez avec un tampon imbibé d'alcool les surfaces du mobilier utilisées pendant le soin.		0 1 3
19.	Enlevez les gants utilisés et jetez-les à la poubelle des déchets infectieux non piquants. Lavez-vous les mains. Enfilez une nouvelle paire de gants propres, dans le cadre des précautions standard.		0 1 9
20.	Haussez le lit au niveau de la taille du médecin/de l'infirmier qui réalise le soin (pour éviter la surcharge des muscles dorsaux du médecin/de l'infirmier par		0 1 9

	une posture trop penchée sur le patient). Descendez les parties latérales du lit.			
21.	<p>Enlevez l'oreiller fixé entre les pieds du patient et le lit (<i>antérieurement placé pour éviter l'ankylose de l'articulation du pied due à la flexion plantaire prolongée de celui-ci</i>).</p>  <p>VI. Table de pat déplaçable placée entre la table du patient et les pieds du patient pour obtenir une flexion dorsale à la cheville.</p> <p>I. Pneu placé sous la tête et les épaules, de grosseur appropriée pour réaliser l'alignement du cou du patient et prévenir l'hyperextension de celui-ci.</p> <p>II. Pneu placé sous la courbure lombaire pour prévenir la flexion postérieure de la colonne vertébrale à ce niveau.</p> <p>V. Pneu placé sous les jambes pour réduire la pression au niveau des talons.</p> <p>IV. Placement d'un pneu sous le cou pour obtenir une légère flexion du cou.</p> <p>III. Coussin roulé, placé derrière le dos du patient pour une bonne fixation de celui-ci dans le lit et prévenir la rotation externe du membre inférieur.</p>			0 1 3
22.	Enlevez l'oreiller de dessous les mollets - <i>antérieurement placé pour réduire la pression au niveau des talons.</i>			0 1 3
23.	Enlevez le rouleau fixé à côté de chaque hanche - <i>antérieurement placé pour prévenir la rotation externe du membre inférieur.</i>			0 1 3
24.	Enlevez l'oreiller fixé en-dessous des cuisses - <i>antérieurement placé pour prévenir l'ankylose de l'articulation du genou par l'hyper-extension prolongée de celle-ci.</i>			0 1 3
25.	Enlevez l'oreiller ou le rouleau fixé sous la courbure lombaire - <i>antérieurement placé pour prévenir la flexion postérieure de la colonne vertébrale.</i>			0 1 3
26.	Enlevez l'oreiller fixé sous la tête et la nuque - <i>antérieurement placé pour réaliser l'alignement du cou du patient et prévenir son hyper-extension, surtout chez les patients avec un thorax globuleux.</i>			0 1 3
27.	<p>Déplacement latéral dans le lit d'un 1/3 du corps du patient à l'aide d'un drap de rotation fixé entre celui-ci et les linge du lit.</p>  <p>Le positionnement des pieds du médecin/de l'infirmier : un pied du côté du lit, le bout des orteils orienté vers le patient, le genou plié ; la plante de l'autre pied perpendiculaire à la plante du premier, à une certaine distance du lit, le genou en extension ;</p> <p>Saisissez des deux mains le bout du drap de rotation qui est vers le médecin/l'infirmier, antérieurement plié 2-3 fois pour augmenter sa résistance, et appliquez sur ce drap une force de traction dans la direction du médecin/de l'infirmier par le transfert du poids du corps - du pied placé à côté du lit vers l'autre qui est plus éloigné : par l'extension du genou à côté du lit en même temps avec la flexion de l'autre genou).</p> 			0 1 9
28.	Soulevez la barrière du côté respectif du lit.			0 1 3
29.	Repositionnement du médecin/de l'infirmier sur la partie opposée du lit, au niveau de l'autre partie latérale.			0 1 3



30.	La baisse de la barrière latérale correspondante.			0 1 3
31.	Saisissement, à l'aide des deux mains, de l'épaule et respectivement de la hanche du patient – <i>correspondant aux deux ceintures, scapulo-humérale et coxo-fémorale, et permettant ainsi un soutien efficace du patient.</i>			0 1 9
32.	<p>La rotation du corps du patient par un mouvement de traction vers le médecin/l'infirmier, mouvement réalisé au niveau de ces deux prises</p> <p><i>La position des pieds du médecin/de l'infirmier : un pied du côté du lit, le bout des orteils orienté vers le patient, le genou plié ; la plante de l'autre pied perpendiculaire à la plante du premier, à une certaine distance du lit, le genou en extension</i></p> <p><i>Saisissement du patient, à l'aide des deux mains, au niveau de l'épaule et de la hanche controlatérale, appliquez une force de traction dans la direction du médecin/de l'infirmier par le transfert du poids du corps - du pied placé à côté du lit vers l'autre qui est plus éloigné : par l'extension du genou à côté du lit en même temps avec la flexion de l'autre genou – avec la rotation du patient « sur un côté », le visage vers le médecin/l'infirmier qui réalise la manœuvre.</i></p>		ESSENTIEL	
33.	Stabilisez cette position en plaçant un oreiller dans le dos du patient.			0 1 9
34.	Soulevez la barrière latérale respective.			0 1 3
35.	Repositionnement du médecin/de l'infirmier sur la partie opposée du lit, au niveau du dos du patient. Baisse de la barrière latérale correspondante. Fixation précise de l'oreiller entre le lit et le dos du patient.			0 1 3
36.	Soulevez la barrière latérale respective.			0 1 3
37.	Repositionnement du médecin/de l'infirmier sur la partie opposée du lit, au niveau du visage du patient. Baissez la barrière latérale correspondante.			0 1 3
38.	Fixation sous la tête d'un oreiller ayant une épaisseur appropriée, pour réaliser l'alignement du cou du patient, pour prévenir sa flexion latérale et la surcharge des muscles du cou – <i>sternocléidomastoïdiens</i> .			0 1 9
39.	Placez le bras du patient au niveau du matelas – détendu, dans une position confortable, le coude fléchi.			0 1 9
40.	Placez un oreiller sous l'autre avant-bras pour l'aligner au corps ( <i>on facilite ainsi la réalisation plénère des mouvements respiratoires en évitant la rotation interne et l'adduction de l'épaule, ce qui pourrait attirer des limitations fonctionnelles ultérieures de celui-ci</i> ).			0 1 9
41.	Placez un oreiller entre les jambes du patient, légèrement pliées, en vérifiant l'alignement correct des hanches et des épaules pour prévenir la torsion de la colonne ( <i>secondaire par rapport à la rotation interne et à l'adduction des cuisses</i> ).			0 1 9

	 <p>Pemă plasată sub ceafă și uneri, de grosime potrivită pentru a realiza alinierea gâtului pacientului</p> <p>Pemă plasată sub celălalt antebraț pentru a-l alinia cu corpul</p> <p>Bratul de la nivelul saltelei relaxat, flectat din cot, plasat confortabil</p> <p>Plasarea unei peme între membrele inferioare ale pacientului, ușor flectate verificând alinierea corectă a șoldurilor și a umenilor pentru a preveni trosiunea coloanei vertebrale</p>										
42.	Inscrivez dans le dossier médical du patient la réalisation de la manœuvre, les accidents, les complications survenues, si c'est le cas, la date et l'heure.	0 1 3									
43.	Prenez toutes les mesures nécessaires pour la sécurité du patient ( <i>le lit baissé au niveau inférieur de la hauteur et éventuellement relevez ses parties latérales</i> ). Placez à la portée du patient ses objets personnels ( <i>par ex. portable, livre, mots croisés</i> ) le verre d'eau, la sonnette pour appeler le personnel médical. Offrez des informations sur le programme médical ultérieur et sur le moment quand on va revenir chez le patient.	0 1 3									
Score total: 200		<table> <tr> <td><input type="radio"/></td><td>critère inaccompli</td><td>%</td></tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td>critère partiellement accompli</td><td>%</td></tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td>critère totalement accompli</td><td>%</td></tr> </table>	<input type="radio"/>	critère inaccompli	%	<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%	<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%
<input type="radio"/>	critère inaccompli	%									
<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%									
<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%									

### Bibliographie selective

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## LA CONSPIRATION DU SILENCE - APPROCHE DE LA COLLUSION

### Procédure médicale



## PROCÉDURE MÉDICALE

Du point de vue éthique, les patients ont le droit de recevoir le maximum d'informations qu'ils désirent sur leur état médical (diagnostic, pronostic, traitement...). La collusion n'est pas éthique, mais c'est un phénomène universellement remarqué, tant dans la société occidentale que dans d'autres pays. La collusion signifie cacher les informations sur le diagnostic, pronostic et les détails médicaux sur le malade, dans le sens de ne pas les partager avec les personnes concernées. La collusion signifie, en même temps, que les informations médicales importantes sont divulguées de manière sélective ou pas du tout au patient et/ ou aux proches. Les équipes médicales conspirent parfois avec les proches du patient pour leur cacher le diagnostic (ex. « nous vous prions de ne lui dire rien sur la gravité de sa maladie »), ou bien les médecins complotent avec le patient (ex. « je vous prie de ne pas parler à mon mari ou à ma famille de ma maladie ») et, par la suite, ils n'informent pas la famille sur le diagnostic ou le pronostic du patient. Les motifs les plus importants de la collusion sont dus à la pratique des médecins, à une large échelle, de dévoiler le diagnostic à un membre de la famille du patient, avant même de le communiquer au patient et la sous-estimation de la part des cliniciens des besoins d'information des patients. De plus, c'est plus facile pour les médecins de faire appel à la collusion que de dire la vérité parce que cela réduit leurs propres stress et angoisse provoqués par la communication d'un diagnostic grave.



P

1.	Présentez-vous aux membres de la famille. <b>Bonjour, je suis le médecin..... et l'infirmière....</b> (il est conseillé qu'à cette discussion soient présents deux membres de l'équipe) <b>Et vous, vous êtes..... ?</b> (Vous lui permettez de dire son nom. Evitez une expression telle « Vous êtes Monsieur Ion ? », ce qui pourrait générer de fausses confirmations par une réponse automatique « Oui »)	ESSENTIEL			
2.	Serrez la main, si l'un des proches le veut.				0 1 3
3.	Informez-vous qui est la personne qui accompagne le patient et en quelle relation se trouve avec celui-ci. <b>Vous êtes venu aujourd'hui pour discuter de M. /Mme. ....</b> et vous prononcez le nom du patient. <b>Pouvez-vous me dire qui vous êtes et quelle est votre relation avec le patient ?</b> (Evitez de deviner « Vous êtes sa femme ? »- c'est peut-être une fille ou quelqu'un d'autre et vous pouvez créer ainsi des situations embarrassantes)				0 1 3
4.	Assurez une atmosphère intime pour la conversation. Fermez la porte après avoir signalé que dans la chambre se déroule un entretien important (ou une consultation etc.) Si le patient est alité, tirez le rideau autour du lit. (Par une communication correcte vous gagnerez la confiance ; commencez par prouver du respect vis-à-vis de la personne qui est devant vous)				0 1 3
5.	Réduisez les facteurs perturbateurs le plus possible. Eteignez la radio, la télé, le portable - ou demandez à la secrétaire de répondre aux appels à votre place (Habituez le personnel et les autres patients à ne pas entrer dans la pièce pendant la consultation)				0 1 3
6.	L'aménagement de l'espace				0 1



	a. invitez l'accompagnateur de s'asseoir. <b>Prenez place, s'il vous plaît !</b> <i>(Le patient perçoit différemment le temps si vous êtes assis tous les deux. Le même temps sera perçu comme plus long si on est debout)</i>				3
7.	b. Prenez place vous aussi. Si le patient est dans le lit, prenez une chaise et asseyez-vous tout près du lit - A une distance confortable - 1 m - Le regard du médecin devrait être au même niveau avec celui du patient - avec une exception : quand le patient pleure ou est furieux votre regard devrait être plus bas que celui du patient - Si les patients arrivent accompagnés par un proche vous devez garder le contact visuel avec le patient, étant plus près du patient que du proche				0 1 6
8.	c. Eloignez les barrières entre vous et le patient - Mettez la chaise de façon à être près de l'interlocuteur – il vaut mieux s’asseoir au coin de la table que de l’autre côté -Dégagez le bureau du côté du patient <i>(Ne vous mettez pas derrière la table ou l'ordinateur -dans le non-verbal, cela empêche la communication)</i>				0 1 3
9.	d. Préparez-vous pour les patients/ les proches qui pleurent Il est bien que vous ayez des mouchoirs en papier à votre portée, s’ils pleurent ; offrez-les-leur				0 1 3
10.	Le langage du corps : Adoptez une posture neutre qui montre que vous n’êtes pas en hâte et que vous êtes calme - les pieds sur le plancher - les épaules détendues, légèrement en avant - une expression amicale du visage - les mains sur les genoux <i>(Quand vous parlez sur des sujets difficiles comme les mauvaises nouvelles, les diagnostics, les pronostics, les angoisses du patient etc. vous sentirez un inconfort, c'est pourquoi il est important d'entraîner votre corps, de façon que le langage non verbal paraisse calme et offre de la confiance au patient)</i>				0 1 6
11.	Le commencement de la discussion : Précisez le but de la présente discussion pour le proche. <b>Pourriez-vous me dire pourquoi vous êtes venu me voir aujourd'hui ?</b> <i>(A ce moment le proche vous dira : je sais que le patient a du cancer, mais « je vous prie de ne pas lui dire la vérité car il perdra l'espoir et il cessera de lutter contre la maladie..... »).</i>				0 1 3
12.	Confirmez la complicité et puis vous discutez les raisons : <b>Vous m'avez dit que vous estimez que M./Mme...nom du patient/.... ne devrait pas savoir ce qui se passe. Pourquoi vous croyez cela ?</b>	ESSENTIEL			
13.	Demandez-lui pourquoi il veut garder le secret sur le diagnostic. <b>Avez-vous aussi d'autres raisons pour lesquelles vous considérez que le patient ne doit pas connaître la vérité ?</b>				0 1 3
14.	Utilisez vos habiletés d'écoute : a. posez des questions ouvertes ( <b>Quoi...? Comment....? Pourquoi....?</b> etc.) auxquelles on peut facilement répondre b. encouragez l’interlocuteur, par le langage non-verbal ou par une courte	""			0 1 6



	proposition, de continuer ses idées. Approuvez, faites des pauses, souriez, utilisez des réponses comme « oui », « dites -moi plus » c. gardez le silence et n'interrompez pas la personne. Ecoutez ce qu'elle vous dit -contenu, tonalité, mais faites attention aussi à la communication non verbale (gestes, expression faciale, position du corps) d. maintenez le contact visuel sans être intrusif e. clarifiez- <b>Quand vous dites que.....vous voulez dire que....?</b> (donnez-lui la possibilité de développer l'affirmation antérieure ou de mettre en évidence certains aspects quand vous exprimez votre intérêt sur le sujet en question)		
15.	Démontrez que vous comprenez les raisons de la collusion et validez ses raisons : <b>Eh bien, vous le connaissez le mieux et il est possible que vous ayez raison. C'est bien comme ça car si vous lui disiez... Il paraît que vous avez de vraies raisons pour ne pas lui dire.</b>		0 1 3
16.	Appréciez le prix de la collusion, du point de vue émotionnel, sur le proche. <b>Je comprends maintenant pourquoi vous avez caché l'information au patient, mais quel effet a cela sur vous ?</b>	ESSENTIEL	
17.	Gardez le silence et écoutez avec attention les soucis du proche. (l'anxiété, la difficulté de faire face aux mensonges, des barrières dans la communication avec le patient etc.)		0 1 3
18.	<b>Vous vous confrontez aussi avec d'autres problèmes dus au fait que vous lui cachez la vérité ?</b>		0 1 3
19.	Résumez et continuez <b>Donc, vous avez plusieurs raisons pour lesquelles vous essayez de cacher la vérité....</b> (vous faites un bilan de celles-ci; par ex. cette situation met une pression sur vous, entrave la communication avec votre mari...) <b>Je pourrais vous suggérer quelques modalités pour améliorer la situation</b>		0 1 6
20.	Demandez la permission de parler avec le patient <b>Est-ce que je pourrais parler avec le patient ? Ce que je voudrais faire c'est de discuter avec lui pour voir ce qu'il pense vis-à-vis de cette situation. Il est possible qu'il me dise qu'il sait qu'il a du cancer. Dans ce cas-là, il n'y a aucune raison de faire semblant.</b>	ESSENTIEL	
21.	Etablissez le niveau de conscientisation du patient Si vous ne connaissez pas le patient, présentez-vous d'abord et puis adressez-lui une question pertinente pour apprendre son point de vue/sa vision sur ce qui se passe. <b>Je voulais avoir une discussion avec vous pour voir comment vous allez. ou Comment gérez-vous la situation que vous traversez ?</b>		0 1 6
22.	Si le patient connaît la vérité- vous passez à l'étape 27 Si le patient ne connaît pas la vérité ou s'il a une compréhension partielle de son état médical- vous continuez ainsi : Explorez son désir d'apprendre plus d'informations sur sa maladie et arrêtez-vous là. <b>Vous êtes content des informations que vous avez reçues sur votre maladie ?</b>		0 1 4
23.	Si le patient répond OUI, cela signifie que ce n'est pas le bon moment pour rompre la collusion. Si le patient répond NON, cela signifie qu'il désire plus d'informations- programmez un entretien pour discuter sur le diagnostic.		0 1 4

	Je vais regarder les résultats de vos analyses/tests et d'autres documents médicaux que vous avez et à la prochaine rencontre je vous offrirai plusieurs informations.			
24.	Explorez d'autres besoins du patient (douleur, appétit, mobilité) et offrez votre aide pour leur gestion. <b>Avez-vous des problèmes liés à la maladie ?</b>			0 1 4
25.	Informez les membres de la famille sur le désir du patient et offrez votre aide pour agir en conséquence. <b>Votre proche désire connaître le diagnostic. Je suis prêt à lui communiquer les mauvaises nouvelles avec délicatesse. Etes-vous d'accord ?</b>			0 1 4
26.	Communiquez au patient le diagnostic. (Utilisez le schéma de la communication des mauvaises nouvelles)			0 1 4
27.	Si le patient connaît la vérité, mais la famille ne le sait pas : Ex.: <b>J'ai toujours su que ce que vous aviez appelé ulcère précancéreux, était en fait un cancer-</b> maintenant vous devriez confirmer qu'il a raison- <b>Je suis désolé mais vous avez raison.</b>			0 1 5
28.	Demandez la permission de transmettre au membre de la famille/ à son proche/ami ce qu'il sait, en indiquant que cette personne connaît le diagnostic. <b>Je peux informer votre femme que vous comprenez quelle est votre maladie ? Elle sait déjà le diagnostic.</b>			0 1 5
29.	Essayez de comprendre le vécu du patient. <b>J'ai l'impression que vous ne trouvez pas utile une discussion en ce moment car vous considérez que cela ne changera en rien votre situation.</b>			0 1 5
30.	Discutez comment vous allez vous impliquer dans les soins à venir. <b>Il est peut-être utile de discuter sur ce que vous sentez, sur ce qui vous inquiète. Il est fort probable que je puisse faire des choses pour vous aider en ce qui concerne la souffrance physique et émotionnelle que vous éprouvez.</b>			0 1 5
31.	Tombez d'accord sur un projet de gestion et écrivez quelques instructions pour le patient. Vérifiez si le patient a compris. <b>Ici vous avez les instructions, dites-moi s'il vous plaît, si vous les avez comprises. Pourriez-vous les répéter, s'il vous plaît?</b>			0 1 5
32.	Fin de la discussion. Invitez le patient à vous poser des questions. <b>Avez -vous des questions ?</b>			0 1 3
33.	Établissez la date du futur rendez-vous. <b>Je demanderai à l'infirmière de vous appeler d'ici dans deux jours pour voir comment le traitement a fonctionné et on se reverra dans une semaine.... ça marche ? Au revoir ! A la semaine prochaine !</b>			0 1 3
34.	Vous inscrivez le bilan/les conclusions de votre discussion avec le patient et avec ses proches dans le dossier du patient (ainsi, tous les membres de l'équipe seront informés et agiront en conséquence)			0 1 3
Score total: 120		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

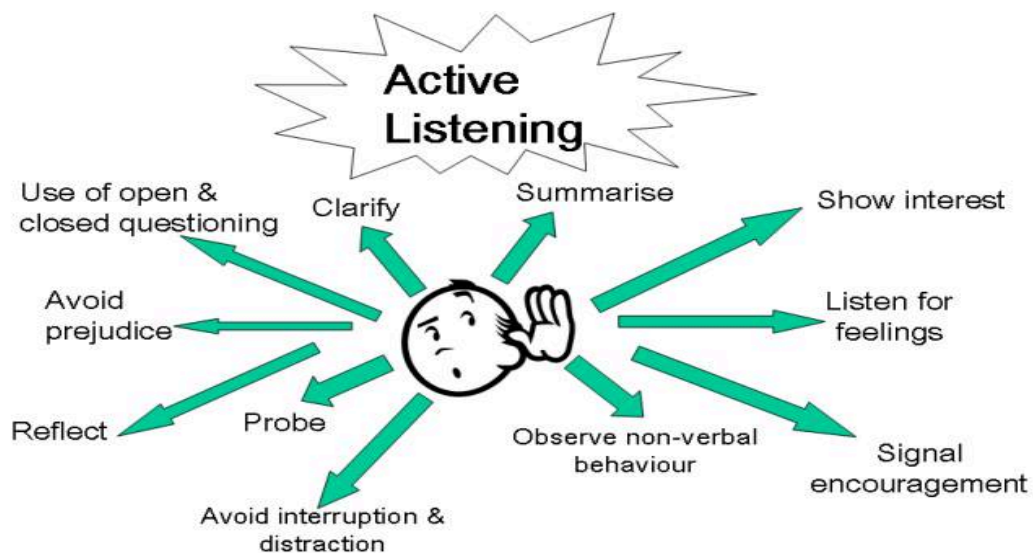
## Références:

- Peter Maguire, Ann Faulkner Communicate with cancer patients: Handling uncertainty, collusion, and denial BMJ 1988 VOLUME 297 15 OCTOBER pg 972-974
- Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. Palliat Med. 2002 Jul;16(4):297-303
- Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth? J Clin Oncol. 2008 Mar 1;26(7):1175-7.
- [James Alvin Low](#), [Sim Lai Kiow](#), [Norhisham Main](#), [Koh Kim Luan](#), [Pang Weng Sun](#), [May Lim](#), Reducing Collusion Between Family Members and Clinicians of Patients Referred to the Palliative Care Team Perm J. 2009 Fall; 13(4): 11-15.
- [Santosh K. Chaturvedi](#), [Carmen G. Loiselle](#), [Prabha S. Chandra](#), Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective Indian J Palliat Care. 2009 Jan-Jun



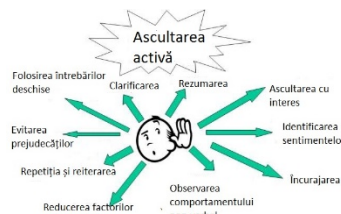
## ÉCOUTE ACTIVE ET RÉPONSE EMPATHIQUE

### Procédure médicale



## PROCÉDURE MÉDICALE

L'écoute active est le processus qui signifie écouter les autres dans le but de comprendre les idées, les opinions et les sentiments, et démontrer qu'on a tout bien compris. L'écoute active est une habileté précieuse car elle nous permet de démontrer que nous comprenons ce que les autres disent, et par empathie nous percevons ce que la personne ressent par rapport à ce qu'elle communique.



○ ○ ● P

1.	Vous vous présentez au patient. <b>Bonjour, je suis le docteur/ le prêtre / l'infirmière... Vous êtes....?</b> Permettez au patient de dire son nom. <i>Evitez des questions telles « Vous êtes M. Ion? » (qui pourraient générer une fausse confirmation par une réponse automatique du genre OUI, réponse donnée par un patient qui n'est pas attentif à la discussion à cause des symptômes)</i>	ESSENTIEL			
2.	Si le patient est accompagné par un parent ou un ami vous devez apprendre en quelle relation celui-ci se trouve avec le patient. <b>Je me réjouis de voir que vous accompagnez M/Mme....</b> et vous dites le nom du patient. <b>Pourriez -vous me dire qui vous êtes et quelle est votre relation avec le patient ?</b> <i>Evitez de faire des suppositions comme « Vous êtes sa femme ? » - elle pourrait être sa fille ou quelqu'un d'autre et vous risquez ainsi de créer des situations pénibles.</i>				0 1 3
3.	Serrez la main du patient si celui-ci le désire. D'abord, vous serrez la main du patient et après celle de l'époux/ de l'épouse/de l'ami (si cette personne est présente). Cette communication non-verbale démontre que le patient est la priorité				0 1 3
4.	Assurer l'intimité de la discussion - Fermer la porte après avoir signalé sur la porte qu'il s'agit d'une discussion importante ou d'une consultation etc. - Si le patient est immobilisé au lit, tirez les rideaux Par une communication adéquate vous allez gagner la confiance et vous montrez du respect envers la personne devant vous.				0 1 4
5.	Réduisez les facteurs perturbateurs qui vous entourent Eteignez la radio, la télé, le portable ou bien demandez à la secrétaire de le faire à votre place et de répondre au téléphone Habituez le personnel et les autres patients à ne pas entrer dans la pièce pendant la conversation/ consultation				0 1 3
6.	L'aménagement de l'espace a. Invitez le patient et le soignant à s'asseoir <b>Je vous prie de vous asseoir !</b> <i>(Le patient perçoit différemment le temps si vous restez assis tous les deux. Le même intervalle sera perçu comme plus long si on est debout)</i>				0 1 3
7.	b. Prenez place vous aussi. Si le patient est alité, prenez une chaise et asseyez-vous tout près du lit - A une distance confortable du patient - 1 m - Le regard du médecin devrait être au même niveau que celui du				0 1 5



	patient - avec une exception : quand le patient pleure ou est furieux votre regard devrait être plus bas que celui du patient - Si le patient est accompagné, asseyez-vous de façon à être en face du patient, plus près de lui que du soignant			
8.	c. Eloignez les barrières entre vous et le patient - Mettez la chaise de façon à être près de l'interlocuteur- mieux au coin de la table que séparés par la table - <i>(Ne vous mettez pas derrière la table ou l'ordinateur – de manière non verbale, cela empêche la communication)</i>			0 1 5
9.	d. Préparez-vous pour des patients/parents qui pleurent Il est bien que vous ayez des mouchoirs en papier à votre portée, au cas où les patients/les parents commencent à pleurer ; offrez-les-leurs			0 1 3
10.	Le langage du corps : Adoptez une posture neutre qui montre que vous n'êtes pas en hâte et que vous êtes calme : les pieds sur le plancher, les épaules détendues, légèrement en avant, une expression amicale du visage, les mains sur les genoux <i>(Quand vous parlez sur des sujets difficiles comme les mauvaises nouvelles, les diagnostics, les pronostics, les angoisses du patient etc. vous sentirez un inconfort, c'est pourquoi il est important d'entraîner votre corps, de façon que le langage non verbal paraisse calme et rassure le patient)</i>			0 1 3
11.	Demandez la permission de lire des documents, de prendre des notes pendant la discussion. <b>Vous me permettez de prendre des notes pendant la conversation ?</b> Il est possible que vous ayez le dossier du patient devant vous, mais ne parlez pas avec le patient pendant la lecture. Il vaut mieux de le lire avant la discussion, mais parfois le patient ramène des documents nouveaux que vous devez regarder pendant la conversation.			0 1 3
12.	Le début de l'interrogatoire. Clarifiez le but de la consultation pour le patient. <b>Pourriez-vous me dire pourquoi vous êtes venu aujourd'hui ?</b> <i>(pour les étudiants qui exercent leurs compétences linguistiques, on peut utiliser un cas de figure ou un scénario)</i>			0 1 3
13.	Habiletés d'écoute a. posez des questions ouvertes <b>Je vous prie de me parler davantage de votre maladie/problème</b> <i>(pourquoi le patient est venu à la consultation)</i>			0 1 3
14.	a. Formulez des questions ouvertes <i>(quoi?... comment?...pourquoi?...etc.)</i> auxquelles on peut répondre de plusieurs façons Quelques exemples : <b>Quelle pourrait être la cause de votre douleur ?</b> <b>Comment vous vous êtes senti quand le médecin/ l'infirmière / le prêtre vous a communiqué/ transmis le diagnostic/traitement etc. ?</b> <b>Pourquoi vous avez évité de parler avec la famille de votre problème ?</b> Ce sont de parties nécessaires dans un dialogue thérapeutique			0 1 5
15.	La plus importante technique pour faciliter le dialogue a. gardez le silence et n'interrompez pas votre interlocuteur <i>Ecoutez ce que le patient vous dit à l'aide des mots (contenu, tonalité) mais prêtez aussi attention à la communication non-verbale (gestes, expression faciale, position du corps)</i>	ESSENTIEL		
16.	d. Permettez de courtes périodes de silence quand le patient s'arrête pour			0

	réorganiser ses pensées. S'il est nécessaire d'interrompre le silence, demandez : <b>Qu'est-ce qui vous a déterminé de vous taire ?</b> Le silence pourrait avoir une autre explication : le patient peut penser ou ressentir quelque chose de trop intense pour être exprimé dans des mots		1 5
17.	e. Encouragez le patient, de façon non-verbale ou par une courte proposition, de continuer ses idées. Hochez la tête, faites des pauses, souriez, utilisez des réponses telles : « Oui » et « Dites-moi davantage »		0 1 3
18.	La répétition et la réitération <b>Depuis que j'ai commencé à prendre ces nouveaux comprimés, je suis devenu somnolent.</b> <b>Donc vous êtes plus somnolent à cause des comprimés que vous prenez ?</b> C'est la preuve pour le patient que vous avez entendu ce qu'il vous a dit.		0 1 3
19.	La clarification. <b>Quand vous dites que... vous voulez dire...</b> Donnez au patient la possibilité de développer l'affirmation antérieure ou de mettre en évidence certains aspects quand cela vous intéresse.		0 1 4
20.	Maintenez le contact visuel sans trop insister - Soyez attentif, ne regardez pas directement le patient, mais ne regardez en bas ou ailleurs non plus, pas souvent au moins - Il est utile d'éviter le contact visuel quand le patient est furieux ou pleure		0 1 5
21.	Reconnaissance des émotions, réponse empathique a. Identifiez l'émotion ressentie par le patient. <b>Je vois que vous êtes furieux...</b> nommez l'émotion que le patient ressent. L'empathie est définie comme la capacité de comprendre rationnellement ce que le patient vit émotionnellement. C'est autre chose que la sympathie	ESSENTIEL	
22.	a. Identifiez l'origine de l'émotion :..... <b>parce que le diagnostic a été établi avec un retard</b> ..... nommez la cause qui a généré l'émotion	ESSENTIEL	
23.	a. Répondez d'une façon qui montre au patient que vous avez fait la connexion entre les points 21, 22 <b>Cela doit être difficile pour vous</b> Il est important d'accepter comme normales les émotions négatives aussi bien que celles positives dans le contexte d'une maladie qui limite l'espérance de vie	ESSENTIEL	
24.	<b>N'UTILISEZ PAS : Je comprends comment vous vous sentez</b> Nous ne passons pas par la même expérience que le patient, donc le rassurement est superficiel!		0 1 5
25.	Le contact physique Vous pouvez toucher la main ou le bras mais retenez : Cela doit arriver naturellement, de l'intérieur Différents patients pourraient ne pas se sentir à l'aise avec le contact physique		0 1 3
26.	Stratégie de management Résumez les principaux aspects/problèmes dont le patient a parlé		0 1 5

	<p>Permettez-moi de faire un résumé pour voir si j'ai bien compris quelles sont vos inquiétudes: la douleur que vous avez aux jambes, la difficulté de respiration et la peur de dormir car la respiration pourrait s'arrêter ; les soucis que votre fille pourrait ne pas faire face à ces nouvelles responsabilités...</p> <p>Vous mentionnez toutes les inquiétudes d'ordre physique, psychique, social et spirituel</p>			
27.	<p>Vérifiez le résumé avec le patient</p> <p><b>J'ai résumé tout ce que vous m'avez dit ?</b></p>			0 1 3
28.	<p>Si le patient est d'accord avec votre résumé, proposez une stratégie de management.</p> <p><b>Je suggère qu'on fasse comme il suit : pour la douleur nous prenons des médicaments et nous faisons du massage, l'assistant social contactera votre fille pour la conseiller en ce qui concerne les droits légaux...</b></p>			0 1 3
29.	<p>Evaluez la réponse du patient et essayez d'inclure sa perspective aussi</p> <p><b>Quelle est votre impression? Je vois que vous êtes inquiet que les médicaments vous provoquent la somnolence ; nous commencerons avec de petites doses que nous augmenterons progressivement</b></p>			0 1 3
30.	<p>Tombez d'accord sur le projet de management et écrivez quelques instructions pour le patient. Vérifiez si le patient a compris.</p> <p><b>Voilà vos instructions, dites-moi, s'il vous plaît, si vous les avez comprises/ Pourriez-vous les répéter ?</b></p>			0 1 4
31.	<p>Fin de la discussion. Invitez le patient à poser des questions</p> <p><b>Avez-vous des questions ?</b></p>			0 1 4
32.	<p>Vous établissez la date de la prochaine entrevue.</p> <p><b>Je vais prier quelqu'un/l'infirmière de vous appeler dans 2 jours pour voir comment le traitement a marché et nous nous rencontrerons dans une semaine.</b></p> <p><b>Qu'est-ce que vous en pensez ?</b></p> <p><b>Au revoir ! A la semaine prochaine !</b></p>			0 1 4
Score total: 100		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère accompli partiellement	%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

## Références:

- Caspersz, Donella and Stasinska, Ania, Can we teach effective listening? An exploratory study, *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 12(4), 2015. Available at: <http://ro.uow.edu.au/jutlp/vol12/iss4/2>
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277(8):678-682.
- Fallowfield L, Jenkins V. - Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur. J. Cancer* 35(11) Oct. 1999 1592-1597
- Lam KK. Empathy - an essential tool for communication for palliative care doctors. *HKSPM Newsletter* 2006, Sep Issue 2, 13.
- Wittenberg-Lyles E. Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication. *Patient Educ Couns* 2012, 89(1), 31-37.
- Bylund CL, et al. Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center. *J Cancer Educ*. 2011, 26, 604-611.
- Brown RF. Patient centered communication skills training for oncologists: describing the content and efficacy of training. *Common Educ*. 2010, 59, 236-249.
- Lelorain S, et al. A systematic review of the association between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology* 2012, 21(12), 1255-64.
- Hack TF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 2005, 14(10), 831-845.
- Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med* 1994, 9, 222-226.
- Mosoiu D. Comunicarea in cancer. 2009, 31-35.
- Back LA, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005, 55, 164-177.



## COMMUNICATION DU DIAGNOSTIC DANS UNE MALADIE GRAVE (DONNER DE MAUVAISES NOUVELLES)

### Procédure médicale





## PROCÉDURE MÉDICALE

Communiquer des mauvaises nouvelles aux patients, offrir toutes les informations nécessaires pour faciliter les processus de prise des décisions dans les soins palliatifs (la définition des mauvaises nouvelles et des exemples de mauvaises nouvelles dans les soins palliatifs)		○	◐	●	P
1	Entrez et présentez-vous poliment et de façon aimable. <b>Bonjour. Je suis le docteur XXX, votre hématologue, oncologue etc. Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?</b> <i>(vous accordez le temps pour les réponses)</i> ... <b>Cela vous dérange si nous parlons un peu ?</b> S'il n'est pas d'accord : <b>Quand voulez-vous qu'on parle ?</b> <i>(On fait cela pour comprendre l'état d'esprit du patient et pour évaluer l'opportunité du moment pour assimiler les informations)</i>				0 1 3
2	Demandez si le patient veut être seul ou accompagné pendant l'entretien. S'il veut être accompagné, demandez par qui. Fixez une date qui soit convenable à tous les participants. Créez une atmosphère de sécurité et de calme. <i>(pour éviter l'anxiété du patient)</i>				0 1 3
3	Assurez un espace privé, confortable pour l'entretien. <i>(ainsi vous protégez la confidentialité des patients et vous contribuez à la création d'un cadre adéquat pour assimiler les informations, pour éviter les interruptions et d'autres éléments perturbateurs)</i>				0 1 3
4	Accordez une attention spéciale à la communication non verbale pendant l'entretien : éliminez les barrières physiques ; essayez de rester au même niveau que le patient. S'il y a aussi d'autres personnes, facilitez un espace ouvert pour la communication en plaçant les chaises en cercle.				0 1 3
5	Intéressez-vous de quelles informations sur sa situation le patient dispose <i>(il est important de savoir ce que le patient pense sur la gravité de sa situation, et qu'est-ce qu'il sait en plus du nom de sa maladie)</i> <b>Que pensez-vous de la douleur thoracique, de la perte de poids etc. ?</b> <b>Qu'est-ce qu'ils vous ont dit sur votre maladie ?</b> <b>Vous pensez que c'est grave ?</b> Accordez de l'attention à l'état émotionnel du patient : <b>Il y a des choses qui vous inquiètent ? Qu'est-ce qui vous dérange le plus ?</b>				0 1 3
6	Demandez en particulier quelles sont les informations que le patient est prêt à recevoir : <b>Qu'est-ce que vous désirez savoir sur votre maladie ? Voulez-vous que je vous explique....?</b> <i>(le diagnostic, les options de traitement, le pronostic et tout le contenu lié au processus d'information).</i> Laissez au patient la possibilité de choisir <i>(Cela est nécessaire pour respecter l'autonomie du patient et pour promouvoir un plan thérapeutique infirmier construit en commun)</i>	ESSENTIEL			
7	Donnez des indications, verbales et non verbales, au patient concernant le fait qu'il s'agit de mauvaises nouvelles.... <b>Les résultats</b>				0 1 6

	<b>du CT ne sont pas bons. Voulez-vous que je vous en parle ou que je vous informe sur le traitement ?</b> (cela permettra au patient de décider s'il est prêt du point de vue émotionnel à recevoir les nouvelles).		
8	Fournissez les informations graduellement au patient, à partir de sa situation actuelle. Résumez le processus de diagnostic et offrez des options de traitement ou des informations sur le pronostic au cas où le patient est d'accord. Utilisez un langage simple et clair. Évitez le jargon médical. <i>Le processus d'information graduelle est important pour respecter le désir du patient de connaître toutes les informations disponibles.</i>		0 1 3
9	Utilisez l'écoute active et la réponse empathique, consultez la procédure... <i>(essayez de comprendre les désirs et les valeurs du patient)</i>		0 1 3
10	Adaptez votre langage au niveau social, culturel et éducationnel du patient, exprimant en même temps des messages vrais et intelligibles. <i>(Ainsi, le patient est capable de comprendre les informations et il devient conscient des conséquences, des risques et des bénéfices du plan thérapeutique infirmier. Il est important qu'il existe une stratégie proactive pour promouvoir l'autonomie du patient)</i>		0 1 3
11	Accordez suffisamment de temps, même en silence, s'il est nécessaire. Demandez au patient s'il a besoin de plus de temps pour penser à sa situation ou de se consulter sur ces problèmes avec la famille. Accordez de l'attention à une communication permanente (gardant le contact visuel, manifestant de l'empathie, de la compréhension et du respect vis-à-vis des besoins et des opinions du patient.		0 1 3
12	Vérifiez si le patient a compris les informations fournies. Aidez-le à les réviser. Demandez s'il a des questions, des doutes.		0 1 5
13	Demandez au patient s'il désire partager les informations avec quelqu'un d'autre (par ex. avec une personne qui n'est pas encore dans la même pièce).	ESSENTIEL	
14	Montrez votre disponibilité pour toute autre sollicitation et informez le patient sur la manière dont il peut vous contacter de nouveau. Le patient doit percevoir la continuité des soins.		0 1 3
15	Réviser les aspects les plus importants du plan thérapeutique à mettre en œuvre avec le patient. Celui-ci doit comprendre que la situation est gérée sérieusement et avec du professionnalisme.		0 1 3
16	Évaluez l'état émotionnel après l'entretien : <b>Comment vous sentez-vous maintenant ?</b> Intéressez-vous si le patient a des questions, des inquiétudes.		0 1 3

17	Dites au revoir amicalement.			0 1 3
	Score total: 50	<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

## Bibliographie selective

Buckman R. Communication skills in palliative care. A practical guide. Neurologic Clinics 2001; 19(4): 989-1004

Finset A, Ekeberg O, et al. Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. Psycho-Oncology 2003; 12:686-693

Deschepper R, Vander Stichele R, et al. Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flandres, Belgium. British Journal of General Practice 2006; 56:14-19

Treece PD. Communication in the intensive care unit about the end of life. AACN Advanced Critical Care 2007; 18(4): 406-414



## L'ÉVALUATION SPIRITUELLE

### Procédure médicale



## PROCÉDURE MÉDICALE

Les problèmes spirituels devraient être considérés comme très importants, à l'évaluation initiale aussi bien qu'aux visites de réévaluation, selon le cas. Cela permettra de comprendre la souffrance spirituelle/religieuse des patients ainsi que les modalités d'y faire face et de voir les voies censées éclaircir le sens et apporter du soutien par la foi. L'instrument proposé à être utilisé pour une telle évaluation est FICA - foi, importance, communauté, application/adresser. L'instrument d'évaluation spirituelle FICA a été développé par Dr. Puchalski avec un groupe de médecins généralistes, afin de mettre à la disposition des médecins et d'autres professionnels de la santé un instrument pour l'approche des problèmes spirituels des patients.

**F** *faith*  
**I** *mportance*  
**C** *hurch*  
**A** *pply/Address*

○ ● ● P

1.	<p>Présentez-vous au patient  <b>Bonjour, je suis le prêtre/le médecin/l'infirmière... Vous êtes....?</b>          Permettez au patient de dire son nom.  <i>(Évitez des expressions telles " Vous êtes M. Ion?"; celles-ci pourraient générer une fausse confirmation par une réponse automatique fausse du genre « Oui », réponse donnée par un patient qui n'est pas attentif à la discussion à cause des symptômes qu'il ressent)</i></p>	ESSENTIEL				
2.	<p>Si le patient est accompagné par un parent/un ami vous devez apprendre en quelle relation celui-ci se trouve avec le patient.  <b>Je me réjouis de voir que vous accompagnez aujourd'hui M/Mme....(et vous dites le nom du patient). Pourriez-vous me dire qui vous êtes et quelle est votre relation avec le patient ?</b>          Évitez de faire des suppositions comme « Vous êtes sa femme? »  <i>(C'est peut-être sa fille ou quelqu'un d'autre et ainsi vous pouvez créer des situations pénibles)</i></p>					0 1 3
3.	<p>Serrez la main du patient <i>(si celui-ci le désire)</i>.          D'abord, vous serrez la main du patient et puis du mari /de la femme /de l'ami <i>(si cette personne est présente)</i>          Cette communication non-verbale montre que le patient a de la priorité</p>					0 1 3
4.	<p>Assurez l'intimité de la discussion          - Fermez la porte après avoir signalé sur celle-ci qu'il s'agit d'une discussion importante (ou d'une consultation etc.)          - Si le patient est immobilisé au lit, tirez les rideaux  <i>Par une communication adéquate vous allez gagner la confiance et vous montrez du respect pour la personne qui est devant vous.</i></p>					0 1 6
5.	<p>Réduisez les facteurs perturbateurs le plus possible          Éteignez la radio, la télé, le portable (ou bien demandez à la secrétaire/ à l'infirmière de répondre aux appels à votre place).  <i>Faites savoir au personnel et aux autres patients qu'ils ne doivent pas entrer dans la pièce pendant l'entretien/ la consultation</i></p>					0 1 3
6.	<p>L'aménagement de l'espace          a. Invitez le patient (et son proche) à s'asseoir  <b>Je vous prie de vous asseoir!</b>  <i>(Le patient perçoit différemment le temps si vous êtes assis tous les deux. Le même temps sera perçu comme plus long si on est debout)</i></p>					0 1 3



7.	<p>b. Prenez place vous aussi. Si le patient est dans le lit, prenez une chaise et asseyez-vous tout près du lit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- À une distance confortable par rapport au patient (environ 1 m)</li> <li>- Le regard du médecin devrait être au même niveau que celui du patient (avec une exception : quand le patient pleure ou il est furieux votre regard devrait être plus bas que celui du patient)</li> <li>- Si le patient est accompagné par un parent/un ami, vous allez vous placer devant le patient, plus proche de celui-ci que de son parent/ son ami.</li> </ul>		0 1 6
8.	<p>c. Éloignez les barrières entre vous et le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettez votre chaise de façon à être près du patient (mieux au coin de la table au lieu que celle-ci vous sépare)</li> </ul> <p>(Ne vous mettez pas derrière la table ou l'ordinateur – au niveau non verbal cela empêche la communication)</p>		0 1 6
9.	<p>d. Préparez-vous pour les patients /les parents qui pleurent</p> <p>Il est bien que vous ayez des mouchoirs à votre portée, au cas où le patient ou les parents commencent à pleurer, offrez-les leur!</p>		0 1 3
10.	<p>Le langage du corps:</p> <p>Adoptez une posture neutre qui montre que vous n'êtes pas en hâte et que vous êtes calme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les pieds sur le plancher</li> <li>- les épaules détendues, légèrement en avant</li> <li>- une expression amicale du visage</li> <li>- les mains sur les genoux</li> </ul> <p>(Quand vous parlez sur des sujets difficiles comme des mauvaises nouvelles, les pronostics, les angoisses du patient etc. vous sentirez un inconfort, c'est pourquoi il est important d'entraîner votre corps, de façon que le langage non verbal paraisse calme et offre de la confiance au patient)</p>		0 1 6
11.	<p>C'est le moment approprié pour une évaluation spirituelle ?</p> <p><b>Avant de commencer notre discussion, je veux savoir si vous allez bien. Pourriez-vous me dire si vous avez une souffrance physique ou s'il y a quelque chose qui vous inquiète?</b></p> <p>Si le patient répond OUI, différez l'évaluation spirituelle et concentrez-vous sur l'évaluation des symptômes qui causent la souffrance et sur le traitement approprié.</p> <p>Si le patient répond NON, vous continuez l'évaluation</p>		0 1 6
12.	<p>Demandez la permission de faire l'évaluation.</p> <p><b>Pour évaluer les multiples souffrances que la maladie vous provoque, je vais vous poser quelques questions concernant votre vie spirituelle. Puis-je commencer?</b></p> <p>Si la réponse est NON, demandez la permission de revenir une autre fois. Si la réponse est OUI; continuez l'évaluation.</p>		0 1 6
13.	<p>Commencez par des questions générales.</p> <p><b>Vous êtes réconcilié avec vous-même?</b></p>	ESSENTIEL	
14.	<p>Si la réponse à la question 13 est NON</p> <p><b>Quels sont vos inquiétudes? Dites-moi davantage, s'il vous plaît, et puis vous passez à la question 16</b></p>		0 1 6
15.	<p>Si la réponse à la question 13 est OUI</p> <p><b>Dites-moi, s'il vous plaît, qu'est-ce qui apporte la paix et donne du sens dans votre vie. Votre travail, votre famille, quoi d'autre?</b></p>		0 1 6

16.	Utilisez des stratégies de communication censées faciliter le dialogue. Gardez le silence et n'interrompez pas le patient <i>Écoutez ce que le patient vous dit par des mots (contenu, tonalité) mais accordez de l'attention aussi à la communication non-verbale (gestes, expression faciale, position du corps...)</i>			0 1 3
17.	Permettez des silences courts quand le patient s'arrête pour réorganiser ses pensées. S'il est nécessaire d'interrompre le silence posez la question: <b>Pourquoi vous vous êtes tu?</b> <i>Le silence pourrait signifier aussi que le patient pense ou sent quelque chose de trop intense pour pouvoir l'exprimer en mots.</i>			0 1 6
18.	De façon non-verbale ou par une proposition courte, encouragez le patient à continuer ses idées. Hochez la tête, faites des pauses, souriez, utilisez des réponses telles « Oui », « Dites-moi davantage »			0 1 3
19.	Répétition et réitération <b>Ma famille a été très unie, maintenant quand ils ont appris de ma maladie, ils sont toujours présents pour m'aider au ménage. Donc, la famille vous aide au ménage.</b> <i>Vous allez confirmer au patient que vous avez bien entendu ce qu'il a dit.</i>			0 1 3
20.	La clarification <b>Quand vous dites que... vous vous rapportez à.... ?</b> <i>Donnez au patient la possibilité de développer l'affirmation antérieure ou de mettre en évidence certains aspects quand cela vous intéresse.</i>			0 1 6
21.	<b>La foi occupe une place importante dans votre vie? Est-elle un soutien pour vous dans la situation actuelle?</b> <i>Cette question permettra au patient de parler des systèmes apportant du soutien, mais également des problèmes existentiels.</i>	ESSENTIEL		
22.	<b>Vous appartenez à une communauté religieuse/ confession? Comment pouvons-nous vous soutenir dans votre foi?</b>	ESSENTIEL		
23.	Fin de la discussion <b>Faites une synthèse des aspects les plus importants que vous avez discutés</b>			0 1 6
24.	Invitez le patient à vous poser des questions. <b>Avez-vous d'autres questions?</b>			0 1 6
25.	Établissez la date du futur rendez-vous			0 1 4
Score total: 100		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère complètement accompli	%



## LA RÉALISATION DE L'ALIMENTATION AU LIT DU PATIENT

### Procédure médicale



## PROCÉDURE MÉDICALE

Fournir un apport juste de substances nutritives et de liquides nécessaires à l'organisme, chez un patient confiné au lit. Cet apport a comme objectif la création des conditions optimales pour le fonctionnement de l'organisme du patient mais surtout une bonne qualité de vie de celui-ci. L'alimentation de chaque patient a un potentiel thérapeutique qui se compare avec l'administration de médicaments ; elle doit être individualisée pour correspondre aux habiletés intellectuelles, aux motivations, au style de vie, à la culture, au statut économique de celui-ci.

Il faut intégrer dans ce processus la famille du patient et ses proches.


	Concept:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
18. Évaluation rapide de la présence des fonctions vitales (présence de l'état de conscience, mobilité, respiration, parler) - fonctions vitales présentes ; arrêt cardio-respiratoire <b>Bonjour. Mon nom est.....je suis le médecin/l'infirmier qui vous examinera aujourd'hui.</b>	initiation de l'entretien				0 3 5
19. Pourriez-vous confirmer, s'il vous plaît, votre nom.....(ou vérification du bracelet d'identification, s'il est disponible) <b>Et votre date de naissance..... Merci</b> (on évite ainsi la confusion entre les patients et la mise en œuvre du protocole chez un autre patient que celui indiqué. De même, on évite des questions telle « Vous êtes Monsieur Popescu ? » ce qui pourrait générer une confirmation fausse à cause d'une réponse « Oui » donnée automatiquement par un patient peu connecté à la discussion avec le personnel médical)	Correspondance avec la fiche d'observation médicale pour Nom .../ Date de naissance <b>PACIENT CI</b>				ESSENTIEL
20. Désinfectez avec un tampon imbibé de solution alcoolique les surfaces du mobilier utilisées pendant les soins. Le lavage médical des mains ± enfiler des gants médicaux propres (seulement s'il y a des lésions du tégument aux mains de celui qui fait l'examen ou si le patient représente un risque élevé d'infection- dans le cadre des précautions standard)	- Précautions standard -				0 1 3
21. Assurez un milieu privé pour l'examen (chambre avec un seul lit, rideaux) Détermination de la TA, de l'oxymétrie de pouls, de la température - si celles-ci n'ont pas été récemment évaluées	TA: ...../..... mmHg; SaO2 ..... %; T ..... oC				0 3 6
22. L'évaluation de l'éventuelle incompatibilité avec la voie d'administration orale : • procédures médicales programmées à être effectuées en peu de temps et qui imposent que le patient n'ait pas mangé • existence de la recommandation de NPO -nihil per os- rien par voie orale • patient comateux • présence des nausées/ vomissements • existence d'un appareil d'aspiration gastrique • éventuel examen objectif de l'abdomen : bruits intestinaux diminués/abolis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				ESSENTIEL

23.	<p>Arrangez le patient dans le lit, préférablement dans la position haute Fowler - assis, le dos relevé</p> <p>Évaluez la cavité buccale du patient du point de vue de la dentition, l'aspect des gencives, la présence de lésions qui pourraient interférer avec l'alimentation</p>	<p><i>Dans le cas où, à cause de motifs médicaux, cette position n'est pas possible, le patient peut être placé en décubitus latéral -couché sur un côté- posture dans laquelle la déglutition (le fait d'avaler) est plus facile que dans le décubitus dorsal-couché sur le dos-</i></p>		0 5 9
24.	<p><b>Vous avez la sensation d'uriner ? Ou le besoin d'évacuation des selles?</b></p>			0 3 5
25.	<p>Consultez la fiche d'observation du patient pour voir les mentions visant les troubles de vue, de goût, d'odorat : <b>Vous voyez bien ? Par exemple la nourriture dans l'assiette ?</b></p> <p><b>Le plat a du goût ? Ou bien il y a des problèmes ?</b> - les personnes âgées, à cause de l'atrophie des papilles gustatives, présentent une diminution de la perception du goût sucré et salé ; les aliments qui leur sont administrés, pour avoir un meilleur goût, peuvent être condimentés plus qu'habituellement.</p> <p><b>Et de l'odeur ?</b></p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		0 3 5
26.	<p>Consultez la fiche d'observation du patient pour voir : l'âge (plus de 65 ans), un diagnostic de démence/sénilité ; une éventuelle mention de la dysphagie ; manœuvres d'aspiration oro-pharyngée dans l'histoire des interventions</p> <p><b>Il vous arrive de tousser quand vous mangez, de vous étouffer ? Avez-vous des problèmes quand vous ingérez ? Des douleurs ? Un enrouement brusquement apparu ?</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Évaluation nécessaire pour la prévention de la pneumonie d'aspiration qui peut survenir chez les patients avec dysphagie. Dans le cas où une telle situation est identifiée, un effort commun est nécessaire de la part du nutritionniste, du diététicien et du médecin traitant, du spécialiste en déglutition, de l'orthophoniste, du médecin de famille...</i></p>		0 5 9
27.	<p>OUI <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurez une ambiance calme sans des facteurs perturbateurs pour le patient qui se nourrit.</li> <li>• Mettez une musique de fond, surtout pour les patients atteints de démence (la réduction des troubles de comportement pendant l'alimentation -Liao et al. 2004)</li> <li>• Positionnez le patient assis dans le lit ou sur la chaise aussi haut que possible</li> <li>• Introduisez dans la bouche seulement de petits morceaux qui peuvent être facilement mâchés</li> <li>• Mâchez-les bien avant de les avaler</li> </ul>			0 5 9



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduisez un nouveau morceau après avoir avalé celui d'avant</li> <li>• Après avoir fini on va vérifier si dans votre bouche il y a encore des morceaux qui n'ont pas été avalés</li> <li>• Vous garderez cette position du moins encore 20-30 minutes après le repas</li> </ul> <p>Dans le cas où des signes cliniques d'aspiration trachéo-bronchique (toux, dyspnée- étouffement, dysphonie - enrouement) apparaissent il faut extraire vite les restes alimentaires de la cavité buccale</p>			
28.	On essaie de manger quelque chose ?	On explique au patient ce que nous allons faire		0 1 3
29.	Il sera nécessaire de mâcher et d'avaler les morceaux de nourriture que vous pouvez couper vous-même, sinon je peux vous aider. Vous devez aussi boire des liquides.	On explique au patient la procédure		0 1 3
30.	Il est conseillé de vous asseoir ou tout au plus de vous allonger sur le côté pour que vous ne vous étouffiez pas avec l'aliment et que vous l'aspiriez dans les poumons. Si vous avez des problèmes à couper la nourriture je suis là pour vous aider. Ou bien, je peux vous servir moi-même et je peux aussi verser de l'eau dans le verre. Vous n'avez qu'à me le dire. Comme vous voulez. Je reste à côté de vous et j'assiste à votre repas. D'accord ? On peut commencer avec le plat que vous désirez.	On informe le patient de la manière dont il peut contribuer à la réalisation de l'administration d'aliments		0 1 3
31.	En vous nourrissant, vous offrez à votre corps de l'énergie et les ressources qui lui permettent le fonctionnement. Le moment peut être aussi très agréable.	On explique au patient à quoi lui sert de se nourrir de façon correcte.		0 1 3
32.	Est-ce que je vous ai bien expliqué ce qui suit ? Avez-vous des questions ?		ESSENTIEL	
33.	Vous avez de l'appétit, en général ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			0 1 3
34.	<p>NON <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est un bon moment pour manger ? Ou bien vous avez des douleurs ou un inconfort que nous pourrions soigner ? (des analgésiques contre la douleur, des antipyrétiques contre la fièvre)</li> <li>• Il y a quelque chose qui vous inquiète maintenant plus particulièrement? Quelque chose dont vous voudriez parler ? (le stress psychique associe l'anorexie - le manque de l'appétit)</li> <li>• Qu'est-ce que vous aimez manger d'habitude ?</li> <li>• Il est préférable de manger peu car cela ne</li> </ul>	Il est utile d'impliquer les proches du patient qui peuvent fournir des informations concernant ses préférences alimentaires et même apporter ses plats préférés, cuisinés comme le patient le désire.		0 1 9

	<p>décourage pas le patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les personnes âgées on évite les aliments secs, croquants ou durs ainsi que ceux qui collent (par exemple les bananes) à cause de la sécrétion réduite des glandes salivaires, associée à l'âge.</li> <li>• Immédiatement avant ou après le repas du patient on évite les procédures médicales difficiles à tolérer.</li> <li>• Créez une ambiance agréable pour le repas (propre, appétissant, qui sent bon)</li> <li>• <b>Vous aurez plus de plaisir à goûter des aliments si avant le repas vous faites une hygiène de la bouche. Voulez-vous vous brosser les dents, rincer la bouche ? Désirez-vous laver votre visage également, avant de manger ? Je peux vous aider, si vous le voulez.</b></li> </ul>			
46.	<p>Consultez la fiche d'alimentation, sélectionnez du placard le type d'aliments appropriés - Vérification 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valider les horaires d'administration prescrits (<math>\pm</math> 30 minutes)</li> </ul>	<p>La validation de la correspondance de l'aliment sélectionné avec la prescription de la fiche d'administration des médicaments <input type="checkbox"/></p>		
47.		<p><b>LE MOMENT CORRECT – C2</b></p>		
48.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valider la modalité d'administration prescrite (par exemple exclusivement sous forme semi-solide ou liquide- la viande donc va être hachée ; la nourriture moyennement chauffée- dans les pathologies œsophagiennes il est déconseillé d'exposer la muqueuse à des températures extrêmes chaud/froid ; ou bien la température désirée par le patient, antérieurement décidée)</li> </ul>	<p><b>LA MODALITE D'ADMINISTRATION – C3</b></p>	ESSENTIEL	
49.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier la date de péremption</li> </ul>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		
50.	<p>Placez la table au niveau du lit avec le repositionnement du patient pour lui permettre d'observer facilement les plats offerts</p>			0 1 3
51.	<p>Consultant la fiche d'alimentation, sortez les boîtes d'aliments de leurs feuilles d'aluminium, au niveau de la table - La validation de la correspondance de l'aliment sélectionné avec la prescription de la fiche d'administration des médicaments</p>	<p>Vérification 2</p>		0 5 9
52.	<p>La présentation des aliments du menu.</p> <p><b>Aujourd'hui vous avez dans le menu..... (par ex. : de la soupe crème de tomates, des pommes de terre en purée avec de l'escalope de poulet, du jus d'oranges, de l'eau plate, du pudding de framboises).</b></p> <p><b>Vous voulez commencer par quoi ?</b></p>	<p><b>LES ALIMENTS CORRECTS – C5</b></p>		0 2 5
53.	<p>La préparation des aliments solides et liquides conformément aux quantités prescrites</p>	<p><b>Quantité correcte – C4</b></p>	ESSENTIAL	

54.	<p>Vous pouvez manger avec les couverts habituels ? Consultez la fiche d'observation médicale du patient pour des diagnostics qui supposent le tremblement des mains, asthénie extrême, impuissance fonctionnelle des membres supérieurs - (qui limitent la capacité de bouger la main, les poignets, les coudes, les épaules- et le cou) <b>Est-ce que vos mains tremblent quand vous tenez la cuillère ou la fourchette de façon que vous ayez des difficultés à manger?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p><b>Ou bien il est difficile pour vous de pencher la tête en arrière quand vous buvez des verres habituels ?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p><b>Je vous le demande car on peut vous aider, si c'est le cas, avec des couverts ou de la vaisselle un peu modifiés, ce qui faciliterait l'effort de manipuler la nourriture. Il est difficile pour vous de porter la fourchette vers la bouche ? Faut-il fléchir votre poing, votre coude pour réussir cela?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Utilisation de la vaisselle et respectivement des couverts spéciaux</p> 			0 5 9
55.	<p>Consultez la fiche d'alimentation et jetez à la poubelle les feuilles d'aluminium qui ont servi à couvrir les boîtes à aliments / Consultez la fiche d'ordonnance et remettez dans l'armoire à pharmacie les boîtes de médicaments d'où l'on a extrait la médication / Vérification III</p>	<p>La validation de la correspondance de l'aliment sélectionné avec la prescription de la fiche d'observation médicale/ fiche d'administration des médicaments</p>			0 5 9
56.	<p>Évaluez d'éventuelles incompatibilités de l'aliment qu'il faut administrer : <b>Vous êtes allergique à l'aliment ....</b></p>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ESSENTIEL		
57.	<p>Il y a une incompatibilité d'administration entre l'aliment prescrit et les paramètres vitaux antérieurement déterminés? (ex. TA, fréquence cardiaque, respiration, etc.)</p>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
58.	<p>L'évaluation de l'état actuel du patient du point de vue des symptômes et de la condition qui a généré la prescription de la respective alimentation (ex. présence des œdèmes, degrés de la douleur, valeur de la glycémie etc.)</p>	<p><b>L'ÉVALUATION AVANT L'ALIMENTATION</b></p>			0 5 9
59.	<p><b>Je vous prie maintenant d'avaler le morceau de .... Voulez-vous boire un peu d'eau ? Ou du jus</b> ? (offrez au patient des liquides pour ingestion chaque fois qu'il le sollicite ou bien après toutes les trois -quatre bouchées)</p>	<p>Eventuellement on aide le patient en lui portant le verre à la bouche</p>			0 5 9
60.	<p>Discutez sur un sujet confortable pour le patient (dans le cas des patients ayant de la disponibilité pour le dialogue, afin de créer une atmosphère détendue, favorable à l'alimentation) L'alimentation du patient</p>				0 3 6
61.	<p>Inscrivez dans la fiche du patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le type d'aliments administrés</li> </ul>				0 3 6

62.	• les quantités administrées, du menu recommandé			0 3 6
63.	• modalité d'administration de l'aliment			0 3 6
64.	• la date, l'heure et la minute du commencement et de la fin de l'alimentation (s'il s'agit d'une différence plus grande que 30 minutes par rapport à l'heure prescrite- notez le motif du décalage. Les personnes âgées ont besoin de plus de temps pour le repas. Parfois il faut réchauffer les aliments)	<i>Si le patient refuse les aliments ou s'il a été ignoré par la personne responsable -inscrivez cette situation dans la fiche du patient en expliquant le motif également. En avertir le médecin/l'infirmière</i>		0 3 6
65.	• les paramètres cliniques et biologiques pertinents, évalués avant l'alimentation du patient (ex. TA, FC, degré de la douleur, valeur de la glycémie) Signez les observations faites dans la fiche du patient, concernant l'administration de l'alimentation			0 3 6
66.	Eloigner du lit la table d'alimentation avec ce qui n'a pas été consommé.			0 1 3
67.	<b>Voulez-vous que je vous aide à vous brosser les dents, à vous laver les mains ou le visage, la bouche ?</b>			0 1 3
68.	L'évaluation, après un intervalle réaliste, des paramètres cliniques et biologiques et/ou de l'effet attendu (ex. TA, FC, degrés de la douleur, valeur de la glycémie, installation du sommeil etc.)	<b>L'ÉVALUATION APRÈS L'ALIMENTATION</b>		0 1 3
69.	Inscrivez dans la fiche du patient : • les paramètres cliniques et biologiques et/ou l'effet attendu après l'alimentation (ex. TA, FC, degrés de la douleur, valeur de la glycémie, installation du sommeil etc.)			0 1 3
70.	• l'apparition d'éventuels incidents, accidents ou réactions adverses (nausées, vomissements, difficultés de mastication, d'avalement - ce qui conduira à changer les menus suivants- par ex. leur préparation sous une forme semi-solide etc., les bénéfices de l'utilisation des couverts spéciaux)			0 1 3
71.	• éventuelles mentions de la part du patient, importantes pour l'alimentation (l'acceptation du menu proposé, comment il a été toléré) Signez les observations faites dans la fiche du patient, concernant l'alimentation			0 1 3
72.	Repositionnez confortablement le patient en plaçant le lit au niveau de la hauteur minimale. Placez le verre d'eau, les télécommandes d'utilité du salon (la sonnette, la télécommande de la télé), les objets personnels (ex. lunettes, portable, livre etc.) au niveau de la table à côté du lit du patient			0 5 9
73.	Lavez-vous les mains ± Enfilez des gants médicaux propres. Désinfectez avec un tampon imbibé de solution			0 5 9

<p>alcoolique la table médicale utilisée. Enlever les gants éventuellement utilisés antérieurement et jetez-les à la poubelle des déchets infectieux non piquants. Lavez-vous les mains.</p> <p><b>Au revoir. Je vous laisse vous reposer un peu. Je reviendrai vous voir dans...</b>(ex. 2 heures) quand nous ferons.... (par ex. le traitement)</p> <p>Quittez le salon en prenant les débris alimentaires.</p>			
<p><b>Total score: 200</b></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p>critère inaccompli</p>	<p>%</p>
	<p><input type="radio"/></p>	<p>critère partiellement accompli</p>	<p>%</p>
	<p><input type="radio"/></p>	<p>critère totalement accompli</p>	<p>%</p>





## HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

### Procédure médicale



## PROCÉDURE MÉDICALE

Les soins oraux supposent la promotion, l'organisation et, chez les patients dans l'incapacité, la réalisation effective d'une hygiène quotidienne des dents (l'utilisation du fil dentaire, le brossage), des gencives (stimulation mécanique), de la bouche ; la promotion/l'organisation des contrôles dentaires réguliers; l'examen de la zone orale et, en fonction des problèmes identifiés à l'évaluation, la promotion/l'organisation d'une consultation supplémentaire avec les spécialistes dans le domaine des soins oraux (dentistes, chirurgiens oraux).

○ ● ● P

1.	<p>Évaluez l'état du patient (<i>conscience, mouvements, parler, respiration</i>) :</p> <p>Fonctions vitales conservées <input type="checkbox"/> ; arrêt cardio-respiratoire <input type="checkbox"/> ; -si c'est le cas suivez le protocole cardio-respiratoire</p> <p><b>Bonjour. Mon nom est .... Je suis votre médecin/infirmier/ère.</b></p>				0 2 5
2.	<p><b>Pourriez-vous confirmer, s'il vous plaît, votre nom..... Et votre date de naissance..... Merci</b> (<i>Cela se fait pour éviter de donner les soins à un autre patient que celui indiqué, parce qu'il y a parfois plusieurs patients portant le même nom. De même, on évite des questions telle « Vous êtes Monsieur Popescu ? » ce qui pourrait générer une confirmation fausse à cause d'une réponse donnée automatiquement par un patient distrait par ses symptômes ou à cause d'autres raisons</i>). Surtout chez les patients ayant des difficultés de communication (états confusionnels, coma) Vérifiez la correspondance entre le bracelet (<i>qui se trouve au poignet</i>) et la fiche d'observation médicale, concernant l'identité du patient. Les patients confus, comateux, dépressifs, avec des maladies graves ou ceux qui ont besoin de sondes naso-gastriques ou d'oxygénothérapie, ou bien ceux qui nécessitent des soins à long terme présentent un risque élevé de problèmes de santé orale, ceux-ci bénéficiant le plus de la réalisation des soins oraux.</p>	ESSENTIEL			
3.	<p>Assurez un cadre privé pour l'examen (<i>chambre avec un seul lit, rideaux, paravent etc...</i>)</p> <p><b>Il faut laver la bouche et les dents. (ce qu'on va faire)</b></p>				0 1 3
4.	<p>Le soin suppose l'inspection de la bouche pour identifier des caries, des plaques dentaires, la mauvaise haleine, des sécrétions et l'aspect des gencives... On va brosser et utiliser le fil dentaire, on lavera la bouche. Cela est facile à faire généralement, n'implique pas d'incisions ou de piqûres, donc ce n'est pas douloureux. (<i>en quoi consiste le soin</i>)</p>				0 1 3
5.	<p><b>Vous allez rester assis ou allongé sur un côté. Est-il difficile pour vous de garder une telle position pour plus de 20 minutes par exemple ? Il est très important que vous soyez détendu et calme pendant la procédure. Quand je vous le demanderai, vous devrez cracher le liquide de votre bouche dans une cuvette qui se trouve à votre portée. (comment contribuer à la réalisation du soin)</b></p>				0 1 3
6.	<p><b>L'exécution d'une bonne hygiène buccale est un élément important de votre état médical. Un échec dans le maintien de celle-ci comporte de grands risques d'infections associées au niveau local et aussi au niveau des voies respiratoires, telles que la pneumonie. Ou bien un retard, voire un échec dans le processus de guérison. (le bénéfice du soin)</b></p>				0 1 3
7.	<p><b>Tout est clair maintenant sur la réalisation du soin ? Avez-vous des questions là-dessus ?</b></p>	ESSENTIEL			
8.	<p><b>Êtes-vous jamais passé par une procédure de soins de la cavité orale</b></p>				0 1

	<b>? Pourriez-vous me dire quand et comment vous vous brossez les dents et vous vous lavez la bouche tout seul ?</b> <i>(l'évaluation de la perception et de l'implication des patients dans leurs propres problèmes de santé. Le manque de connaissances concernant l'hygiène orale prédispose aux problèmes oraux)</i>		3
9.	<b>Votre assurance maladie inclut les soins dentaires ? Combien de fois avez-vous fait des contrôles dentaires les dernières années ?</b>		0 1 3
10.	<b>Sentez-vous le goût des aliments ? Vous préférez les salés ou les sucrés ? Par exemple quoi ?</b> <i>(La quantité élevée de sel ou de sucre raffiné peut conduire à des érosions de l'émail dentaire)</i>		0 1 3
11.	<b>Avez-vous souvent la sensation de bouche sèche ? Vous vous réveillez pendant la nuit pour boire de l'eau ?</b> <i>(La diminution des sécrétions salivaires conduit à une muqueuse orale sèche et fine qui favorise les blessures et les lésions locales)</i>		0 1 3
12.	<b>Quelle quantité de liquide ingérez-vous chaque jour ? Y compris la soupe, le thé, tout autre liquide, cela fait au total 2000ml par jour ? Ou moins ?</b> <i>(La diminution de l'apport de liquide conduit à une muqueuse orale sèche et fine qui favorise les blessures et les lésions locales)</i>		0 1 3
13.	<b>Vous fumez ? Combien de cigarettes par jour ? Depuis combien de temps ?</b> <i>(beaucoup fumer, c'est-à-dire 20 cigarettes par jour ou plus, ou bien &gt;20 paquets par an ⇒ le calcul : le nombre de paquets par jour multiplié par le nombre d'années – ⇒ conduit à une muqueuse orale sèche et fine qui favorise les blessures et les lésions locales)</i>		0 1 3
14.	<b>Quel type d'alcool préférez-vous, cognac, vin, bière, vodka... ? En quelle quantité par semaine ?</b> <i>(un consommateur d'alcool à risque élevé signifie consommer plus de 14 unités d'alcool par semaine ⇒ une unité est 10 ml ou 8g d'alcool pur dans 25 ml de boissons fortes d'environ 40% ; dans 76 ml de boissons de type vin d'environ 13,5% ; dans 250ml de boissons de type bière d'environ 4% – ce qui conduit à une muqueuse orale sèche et fine qui favorise les blessures et les lésions locales)</i>		0 1 3
15.	Pendant que vous consultez la fiche d'observation médicale, vérifiez les effets secondaires des médicaments prescrits, par exemple sécheresse de la bouche <i>(diurétiques, laxatifs, tranquillisants surtout utilisés excessivement)</i> ou s'il y a des traitements antérieurs qui impliquent des irradiations au niveau de la tête et de la gorge. <i>(à cause du processus de fibrose des glandes salivaires, développé comme résultat des irradiations qui conduisent à une sécrétion insuffisante. La salive a des caractéristiques anti-infectieuses)</i>		0 1 3
16.	Si on ne les a pas récemment évaluées : la tension artérielle, l'oxymétrie de pouls, la température : la pression artérielle..... mm Hg, SaO2 .....%, T ..... ° C. Enfilez des gants propres, dans le cadre des précautions standard.		0 1 3
17.	Utilisez un tampon imbibé d'alcool pour décontaminer le mobilier utilisé pendant les soins		0 1 3
18.	L'évaluation du dossier médical du patient concernant les maladies associées qui déconseillent soit la position haute de Fowler <i>(par exemple le syndrome d'hypo-perfusion cérébrale)</i> , soit le décubitus latéral – des maladies orthopédiques, pathologies locales.		0 1 3
19.	Jetez les gants utilisés à la poubelle des déchets infectieux non piquants. Lavez-vous les mains. Enfilez une nouvelle paire de gants, dans le cadre des précautions standard. <i>(pour éviter la propagation des infections du et vers le</i>		0 1 3

	patient) Placez le patient dans la position haute de Fowler (assis dans le lit, la partie supérieure du corps à un angle de 60-90 degrés par rapport à l'horizontale) ou, si cela n'est pas possible, utilisez le décubitus latéral (assis dans le lit sur un côté) (ces positions empêchent le patient d'aspirer dans l'arbre bronchique les liquides utilisés dans la procédure du lavage de la bouche). Relevez le lit du patient au niveau de la taille du personnel qui effectue les soins oraux. (pour éviter la surcharge des muscles para-vertébraux, beaucoup utilisés dans les activités au lit du patient)		
20.	Consultez la fiche d'observation médicale. <b>Avez-vous des dentiers, des bridges dentaires, des interventions dentaires antérieures ?</b> En utilisant la lanterne, examinez la cavité buccale pour identifier des caries, des dents cassées, une édentation partielle, des dépôts sur les dents, des sécrétions, de la mauvaise haleine, l'aspect des gencives, des bridges dentaires, des dentiers. (quant aux prothèses artificielles, celles-ci doivent être nettoyées régulièrement et portées constamment pour maintenir la forme du visage, pour prévenir l'atrophie des gencives, pour permettre une bonne mastication. Pour être nettoyées celles-ci doivent être enlevées de la bouche par le patient s'il peut le faire, sinon par les professionnels de la santé qui s'occupent des soins oraux : les dents supérieures qui se trouvent vers l'avant de la prothèse doivent être saisies avec une gaze et la prothèse doit être enlevée du palais avec des mouvements courts de haut en bas. Les prothèses inférieures sont sorties des gencives mandibulaires en les soulevant d'une partie ou de l'autre. Les prothèses partielles peuvent être enlevées en exerçant une pression sur les dents artificielles en évitant les pinces – qui ne sont pas faites d'un matériel aussi dur que les dents)		0 1 3
21.	<b>Etes-vous allergique à quelque chose, aux produits en caoutchouc, à la pâte dentifrice, aux produits de nettoyage des prothèses dentaires, au rince-bouche ?</b> (évaluation des possibles allergies au matériel utilisé habituellement pendant ces soins)	ESSENTIEL	
22.	<b>Quand avez-vous mangé la dernière fois? Il est conseillé d'effectuer l'hygiène de la bouche avant et après chaque repas</b> (en fonction des conditions orales locales, l'hygiène de la bouche peut être nécessaire à partir de 1 à 3 fois par jour jusqu'à toutes les 2 heures)		0 1 6
23.	Placez sous le menton du patient un dispositif pour retenir les liquides qui pourraient s'écouler de la cavité orale pendant les soins de l'hygiène de la bouche (par exemple serviette, tampon, tissu absorbant, une cuvette).		0 1 5
24.	La sélection des dispositifs appropriés pour l'hygiène de la bouche <b>Vous vous sentez bien quand vous utilisez la brosse à dents pour l'hygiène de la bouche ? Ou bien cela est désagréable ou vous fait mal ? Vos gencives saignent vite quand vous utilisez la brosse à dents ?</b> La consultation de la fiche d'observation médicale, la vérification des problèmes oraux qui pourraient déconseiller l'emploi de la brosse à dents (des diagnostics, des interventions locales anciennes ou récentes). <b>Si la réponse est « Oui », on peut utiliser une brosse molle ou la remplacer par un tampon en mousse, par exemple. Mais dans ce cas on ne pourra pas enlever le tartre des dents. La même chose arrive si on utilise de la gaze trempée dans une solution saline, qui est un autre dispositif possible à utiliser dans les soins oraux.</b> (les tampons imbibés de la glycérine et du citron, qui représentent une option pour les soins oraux doivent être évités à cause de leur effet irritant sur la muqueuse orale ; de même dans le cas des dents détartrées)		0 1 5
25.	En utilisant l'eau du robinet ou la solution saline, humidifiez le bout de		0 1



	la brosse à dents. Appliquez sur la brosse la pâte dentifrice avec du bicarbonate de soude. <i>(une salive acide va favoriser le développement de la flore orale, ainsi la diminution de l'acidité va conduire à un abaissement de la charge microbienne au niveau de la bouche ; de plus, le bicarbonate de soude contribuera au processus de nettoyage par la dissolution du mucus)</i>		3
26.	<b>Préférez-vous brosser vos dents tout seul, sous ma surveillance, ou vous voulez que je le fasse ?</b>	ESSENTIEL	
27.	Assurez-vous qu'il y a une bonne lumière pour l'examen – l'emploi d'une lanterne pourrait être nécessaire.		0 1 3
28.	Positionnez-vous sur la droite du patient <i>(ou sur la gauche si celui qui réalise le soin est gaucher)</i> .		0 1 3
29.	<b>Ouvrez la bouche, s'il vous plaît, en écartant les lèvres pour me permettre de vérifier vos dents et d'insérer la brosse à dents. N'ouvrez pas la bouche trop largement, car vous devez la maintenir dans cette position pendant quelques minutes.</b>		0 1 3
30.	Positionnez les poils de la brosse en contact étroit avec deux ou trois dents, celles supérieures de devant (incisives), au niveau de l'insertion de la dent dans la gencive (le sillon gingival), à un angle de 45 degrés par rapport à la surface des dents.		0 1 3
31.	Appuyez légèrement la brosse sur les gencives et tournez son bout pour brosser les dents <i>(ainsi l'angle changera de 45 degrés en bas vers une position perpendiculaire et finalement à 45 degrés en haut)</i> avec un mouvement ferme de bas en haut <i>(à partir de l'insertion dans la gencive et jusqu'à la couronne)</i> , dans l'intention d'enlever tous les dépôts restés à l'intérieur vers le sillon des gencives et, en même temps, les dépôts au niveau des dents.		0 1 3
32.	<b>A tout moment et chaque fois que vous sentez qu'il est nécessaire, signalez, en levant une main, si vous avez besoin de rincer la bouche de la pâte dentifrice.</b> <i>(dans ce but on peut utiliser l'eau du robinet, aussi bien que des solutions salines ou du rince-bouche simple et, certaines fois, celui-ci en combinaison avec une solution saline ; le peroxyde d'hydrogène représente un bon choix pour rincer la bouche tandis que le rince-bouche avec de l'alcool peut irriter et sécher la muqueuse orale)</i> <b>Un bon rinçage éliminera de la cavité orale toutes les particules détachées pendant le brossage.</b>		0 1 3
33.	Repositionnez les poils de la brosse dans le sillon gingival, à un angle de 45 degrés et répétez le mouvement, jusqu'à ce que les dents et les gencives aient un aspect propre.		0 1 3
34.	<b>Rincez maintenant la bouche, s'il vous plaît, avec un peu de liquide.</b> Offrez au patient une tasse de liquide de rinçage déjà choisi mais, s'il est trop affaibli pour boire de la tasse ou se s'il se trouve en décubitus latéral, offrez-lui une paille. <b>Si vous pouvez cracher le liquide dans cette cuvette, nous vous prions de le faire.</b> Placez-la sous son menton. <b>Crachez tout, s'il vous plaît.</b> Pour les patients comateux qui doivent être positionnés en décubitus latéral les liquides de rinçage sont administrés par une seringue et sont enlevés avec un dispositif d'aspiration. <i>(pour prévenir l'aspiration broncho-alvéolaire à cause de la perte du réflexe de déglutition, qui est caractéristique pour un comateux)</i> Enlevez la cuvette et placez-la à votre portée.		0 1 3



35.	Déplacez-vous à droite ou à gauche, vers le suivant regroupement de dents que vous allez nettoyer et répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique. Finissez toutes les surfaces externes interdentaires de la mâchoire supérieure.			0 1 9
36.	Placez une cuvette médicale en-dessous du menton du patient. <b>Rincez de nouveau la bouche, s'il vous plaît. Crachez dans la cuvette!... Merci.</b> Eloignez la cuvette et laissez-la sous la main. Contrôlez la zone dentaire et les gencives qui ont été nettoyées. Continuez à nettoyer la zone si le résultat n'est pas satisfaisant.			0 1 3
37.	<b>Relâchez vos lèvres et ouvrez davantage la bouche pour que je puisse mieux regarder la partie intérieure des dents et introduire la brosse. Toutefois n'ouvrez pas trop largement la bouche car vous devez garder cette position pendant quelques minutes.</b>			0 1 3
38.	Répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique, cette fois-ci sur la partie intérieure de la mâchoire supérieure.			0 1 3
39.	Répétez les mouvements jusqu'à obtenir un aspect propre des dents. Finalisez toute la surface intérieure de la mâchoire supérieure.			0 1 9
40.	Mettez la cuvette sous le menton du patient. <b>Rincez de nouveau la bouche. Crachez dans la cuvette ... Merci.</b> Eloignez la cuvette et laissez-la à votre portée. Contrôlez la zone dentaire et les gencives nettoyées. Continuez si le résultat n'est pas satisfaisant.			0 1 3
41.	<b>Maintenant écartez vos lèvres de nouveau, s'il vous plaît, la bouche légèrement ouverte. On va brosser les bouts des dents. N'ouvrez pas trop largement, car vous devez rester ainsi quelques minutes.</b>			0 1 3
42.	<b>Placez la brosse au bout des dents (les faces masticantes), celles supérieures du devant de la bouche, perpendiculaires sur l'arc dentaire pour pouvoir placer la brosse à l'intérieur et à l'extérieur de la bouche et brosser l'apex.</b>			0 1 3
43.	Déplacez-vous à droite ou à gauche, vers le suivant regroupement de dents que vous allez nettoyer et répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique. Finissez toutes les faces masticantes de la mâchoire supérieure.			0 1 9
44.	Mettez la cuvette sous le menton du patient. <b>Rincez de nouveau la bouche. Crachez dans la cuvette ... Merci.</b> Eloignez la cuvette et laissez-la à votre portée. Contrôlez la zone dentaire et les gencives nettoyées. Continuez si le résultat n'est pas satisfaisant.			0 1 3
45.	<b>Ouvrez légèrement la bouche pour me permettre de vérifier les dents et insérer la brosse.</b>			0 1 3
46.	Positionnez les poils de la brosse en contact étroit avec deux ou trois dents, celles inférieures de devant (incisives), au niveau de l'insertion de la dent dans la gencive (le sillon gingival), à un angle de 45 degrés par rapport à la surface des dents.			0 1 3
47.	Appuyez légèrement la brosse sur les gencives et tournez son bout pour brosser les dents (ainsi l'angle changera de 45 degrés en bas vers une position perpendiculaire et finalement à 45 degrés en haut) avec un mouvement ferme de bas en haut (à partir de l'insertion dans la gencive et jusqu'à la couronne), dans l'intention d'enlever tous les dépôts restés à l'intérieur du sillon des gencives et, en même temps, les dépôts au niveau des dents.			0 1 3
48.	Repositionnez les poils de la brosse dans le sillon gingival, à un angle de 45 degrés et répétez le mouvement, jusqu'à ce que les dents et les gencives aient un aspect propre.			0 1 3

49.	Déplacez-vous à droite ou à gauche, vers le suivant regroupement de dents que vous allez nettoyer et répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique. Finissez toutes les surfaces externes de la mandibule.			0 1 9
50.	Mettez la cuvette sous le menton du patient. <b>Rincez de nouveau la bouche. Crachez dans la cuvette ... Merci.</b> Eloignez la cuvette et laissez-la à votre portée. Contrôlez la zone dentaire et les gencives nettoyées. Continuez si le résultat n'est pas satisfaisant.			0 1 3
51.	Répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique, cette fois-ci sur la partie intérieure de la mandibule. <b>Relâchez vos lèvres et ouvrez davantage la bouche pour que je puisse mieux regarder la partie intérieure des dents et introduire la brosse. Toutefois n'ouvrez pas trop largement la bouche car vous devez garder cette position quelques minutes.</b>			0 1 3
52.	Répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique, cette fois-ci sur la partie intérieure de la mandibule.			0 1 9
53.	Mettez la cuvette sous le menton du patient. <b>Rincez de nouveau la bouche. Crachez dans la cuvette ... Merci.</b> Eloignez la cuvette et laissez-la à votre portée. Contrôlez la zone dentaire et les gencives nettoyées. Continuez si le résultat n'est pas satisfaisant.			0 1 3
54.	<b>Maintenant écartez vos lèvres de nouveau, s'il vous plaît, la bouche légèrement ouverte. On va brosser les bouts des dents. N'ouvrez pas trop largement, car vous devez rester ainsi quelques minutes.</b>			0 1 3
55.	Déplacez-vous à droite ou à gauche, vers le suivant regroupement de dents que vous allez nettoyer et répétez les gestes de brossage en utilisant la même technique. Finissez toute les faces masticantes de la mandibule.			0 1 9
56.	Mettez la cuvette sous le menton du patient. <b>Rincez de nouveau la bouche. Crachez dans la cuvette ... Merci.</b> Eloignez la cuvette et laissez-la à votre portée. Contrôlez la zone dentaire et les gencives nettoyées. Continuez si le résultat n'est pas satisfaisant.			0 1 3
57.	<b>Maintenant ouvrez largement la bouche, s'il vous plaît. On va nettoyer la langue. N'ouvrez pas trop largement, car vous devez rester ainsi quelques minutes. Merci.</b>			0 1 3
58.	Placez la brosse à l'envers avec la partie destinée à nettoyer la langue. ( <i>si cette partie n'existe pas, vous utilisez la brosse à dents comme d'habitude avec les poils en contact avec la langue</i> ) Lavez doucement la surface supérieure de la langue, sans produire de la nausée et des vomissements. ( <i>Si la langue n'est pas propre beaucoup de microbes persistent dans la cavité orale ce qui peut conduire à des complications infectieuses orales et respiratoires ayant comme conséquence une mauvaise haleine</i> ).			0 1 9
59.	Mettez la cuvette sous le menton du patient. <b>Rincez de nouveau la bouche. Crachez dans la cuvette ... Merci.</b> Eloignez la cuvette et laissez-la à votre portée. Contrôlez la zone dentaire et les gencives nettoyées. Continuez si le résultat n'est pas satisfaisant. ( <i>les dépôts au niveau de la langue peuvent être dus à une hygiène orale défectueuse mais également à la déshydratation, aux infections fongiques, aux médicaments etc...</i> )			0 1 3
60.	Essuyez les lèvres du patient avec une serviette. <b>Je vais essuyer un peu votre bouche.</b>			0 1 3
61.	<b>Pour enlever les débris alimentaires accumulés dans l'espace entre les dents, utilisez le fil dentaire. Cela ne fait pas partie de l'hygiène de base de la bouche (par le fait qu'il n'y a pas assez de preuves dans ce sens), mais c'est la seule modalité logique de nettoyer cette partie des dents et la zone gingivale associée.</b>			0 1 3

62.	Défaitez 45 cm de fil dentaire ciré ( <i>celui-ci est meilleur que celui non ciré qui se rompt plus facilement et comme ça les débris alimentaires ne sont plus enlevés d'entre les dents</i> ) et enroulez les extrémités autour du troisième doigt de chaque main, deux ou trois fois, pour bien le tenir, en gardant environ 15 cm de fil libre.		0 1 3
63.	Réduisez cette longueur à 2,5 cm et tendez le fil à l'aide du pouce d'une main dirigé vers le haut et de l'index de l'autre main dirigé lui aussi vers le haut, ce qui assure un meilleur nettoyage des dents de la mâchoire supérieure.		0 1 3
64.	Introduisez 2,5 cm de fil dentaire dans l'espace entre les incisives supérieures, une partie à l'intérieur de la bouche et une autre à l'extérieur.		0 1 3
65.	Avancez, par un mouvement descendant, appuyant avec les deux doigts, jusqu'à ce que le fil touche les gencives, soigneusement pour ne pas les blesser. Placez le fil entre les dents dans le sillon gingival et pliez-le autour des côtés latéraux de l'une ou de l'autre dent où l'on travaille, sous la forme de la lettre C.		0 1 3
66.	De cette position, bougez le fil en bas pour faire sortir de l'espace interdentaire les résidus potentiels du sillon gingival et de la partie latérale de la dent traitée.		0 1 3
67.	Répétez ce mouvement en haut et en bas, plusieurs fois jusqu'à l'obtention d'un bon résultat. Passez ensuite le fil autour l'autre dent de l'espace interdentaire, toujours en forme de C, pour nettoyer en entier cet espace.		0 1 3
68.	Déplacez-vous à droite ou à gauche, vers le suivant regroupement de dents que vous allez nettoyer et répétez les gestes d'utilisation du fil dentaire en utilisant la même technique. Finalisez tous les espaces interdentaires du maxillaire.		0 1 9
69.	<b>Rincez maintenant la bouche, s'il vous plaît, avec un peu de liquide.</b> Offrez au patient une tasse de liquide de rinçage déjà choisi mais, s'il est trop affaibli pour boire de la tasse ou se s'il se trouve en décubitus latéral, offrez-lui une paille. <b>Si vous pouvez cracher le liquide dans cette cuvette, nous vous prions de le faire.</b> Placez-la sous son menton. <b>Crachez tout, s'il vous plaît.</b> Pour les patients comateux qui doivent être positionnés en décubitus latéral les liquides de rinçage sont administrés par une seringue et sont enlevés avec un dispositif d'aspiration. ( <i>pour prévenir l'aspiration broncho-alvéolaire à cause de la perte du réflexe de déglutition, qui est caractéristique pour un comateux</i> ) Enlevez la cuvette et placez-la à votre portée.		0 1 3
70.	Défaitez 45 cm de fil dentaire ciré ( <i>celui-ci est meilleur que celui non ciré qui se rompt plus facilement et comme ça les débris alimentaires ne sont plus enlevés d'entre les dents</i> ) et enroulez les extrémités autour du troisième doigt de chaque main, deux ou trois fois, pour bien le tenir, en gardant environ 15 cm de fil libre.		0 1 3
71.	Réduisez cette longueur à 2,5 cm et tendez le fil à l'aide du pouce d'une main dirigé vers le haut et de l'index de l'autre main dirigé lui aussi vers le haut, ce qui assure un meilleur nettoyage des dents de la mandibule.		0 1 3
72.	Introduisez 2,5 cm de fil dentaire dans l'espace entre les incisives inférieures, une partie à l'intérieur de la bouche et une autre à l'extérieur.		0 1 3
73.	Avancez, par un mouvement descendant, appuyant avec les deux doigts, jusqu'à ce que le fil touche les gencives, soigneusement pour ne pas les blesser. Placez le fil entre les dents dans le sillon gingival et pliez-le autour des côtés latéraux de l'une ou de l'autre dent où l'on travaille, sous la forme de la lettre		0 1 3

	C.			
74.	De cette position, bougez le fil en bas pour faire sortir de l'espace interdentaire les résidus potentiels du sillon gingival et de la partie latérale de la dent traitée.			0 1 3
75.	Répétez ce mouvement en haut et en bas, plusieurs fois jusqu'à l'obtention d'un bon résultat. Passez ensuite le fil autour l'autre dent de l'espace interdentaire, toujours en forme de C, pour nettoyer en entier cet espace.			0 1 3
76.	Déplacez-vous à droite ou à gauche, vers le suivant regroupement de dents que vous allez nettoyer et répétez les gestes d'utilisation du fil dentaire en utilisant la même technique. Finalisez tous les espaces interdentaires de la mandibule.			0 1 9
77.	<b>Rincez maintenant la bouche, s'il vous plaît, avec un peu de liquide.</b> Offrez au patient une tasse de liquide de rinçage déjà choisi mais, s'il est trop affaibli pour boire de la tasse ou se s'il se trouve en décubitus latéral, offrez-lui une paille. <b>Si vous pouvez cracher le liquide dans cette cuvette, nous vous prions de le faire.</b> Placez-la sous son menton. <b>Crachez tout, s'il vous plaît.</b> Pour les patients comateux qui doivent être positionnés en décubitus latéral les liquides de rinçage sont administrés par une seringue et sont enlevés avec un dispositif d'aspiration. <i>(pour prévenir l'aspiration broncho-alvéolaire à cause de la perte du réflexe de déglutition, ce qui caractérise un comateux)</i> Enlevez la cuvette et placez-la à votre portée.			0 1 3
78.	Appliquez un hydratant soluble sur les lèvres du patient. <i>(de l'huile minérale est déconseillée à cause du risque de pneumonie lipidique en cas d'aspiration dans les poumons)</i>			0 1 3
79.	Appliquez des substituts de salive si la bouche est sèche à cause de la sécrétion salivaire déficitaire.			0 1 3
80.	Jeter les gants au container des déchets infectieux non piquants. Lavez vos mains selon la procédure médicale.			0 1 3
81.	<b>Il est très important pour votre santé de vous laver les dents 4 fois par jour au moins, après les repas et avant de vous coucher le soir, et d'utiliser le fil dentaire une fois par jour au moins.</b> <b>Si vous ne pouvez pas brosser vos dents ou utiliser le fil dentaire, rincez du moins avec du rince-bouche.</b> <b>Ce n'est pas la même chose mais cela pourrait aider au maintien de l'hygiène orale.</b>			0 1 3
82.	Utilisez un tampon imbibé d'alcool pour décontaminer le mobilier utilisé pendant les soins. Enlevez les gants et jetez-les au container des déchets infectieux non piquants Lavez-vous les mains.			0 1 3
83.	Remplissez le dossier médical du patient en mentionnant tous les détails liés à la réalisation du geste - éventuels accidents, complications (selon le cas), la date et l'heure.	ESSENTIEL		
84.	Prenez toutes les mesures nécessaires pour la sécurité du patient <i>(le lit descendu au niveau inférieur de la hauteur et éventuellement relevez ses parties latérales).</i> Assurez-vous que le patient peut facilement retrouver ses objets personnels <i>(par ex. portable, livre, mots croisés)</i> le verre d'eau, la sonnette pour appeler le personnel médical. Offrez des informations sur le programme médical qui doit être suivi et sur le			0 1 3

	moment où le patient sera réexaminé.				
	Score total: 300	<input type="radio"/>	critère inaccompli		%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli		%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli		%

## Bibliographie sélective

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Centers for Disease Control and Prevention. Overview of CDC Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections. Available at URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Guide/overview.htm>  
<http://www.smokingpackyears.com/>

UK Chief Medical Officers Low risk drinking guidelines, August 2016

[www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545937/UK\\_CMOs\\_report.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf)

<http://www.cbsnews.com/news/a-big-problem-with-flossing/>, 2 August 2016

<https://www.youtube.com/watch?v=VVj-3R2Y9Ok>





## **LA TOILETTE DU PATIENT - TOILETTE AU LIT - LAVER UN PATIENT ALITÉ EN UTILISANT DE L'EAU ET DU SAVON**

### **Procédure médicale**

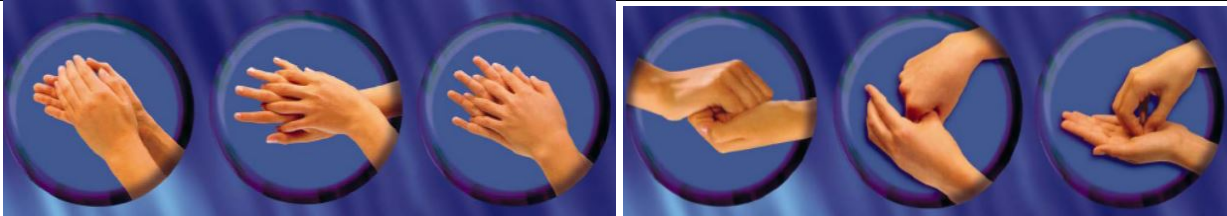


## PROCÉDURE MÉDICALE

Le soin de la peau est essentiel pour le bien-être des patients en palliation (immobilisés au lit) et celle-ci représente l'une des pierres de fondement de la pratique de soin quotidien. Le lavage traditionnel avec de l'eau et du savon représente toujours un standard pour les soins. Malgré cela, la toilette du patient à usage unique, avec tout le nécessaire en emballage plastique, à usage unique, avec de l'eau réchauffée avant l'utilisation, acquiert de plus en plus d'intérêt.




		Concept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
<b>PRÉPARATION</b>						
1	Examinez les documents médicaux du patient: • Validez les horaires prévus pour le soin de l'hygiène • Vérifiez s'il existe des contre-indications quant à la toilette au lit et à l'utilisation du savon ou de tout autre produit d'hygiène habituel (par exemple allergie au savon) • Vérifiez la présence des cathéters ou d'autres dispositifs médicaux qui peuvent rendre plus compliquée la réalisation de la toilette au lit du patient ou qui peuvent imposer la présence de personnel supplémentaire pour un plus de sécurité					0 4 9
2	Lavez les mains ou prenez des gants de protection à usage unique ( <i>seulement en cas de lésions tégumentaires des mains de l'infirmière ou d'un grand risque d'infection de chez le patient</i> ) en tant que partie des mesures de précaution standard.	Précautions standard				0 1 3
3	Préparez tous les équipements nécessaires (2 serviettes de toilette, 2 lavettes, une solution alcoolique pour la désinfection des mains, une carafe, des couches absorbantes adultes s'il est nécessaire une peigne ou une brosse pour les cheveux, un tissu en flanelle, une cuvette, 2 paires de gants de protection à usage unique, des produits de rasage, une brosse à dents, une pâte dentifrice, du savon, des draps propres pour le lit) et prenez-les avec vous dans la chambre du patient.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 5 9
4	Fermez la porte et assurez un cadre privé pour la toilette du patient, si cela est pertinent dans la situation ( <i>les rideaux, paravent, mettre une présence etc.</i> )	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 4 9
5	Evaluation rapide de la présence des signes vitaux ( <i>état de conscience, capacité locomotrice, le parler, la respiration</i> ) <b>Bonjour. Je m'appelle.... Je suis l'infirmière qui va faire votre toilette.</b>	Fonctions vitales conservées; arrêt cardiorespiratoire <input type="checkbox"/>				0 2 5
6	<b>Dites-moi votre nom, s'il vous plaît ... Et votre date de naissance... Je vous remercie.</b>	La conformité avec le dossier de soin pour: Nom, Date de naissance	<b>ESSENTIEL</b>			
7	Relevez le lit en position de travail (à une hauteur convenable) et éventuellement descendez ses parties latérales.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 4 9

	<b>Pouvez-vous vous étendre sans problèmes ?</b>					
8	<b>Je vais faire votre toilette maintenant.</b> (On explique au patient CE QU'ON VA FAIRE Dites au patient comment peut-il CONTRIBUER à la réalisation de la toilette)					ESSENTIEL
<b>RÉALISATION DE LA TOILETTE</b>						
9	Ajoutez de l'eau dans la cuvette après avoir demandé au patient quelle est la température bonne pour lui.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			0 1 3
10	Si possible, placez une chaise au bout du lit.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			0 1 3
11	Mettez le tissu en flanelle sur le patient, enlevez la partie supérieure des linges du lit et laissez celle-ci au bout du lit ou sur la chaise. Laissez un seul oreiller sur le lit, écarter les autres oreillers.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			0 1 3
12	Retirez les vêtements du patient.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			0 1 3
13	Posez une serviette de toilette sur l'oreiller, sous la tête du patient.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			0 1 3
14	Lavez et séchez les yeux du patient, à partir de l'oreille jusqu'au nez. N'utilisez pas du savon.					ESSENTIEL
15	Lavez avec de l'eau et du savon, rincez et séchez le visage du patient, derrière les oreilles et le cou.					ESSENTIEL
16	Pliez le tissu en flanelle, posez la serviette de toilette sur la poitrine; lavez, rincez et séchez la poitrine et la région axillaire, ensuite pliez de nouveau le tissu en flanelle.					ESSENTIEL
17	Posez la serviette de toilette sous le bras plus éloigné, lavez, rincez et séchez à partir de la partie supérieure jusqu'à la main et entre les doigts.					ESSENTIEL
18	Posez la serviette de toilette sous le bras plus proche, lavez, rincez et séchez à partir de la partie supérieure jusqu'à la main et entre les doigts.					ESSENTIEL
19	Couvrez le tronc avec le tissu en flanelle et pliez la partie inférieure de celle-ci jusqu'aux genoux.					0 4 9
20	Posez la serviette pour la toilette intime sous la jambe éloignée, lavez, rincez et séchez à partir du genou jusqu'au pied et entre les orteils.					ESSENTIEL
21	Posez la serviette sous la jambe plus proche, lavez, rincez et séchez à partir du genou jusqu'au pied et entre les orteils.					ESSENTIEL
22	Remplissez la cuvette avec de l'eau propre. Retenez la bonne température désirée par le patient.					0 1 3

23	Pliez le tissu en flanelle et posez la serviette sur la partie inférieure de l'abdomen et la région pubienne.					0 4 9
24	Désinfectez vos mains ( <i>conformément à l'image ci-dessous, pendant 30 secondes</i> )					0 1 3
						
Sursa: <a href="http://www.2care.be">www.2care.be</a>						
25	Mettez vos gants de protection					0 1 3
26	Savonnez chaque côté du tissu en flanelle					0 5 9
27	Lavez, rincez et séchez : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient de sexe féminin:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Premièrement l'abdomen inférieur (nombril), d'abord la cuisse plus éloignée jusqu'au genou, l'autre cuisse et la région inguinale</li> <li>- Tournez le tissu en flanelle et lavez la région pubienne, écartez les lèvres et lavez de haut en bas avec du savon</li> </ul> </li> <li>• Patient de sexe masculin:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Premièrement l'abdomen inférieur (nombril), d'abord la cuisse plus éloignée jusqu'au genou, l'autre cuisse et la région inguinale</li> <li>- Tournez le tissu en flanelle et lavez le scrotum et le pénis</li> <li>- Tirez sur le prépuce, lavez et séchez, ensuite remettez le prépuce en place.</li> </ul> </li> </ul>					0 4 9
28	Enlevez les gants					0 1 3
29	Désinfectez les mains ( <i>consultez le point 24</i> )					0 1 3
30	Remettez en place le blocage du lit					0 1 3
31	Remplissez de nouveau la cuvette avec de l'eau propre					0 4 9
32	Faites tourner le patient sur un côté					0 2 5
33	Pliez le drap jusqu'au dos du patient					0 1 3
34	Mettez une serviette sur le dos et une autre serviette sur le siège.					0 1 3
35	Lavez avec le tissu en flanelle à partir de la partie supérieure du corps jusqu'à la partie				ESSENTIEL	

	inférieure, rincez et séchez.					
36	Désinfectez les mains ( <i>consultez le point 24</i> )					0 1 3
37	Mettez vos gants de protection					0 1 3
38	Savonnez sur un côté le tissu en flanelle et lavez la partie inférieure du corps du patient en latéral.					0 4 9
39	Lavez la partie inférieure du dos, à partir de la partie de derrière les cuisses jusqu'à la partie de derrière les genoux, écarter les fesses avec l'autre main et lavez avec le tissu en flanelle de l'anus vers le haut, rincez et séchez dans le même ordre.		ESSENTIEL			
40	Enlevez les gants					0 1 3
41	Désinfectez les mains ( <i>consultez le point 24</i> )					0 1 3
42	Le patient peut tourner tout seul ou il doit être aidé.					0 1 3
43	Rhabilitez le patient et placez-le en position assise (ou demi-assise)					0 1 3
44	Posez la serviette pour la partie supérieure du corps en dessous de la tête du patient et peignez ses cheveux. Ensuite retirez la serviette.					0 1 3
45	Placez la cuvette, un verre/ une tasse avec de l'eau propre, la brosse à dents, la pâte dentifrice, la trousse de rasage et des serviettes en papier sur la table, en la tirant pour que celle-ci soit proche du patient. S'il est nécessaire, aidez le patient à brosser ses dents.					0 1 3
46	Rangez le matériel, nettoyez et désinfectez la table de nouveau.					0 1 3
<b>APRÈS SOIN</b>						
47	Installez confortablement le patient					0 1 3
48	Remettez le lit dans la position initiale					0 3 6
49	Vérifiez si la sonnette (ou un autre appareil pour appeler) est à disposition					0 1 3
50	Rangez la chambre, ouvrez les rideaux, prenez le linge sale					0 1 3
51	Eteignez la présence					0 1 3
52	Nettoyez l'endroit de l'emplacement des matériels pour le soin					0 1 3
53	Signez dans le dossier de soin pour la réalisation					0 1



	de la toilette au lit					3
54	Notez dans le dossier de soin					0 3 6
55	Présentez le rapport oralement					0 1 3
Total score: 200			critère inaccompli		%	
			critère partiellement accompli		%	
			critère totalement accompli		%	

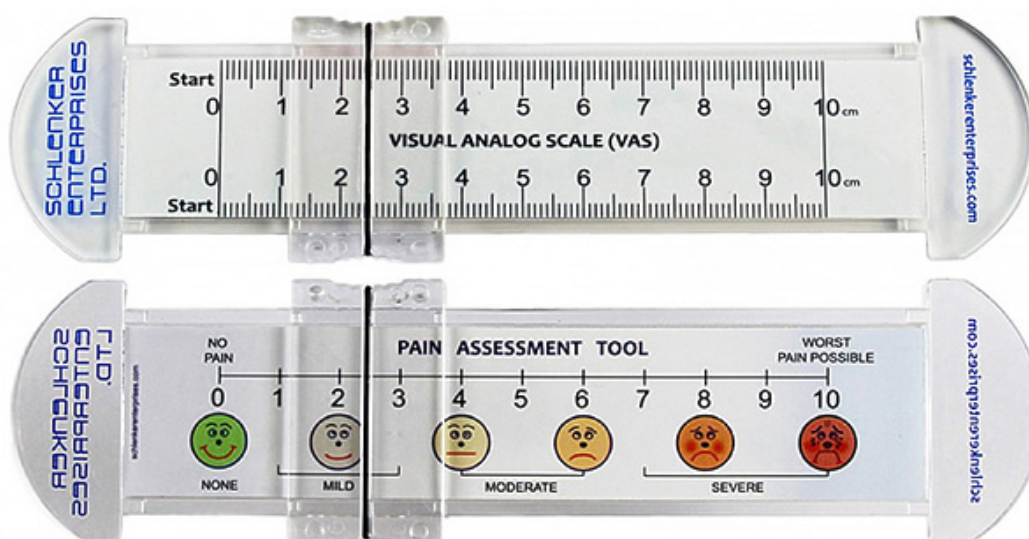
### Le lavage sans de l'eau est possible:

Schoonhoven L, van Gaal B, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. Cost-consequence analysis of “washing without water” for nursing home residents: A cluster randomized trial. International Journal of Nursing Studies. January 2015 52(1):112-120. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001

Nøddekou LH, Hemmingsen LE, Hørdam, B. Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomised controlled trial. Scandinavian Journal of Caring Sciences. June 2015, Vol. 29 Issue 2, p347-352. 6p. DOI: 10.1111/scs.12170.




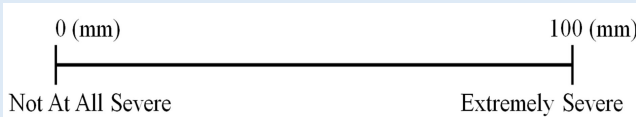
## ÉVALUATION DE LA DOULEUR - MESURER LA DOULEUR CHEZ LES PATIENTS ADULTES CONSCIENTS EN UTILISANT L'ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)

### Procédure médicale



## PROCÉDURE MÉDICALE

L'échelle analogique visuelle (EVA) est un instrument de mesure unidimensionnel utilisé à large échelle pour diverses populations adultes en vue d'évaluer l'intensité de la douleur [5].

		Concept				P
<b>PRÉPARATION</b>						
1	Examinez la feuille d'observation médicale du patient: • Vérifiez la situation des résultats antérieurs du screening • Vérifiez si des médicaments contre la douleur ont été prescrits antérieurement					0 1 3
2	Désinfectez vos mains ou mettez des gants de protection à usage unique (seulement dans le cas de certaines lésions des mains de l'infirmière ou d'un potentiel infectieux important du patient), comme précaution standard.	Précautions standard				0 1 3
3	Fermez la porte et assurez un espace privé pour mesurer la douleur, s'il en est le cas. (les rideaux, le paravent, mettre une présence etc.)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
4	Evaluation rapide de la présence des signes vitaux (état de conscience, capacité locomotrice, le parler, la respiration) <b>Bonjour. Je m'appelle.... Je suis l'infirmière qui va mesurer le niveau de votre douleur</b>	Fonctions vitales conservées; arrêt cardiorespiratoire (initiation des mesures médicales - ressuscitation, - initiation de la discussion)				0 2 5
5	<b>Dites-moi votre nom, s'il vous plaît ... Et votre date de naissance... Je vous remercie.</b>	La conformité avec la feuille d'observation médicale pour: Nom: <input type="checkbox"/> Date de naissance: <input type="checkbox"/>	ESSENTIEL			
6	Relevez le lit en position de travail (à une hauteur convenable) et éventuellement descendez ses parties latérales.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>MESURER LA DOULEUR</b>						
8	Présentez l'échelle EVA 	On explique au patient CE QU'ON VA FAIRE Dites au patient CE QU'IL DOIT FAIRE	ESSENTIEL			
9	Demandez au patient de marquer sur l'échelle EVA comment il ressent la douleur actuellement.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
10	S'il en est le cas, remettez le lit et ses parties latérales	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1

	dans la position initiale.					3
<b>SUIVI ULTÉRIEUR</b>						
11	Vérifiez si la sonnette (ou un autre appareil pour appeler) est à disposition.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Eteignez la présence.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 2 5
14	Mesurez le score sur l'EVA en utilisant une règlette, en conformité avec l'usage local, en cm ou en mm, et inscrivez le score de la douleur dans la feuille d'observation médicale du patient.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 4 9
15	Si le screening est réalisé pour la première fois et il indique une douleur faible (5-44 mm), modérée (45-74mm) ou intense et très intense (75-100mm) informez tout de suite le médecin traitant et demandez-lui de prescrire des médicaments contre la douleur.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 2 5
16	En cas de modification/ d'évolution négative du score de la douleur, informez tout de suite le médecin traitant et demandez-lui de reconsidérer la manière actuelle de gérer la douleur. Il est recommandable d'utiliser la méthode SAED pour transmettre votre message.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 2 5
<b>Total score: 50</b>		<input type="radio"/>	critère inaccompli			%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli			%
		<input type="radio"/>	critère accompli			%

### Interprétation du score EVA

Un score plus grand indique une plus grande intensité de la douleur. Sur la base de la distribution des scores de douleur EVA chez les patients post-opératoires (remplacement de rotule, hystérectomie ou myomectomie par laparoscopie) qui ont décrit l'intensité de la douleur post-opératoire en indiquant le niveau zéro, faible, modéré ou sévère, on a recommandé les suivantes repères EVA concernant la douleur : douleur zéro (0 - 4 mm), douleur faible (5-44 mm), douleur modérée (45-74 mm) et douleur sévère (75-100 mm) [4].

## Bibliographie sélective:

1. Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131
2. Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska and Melissa French. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 2011; Volume 63, Issue Supplement S11: Pages S240–S252. DOI 10.1002/acr.20543
3. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *Br J Anaesth*, 2008; 101 (1): 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>
4. Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *J Pain*, 2003;4:407–14.
5. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med* 1988;18:1007–19.





## **PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS CONTRE LA DOULEUR EN CONFORMITÉ AVEC L'ÉCHELLE ANALGÉSIQUE DE L'OMS**

### **Procédure médicale**



## PROCÉDURE MÉDICALE

Les principes de traitement de la douleur chez les patients ayant besoin de soins palliatifs sont organisés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en relation avec une méthode de référence pour l'évaluation de la douleur intitulée « Echelle visuelle analogique ».

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

### PRÉPARATION

1.	Examinez la feuille d'observation médicale du patient: <ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifiez le bilan actuel concernant les résultats du screening pour la douleur</li> <li>Vérifiez la manière dont la douleur du patient est gérée actuellement</li> <li>Vérifiez les éventuelles allergies aux médicaments qui sont mentionnées</li> </ul>	ESSENTIEL				
2.	Désinfectez vos mains					0 1 3
3.	Fermez la porte et assurez un espace privé pour l'évaluation de la douleur. <i>(les rideaux, le paravent, mettre une présence etc.)</i>					0 1 3
4.	Evaluation rapide de la présence des signes vitaux <i>(état de conscience, capacité locomotrice, parler, respiration)</i> <b>Bonjour. Je m'appelle.... Je suis le médecin qui va s'occuper de vous, je vais mesurer le niveau de votre douleur en vue de vous prescrire des analgésiques.</b>					0 1 3
5.	<b>Pourriez-vous me dire d'abord votre nom ..... ? Et la date de naissance. Je vous remercie.</b>					0 1 3
6.	S'il en est le cas, relevez le lit en position de travail (à une hauteur convenable) et descendez ses parties latérales.					0 1 3

### PRESCRIPTION DES MÉDICAMENTS CONTRE LA DOULEUR

7.	Demandez au patient s'il a des allergies aux médicaments et inscrivez ces informations dans la feuille d'observation médicale: <b>De votre expérience jusqu'à maintenant, savez-vous si vous avez des allergies à certains médicaments ? (comme rougeur, prurit ou gonflements...)</b>	ESSENTIEL				
8.	Etablissez si le patient prend des opioïdes ou non (« opioïde naïve »= patient n'ayant pas de tolérance acquise aux opioïdes) et corréllez sa réponse avec les données sur les médicaments contre la douleur, pris antérieurement ou actuellement, données enregistrées déjà dans la feuille d'observation médicale du patient (s'il y en a). <b>Prenez-vous des médicaments contre la douleur ?</b> <i>(Les opioïdes peuvent être modérés : Tramadol, Codéine ou forts : la Morphine, la Méthadone, l'Oxycodone, le Fentanyl ...)</i> Résultat: <ul style="list-style-type: none"> <li>Si le patient n'a pas de tolérance acquise aux opioïdes – continuez avec le pas suivant</li> <li>Si le patient a de la tolérance acquise aux opioïdes – passez directement au pas 16</li> </ul>	ESSENTIEL				
9.	Evaluez l'intensité de la douleur– Consultez " Mesure de la douleur chez les patients adultes conscients en utilisant l'échelle visuelle analogique"					0 1 3
10.	Classez l'intensité de la douleur en fonction du résultat obtenu sur l'EVA, soit faible, soit modéré, soit intense.					0 1 3

11.	<p>Etablissez les médicaments contre la douleur appropriés, en fonction de l'intensité de la douleur (<i>voir l'échelle analgésique de l'OMS</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Faible: non-opioïdes (PAS 1)</li> <li>Modérée: opioïdes faibles (PAS 2)</li> <li>Intense: opioïdes forts (PAS 3)</li> </ul> <p>Il faut prescrire selon le cas, en prenant en considération:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les allergies aux médicaments (s'il y en a)</li> <li>- la voie d'administration</li> <li>- l'insuffisance rénale / hépatique (s'il y en a)</li> <li>- les préférences du patient</li> <li>- les facteurs socio-économiques (disponibilité du médicament, prix ...)</li> <li>- les doses journalières maximales (à l'exception des opioïdes forts qui n'ont pas une dose journalière maximale, seulement une dose optimale – par exemple voir ci-joint l'algorithme d'initiation du traitement par voie orale avec de la morphine)</li> </ul>	ESSENTIEL
12.	<p>Assurez un suivi attentif du patient ! (<i>Cherchez les signes de sédation, d'autres effets secondaires, évaluez le niveau de la douleur</i>) et ajustez le traitement avec des opioïdes par voie de conséquence:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la première dose/ les premières doses d'opioïdes provoque / provoquent une sédation forte, réduisez la dose à 50% et faites un titrage plus lent ;</li> <li>Si la dose initiale / les doses initiales ne produit/ ne produisent pas l'analgésie désirée, la dose suivante est augmentée de 50%). En règle générale - augmentez les doses journalières d'opioïdes (avec 30%-50%-100%) afin d'obtenir l'analgésie optimale.</li> </ul>	ESSENTIEL
13.	Prescrivez des médicaments contre les effets secondaires ! ( <i>Par exemple : antiémétiques, laxatives ...</i> )	ESSENTIEL
14.	<p>Vous pouvez combiner les analgésiques en conformité avec les règles des classes d'analgésiques de l'OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PAS 1 + PAS 2</li> <li>PAS 1 + PAS 3</li> <li>Co-analgésiques + n'importe quel PAS</li> </ul> <p>JAMAIS: PAS 2 + PAS 3</p>	ESSENTIEL
15.	<p>Le patient a de la tolérance acquise aux opioïdes : Vérifiez les médicaments qu'il prend actuellement : les doses, le rythme, la voie d'administration. Évaluez la douleur du patient et adaptez tout à l'état du patient. (<i>par exemple : passer de la voie d'administration orale à celle sous-cutanée s'il y a des nausées, des vomissements ou dysphagie totale</i>)</p>	0 1 3
16.	<p>Évaluez la douleur et ajustez la médication selon le cas : Augmentez les doses pour les non-opioïdes et les opioïdes faibles jusqu'à la dose maximale quotidienne (pour le PAS 1 et le PAS 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Passez au PAS 2, aux opioïdes forts (PAS 3) si les douleurs ne sont pas soulagées – en utilisant les tableaux de conversion pour les opioïdes</li> <li>Alternez les opioïdes forts (PAS 3) si les douleurs ne sont pas soulagées</li> </ul>	ESSENTIEL
17.	Prescrivez des médicaments contre les effets secondaires! ( <i>Comme : antiémétiques, laxatives ...</i> )	ESSENTIEL
18.	<p>Assurez un suivi attentif du patient ! (<i>Cherchez les signes de sédation, d'autres effets secondaires, évaluez le niveau de la douleur</i>) et ajustez le traitement avec des opioïdes par voie de conséquence:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la première dose/ les premières doses d'opioïdes provoque /</li> </ul>	ESSENTIEL

	<p>provoquent une sédation forte, réduisez la dose à 50% et faites un titrage plus lent ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la dose initiale / les doses initiales ne produit/ ne produisent pas l'analgésie désirée, la dose suivante est augmentée de 50%). Normalement - augmentez les doses journalières d'opioïdes (avec 30%-50%-100%) afin d'obtenir l'analgésie optimale.</li> </ul>	
19.	<p>Vous pouvez combiner les analgésiques en conformité avec les règles des classes d'analgésiques de l'OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PAS 1 + PAS 2</li> <li>PAS 1 + PAS 3</li> <li>Co-analgésiques + n'importe quel PAS</li> </ul> <p>JAMAIS: PAS 2 + PAS 3</p>	ESSENTIEL
<b>ASSURER LE SUIVI DU TRAITEMENT CONTRE LA DOULEUR</b>		
20.	<p>Réévaluez la douleur et l'état du patient et ajustez le traitement de la douleur selon le cas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toutes les heures / ou plusieurs fois par jour – une fois initié le traitement avec des opioïdes ou pour chaque douleur qui n'est pas soulagée – jusqu'à l'obtention du contrôle stable sur l'analgésie.</li> <li>Chaque jour – pour les patients hospitalisés</li> <li>Hebdomadairement / mensuellement – pour les patients en ambulatoire ou dont la prise en charge est assurée à domicile / les patients stables</li> </ul> <p>Ou chaque fois qu'il est nécessaire (des situations inattendues, des problèmes administratifs – manque de médicaments...)</p>	0 1 3
21.	<p>Une fois obtenu le contrôle stable sur l'analgésie par le traitement avec des opioïdes, prescrivez les médicaments (de préférence le même opioïde):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Une forme à libération rapide – pour la douleur « aigue » : 1/6 de la dose journalière d'opioïde (au total)</li> <li>Une forme à libération lente – pour les médicaments à long terme / chroniques – s'il est possible</li> </ul>	0 1 3
<b>Score total: 30</b>		
<input type="radio"/>		critère inaccompli
<input type="radio"/>		critère partiellement accompli
<input type="radio"/>		critère accompli
		%
		%
		%

#### Algorithm for oral Morphine treatment initiation:

Age	Fonction rénale	Dose
< 65	Normale	10 mg toutes les 4 heures
> 65	Normale	5 mg toutes les 4 heures
< 65	Réduite	10 mg toutes les 6-8 heures
> 65	Réduite	5 mg toutes les 6-8 heures



## LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

### Procédure médicale





## PROCÉDURE MÉDICALE

C'est la conséquence de l'exposition chronique au stress professionnel (touchant des souffrants, des patients en état critique ou en fin de vie), qui se manifeste comme une réaction empathique. Celle-ci prend la forme d'un épuisement émotionnel accablant, de certains sentiments d'inutilité et de doute, aussi bien que d'un manque d'intérêt pour la réalisation des activités professionnelles.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	<b>Bonjour. Mon nom est .... Je suis votre médecin/l'infirmière</b>				0 2 5
2.	<b>Pourriez-vous confirmer, s'il vous plaît, votre nom.....(ou vérification du bracelet d'identification, s'il est disponible) et votre date de naissance.....Merci</b>	ESSENTIEL			
3.	Assurez une atmosphère intime pour l'examen ( <i>chambre avec un seul lit, du calme, sans éléments perturbateurs, pas une demeure privée</i> ). Ce que nous devons faire est d'établir si le milieu professionnel est une source d'épuisement pour vous et vos collègues. ( <i>ce qu'on va faire</i> )				0 1 3
4.	Cette évaluation sera focalisée sur trois étapes principales : évaluer la présence des facteurs de risque personnel et/ou professionnel qui génèrent le syndrome d'épuisement, remplir le questionnaire de la qualité de la vie professionnelle - PROQOL- pour quantifier l'impact négatif du syndrome d'épuisement et trouver des stratégies d'élimination des éventuelles sources découvertes. ( <i>en quoi consiste l'évaluation</i> )				0 2 5
5.	Il est très important de rester détendu et calme pendant l'évaluation. Répondez sincèrement. Il n'y a pas des réponses incorrectes. Si vous avez des doutes, n'hésitez pas de poser des questions. Vous pouvez vous retirer à tout moment et vous avez le droit de sauter des questions auxquelles vous ne voulez pas répondre. ( <i>comment contribuer à l'évaluation</i> )				0 1 3
6.	Avant de continuer on vous assure que toutes les informations fournies seront confidentielles. On ne dévoilera pas le contenu des informations personnelles à une tierce personne sans votre consentement.				0 1 3
7.	<b>Acceptez-vous de participer à cette évaluation ?</b> ( <i>l'évaluation des convictions personnelles sur le syndrome d'épuisement et l'obtention du consentement</i> )	ESSENTIEL			
8.	Evaluez l'état professionnel du fournisseur de services de soins de santé. <b>Vous occupez quel poste, il s'appelle comment ?</b> <b>Quelle est la spécialité de l'unité médicale où vous travaillez ?</b> <b>Décrivez brièvement les fonctions et les responsabilités que vous avez dans l'activité courante.</b> <b>Combien d'années vous avez travaillé dans cette position professionnelle?</b> <b>Les lieux de travail antérieurs étaient dans la même spécialité médicale ?</b>				0 4 9

9.	<b>Vous avez un CDI ou CDD?</b> <i>(les CDD peuvent transmettre un manque de sécurité au lieu du travail / du travail excessif pour accomplir les tâches et pour prouver son efficacité)</i>				0 1 3
10.	<b>Combien d'heures par semaine vous travaillez ? Moins/plus de 40 heures par semaine ?</b>				0 2 5
11.	<b>De combien de patients vous vous occupez d'habitude (par jour ou par semaine) ?</b>				0 2 5
12.	<b>Vous êtes content de vos responsabilités professionnelles habituelles ?</b>				0 1 3
13.	<b>Quel est le degré de contentement par rapport à votre performance professionnelle ?</b>				0 1 3
14.	<b>Quelle est la chose la plus frustrante au lieu du travail/ liée au travail ?</b> <b>Pouvez-vous m'en donner un exemple ?</b>				0 1 3
15.	<b>Connaissez -vous la notion de « stress traumatique secondaire »?</b> <i>(le stress vécu par les patients qui sont soignés ayant un impact négatif sur l'état de santé et mental du soignant)</i> <b>A quel point vous vous sentez affligé par l'état de santé de vos patients ?</b> <b>Donnez -en un exemple.</b>				0 4 9
16.	<b>Êtes-vous content de votre salaire ?</b> <i>(le déséquilibre entre l'effort et la récompense représente une possible cause de votre mécontentement professionnel)</i>				0 3 6
17.	<b>Considérez-vous que les membres de l'équipe, vos collègues vous soutiennent ?</b>				0 1 3
18.	<b>Y a-t-il quelque chose que vous voudriez changer au lieu de travail ?</b>				0 1 3
19.	Évaluez la situation personnelle du fournisseur de services de soins de santé <i>(état civil, nombre d'enfants, le temps qui est passé depuis ses dernières vacances - l'impact du syndrome d'épuisement professionnel sur la vie personnelle est lié à ces aspects)</i> <b>Êtes-vous marié(e)/divorcé(e) ?</b> <b>Veuf/veuve ?</b> <b>Si vous êtes marié(e), depuis quand ?</b>				0 1 3
20.	<b>Vous avez des enfants ?</b> <b>Combien ?</b> <b>Il y a quelqu'un qui vous aide avec l'enfant/les enfants ?</b>				0 1 3
21.	<b>Considérez-vous que votre travail influence négativement le temps passé avec votre famille ?</b> <i>(temps limité avec la famille, attention permanente pour votre emploi et vos patients, l'impossibilité de se détendre quand vous êtes chez vous/ manque d'appréciation de la part de votre famille)</i>				0 2 5
22.	<b>Combien d'heures par nuit vous dormez ?</b> <b>Il y a quelque chose ou quelqu'un qui interrompe constamment le sommeil ?</b> <b>Vous vous réveillez reposé ?</b>				0 1 9
23.	<b>Vous considérez que vos habitudes alimentaires sont saines ?</b>				0 1

	<b>Votre travail interfère avec le programme alimentaire ?</b>			3
24.	<b>Les proches et les amis font réellement partie de votre vie actuelle ?</b> <b>Trouvez-vous le temps de les rencontrer ?</b> <i>(le syndrome d'épuisement social est un effet secondaire de l'exposition excessive au stress)</i>			0 1 3
25.	<b>Vos dernières vacances ont été quand ?</b>			0 1 3
26.	<b>Comment faites-vous pour vous détacher et ne plus penser au travail ?</b> <b>Pourriez-vous donner des exemples, s'il vous plaît ?</b>			0 1 3
27.	<b>Pourriez-vous donner des exemples de situations/conditions stressantes qui n'ont rien à voir avec votre emploi et que vous rencontrez chaque jour?</b>			0 1 3
28.	<b>Avez-vous jamais été déprimé ou démotivé ?</b>			0 1 3
29.	Pour établir la présence des éléments d'épuisement on va vous poser plusieurs questions, toutes appartenant au questionnaire sur la qualité de vie professionnelle - PROQOL-	ESSENTIEL		
30.	Ce questionnaire va évaluer trois caractéristiques principales : la satisfaction émotionnelle dans la compassion, l'épuisement et le stress traumatique secondaire.			0 4 9
31.	Toutes les trois caractéristiques reflètent l'impact des situations stressantes et critiques que vous rencontrez à votre emploi.			0 1 3
32.	Vous devez choisir une seule réponse des 5 options possibles, celle qui est la plus conforme à votre milieu professionnel quotidien.			0 1 3
33.	Chaque réponse sera notée ainsi : Jamais -1 point, Rarement - 2 points, Parfois - 3 points, Souvent -4 points, Très souvent -5 points			0 1 3
34.	Choisissez le chiffre qui reflète sincèrement à quelle fréquence vous avez expérimenté les situations présentées dans le questionnaire les derniers 30 jours.			0 1 3
35.	Vous ne mettrez pas plus de 15 minutes à répondre au questionnaire.			0 1 3
36.	<b>Avez-vous encore d'autres questions sur cette évaluation ?</b>	ESSENTIEL		
37.	<b>Bon courage ! je reviendrai en 15 minutes.</b> Après avoir fini de répondre, on va calculer le score total et le résultat final sera prêt en 10 minutes environ.	ESSENTIEL		
38.	Si, en fonction du score total, nous aurons un niveau réduit d'épuisement ou de stress traumatique secondaire, la continuation de l'évaluation n'est plus nécessaire. Nous vous remercions pour votre participation à cette évaluation. Vos réponses nous sont très utiles dans nos efforts d'améliorer la	ESSENTIEL		

	gestion adéquate des personnes qui présentent un risque élevé de développer un syndrome d'épuisement.			
39.	Si le score confirme la présence du sentiment d'épuisement, continuez l'évaluation et évaluez vite les affections pathologiques médicales existantes, responsables des manifestations cliniques ressemblant au syndrome d'épuisement (troubles de sommeil/psychiatriques primaires /médication concomitante/troubles de la thyroïde) <b>Dites-moi si vous avez été diagnostiqué antérieurement avec une maladie médicale.</b> <b>Suivez-vous un traitement spécifique ? Si oui, dites-moi s'il vous plaît le/les nom/s du/des médicament/s.</b>			0 4 9
40.	Evaluation des stratégies de lutter contre le syndrome d'épuisement. <b>Croyez-vous que vous avez besoin d'aide pour contrôler les effets du stress liés à votre emploi ?</b> <b>Qu'est-ce qui sera le plus efficace ?</b>			0 1 6
41.	<b>Considérez-vous utile une discussion avec des collègues trouvés dans la même situation / avec un psychologue ? Vous êtes une personne religieuse ?</b> Rejoindre des groupes de travail, sociaux, religieux peut aider à dépasser les expériences négatives.			0 2 5
42.	<b>Quels remèdes avez-vous utilisés pour faire face aux expériences stressantes ?</b> (techniques de relaxation, médicaments, alcool, médicaments illégaux)			0 1 6
43.	<b>Trouvez-vous utiles les cours et les séminaires portant sur les habiletés de communication ?</b> (trouvez des techniques efficaces d'amélioration des modalités de communication entre les membres de l'équipe ou entre le fournisseur des services de soins de santé et le patient)			0 1 3
44.	<b>Quelle est la fréquence des interruptions pendant les activités quotidiennes ?</b> <b>Comment influence cela la qualité de votre travail ?</b> (évitez les activités laborieuses et faites vos priorités)			0 4 9
45.	<b>Quelles mesures prenez-vous pour améliorer votre santé mentale et physique ?</b> <b>La qualité du sommeil, des activités sociales, des activités physiques, des habitudes alimentaires saines ?</b>			0 4 9
46.	Nous vous remercions pour votre participation à l'évaluation. Vos réponses nous sont très utiles dans nos efforts d'améliorer la gestion adéquate des personnes qui développent un syndrome d'épuisement.	ESSENTIEL		
Score total: 180		<input type="radio"/>	Critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	Critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	Critère totalement accompli	%

## Références

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, 2001 *Job Burnout* Annu. Rev. Psychol. 52:397–422

Professional Quality of Life Scale (PROQOL), Compassion Satisfaction and Compassion fatigue (PROQOL)

Version 5 (2009). Available at URL: [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_English\\_Self-Score\\_3-2012.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf)





## **DISCUSSION SUR LES SOINS EN FIN DE VIE (LIEU DES SOINS, TRAITEMENT AGRESSIF, DNR – NE PAS RESSUSCITER)**

### **Procédure médicale**



## PROCÉDURE MÉDICALE

La planification des soins est l'un des aspects les plus importants des soins en fin de vie pour les patients, les proches et les professionnels de la santé. Cette procédure se propose de respecter les désirs et la liberté du patient et de répondre aux besoins des soignants.

○ ● ● P

1	Entrez et présentez-vous poliment et de façon amicale : <b>Bonjour. Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? (accordez du temps au patient pour répondre) Cela vous dérange de parler un peu ?</b>			0 1 3
2	Assurez un espace privé, confortable à la discussion. <i>(la confidentialité et le confort du patient pendant la discussion sur le programme des soins doivent être assurés. Vérifiez si l'heure et le lieu sont appropriés)</i>			0 1 3
3	Accordez une attention spéciale à la communication non verbale pendant la discussion : éliminez les barrières physiques ; essayez de rester au même niveau que le patient. S'il y a d'autres personnes, facilitez un espace ouvert pour la discussion en rangeant les chaises confortablement, en cercle <i>(ce rangement permet à toutes les personnes de participer au programme des soins)</i>			0 1 3
4	Demandez au patient ce qu'il ressent. <b>Avez-vous des douleurs, des soucis ou des inquiétudes ?</b> <i>(Identifiez les besoins des patients et les circonstances cliniques pour planifier les soins)</i>			0 1 4
5	Demandez au patient de poser des questions liées à la maladie, au plan thérapeutique et au pronostic général <i>(par ex. <b>Quels sont vos projets après que vous sortez de l'hôpital ?</b></i> <i>(Présentez les circonstances dans lesquelles il y a la possibilité que le patient perde son autonomie et la nécessité de planifier tout cela à l'avance)</i>			0 1 3
6	Utilisez l'écoute active et la communication empathique <i>(encouragez la participation du patient et des fournisseurs de services de soins)</i>			0 1 3
7	Adaptez votre langage au niveau social, culturel et éducationnel du patient, en transmettant des messages réalistes et compréhensibles. <i>(Prenez en considération les valeurs et les désirs du patient et assurez-vous que toutes les informations ont été traitées en fonction des circonstances du patient)</i>			0 1 3
8	Expliquez les objectifs de la discussion : <b>Je voudrais parler avec vous du futur programme personnalisé de soins...</b> Impliquez le patient dans la prise de décisions : Comme vous le savez, vos opinions et vos préférences sont importantes pour nous, afin de prendre les meilleures décisions ensemble. Êtes-vous d'accord ? <i>(les pratiques cliniques doivent être partagées et consensuelles)</i>	ESSENTIEL		
9	Informez le patient sur les options de diagnostic et de traitement qui seront/pourraient être disponibles à partir de ce moment-là et celles qui ne le sont pas. <i>(le programme de soins doit identifier toutes les stratégies disponibles pour assurer le confort du patient en fonction de son degré d'autonomie)</i>			0 1 3

10	Demandez au patient quels types de soins il aimerait avoir, vu sa situation/le diagnostic/ les circonstances actuelles. ( <i>discutez sur les risques, les bénéfices et les conséquences pour le patient et pour les soignants</i> )			0 1 3
11	S'il est important, demandez au patient où il aimerait être soigné à l'avenir (chez soi, en unité de soins palliatifs, d'autres institutions etc.). ( <i>Il est important de discuter cela avec le patient et avec les soignants pour voir si le programme est correct</i> )			0 1 5
12	Accordez du temps au patient pour adresser des questions.			0 1 3
13	Si les lois du pays la prévoient, informez le patient sur la possibilité d'exprimer ses préférences de soins, dans un document écrit, qui soit utilisé au cas où il n'est plus capable de s'exprimer là-dessus (par exemple, ses préférences concernant la DNR – ordonnance « ne pas ressusciter » ou l'admission dans une Unité de Soins Intensifs). ( <i>ainsi il y a toutes les garanties que les désirs du patient seront respectés et il y aura un argument solide pour négocier avec les soignants en cas d'opinions divergentes</i> )	ESSENTIEL		
14	Accordez suffisamment de temps, même en silence, si c'est le cas. Demandez au patient s'il voudrait penser davantage là-dessus ou se consulter avec la famille. Accordez de l'attention à la communication permanente - <i>gardez le contact visuel, montrez de l'empathie et du respect face aux besoins ou aux opinions du patient</i> )			0 1 3
15	Demandez au patient s'il veut partager les informations avec quelqu'un d'autre. ( <i>par ex. avec une personne qui n'est pas dans la chambre</i> )			0 1 5
16	Montrez votre disponibilité pour toute autre sollicitation et informez le patient sur la manière dont il peut vous contacter. ( <i>le programme de soins peut être modifié chaque fois que le patient le demande; s'il est nécessaire, l'équipe médicale est disponible pour redéfinir les stratégies au cas où celles-ci ne répondent pas aux désirs actuels du patient</i> )			0 1 3
17	Réviser les aspects les plus importants du programme de soins du patient. Celui-ci doit s'apercevoir que la situation est gérée de manière professionnelle et sérieuse. ( <i>l'incertitude et la complexité des circonstances cliniques sont correctement gérées</i> )			0 1 5
18	Évaluez l'état émotionnel après la discussion : Comment vous sentez-vous maintenant ? Demandez encore une fois si le patient a des questions ou des inquiétudes. ( <i>Si oui, discutez les aspects qui conduisent à l'inquiétude ou à l'anxiété et proposez une stratégie adéquate</i> )			0 1 5
19	Dites au revoir amicalement.			0 1 3
Score total: 60		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

## **Bibliographie selective**

Thomas K, Lobo B. Advance care planning in end of life care. Oxford University Press, 2010

Randall F, Downie R. End of life choices. Oxford University Press, 2009



## GESTION DE LA PHASE TERMINALE

### Procédure médicale





## PROCÉDURE MÉDICALE

Même si elle n'est pas considérée un diagnostic précis, la période de la fin de vie (les derniers jours de vie) peut être identifiée avec une grande probabilité pendant le suivi médical des patients. Dans une telle situation, les principaux soins, assurés de façon pluridisciplinaire, sont : assurer le confort des patients (hygiène personnelle, contrôle de la douleur), maintenir la dignité et l'estime de soi du patient (promouvoir une attitude de calme, même si les options sont limitées et les pertes doivent être acceptées) afin de réduire la dépression, la solitude et la peur.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
1.	Evaluation rapide de la présence des fonctions vitales (présence de l'état de conscience, mobilité, parler, respiration) : fonction vitales gardées <input type="checkbox"/> ;....; arrêt cardiaque <input type="checkbox"/> ....(si c'est le cas suivez le protocole cardio-respiratoire) <b>Bonjour. Mon nom est..... Je suis le médecin/l'infirmier qui va s'occuper de vous.</b>				0 2 5
2.	<b>Pourriez-vous confirmer, s'il vous plaît, votre nom.....(ou vérification du bracelet d'identification, s'il est disponible) et votre date de naissance..... Merci</b> (Cela se fait pour éviter de donner les soins à un autre patient que celui indiqué, parce qu'il y a parfois plusieurs patients portant le même nom. De même, on évite des questions telle « Vous êtes Monsieur Popescu ? » ce qui pourrait générer une confirmation fausse à cause d'une réponse donnée automatiquement par un patient distrait par ses symptômes ou à cause d'autres raisons). Surtout chez les patients ayant des difficultés de communication (états confusionnels, coma) Vérifiez la correspondance entre le bracelet (qui se trouve au poignet) et la fiche d'observation médicale, concernant l'identité du patient.	ESSENTIEL			
3.	Evaluez les habiletés de parler du patient (faiblesse et respiration difficile associées à l'effort de parler suggère la mort clinique imminente du patient)				0 1 3
4.	Regardez la peau du patient pour identifier des taches et les extrémités pour la cyanose et la froideur. (le ralentissement de la circulation suggère la mort clinique imminente)				0 1 3
5.	Evaluez les signes vitaux (si ceux-ci n'ont pas été récemment évalués ou si vous considérez qu'il est nécessaire à cause de la modification de l'état physiologique du patient - le rythme cardiaque, la tension, l'oxymétrie du pouls : RC .... battements/min, PA.....mm Hg- SaO2.....%) (Un pouls faible, une pression du sang basse et une saturation réduite de l'oxygène suggère la mort clinique imminente) Décidez avec l'équipe soignante s'il faut administrer de l'oxygène (le maintien d'un bon niveau de l'oxygène peut réduire les symptômes – par ex. l'agitation) - voir la procédure de l'oxygénothérapie				0 1 3
6.	Evaluez la respiration du patient (superficielle/irrégulière/ bruyante- tachypnée - suggère la mort clinique imminente)				0 1 3
7.	<b>Vous respirez avec difficulté ?</b> (positionner le patient dans le lit, assis dans la position de Fowler, car cela l'aide à respirer plus facilement ; le positionnement en décubitus latéral favorise le drain des sécrétions orales en dehors du corps, sans être aspirées dans les poumons)				0 1 3
8.	Ecoutez la respiration du patient et si vous entendez des bruits respiratoires bronchiques, assurez la famille que le patient ne s'étouffe pas, mais il a des difficultés à éliminer les sécrétions abondantes associées ou, s'il est possible, demandez au patient : <b>Avez-vous des difficultés de respiration associées aux sécrétions abondantes que vous voulez éliminer ?</b> (Les efforts d'hydratation et d'alimentation d'un patient dans cette partie de sa vie pourraient générer des pertes au niveau de la qualité de sa vie à cause de ces sécrétions bronchiques excessives. L'anorexie associée à cette phase terminale est, en fait, un mécanisme de protection)				0 1 3

	<b>Peut-on vous aider à les éliminer ?</b> (d'habitude les médecins prescrivent des substances qui font sécher les sécrétions et rarement on ressent le besoin de les éliminer de manière mécanique)		
9.	Examinez la cavité buccale en faisant attention à la présence des membranes muqueuses (un signe indirect pour la respiration orale qui suggère la mort clinique imminente)		0 1 3
10.	Voulez-vous qu'on ouvre une fenêtre pour rafraîchir un peu l'air ? (cela fait accroître la qualité de la vie d'un patient en phase terminale et qui a des difficultés respiratoires)		0 1 3
11.	Evaluez la disponibilité et la capacité du patient de bouger dans le lit (les mouvements limités suggèrent la mort clinique imminente)		0 1 3
12.	Assurez-vous que du moins toutes les deux heures le patient change de position dans son lit, seul ou aidé (pour éviter les escarres) - voir la procédure de passage du patient entre les différentes positions dans le lit		0 1 3
13.	Evaluez le processus de déglutition pendant la consommation des aliments solides ou liquides - les troubles de déglutition suggèrent la mort clinique imminente		0 1 3
14.	Evaluez la présence des problèmes digestifs, comme la nausée, la perte de l'appétit, la constipation, le ballonnement - la présence de ces manifestations suggère la mort clinique imminente		0 1 3
15.	Assurez le confort nutritionnel du patient- en lui offrant à manger ce qu'il veut, en lui administrant des antiémétiques contre la nausée, s'il est nécessaire – revoir la procédure d'alimentation du patient. Assurez le confort de la famille en ce qui concerne la nutrition du patient (en leur expliquant que dans cette étape le manque de l'alimentation ne produit pas de souffrance, tandis qu'insister peut faire mal, par exemple par la croissance des sécrétions bronchiques, ce qui aggrave la dyspnée et diminue la qualité de la vie)		0 1 3
16.	Evaluez s'il y a des pertes urinaires ou des matières fécales (l'incontinence des sphincters suggère la mort clinique imminente)		0 1 3
17.	<b>On peut vous aider avec l'hygiène personnelle, si vous le voulez. Dites-nous à quel moment de la journée il vous convient de faire la toilette ?</b> (consulter le patient sur le programme médical lui donne un pouvoir de décision, d'avoir des options, de récupérer une partie du contrôle sur sa propre vie, de préserver sa dignité. Assurez au patient une bonne hygiène même quand il est comateux, pour préserver sa dignité et le confort de la famille, si celle-ci est présente auprès du patient)		0 1 3
18.	Chaque fois que vous considérez nécessaire, dites-le-nous et on va vous aider à maintenir une bonne hygiène. Voir les procédures de la toilette du patient, des soins oraux, des soins des blessures, du remplacement des draps du lit. (le maintien de l'hygiène aide le patient à se sentir confortable dans cette situation de fin de vie et renforce sa dignité)		0 1 3
19.	Evaluez la présence des troubles sensoriels (les perceptions sensorielles se réduisent progressivement, l'ouïe est le dernier des sens perdus- suggère la mort clinique imminente)		0 1 3
20.	Evaluez les convictions religieuses et culturelles du patient (parce que ces aspects pourraient aider le personnel médical à identifier : la personne la plus appropriée pour être informée sur l'état du patient et qui devrait après donner des informations graduelles au patient et à sa famille sur la situation ; les particularités du deuil, de l'enterrement ; le prolongement de la vie par des procédées/dispositifs médicaux ; la nécropsie, le don d'organes ; les rituels religieux.		0 1 3
21.	Cherchez des documents légaux du patient concernant la gestion de la fin de sa vie (par ex. testament, procuration sur les soins médicaux, accord pour le don d'organes)		0 1 3

	Laissez une copie de ces instructions dans la fiche d'observation médicale du patient, accessible au personnel investi avec les soins du patient		
22.	Interrogez les membres de la famille (pour évaluer le degré de compréhension et le besoin d'aide) : <b>Avez-vous déjà une expérience antérieure de la mort d'un proche ?</b> (adressez-vous aux membres de la famille du patient ou aux proches car cela pourrait améliorer l'aide pendant la vie même du patient)		0 1 3
23.	<b>Avez-vous des questions sur ce qui arrive dans cette période ou au moment du décès de votre proche ?</b> (vous vous adressez aux membres de la famille du patient ou aux proches car cela pourrait améliorer l'aide pendant la vie même du patient)		0 2 5
24.	<b>Pensez-vous à dire adieu à.... Comment voulez-vous le faire ?</b> (vous vous adressez à la famille du patient car cela pourrait améliorer l'aide pendant la vie même du patient)		0 1 3
25.	<b>Pendant cette période difficile vous avez réussi à vous occuper de vous ?</b> Vous avez quelqu'un de proche qui puisse vous aider dans ces moments difficiles ? (vous vous adressez à la famille du patient car cela pourrait améliorer l'aide pendant la vie même du patient)		0 1 3
26.	<b>Y a-t-il dans votre famille des rituels importants qu'on devrait connaître nous aussi ? Pouvez-vous déléguer une personne qui s'occupe de tout ce qui est nécessaire par rapport à ces rituels ?</b>		0 1 3
27.	<b>Dites-nous, s'il vous plaît, quand et par qui de vos proches vous voulez être visité. Si vous voulez on peut faire apporter votre animal de compagnie</b>		0 1 3
28.	Où pensez-vous que se trouve le meilleur endroit pour vous soigner ? Chez vous, à l'hôpital, dans un Centre de soins ? C'est votre décision.		0 1 3
29.	Placez-vous au même niveau visuel que le patient et à une petite distance de lui. <b>J'ai l'impression que quelque chose vous préoccupe. Voulez-vous en discuter ? Je veux mieux comprendre ce qui vous préoccupe pour pouvoir vous aider.</b>		0 1 3
30.	<b>Seriez-vous intéressé de parler davantage sur votre état de santé avec moi ou avec quelqu'un d'autre ?</b>		0 1 3
31.	<b>On peut vous aider à contrôler la douleur, si vous le voulez. Dites-nous quand vous ressentez de la douleur et on va vous offrir le traitement adéquat-</b> voir les procédures du contrôle de la douleur. (le contrôle de la douleur aide le patient à se sentir mieux et plus digne dans cette phase de fin de vie, ce qui renforce sa dignité)		0 1 3
32.	Complétez le dossier médical du patient avec tous les détails liés à la réalisation de la procédure, la date, l'heure	ESSENTIEL	
33.	Prenez toutes les mesures nécessaires pour la sécurité du patient. Placez à la portée du patient ses objets personnels (par ex. portable, livre, mots croisés) le verre d'eau, la sonnette pour appeler le personnel médical.		0 2 6
<b>Score total: 100</b>		<input type="radio"/>	critère inaccompli %
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli %
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli %

#### Bibliographie selective

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## PRÉVENTION DES ESCARRES LE CHANGEMENT DE POSITION




### Procédure médicale



## PROCÉDURE MÉDICALE

La prévention des escarres est essentielle pour le bien-être des patients qui ont besoin de soins palliatifs (immobilisés au lit) et constitue un fondement du soin quotidien. L'efficacité de la prévention vise l'étiologie des escarres: les forces de pression et de cisaillement. Cela a comme résultat quatre principes essentiels de prévention:

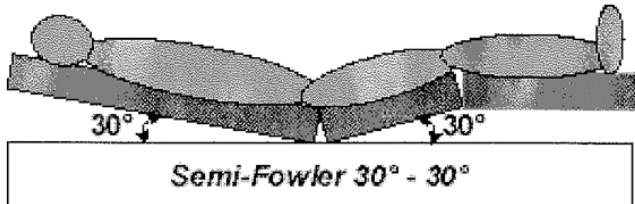
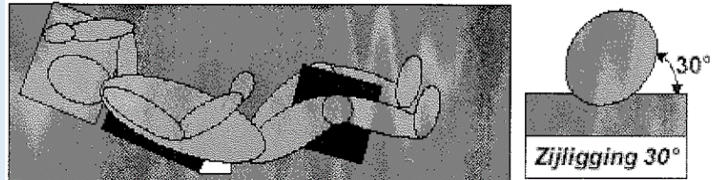
- Prévention par la réduction de l'ampleur des forces de pression et de cisaillement
- Prévention par la réduction de la durée des forces de pression et de cisaillement
- Utilisation de matériels/d'instruments de dispersion de la pression
- Nutrition et hydratation

		Concept				P
<b>PRÉPARATION</b>						
1	Examinez le dossier médical du patient: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifiez le rapport concernant le risque de développement des escarres: les scores sur les échelles BRADEN ou NORTON<sup>1</sup></li> <li>• Validez les heures fixées pour faire le changement de la position</li> <li>• Vérifiez s'il y a des contre-indications au changement de la position</li> <li>• Vérifiez la présence des cathéters ou d'autres dispositifs qui peuvent rendre plus compliquée la réalisation du changement de la position ou qui peuvent imposer la présence d'un personnel supplémentaire pour assurer la sécurité du patient</li> </ul>					0 4 9
2	Lavez vos mains ou mettez des gants de protection à usage unique ( <i>seulement dans le cas de certaines lésions des mains de l'infirmière ou d'un potentiel infectieux important du patient</i> ), comme précaution standard.	Précautions standard				0 2 5
3	Fermez la porte et assurez un espace privé pour le changement de la position, s'il en est le cas. ( <i>les rideaux, le paravent, mettre une présence etc.</i> )	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 2 5
4	Evaluation rapide de la présence des signes vitaux ( <i>état de conscience, mobilité, parler, respiration</i> ) <b>Bonjour. Je m'appelle.... Je suis l'infirmière qui va changer votre position dans le lit (ou dans le fauteuil)</b>	Fonctions vitales conservées <input type="checkbox"/> ; arrêt cardiorespiratoire <input type="checkbox"/> ( <i>initiation des mesures médicales - ressuscitation, - initiation de la discussion</i> )				0 2 5
5	<b>Dites-moi votre nom, s'il vous plaît ... Et votre date de naissance... Je vous remercie.</b>	La conformité avec le dossier de soins pour: Nom: <input type="checkbox"/> Date de naissance: <input type="checkbox"/>	ESSENTIEL			

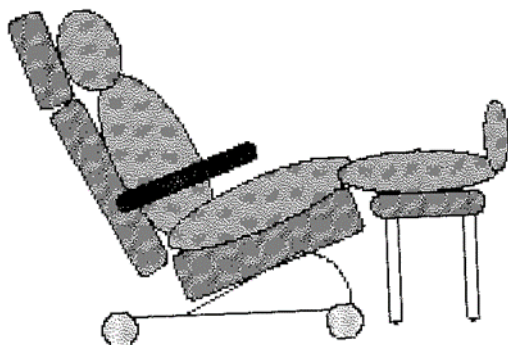


6	Relevez le lit en position de travail (à une hauteur convenable) et éventuellement descendez ses parties latérales.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
8	<b>Maintenant je vais changer votre position pour prévenir les escarres.</b> Le changement de la position en vue de la réduction de la pression doit avoir lieu toutes les deux heures. Le repositionnement pour la réduction de la pression est utile seulement quand il est fait constamment, jour et nuit, 7 jours sur 7 par semaine!	On explique au patient CE QU'ON VA FAIRE Dites au patient comment il peut <i>CONTRIBUER</i> à la prévention des escarres				0 2 5

### RÉALISATION DU CHANGEMENT DE LA POSITION DANS LE LIT

9a	<p>Le changement de la position en vue de la réduction de la pression doit alterner des positionnements où la pression est la plus faible possible. En pratique cela signifie que la position en décubitus dorsal est la meilleure et celle en décubitus latéral doit être utilisée le moins possible.<sup>2</sup></p> <p>Essayez d'éviter les positions qui augmentent la pression, comme par exemple en décubitus latéral à 90° ou en position semi assise au lit.<sup>3</sup></p> <p><b>Positionnez le patient en décubitus dorsal:</b> Evitez de relever la tête du lit plus haut qu'à 30° pour que le patient n'ait pas l'impression qu'il est immergé dans le lit. La meilleure position est donc semi-Fowler. On relève la tête du lit à 30° et il faut s'assurer que les genoux du patient sont un peu fléchis (30°)<sup>3</sup></p> 	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ESSENTIEL
9b	<p><b>Patient en position latérale:</b> En position latérale, faites tourner le patient à 30° par rapport au matelas avec le dos soutenu par un oreiller se trouvant toujours à 30°. Il est important que la zone lombaire ne soit pas pressée par le matelas. Les oreillers placés en dessous du matelas évitent cet effet.</p>  <p>Un bon schéma pour un positionnement qui réduit la pression c'est: position semi-Fowler 30° - position</p>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ESSENTIEL





L'utilisation des coussins de réduction de la pression et des matelas de réduction de la pression, pourrait rendre possible la diminution de la fréquence d'alternation des positionnements ayant comme but la réduction de la pression. Les coussins de réduction de la pression ont dedans de l'air, de la mousse ou du gel <sup>2</sup>

#### LE SUIVI ULTÉRIEUR

10	Assurez-vous que la sonnette (ou un autre appareil pour appeler) est à disposition.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
11	Rangez la chambre, ouvrez les rideaux, prenez les couvertures	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Eteignez la présence	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
13	Signez dans le dossier de soins pour la réalisation du protocole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
14	Consignez dans le dossier de soins	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3
15	Présentez le rapport oralement	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				0 1 3

<b>Total score: 50</b>	<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
	<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
	<input type="radio"/>	critère accompli	%

### **Bibliographie sélective:**

Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2006 Apr;54(1):94-110.

Poot E, Mintjes-De Groot J, Weststrate J, Van Der Eerden, L. & Adriaansen M. Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen. 2008, Houten: Bohn stafleu van Loghum.

Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Van Houdt, S., Vanwalleghem, G., Gryson, L., Heyman, H., Thyse, C., Toppets, A., Stordeur, S. & Van den Heede, K. Een nationale richtlijn voor decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 2012, 193A.D/2012/10.273/95.



## ÉVALUATION DU NIVEAU DE CONSCIENTISATION DU PATIENT SUR SA MALADIE

### Procédure médicale





## PROCÉDURE MÉDICALE

<p>« La communication n'est pas ce que l'on dit mais ce que l'on comprend », c'est pourquoi il ne faut jamais la considérer comme « de facto » mais toujours comme une évaluation permanente. Les patients qui se confrontent avec des maladies graves, même si on leur communique leur condition, ils pourraient comprendre partiellement la gravité de leur maladie. Cela ne concerne pas strictement le diagnostic initial, mais un processus continu, une fois que la maladie progresse. L'évaluation de la conscientisation de la maladie est importante en vue d'établir comment le patient gère la situation, ses préférences, sa capacité de prendre des décisions, ainsi que le besoin ultérieur d'informations pour être impliqué/e dans le programme de soins. Pour que ces discussions se réalisent, le patient doit être conscient et posséder suffisamment d'habiletés cognitives pour assimiler les informations et une compréhension suffisante pour prendre des décisions.</p>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
1.	Évaluation rapide de la présence des fonctions vitales ( <i>présence de l'état de conscience, mobilité, parler, respiration</i> ): fonctions vitales stables <input type="checkbox"/> ;...; arrêt cardiaque <input type="checkbox"/> ....( <i>si c'est le cas suivez le protocole cardio-respiratoire</i> )				0 2 5
2.	Présentez-vous <b>Bonjour, je suis le médecin XXX et voici ma collègue, l'infirmière YYYY. Vous, vous appelez comment ?</b> Laissez le patient se présenter. <i>On évite des questions telle « Vous êtes Monsieur Smith ? » ce qui pourrait générer une confirmation fausse à cause d'une réponse donnée automatiquement par un patient distrait par ses symptômes ou peu connecté à la discussion avec le personnel médical)</i>	ESSENTIEL			
3.	Assurez une atmosphère intime et rassurante pour la discussion-chambre avec un lit, rideaux, paravent etc.-. Utilisez la communication empathique - voir les procédures d'écoute active et communication empathique.				0 1 3
4.	Évaluez les habiletés de parler du patient <i>(dans le cas d'une faiblesse ou d'une difficulté de respiration, réduisez autant que possible l'effort de s'exprimer du patient en parlant à sa place et en le priant de confirmer si vous avez bien compris ce qu'il dit)</i>				0 1 3
5.	Évaluez les habiletés cognitives du patient. <b>Pouvez-vous me dire quel jour nous sommes aujourd'hui ?</b> <b>Quelle heure est-il ?</b> <b>Où sommes-nous ?</b> <i>(cette évaluation est pertinente pour voir si celui-ci peut s'orienter dans le temps et dans l'espace et s'il contrôle la perception de soi. Ces aspects sont importants dans l'évaluation de la capacité du patient à conscientiser les conséquences de sa situation médicale et de ses propres décisions)</i>				0 2 5
6.	Évaluez les habiletés du patient à prendre une décision; <b>Dites-moi, s'il vous plaît, ce que vous comprenez en ce qui concerne votre maladie.</b> <i>(Si une personne peut expliquer ce qui se passe, alors la compréhension et la mémoire sont suffisantes pour qu'elle prenne une décision)</i>				0 2 5
7.	Évaluez les attitudes du patient. De toutes les alternatives thérapeutiques, laquelle préférez-vous? <i>(C'est pour évaluer la perception et la compréhension du patient concernant sa situation médicale pour équilibrer les risques et les bénéfices et pour évaluer les conséquences du traitement avant de prendre une décision)</i>				0 2 5

8.	D'autres spécialistes vous ont vu? Qu'est-ce qu'ils vous ont dit concernant votre maladie ?			0 1 3
9.	Écrivez ici, s'il vous plaît, le nom de votre diagnostic avec vos propres mots.			0 1 3
10.	<b>Voudriez-vous avoir plus d'informations pour mieux comprendre le diagnostic?</b> <b>Je suis prêt à vous offrir toutes les informations nécessaires.</b> <i>vous faites appel à la procédure de la communication du diagnostic des maladies graves -mauvaises nouvelles</i>			0 1 3
11.	<b>Selon vous, comment votre situation va-t-elle évoluer ?</b>			0 1 3
12.	<b>Selon vous, lesquels des problèmes ressentis les derniers trois jours sont associés au diagnostic dont vous avez écrit ?</b>			0 1 3
13.	<b>Êtes-vous inquiet/inquiète ou avez-vous des angoisses concernant une possible évolution du diagnostic de la maladie ?</b>			0 1 3
14.	Inscrivez dans la fiche d'observation médicale du patient tous les détails liés à l'accomplissement de la procédure -accidents, complications- selon le cas, la date et l'heure	ESSENTIEL		
15.	Prenez toutes les mesures nécessaires pour la sécurité du patient (le lit baissé au niveau inférieur de la hauteur et éventuellement haussez ses parties latérales). Placez à la portée du patient ses objets personnels ( <i>par ex. portable, livre, mots croisés</i> ) le verre d'eau, la sonnette pour appeler le personnel médical. Offrez des détails sur le programme médical ultérieur et l'heure prévue pour le réexaminer.			0 3 6
Score total: 50		<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
		<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
		<input type="radio"/>	critère totalement accompli	%

## Bibliographie selective

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Baek SK, Kim S, et al. Effect of advanced cancer patient's awareness of disease status on treatment decisional conflict and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean perspective cohort study. Support Care Cancer 2012; 20:1309-1316

Tang ST, Liu T, et al. Physician-patient end-of-life care discussion: correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients- a cross-sectional survey study. Palliative Medicine 2014; 28(10): 1222-1230.

Scott Finlayson C, Chen YT, Fu MR. The impact of patients' awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997-2014. Palliative Care Review 2014;17(10): 1-11.

Wallace CL. Family communication and decision making at the end of life: a literature review. Palliative and Supportive Care 2015; 13:815-825



## LE RÉSEAU RELATIONNEL D'APPUI DES PATIENTS

### Procédure médicale



## PROCÉDURE MÉDICALE

Ensemble avec les autres aspects, comme celles physiques et psychologiques, le réseau relationnel représente une ressource importante dans la mise au point du programme de soins et pour l'évaluation de la soutenabilité de celui-ci. Les professionnels de la santé, les proches et les parents du patient peuvent être tous considérés un appui important pour la mise en place et la réussite de la stratégie thérapeutique.		○ ● ●	P
1	Entrez et présentez-vous poliment et amicalement: <b>Bonjour. Comment allez-vous aujourd'hui ?</b> ( <i>Laissez suffisamment de temps pour recevoir les réponses</i> )		0 1 3
2	Assurez un espace confortable pour l'entretien. ( <i>Il est important d'éviter les interruptions et d'assurer le respect de la confidentialité</i> )		0 1 3
3	Demandez au patient s'il se sent bien : <b>Ressentez-vous une douleur, avez-vous une demande à formuler ou une inquiétude?</b> ( <i>L'identification des besoins du patient peut contribuer à l'évaluation des réseaux relationnels disponibles et de leur bénéfice potentiel pour le patient</i> ).		0 1 3
4	( <i>Présentez d'abord la raison de l'entretien pour éviter les confusions</i> ) Expliquez le but de l'entretien: <b>Je voudrais savoir plus sur votre famille et vos amis. Est-ce que vous êtes gêné d'en parler ou de discuter d'autres aspects sociaux ?</b>		0 1 3
5	Ecoutez attentivement et utilisez la communication empathique ( <i>L'écoute active et l'approche dialogique sont importantes pour comprendre les préférences du patient</i> ).		0 1 3
6	Adaptez votre langage au niveau social, culturel et éducationnel du patient, en faisant attention que les messages soient réels et compréhensibles ( <i>Les valeurs personnelles et le contexte culturel jouent un rôle essentiel dans l'analyse du réseau relationnel du patient parce que cela nous aide à comprendre leur contribution à la mise en place du programme de soins</i> )		0 1 3
7	Informations concernant le domicile actuel : <b>Où habitez-vous? Avec qui habitez-vous?</b> ( <i>Cette réponse sera pertinente pour le choix de la location de soins à l'avenir et pour l'amélioration de la participation du patient à son propre réseau d'appui</i> )		0 1 3
8	Informations concernant la famille: <b>Parlez-moi, s'il vous plaît des membres de votre famille et combien s'impliquent-ils, combien vous soutiennent-ils pendant la maladie.</b> ( <i>d'autres questions utiles</i> ) <b>Etes-vous marié? Avez-vous des enfants ? Où habitent-ils ? Quelle est votre relation avec eux ?</b> ( <i>Les connexions sociales peuvent être étendues vers plusieurs personnes, l'objectif du dialogue est d'identifier où et qui peut offrir le meilleur soin au patient.</i> )		0 1 6
9	<b>Qui est votre soignant principal?</b>	ESSENTIEL	



10	Informations concernant les réseaux relationnels: <b>Est-ce que vous avez de bons amis ? Qui sont-ils ? Est-ce que vous sentez leur soutien dans ces moments ?</b>		0 1 3
11	Informations sur la vie professionnelle: <b>Est-ce que vous étiez employé quand vous avez appris le diagnostic ? Dans quel domaine avez-vous travaillé ? Depuis combien de temps ? Est-ce que vous aimez ce travail ? Comment la maladie a –t-elle influencé votre situation financière ?</b> <i>(Vérifiez le contexte social du patient et analysez les options pour inclure des activités récréatives qui augmentent sa confiance et les contacts significatifs avec d'autres personnes)</i>		0 1 3
12	Informations sur les loisirs: <b>Qu'est-ce que vous aimez faire pendant les loisirs?</b> <i>(Peut être une occasion d'introduire une préoccupation commune et de partager une activité récréative)</i>		0 1 3
13	Informations sur les convictions spirituelles: <b>Est- ce que vous êtes croyant ou pratiquant d'une religion ?</b> <i>(Les besoins culturels et religieux représentent un aspect significatif dans les soins palliatifs pour le patient et sa famille. Il est important de prendre en considération ces informations pour faciliter l'accès aux rituels ou le contact avec les personnes qui représentent le système de valeurs du patient et son milieu culturel)</i> Faites appel à la procédure d'évaluation spirituelle		0 1 3
14	Informations sur d'autres points d'intérêt: <b>Quoi d'autre aimez-vous faire ?</b> <i>(Montrez de l'ouverture pour personnaliser le plan de santé)</i>		0 1 3
15	Informations sur l'état émotionnel des proches: <b>Par exemple, comment croyez-vous que se débrouille votre femme/votre mari en face de votre maladie, pendant ces moments ?</b>		0 1 3
16	Dans la situation actuelle, vous <b>croyez que vous avez assez de support et d'aide dans la vie quotidienne ? Pour être autonome le maximum possible, est-ce que vous avez besoin d'aide sous forme d'un équipement particulier ou d'adapter d'une certaine façon votre milieu domestique ?</b>		0 1 3
17	<b>Qu'est-ce qui vous inquiète le plus maintenant ? Quelle est votre plus grande inquiétude maintenant ?</b>	ESSENTIEL	
18	<b>Est-ce que vous vous sentez seul/e ?</b>		0 1 3
19	Évaluez l'état émotionnel après l'entretien: <b>Comment vous vous sentez maintenant ?</b> Demandez de nouveau si le patient a d'autres questions ou inquiétudes à la fin.		0 1 3
20	Consignez le résumé de la conversation en y écrivant la liste avec les membres de la famille ou, au moins, en mentionnant le soignant principal.		0 1 3
21	Dites « Au revoir ! » au patient de façon amicale.		0 1 3

Score total: 60	<input type="radio"/>	critère inaccompli	%
	<input type="radio"/>	critère partiellement accompli	%
	<input type="radio"/>	critère accompli	%

### Bibliographie selective

Jarret N, Porter K, et al. The networks of care surrounding cancer palliative care patients. BMJ Supportive and Palliative Care 2015; 5: 435-442.

Sallnow L, Richardson H, et al. The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review. Palliative Medicine 2015; 30(3): 200-211.



## RÉPONSE AUX BESOINS DES SOIGNANTS

### Procédure médicale






## RÉPONSE AUX BESOINS DES SOIGNANTS

Les soins palliatifs ont comme but le soutien des patients et de leurs familles ou de leurs proches pendant la maladie et, dans le cas de la famille, pendant le deuil. Pour offrir un appui efficace, on doit évaluer les besoins des soignants. Les soignants sont d'habitude les membres de la famille, mais aussi toute autre personne que le patient considère significative.

		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
1	Entrez et présentez-vous amicalement : <b>Bonjour. Je suis Dr. xxx et je suis yyy (l'hématologue, l'oncologue ou autre spécialiste) de votre proche. Pourriez-vous me dire qui vous êtes et quelle est votre relation avec le patient ?</b>				0 1 3
2	<b>Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?</b> -laissez le temps nécessaire pour répondre. <i>(Faites attention à l'état du soignant, dès le début, pour comprendre si c'est le bon moment pour discuter le sujet)</i>				0 1 3
3	Posez des questions ouvertes pour établir une bonne relation : <b>Monsieur X, on pourrait discuter un peu ? Y a-t-il un aspect que vous voudriez discuter maintenant ? Si la réponse est négative : Quand préférez-vous qu'on discute ?</b> <i>(s'il est nécessaire, laissez-lui l'option de choisir un autre moment. La conversation doit être libre, volontaire, l'implication du soignant est essentielle)</i>				0 2 5
4	Au cas où vous êtes au domicile ou à l'hôpital et le patient et le soignant sont ensemble, observez l'ambiance et le comportement du patient envers son soignant. Sont-ils proches ? Interagissent-ils ? Comment ?				0 1 3
5	Demandez au soignant comment il se sent et s'il y a des soucis concernant les soins du patient qu'il voudrait discuter. <i>(identifiez un rôle spécifique pour le soignant dans le programme, évitant l'excès de responsabilités du point de vue psychologique, social et économique. Les besoins du patient et du soignant sont aussi importants pour que le programme soit efficace)</i>				0 2 5
6	Offrez au soignant l'opportunité de discuter sur ses soucis/besoins en privé. <i>(on lui offrira la possibilité d'analyser objectivement les circonstances réelles des soins et les ressources disponibles pour que le soignant soutienne le patient : physiques, sociales et financières. Ainsi, les décisions concernant le programme des soins seront prises de sorte que le soignant soit considéré un partenaire actif dans le traitement, partenaire qui doit être soutenu et protégé)</i>				0 2 5
7	Si le soignant ne veut pas discuter en privé, montrez votre disponibilité à discuter sur les possibles réserves qu'il pourrait avoir.				0 1 3
8	Si le soignant veut discuter en privé, assurez un espace confortable pour la discussion. <i>(pour éviter les interruptions, respectez la confidentialité et discutez le programme de soins dans un milieu confortable)</i>				0 1 3
9	Utilisez l'écoute active et la communication empathique. <i>(prenez ensemble les décisions, respectant les valeurs du patient et de son milieu, étant sensible aux demandes psychologiques et culturelles)</i>				0 3 6
10	<b>Comment vous sentez-vous en soignant le patient X ?</b> <i>(vérifiez si le soignant a besoin de support psychologique ou spirituel)</i>				0 1 3

11	<b>Est-ce qu'il y a d'autres choses dont vous avez besoin et avec quoi on pourrait vous aider ?</b> <i>(vérifiez si les ressources disponibles du système sont suffisantes pour soutenir le soignant dans les soins du patient)</i>			0 1 3
12	<b>Pensez-vous que votre maison soit adéquate pour assurer les soins du patient X ? Avez-vous besoin de changements/d'adaptations utiles ?</b> <i>(portes, salle de bains, balustrade, rampe) ? (vérifiez si les soins au domicile sont une solution possible pour le patient et pour le soignant à la fois)</i>			0 1 3
13	<b>Vous travaillez à présent ? Pensez-vous que votre emploi soit compatible avec les soins de M. X ? Sinon, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour les rendre compatibles ?</b> <i>(les responsabilités des soignants ont des conséquences financières et entrent en conflit avec la vie professionnelle. Cela est important pour vérifier la viabilité du programme du point de vue du soignant)</i>			0 1 3
14	<b>Pensez-vous que vos ressources soient adéquates pour soigner M. X? Pensez-vous que cela puisse générer une difficulté financière ?</b> <i>(cet aspect doit être évalué pour offrir de l'aide financière au soignant, si c'est possible, ou pour prendre des décisions)</i>			0 1 3
15	<b>Pensez-vous que M. X recevrait de meilleurs soins ailleurs ?</b> <i>(il faut intégrer les ressources disponibles des services de santé pour faire accroître les chances du soignant de faire face à long terme aux soins et de les coordonner depuis son domicile)</i>			0 1 3
16	<b>Au cas où M. X aurait besoin de soins de premier secours ou de placement dans une autre institution, vous connaissez les pas à suivre ?</b> <i>(pour voir si le soignant peut faire face à un changement de programme déterminé par l'évolution de la maladie et s'il peut adapter son rôle à la nouvelle situation)</i>			0 1 3
17	<b>Êtes-vous capable de vous occuper de M. X ? Sinon, pourquoi ? Comment pouvons-nous vous aider ?</b> <i>(les soignants doivent avoir toutes les informations pour pouvoir prendre des décisions et pour offrir les meilleurs soins au patient. Ils ont besoin de soutien psychologique et social et dans certaines situations il faut discuter les options s'il y a des doutes en ce qui concerne le soignant)</i>			0 1 3
18	<b>On peut vous aider à soigner M. X ?</b> <i>(cela aide à trouver des aspects qui n'ont pas été pris en considération)</i>			0 1 3
19	<b>Vu l'évolution de la maladie de M. X et son état présent, pensez-vous que ses besoins puissent vous accabler ? Si oui, qu'est-ce qui vous inquiète et pourquoi ?</b> <i>(une évaluation finale de l'entretien pourrait aider à la compréhension du degré de satisfaction du soignant quant au programme de soins et au dépassement des barrières et des obstacles)</i>			0 1 3
20	<b>Au cas où la fin de M. X surviendra chez lui, vous y êtes prêt/e ? Pensez-vous que vous disposiez de suffisantes ressources pour le soigner à la maison dans ces circonstances-là ?</b> <i>(il est important de prendre en considération le désir du soignant et sa motivation de soigner le patient à la maison, et s'il a des doutes, pensez à lui offrir un support psychologique)</i>			0 1 3
21	<b>Vous vous sentez seul/e ? Avez-vous un appui pendant que vous offrez des soins à M. X?</b>	ESSENTIEL		



22	Soyez disponible à toutes les questions et informez le soignant comment il peut vous contacter de nouveau. Demandez-lui s'il a encore des questions finales ou des soucis.			0 2 5
23	Dites « Au revoir ! » amicalement.			0 1 3
24	Consignez le résumé de la conversation dans le dossier de soins du patient.			0 1 3
Score total: 80			critère inaccompli	%
			critère partiellement accompli	%
			critère accompli	%

### Bibliographie selective

Bee PE, Barnes P, Luker AL. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer. Journal of Clinical Nursing 2008; 18:1379-1393.

## CUVÂNT ÎNAINTE

*De ce MedLang? De ce medicină paliativă? De ce un MOOC interdisciplinar?*

MedLang a luat ființă ca rezultat al unor cerințe stringente observate într-un număr de țări europene. În principal, aceste cerințe derivă din lipsa unei abordări profesionale coerente și standardizate a chestiunilor legate de medicina paliativă. Drept urmare, partenerii din proiectul Erasmus+ 2014-1-RO01-KA203-002940 au negociat modalități adecvate pentru a răspunde acestei provocări și a împărtăși rezultatele efortului lor comun cât mai multor actori interesați din Europa și nu numai.

Aspectele legate de mobilitatea globală, cum ar fi nevoia de forță de muncă, mobilitățile de studiu ori personale sau chestiunea refugiaților din Europa, transpun tema îngrijirii paliative, inițial o problemă medicală, administrativă sau financiară, într-o nouă paradigmă a limbii și comunicării, culturii, religiei, valorilor.

Parteneriatul strategic româno-belgian-italian-spaniol, reunind instituții medicale și educaționale, de stat și private, a abordat tema medicinei paliative și a zonelor conexe prin prisma contextelor instituționale specifice și prin raportare la cadrul temporal dat. Autorii internaționali ai lucrării sunt, așadar, conștienți că punctul de vedere propus este limitat la perimetrul geografic selectat și la nevoile momentului. În același timp, aceștia sunt convinși că lucrarea vine să acopere un spațiu relativ gol în domeniu privitor la abordări standardizate, aliniate infrastructurii existente, nevoi de formare a resursei umane, dezvoltări medicale și tehnologice, precum și priorități contextuale legate de strategii medicale naționale, valori și politici culturale.

Materialele colectate în volum denotă orientarea pe care partenerii contributory s-au pus de acord să o promoveze: o selecție a celor mai reprezentative proceduri de bază din medicina paliativă, în acord cu ultimele dezvoltări din domeniu, plus comunicare în șase limbi referitor la aceste proceduri și filme care demonstrează cum trebuie implementate. Pornind de la un inventar de peste 50 de proceduri, negocierile din interiorul parteneriatului au redus lista la 20 de intervenții și tipuri de comunicare care vizează atât abordările medicale curente din țările implicate, cât și tendințele actuale, cum ar fi medicina dialogică, valori interculturale și celebrarea diversității de credințe și practici.

Pentru a avea o idee despre genul de decizii și generalizări care au necesitat o cântărire atentă înainte de începerea lucrului propriu-zis pe itemele selectate, ar fi de spus că parteneriatul și autorii volumului au trebuit să hotărască ce volum de noutate în domeniu din fiecare țară urmează a fi inclus în acest inventar generic de proceduri și valori (de exemplu, legislația și procedurile operaționale din Belgia privitor la eutanasiu în cazul adulților și copiilor). Temele selectate variază de la igiena orală și deplasarea pacientului în pat ori hrănirea acestuia, până la comunicarea știrilor proaste sau sindromul de epuizare, procesul implicând o serie întreagă de interlocutori: pacienți internați ori în ambulatoriu, familia, îngrijitoare și asistente medicale, medici.

Un alt obiectiv al volumului este livrarea unor resurse moderne care vizează profesionalizarea specialității medicale de medicină paliativă în țările interesate, incluzând România ca partener coordonator al proiectului, și posibil în alte locuri din Europa și nu numai, în zone cu mai puțină experiență în asumarea formală a acestui profil medical ca ofertă pentru învățământul superior ori școlile de asistente medicale. Începând cu Facultatea de Medicină din Brașov, unde ființează de peste 5 ani singurul program de masterat pe medicină paliativă din România, având apoi drept Partener Asociat Casa Speranței din Brașov (prima entitate de medicină paliativă înființată în România la mijlocul anilor 90), și ajungând la cele 20 de proceduri validate de cel mai mare spital oncologic din Iași, România, materialele dezvoltate în cadrul proiectului răspund la nivel profesionist dezideratului inițial.

Abordarea interdisciplinară, care relaționează domeniul medical cu sistemul de îngrijire și cu cel educațional, se află la baza lucrării de față. Punând la dispoziția practicienilor din medicină resurse educaționale de valoare, volumul furnizează totodată un sprijin consistent formatorilor și formabililor în ceea ce privește o comunicare eficientă în mai multe limbi (engleză, franceză, spaniolă, italiană și flamandă) pe temele medicale identificate. Nevoia unei astfel de abordări a fost semnalată de mai bine de 10 ani de către absolvenți ai universităților medicale și școlilor de asistente medicale care se confruntă cotidian cu probleme de comunicare profesională, și nu neapărat dacă lucrează în străinătate. Suportul video, autoevaluările ori evaluările colegiale care verifică nivelul deprinderilor medicale și de comunicare contribuie, la rândul-le, la pregătirea pentru învățare independentă.

În paralel cu volumul tipărit, care se adresează cu precădere celor care preferă să învețe după manual, a fost elaborat și suport tehnologic dedicat. Suntem, desigur, conștienți că numărul utilizatorilor tradiționali nu va scădea prea curând, însă considerăm că este oportun să-i informăm că materialele sunt integral disponibile și pe site-ul proiectului [www.medlang.eu](http://www.medlang.eu). Suntem încrezători că utilizatorii volumului vor adopta modelul mixt, exploatând astfel resursele existente și în format digital. Explicația acestui transfer rezidă, credem, în pedagogia specifică cursului de tip MOOC, care facilitează un mod diferit de învățare, bazat pe rețele, pe conținuturi și sarcini de lucru. Colaborarea cu persoane interesate pe o sarcină de lucru medicală ori de comunicare adaugă semnificație sarcinii de lucru, verificând totodată gradul de eficiență al deprinderilor participanților. Mai mult, strategiile actuale din educația modernă promovează dezvoltarea deprinderilor, accentuând importanța curriculum-ului bazat pe competențe. În acest sens, volumul este completat cu CD-uri cu conținut video și alte resurse de învățare care oferă soluția potrivită unei abordări de acest tip. Utilizatorii interesați să-și exprime o opinie profesională, să-și consolideze argumentația ori să-și structureze deprinderile de auto-evaluare sunt invitați să folosească forumurile de discuții de pe platforma disponibilă și să devină participanți activi pe teme de interes.

Îndemnul de a învăța în ritmul propriu după planul de studiu este intrinsec atât volumului, cât și MOOC-ului, acesta din urmă dând prioritate activităților colaborative și interacțiunilor inter-colegiale ori între cursant și formator pentru schimb de idei, dezbateri și argumentare. Unele sarcini de lucru oferă satisfacția co-creării de cunoștințe, de pildă cele axate pe valori culturale și religioase. Calitatea cunoștințelor dobândite este măsurată prin intermediul unor variabile cum ar fi originalitatea, documentarea, (n)eticheta pe parcursul discuțiilor, schimbul de replici, deprinderile de facilitator, modele de succes votate de cursanți, acuratețea simulării. Atât în carte cât și în MOOC învățarea invită la reflecție și modalități de exersare pe bază de portofolii digitale și auto-filmare. Stilurile individuale de învățare sunt exersate prin învățarea liniară din carte, învățarea interactivă, învățarea prin activități și prin clipuri video. MOOC-ul are un design tehnologic care facilitează diseminarea activității participanților printr-una sau mai multe platforme într-un mediu deschis, cu acces liber și o invitație la participare masivă, oferind cursanților și formatorilor sentimentul unei comunități de practică cu accent nedisimulat pe procesul de învățare. MOOC-ul dispune, totuși, de un sistem intern mai coerent de evaluare și acreditare a cunoștințelor și deprinderilor comparativ cu volumul, acesta din urmă pretându-se mai bine la situații de instruire față în față, ca instrument de învățare pentru dezvoltarea profesională continuă și formare prin simulări.

În concluzie, volumul și, respectiv, cursul online de tip MOOC funcționează ca instrumente independente și totodată complementare care vin în sprijinul practicienilor, studenților, marelui public care dorește să se informeze despre medicina paliativă și procesele de comunicare asociate. Materialele reprezintă produsul final al unor strategii pedagogice care combină învățarea de tip tradițional cu tendințe noi care implică interacțiune, asumarea de roluri și responsabilități atât de către formatori cât și de cursanți.

Editori



## **REALIZAREA CATETERISMULUI URETRO-VEZICAL (SONDA FOLEY) - APARAT UROGENITAL FEMININ –**

### **Procedură medicală**



## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Realizarea unei comunicari directe cu interiorul vezicii urinare (conținutul său) prin intermediul unui tub medical special conceput pentru aceasta – de ex. sonda Foley – introdus până în vezica urinară prin interiorul și ghidat de uretră.




<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---


1.	Evaluarea rapidă a prezenței funcțiilor vitale ( <i>prezența stării de conștiență, mișcări, vorbire, respirații</i> ) funcții vitale păstrate <input type="checkbox"/> ; stop cardiorespirator <input type="checkbox"/> <b>Bună ziua. Numele meu este ..... Sunt medicul/asistentul medical ce vă va examina astăzi.</b>				0 2 5
2.	<b>Îmi puteți confirma, vă rog, numele dumneavoastră.....</b> (sau verificarea brațării de identificare, dacă aceasta este disponibilă) <b>Și data nașterii .....</b> <b>Mulumesc</b> ( <i>se evită astfel confuzia între pacienți și efectuarea procedurii altui pacient în locul celui cu indicație . Se evită exprimări de tipul „Sunteți Domnul Popescu” ce ar putea genera o confirmare eronată printr-un răspuns automat de „Da” la un pacient puțin conectat la discuția cu personalul medical</i> ). Corespondență cu foaia de obs. pentru Nume: <input type="checkbox"/> Data nașterii: <input type="checkbox"/>	ESEȘIAL			
3.	Asigurarea unui mediu privat pentru examinare ( <i>salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.</i> ) <b>Vă voi plasa o sondă la nivelul vezicii urinare pentru a goli de acum direct urina dumneavoastră în recipiente medicale special concepute pentru aceasta..(ce îi facem)</b>				0 1 3
4.	<b>Este o manevră care presupune trecerea unui tub flexibil la nivelul zonei prin care urinați. Tehnica este în general ușor de efectuat. Nu tăiem, nu înțepăm nimic. În cursul realizării ei, nu ar trebui să vă doară deloc. (în ce constă manevra)</b>				0 1 3
5.	<b>Este foarte important ca dumneavoastră să fiți relaxată, calmă, în timpul realizării procedurii. Când o să vă atragem atenția asupra acestui lucru, vă rugăm să mențineți nemișcate corpul și picioarele dumneavoastră așa cum o să vi le poziționăm noi, pentru ca să putem introduce sonda urinară fără să o atingem de zone cu microbi. De asemenea, când o să vă indicăm acest lucru, vă rugăm să trageți aer adânc în piept și apoi să îl dați pe tot afară – să respirați adânc, lent, fără să forțați, de mai multe ori (cum poate să contribuie la realizarea determinării)</b>				0 1 3
6.	<b>Eliminarea conținutului vezicii urinare este un element important al stării dumneavoastră medicale și în funcție de el decidem și medicamentele pe care o să vi le recomandăm. (la ce îi folosește examinarea pe care urmează să o efectuăm)</b>				0 1 3
7.	<b>Am reușit să vă explic bine manevra? Ați dori poate dumneavoastră să mă întrebați ceva referitor la manevra ce urmează să o efectuăm.</b>	ESEȘIAL			
8.	<b>Știți cumva când și cam cât ați urinat ultima oară?</b> ( <i>evaluarea percepției sale de sănătate și a interesului pentru sănătate</i> )				0 1 3
9.	<b>Ați mai avut vreodată montată sondă urinară? Cu ocazia unor operații anterioare, poate?</b>				0 1 3
10.	<b>Vă știți alergică la ceva? La produse din cauciuc, iod, leucoplast cumva?</b> ( <i>evaluarea posibilei alergii la latexul mănușilor sau a sondei urinare</i> )	ESEȘIAL			
11.	<b>Sunteți de acord cu recoltarea de produse biologice?</b> ( <i>evaluarea convingerilor personale privitor la recoltarea produselor biologice</i> )	ESEȘIAL			



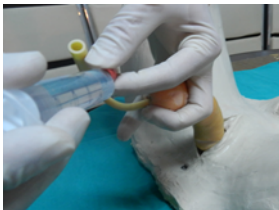
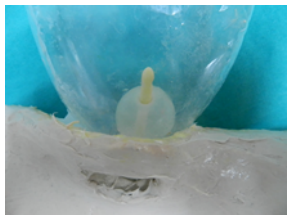
12.	<b>Când ați mâncat ultima oară?</b> (dacă este posibil, este de preferat să nu efectuăm cateterismul uretrovezical imediat înainte sau după masa pacientului)		0 1 6
13.	<p>Selectarea sondei Foley (caracteristicile tehnice) de utilizat în respectiva situație clinică, dacă acest lucru nu a fost deja specificat în documentele medicale ale pacientului.</p> <p>Evaluarea documentelor medicale ale pacientului d.p.d.v. a:</p> <p><i>vârstei și sexului pacientului:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copil - sondă cu diametrul de 8 – 10 (circumferință externă de 2,7 – 3,4 mm), lungime 30 cm, cu balon de 3 ml;</li> <li>- adult - sondă cu diametrul de 14 – 18 (4,7 – 6 mm) cu balon de volum 5 ml, (o dimensiune mai mică a balonului permite capătului distal a sondei, ce conține orificiile de drenaj ale acesteia, o poziționare la un nivel mai apropiat de punctul ureteral al trigonului vezicii urinare, rezultând prin aceasta o evacuare mai completă a acesteia), lungime de 23 – 26 cm;</li> </ul>		0 1 9
14.	<p>Evaluarea documentelor medicale ale pacientului d.p.d.v. a:</p> <p><i>diagnosticului ce motivează indicația de cateterizare uretro-vezicală: patologia uro-genitală existentă:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- în indicația sa de evacuare a unei retenții urinare (suspiciune de incapacitate a sistemului vezico-ureteral de a asigura eliminarea urinei acumulate în vezica urinară) – se temporizează cateterismul uretro-vezical și se procedează la aproximarea volumului de urină existent în vezica urinară utilizând un ecograf vezical portabil (acesta afișează digital volumul detectat, cu o acuratețe de 85% pentru volume de până la un litru; se consideră necesar un volum de 500 – 800 ml pentru a declanșa senzația de micționare; în cazul constatării existenței unui volum mai mic de 500 ml la nivelul vezicii urinare se temporizează cateterismul datorită riscului infecțios pe care acesta îl asociază, putând mobiliza microorganismele prezente în mod obișnuit la nivelul porțiunii distale a uretrei transferându-le la nivelul spațiului, în mod normal necontaminat, al vezicii urinare).</li> </ul> <p><b>Am să dau acum drumul la apă să curgă sau puteți și ține mâinile în apă. Astfel, de obicei, apare senzația de a merge la baie.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- în drenajul de cheaguri, flocoane dense urinare, hematurie - sondă cu diametrul de 20 (6,6 mm)</li> <li>- în patologii ce impun irigarea continuă sau intermitentă a vezicii urinare – sondă Foley cu trei canale (unul pentru drenajul conținutului vezicii urinare, al doilea pentru umplerea/golirea balonului sondei și al treilea pentru introducerea lichidului de irigare vezicală)</li> </ul>		0 1 9
15.	<p>Evaluarea documentelor medicale ale pacientului d.p.d.v. a:</p> <p><i>duratei estimată a fi menținută cateterizarea uretro-vezicală:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- maxim o săptămână - utilizare sondă Foley din plastic (flexibilitate redusă – cu consecințe traumatice crescute), PVC (flexibilitate crescută la temperatura corpului, mulându-se pe conturul uretrei) sau latex (riscul alergic trebuie întotdeauna evaluat în prealabil; frecvența ridicată în mediul medical a fenomenelor alergice dezvoltate la latex face ca actualizarea acestuia să fie descurajată în multe unități medicale)</li> <li>- până la 4 săptămâni - utilizare sondă Foley cu politetrafluoretilen (teflon)</li> <li>- până la 12 săptămâni - utilizare sondă Foley din silicon (mai scumpe decât anterioarele) eventual cu impregnare antimicrobiană (nitrofurantoin, hydrogel, argint etc.)</li> </ul>		0 1 3
16.	Evaluarea documentelor medicale ale pacientului d.p.d.v. a diagnosticelor asociate (ex. coagulopatii etc.), parametrilor paraclinici (ex. trombocite < 150000, INR > 1,5 etc.) și a medicației concomitente (ex. Sintrom, Trombostop, Aspirină, Plavix etc.) – pentru evaluarea riscului de sângerare prelungită		0 1 5

17.	Odată selectate caracteristicile tehnice ale sondei de utilizat, două astfel de catetere uretro-vezicale trebuie să fie disponibile, de la început, pentru a putea înlocui oricând sonda în cazul contaminării sau deteriorării sale în cursul efectuării procedurii.		0 1 3
18.	Evaluarea disponibilității pacientului de a colabora în realizarea procedurii Evaluarea foii medicale a pacientului d.p.d.v. al asocierii afecțiunilor ce contraindică decubitul dorsal ( <i>ex. Insuficiență cardiacă severă cu dispnee de decubit</i> ) sau flexia genunchilor / rotația externă a coapsei ( <i>afecțiuni ortopedice / reumatologice</i> )		0 1 5
19.	<b>Puteți rezista întinsă în pat, culcată pe spate, cu genunchii flectați și depărtați (rotația externă a coapsei și flexia genunchilor fiind utilă pentru a permite o vizualizare optimă a zonei perineale; această zonă conține meatul urinar necesar a fi instrumentat în cadrul manevrei) o durată de 15 – 30 minute? Îmi puteți arăta, vă rog. Îndoii genunchii. Așa. Îi depărtați și rotați coapsa în exterior. Mulțumesc. Este dificil să mențineți această poziție?</b> ( <i>în cazul în care pacienta nu poate fi astfel poziționată se recomandă ajutorul unui coleg pentru a susține genunchii și coapsele și/sau modificarea poziției cu pacienta plasată ușor pe o parte sau în semi-decubit ventral - Sim's</i> )		0 1 3
20.	<b>Ținând cont că manevra necesită expunerea zonei genitale, considerați important pentru intimitatea dumneavoastră ca personalul implicat în manevră să fie format numai din femei sau din bărbați?</b>		0 1 9
21.	Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, pulsoximetrie, termometrizare TA: ...../..... mmHg; SaO2 ..... %; T ..... °C Spălarea mâinilor. Aplicarea mănușilor medicale curate, ca parte a precauțiilor standard.		0 1 3
22.	Decontaminarea cu un tampon cu alcool sanitar a suprafețelor de mobilier cu care se interacționează în cursul manevrei.		0 1 3
23.	Dezbrăcarea mănușilor anterior utilizate cu aruncarea lor în recipientul de deșeuri infecțioase neînțepătoare. Spălarea mâinilor. Aplicarea unei noi perechi de mănuși medicale curate, ca parte a precauțiilor standard.		0 1 3
24.	<b>Manevra presupune o spălare prealabilă a regiunii genitale cu apă și săpun. Puteți să efectuați singur această toaletă sau putem să o realizăm noi pentru dumneavoastră. Cum preferați?</b> Efectuarea toaletei regiunii perineale utilizând apă și săpun - majoritatea pacienților preferă să își efectueze singuri această toaletă ( <i>fiind o chestiune de intimitate, prin implicarea zonei genitale</i> ) reușind o bună execuție dacă le sunt explicate principiile manoperei – <b>Întotdeauna se spală și se șterge din zona curată spre cea murdară, respectiv dinspre anterior spre posterior (în posterior fiind poziționată zona anală, cu risc microbian ridicat).</b>		0 1 9
25.	Acoperirea pacientului, poziționat în pat în decubit dorsal, prin intermediul păturii de de baie plasată în aspect de romb, cu colțurile spre: cap, picioare și respectiv laterale.		0 1 3
26.	<b>Vă rog să țineți dumneavoastră, cu mâinile, colțul păturii de baie, sub bărbia dumneavoastră cât timp scoatem noi lenjeria de pat care vă acoperea înainte.</b> Fără a dezveli pacientul, pe sub pătura de baie, rularea cearceafului și a păturii cu care era acesta învelit spre picioare. Depozitarea acestei lenjerii în spațiul dintre picioarele pacientului și tăblia patului.		0 1 3
27.	<b>Acum vă rugăm să vă eliberați de haine de la jumătate în jos, pe sub pătura de baie și să ni le dați să le depozităm până terminăm manevra. Mulțumesc</b>		0 1 3
28.	<b>Vă rog acum să îndoii genunchii. Să depărtați tălpile la cam 60 cm una de alta. Așa. Foarte bine, acum coapsele ușor rotate extern.</b>		0 1 3

29.	Plasarea la nivelul suprafeței mesei de lucru a componentelor instrumentarului necesar.		0 1 3
30.	Asigurarea existenței unei bune iluminări pentru examinarea și instrumentarea zonei perineale ( <i>eventual prin asocierea la instrumentar a unei lanterne</i> )		0 1 3
31.	Poziționarea în dreapta pacientului ( <i>în stânga, dacă cel ce efectuează manevra este stângaci</i> ). Ridicarea patului la nivelul taliei celui ce efectuează manevra.		0 1 3
32.	Trecerea colțurilor din lateral ale păturii de baie pe sub coapsele pacientului lăsând colțul acesteia dinspre picioare să mascheze, ca un cort, zona perineală ( <i>expunerea minimă a acestei zone intime a pacientului reduce sentimentul de jenă pe care acesta l-ar putea resimți, menținând și un confort termic pe durata realizării cateterizării uretro-vezicale</i> )		0 1 3
33.	Ridicarea colțului păturii de baie dinspre picioarele pacientei, răsfrânt, dat peste cap pentru a crea un acces la zona perineală a pacientei. Plasarea unui prosop absorbant sub regiunea fesieră a pacientului și anterior acesteia, între coapse ( <i>se previne astfel compromiterea lenjeriei de pat aflată sub pacient –udată, murdărită în cursul manevrei</i> )		0 1 3
34.	Desfacerea pachetului steril ce conține punga de colectare a urinei, ancorarea sa de cârligul special proiectat pentru aceasta al patului de spital și plasarea la îndemână a capătului tubului de conectare cu sonda Foley		0 1 9
35.	Desfacerea pachetului steril ce conține kitul de cateterism uretro-vezical, ce se plasează la îndemână – fără a desteriliza conținutul		0 1 3
36.	Aplicarea soluției antiseptice (frecvent soluții iodate de tip betadină) la nivelul a cinci comprese sterile cu care se va efectua decontaminarea regiunii perimeat urinar. După golirea lor, aruncarea la coșul de deșeuri neinfecțioase a plicurilor ce conțineau soluția antiseptică anterior utilizată.		0 1 6
37.	Dezbrăcarea mănușilor anterior utilizate cu aruncarea lor în recipientul de deșeuri infecțioase neînțepătoare. Spălarea mâinilor. Aplicarea unei perechi de mănuși medicale sterile cu păstrarea ambalajului steril al acestora poziționat desfășurat, întins, în zona dintre picioarele pacientului ( <i>pe acesta vor fi plasate ulterior compresele sterile cu soluție antiseptică utilizate în decontaminarea zonei meatului urinar</i> ).		0 1 6
38.	Extragerea sondei Foley din ambalajul său și injectarea ( <i>utilizând o seringă sterilă, de volum corespunzător, conectată prin împingerea vârfului acesteia la nivelul valvei sondei Foley pentru a depăși supapa existentă la acest nivel</i> ) unui volum de apă distilată sterilă conform specificațiilor, pentru a destinde balonul și a-i verifica integritatea și funcționalitatea. ( <i>detectarea de disfuncționalități la nivelul acesteia necesită înlocuirea sondei înainte de realizarea efectivă a cateterismului</i> ). Golirea completă a balonului sondei Foley, deconectarea seringii ce va conține astfel volumul de apă distilată sterilă necesară umflării balonului sondei și plasarea acesteia în caserola sterilă din kitul de cateterism uretro-vezical. Aplicarea aseptică de lubrifianț la nivelul capătului sondei ce include balonul, pe o distanță de 2,5 – 5 cm. Conectarea sterilă a sondei la puna de colectare a urinei.		0 1 9
39.	Cu mâna nedominantă, se expune zona meatului urinar - depărtarea labiilor mari una de cealaltă prin degetele III și IV (! care astfel se desterilizează !), având palma orientată în sus. <i>Atenție la menținerea labiilor mari depărtate, pe toată durata manevrei acestea nu trebuie să reajungă în contact cu meatul urinar. Utilizarea unor degete anumite în cursul acestei manevre permite păstrarea posibilității de realizare a unei prize - între degetele I și II - pentru susținerea tubulaturii</i>		0 1 9

	corespunzătoare valvei balonului pentru conectare cu seringă cu apă distilată sterilă, la finele procedurii		
40.	Cu pensa sterilă din kitul de cateterism uretro-vezical, folosind mâna dominantă, se manipulează câte o compresă cu soluție antiseptică, cu fiecare decontaminându-se prin ștergere apăsată, cu o mișcare într-o singură direcție, în ordine: interiorul unei labii mari în direcție antero-posterioară (din față în spate); interiorul celeilalte labii mari, în direcție antero-posterioară; labia mică, în direcție antero-posterioară; cealaltă labie mică, în direcție antero-posterioară; direct meatul urinar, în direcție antero-posterioară, folosind succesiv câte cinci comprese cu antiseptic ( <i>cateterismul uretro-vezical este manevra medicală ce generează cel mai frecvent infecții nosocomiale – infecții dobândite în mediu medical; de aceea regulile de antisepsie trebuie strict respectate în această manoperă</i> ). După utilizare, aruncarea compreselor la coșul de deșeuri infecțioase și apoi și a pensei. Cu această ocazie se identifică anatomic structurile ariei perineale și se precizează poziția meatului urinar (uneori dificilă la pacienta de sex feminin).		0 1 9
41.	Injectarea de 10 – 15 ml gel lubrifiant la nivelul meatului urinar ( <i>în loc de gel lubrifiant se poate utiliza gel de Xilină ce reduce suplimentar disconfortul asociat pasajului sondei la nivelul căilor urinare și printr-un efect anestezic local al xilinei asociat celui lubrifiant; necesită însă o perioadă suplimentară de așteptare de 5 minute pentru ca anestezicul să intre în acțiune</i> ) După utilizare, aruncarea seringii de gel lubrifiant în coșul de deșeuri infecțioase.		0 1 9
42.	Prinderea în palma mâinii dominante a capătului sondei Foley reprezentat de tubulaturile de conectare, sonda făcând o buclă (pentru a-i controla lungimea) iar capătul de introdus la nivelul meatului urinar apucat la 5 – 7,5 cm de vârf, poziționat ca un stilou între degetele I cu II și III		0 1 9
43.	Cu mâna nedominantă se fixează zona de cateterizat menținând depărtate labiile mari ( <i>prin această manevră traiectul uretrei devine rectiliniu, se îndreaptă facilitând pasajul sondei la nivelul acestuia</i> )		0 1 3
44.	Introducerea sondei Foley la nivelul meatului urinar fără a atinge structuri învecinate ( <i>în cazul când acest incident se întâmplă, sonda Foley trebuie înlocuită fiind considerată contaminată; în cazul inserției sale accidentale în vagin, sonda se menține acolo pe durata efectuării cateterismului uretro-vezical servind ca reper pentru introducerea subsecventă corectă, prin meatul urinar, a unei noi sonde, sterile</i> )		ESENȚIAL
45.	<b>Acum, vă rog să respirați adânc, profund, rar de mai multe ori. Așa, trageți aer ..... Și dați-l afară ..</b> ( <i>avansarea sondei în timpul expirului pacientului</i> ).... <b>lent ... pe tot. Așa, din nou acum</b>		0 1 6
46.	Avansarea sondei la nivelul ureterului în intervalul de timp oferit de expirul pacientului.		0 1 3
47.	Perceperea unei senzații de rezistență în avansarea sondei Foley, în momentul pasajului la nivelul sfîcterului uretral. Menținerea constantă a presiunii de avansare a sondei, fără a forța ( <i>se așteaptă astfel relaxarea sfîcterului uretral ce va permite avansarea sondei sau eventual se poate învărti ușor sonda când într-o parte când în alta, pentru a avansa</i> ).		0 1 6
48.	Derularea buclei sondei pe măsura avansării sale la nivel uretral, cu observarea momentului de debut a scurgerii urinei.		0 1 3
49.	Plasarea, imediat subsecvent acestui moment, a capătului sondei în interiorul caserolei sterile din kitul de cateterism uretro-vezical, cu acumularea completă		0 1 3



	a urinei de la nivelul vezicii urinare în interiorul caserolei		
50.	De la acest nivel de inserție a sondei Foley la nivel ureteral, avansarea cu încă 5 cm a acesteia sau chiar avansarea întregii lungimi a sondei până la ramificația de tubulatură de conectare cu punga urinară.		0 1 9
51.	Aducerea tubulaturii ce deservește balonul sondei Foley, cu mâna dominantă la nivelul prizei degetelor conservate în acest sens, ale mâinii nedominante. Menținerea în tot acest timp a labiilor mari depărtate (prin poziționările anterior menționate, ale acestora)		0 1 3
52.	Cu mâna dominantă, eliberată acum de la nivelul sondei, apucarea seringii cu apă distilată sterilă anterior plasată la îndemână și conectarea acesteia la tubulatura corespunzătoare a sondei. Având susținută valva prin degetele mâinii nedominante, împingerea vârfului seringii pentru a depăși supapa corespondentă și injectarea volumului corespunzător de apă distilată, pentru umflarea completă a balonului.		0 1 3
53.	Apariția de durere sau disconfort în cursul manevrei de umplere a balonului impune oprirea injectării, golirea completă a balonului cu avansarea suplimentară a sondei în vezica urinară și apoi reluarea umplerii balonului ghidată de simptomatologie.	ESEȚIAL	
54.	Deconectarea seringii de la sonda Foley și aruncarea seringii la coșul cu deșeuri infecțioase		0 1 3
55.	Eliberarea capătului cu tubulatura corespunzătoare balonului din priza digitală anterioară, cu menținerea încă a zonei meatului urinar fără contact cu structurile învecinate. Cu mâna dominantă, retragerea lină a sondei Foley, înapoi pe traiectul uretral, până se percepe un stop generat de plasarea balonului sondei la nivelul vezical al orificiului uretral.		0 1 3
56.	Retragerea mâinii nondominante de la nivelul structurilor susținute în cursul manevrei și mutarea acesteia la nivelul tubulaturii de scurgere a urinii. Cu mâna dominantă se conectează tubulatura pungii de colectare urinară cu sonda Foley ( <i>etapă operată astfel prin utilizarea ambelor mâini</i> )		0 1 3
57.	Securizarea tubulaturii prin fixarea ei la nivelul coapsei pacientului (interiorul coapsei) astfel încât tubulatura să fie întinsă ( <i>pentru a nu permite avansarea balonului în interiorul vezicii urinare cu eliberarea orificiului ureteral și permiterea scurgerii de urină pe lângă sondă, de-a lungul uretrei; pe lângă neplăcerile legate de problemele de igienă cauzate, se transformă astfel un circuit închis, controlat, steril, într-unul deschis supus major riscului contaminării</i> ) dar nu în tensiune ci moale, pentru a permite pacientei posibilitatea efectuării mișcărilor uzuale.		0 1 3
58.	<b>E posibil să aveți senzația că trebuie să urinați, că vă ustură. E până vă obișnuiți cu prezența sondei. Ar trebui să dispară în următoarele câteva minute.</b>		0 1 3
59.	Ștergerea regiunii perineale cu comprese cu soluții alcoolice ( <i>pentru a îndepărta betadina utilizată anterior pentru decontaminare, ce poate genera manifestări iritative locale în caz de contact prelungit cu tegumentul / mucoasele</i> )		0 1 6
60.	Se măsoară volumul de urină eliminată și se evaluează aspectul acesteia.		0 1 3
61.	Reglarea tubulaturii astfel încât să nu existe cudări ale acesteia iar nivelul superior al pungii de colectare să se găsească permanent mai decliv, mai jos față de oricare din segmentele tubulaturii		0 1 3
62.	Aruncarea resturilor de materiale rămase de la procedură în coșul cu deșeuri		0



	infecțioase.			1 3
63.	Dezbrăcarea mănușilor sterile cu aruncarea acestora în coșul cu deșeuri infecțioase. Spălarea mâinilor cu apă și săpun.			0 1 3
64.	<b>Puteți să vă întindeți picioarele acum, să vă relaxați. Am terminat manevra. Felicitări.</b>			0 1 3
65.	Reacoperirea pacientului cu lenjeria anterioară, pe sub pătura de baie. / Strângerea acesteia, cu plasarea într-un sac de deșeuri infecțioase.			0 1 3
66.	Decontaminarea cu un tampon cu alcool sanitar a suprafețelor de mobilier cu care s-a interacționat în cursul determinării. Spălarea mâinilor.			0 1 3
67.	<b>Punga de urină o să vă fie golită la intervale de cel mult 8 ore sau oricât de des este nevoie pentru a nu se umple mai mult de jumătate.</b>			0 1 3
68.	<b>Cel puțin zilnic, local genital trebuie spălat cu apă și săpun, pentru a nu se forma cruste sau să apară infecții.</b>			0 1 3
69.	<b>Sub nici un motiv să nu trageți de tubul urinar. Dacă vă deranjează ceva la sistemul de drenaj urinar anunțați-ne pe noi și vom corecta toate problemele.</b>			0 1 3
70.	<b>Să fiți atent ca tubulatura urinară să nu se cudeze - îndoiaie, să nu se torsioneze sau penseze, pentru a nu bloca scurgerea urinei.</b>			0 1 3
71.	<b>De asemenea, puna de colectare trebuie avut grijă să rămână întotdeauna plasată sub nivelul vezicii.</b>			0 1 3
72.	<b>Cât timp purtați sonda viața dumneavoastră sexuală se va modifica. Puteți fi consiliat asupra acestor aspecte, dacă veți considera util.</b>			0 1 3
73.	<b>Este bine, cât timp aveți sonda urinară să faceți duș și nu baie (imersia în apa din cadă o perioadă de timp, pe care baia o presupune, favorizează apariția infecțiilor urinare)</b>			0 1 3
74.	<b>Să urmăriți să nu apară infecție. Dacă o să vă usture, să aveți dureri de burtă, jos, senzație că trebuie să urinați des sau chiar somnolență, o oboseală inexplicabilă sau dacă urina devine tulbure, s-ar putea ca urina să se fi infectat. (pentru a reduce din acest risc se poate recomanda o dietă ce acidifică urina – ex. suc de afine). Aveți atunci nevoie de asistență medicală.</b>			0 1 3
75.	<b>Pentru a urina un volum corect de urină vă recomandăm ca zilnic să beți cel puțin 2 litri de lichid (optim peste 3 litri - indicație care se comunică pacientului doar dacă și patologia asociată permite ingestia acestor volume de lichid)</b>			0 1 3
76.	Înscrierea în documentele medicale ale pacientului a efectuării manevrei, eventualele accidente, complicații survenite, a volumului, caracterului (culoare, limpezime etc.) urinei evacuate; data, ora.	ESEȚIAL		
77.	Asigurarea pacientului (pat coborât la nivelul inferior de înălțime, ridicarea limitatoarelor laterale), poziționarea la îndemână a obiectelor personale (ex. telefon mobil, carte, rebus etc.), a paharului de apă și a telecomenzii de apelare a sistemului medical. Oferirea de relații asupra programului medical ulterior și asupra intervalului la care se va reveni la pacient.			0 1 3
Punctaj total: 300		<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	%
		<input type="radio"/>	criteriu parțial îndeplinit	%
		<input type="radio"/>	criteriu total îndeplinit	%

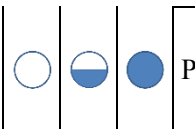
## EFFECTUAREA PARACENTEZEI

### Procedură medicală



## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Crearea unei comunicări directe cu cavitatea abdominală printr-un abord (puncționare) transcutanată.



			P
1.	<p>Evaluarea rapidă a prezenței funcțiilor vitale (<i>prezența stării de conștiență, mișcări, vorbire, respirații</i>): <i>funcții vitale păstrate</i> <input type="checkbox"/>; <i>stop cardiorespirator</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Pregatirea materialelor necesare – trusa pentru recoltare</p> <p><b>Buna ziua. Numele meu este ..... Sunt medicul/asistentul medical ce vă va examina astăzi.</b></p>		0 2 5
2.	<p><b>Îmi puteți confirma, vă rog, numele dumneavoastră .....</b> (sau verificarea brațării de identificare, dacă aceasta este disponibilă) <b>si data nașterii ..... Multumesc.</b></p> <p>(<i>pentru a preveni efectuarea procedurii la un alt pacient decât cel indicat, la același moment de timp putând exista mai mulți pacienți cu același nume. A adresa întrebarea de tipul "Sunteți domnul Popescu ?" expune la riscul unui răspuns reflex, automat de confirmare: "Da", eronat din partea unui pacient a cărui atenție este distrasă de boala sa sau din alte varii motive</i>)</p>	ESENȚIAL	
3.	<p>Asigurarea unui mediu privat pentru examinare (<i>salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.</i>)</p> <p><b>Sunteți de acord cu recoltarea de produse biologice, sânge de exemplu?</b> (<i>evaluarea convingerilor personale privitor la recoltarea produselor biologice</i>).</p>	ESENȚIAL	
4.	<p>Dacă sunt prezenți, însoțitorii pacientului sunt rugați să nu asiste la paracentză și să părăsească încăperea.</p>		0 1 3
5.	<p>Poziționarea confortabilă a pacientului (<i>șezând în fotoliu sau culcat în pat</i>)</p> <p><b>Vă vom efectua o paracentză, un procedeu medical care ne permite să abordăm zona din abdomenul dumneavoastră unde, din cauza bolii dumneavoastră, aveți acum acumulată o cantitate mare de lichid.</b></p> <p><b>Vi s-a mai efectuat paracentză cu o altă ocazie?</b> (<i>ce îi facem</i>)</p>		0 1 3
6.	<p>Aceasta implică o înțepătură, la nivelul zonei laterale a abdomenului dumneavoastră, pe partea stângă, cât să trecem de piele și să ajungem în spațiul din interior unde acum, din cauza bolii, aveți acumulat lichid.</p> <p>Pentru a putea realiza puncționarea mai ușor și mai în siguranță o să vă rugăm să stați întins în pat pe partea stângă a dumneavoastră, pentru a aduce lichidul înspre locul de puncție.</p> <p>Este foarte important ca poziția să fie una comodă deoarece în timpul procedurii va trebui să stați nemișcat.</p> <p>Orice mișcare poate duce la înțeparea altor structuri decât cele avute în intenție.</p> <p>De aceea insistăm să încercați să nu vă mișcați, să nu vorbiți fără a ne preveni înainte prin ridicarea unei mâini.</p> <p>Pe cât posibil chiar să vă abțineți să tușiți.</p>		0 1 3

	Întreaga procedura poate dura și câteva zeci de minute. Veți simți durerea de la înțepătură dar aceasta va dispărea rapid și apoi nu ar trebui să mai fie vreun disconfort major cu excepția poate a celui cauzat de poziția nemișcată. <i>(în ce constă manevra)</i>			
7.	Este foarte important ca dumneavoastră să fiți relaxat/ă, calm/ă, în timpul manevrei, să eliberați de haine abdomenul și să vă poziționați așa cum v-am explicat anterior. Foarte important, să nu faceți mișcări bruște cât timp acul este în preajma dumneavoastră. <i>(cum poate să contribuie la realizarea determinării)</i>			0 1 3
8.	Lichidul recoltat, analizat la laborator, ne va oferi multe informații asupra stării dumneavoastră medicale și în funcție de ele decidem și medicamentele pe care putem sau nu să vi le prescriem. <i>(la ce îi folosește examinarea pe care urmează să o efectuăm)</i>			0 1 3
9.	<b>Am reușit să vă explic bine manevra?</b> <b>A-ți dori poate dumneavoastră să mă întrebați ceva referitor la manevra ce urmează să o efectuăm.</b>	ESEȚIAL		
10.	Evaluarea foii medicale a pacientului d.p.d.v. al diagnosticelor asociate (ex. coagulopatii etc.), parametrilor paraclinici (ex. trombocite < 150000, INR > 1,5 etc.) și a medicației concomitente (ex. Sintrom, Trombostop, Aspirină, Plavix etc.) – pentru evaluarea riscului de sângerare prelungită			0 1 9
11.	<b>Vă știți alergic la ceva? La produse din cauciuc, la iod, la adezivul din leucoplast?</b> <i>(evaluarea posibilei alergii la materialele uzual utilizate în cursul recoltării)</i>			0 1 9
12.	Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, pulsoximetrie, termometrizare TA: ...../..... mmHg; SaO2 ..... %; T ..... °C Spălarea mâinilor. Aplicarea mănușilor medicale curate, ca parte a precauțiilor standard. Decontaminarea cu un tampon cu alcool sanitar a suprafețelor de mobilier cu care se interacționează în cursul manevrei.			0 1 3
13.	Dezbrăcarea mănușilor anterior utilizate cu aruncarea lor în recipientul de deșeuri infecțioase neînțepătoare. Spălarea mâinilor. Aplicarea unei noi perechi de mănuși medicale curate, ca parte a precauțiilor standard.			0 1 3
14.	Revederea prescripțiilor de recoltare, eventual a celor de administrare subsecventă a unei medicații intraperitoneale (în interiorul abdomenului).			0 1 3
15.	<b>Vă rog să vă dați jos din haine, astfel încât abdomenul să fie complet dezbrăcat.</b> Ridicarea patului la nivelul taliei celui ce efectuează manevra. Plasarea celui ce realizează manevra în partea stângă a patului. Coborârea limitatoarei laterale corespunzătoare.			0 1 3
16.	Inspecția tegumentului abdomenului din punct de vedere al prezenței locale de leziuni cutanate infecțioase <i>(ce contraindică efectuarea puncției prin riscul de a disemina intraperitoneal agentul infecțios existent la nivelul leziunilor tegumentare).</i>			0 1 9
17.	Evaluarea foii medicale a pacientului d.p.d.v. al diagnosticului afecțiunii			0

	ce a cauzat revărsatul lichidian peritoneal ( <i>localizare, tip, caracter ecografic ș.a.</i> )		1 9
	Plasarea unui material protector pentru lenjeria de pat (aleză absorbantă sau măcar a unui material impermeabil plasat sub nivelul zonei abdominale și a șoldului pacientului). <b>Vă rog să vă așezați pe partea stângă, după cum v-am explicat.</b>		
18.	Identificarea poziționării spinei iliace anterosuperioare și a ombilicului		0 1 9
19.	Identificarea punctului de unire a 1/3 externe cu 2/3 interne a liniei ce unește cele două repere, ce va reprezenta locul de efectuare a paracentezei ( <i>această poziționare este optimă efectuării paracentezei deoarece : pe partea stângă colonul este poziționat cel mai posterior, ansele intestinale prin caracterul alunecos al seroasei peritoneale ce le învelește "fug" din calea acului de puncție iar prin decubitul lateral deplasăm lichidul abdominal înspre zona de puncționat</i> )	ESENȚIAL	
20.	Marcarea locului de puncție printr-un X realizat cu vârful unghiei		0 1 9
21.	Percuția abdomenului pentru confirmarea prezenței lichidului la nivelul locului ales pentru paracenteză ( <i>explorarea ecografică abdominală se asociază sau chiar poate înlocui acest proces de examinare clinică obiectivă, pentru determinarea locului de puncție din paracenteză</i> ) și precizarea definitivă a punctului de abord		0 1 6
22.	Ștergerea cu un tampon cu soluție iodată a unei zone de 5 cm <sup>2</sup> , prin mișcări în spirală, apăsate, pornind din locul identificat de paracenteză, ( <i>pentru a realiza decontaminarea chimică – soluția alcoolică iodată și mecanică - ștergerea prin mișcări apăsate în sens helicoidal a tegumentului</i> ). Aruncarea la coșul de deșeuri infecțioase a tamponului utilizat. Repetarea manevrei de decontaminare utilizând un nou tampon cu soluție iodată. Aruncarea la coșul de deșeuri infecțioase a tamponului recent utilizat.		0 1 9
23.	Repetarea manevrei de decontaminare utilizând un al treilea tampon cu soluție iodată. Aruncarea la coșul de deșeuri infecțioase a tamponului recent utilizat.	ESENȚIAL	
24.	Spălarea mâinilor și îmbrăcarea mănușilor de unică utilizare, sterile		0 1 6
25.	Conectarea sterilă a seringii la ac. Eventual: <b>Te rog, o seringă de 20</b> ( <i>solicitarea de a fi servit de către un coleg medical prin expunerea - deschiderea și prezentarea - conținutului steril al pachetului cu seringă și ac, ce vor fi astfel atinse direct doar de cel ce efectuează procedura, prin intermediul mănușilor sterile, menținând astfel la minim riscul infecțios al procedurii</i> )		0 1 3
26.	Decaparea acului. Poziționarea complexului ac - seringă: cu bizoul acului orientat în sus, perpendicular pe tegument		0 1 6
27.	<b>Vom începe paracenteza și veți simți o mică înțepătură. Vă rog să stați nemișcat</b>		0 1 6
28.	Împingerea fermă și controlată a complexului seringă – ac, cu puncționarea tegumentului și avansarea subcutanată a acului 5-7 mm în profunzime	ESENȚIAL	
29.	Poziționarea ambelor mâini la nivelul complexului seringă – ac și respectiv piston pentru permite continuarea avansării într-o direcție		0 1 9



	perpendiculară, spre spațiul peritoneal, concomitent cu realizarea unei presiuni negative la nivelul seringii, prin acțiune la nivelul pistonului acesteia <i>(avansarea în condițiile unei presiuni negative, permite cunoașterea exactă a momentului accederii în spațiul peritoneal, prin sesizarea apariției lichidului la nivelul seringii – tehnica permițând un bun control din punct de vedere al riscului de puncționare accidentală a structurilor abdominale – în condițiile menținerii constante a lungimii în care acul a fost introdus precum și a poziționării perpendiculare a acestuia pe planul tegumentar)</i>			
30.	<b>Foarte bine. Acum o să scoatem din lichidul ce vă împiedica să respirați bine. Să mai rezistați, vă rugăm, în această poziție. Să nu vă mișcați.,</b>			0 1 3
31.	Aspirarea cantității de lichid avută în intenție <i>(în general pentru o evaluare inițială se urmărește distincția între transudat și exsudat prin explorări de biochimie – proteine, LDH, colesterol, – la care se asociază glucoza, amilaza ș.a. precum și cele de citologie și microbiologie).</i> Se va controla în permanență menținerea constantă a lungimii în care acul a fost introdus precum și a poziționării perpendiculare a acestuia pe planul tegumentar			0 1 3
32.	Eventual conectarea acului de puncție la un sistem de aspirare (pentru colectarea într-un recipient gradat), cu extragerea mai facilă a cantității de lichid avută în intenție <i>(extragerea a până la 5 litri de lichid peritoneal nu antrenează, în general, consecințe fiziopatologice negative - dezechilibre electrolitice, coloidale ș.a.)</i>			0 1 3
33.	<b>Foarte bine. Aproape am terminat. Să nu vă mișcați încă un pic vă rugăm.</b>			0 1 3
34.	Plasarea unui tampon cu soluție iodată la nivelul locului de puncție și retragerea controlată a complexului ac – robinet – seringă pe o direcție perpendiculară cu planul tegumentar, cu realizarea unei compresii ferme, prin intermediul tamponului iodat, a orificiului de puncție, imediat după scoaterea acului.			0 1 9
35.	<b>Gata. Am terminat. Bravo. Ați rezistat foarte bine.</b>			0 1 3
36.	Aruncarea acului la coșul de deșuri înțepătoare/tăietoare iar a seringii la coșul de deșuri infecțioase			0 1 6
37.	<b>Acum întoarceți-vă, vă rog pe partea dreaptă</b> <i>(poziționarea pacientului în decubit lateral drept va reduce presiunea lichidului asupra traiectului de puncție abdominală favorizând închiderea acestuia fără complicații)</i>			0 1 9
38.	Ștergerea tegumentului abdominal de soluția iodată utilizată folosind tampoane cu alcool sanitar <i>(persistența soluției iodate la nivel tegumentar, în afară de aspectul inestetic pe care îl asociază expune și la riscul apariției de fenomene iritative locale)</i>			0 1 9
39.	Aplicarea unui tampon cu alcool sanitar la nivelul tegumentar al puncției, înlocuindu-l pe cel cu soluție iodată, ce va fi aruncat la coșul de deșuri infecțioase. Fixarea acesuia prin benzi de leucoplast.			0 1 6
40.	<b>Trimitem acum probele la laborator și apoi vom ști mult mai multe despre boala dumneavoastră și despre ce trebuie să facem în continuare</b>			0 1 6
41.	Înscrierea în documentele medicale ale pacientului a efectuării manevrei,	<b>ESENȚIAL</b>		

	eventualele accidente, complicații survenite, a volumului, caracterului (culoare, limpezime etc.) lichidului evacuat; data, ora.	
42.	<p><b>Mulțumesc. Am terminat procedura. Puteți să vă reâmbrăcați.</b> Eventual asigurarea pacientului (<i>pat coborât la nivelul inferior de înălțime, ridicarea limitatoarelor laterale</i>), poziționarea la îndemână a obiectelor personale (<i>ex. telefon mobil, carte, rebus etc.</i>), a paharului de apă și a telecomenzii de apelare a sistemului medical.</p> <p><b>Urmează să mai facem ..... (ex. electrocardiogramă) peste aproximativ ..... minute. (se oferă relații asupra programului medical următor și asupra intervalului la care se va reveni la pacient).</b></p>	0 1 9
<b>Punctaj total: 200</b>		
	<input type="radio"/> criteriu neîndeplinit	%
	<input type="radio"/> criteriu parțial îndeplinit	%
	<input type="radio"/> criteriu total îndeplinit	%

### Bibliografie selectivă:

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## PERFUZIA SUBCUTANATĂ CU SERINGA AUTOMATĂ

### Procedură medicală



PERFUZIA SUBCUTANATĂ CU SERINGA AUTOMATĂ

## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Cea mai mare parte a pacienților aflați în îngrijire paliativă ajung, la un anumit moment al evoluției bolii, să nu mai poată primi Medicația per os. Ei vor putea primi medicamentele necesare pe cale parenterală (intramuscular, intravenos sau subcutanat) sau pe cale intrarectală.

Medicamentele sunt frecvent administrate în țesutul subcutanat, fie prin injecție, fie prin perfuzie continuă.

Perfuzia continuă permite administrarea opioidelor, antiemeticele, anxioliticelor, corticosteroizilor și anticolinergicelor. Toate aceste medicamente sunt utilizate pentru controlul simptomelor pacienților cu afecțiuni evolutive amenințătoare de viață. Medicamentele pot fi amestecate în aceeași seringă și administrate concomitent. Medicația este absorbită lent prin țesutul adipos iar nivelurile plasmatiche ale medicamentelor sunt constante, oferind un mai bun control al simptomelor.

Perfuzia subcutanată este o procedură mai puțin dureroasă decât injectarea intramusculară; poate fi aplicată fără dificultate la domiciliul pacientului și poate fi monitorizată și de un membru al familiei instruit de către echipa de paliatie. Astfel, procedura este mai ușor acceptată de către pacient și familie.

<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	----------------------------------	-----------------------	---

1.	<p>Apreciați dacă pacientul este conștient sau nu ( <i>Prezența conștiinței, a mișcărilor, a vorbirii, a respirației</i>) <input type="checkbox"/> <i>funcții vitale conservate;</i> <input type="checkbox"/> <i>stop cardiopulmonar</i></p>	0 1 3
2.	<p><b>Puteți să îmi spuneți numele dvs., vă rog..... ( sau, verificați brățara de identificare a pacientului, dacă este disponibilă ) și data nașterii.....Mulțumesc.</b> (Acest lucru se face pentru a evita efectuarea procedurii pe pacient greșit deoarece pot exista mai mulți pacienți cu același nume. De asemenea, nu întrebați, de ex. - Sunteți d-le Smith? Pentru a evita primirea confirmării false de la pacienții distrași de simptomele lor sau din alte motive).</p> <p>Verificați de două ori în dosarul pacientului: Numele <input type="checkbox"/> Data nașterii: <input type="checkbox"/></p>	ESENȚIAL
3.	<p>Asigurați un mediu izolat pentru procedură. Anunțați pacientul (sau familia) ce anume trebuie să faceți: <b>Vom monta o perfuzie subcutanată automată.</b></p>	0 1 3
4.	<p>În ce constă procedura? <b>Trebuie să montăm un fluturaș subcutanat care va rămâne pe loc o perioadă mai lungă de timp (până la 14 zile). Fluturașul va fi conectat la această seringă automată; astfel Medicația vă va fi administrată automat, continuu, pe durata a 24 ore .</b></p>	0 1 3
5.	<p>Cum puteți contribui la realizarea manevrei? <b>Montarea fluturașului nu durează mult. Stați liniștit, relaxat, calm. Veți simți o mică înțepătură. Va trebui să aveți grijă cum vă mișcați pentru ca fluturașul să poată fi menținut o perioadă mai lungă de timp.</b></p>	0 1 3
6.	<p>Care este utilitatea manevrei? <b>Cu ajutorul acestei procedure medicamentele care vă ajuta vă vor putea fi introduse în corp în ritm constant într-o manieră confortabilă. S-ar putea să vă amelioreze simptomele pentru o perioadă mai lungă de timp și nu să le facă să dispară complet. Dacă durerile sau alte simptome ( greață , dispnee ) persistă, vă</b></p>	ESENȚIAL

	<b>putem administra la nevoie și alte medicamente.</b>		
7.	Adresați-i pacientului (și familiei) întrebările : <b>Ați înțeles în ce constă procedura?</b> <b>Ați vrea să mă mai întrebați ceva?</b> <b>Ați mai făcut așa ceva vreodată?</b>		0 1 3
8.	Verificați dosarul medical al pacientului : a. situații care necesită utilizarea perfuziei subcutanate automate : - grețuri necontrolate , vărsături - disfagie - malabsorbție - intoleranță gastro-intestinală - complianța scăzută la administrarea medicației pe cale orală - nivel redus al conștiinței - slăbiciune severă - pacient în stare terminală - controlul mai multor simptome necesită o combinație de medicamente b. medicamente , doze , ritm de administrare		0 3 6
9.	<b>Ați mai utilizat aceste medicamente până acum? Știți să fiți alergic la vreunul dintre ele? La care?</b> Întrebările vor fi adresate pacientului / familiei.	ESENȚIAL	
10.	Consimțământul pacientului și/sau familiei trebuie consemnat în dosarul medical. <b>Sunteți de acord cu această procedură?</b>	ESENȚIAL	
11.	Pregătirea materialelor : a. pompa automată b. seringă - seringă Luer de 20 ml. c. fluturașul ( 21 sau 25 ) d. fiolele de medicamente e. soluția de clorură de sodiu 0.9 % pentru diluție		0 1 3
12.	Pregătirea seringii: b. verificați medicamentele prescrise : 5. tipul și numele 6. doza 7. data expirării 8. aspectul macroscopic/conformitatea d. compatibilitatea medicamentelor asociate în cazul în care mai multe medicamente trebuie combinate în seringă e. trageți în seringă medicamentul ± adăugați solventul până la volumul prescris	ESENȚIAL	
13.	Etichetarea: a. completați detalii despre medicament/e b. asigurați-vă că eticheta nu deranjează mecanismul pompei c. asigurați-vă că eticheta permite vizualizarea scalei gradate a seringii d. asigurați-vă că eticheta nu deranjează senzorii pompei		0 1 3
14.	Pregătirea pompei : a. inserați bateria b. plasați seringă corect în pompa automată în așa fel încât scala gradată să fie vizibilă		0 3 6



	c. măsurați conținutul seringii pe scala gradată a pompei automate d. setați pe ecranul pompei, volumul corect/ durata/ volumul total al medicației administrate		
15.	Consemnați pe fișa aparatului , înainte de a începe administrarea : a. numele medicamentelor și dozele acestora b. volumul total în ml c. rata în ml/h		0 3 6
16.	Montarea liniei de perfuzie în următorii pași: Inspectați pacientul și alegeți locul potrivit ținând cont de principiile de mai jos: <i>la pacienții casectici se preferă peretele abdominal exceptând aproximativ 3 cm periombilical; la pacienții cu ascită sediul este în partea superioară a peretului toracic anterior , deasupra glandei mamare și la distanță de axilă; la pacienții agitați sediul este partea superioară a spatelui în jurul scapulei; partea superioară a brațului; fața externă a coapsei; țineți cont de necesitatea rotării locurilor de administrare</i> NU vom monta fluturașul în următoarele zone: <i>arii afectate de limfedem (risc de infecție sau absorbție slabă); proeminente osoase (tesutul celular subcutanat diminuat antrenează slaba absorbție a medicamentului); zone juxtaarticulare (mișcările pot deplasa fluturașul și cauza disconfort ); infecții tegumentare; eritem local , ulceratii , plăgi; tegumente iradiate (radioterapia determină scleroza vaselor mici de sange și reduce perfuzia pielii); tumori; pliuri cutanate</i>		0 3 6
17.	Spălați-vă mainile. Puneți-vă manusile sterile.	ESEȚIAL	
18.	Dezinfectați tegumentele cu betadină, clorhexidină sau alcool și așteptați ca acestea să se usuce .		0 1 3
19.	Conectați fluturele la seringă și introduceți soluția pentru a îndepărta aerul din canula fluture.		0 1 3
20.	Se prinde tegumentul ferm cu mâna pentru a ridica tesutul celular subcutanat. Se inseră acul cu vârful imediat sub epiderm . Unghiul de inserție va fi de aproximativ 30 de grade (la o persoană cu panicul adipos slab reprezentat) până la 45 de grade (dacă stratul celular subcutanat este mai consistent). Inserția mai profundă a acului va permite menținerea locului de administrare o perioadă mai lungă de timp .		0 1 3
21.	Pliul cutanat se lasă.		0 1 3
22.	Tubul de plastic al fluturașului va trebui să formeze o buclă pentru a preveni deconectarea accidentală la mișcările pacientului.		0 1 3
23.	Se acoperă fluturașul cu un pansament transparent care permite inspectarea zonei la fiecare 4 ore.		01 3
24.	Conectați pompa la linia de perfuzie. <i>ATENȚIE : NU se conectează seringă la pacient înaintea instalării ei în pompa automată</i> <i>NU se conectează pompa înainte de a înregistra :</i> - numele medicamentului - doza medicamentului - rata de administrare - volumul total - ora montării perfuziei		0 1 3

25.	Porniți perfuzia apăsând pe butonul ON/OFF. Fiți atent la semnalul acustic și la lumina care trebuie să apară pe ecran.		0 1 3	
26.	Aruncați fiolele goale, tampoanele de vată, manșile (în sacul pentru deșeuri contaminate); fluturașul folosit (dacă este cazul) și acele utilizate sunt colectate în cutia pentru deșeuri înțepătoare.		0 1 3	
27.	Spălați-vă pe mâini cu apă și săpun.		0 1 3	
28.	<b>Țineți fluturele așa cum a fost plasat de noi.</b> (pacientul și familia vor fi sfătuiți să nu scoată fluturașul .).		0 1 3	
29.	<b>Puteți solicita și primi medicamente suplimentare dacă simptomele dvs. nu vor fi controlate corespunzător.</b>		0 1 3	
30.	Securizați pacientul aflat în pat - ajustați patul , ridicați grilajele laterale.		0 2 4	
31.	Verificați condiția pacientului (cel puțin la fiecare 4 ore) prin observarea acestuia, sau dacă este posibil prin inițierea unui dialog: <b>Cum vă simțiți?</b> <b>Stați confortabil?</b> <b>Vă mai doare ceva?</b> <b>Aveți vreo altă problemă?</b> Re-evaluați dacă este necesar. Verificați dacă seringă funcționează corect sau dacă există complicații (înroșire, sânge în canal, etc.) la locul injectării.		0 3 6	
32.	Asigurați-vă că pompa funcționează (lumina pe ecran este aprinsă, se aude zgomotul caracteristic).		0 1 3	
33.	Notati volumul de substanță rămasă în seringă în corelare cu timpul rămas pana la finalizarea procedurii.		0 1 3	
34.	Notati aspectul conținutului seringii (claritate, eventuale modificari ale culorii, depozite).		0 1 3	
35.	Verificați aspectul locului de perfuzie, notând (dacă este cazul) : a. hematom b. durere locala c. tumefacție locala d. eritem local e. pierderi de medicament la locul de inserție f. prezența sângelui în fluturaș g. dislocarea fluturașului Orice complicație trebuie menționată în dosarul medical al pacientului.	ESENȚIAL		
Punctaj total : 100		<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	%
		<input type="radio"/>	criteriu parțial îndeplinit	%
		<input type="radio"/>	criteriu total îndeplinit	%

## Bibliografie:

NHS Trust Oxford Radcliffe Hospital Clinical protocol for the use of syringe drivers in palliative care (adults)

<http://www.palliativedrugs.com/download/SDprotocol.pdf>

Ministry of Health. 2009. *Guidelines for Syringe Driver Management in Palliative Care in New Zealand*.

Wellington: Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>

The State of Queensland, Queensland Health, 2010 *Guidelines for syringe driver management in palliative care*. Second edition 2010 [https://www.health.qld.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0029/155495/guidelines.pdf](https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0029/155495/guidelines.pdf)



## **TRANSFERUL PACIENTULUI DIN DECUBIT DORSAL SUSȚINUT ÎN DECUBIT LATERAL SUSȚINUT**

### **Procedură medicală**



## PROCEDURĂ MEDICALĂ

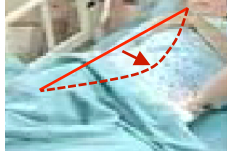
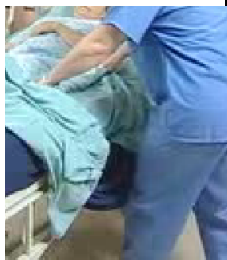
În cazul pacienților imobilizați la pat, alternarea zonelor comprimate între greutatea corpului și planul patului reprezintă una dintre cele mai importante măsuri de evitare a apariției escarelor (răni ale pielii și posibil progresiv și a structurilor subiacente; acestea survin datorită opririi fluxului sanguin și în consecință a aportului de oxigen și nutrienți, prin pensarea vaselor zonale, datorită unei poziționări prelungite în aceeași poziție)


<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Evaluarea rapidă a prezenței funcțiilor vitale ( <i>prezența stării de conștiență, mișcări, vorbire, respirații</i> ) funcții vitale păstrate <input type="checkbox"/> ; stop cardiorespirator <input type="checkbox"/> <b>Bună ziua. Numele meu este ..... Sunt medicul/asistentul medical ce vă va examina astăzi.</b>			0 2 5
2.	<b>Îmi puteți confirma, vă rog, numele dumneavoastră.....</b> <b>Și data nașterii .....</b> <i>Mulumesc (se evită astfel confuzia între pacienți și efectuarea procedurii altui pacient în locul celui cu indicație . Se evită exprimări de tipul „Sunteți Domnul Popescu” ce ar putea genera o confirmare eronată printr-un răspuns automat de „Da” la un pacient puțin conectat la discuția cu personalul medical).</i> <i>Corespondență cu foaia de obs. pentru Nume: <input type="checkbox"/> Data nașterii: <input type="checkbox"/></i>	ESEȚIAL		
3.	<b>Vă voi ajuta să vă schimbați poziția în care stați în pat, să vă întoarceți pe o parte. (ce îi facem)</b>			0 1 3
4.	<b>Este o manevră care presupune ca inițial să îndepărtăm pernele din jurul dumneavoastră, să vă deplasăm ușor cu cearceaful spre o laterală a patului iar apoi să vă repositionăm culcat pe o parte. Apoi vom replasa pernele pentru a vă susține corespunzător noii poziții în pat. Nu tăiem, nu înțepăm nimic (în ce constă manevra)</b>			0 1 3
5.	<b>O să vă rog să urmați instrucțiunile mele pentru ca niciunul dintre noi să nu se rănească în cursul acestei manevre. Dacă simțiți vreun disconfort să ne spuneți imediat ca să putem să facem ceea ce trebuie (cum poate să contribuie la realizarea procedurii)</b>			0 1 3
6.	<b>Statul prelungit în pat vă poate agrava starea medicală. Pot apărea răni la nivelul zonelor corpului dumneavoastră care vă susțin greutatea la nivelul patului. Este important să reușiți această repositionare. (la ce îi folosește procedura pe care urmează să o efectuăm)</b>			0 1 3
7.	<b>Am reușit să vă explic bine manevra? A-ți dori poate dumneavoastră să mă întrebați ceva referitor la manevra ce urmează să o efectuăm.</b>	ESEȚIAL		
8.	<b>Vă știți alergic la ceva? La produse din cauciuc, cumva?</b>			0 1 3
9.	Evaluarea necesarului de resurse umane și/sau de aparatură specifică pentru efectuarea repositionării pacientului: <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultarea fișei medicale a pacientului pentru eventuale: A. diagnostice (<i>hemiplegii – ex. Accident vascular cerebral; afecțiuni ortopedice – ex. fracturi; reumatologice – ex. artroză, artrite etc.</i>).</li> <li>medicații ce diminuează capacitatea motorie a pacientului (<i>sedative – ex. Diazepam; antihistaminice – ex. Romergan; tranchilizante – ex. Xanax etc.</i>)</li> <li>Examinare generală pentru evidențierea eventualei utilizări de către pacient a unor aparate ortopedice (<i>ex. orteze</i>), existenței unor makeri de</li> </ul>			0 1 6



	intervenție chirurgicală recentă <i>efectuăm procedura: singuri <input type="checkbox"/>; cu ajutorul unui coleg <input type="checkbox"/>; mecanizat <input type="checkbox"/></i>		
10.	<b>Aveți acum dureri de piept?</b> DA: se amână re poziționarea NU: se continuă procedura – evaluare clinică, electrocardiografică, enzimatică – <i>conform protocolului local de asistență a sindromului coronarian acut</i>		0 1 6
11.	<b>Probleme de respirație?</b>		0 1 6
12.	<b>Îmi spuneți, vă rog, care este greutatea dumneavoastră? Cam câte kilograme cântăriți?</b> ( <i>pacienții supraponderali necesită mai mult de o persoană pentru asistența ambulației</i> ) <i>efectuăm procedura: singuri <input type="checkbox"/>; cu ajutorul unui coleg <input type="checkbox"/>; mecanizat <input type="checkbox"/></i>		0 1 6
13.	<b>Puteți să vă mișcați cu ușurință brațele, picioarele? Îmi arătați, vă rog. Mulțumesc. Să îndoiiți genunchii, coatele? Îmi arătați, vă rog. Mulțumesc</b> <i>efectuăm manevra: singuri <input type="checkbox"/>; cu ajutorul unui coleg <input type="checkbox"/>; mecanizat <input type="checkbox"/></i>		0 1 6
14.	<b>Câte zile aveți de când stați numai în pat? Vă simțiți slăbit? Fără forță? Puteți să vă schimbați poziția în pat fără ajutor? Sau măcar să vă ridicați, să vă săltați puțin de pe salteaua patului?</b> ( <i>evaluarea anamnezei pacientului în ceea ce privește mobilizările sale anterioare</i> ) <i>pacientul se poate deplasa singur sau are nevoie de ajutor pentru realizarea ambulației</i> <i>efectuăm procedura: singuri <input type="checkbox"/>; cu ajutorul unui coleg <input type="checkbox"/>; mecanizat <input type="checkbox"/></i>		0 1 6
15.	<b>Strângeți-mă, vă rog de degete</b> ( <i>oferind degetele II și III ale mâinilor și apoi retrăgându-le din strânsoarea pumnilor pacientului – pentru a evalua existența unei eventuale asimetrii în forța musculară a pacientului</i> ) <b>Pe care din brațe vă bazați mai bine.... aveți mai multă forță. Și pe care din picioare? Cât de slăbit, lipsit de putere, vă simțiți brațul, piciorul afectat?</b>		0 1 6
16.	Aprecierea disponibilității pacientului de a coopera în cadrul procedurii pentru a evalua necesitatea de a efectua procedura: singuri <input type="checkbox"/> ; cu ajutorul unui coleg <input type="checkbox"/> ; mecanizat <input type="checkbox"/> <b>Vă doare ceva acum?</b> ( <i>cu administrarea eventuală de medicație antalgică</i> )		0 1 9
17.	Identificarea și poziționarea corespunzătoare a eventualelor echipamente medicale la care pacientul este conectat ( <i>ex. tubulatura perfuzoarelor, a cateterului urinar, cablurile de înregistrare electrocardiografică, de monitorizare ecg, pulsoximetrică, temperatură corporeală</i> ).	ESEȚIAL	
18.	Decontaminarea cu un tampon cu alcool sanitar a suprafețelor de mobilier cu care se interacționează în cursul manevrei.		0 1 3
19.	Dezbrăcarea mănușilor anterior utilizate cu aruncarea lor în recipientul de deșeuri infecțioase neîntepătoare. Spălarea mâinilor. Aplicarea unei noi perechi de mănuși medicale curate, ca parte a precauțiilor standard.		0 1 9
20.	Ridicarea patului la nivelul taliei medicului/asistentului medical ce efectuează procedura ( <i>pentru a evita suprasolicitarea mușchilor spatelui medicului/asistentului medical printr-o postură prea aplecată spre pacient</i> ) Coborârea limitatoarei laterale corespondente.		0 1 9
21.	Îndepărtarea pernei dintre tăblia patului și tălpile pacientului ( <i>anterior plasate pentru a preveni anchiloză articulației piciorului prin flexia plantară prelungită a acestuia</i> )		0 1 3

	<p>VI. Tăblie de pat deplasabilă plasată între tăblia patului și tălpile pacientului pentru a obține flexia dorsală</p> <p>I. Pernă plasată sub ceafă și umen. de grosime potrivită pentru a realiza alinierea gâtului pacientului și a preveni hiperextensia acestuia.</p> <p>II. Pernă plasată sub curbura lombară pentru a preveni flexia posterioară a coloanei vertebrale, la acest nivel.</p> <p>III. Pătură rulantă, plasată în dreptul șoldului pentru o bună fixare a și preveniri rotației externe a membrului inferior.</p> <p>IV. Plasarea unei perne sub coapsă pentru a obține o ușoară flexie</p> <p>V. Pernă plasată sub gambe presiunea la nivelul călcâielor</p>			
22.	Îndepărtarea pernei de sub gambe (anterior plasate pentru a preveni presiunea la nivelul călcâielor)			0 1 3
23.	Îndepărtarea ruloului din dreptul fiecărui șold (anterior plasate în scopul prevenirii rotației externe a membrului inferior)			0 1 3
24.	Îndepărtarea pernei de sub coapse (anterior plasate pentru a preveni anchiloza articulației genunchiului prin hiperextensia prelungită a acesteia)			0 1 3
25.	Îndepărtarea pernei sau a ruloului de sub curbura lombară (anterior plasată pentru a preveni flexia posterioară a coloanei vertebrale).			0 1 3
26.	Îndepărtarea pernei de sub cap și ceafă (anterior plasată pentru a realiza alinierea gâtului pacientului și a preveni hiperextensia acestuia, în special la pacienții cu torace globulos)			0 1 3
27.	<p>Deplasarea laterală în pat a 1/3 medii a corpului pacientului cu ajutorul traversei existente între acesta și cearceaful patului</p> <p>(poziționarea picioarelor medicului/asistentului medical: unul aproape de laterala patului cu vârful degetelor orientate spre pacient, genunchiul flectat, talpa celuilalt picior orientată perpendicular pe talpa piciorului apropiat de pat, aceasta fiind situată la distanță de pat, genunchi în extensie; prin priză cu ambele mâini la nivelul capătului traversei dinspre medic/asistentul medical, capăt pliat de 2-3 ori pentru a-i crește rezistența; exercitarea, asupra traversei, a unei forțe de tragere în direcția medicului/asistentului medical prin transferul greutatei corpului de pe piciorul dinspre pat spre cel mai depărtat de pat: prin extensia genunchiului dispre pat concomitent cu flexia celuilalt)</p>	 		0 1 9
28.	Ridicarea limitatoarei laterale corespondente.			0 1 3
29.	Repoziționarea medicului/asistentului medical pe partea opusă a patului, la nivelul celeilalte laterale			0 1 3
30.	Coborârea limitatoarei laterale corespondente.			0 1 3
31.	Exercitarea unei prize cu câte o mână, la nivelul umărului și respectiv a șoldului controlaterale ale pacientului (ce corespund celor două centuri scapulohumerală respectiv coxofemurală permitând o susținere mai eficientă a			0 1 9

	pacientului)		
32.	<p>Rotarea corpului pacientului printr-o miscare de tracțiune înspre medic/asistentul medical exercitată la nivelul celor două prize</p> <p><i>(poziționarea picioarelor medicului/asistentului medical: unul aproape de laterala patului cu vârful degetelor orientate spre pacient, genunchiul flectat, talpa celuiilalt picior orientată perpendicular pe talpa piciorului apropiat de pat, aceasta fiind situată la distanță de pat, genunchi în extensie;</i></p> <p><i>prin priză cu câte o mână la nivelul pacientului -umăr respectiv șold controlaterale;</i></p> <p><i>exercitarea unei forțe de tragere în direcția medicului/asistentului medical prin transferul greutății corpului de pe piciorul dinspre pat spre cel mai depărtat de pat: prin extensia genunchiului dispre pat concomitent cu flexia celuiilalt – cu rotirea pacientului „pe o parte” cu fața spre medicul/asistentul medical ce efectuează procedura)</i></p>		ESENȚIAL
33.	Stabilizarea acestei poziții prin plasarea unei perne la nivelul spatelui pacientului		0 1 9
34.	Ridicarea limitatoarei laterale		0 1 3
35.	Repoziționarea medicului/asistentului medical pe partea opusă a patului, la nivelul spatelui pacientului. Coborârea limitatoarei laterale corespondente. Fixarea festă a pernei între spațiul dintre pat și spatele pacientului		0 1 3
36.	Ridicarea limitatoarei laterale		0 1 3
37.	Repoziționarea medicului/asistentului medical pe partea opusă a patului, la nivelul feței pacientului. Coborârea limitatoarei laterale corespondente.		0 1 3
38.	Plasarea unei perne sub cap, de grosime potrivită pentru a realiza alinierea gâtului pacientului, a preveni flexia laterală a acestuia și suprasolicitarea mușchilor gâtului ( <i>sterocleidomastoidieni</i> )		0 1 9
39.	Plasarea brațului de la nivelul saltelei relaxat, flectat din cot, plasat confortabil.		0 1 9
40.	Plasarea unei perne sub celălalt antebraț pentru a-l alinia cu corpul. ( <i>este astfel facilitată o cât mai bună amplitudine a mișcărilor respiratorii evitându-se rotația internă și adducția umărului, ce ar putea cauza limitări funcționale ulterioare la nivelul acestuia</i> ).		0 1 9
41.	Plasarea unei perne între membrele inferioare ale pacientului, ușor flectate, verificând alinierea corectă a șoldurilor și a umerilor, pentru a preveni trosiunea coloanei vertebrale ( <i>secundară rotației interne și adducției coapselor</i> ).		0 1 9

	 <p>Pemă plasată sub ceafă și umeri, de grosime potrivită pentru a realiza alinierea gâtului pacientului</p> <p>Pemă plasată sub celălalt antebraț pentru a-l alina</p> <p>Bratul de la nivelul saltelei relaxat, flectat din cot, plasat confortabil</p> <p>Plasarea unei peme între membrele inferioare ușor flectate verificând alinierea corectă a vertebrelor pentru a preveni torsiunea coloanei vertebrale</p>										
42.	Înscrierea în documentele medicale ale pacientului a efectuării manevrei, eventualele accidente, complicații survenite, data, ora.	0 1 3									
43.	Asigurarea pacientului (pat coborât la nivelul inferior de înălțime, ridicarea limitatoarelor laterale), poziționarea la îndemână a obiectelor personale (ex. telefon mobil, carte, rebus etc.), a paharului de apă și a telecomenzii de apelare a sistemului medical. Oferirea de relații asupra programului medical ulterior și asupra intervalului la care se va reveni la pacient.	0 1 3									
<b>Punctaj total: 200</b>		<table border="1"> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td>criteriu neîndeplinit</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td>criteriu parțial îndeplinit</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td>criteriu total îndeplinit</td> <td>%</td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	%	<input type="radio"/>	criteriu parțial îndeplinit	%	<input type="radio"/>	criteriu total îndeplinit	%
<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	%									
<input type="radio"/>	criteriu parțial îndeplinit	%									
<input type="radio"/>	criteriu total îndeplinit	%									

#### Bibliografie selectivă

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009





## CONSPIRAȚIA TĂCERII

### Procedură medicală





## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Din punct de vedere etic, pacienții au dreptul să primească cât mai multe informații pe care le doresc despre starea lor medicală (diagnostic, prognostic, tratament ...). Coluziunea (conspirația tăcerii) este neetică, dar este un fenomen universal observat atât în societățile occidentale, cât și în cele non-occidentale. Coluziunea reprezintă ascunderea informațiilor despre diagnostic, prognostic și detalii medicale despre persoana bolnavă, între persoanele implicate. Conspirația tăcerii înseamnă, de asemenea, că informațiile medicale relevante sunt divulgate în mod selectiv sau deloc pacienților și / sau rudelor. Echipele medicale de multe ori conspiră cu rudele pacienților pentru a le ascunde celor din urmă diagnosticul (ex. “vă rugăm să nu-i spuneți despre severitatea bolii”), sau medicii completează cu pacienții (ex. “vă rugăm să nu spuneți soțului meu sau familiei despre boala mea”), și nu informează familia cu privire la diagnosticul sau prognosticul pacientului. Cele mai importante motive ale conspirației tăcerii sunt reprezentate de practica pe scară largă a medicilor de a dezvălui diagnosticul unui membru al familiei pacientului, înainte de a-l comunica pacientului și subestimarea de către clinicieni a nevoilor de informare ale pacienților. De asemenea, clinicienilor le poate fi mai ușor să apeleze la conspirația tăcerii decât să spună adevărul, pentru că aceasta le reduce stresul și anxietatea provocate de comunicarea unui diagnostic grav.



P

1.	Prezentați-vă membrilor familiei <b>Bună ziua, sunt doctoral..... și asistenta.....</b> (se recomandă prezența în această discuție a doi membri ai echipei) <b>Și dvs. sunteți.....?</b> (Lăsați-l/o să își spună numele. Evitați expresii precum “Dvs. sunteți dl. Ion?”; ar putea genera o confirmare falsă printr-un răspuns automat fals de genul “da”).	ESEȘIAL			
2.	Dați mâna (dacă aparținătorul dorește).				0 1 3
3.	Aflați cine este persoana respectivă și în ce relație se află cu pacientul <b>Ați venit astăzi să discutăm despre DI/Dna... (spuneți numele pacientului). Îmi puteți spune cine sunteți și care este relația dvs cu pacientul?</b> (Evitați să faceți prezumții de genul “Sunteți soția?” – poate fi o fiica sau altcineva și pot apărea situații stânjenitoare).				0 1 3
4.	Asigurați un cadru intim pentru conversație Închideți ușa după ce puneți pe ușă un semn care să indice faptul că are loc o discuție importantă (sau o consultație, etc.) (Printr-o comunicare corectă veți câștiga încrederea; începeți prin a arăta respect persoanei din fața dvs).				0 1 3
5.	Reduceți factorii perturbatori din jur Opriți radioul, TV-ul, mobilul (sau cereți secretarei să preia apelurile). (Educați-vă personalul, pe ceilalți pacienți să nu intre în încăpere când are loc consultația).				0 1 3
6.	Aranjamentul spațial a. Invitați aparținătorul să se așeze. <b>Vă rog, ocupați un loc!</b> (Este o percepție diferită a timpului de către pacient dacă dvs și el/ea sunteți așezați. Același timp e perceput ca fiind mai lung dacă ești așezat decât dacă stai în picioare).				0 1 3
7.	b. Așezați-vă și dvs. Dacă pacientul e în pat, luați-vă un scaun și așezați-				0 1

	vă lângă pat. - La o distanță confortabilă față de aparținător (1m) - Privirea medicului ar trebui să fie la același nivel cu a aparținătorului (excepție: când pacientul plânge sau e furios, privirea dvs ar trebui să fie mai jos decât a pacientului) - Dacă pacienții vin cu ruda stați în așa fel încât să aveți contact direct cu pacientul. La o distanță mai apropiată de pacient decât de rudă.				6
8.	c. Îndepărtați barierele dintre dvs și aparținător. - Așezați-vă scaunul în așa fel încât să fiți lângă interlocutor (mai bine lângă colțul mesei, decât să aveți masa între dvs.) (Nu stați în spatele mesei, calculatorului – non-verbal, acest lucru blochează comunicarea).				0 1 3
9.	d. Pregătiți-vă pentru rudele care plâng Să aveți șervețele la îndemână, în cazul în care rudele încep să plângă; în acest caz, oferiți-le șervețele				0 1 3
10.	Limbajul corpului: Abordați o poziție neutră care arată că sunteți relaxat, nu pe fugă - Picioarele pe podea - Umerii relaxați; ușor aplecați în față - O expresie facială prietenoasă - Măinile pe genunchi (Când vorbiți despre subiecte dificile precum vești proaste, prognostic, temerile pacientului ș.a.m.d., veți simți un disconfort, de aceea e important să vă antrenați trupul, astfel încât limbajul non-verbal să pară calm și să ofere încredere pacientului).				0 1 6
11.	Începerea discuției: Clarificați care este scopul actualei discuții pentru aparținător. <b>Puteți să îmi spuneți de ce ați venit să mă vedeți azi?</b> (În acest moment aparținătorul vă va spune: știu că pacientul are cancer, dar "vă rog să nu-i spuneți adevărul pentru că își va pierde speranța și va renunța să lupte împotriva bolii....").				0 1 3
12.	Confirmați complicitatea și apoi explorați motivele: <b>Mi-ați spus că nu considerați că Dl/Dna...Numele pacientului .....ar trebui să știe ce se întâmplă. De ce considerați acest lucru?</b>	ESEȚIAL			
13.	Provocați-l să vă explice care sunt motivele pentru care dorește să păstreze secretul asupra diagnosticului <b>Aveți și alte motive pentru care considerați că pacientul nu ar trebui să știe adevărul?</b>				0 1 3
14.	Folosiți abilitățile de ascultare: a. Folosiți întrebări deschise/ (Ce...?, Cum...?, De ce...? etc) la care se poate răspunde oricum. b. Încurajați pacientul, prin limbaj non-verbal sau printr-o propoziție scurtă, să își continue ideile. Dați din cap, faceți pauze, zâmbiți, folosiți răspunsuri precum "da", "spuneți-mi mai multe" c. Păstrați tăcerea și nu întrerupeți pacientul. Ascultați ceea ce vă spune în cuvinte aparținătorul (conținutul, tonul), dar acordați atenție și comunicării non-verbale (gestică, expresie facială, poziția corpului ...) d. Mențineți contactul vizual fără să fiți intruziv e. Clarificați <b>Când spuneți că... vreți să spuneți că...?</b> (Dă posibilitatea să dezvolte afirmația anterioară sau să evidențieze anumite aspecte ale acesteia, atunci când arătați interes pe subiectul respectiv).				0 1 6
15.	Arătați că înțelegeți motivele conspirației și validați motivele sale: <b>Ei bine, dvs îl cunoașteți cel mai bine și s-ar putea să aveți dreptate.</b>				0 1 3

	<b>Poate fi așa, pentru că dacă i-ați spune....se pare că aveți motive bune pentru a nu i se spune.</b>		
16.	Stabiliți prețul conspirației din punct de vedere emoțional asupra aparținătorului: <b>Acum înțeleg de ce ați ascuns informația pacientului, dar ce efect are acest lucru asupra dvs?</b>	ESEȘIAL	
17.	Păstrați tăcerea și ascultați cu atenție îngrijorările aparținătorului (anxietatea, dificultatea de a ține pasul cu minciunile, bariere în comunicarea cu pacientul, etc)		0 1 3
18.	<b>Vă confrunțați și cu alte probleme datorate faptului că îi ascundeți adevărul?</b>		0 1 3
19.	Recapitulați și continuați <b>Deci, aveți..mai multe motive pentru a încerca să ascundeți adevărul.....(faceți un rezumat al acestora; de exemplu această situație pune presiune pe dvs, îngreunează comunicarea cu soțul dvs ...). V-aș putea sugera câteva modalități prin care am putea să facem ceva în privința aceasta.</b>		0 1 6
20.	Cereți permisiunea de a vorbi cu pacientul <b>Permiteți-mi să subliniez că nu am nici o intenție să-i spun. Ceea ce aș vrea să fac este să discut cu el să văd ce gândește vis-a vis de situația actuală. Se poate întâmpla ca el să dezvăluie că știe că are cancer. În acest caz nu mai are niciun rost să ne mai prefacem.</b>	ESEȘIAL	
21.	Stabiliți nivelul de conștientizare al pacientului Dacă nu cunoașteți pacientul, mai întâi prezentați-vă și apoi adresați o întrebare adecvată prin care să aflați punctul său de vedere/ viziunea sa asupra a ceea ce se întâmplă <b>Doream să avem o discuție pentru a vedea ce simțiți dvs? sau Cum gestionați situația prin care treceți?</b>		0 1 6
22.	Dacă pacientul știe adevărul – mergeți la etapa 27 Dacă pacientul nu cunoaște adevărul sau are o înțelegere incompletă a stării sale medicale - continuați după cum urmează: Explorați dorința sa de a afla mai multe despre boală și opriți-vă acolo <b>Sunteți împăcat cu / mulțumit de informațiile pe care le-ați primit despre boala dvs?</b>		0 1 4
23.	Dacă pacientul răspunde DA, înseamnă că acum nu este momentul bun pentru a rupe conspirația tăcerii. Dacă pacientul răspunde NU – înseamnă că pacientul dorește mai multe informații- programați o întâlnire viitoare pentru a discuta diagnosticul. <b>Mă voi uita pentru dvs pe rezultatul analizelor/testelor și al altor documente medicale pe care le aveți și data viitoare vă voi oferi mai multe informații.</b>		0 1 4
24.	Explorați alte nevoi pe care pacientul le are (durere, apetit, mobilitate, etc.) și oferiți sugestii pentru gestionarea lor. <b>Aveți probleme legate de boală?</b>		0 1 4
25.	Informați membrii familiei despre dorința pacientului și oferiți-vă să acționați în concordanță cu aceasta <b>Ruda dvs dorește să afle diagnosticul. Sunt pregătit să comunic veștile proaste cu delicatețe. Sunteți de acord?</b>		0 1 4

26.	Comunicați pacientului diagnosticul (folosiți algoritmul de comunicare a veștilor proaste)			0 1 4
27.	Dacă pacientul cunoaște adevărul, dar familia nu: Ex: Am știut mereu că ceea ce mi-ați spus a fi un ulcer precanceros, era de fapt cancer – acum ar trebui să îi confirmați că are dreptate: <b>Mi-e teamă că aveți dreptate</b>			0 1 5
28.	Cereți permisiunea de a transmite soției ceea ce el conștientizează, arătând că ea știe diagnosticul. <b>Pot să îi spun soției despre înțelegerea dvs asupra bolii? Ea știe diagnosticul.</b>			0 1 5
29.	Încercați să conștientizați trăirile pacientului <b>Am senzația că nu vedeți utilitatea unei discuții în acest moment deoarece considerați că nu va schimba cu nimic situația dvs.</b>			0 1 5
30.	Discutați implicarea dumneavoastră viitoare în îngrijire <b>Poate ajută dacă discutăm despre ceea ce simțiți, ce vă îngrijorează. Este foarte probabil să pot face ceva pentru a vă ajuta în ceea ce privește suferința fizică și emoțională pe care o experimentați.</b>			0 1 5
31.	Cădeți de acord asupra unui plan de management și scrieți câteva instrucțiuni pentru pacient. Verificați dacă pacientul a înțeles. <b>Aici aveți scrise instrucțiunile, spuneți-mi, vă rog, dacă le-ați înțeles. Puteți să le repetați, vă rog?</b>			0 1 5
32.	Închiderea discuției Invitați pacientul să pună întrebări <b>Aveți întrebări?</b>			0 1 3
33.	Stabiliți data următoarei întâlniri <b>Voi ruga asistenta să vă sune peste 2 zile să vedem cum a funcționat tratamentul și ne vom reîntâlni peste o săptămână...Cum vi se pare?... La revedere, pe săptămâna viitoare!</b>			0 1 3
34.	Scrieți rezumatul / concluziile discuției dvs. cu pacientul și cu rudele acestuia, în dosarul pacientului (prin aceasta toți membrii echipei vor fi informați și vor acționa în consecință).			0 1 3

<b>Punctaj total: 120</b>	<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criteriu îndeplinit parțial	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criteriu îndeplinit în totalitate	<b>%</b>

## Referințe:

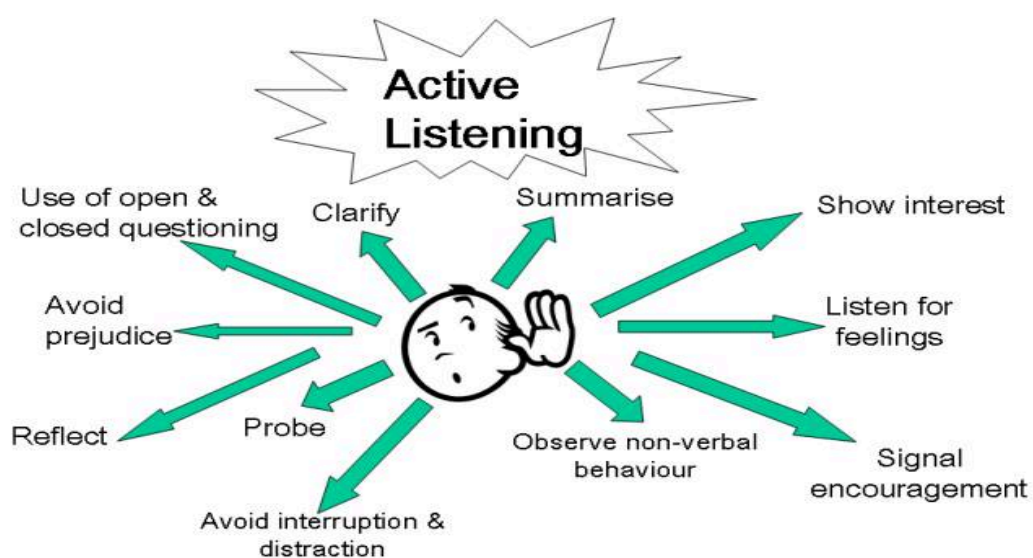
- Peter Maguire, Ann Faulkner Communicate with cancer patients: Handling uncertainty, collusion, and denial BMJ 1988 VOLUME 297 15 OCTOBER pg 972-974
- Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. Palliat Med. 2002 Jul;16(4):297-303
- Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth? J Clin Oncol. 2008 Mar 1;26(7):1175-7.
- [James Alvin Low](#), [Sim Lai Kiow](#), [Norhisham Main](#), [Koh Kim Luan](#), [Pang Weng Sun](#), [May Lim](#), Reducing Collusion Between Family Members and Clinicians of Patients Referred to the Palliative Care Team Perm J. 2009 Fall; 13(4): 11-15.
- [Santosh K. Chaturvedi](#), [Carmen G. Loiselle](#), [Prabha S. Chandra](#), Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective Indian J Palliat Care. 2009 Jan-Jun





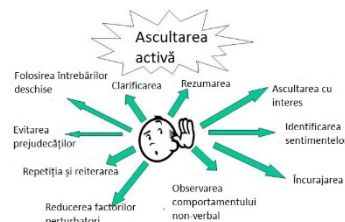
## ASCULTAREA ACTIVĂ ȘI RĂSPUNSUL EMPATIC

### Procedură medicală



## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Ascultarea activă constă în procesul de a-i asculta pe ceilalți cu scopul de a le înțelege ideile, opiniile și sentimentele, și în a demonstra că acestea au fost înțelese. Ascultarea activă este o abilitate foarte valoroasă deoarece ne permite să demonstrăm că înțelegem ceea ce spun alții, iar prin empatie percepem ceea ce simte persoana legată de ceea ce comunică.



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	<p>Prezentați-vă pacientului <b>Bună ziua, sunt preotul/doctorul/asistenta .... Dvs sunteți?</b></p> <p>Permiteți-i pacientului să-și spună numele. <i>Evitați expresii precum “Dvs. sunteți dl. Ion?”; ar putea genera o confirmare falsă printr-un răspuns automat fals de genul “da”, răspuns care ar putea veni de la un pacient care este distras de la discuție de simptomele pe care le resimte.</i></p>	ESEȚIAL		
2.	<p>Dacă pacientul vine cu o rudă/prieten, aflați cine e persoana și care e relația cu pacientul. <b>E bine să văd că azi veniți cu Dl./D-na..... ( fspuneți numele pacientului). Puteți să-mi spuneți cine sunteți și care este relația dvs cu pacientul?</b></p> <p><i>Evitați să faceți presupuneri precum “Sunteți soția?” – s-ar putea să fie fiica sau altcineva și s-ar putea să creați situații jenante.</i></p>			0 1 3
3.	<p>Dați mâna (dacă pacientul dorește) Mai întâi, dați mâna cu pacientul, apoi cu soțul/soția sau cu prietenul (dacă această persoană e prezentă). <i>Acest timp de comunicare non-verbală arată că pacientul e prioritatea.</i></p>			0 1 3
4.	<p>Asigurați intimitatea discuției. - Inchideți ușa după ce puneți pe ușă un semn care să indice faptul că are loc o discuție importantă (sau o consultație etc) - Dacă pacientul e imobilizat la pat, trageți draperiile <i>Printr-o comunicare adecvată veți câștiga încrederea și arătați respectul pentru persoana din fața dvs.</i></p>			0 1 4
5.	<p>Reduceți factorii perturbatori din jur. Opriti radioul, TV-ul, mobilul (sau cereți secretarei/asistentei să preia apelurile). <i>Educați-vă personalul, pe ceilalți pacienți să nu intre în încăpere când are loc conversația/consultația.</i></p>			0 1 3
6.	<p>Aranjamentul spațial a. Invitați pacientul (și aparținătorul) să se așeze. <b>Vă rog, ocupați un loc!</b> <i>Timpul este perceput diferit de către pacient dacă dvs și el/ea sunteți așezați. Același timp e perceput ca fiind mai lung dacă ești așezat decât dacă stai în picioare.</i></p>			0 1 3
7.	<p>b. Așezați-vă și dvs. Dacă pacientul e în pat, luați-vă un scaun și așezați-vă lângă pat. - La o distanță confortabilă față de pacient (1m) - Privirea ar trebui să fie la același nivel cu a pacientului (excepție: când</p>			0 1 5

	pacientul plânge sau e furios, privirea dvs ar trebui să fie mai jos decât a pacientului)			
8.	c. Indepărtați barierele dintre dvs și pacient. - Așezați-vă scaunul în așa fel încât să fiți lângă pacient (mai bine lângă colțul mesei, decât să fie masa între dvs. - Indepărtați obstacolele de pe masa din dreptul pacientului. <i>Nu stați în spatele mesei, calculatorului – non-verbal, acest lucru blochează comunicarea</i>			0 1 5
9.	d. Pregătiți-vă pentru pacienții/rudele care plâng. Să aveți șervețele la îndemână, în cazul în care pacientul sau rudele încep să plângă; în acest caz, oferiți-le șervețele.			0 1 3
10.	Limbajul trupului Abordați o poziție neutră care arată că sunteți relaxat, nu pe fugă. Picioarele pe podea, umerii relaxați; ușor aplecați în față, o expresie facială prietenoasă, mâinile pe genunchi. <i>Când vorbiți despre subiecte dificile precum vești proaste, prognostic, temerile pacientului s.a.m.d., veți simți un disconfort, de aceea e important să vă antrenați trupul, astfel încât limbajul non-verbal să pară calm și să ofere încredere pacientului.</i>			0 1 3
11.	Cereți permisiunea de a citi documente, luați notițe în timpul discuției - <b>Îmi permiteți să iau notițe în timpul conversației?</b> <i>S-ar putea să aveți eventual dosarul pacientului în fața dvs, să nu vorbiți cu pacientul în timp ce citiți. Mai bine vă pregătiți înainte de discuție, dar uneori pacientul aduce documente noi pe care e nevoie să vă uitați în timpul discuției.</i>			0 1 3
12.	Începutul discuției. Clarificați scopul discuției pentru pacient <b>Puteți să-mi spuneți de ce ați venit azi?</b> <i>(pt studenții care își exersează abilitățile de comunicare, pot folosi un caz real din practică sau un scenariu)</i>			0 1 3
13.	Abilitați de ascultare a. Folosiți întrebări deschise/exploratorii: <b>Vă rog să-mi spuneți mai mult despre boala/problema</b> <i>(pentru ce a venit pacientul la consultație)</i>			0 1 3
14.	b. Folosiți întrebări deschise (ce...?, cum...?, de ce...? etc) la care se poate răspunde oricum. Câteva exemple: <b>Care credeți că a fost cauza durerii dvs? Cum v-ați simțit când preotul/doctorul/asistenta v-a spus diagnosticul/tratamentul etc? De ce ați evitat să vorbiți cu familia despre problema?...Sunt părți necesare într-un dialog terapeutic</b>			0 1 5
15.	Cea mai importantă tehnică în facilitarea dialogului c. Păstrați tăcerea și nu întrerupeți pacientul <i>Ascultați ceea ce vă spune pacientul în cuvinte (conținutul, tonul), dar acordați atenție și comunicării non-verbale (gestica, expresie facială, poziția corpului ...)</i>	ESEȚIAL		
16.	d. Permiteți perioade scurte de tăcere când pacientul se oprește pentru a-și reorganiza gândurile. Dacă e nevoie să întrerupeți tăcerea, întrebați: <b>Ce v-a determinat să tăceți?</b> <i>Tăcerea ar putea avea și altă semnificație: pacientul poate gândi sau simți ceva prea intens pentru a putea fi exprimat în cuvinte.</i>			0 1 5
17.	e. Încurajați pacientul, non-verbal sau cu o propoziție scurtă, să își continue ideile <i>Dați din cap, faceți pauze, zâmbiți, folosiți răspunsuri precum “da”, “spuneți-mi mai multe”</i>			0 1 3
18.	Repetiția și reiterarea. <b>De când am început să iau tabletele acelea noi, am devenit mai somnolent – Deci, deveniți mai moleșit de la noile tablete?</b> <i>Îi va confirma pacientului că ați auzit ceea ce v-a spus.</i>			0 1 3

19.	Clarificarea: <b>Când spuneți că...vă referiți la...?</b> <i>Dați pacientului posibilitatea să dezvolte afirmația anterioară sau să evidențieze anumite aspecte ale acesteia, atunci când arătați interes față de subiect.</i>		0 1 4
20.	Mentineți contactul vizual fără să fiți intruziv. Fiți atent, nu ar trebui să vă uitați fix la pacient, dar nici să priviți în jos sau în altă parte, prea des. E util să evitați contactul vizual când pacientul e furios sau plange		0 1 5
21.	Conștientizarea emoțiilor: răspunsul empatic a. Identificați emoția pe care o re trăiește pacientul <b>Văd că sunteți furios...</b> (numiți emoția pe care o re trăiește pacientul). Empatia e definită ca și capacitatea de a înțelege rațional ceea ce pacientul re trăiește emoțional. Diferă de simpatie.	ESENȚIAL	
22.	b. Identificați originea emoției <b>...pentru că diagnosticul s-a pus cu întârziere</b> (numiți cauza care a generat emoția)	ESENȚIAL	
23.	c. Răspundeți în așa fel încât să transmiteți pacientului faptului ca ați făcut legătura între pașii 21 și 22. <b>Trebuie să fie greu pentru dvs.</b> E important să acceptăm atât emoțiile negative, cât și pe cele pozitive, exprimate de pacienți ca fiind ceva normal în contextul unei boli limitatoare de viață.	ESENȚIAL	
24.	<b>NU UTILIZAȚI: Înțeleg cum vă simțiți!</b> <i>Nu trecem prin aceeași experiență, deci e o reasigurare superficială!</i>		0 1 5
25.	Atingerea. Puteți atinge mâna sau brațul, dar țineți minte: Acest lucru trebuie să vină natural, din interior; pacienți similari s-ar putea să nu se simtă confortabili cu contactul fizic		0 1 3
26.	Strategia de management. Recapitulați principalele aspecte/probleme la care a făcut referire pacientul. <b>Permiteți-mi să fac un rezumat cu ce am înțeles eu că sunt principalele dvs îngrijorări: durerea pe care o aveți la picioare, dificultatea în respirație și teama de a dormi pentru că vi s-ar putea opri respirația; îngrijorările fiicei dvs de a face față cu noile responsabilități...Includeți în rezumat toate îngrijorările de ordin fizic, psihic, social și spiritual</b>		0 1 5
27.	Verificați cu pacientul rezumatul <b>Am rezumat tot ce mi-ați spus?</b>		0 1 3
28.	Dacă pacientul e de accord cu rezumatul dvs, propuneți o strategie de management <b>Sugerez să facem următoarele: pentru durere luăm medicație și facem masaj, asistentul social va lua legătura cu fiica dvs pentru a o sfătui legat de drepturile legale...</b>		0 1 3
29.	Evaluați răspunsul pacientului și ajustați pentru a include și perspectivele acestuia <b>Cum vi se pare?</b> <b>Văd că sunteți îngrijorat că medicația vă provoacă somnolență, vom începe cu doze mici și vom crește treptat</b>		0 1 3
30.	Cădeți de acord asupra planului de management și scrieți câteva instrucțiuni pentru pacient. Verificați dacă pacientul a înțeles. <b>Aici aveți scrise instrucțiunile, spuneți-mi, vă rog, dacă le-ați înțeles. Puteți să le repetați?</b>		0 1 4
31.	Încheierea discuției. Invitați pacientul să pună întrebări. <b>Aveți întrebări?</b>		0 1 4
32.	Stabiliți data următoarei întâlniri.		0 1

	Voi ruga pe cineva/asistenta să vă sune peste 2 zile să vedem cum a funcționat tratamentul și ne vom reîntâlni peste o săptămână...Cum vi se pare?...La revedere, pe săptămâna viitoare!			4
	Total score: 100	<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	%
		<input type="radio"/>	criteriu îndeplinit parțial	%
		<input type="radio"/>	criteriu îndeplinit în totalitate	%

## Referinte

1. Caspersz, Donella and Stasinska, Ania, Can we teach effective listening? An exploratory study, *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 12(4), 2015. Available at: <http://ro.uow.edu.au/jutlp/vol12/iss4/2>
2. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277(8):678-682.
3. Fallowfield L, Jenkins V. - Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur. J. Cancer* 35(11) Oct. 1999 1592-1597
4. Lam KK. Empathy - an essential tool for communication for palliative care doctors. *HKSPM Newsletter* 2006, Sep Issue 2, 13. Wittenberg-Lyles E. Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication. *Patient Educ Couns* 2012, 89(1), 31-37.
5. Bylund CL, et al. Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center. *J Cancer Educ*. 2011, 26, 604-611.
6. Brown RF. Patient centered communication skills training for oncologists: describing the content and efficacy of training. *Common Educ*. 2010, 59, 236-249.
7. Lelorain S, et al. A systematic review of the association between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology* 2012, 21(12), 1255-64.
8. HackTF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 2005, 14(10), 831-845.
9. Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med* 1994, 9, 222-226.
10. Mosoiu D. Comunicarea in cancer. 2009, 31-35.
11. Back LA, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005, 55, 164-177.



### Joc de rol - medic

**Sunteți medic. Aveți o pacientă de 45 ani**, divorțată, 2 copii de 11 și 14 ani; are **cancer mamar** operat în urmă cu 2 ani, tratat citostatic și iradiat, în prezent sub tratament hormonal; fără simptome deosebite până de curând; **dureri osoase moderate de câteva luni și oboseală**; scintigrafie osoasă și tomografie în urmă cu 2 zile, **vine la medicul oncolog după rezultate**.

Testele arată evoluția bolii (au apărut **metastaze osoase și hepatice multiple**).

- Trebuie să comunicați empatic cu pacienta să vedeți ce înțelege apropos de starea actuală a bolii ei și să vedeți ce îngrijorări are; nu știți cât bănuiește pacienta din evoluția actuală a bolii, nu ați apucat să vorbiți cu ea foarte mult până la investigațiile imagistice;

### Joc de rol - pacient

**Sunteți o pacientă de 45 ani**, divorțată, 2 copii de 11 și 14 ani; ați fost diagnosticată cu **cancer mamar**, operat în urmă cu 2 ani, tratat citostatic și iradiat, în prezent urmați un tratament hormonal; nu ați avut simptome deosebite până de curând; au apărut **dureri osoase moderate de câteva luni și resimțiți oboseală**; ați făcut în spital noi teste - scintigrafie osoasă și tomografie în urmă cu 2 zile, **vă întâlniți cu medicul oncolog pentru a vă comunica rezultatele testelor**.

- Bănuieți că ceva este în neregulă, dar nu știți exact ce
- Așteptați cu ceva teamă întâlnirea cu medicul
- Sunteți îngrijorată pentru copii (să nu deveniți o povară) și aveți griji materiale









## COMUNICAREA UNUI DIAGNOSTIC DE BOALĂ GRAVĂ (ȘTIRI PROASTE)

### Procedură medicală



## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Comunicarea știrilor proaste către pacienți, oferirea tuturor informațiilor necesare pentru a facilita procesele de luare a deciziilor în îngrijirea paliativă. (Definirea veștilor proaste și exemple de vesti proaste în îngrijirea paliativă)		  	P
1	Intrați și prezentați-vă politicos și amabil: <b>Bună dimineța. Sunt Dr. XXX, hematologul, oncologul etc. dumneavoastră. Cum vă simțiți azi? (Dați timp să vă răspundă la întrebări) ... V-ar deranja dacă am vorbi un pic? În cazul unui răspuns negativ: Când ați prefera să vorbim? (Acest lucru este făcut pentru a înțelege starea de spirit a pacientului și pentru a evalua oportunitatea momentului de procesare a informațiilor).</b>		0 1 3
2	Întrebați pacientul dacă preferă să fie singur sau însoțit în timpul interviului. Dacă da, întrebați de cine. Fixați o dată pentru interviu care convine tuturor participanților relevanți. Creați o atmosferă de siguranță și relaxare. (Acest lucru este făcut pentru a evita anxietatea pacientului)		0 1 3
3	Asigurați un spațiu privat, confortabil pentru interviu. (În acest mod protejați confidențialitatea pacienților și contribuiți la crearea unui cadru adecvat pentru a procesa informațiile, pentru a evita întreruperi și alte elemente disturbatoare)		0 1 3
4	Acordați atenție specială comunicării non-verbale în timpul interviului: eliminați barierele fizice; încercați să rămâneți la aceeași înălțime cu pacientul. Dacă sunt și alte persoane, facilitați un spațiu deschis de comunicare prin plasarea scaunelor confortabil, în cerc.		0 1 3
5	Aflați ce cunoaște pacientul despre situația sa (este important să știți cât de gravă crede pacientul că este situația, în plus față de denumirea tehnică a afecțiunii sale). <b>Ce părere aveți despre durerea toracică, pierderea în greutate etc.? Ce v-au spus despre boala dvs? Cât de importantă/gravă credeți că este aceasta?</b> Acordați atenție deosebită stării emoționale a pacientului: <b>vă tulbură ceva? Ce vă deranjează cel mai mult?</b>		0 1 3
6	Întrebați în mod specific ce informații este dispus pacientul să primească: <b>Ce doriți să știți despre boala dumneavoastră? Vreți să vă explic ...?</b> (diagnosticul, opțiunile de tratament, prognoza și tot conținutul legat de procesul de informare) Lăsați pacientului posibilitatea de a alege (Acest lucru este necesar pentru a respecta autonomia pacientului și a promova un plan de îngrijire comun)	ESEȚIAL	
7	Dați pacientului indicații, verbal și non-verbal, cu privire la faptul că știrile vor fi proaste ... <b>Rezultatele scanării CT nu sunt bune. Vreți să vă spun despre ele sau despre tratament?</b> (Acest lucru va permite pacientului să decidă dacă este pregătit din punct de vedere emoțional să primească știrile)		0 1 6
8	Furnizați pacientului informații treptat, pornind de la situația sa actuală. Rezumați procesul de diagnosticare și oferiți opțiuni de tratament sau informații de prognostic în cazul în care și pacientul este dispus. Utilizați limbaj simplu și clar. Evitați jargonul medical. (Procesul de informare graduală este important pentru a respecta voința pacientului de a cunoaște toate informațiile disponibile)		0 1 3

9	Utilizați ascultarea activă și răspunsul empatic, consultați procedura ... (Încercați să înțelegeți dorințele și valorile pacientului)					0 1 3
10	Adaptați-vă limbajul la nivelul social, cultural și educațional al pacientului, păstrând în același timp mesaje adevărate și inteligibile. (În acest fel, pacientul poate procesa informații și poate fi conștient de consecințele, riscurile și beneficiile planului de îngrijire. Este important să existe o strategie proactivă pentru a promova autonomia pacientului)					0 1 3
11	Acordați suficient timp, chiar și în tăcere, dacă este necesar. Întrebați pacientul dacă are nevoie de mai mult timp să se gândească la situație sau să se consulte asupra acestor probleme cu alți membri ai familiei. Acordați atenție comunicării continue (păstrați contactul vizual, manifestați empatie, înțelegere și respect față de necesitățile sau opiniile pacientului). (Acest aspect are un rol considerabil în consolidarea relației clinice și a încrederii pacienților)					0 1 3
12	Verificați dacă pacientul a înțeles informațiile furnizate. Ajutați-l să recapituleze. Întrebați dacă are alte întrebări sau îndoieli. (În acest fel, putem evalua capacitatea pacientului și putem decide dacă este necesar să implicăm o rudă apropiată în procesul de luare a deciziilor)					0 1 5
13	Întrebați pacientul dacă dorește să împărtășească informațiile cu altcineva (de exemplu, cineva care nu este încă în cameră). (Astfel, sunt luate în considerare preferințele pacientului și se implică persoana potrivită în planul de îngrijire)	ESEȚIAL				
14	Afișați disponibilitate pentru orice altă solicitare și informați-l pe pacient asupra modului în care vă poate contacta din nou. Pacientul trebuie să perceapă continuitatea îngrijirii.					0 1 3
15	Revedeți cele mai importante aspecte privind planul de îngrijire viitoare a pacientului. Acesta trebuie să vadă că situația este gestionată serios și profesional.					0 1 3
16	Evaluați starea emoțională după interviu: <b>Cum vă simțiți acum?</b> Aflați dacă pacientul are alte întrebări sau nelămuriri. (Aceasta vă va ajuta să adăugați lucruri necesare sau să repetați lucruri comunicate anterior)					0 1 3
17	Luați-vă la revedere amiabil.					0 1 3
Punctaj total: 50			criteriu neîndeplinit	%		
			criteriu parțial îndeplinit	%		
			criteriu îndeplinit total	%		

## **Bibliografie selectivă**

Buckman R. Communication skills in palliative care. A practical guide. Neurologic Clinics 2001; 19(4)  
Finset A, Ekeberg O, et al. Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. Psycho-Oncology 2003; 12:686-693  
Deschepper R, Vander Stichele R, et al. Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flandres, Belgium. British Journal of General Practice 2006  
Treece PD. Communication in the intensive care unit about the end of life. AACN Advanced Critical Care 2007; 18(4): 406-414





## EVALUAREA SPIRITUALĂ

### Procedură medicală



## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Problemele spirituale ar trebui privite ca un aspect foarte important, atât la evaluarea inițială a unui pacient, cât și la vizitele de re-evaluare, după caz. Acest lucru va permite înțelegerea suferinței spirituale/religioase a pacienților și a modalităților de a face față și de a găsi sens și sprijin prin credință. Instrumentul propus pentru a fi utilizat pentru evaluare este FICA. Instrumentul de evaluare spirituală FICA a fost dezvoltat de Dr. Puchalski împreună cu un grup de medici generaliști, pentru a pune la dispoziția medicilor și altor profesioniști din domeniul sănătății un instrument pentru abordarea problemelor spirituale ale pacienților.

**F** aith  
**I** mportance  
**C** hurch  
**A** pply/Address

☐ ☒ ☐ P

		ESENȚIAL		
1.	<p>Prezentați-vă pacientului <b>Bună ziua, sunt preotul/doctorul/asistenta .... Dvs sunteți?</b> Permiteți-i pacientului să-și spună numele. <i>Evitați expresii precum “Dvs. sunteți dl. Ion?”; ar putea genera o confirmare falsă printr-un răspuns automat fals de genul “da”, răpsuns care ar putea veni de la un pacient care este distras de la discuție de simptomele pe care le resimte.</i></p>			
2.	<p>Dacă pacientul vine cu o rudă/prieten, aflați cine e persoana și care e relația cu pacientul. <b>E bine să văd că azi veniți cu Dl./D-na..... (spuneți numele pacientului). Puteți să-mi spuneți cine sunteți și care este relația dvs cu pacientul?</b> <i>Evitați să faceți presupuneri precum “Sunteți soția?” – s-ar putea să fie fiica sau altcineva și s-ar putea să creați situații jenante.</i></p>			0 1 3
3.	<p>Dați mâna (dacă pacientul dorește). <i>Mai întâi dați mâna cu pacientul, apoi cu soțul/ia sau cu prietenul (daca această persoană e prezentă). Acest timp de comunicare non-verbală arată că pacientul e prioritatea.</i></p>			0 1 3
4.	<p>Asigurați intimitatea discuției. - Inchideți ușa după ce puneți pe ușă un semn care să indice faptul că are loc o discuție importantă (sau o consultație etc) - Dacă pacientul e imobilizat la pat, trageți draperiile <i>Printr-o comunicare adecvată veți câștiga încrederea și arătați respectul pentru persoana din fața dvs.</i></p>			0 1 6
5.	<p>Reduceți factorii perturbatori din jur. Opriți radioul, TV-ul, mobilul (sau cereți secretarei/asistentei să preia apelurile). <i>Educați-vă personalul, pe ceilalți pacienți să nu intre în încăpere când are loc conversația/consultația.</i></p>			0 1 3
6.	<p>Aranjamentul spațial a. Invitați pacientul (și aparținătorul) să se așeze. <b>Vă rog, ocupați un loc!</b> <i>Timpul este perceput diferit de către pacient dacă dvs și el/ea sunteți așezați. Același timp e perceput ca fiind mai lung dacă ești așezat decât dacă stai în picioare.</i></p>			0 1 3
7.	<p>b. Așezați-vă și dvs. Dacă pacientul e în pat, luați-vă un scaun și așezați-vă lângă pat.</p>			0 1 6

	<p>- La o distanță confortabilă față de pacient (1m)</p> <p>- Privirea ar trebui să fie la același nivel cu a pacientului (excepție: când pacientul plânge sau e furios, privirea dvs ar trebui să fie mai jos decât a pacientului)</p> <p>- Dacă pacientul este însoțit de o rudă/un prieten, poziționați-vă în fața pacientului, mai aproape de acesta decât de ruda/prietenul acestuia.</p>		
8.	<p>c. Indepărtați barierele dintre dvs și pacient.</p> <p>- Așezați-vă scaunul în așa fel încât să fiți lângă pacient (mai bine lângă colțul mesei, decât să fie masa între dvs.</p> <p>- Indepărtați obstacolele de pe masa din dreptul pacientului.</p> <p><i>Nu stați în spatele mesei, calculatorului – non-verbal, acest lucru blochează comunicarea</i></p>		0 1 6
9.	<p>d. Pregătiți-vă pentru pacienții/rudele care plâng.</p> <p>Să aveți șervețele la îndemână, în cazul în care pacientul sau rudele încep să plângă, în acest caz, oferiți-le șervețele.</p>		0 1 3
10.	<p>Limbajul trupului</p> <p>Abordați o poziție neutră care arată că sunteți relaxat, nu pe fugă.</p> <p>- Picioarele pe podea</p> <p>- Umerii relaxați; ușor aplecați în față</p> <p>- O expresie facială prietenoasă</p> <p>- Mâinile pe genunchi</p> <p><i>Când vorbiți despre subiecte dificile precum vești proaste, prognostic, temerile pacientului s.a.m.d., veți simți un discomfort, de aceea e important să vă antrenați trupul, astfel încât limbajul non-verbal să pară calm și să ofere încredere pacientului.</i></p>		0 1 6
11.	<p>Este momentul potrivit pentru o evaluare spirituală?</p> <p><b>Înainte de a începe discuția noastră, vreau să mă asigur ca sunteți bine. Puteți să îmi spuneți dacă există vreo suferință fizică sau dacă vă îngrijorează ceva?</b></p> <p>Dacă pacientul răspunde <u>DA</u>, amânați evaluarea spirituală și concentrați-vă atenția pe evaluarea simptomelor ce cauzează suferință și tratamentul adecvat al acestora.</p> <p>Dacă pacientul spune <u>NU</u>, continuați evaluarea.</p>		0 1 6
12.	<p>Cereți permisiunea de a face evaluarea.</p> <p><b>Pentru a evalua multiplele suferințe pe care boala vi le provoacă, vă voi pune câteva întrebări cu privire la împlinirea dvs. spirituală. Pot să încep?</b></p> <p>Dacă răspunsul este <u>NU</u>, cereți permisiunea de a vă întoarce.</p> <p>Dacă răspunsul este <u>DA</u>, continuați evaluarea.</p>		0 1 6
13.	<p>Începeți cu întrebări generale</p> <p><b>Sunteți împăcat sufletește?</b></p>	ESEȚIAL	
14.	<p>Dacă răspunsul la întrebarea 13 este <u>NU</u></p> <p><b>Care sunt îngrijorările dvs?</b> Spuneți-mi mai mult, vă rog și apoi treceti la 16</p>		0 1 6
15.	<p>Dacă răspunsul la întrebarea 13 este <u>DA</u></p> <p><b>Spuneți-mi, vă rog, ce aduce sens și pace în viața dvs? Munca dvs, familia dvs, ce altceva?</b></p>		0 1 6
16.	<p>Folosiți tehnici pentru a facilita dialogul</p> <p><b>Păstrați tăcerea și nu întrerupeți pacientul</b></p> <p><i>Ascultați ceea ce vă spune pacientul în cuvinte (conținutul, tonul), dar acordați atenție</i></p>		0 1 3

	și comunicării non-verbale (gestica, expresie facială, poziția corpului ...)			
17.	Permiteți perioade scurte de tăcere când pacientul se oprește pentru a-și reorganiza gândurile. Dacă e nevoie să întrerupeți tăcerea, întrebați: <b>Ce v-a determinat să tăceți?</b> <i>Tăcerea ar putea avea și altă semnificație: pacientul poate gândi sau simți ceva prea intens pentru a putea fi exprimat în cuvinte.</i>			0 1 6
18.	Încurajați pacientul, non-verbal sau cu o propoziție scurtă, să își continue ideile. Dați din cap, faceți pauze, zâmbiți, folosiți răspunsuri precum “da”, “spuneți-mi mai multe”			0 1 3
19.	Repetiție și reiterare <b>Familia mea a fost foarte unită și acum, că știu de boala mea, vin mereu pentru a ajuta la treburile casnice- Deci familia vă ajută la treburile casnice.</b> <i>Va confirma pacientului că ați auzit ceea ce s-a spus.</i>			0 1 3
20.	Clarificarea <b>Când spuneți că...vă referiți la...?</b> <i>Dați pacientului posibilitatea să dezvolte afirmația anterioară sau să evidențieze anumite aspecte ale acesteia, atunci când arătați interes față de subiect.</i>			0 1 6
21.	<b>Credința ocupă un loc important în viața dvs?” “Este un sprijin pentru dvs. În situația actuală?</b> <i>Această întrebare îi va permite pacientului să vorbească despre sistemele de support/sprijin, dar și despre problemele existențiale.</i>	ESENȚIAL		
22.	<b>Aparțineți unei comunități religioase / confesiuni?” “Cum vă putem sprijini în credința dvs?</b>	ESENȚIAL		
23.	Încheierea discuției <b>Sumarizați cele mai importante subiecte pe care le-ați discutat.</b>			0 1 6
24.	Invitați pacientul să pună întrebări <b>Aveți alte întrebări?</b>			0 1 6
25.	<b>Stabiliți data următoarei întâlniri</b>			0 1 4
<b>Scor total: 100</b>		<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	%
		<input type="radio"/>	criteriu îndeplinit parțial	%
		<input type="radio"/>	criteriu îndeplinit complet	%





## REALIZAREA ALIMENTAȚIEI PACIENTULUI LA NIVELUL PATULUI

### Procedură medicală





## PROCEDURĂ MEDICALĂ


Realizarea unui aport corespunzător de nutrienți și lichide necesare organismului unui pacient restricționat la pat. Acest aport are ca obiectiv crearea de condiții optime funcționării organismului pacientului dar mai ales unei bune calități a vieții acestuia. Alimentația fiecărui pacient are un potențial terapeutic comparabil administrării medicației, trebuind individualizată pentru a corespunde abilităților intelectuale, motivației, stilului de viață, culturii, statusului economic al acestuia. Trebuie integrați în acest proces familia pacientului precum și apropiații acestuia.

		Concept:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
1.	Evaluarea rapidă a prezenței funcțiilor vitale ( <i>prezența stării de conștiență, mișcări, vorbire, respirații</i> ) funcții vitale păstrate <input type="checkbox"/> ; stop cardiorespirator <input type="checkbox"/> <b>Bună ziua. Numele meu este ..... Sunt medicul/asistentul medical ce vă va examina astăzi.</b>	- inițierea discuției--				0 3 5
2.	<b>Îmi puteți confirma, vă rog, numele dumneavoastră.....</b> (sau verificarea brațării de identificare, dacă aceasta este disponibilă) <b>Și data nașterii ..... Mulțumesc</b> ( <i>se evită astfel confuzia între pacienți și efectuarea procedurii altui pacient în locul celui cu indicație . Se evită exprimări de tipul „Sunteți Domnul Popescu” ce ar putea genera o confirmare eronată printr-un răspuns automat de „Da” la un pacient puțin conectat la discuția cu personalul medical).</i>	Pacientul corect – CI  Correspondență cu foaia de obs. pentru Nume: <input type="checkbox"/> Data nașterii: <input type="checkbox"/>	ESEȘIAL			
3.	Decontaminarea cu un tampon cu soluție alcoolică a suprafețelor de mobilier cu care se interacționează în cursul determinării. Spălarea medicală a mâinilor ± Aplicarea mănușilor medicale curate ( <i>doar în caz de leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau a unui potențial infectant crescut al pacientului</i> ), ca parte a precauțiilor standard.	- precauții standard -				0 1 3
4.	Asigurarea unui mediu privat pentru examinare ( <i>salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.</i> ) Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, pulsoximetrie, termometrizare	TA: ...../..... mmHg; SaO2 ..... %; T ..... °C				0 3 6
5.	Evaluarea eventualei incompatibilități pentru calea de administrare orală: • proceduri medicale programat a fi efectuate într-un interval de timp imediat următor și care necesită o condiție de “nemâncat” pentru pacient	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	ESEȘIAL			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• existența recomandării de NPO (nihil per os – nimic pe cale orală)</li> </ul> <p>1. pacient comatos</p> <p>2. prezența grețurilor / vărsăturilor</p> <p>3. existența unui montaj de aspirație gastrică</p> <p>4. eventual examenul obiectiv al abdomenului: zgomote intestinale diminuate/ abolite</p>	<p>DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p>		
6.	<p>Poziționarea pacientului în pat, preferabilă poziția Fowler înalt (șezând, cu spatele ridicat). Evaluarea cavității bucale a pacientului din punct de vedere al dentiției, aspectului gingiilor, prezența de leziuni ce ar putea interfera cu alimentația.</p>	<p><i>În cazul în care, din motive medicale, poziționarea Fowler nu este posibilă, pacientul poate fi plasat în decubit lateral (culcat pe o parte) postură în care deglutiția (procesul de înghițire) este facilitată față de decubitul dorsal (culcat pe spate)</i></p>		0 5 9
7.	<p><b>Simțiți că ar trebui să urinați? Sau să ieșiți cu scaunul?</b></p>			0 3 5
8.	<p>Consultând foaia de observație a pacientului pentru mențiuni de tulburări de vedere, de miros sau de gust: <b>Vedeți bine? De exemplu mâncarea din farfurie. Mâncarea mai are gust? Sau sunt probleme?</b> (vârstnicii, prin atrofia papilelor gustative prezintă o diminuare a percepției gustului dulce și sărat; alimentele administrate lor, pentru a avea gust pot fi condimentate suplimentar). <b>Cu mirosul?</b></p>	<p>DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p>		0 3 5
9.	<p>Consultând foaia de observație a pacientului pentru mențiuni ca: vârstă (peste 65 de ani), diagnostic de demență; o eventuală atenționare de disfagie; în istoricul de intervenții la caz, efectuarea frecventă de manevre de aspirație orofaringienă. <b>Vi se întâmplă ca atunci când mâncați, acest lucru să vă provoace tuse, să vă înecați sau să vă sufocați? Aveți probleme când înghițiți? Dureri? O răgușală brusc apărută?</b></p> <p>DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Evaluare necesară în prevenția pneumoniei de aspirație ce poate surveni la pacienții cu disfagie. În cazul identificării unei astfel de situații este necesar efortul conjugat al nutriționistului, dieteticianului, medicului curant, specialistului de deglutiție, logopedului, medicului de familie ...</i></p>		0 5 9
10.	<p>DA <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asigurarea unui mediu relaxant, liniștit fără elemente care să poată distra atenția pacientului de la activitatea de alimentare.</li> <li>• Utilizarea unui fundal de muzică – o posibilitate de luat în considerare în cazul pacienților cu demență (reducerea tulburărilor de</li> </ul>			0 5 9

	<p>comportament din timpul alimentației – Liao et al. 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poziționarea pacientului cât mai ridicat în pat sau în scaun</li> <li>• <b>Introduceți în gură doar bucăți mici de mâncare pe care să le mestecați odată.</b></li> <li>• <b>Mestecați-le bine înainte să le înghițiți, vă rog.</b></li> <li>• <b>Introduceți în gură o nouă bucată de mâncare doar după ce ați înghițit tot ce aveți în gură</b></li> <li>• <b>După ce terminați de mâncat tot, o să vă rog să verificăm dacă au mai rămas în gură bucăți de mâncare neînghițite</b></li> <li>• <b>O să mai rămâneți în această poziție ridicată încă măcar 20 – 30 de minute după terminarea mesei</b></li> <li>• În cazul apariției semnelor clinice de aspirație laringo-traheo-bronșică (tuse, dispnee - sufocare, disfonie – răgușală etc.) extragerea imediată și completă a bucăților de alimente existente la nivelul cavității bucale</li> </ul>			
11.	<b>Încercăm să mâncăm ceva?</b>	<i>Explicăm pacientului CE ÎI VOM FACE</i>		0 1 3
12.	<b>Va fi nevoie să mestecați și să înghițiți bucățelele de mâncare pe care vi le puteți tăia singur sau vă pot ajuta eu cu asta. Să beți lichidele din masa pregătită pentru dumneavoastră.</b>	<i>Explicăm pacientului ÎN CE CONSTĂ PROCEDURA</i>		0 1 3
13.	<p>Este recomandabil să stați în șezut sau măcar culcat pe o parte pentru ca alimentul să nu o ia pe calea greșită și să vă înecați cu el, să-l aspirați în plămâni</p> <p>Dacă aveți probleme cu tăiatul mâncării vă pot ajuta eu. Sau pentru a turna lichidele în pahar.</p> <p>Trebuie doar să îmi spuneți și vă ajut cu plăcere. Sau pot să vă servesc eu cu toate felurile de mâncare. Cum doriți. Stau și eu pe scaun lângă dumneavoastră și altă treabă nu avem decât să mâncăm. Bine?</p> <p>Putem începe cu felul de mâncare pe care îl spuneți.</p>	<i>Aducem la cunostință pacientului CUM POATE SĂ CONTRIBUIE la realizarea administrării</i>		0 1 3
14.	<b>Alimentându-vă, oferiți corpului dumneavoastră energie și resursele ce îi permit funcționarea. De asemenea poate fi un moment plăcut, gustos.</b>	<i>Explicăm pacientului LA CE ÎI FOLOSEȘTE să se alimenteze corect.</i>		0 1 3
15.	<b>Am reușit să vă explic bine ce urmează să facem? A-ți dori poate dumneavoastră să mă întrebați ceva?</b>		ESEȚIAL	
16.	<b>În general, aveți poftă de mâncare?</b> DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>			0 1 3
17.	<p>NU <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>• Este acum un bun moment să mâncăm?</p>	<i>Este utilă implicarea aparținătorilor pacientului ce pot</i>		0 1 9

	<p><b>Sau aveți dureri sau vreun disconfort pe care am putea să-l tratăm?</b> (analgezice pentru durere, antipiretice în caz de febră etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Este ceva ce vă îngrijorează în mod deosebit acum? Ceva despre care ați vrea să discutăm?</b> (stressul psihic asociază anorexie – lipsa poftei de mâncare pentru pacient)</li> <li>• <b>Ce vă place, de obicei, să mâncați?</b></li> <li>• Se preferă porții mici de mâncare ce nu vor descuraja un pacient fără poftă de mâncare</li> <li>• Pentru vârstnici se evită alimentele uscate, crocante sau dure precum și a celor lipicioase (ex. bananele) datorită diminuării secreției glandelor salivare asociate ascensiunii în vârstă</li> <li>• Imediat înaintea sau imediat după alimentația pacientului se evită procedurile medicale greu tolerate de acesta</li> <li>• Crearea unui mediu plăcut pentru alimentație (curat, frumos aranjat, cu miros plăcut)</li> <li>• <b>Veți simți cu mai mare plăcere gustul alimentelor dacă înainte de masă reușiți o bună igienă a gurii. Periajul dinților, apă de gură? Doriți să spălăm fața, înainte să mâncați?</b></li> </ul> <p><b>Vă pot ajuta eu cu acestea, dacă doriți</b></p>	<p>furniza informațiile referitoare la preferințele alimentare ale pacientului și chiar să furnizeze mâncărurile respective, corespunzător gătite</p>		
74.	Consultând fișa de alimentație, selectarea, din dulapul de alimentație, a recipientelor alimentelor ce vor fi administrate - Verificarea I	Validarea corespondenței medicamentului selectat cu prescripția din fișa de medicație		
75.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• validarea orarului de administrare prescris (<math>\pm 30</math> minute)</li> </ul>	Momentul corect – C2		
76.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• validarea modalității de administrare prescrise</li> </ul>	modalitatea de administrare corectă – C3		
77.	<p>(de exemplu doar sub formă semisolidă sau lichidă – carnea deci doar pasată; mâncarea mediu încălzită – în patologii oro-faringo-esofagiene ce contraindică expunerea mucoasei acestora la temperaturi extreme – fierbinte / rece; sau pur și simplu servite la o temperatură conform preferințelor pacientului, anterior evaluate).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verificarea încadrării în termenul de valabilitate</li> </ul>	<p>DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p>	ESENȚIAL	

78.	Plasarea măsutei de alimentație la nivelul patului cu re poziționarea pacientului pentru a-i permite acestuia să observe cu ușurință mâncarea oferită.			0 1 3
79.	Consultând fișa de alimentație, extragerea recipientelor de alimente, din foliile lor de depozitare, la nivelul măsutei de alimentație-Verificarea II	Validarea corespondenței alimentului selectat cu prescripția din fișa de medicație □		0 5 9
80.	Prezentarea alimentelor din meniu.  <b>Aveți în meniul de astăzi .....</b> (de exemplu: supă creme de roșii, cartofi piure cu snițel de piept de pui, suc de portocale, apă plată, budincă de zmeură)  <b>Care din felurile de mâncare ați dori să le serviți prima oară?</b>	alimentele corecte – C5		0 2 5
81.	• pregătirea alimentelor solide și lichide conform cantităților prescrise	Doza corectă – C4	ESENȚIAL	
82.	Vă descurcați să mâncați folosind tacâmurile obișnuite? Consultând foaia de observație a pacientului pentru diagnostice ce pot implica tremor al mâinilor, astenie extremă, impotență funcțională a membrilor superioare (limitări în capacitatea de mișcare a mâinii, pumnului, coatelor umerilor), gâtului: <b>Vă tremură mâinile când țineți lingura sau furculița, astfel încât să vă fie dificil să mâncați din cauza aceasta?</b> DA □ NU □ Sau e dificil să dați capul pe spate când beți din paharele obișnuite? DA □ NU □ Vă întreb acestea deoarece vă putem ajuta dacă e cazul, cu tacâmuri sau veselă un pic modificate care v-ar ușura efortul de a manevra mâncarea. E dificil poate, să duceți lingura sau furculița la gură? Să îndoiiți pumnul, cotul, ca să reușiți aceasta? DA □ NU □	Utilizare de tacâmuri și respectiv veselă speciale 		0 5 9
83.	Consultând fișa de alimentație, aruncarea la coșul de deșuri menajere a foliilor din care a fost extrasă alimentația - Verificarea III	Validarea corespondenței alimentelor selectate cu prescripția din fișa de medicație		0 5 9
84.	Evaluarea eventualei incompatibilități pentru alimentul de administrat: <b>Vă știți alergic la alimentul.....?</b>	DA □ NU □	ESENȚIAL	
85.	Există incompatibilitate de administrare între	DA □ NU □		



	alimentul prescris și parametrii vitali anterior determinați (ex. TA, frecvență cardiacă, resp.)?			
86.	Evaluarea stării actuale a pacientului d.p.d.v. al simptomatologiei și a condiției ce a generat prescripția alimentației respective (ex. prezența edemelor, gradul durerii, valoarea glicemiei ș.a.)	<b>EVALUAREA PREALIMENTARE</b>		0 5 9
87.	<b>Am să vă rog acum să înghițiți bucăți de .....Vreți să beți un pic de apă? Sau suc?</b> (oferirea pacientului de lichide pentru ingestie ori de câte ori acesta le solicită dar nu după mai mult de trei sau patru „guri pline de mâncare” consumate de acesta)	<i>eventual ajutăm pacientul, ducându-i noi la gură paharul de medicație</i>		0 5 9
88.	Abordarea unui subiect de discuție confortabil pentru pacient (în cazul pacienților cu disponibilitate pentru dialog, în scopul creerii unei atmosfere plăcute, favorabile procesului de alimentației) <b>Alimentarea pacientului</b>			0 3 6
89.	Notarea în fișa pacientului a:	<i>În cazul refuzului alimentației de către pacient sau dacă aceasta a fost omisă de către persoana medicală responsabilă de administrare – notarea acestei situații în fișa pacientului explicând și motivul. Avertizarea medicului curant / asistentei șef de asupra situației apărute.</i>		0 3 6
90.	• felului alimentelor administrate			0 3 6
91.	• cantităților administrate, din meniul recomandat			0 3 6
92.	• modalității prin care a fost administrat medicamentul (ex. pasat)			0 3 6
93.	• datei, orei și minutului începerii și finalizării alimentației (eventual, în caz de diferență mai mare de 30 minute față de ora de administrare prescrisă – notarea motivului decalajului. Vârșnicii necesită o durată mai mare de timp alocată mesei. Uneori este necesară, din acest motiv, reîncălzirea alimentelor)			0 3 6
93.	• parametrilor clinici și biologici relevanți, evaluați înainte de alimentarea pacientului (ex. TA, FC, gradul durerii, valoarea glicemiei ș.a.) Semnarea înscrisurilor realizate în fișa pacientului, referitoare la administrarea alimentelor			0 3 6
94.	Îndepărtarea de la nivelul patului a măsutei de alimentare cu resturile rămase neconsumate.			0 1 3
95.	<b>Vreți să vă ajut să vă spălați pe dinți după masă. Să spălați mâinile? Sau poate pe față, gura?</b>			0 1 3
96.	Evaluarea, după câteva minute, a parametrilor clinici și biologici relevanți și/sau a efectului preconizat (ex. TA, FC, gradul durerii, valoarea glicemiei, instalarea somnului ș.a.)	<b>EVALUAREA POSTALIMENTARE</b>		0 1 3
97.	Notarea în fișa pacientului: • parametrilor clinici și biologici relevanți, efectul preconizat, evaluați după alimentarea pacientului (ex. TA, FC, gradul durerii, valoarea glicemiei, instalarea somnului ș.a.)			0 1 3
98.	• apariția sau nu a unor eventuale incidente,			0 1

	accidente sau reacții adverse ( <i>senzație de greață, vărsături, eventuale dificultăți la mestecarea alimentelor, la înghițirea lor – cu impact în ajustări ale meniurilor următoare – de exemplu prepararea lor în forme semisolide etc., utilitatea folosirii de tacâmuri speciale</i> )			3
99.	<ul style="list-style-type: none"> <li>eventualele mențiuni din partea pacientului, relevante pentru alimentație (<i>acceptarea meniului propus, cum a fost el tolerat</i>)</li> </ul> Semnarea înscrisurilor menționate în fișa pacientului, referitoare la alimentație			0 1 3
100	Repoziționarea confortabilă a pacientului cu plasarea patului la nivelul de înălțime minimă. Plasarea paharului cu apă, telecomenzilor de utilitate a salonului ( <i>ex. sistemul de alarmare a personalului medical, telecomanda televizorului etc.</i> ), obiectelor de utilitate personală ( <i>ex. ochelari, telefon mobil, carte etc.</i> ) la nivelul nopțierei medicale ce deservește patul pacientului			0 5 9
101	Spălarea medicală a mâinilor ± Aplicarea mănușilor medicale curate. Decontaminarea cu un tampon cu soluție alcoolică a suprafeței măsuței medicale utilizate. Dezbrăcarea mănușilor eventual utilizate anterior cu aruncarea lor în recipientul de deșeuri infecțioase neînțepătoare. Spălarea medicală a mâinilor. <b>Bună ziua. Vă las acum să vă odihniți un pic. Voi reveni la dumneavoastră peste ..... (de exemplu 2 ore) când vom face ..... (de exemplu tratamentul)</b> Părăsirea salonului cu îndepărtarea resturilor alimentare rămase neconsumate			0 5 9
Punctaj total: 200		<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	%
		<input type="radio"/>	criteriu parțial îndeplinit	%
		<input type="radio"/>	criteriu total îndeplinit	%



## ÎNGRIJIREA ORALĂ

### Procedură medicală



ÎNGRIJIREA ORALĂ

## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Îngrijirea orală implică promovarea, organizarea și, în cazul pacienților aflați în incapacitate, chiar efectuarea unei igiene zilnice a dinților (folosirea aței dentare, periaj), gingiilor (stimularea mecanică), gurii (clătirea) acestora; promovarea/organizarea controalelor stomatologice regulate; examinarea zonei orale și, în funcție de problemele identificate la evaluare, promovarea/organizarea unor consultări suplimentare cu specialiștii din domeniul îngrijirii orale (stomatologi, chirurghi orali etc.).

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Evaluateți starea pacientului ( <i>conștiința, mișcările, vorbirea, respirația</i> ): <i>Funcții vitale conservate</i> <input type="checkbox"/> ; <i>Stop cardiorespirator</i> <input type="checkbox"/> (dacă este cazul, procedați la protocolul cardiorespirator) <b>Bună dimineața/ziua. Numele meu este ..... Sunt medicul / asistenta dvs.</b>				0 2 5
2.	<b>Puteți să-mi spuneți numele dvs, vă rog ..... Și data nașterii .....</b> <b>Mulțumesc.</b> ( <i>Acest lucru se face pentru a evita efectuarea procedurii pe un pacient greșit, deoarece pot exista mai mulți pacienți cu același nume. De asemenea, nu întrebați, de ex. "Sunteți Dl. Popescu?" pentru a evita primirea unei confirmări false de la pacienții distrași de simptomele proprii sau din alte motive</i> ). Mai ales la pacienții cu dificultăți de comunicare ( <i>confuz, comă, etc.</i> ), verificați conformitatea dintre datele din foaia de observație și brățară ( <i>aflată la încheietura brațului pacientului</i> ) în ceea ce privește identitatea pacientului. <i>Pacienții confuzi, în comă, depresivi, bolnavi grav sau cei care au nevoie pur și simplu de tuburi nazogastrice sau de terapie cu oxigen ori în condiții de îngrijire pe termen lung prezintă un risc crescut de probleme de sănătate orală, aceștia beneficiind cel mai mult de procedurile de igienă orală.</i>	ESEȚIAL			
3.	Asigurați un mediu privat de examinare ( <i>cameră cu un pat, perdele, paravane etc.</i> ) <b>Trebuie să spălăm gura și dinții.</b> ( <i>ce vom face</i> )				0 1 3
4.	<b>Manevra implică inspectarea gurii pentru a identifica carii, depuneri pe dinți, miros, secreții și aspectul gingiilor .....</b> Vom peria și folosi ața dentară, vom spăla gura. Acest lucru este, în general, ușor de efectuat, nu implică tăieturi sau înțepături, așa că nu ar trebui să doară. ( <i>în ce constă manevra</i> )				0 1 3
5.	<b>Veți fi plasat în poziția șezut (sau pe o parte). Credeți că vă va fi greu să păstrați o astfel de poziție timp de, să zicem, 20 de minute? Este foarte important să rămâneți relaxat și calm în timpul procedurii. Când vă voi întreba, va trebui să scuipați lichidul din gură într-un recipient special aflat la îndemână</b> (cum să contribuiți la procedură)				0 1 3
6.	<b>Efectuarea unei bune igiene a gurii este un element important al stării dumneavoastră medicale. Un eșec în menținerea acesteia comportă riscuri mari pentru infecțiile asociate la nivel local și, de asemenea, la nivelul căilor respiratorii, pneumonie, de exemplu. Sau o prelungire în procesul de vindecare ori chiar un eșec.</b> ( <i>Beneficiul procedurii</i> )				0 1 3
7.	<b>E totul clar acum despre procedură? Vreți să mă mai întrebați ceva?</b>	ESEȚIAL			
8.	<b>Ați mai trecut vreodată printr-o procedură de îngrijire a cavității orale? Puteți să-mi spuneți cât de des, când și cum vă curățați dinții și gura de unul singur?</b> ( <i>Evaluarea percepției și implicării pacienților în propriile probleme de sănătate. Lipsa de cunoștințe în ceea ce privește menținerea igienei orale predispune la probleme orale</i> )				0 1 3
9.	<b>Asigurările dvs. de sănătate includ îngrijirea dentară? Cât de des ați</b>				0 1

	<b>facut controale dentare în ultimii trei ani?</b>		3
10.	<b>Simțiți gustul alimentelor? Le preferați pe cele sărate sau pe cele dulci? De exemplu, ce?</b> <i>(Aportul ridicat de sare, zaharurile rafinate pot duce la eroziuni ale smalțului)</i>		0 1 3
11.	<b>Aveți senzații frecvente de gură uscată? Vă treziți noaptea să beți apă?</b> <i>(Diminuarea secrețiilor salivare duce la o mucoasă orală uscată și subțire care favorizează rănilor și leziunile locale)</i>		0 1 3
12.	<b>Cât de mult lichid beți într-o zi? Adăugând supă, ceai, orice consum de lichid, este vorba de un total de 2000 ml pe zi? Sau mai puțin?</b> <i>(Diminuarea aportului de lichide duce la o mucoasă orală uscată și subțire care favorizează rănilor și leziunile locale)</i>		0 1 3
13.	<b>Fumați? Câte țigări pe zi? De cât timp?</b> <i>(Fumatul puternic, definit la un fumător care raportează consumul a 20 de țigări sau mai mult pe zi sau &gt; 20 de pachete /an ⇒ calcul: numărul de pachete fumate în fiecare zi înmulțit cu numărul de ani de fumat ⇒ duce la o mucoasă orală uscată și subțire care favorizează rănilor și leziunile locale)</i>		0 1 3
14.	<b>Ce fel de alcool preferați, coniac, vin, bere, vodcă .....? În ce cantitate pe săptămână?</b> <i>(un consumator de alcool cu risc ridicat, definit printr-un consum de &gt; 14 unități de alcool pe săptămână ⇒ o unitate este de 10 ml sau 8 g de alcool pur la 25 ml băuturi tari ≈ 40% -, 76 ml băuturi de tipul vinului ≈ 13,5% , 250 ml băuturi tip bere ≈ 4% ⇒, conduc la o mucoasă orală uscată și subțire care favorizează rănilor și leziunile locale)</i>		0 1 3
15.	Consultând foaia de observație, verificați medicamentele prescrise în ceea ce privește posibilul efect secundar de uscăciune a gurii (ex., diuretice, laxative, tranchilizante, în special dacă sunt utilizate excesiv) sau tratament anterior care implică radiații la nivelul capului și gâtului <i>(datorită procesului de fibroză a glandelor salivare, dezvoltat ca rezultat al radiațiilor care duc la secreție insuficientă. Saliva are caracteristici antiinfecțioase)</i>		0 1 3
16.	Dacă nu au fost recent evaluate: măsurarea tensiunii arteriale, pulsometria, termometria: presiune arterială ..... mmHg, SaO2 .....%, T ..... ° C . Spălați-vă pe mâini. Aplicați mănuși medicale curate, ca parte a precauțiilor standard.		0 1 3
17.	Utilizați un tampon îmbibat cu alcool pentru a decontamina orice suprafață de mobilier cu care veți fi în contact în timpul manevrei.		0 1 3
18.	Evaluarea înregistrărilor medicale ale pacientului din punctul de vedere al condițiilor asociate care ar putea contraindica fie poziția înaltă Fowler (de exemplu sindromul hipoperfuziei cerebrale), fie decubitul lateral (ortopedie/boli reumatologice, condiții locale).		0 1 3
19.	Aruncați mănușile folosite în containerul deșeurilor infecțioase ne-ascuțite. Spălați-vă pe mâini. Aplicați o nouă pereche de mănuși medicale, ca parte a precauțiilor standard. <i>(pentru a evita răspândirea infecțiilor de la și la pacient).</i> Plasați pacientul în poziție înaltă Fowler <i>(așezat în pat cu partea superioară a corpului la un unghi de 60 - 90 grade față de orizontală)</i> sau dacă acest lucru nu este posibil, utilizați decubit lateral <i>(așezat în pat pe o parte)</i> <i>(aceste posturi împiedică pacientul să aspire în arborele bronșic lichidele utilizate în procedura de igienă a gurii).</i> Ridicați patul pacientului până la nivelul taliei personalului care efectuează îngrijirea orală. <i>(pentru a evita supraîncărcarea musculaturii paravertebrale, altfel excesiv utilizată în activitățile medicale efectuate la patul pacientului)</i>		0 1 3



20.	Consultarea fișei de observație: <b>Aveți proteze dentare, punți, intervenții dentare anterioare?</b> Folosind o lanternă, examinați cavitatea bucală pentru a identifica carii, dinții ruți, edentație parțială, depozite pe dinți, miros, secreții, aspectul gingiilor, existența lucrărilor de punți, proteze. <i>(În cazul protezelor artificiale, acestea trebuie curățate în mod regulat și trebuie purtate constant pentru a menține conformitatea feței, pentru a preveni atrofia gingivală, pentru a permite o bună masticatie. Pentru a fi curățate, acestea trebuie îndepărtate din gură de către pacient sau, dacă acesta nu este în stare să facă acest lucru, de către profesioniștii medicali care efectuează îngrijirea orală: dinții superiori din partea din față a protezelor trebuie prinși cu un tifon și placa dislocată de pe cerul gurii cu mișcări scurte în sus și în jos. Protezele inferioare se scot de pe gingiile mandibulare ridicându-le de o parte sau de alta. Protezele parțiale pot fi dislocate prin exercitarea presiunii asupra dinților artificiali evitând clamele - care nu sunt dintr-un material atât de dur ca dinții).</i>		0 1 3
21.	<b>Sunteți alergic la ceva, produse din cauciuc, pastă de dinți, produse pentru curățarea protezelor dentare?</b> <i>(Evaluarea posibilelor alergii la materialele utilizate în mod obișnuit în procedură)</i>	ESENȚIAL	
22.	<b>Când ați mâncat ultima dată? Este recomandabil să efectuați igiena gurii înainte și după fiecare masă</b> <i>(în funcție de condițiile orale locale, poate fi necesară igiena gurii de la 1-3 ori pe zi până la un interval de 2 ore)</i>		0 1 6
23.	Plasați sub bărbia pacientului un dispozitiv pentru a reține lichidele care ar putea curge din zona orală în timpul procedurii de igienă a gurii (de ex. prosop, cârpă absorbantă sau tampon, bazinet curbat)		0 1 5
24.	Selectarea dispozitivelor cele mai potrivite pentru a fi utilizate în igiena gurii. <b>Vă simțiți confortabil când utilizați periuța de dinți pentru igiena gurii? Sau acest lucru este neplăcut ori chiar vă face rău? Vă sângerează ușor gingiile când utilizați periuța de dinți?</b> Consultarea fișei de observație, verificarea problemelor orale care pot contraindica utilizarea periuței de dinți (diagnostice, intervenții locale vechi sau recente). <b>Dacă da, putem folosi o perie cu peri moi sau chiar o putem înlocui cu un tampon oral, din spumă, de exemplu. Dar în acest caz nu vom putea elimina tartrul de pe suprafața dinților. Același lucru dacă vom folosi o tifon înmuiat cu soluție salină, care este un alt dispozitiv posibil a fi utilizat pentru îngrijirea orală.</b> <i>(tampoanele impregnate cu glicerină și lămâie, care pot fi o opțiune pentru îngrijirea orală, trebuie evitate datorită efectului iritant asupra mucoasei orale care poate deveni uscată; la fel și în cazul dinților decalcificați)</i>		0 1 5
25.	Utilizând apă de la robinet sau soluție salină, umeziți capul periuței de dinți. Aplicați pe perie pasta de dinți cu bicarbonat de sodium. <i>(o salivă acidă va favoriza dezvoltarea florei orale, astfel diminuarea acidității va duce la o scădere a încărcăturii microbiene la nivelul gurii, de asemenea bicarbonatul de sodiu va ajuta procesul de curățare prin dizolvarea mucusului)</i>		0 1 3
26.	<b>Ați prefera să vă spălați dinții singur, sub îndrumarea mea, sau preferați să o fac eu?</b>	ESENȚIAL	
27.	Asigurați-vă că există lumină bună pentru examinare (utilizarea unei lanterne poate fi necesară)		0 1 3
28.	Poziționați-vă pe partea dreaptă a pacientului <i>(sau pe partea stângă dacă personalul care efectuează manevra este stângaci)</i>		0 1 3
29.	<b>Vă rugăm să deschideți ușor gura, desfăcând buzele pentru a-mi permite să vă verific dinții și să inserez periuța de dinți. Nu deschideți</b>		0 1 3

	<b>gura prea larg, deoarece trebuie să mențineți această poziție câteva minute.</b>		
30.	Poziționați perii periutei în contact strâns cu doi sau trei dinți, cei superiori din partea din față a gurii (incisivi), la nivelul inserției dintelui în gingie (șanțul gingival), la un unghi de 45 de grade cu suprafața dinților.		0 1 3
31.	Apăsați ușor perii în șanțul gingival și rotiți capul periutei pentru a peria suprafața dinților ( <i>prin aceasta, unghiul perilor cu dinții se va schimba de la 45 grade în jos către o poziție perpendiculară și în cele din urmă la 45 grade în sus</i> ) cu o mișcare fermă de la baza danturii până la vârful ei ( <i>de la inserția gingivală la coroană</i> ), în intenția de a îndepărta orice depozite rămase în interiorul șanțului gingival și, totodată, depozitele de pe suprafața dinților.		0 1 3
32.	<b>În orice moment și ori de câte ori aveți nevoie, semnalizați, ridicând o mână, dacă aveți nevoie să vă spălați gura de pastă de dinți.</b> ( <i>în acest scop se poate utiliza apa de la robinet, precum și soluții salină sau apă de gură simplă sau în diluție cu soluție salină; peroxidul de hidrogen reprezintă o bună alegere pentru clătirea gurii în îngrijirea orală, dar apele de gură cu alcool pot irita și usca mucoasa orală</i> ) <b>O clătire bună va elimina din cavitatea orală toate particulele desprinse în timpul procesului de periere.</b>		0 1 3
33.	Repoziționați perii periutei de dinți la șanțul gingival, într-un unghi de 45 de grade și repetați mișcarea, până când, în zona tratată, dinții și regiunea gingivală au un aspect curat.		0 1 3
34.	<b>Vă rugăm să vă clătiți acum gura cu puțin din acest lichid.</b> Oferiți pacientului o ceașcă cu lichidul de clătire ales sau, în cazul în care acesta este prea slăbit pentru a bea din ceașcă sau se află în decubit lateral, oferiți-i un pai. <b>Dacă puteți scuipa lichidul din gură în acest bazinet, vă rugăm să faceți acest lucru.</b> Plasați un bazinet curbat sub bărbie. <b>Scuipați totul, vă rog.</b> Pentru pacienții în comă care trebuie poziționați în decubit lateral, lichidele de clătire sunt administrate cu ajutorul unei seringi și sunt îndepărtate cu ajutorul unui dispozitiv de aspirație. ( <i>pentru a preveni aspirația bronho-alveolară din cauza pierderii reflexului de înghițire, lucru care caracterizează starea persoanei în comă</i> ). Scoateți bazinetul și puneți-l la îndemână.		0 1 3
35.	Deplasați-vă spre următoarea asociere a dinților, la dreapta sau la stânga, care urmează să fie curățată și repetați manevrele de periere folosind aceeași tehnică. Finalizați toate suprafețele externe interdentare ale maxilarului superior.		0 1 9
36.	Așezați un bazinet curbat sub bărbia pacientului. <b>Vă rugăm să clătiți din nou gura. Scuipați în bazinet. .... Mulțumesc.</b> Scoateți bazinetul și puneți-l la îndemână. Controlați zona dentară și gingia care au fost curățate. Continuați să curățați zona în cazul în care rezultatul nu corespunde așteptărilor.		0 1 3
37.	<b>Relaxați-vă acum buzele și deschideți un pic mai mult gura pentru a-mi permite să văd mai bine partea interioară a dinților și să introduc periuta de dinți. Totuși, nu deschideți prea larg, deoarece trebuie să mențineți această poziție câteva minute.</b>		0 1 3
38.	Repetăți manevrele de periere folosind aceeași tehnică, însă acum pe suprafața interioară a maxilarului superior.		0 1 3

39.	Repetati mișcările până când, în zona prelucrată, dinții au aspect curat. Finalizați întreaga suprafață interioară a maxilarului superior.		0 1 9
40.	Așezați bazinetul curbat sub bărbia pacientului. <b>Vă rugăm să clătiți din nou gura. Scurpați în bazinet. .... Mulțumesc.</b> Scoateți bazinetul și puneți-l la îndemână. Controlați zona dentară și gingia care au fost curățate. Continuați să curățați zona în cazul în care rezultatul nu corespunde așteptărilor.		0 1 3
41.	<b>Acum, vă rog să vă depărtați buzele din nou, cu gura doar puțin deschisă. Vom peria acum vârful dinților. Nu o deschideți prea larg, deoarece trebuie să mențineți această poziție câteva minute.</b>		0 1 3
42.	<b>Poziționați perii periutei la vârful dinților (partea dintelui cu care mușcați), cei superiori din partea din față a gurii, perpendicular pe arcada dentară pentru a putea muta periuta de dinți în interiorul și în exteriorul gurii și a peria apexul.</b>		0 1 3
43.	Deplasați-vă spre următoarea asociere a dinților, la dreapta sau la stânga, care urmează să fie curățată și repetați manevrele de periere folosind aceeași tehnică. Finalizați toată suprafața dinților cu care se mușcă din maxilarul superior.		0 1 9
44.	Așezați bazinetul curbat sub bărbia pacientului. <b>Vă rugăm să clătiți din nou gura. Scurpați în bazinet. .... Mulțumesc.</b> Scoateți bazinetul și puneți-l la îndemână. Controlați zona dentară și gingia care au fost curățate. Continuați să curățați zona în cazul în care rezultatul nu corespunde așteptărilor.		0 1 3
45.	<b>Vă rugăm să deschideți ușor gura, desfăcând buzele pentru a-mi permite să vă verific dinții și să inserez periuta de dinți.</b>		0 1 3
46.	Poziționați perii periutei în contact strâns cu doi sau trei dinți, cei superiori din partea din față a gurii (incisivi), la nivelul inserției dintelui în gingie (șanțul gingival), la un unghi de 45 de grade cu suprafața dinților.		0 1 3
47.	Apăsați ușor perii în șanțul gingival și rotiți capul periutei de dinți pentru a peria suprafața dinților (prin aceasta, unghiul perilor cu dinții se va schimba de la 45 grade în jos către o poziție perpendiculară și în cele din urmă la 45 grade în sus) cu o mișcare fermă de la baza danturii până la vârful ei (de la inserția gingivală la coroană), în intenția de a îndepărta orice depozite rămase în interiorul șanțului gingival și, totodată, depozitele de pe suprafața dinților.		0 1 3
48.	Repoziționați perii periutei de dinți la șanțul gingival, într-un unghi de 45 de grade și repetați mișcarea, până când, în zona tratată, dinții și regiunea gingivală au un aspect curat.		0 1 3
49.	Deplasați-vă spre următoarea asociere a dinților, la dreapta sau la stânga, care urmează să fie curățată și repetați manevrele de periere folosind aceeași tehnică. Finalizați toată suprafața dinților de pe mandibulă.		0 1 9
50.	Așezați bazinetul curbat sub bărbia pacientului. <b>Vă rugăm să clătiți din nou gura. Scurpați în bazinet. .... Mulțumesc.</b> Scoateți bazinetul și puneți-l la îndemână. Controlați zona dentară și gingia care au fost curățate. Continuați să curățați zona în cazul în care rezultatul nu corespunde așteptărilor.		0 1 3
51.	Repetati manevrele de periere folosind aceeași tehnică, dar acum pentru suprafața interioară a mandibulei. <b>Relaxați-vă acum buzele și deschideți</b>		0 1 3

	un pic mai mult gura pentru a-mi permite să văd mai bine partea interioară a dinților și să introduc periuța de dinți. Totuși, nu deschideți prea larg, deoarece trebuie să mențineți această poziție câteva minute.			
52.	Repetati mișcările până când, pentru zona prelucrată, dinții au un aspect curat. Finalizați întreaga suprafață interioară a mandibulei.			0 1 9
53.	Așezați bazinetul curbat sub bărbia pacientului. <b>Vă rugăm să clătiți din nou gura. Scurpați în bazinet. .... Mulțumesc.</b> Scoateți bazinetul și puneți-l la îndemână. Controlați zona dentară și gingia care au fost curățate. Continuați să curățați zona în cazul în care rezultatul nu corespunde așteptărilor.			0 1 3
54.	<b>Acum, vă rog să depărtați buzele din nou, cu gura doar puțin deschisă. Vom peria acum vârful dinților. Nu deschideți prea larg, deoarece trebuie să mențineți această poziție câteva minute.</b>			0 1 3
55.	Deplasați-vă spre următoarea asociere a dinților, la dreapta sau la stânga, care urmează să fie curățată și repetați manevrele de periere folosind aceeași tehnică. Finalizați toată suprafața internă a mandibulei.			0 1 9
56.	Așezați bazinetul curbat sub bărbia pacientului. <b>Vă rugăm să clătiți din nou gura. Scurpați în bazinet. .... Mulțumesc.</b> Scoateți bazinetul și puneți-l la îndemână. Controlați zona dentară și gingia care au fost curățate. Continuați să curățați zona în cazul în care rezultatul nu corespunde așteptărilor.			0 1 3
57.	<b>Acum, vă rugăm să deschideți larg gura. Vom curăța acum limba. Totuși, nu deschideți prea larg deoarece trebuie să mențineți această poziție câteva secunde. Mulțumesc.</b>			0 1 3
58.	Așezați capul periutei de dinți cu partea opusă, cu peri special concepuți pentru acest scop, pe limbă. <i>(Dacă o astfel de parte nu există, pot fi folosiți perii normali).</i> Spălați ușor suprafața superioară a limbii, fiind precauți să nu induceți greață și vărsături. <i>(Dacă limba nu se curăță eficient, o mulțime de bacterii persistă în cavitatea orală, menținând un risc crescut de apariție a complicațiilor infecțioase orale și respiratorii care afectează mirosul respirației).</i>			0 1 9
59.	Plasați bazinetul curbat sub bărbie. <b>Vă rugăm să clătiți din nou gura. Aruncați acum în bazinet. .... Mulțumesc.</b> Luați bazinetul de lângă pacient și puneți-l la îndemână. Inspectați zona limbii care tocmai a fost periată. Continuați să curățați zona în cazul în care rezultatul nu corespunde așteptărilor. <i>(depozitele pe suprafața limbii pot fi determinate de o igienă orală slabă, dar și de dehidratare, infecții fungice, medicamente .....).</i>			0 1 3
60.	Folosind un prosop, ștergeți buzele pacientului. <b>Vă șterg puțin gura.</b>			0 1 3
61.	<b>Pentru a îndepărta resturile care s-au acumulat în spațiul mic dintre dinți, se poate folosi ața dentară. Nu face parte dintr-o igienă de bază a gurii (prin faptul că nu există dovezi suficiente în acest sens), dar este singura modalitate logică de a curăța acea parte din dinți și zona gingivală asociată.</b>			0 1 3
62.	Desfaceți 45 cm de ață cerată (mai bună decât cea ne-cerată care este mai dispusă la rupere și resturile pot rămâne între dinți) și rotiți marginile în jurul celui de-al treilea deget al fiecărei mâini, de două sau trei ori, pentru a putea ține bine			0 1 3



	<p>63. ața, lăsând aproximativ 15 cm de ață liberă.</p> <p>64. Reduceți această lungime de 15 cm a aței la aproximativ 2,5 cm și tensionați ața prin plasarea degetului mare de la o mână îndreptat în sus și a indexului celeilalte mâini, îndreptat și el în sus, asigurând astfel o mai bună instrumentare a dinților de pe maxilarul superior.</p> <p>65. Introduceți 2,5 cm de ață în spațiul dintre incisivii superiori, o parte plasată în interiorul gurii și cealaltă în afara acesteia.</p> <p>66. Avansați, într-o mișcare descendentă, apăsând cu ambele degete, până când ața ajunge la gingie, ușor, cu grijă să nu o răniți. Așezați ața între dinți în șanțul gingival și îndoiți-o în jurul părții laterale a unuia sau a celuilalt dinte din spațiul în care se lucrează, în forma literei C.</p> <p>67. Din această poziție mișcați ața în jos cu intenția de a elimina reziduurile potențiale din șanțul gingival și partea laterală a dintelui instrumentat în afara spațiului interdental.</p> <p>68. Repetați această operație de mișcare în sus și în jos a aței dentare de mai multe ori, până când se obține igiena dorită. Apoi întoarceți ața spre celălalt dinte al spațiului interdental, de asemenea, în formă de C, pentru a curăța și partea rămasă din acel spațiu.</p> <p>69. Deplasați-vă spre următoarea asociere a dinților, la dreapta sau la stânga, care urmează să fie curățată și repetați manevrele de periere folosind aceeași tehnică. Finalizați toate spațiile interdentalare ale maxilarului.</p> <p>70. <b>Vă rugăm să vă clătiți acum gura cu puțin din acest lichid.</b> Oferiți pacientului o ceașcă cu lichidul de clătire ales sau, în cazul în care acesta este prea slăbit pentru a bea din ceașcă sau se află în decubit lateral, oferiți-i un pai. <b>Dacă puteți scuipa lichidul din gură în acest bazin, vă rugăm să faceți acest lucru.</b> Plasați un bazinet curbat sub bărbie. <b>Scuipați totul, vă rog.</b> Pentru pacienții în comă care trebuie poziționați în decubit lateral, lichidele de clătire sunt administrate cu ajutorul unei seringi și sunt îndepărtate cu ajutorul unui dispozitiv de aspirație. <i>(pentru a preveni aspirația bronho-alveolară din cauza pierderii reflexului de înghițire, lucru care caracterizează starea persoanei în comă).</i> Scoateți bazinetul și puneți-l la îndemână.</p> <p>71. Desfaceți încă 45 cm de ață cerată și rotiți marginile în jurul celui de-al treilea deget al fiecărei mâini, de două sau trei ori, pentru a putea ține bine ața, lăsând aproximativ 15 cm de ață liberă.</p> <p>72. Reduceți această lungime de 15 cm a aței la aproximativ 2,5 cm și tensionați ața prin plasarea degetului mare de la o mână îndreptat în sus și a indexului celeilalte mâini, îndreptat și el în sus, asigurând astfel o mai bună instrumentare a dinților mandibulari.</p> <p>73. Introduceți 2,5 cm de ață în spațiul dintre incisivii inferiori, o parte plasată în interiorul gurii și cealaltă în afara acesteia.</p> <p>74. Avansați, într-o mișcare descendentă, apăsând cu ambele degete, până când ața ajunge la gingie, ușor, cu grijă să nu o răniți. Așezați ața între dinți în șanțul gingival și îndoiți-o în jurul părții laterale a unuia sau a celuilalt dinte din spațiul în care se lucrează, în forma literei C.</p> <p>75. Din această poziție, mișcați ața în jos cu intenția de a elimina reziduurile potențiale din șanțul gingival și din partea laterală a dintelui instrumentat în afara spațiului interdental.</p> <p>76. Repetați această operație de mișcare în sus și în jos a aței dentare de mai multe ori, până când se obține igiena dorită. Apoi întoarceți ața spre celălalt dinte al spațiului interdental, tot în formă de C, pentru a curăța și partea rămasă a celui spațiu.</p>				0 1 3
					0 1 3
					0 1 3
					0 1 3
					0 1 3
					0 1 9
					0 1 3
					0 1 3
					0 1 3
					0 1 3
					0 1 3
					0 1 3
					0 1 3
					0 1 3
					0 1 3
					0 1 3



76.	Deplasați-vă spre următoarea asociere a dinților, la dreapta sau la stânga, care urmează să fie curățată în continuare și repetați manevrele de periere folosind aceeași tehnică. Finalizați toate spațiile interdentare ale mandibulei.			0 1 9
77.	<b>Vă rugăm să vă clătiți acum gura cu puțin din acest lichid.</b> Oferiți pacientului o ceașcă cu lichidul de clătire ales sau, în cazul în care acesta este prea slăbit pentru a bea din ceașcă sau se află în decubit lateral, oferiți-i un pai. <b>Dacă puteți scuipa lichidul din gură în acest bazinet, vă rugăm să faceți acest lucru.</b> Plasați un bazinet curbat sub bărbie. <b>Scuipați totul, vă rog.</b> Pentru pacienții în comă care trebuie poziționați în decubit lateral, lichidele de clătire sunt administrate cu ajutorul unei seringi și sunt îndepărtate cu ajutorul unui dispozitiv de aspirație. <i>(pentru a preveni aspirația bronho-alveolară din cauza pierderii reflexului de înghițire, lucru care caracterizează starea persoanei în comă).</i> Scoateți bazinetul și puneți-l la îndemână.			0 1 3
78.	Aplicați hidratant hidrosolubil pe buzele pacientului <i>(tipul de hidratant cu ulei mineral expune pacienții, în cazul aspirării în plămâni, la pneumonie lipidică, astfel încât utilizarea acestuia este contraindicată)</i>			0 1 3
79.	Aplicați înlocuitori de salivă în caz de gură uscată datorită secreției salivare deficitare.			0 1 3
80.	Aruncați mănușile folosite în containerul deșeurilor infecțioase ne-ascuțite. Spălați mâinile prin procedura medicală.			0 1 3
81.	<b>Este important pentru sănătatea dumneavoastră să vă spălați dinții de cel puțin patru ori pe zi, după mese și în timpul nopții, și să folosiți ața dentară cel puțin o dată pe zi. Dacă nu vă puteți peria dinții sau folosi ața dentară, clătiți cel puțin gura cu apă. Nu este același lucru, dar ar putea ajuta la menținerea igienei gurii.</b>			0 1 3
82.	Utilizați un tampon cu alcool pentru a decontamina toate suprafețele de mobilier care au fost implicate în procedură. Îndepărtați mănușile folosite și aruncați-le în recipientul deșeurilor infecțioase neascuțite. Spălați-vă mâinile.			0 1 3
83.	Completați dosarul medical al pacientului cu toate detaliile legate de realizarea procedurii, accidente, complicații - după caz, data și ora.	ESEȚIAL		
84.	Trebuie luate toate măsurile pentru siguranța pacientului <i>(ajustați patul la un nivel inferior de înălțime și ridicați limitatorii laterali)</i> . Asigurați-vă că pacientul poate ajunge cu ușurință la obiecte personale <i>(de exemplu, telefon mobil, carte, cuvinte încrucișate etc.)</i> , paharul de apă și telecomanda pentru a solicita ajutor medical. Dați detalii despre programul medical care trebuie urmat și despre momentul în care pacientul va fi reexaminat.			0 1 3
Punctaj total: 300		<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	%
		<input type="radio"/>	criteriu parțial îndeplinit	%
		<input type="radio"/>	criteriu îndeplinit total	%

## Bibliografie

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Centers for Disease Control and Prevention. Overview of CDC Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections. Available at URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Guide/overview.htm>  
<http://www.smokingpackyears.com/>

UK Chief Medical Officers Low risk drinking guidelines, August 2016

[www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545937/UK\\_CMOs\\_report.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf)

<http://www.cbsnews.com/news/a-big-problem-with-flossing/>, 2 August 2016

<https://www.youtube.com/watch?v=VVj-3R2Y9Ok>



## TOALETA PACIENTULUI IMOBILIZAT LA PAT CU APĂ ȘI SĂPUN OBIȘNUIT

### Procedură medicală









**TOALETA PACIENTULUI IMOBILIZAT LA PAT CU APĂ ȘI SĂPUN  
OBIȘNUIT**

## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Îngrijirea pielii este esențială pentru bunăstarea pacienților paliativi (imobilizați la pat) și constituie una dintre pietrele de temelie ale practicii de îngrijire cotidiene. Spălarea tradițională cu apă și săpun reprezintă în continuare un standard de îngrijire. Cu toate acestea, baia de unică folosință, preambalată în unități de unică întrebuințare și încălzită înainte de utilizare, dobândește tot mai mult interes.

		Concept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
<b>PREGĂTIRE</b>						
1	<p>Examinați documentele medicale ale pacientului:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Validați orarul prevăzut pentru îngrijirea igienei</li> <li>Verificați dacă există contraindicații la toaleta la pat și la folosirea săpunului sau a altor produse de igienă obișnuite (de exemplu, alergie la săpun)</li> <li>Verificați prezența cateterelor sau a altor dispozitive care pot complica toaleta la pat sau care pot necesita personal suplimentar pentru siguranță</li> </ul>					0 4 9
2	Spălați-vă pe mâini sau aplicați mănuși medicale curate ( <i>numai în cazul leziunilor tegumentare ale mâinilor asistentei sau dacă există un potențial infecțios ridicat al pacientului</i> ), ca parte a precauțiilor standard.	Precauții standard				0 1 3
3	Adunați toate echipamentele necesare ( <i>2 prosoape, 2 materiale textile pentru spălat, soluție alcoolică de dezinfecție a mâinilor, o cană,ampoane pentru incontinență, dacă este necesar, pieptene sau perie de păr, material din flanel, bol, 2 perechi de mănuși medicale curate, articole de bărbierit, periuță de dinți, lenjerie de pat curată</i> ) și luați-le împreună cu dvs. în camera pacientului.	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 5 9
4	Închideți ușa și asigurați un spațiu privat pentru îmbăierea pacientului, dacă este relevant ( <i>perdele, paravan, semn Ocupat etc.</i> )	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 4 9
5	<p>Evaluarea rapidă a prezenței semnelor vitale (<i>prezența conștienței, mișcări, vorbire, respirație</i>)</p> <p><b>Bună ziua. Numele meu este .... Sunt asistenta care vă va spăla.</b></p>	<p>Funcții vitale conservate</p> <p><input type="checkbox"/> stop cardiorespirator</p> <p><input type="checkbox"/> (inițierea măsurilor medicale - resuscitare, - inițierea discuției)</p>				0 2 5
6	<b>Vă rog, spuneți-mi numele dvs ... Și data nașterii ... Vă mulțumesc.</b>	<p>Conformitate cu fișa de observații pentru:</p> <p>Nume: <input type="checkbox"/></p> <p>Data nașterii: <input type="checkbox"/></p>	<b>ESENȚIAL</b>			
7	Puneți patul în poziția de lucru (înălțimea corespunzătoare) și, eventual, coborâți lateralele patului. <b>Puteți să vă întindeți fără probleme?</b>	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 4 9
8	<b>Vă voi efectua toaleta acum.</b>	Explicăm pacientului CE VOM FACE	<b>ESENȚIAL</b>			

		<i>Spuneți pacientului cum poate CONTRIBUI el/ea la toaletă</i>						
<b>EFFECTUAREA TOALETEI</b>								
9	Puneți apă în bol după ce întrebați pacientul ce temperatură dorește	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>				0 1 3	
10	Dacă se poate, puneți un scaun lângă capătul patului	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>				0 1 3	
11	Aranjați materialul din flanel peste pacient, scoateți stratul superior al lenjeriei de pat și puneți-l la capătul patului sau pe scaun. Îndepărtați pernele și lăsați doar o pernă.	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>				0 1 3	
12	Îndepărtați îmbrăcămintea pacientului.	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>				0 1 3	
13	Puneți un prosop pe pernă sub capul pacientului.	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>				0 1 3	
14	Spălați și uscați ochii pacientului dinspre ureche spre nas. Nu folosiți săpun.	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	ESENȚIAL				
15	Spălați cu apă și săpun, clătiți și uscați fața pacientului, în spatele urechilor și gâtul.	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>	ESENȚIAL				
16	Îndoiți materialul din flanel și puneți prosopul pe piept; spălați, clătiți și uscați pieptul și axilele și pliați din nou materialul din flanel				ESENȚIAL			
17	Așezați prosopul sub brațul îndepărtat, spălați, clătiți și uscați de la partea superioară până la mână și între degete.				ESENȚIAL			
18	Așezați prosopul sub brațul apropiat, spălați, clătiți și uscați de la partea superioară spre mână și între degete.				ESENȚIAL			
19	Acoperiți trunchiul cu materialul din flanel și pliați partea inferioară a acestuia până la genunchi						0 4 9	
20	Așezați prosopul pentru spălarea intimă sub piciorul îndepărtat, spălați, clătiți și uscați de la genunchi până la laba piciorului și între degete.				ESENȚIAL			
21	Puneți prosopul sub piciorul apropiat, spălați, clătiți și uscați de la genunchi până la laba piciorului și între degete.				ESENȚIAL			
22	Umpleți bolul cu apă proaspătă. Țineți minte temperatura dorită a apei.						0 1 3	
23	Îndoiți materialul din flanel și puneți prosopul pe abdomenul inferior și zona pubiană						0 4 9	
24	Dezinfectați mâinile ( <i>conform imaginii de mai jos, timp de 30 de secunde</i> )						0 1 3	



Sursa: <a href="http://www.2care.be">www.2care.be</a>						
25	Puneți-vă mănuși					0 1 3
26	Puneți săpun pe fiecare parte a materialului din flanel					0 5 9
27	Spălați, clătiți și uscați: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pacient de sex feminin: <ul style="list-style-type: none"> <li>În primul rând abdomenul inferior (buric), mai întâi coapsa îndepărtată până la genunchi, cealaltă coapsă și zona inghinală</li> <li>Întoarceți materialul din flanel și spălați zona pubiană, îndepărtați labiile și spălați de sus în jos cu săpun</li> </ul> </li> <li>Pacient de sex masculin: <ul style="list-style-type: none"> <li>În primul rând abdomenul inferior (buric), mai întâi coapsa îndepărtată până la genunchi, cealaltă coapsă și zona inghinală</li> <li>Întoarceți materialul din flanel și spălați scrotul și penisul</li> <li>Trageți prepuțul, spălați și uscați, apoi aduceți prepuțul în poziția inițială.</li> </ul> </li> </ul>					0 4 9
28	Scoateți mănușile					0 1 3
29	Dezinfectați mâinile ( <i>consultați pasul 24</i> )					0 1 3
30	Puneți la loc siguranța patului					0 1 3
31	Puneți din nou apă curată în bol					0 4 9
32	Întoarceți pacientul pe o parte					0 2 5
33	Îndoiți cearșaful până la spatele pacientului					0 1 3
34	Așezați un prosop pe spate și alt prosop pe fund.					0 1 3
35	Spălați cu materialul din flanel dinspre partea superioară a corpului până la partea inferioară, clătiți și uscați					ESENȚIAL
36	Dezinfectați mâinile ( <i>consultați pasul 24</i> )					0 1 3
37	Puneți mănuși					0 1 3
38	Puneți săpun pe o parte a materialului din flanel și spălați partea inferioară a corpului pacientului spre lateral.					0 4 9
39	Spălați partea inferioară a spatelui, de la partea din spate a coapselor până la partea din spate a genunchilor, depărtați fesele cu cealaltă mână și					ESENȚIAL

	spălați cu materialul din flanel dinspre anus în sus, clătiți și uscați în aceeași ordine.					
40	Scoateți mânușile					0 1 3
41	Dezinfectați mâinile ( <i>consultați pasul 24</i> )					0 1 3
42	Pacientul se poate întoarce singur sau trebuie ajutat.					0 1 3
43	Îmbrăcați pacientul și plasați-l în poziție așezată (sau semi-așezată)					0 1 3
44	Așezați prosopul pentru partea superioară a corpului în spatele capului pacientului și pieptănați-i părul. Apoi luați prosopul					0 1 3
45	Așezați bolul cu apă, pahar / ceașcă cu apă curată, periuță de dinți, pastă de dinți, trusa de bărbierit și șervețele de hârtie pe masă, trăgând-o mai aproape de pacient. Dacă este necesar, ajutați pacientul la periatul dinților					0 1 3
46	Îndepărtați ustensilele, curățați și dezinfectați masa din nou.					0 1 3
<b>DUPĂ ÎNGRIJIRE</b>						
47	Instalați pacientul într-o poziție confortabilă					0 1 3
48	Coborâți din nou patul					0 3 6
49	Asigurați-vă că soneria (sau alt sistem de contact) este la îndemână					0 1 3
50	Aranjați camera, deschideți perdele, scoateți așternuturile					0 1 3
51	Scoateți semnul Ocupat					0 1 3
52	Faceți curat la stația de îngrijire medicală					0 1 3
53	Semnați în fișa pacientului pentru efectuarea toaletei la pat					0 1 3
54	Consemnați în fișa pacientului					0 3 6
55	Raportați verbal					0 1 3

<b>Total score: 200</b>	<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criteriu partial îndeplinit	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criteriu îndeplinit total	<b>%</b>

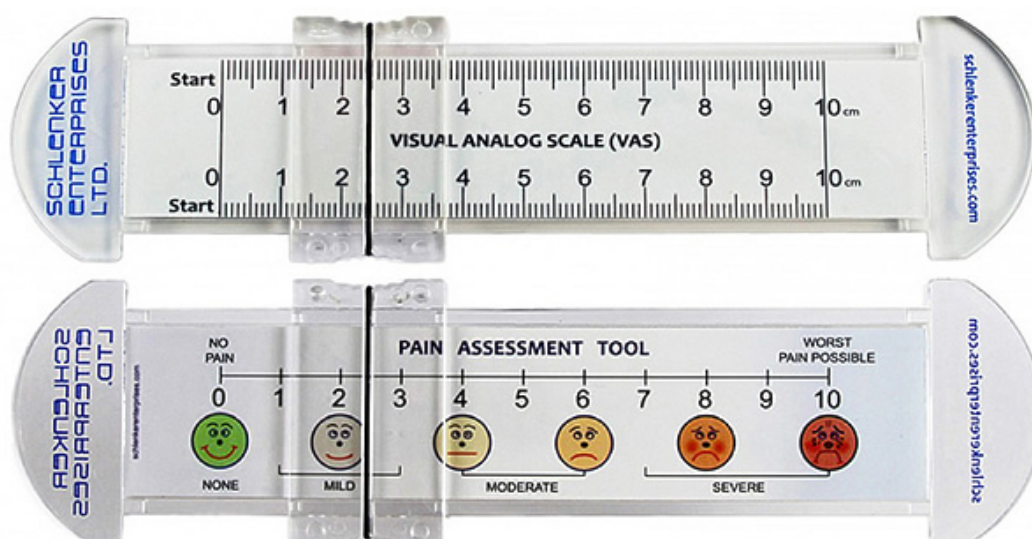
### **Spălarea fără apă este posibilă:**

Schoonhoven L, van Gaal B, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. Cost-consequence analysis of “washing without water” for nursing home residents: A cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*. January 2015 52(1):112-120. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001

Nøddekou LH, Hemmingsen LE, Hørdam, B. Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. June 2015, Vol. 29 Issue 2, p347-352. 6p. DOI: 10.1111/scs.12170.

## MĂSURAREA DURERII - MĂSURAREA DURERII LA PACIENTUL ADULT CONȘTIENT UTILIZÂND SCALA ANALOGICĂ VIZUALĂ

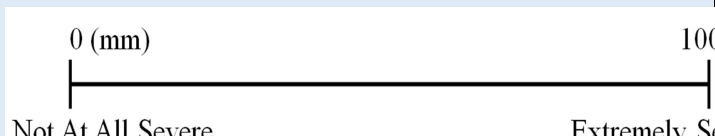
### Procedură medicală



**MĂSURAREA DURERII - MĂSURAREA DURERII LA PACIENTUL ADULT  
CONȘTIENT UTILIZÂND SCALA ANALOGICĂ VIZUALĂ**

## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Scala analogică vizuală (SAV) este o măsură unidimensională a intensității durerii care a fost folosită extensiv cu diverse populații adulte [5].

		Concept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
<b>PREGĂTIRE</b>						
1	Examinați documentele medicale ale pacientului: • Verificați situația rezultatelor anterioare de screening • Verificați dacă s-a prescris anterior medicație pentru durere					0 1 3
2	Dezinfectați mâinile sau puneți mănuși medicale curate (numai în cazul leziunilor tegumentare ale mâinilor asistentei sau în caz de potențial infecțios ridicat al pacientului), ca parte a precauțiilor standard.	<i>Precauții standard</i>				0 1 3
3	Închideți ușa și asigurați un spațiu privat pentru măsurarea durerii, dacă este relevant (perdele, paravan, semn Ocupat etc.)	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 1 3
4	Evaluarea rapidă a prezenței semnelor vitale (prezența conștienței, mișcări, vorbire, respirație) <b>Bună ziua. Numele meu este .... Sunt asistent(ă) medical(ă) și vă voi măsura nivelul de durere</b>	Funcții vitale conservate <input type="checkbox"/> ; stop cardiorespirat or <input type="checkbox"/> (inițierea măsurilor medicale - resuscitare, - inițierea discuției)				0 2 5
5	<b>Vă rog, spuneți-mi numele dvs ... ..? Și data nașterii ... Vă mulțumesc.</b>	Conformitate cu fișa de observații pentru: Nume: <input type="checkbox"/> Data nașterii: <input type="checkbox"/>	ESEȚIAL			
6	Puneți patul în poziția de lucru (înălțimea corespunzătoare) și, eventual, coborâți lateralele patului.	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>EFFECTUAREA MĂSURĂRII DURERII</b>						
8	Explicați scara SAV  <div style="text-align: center;">  </div>	Explicăm pacientului CE VOM FACE Îi spunem pacientului CE TREBUIE SĂ FACĂ	ESEȚIAL			



9	Cereți pacientului să marcheze senzația actuală de durere pe scara SAV	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 1 3
10	Dacă este cazul, restabiliți înălțimea patului și poziția șinelor laterale	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>ÎNGRIJIRE ULTERIOARĂ</b>						
11	Asigurați-vă că soneria (sau alt sistem de contact) este la îndemână	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Luați semnul Ocupat	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 2 5
14	Măsurați scorul SAV utilizând o riglă, conform uzanțelor locale - în cm sau mm, și consemnați scorul durerii în fișa pacientului	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 4 9
15	Dacă screening-ul este efectuat pentru prima dată și se înregistrează durere ușoară (5-44 mm), durere moderată (45-74 mm) sau durere severă (75-100 mm), informați imediat medicul curant și cereți să prescrie medicație de gestionare a durerii.	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 2 5
16	În cazul unei modificări / evoluții negative a scorurilor de durere, informați imediat medicul curant și cereți să revizuiască modalitatea de gestionare a a durerii. Este recomandabil să utilizați metoda SBAR pentru a vă transmite mesajul.	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 2 5

<b>Total score: 50</b>	<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criteriu parțial îndeplinit	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criteriu total îndeplinit	<b>%</b>

### Interpretarea scorului SAV

Un scor mai mare indică o intensitate mai mare a durerii. Pe baza distribuirii scorurilor de durere SAV la pacienții postoperatorii (înlocuirea de rotulă, histerectomie sau miomectomie laparoscopică) care au descris intensitatea durerii postoperatorii ca fiind zero, ușoară, moderată sau severă, au fost recomandate următoarele repere SAV de durere: durere zero (0 - 4 mm), durere ușoară (5-44 mm), durere moderată (45-74 mm) și durere severă (75-100 mm) [4].

### **Bibliografie selectivă:**

Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131

Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska and Melissa French. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 2011; Volume 63, Issue Supplement S11: Pages S240–S252. DOI 10.1002/acr.20543

Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *Br J Anaesth*, 2008; 101 (1): 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>

Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *J Pain*, 2003;4:407–14.

McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med* 1988;18:1007–19.



## **PRESCRIEREA MEDICAȚIEI PENTRU DURERE ÎN CONFORMITATE CU SCALA DURERII A O.M.S.**

### **Procedură medicală**



**PRESCRIEREA MEDICAȚIEI PENTRU DURERE  
ÎN CONFORMITATE CU SCALA DURERII A O.M.S.**

## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Principiile de tratare a durerii la pacienții cu nevoi de îngrijire paliative sunt organizate de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) într-un model, numit Scala durerii.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

### PREGĂTIRE

1.	Examinați dosarul medical al pacientului: <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificați raportul curent cu privire la rezultatele screening-ului pentru durere</li> <li>Verificați gestionarea curentă a durerii</li> <li>Verificați eventuale alergii consemnate la medicamente</li> </ul>	ESENȚIAL				
2.	Dezinfectați mâinile					0 1 3
3.	Închideți ușa și asigurați un spațiu privat pentru evaluarea durerii ( <i>Perdele, paravan, semnul Ocupat etc.</i> )					0 1 3
4.	Evaluarea rapidă a prezenței semnelor vitale (prezența conștienței, mișcare, vorbire, respirație) <b>Bună ziua. Numele meu este .... Sunt medicul dvs. și vă voi măsura nivelul durerii pentru a vă prescrie analgezice.</b>					0 1 3
5.	<b>Ați putea să îmi spuneți mai întâi numele dvs. ....? Și data nașterii .... Mulțumesc.</b>					0 1 3
6.	Dacă este cazul, puneți patul în poziția de lucru (la înălțimea corespunzătoare) și trageți șinele laterale în jos.					0 1 3

### PRESCRIEREA MEDICAȚIEI PENTRU DURERE

7.	Întrebați pacientul dacă are alergii la orice tip de medicament și consemnați informațiile în fișa pacientului: <b>Din experiența dvs. până acum, știți să aveți vreun fel de alergie la medicamente? (cum ar fi înroșirea pielii, mâncărime sau umflături ...)</b>	ESENȚIAL				
8.	Establish if the patient is taking any opioids = “opioid naïve” patient and Correlate the patient’s answer with data regarding current or previous pain medication from patient’s file – if any Stabiliți dacă pacientul ia opioide (= pacient "naiv opioid") și corelați răspunsul cu datele privind medicamente pentru durere luate anterioare sau curent din dosarul pacientului - dacă există. <b>Luați medicamente pentru durere?</b> ( <i>Pot fi opioide slabe - Tramadol, Codeină sau opioide puternice - Morfină, Metadonă, Oxycodonă, Fentanyl ...</i> ) Rezultat: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dacă este un pacient “naiv opioid” - continuați cu pasul următor</li> <li>Dacă nu este un pacient “naiv opioid” - treceți direct la pasul 16</li> </ul>	ESENȚIAL				
9.	Evaluati intensitatea durerii— Consultați " <i>Măsurarea durerii la pacienții adulți conștienți pe baza protocolului analogic vizual</i> "					0 1 3
10.	Clasificați intensitatea durerii în funcție de lungimea pe care ați măsurat-					0 1

	o pe scala SAV, în durere ușoară, moderată sau severă.		3
11.	<p>Stabiliți medicația adecvată pentru durere în funcție de intensitatea durerii (vezi scala durerii a OMS):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ușoară: non-opioide (PASUL 1)</li> <li>• Moderată: opioide slabe (PASUL 2)</li> <li>• Severă: opioide puternice (PASUL 3)</li> </ul> <p>Și prescrieți în consecință, luând în considerare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alergii la medicamente (dacă există)</li> <li>- calea de administrare</li> <li>- insuficiență renală / hepatică (dacă există)</li> <li>- preferințele pacientului</li> <li>- factorii socio-economici (disponibilitatea medicamentului, prețul ...)</li> <li>- doze zilnice maxime (cu excepția opioidelor puternice care nu au o doză zilnică maximă, ci doar doza optimă - exemplu: vezi atașat algoritmul de inițiere a tratamentului oral cu morfină)</li> </ul>	ESENȚIAL	
12.	<p>Monitorizați cu atenție pacientul!</p> <p>(Căutați semne de sedare, alte efecte secundare, evaluați nivelul durerii) și ajustați tratamentul cu opioide în consecință:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dacă prima doză / doze de opiacee produce o sedare intensă - reduceți doza cu 50% și efectuați o titrare mai lentă</li> <li>• Dacă doza / dozele inițiale nu produce analgezie, următoarea doză este crescută cu 50%</li> </ul> <p>În mod normal - creșteți dozele zilnice de opioide (cu 30-50-100%) pentru a obține analgezie optimă</p>	ESENȚIAL	
13.	Prescrieți medicație pentru efectele secundare! (Cum ar fi: antiemetice, laxative ...)	ESENȚIAL	
14.	<p>Puteți combina analgezice în conformitate cu regulile de clasă analgezică ale OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PASUL 1 + PASUL 2</li> <li>• PASUL 1 + PASUL 3</li> <li>• Co-analgezice + orice PAS</li> </ul> <p>NICIODATĂ: PASUL 2 + PASUL 3</p>	ESENȚIAL	
15.	<p>Pacient care nu este "naiv opioid":</p> <p>Verificați medicația curentă: tipul, dozele, ritmul și calea de administrare.</p> <p>Evaluați durerea pacientului și adaptați-o la starea pacientului (de exemplu: trecerea de la calea orală la cea subcutanată dacă există grețuri / vărsături sau disfagie totală)</p>		0 1 3
16.	<p>Evaluați durerea și ajustați medicația în consecință:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creșteți dozele pentru non-opioide și opioide slabe până la doza maximă zilnică (pentru PASUL 1 și PASUL 2)</li> <li>• Treceți de la PASUL 2 la opioide puternice (PASUL 3) dacă sunt dureri necontrolate - utilizând tabelele de conversie pentru opioide</li> <li>• Rotiți opioidele puternice (PASUL 3) dacă sunt dureri necontrolate</li> </ul>	ESENȚIAL	
17.	Prescrieți medicație pentru efectele secundare! (Cum ar fi: antiemetice, laxative ...)	ESENȚIAL	



18.	<p>Monitorizați cu atenție pacientul! (Căutați semne de sedare, alte efecte secundare, evaluați nivelul durerii) și ajustați tratamentul cu opioide în consecință:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dacă prima doză / doze de opiacee produce sedare intensă - reduceți doza cu 50% și efectuați o titrare mai lentă</li> <li>Dacă doza / dozele inițiale nu produce analgezie, următoarea doză este crescută cu 50%</li> </ul> <p>În mod normal - creșteți dozele zilnice de opioide (cu 30-50-100%) pentru a obține analgezie optimă</p>	ESENȚIAL
19.	<p>Puteți combina analgezice în conformitate cu regulile de clasă analgezică ale OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PASUL 1 + PASUL 2</li> <li>PASUL 1 + PASUL 3</li> <li>Co-analgezice + orice PAS</li> </ul> <p>NICIODATĂ: PASUL 2 + PASUL 3</p>	ESENȚIAL
<b>MONITORIZAREA TRATAMENTULUI DURERII</b>		
20.	<p>Reevaluați durerea și starea pacientului și ajustați tratamentul durerii în consecință:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Din oră în oră / sau de mai multe ori / zi - pentru tratamentul de inițiere cu opioide sau pentru durere necontrolată - până la obținerea controlului stabil al durerii</li> <li>Zilnic - pentru pacienții spitalizați</li> <li>Săptămânal / lunar - pentru pacienții aflați în ambulatoriu sau în instituțiile de îngrijire la domiciliu / pacienți stabili</li> </ul> <p>Ori de fiecare dată când este nevoie (situații neașteptate, probleme administrative - lipsa medicației ...)</p>	0 1 3
21.	<p>Odată ce se obține controlul stabil al durerii prin tratament cu opioide, prescrieți medicația (de preferință același opioid):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>În formă de eliberare rapidă - pentru durerea "acută": 1/6 din doza zilnică de opioid (total)</li> <li>În formă de eliberare lentă - pentru medicamente pe termen lung / cronice - dacă este posibil</li> </ul>	0 1 3
<b>Scor total: 30</b>		<input type="radio"/> Criteriu nerealizat <input type="radio"/> Criteriu parțial realizat <input type="radio"/> Criteriu realizat
		%
		%
		%

#### Algoritm pentru inițierea tratamentului oral cu morfină:

Vârsta	Funcția renală	Doză
< 65	Normală	10 mg la 4 ore
> 65	Normală	5 mg la 4 ore
< 65	Redusă	10 mg la 6-8 ore
> 65	Redusă	5 mg la 6-8 ore



## SINDROMUL PROFESIONAL “BURNOUT”

### Procedură medicală



## PROCEDURĂ MEDICALĂ

<p>Consecință a expunerii cronice la stresul profesional (persoane suferinde, pacienți în stare critică / muribunzi) manifestat ca o reacție empatică de epuizare emoțională copleșitoare, a sentimente de ineficiență și îndoială de sine, precum și pierderea interesului pentru efectuarea activităților profesionale.</p>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
1.	Bună dimineața / ziua. Numele meu este ..... Sunt medic/asistent/ă.				0 2 5
2.	Puteți să-mi spuneți numele dvs, vă rog, ..... Și data nașterii ..... Mulțumesc.	ESEȚIAL			
3.	Asigurați un mediu privat de examinare (birou/cameră, mediu liniștit, calm, lipsit de elemente de distragere / nu o locuință personală etc.) Ceea ce trebuie să facem este să stabilim dacă mediul profesional de lucru este o sursă de burnout pentru dvs. și colegii dvs. (ce vom face)				0 1 3
4.	Această evaluare se va axa pe trei etape principale: evaluarea prezenței factorilor de risc personal și/sau profesional pentru apariția sindromului burnout, completarea chestionarului calității vieții profesionale (PROQOL) pentru a cuantifica impactul negativ al sindromului burnout și găsirea strategiilor de eliminare a eventualelor surse descoperite (în ce constă evaluarea)				0 2 5
5.	Este foarte important să rămâneți relaxat și calm în timpul evaluării. Răspundeți cu toată sinceritatea. Nu există răspunsuri incorecte. Dacă aveți îndoieli, nu ezitați să puneți întrebări. Puteți să vă retrageți în orice moment și puteți să săriți întrebări la care nu doriți să răspundeți. (cum să contribuiți la evaluare)	XC			0 1 3
6.	Înainte de a continua, puteți fi sigur că toate informațiile furnizate vor fi confidențiale. Nu vom dezvălui informațiile dvs. personale unei terțe părți fără consimțământul dvs.				0 1 3
7.	Sunteți de acord să participați la această evaluare? (Evaluarea convingerilor personale privind sindromul burnout și obținerea consimțământului)	ESEȚIAL			
8.	Evaluați starea profesională a furnizorului de servicii de îngrijire medicală Care este titulatura postului dvs? Care este specialitatea unității medicale în care vă desfășurați activitatea? Descrieți pe scurt funcțiile și responsabilitățile pe care le aveți în				0 4 9

	<b>activitatea curentă.</b> <b>Câți ani de muncă aveți în poziția actuală?</b> <b>Locurile de muncă anterioare erau în aceeași specialitate medicală?</b>			
9.	<b>Aveți contract de muncă temporar sau permanent?</b> <i>(Contractele temporare pot duce la nesiguranță la locul de muncă / muncă excesivă pentru a îndeplini sarcinile și a proba meritele)</i>			0 1 3
10.	<b>Câte ore lucrați pe săptămână?</b> <b>Mai puțin/mai mult de 40 de ore de muncă pe săptămână?</b>			0 2 5
11.	<b>De câți pacienți aveți de obicei grijă (pe tură/ săptămână)?</b>			0 2 5
12.	<b>Sunteți mulțumit de responsabilitățile dvs. curente de muncă?</b>			0 1 3
13.	<b>Cât de mulțumit sunteți de performanța dvs. de lucru până acum?</b>			0 1 3
14.	<b>Ce credeți că este cel mai frustrant la locul de muncă / în legătură cu locul de muncă?</b> <b>Îmi puteți da un exemplu?</b>			0 1 3
15.	<b>Cunoașteți termenul "stres traumatic secundar"?</b> <i>(Stresul traumatic trăit de pacienții care sunt îngrijiți, având un impact negativ asupra sănătății și stării mentale a îngrijitorului)</i> <b>Cât de mult vă simțiți afectat de starea de sănătate a pacienților dumneavoastră?</b> <b>Exemplificați cu o situație.</b>			0 4 9
16.	<b>Sunteți mulțumit de condițiile de plată curente?</b> <i>(Dezechilibrul între efort-recompensă reprezintă o posibilă cauză a nemulțumirii profesionale)</i>			0 3 6
17.	<b>Considerați că membrii echipei / colegii dvs. vă susțin?</b>			0 1 3
18.	<b>Există ceva ce ați dori să schimbați la locul de muncă?</b>			0 1 3
19.	Evaluați situația personală a furnizorului de servicii de îngrijire medicală <i>(starea civilă, numărul de copii, timpul trecut de la ultima vacanță - impactul sindromului burnout asupra vieții personale este corelat cu aceste aspecte)</i> <b>Sunteți căsătorit(ă)? / divorțat(ă)? / văduv (ă)?</b> <b>Dacă sunteți căsătorit(ă), de cât timp?</b>			0 1 3
20.	<b>Aveți copii? Câți?</b> <b>Aveți pe cineva care să vă ajute cu copilul (copiii)?</b>			0 1 3
21.	<b>Considerați că munca dvs. afectează în mod negativ timpul petrecut împreună cu familia?</b> <i>(Timp limitat cu familia, atenția îndreptată constant spre locul de muncă și pacienți, neputința de a te relaxa la domiciliu / nu te simți apreciat(ă) de membrii familiei)</i>			0 2 5
22.	<b>Câte ore dormiți pe noapte?</b> <b>Există ceva / cineva care să vă întrerupă în mod constant somnul?</b> <b>Vă treziți odihnit?</b>			0 1 9
23.	<b>Considerați că aveți obiceiuri alimentare sănătoase?</b> <b>Munca dvs. interferează cu programul dvs. de masă?</b>			0 1 3

24.	<b>Sunt prietenii și rudele o parte activă a vieții dvs actuale?</b> <b>Găsiți timp să vă întâlniți cu ei?</b> <i>(Sindromul de burnout social este un efect secundar al expunerii excesive la stres)</i>			0 1 3
25.	<b>Când a fost ultima dvs. vacanță?</b>			0 1 3
26.	<b>Ce faceți pentru a vă detașa și pentru a nu vă mai gândi la muncă?</b> <b>Îmi puteți da câteva exemple, vă rog?</b>			0 1 3
27.	<b>Puteți să-mi dați exemple de situații / condiții stresante care nu sunt legate de locul de muncă și cu care aveți de-a face în fiecare zi?</b>			0 1 3
28.	<b>V-ați simțit vreodată deprimat sau demotivat?</b>			0 1 3
29.	<b>Pentru a stabili prezența elementelor de burnout vi se vor pune mai multe întrebări, toate acestea făcând parte din chestionarul calității vieții profesionale (PROQOL)</b>	ESEȚIAL		
30.	<b>Acest chestionar va evalua trei caracteristici principale: nivelul de satisfacție a compasiunii, burnout și stresul traumatic secundar</b>			0 4 9
31.	<b>Toate cele trei caracteristici reflectă impactul situațiilor stresante și critice pe care le întâmpinați la locul de muncă</b>			0 1 3
32.	<b>Trebuie să alegeți un singur răspuns din 5 opțiuni posibile, cel care se pretează cel mai bine la mediul dvs. zilnic de lucru</b>			0 1 3
33.	<b>Fiecare răspuns va fi notat după cum urmează</b> Niciodată - 1 punct Rar - 2 puncte Uneori - 3 puncte Adesea - 4 puncte Foarte des - 5 puncte			0 1 3
34.	<b>Selectați cifra care reflectă în mod sincer cât de frecvent ați experimentat situațiile prezentate în chestionar în ultimele 30 de zile</b>			0 1 3
35.	<b>Nu va dura mai mult de 15 minute pentru a completa chestionarul</b>			0 1 3
36.	<b>Vreți să mă mai întrebați ceva despre această evaluare?</b>	ESEȚIAL		
37.	<b>Succes: mă voi întoarce în 15 minute.</b> <b>După ce terminați de completat chestionarul, vom calcula scorul total și vă vom da rezultatul final în aproximativ 10 minute.</b>	ESEȚIAL		
38.	<b>Dacă, în funcție de scorul total, vom avea un nivel scăzut de burnout sau de stres traumatic secundar, nu este necesar să continuăm evaluarea.</b> <b>Vă mulțumim pentru participarea dvs. la această evaluare.</b> <b>Răspunsurile dvs. sunt foarte utile în eforturile noastre de a îmbunătăți gestionarea adecvată a persoanelor care prezintă riscul de a dezvolta burnout.</b>	ESEȚIAL		



39.	Dacă scorul confirmă prezența sentimentului de epuizare, continuați evaluarea și evaluați pe scurt afecțiunile patologice medicale existente, responsabile de manifestări clinice similare cu burnout (tulburări de somn / tulburări psihiatrice primare / medicație concomitentă / tulburări tiroidiene) <b>Spuneți-mi dacă ați fost diagnosticat anterior cu vreo boală medicală? Urmați vreun tratament specific? Dacă da, vă rog să-mi spuneți numele medicamentului/-lor.</b>			0 4 9
40.	Evaluarea strategiilor de combatere a burnout <b>Credeți că aveți nevoie de ajutor pentru a controla efectele stresului legat de locul de muncă? Ce credeți că ar fi cel mai eficient?</b>			0 1 6
41.	<b>Considerați utilă o discuție cu colegi aflați în situații similare / psiholog? Sunteți o persoană religioasă? Alăturarea la grupuri de lucru, sociale, religioase poate ajuta la depășirea experiențelor negative</b>			0 2 5
42.	<b>Ce fel de remedii ați folosit pentru a face față experiențelor stresante?</b> <i>(tehnici de relaxare, medicamente, alcool, medicamente ilicite)</i>			0 1 6
43.	<b>Credeți că v-ar fi utile cursuri și seminarii de abilități de comunicare?</b> <i>(găsiți tehnici eficiente de îmbunătățire a modalităților de comunicare între membrii echipei sau între furnizorul de servicii de îngrijire medicală și pacient)</i>			0 1 3
44.	<b>Cât de des vă întrerupeți în timpul activităților zilnice? Cum afectează acest lucru calitatea muncii dvs?</b> <i>(evitați activitățile cronofage și prioritizați sarcinile în funcție de importanța acestora).</i>			0 4 9
45.	<b>Ce măsuri luați pentru a vă îmbunătăți sănătatea fizică și psihică? Calitatea somnului, activități sociale, activitate fizică, obiceiuri alimentare sănătoase?</b>			0 4 9
46.	<b>Vă mulțumim pentru participarea dvs. la evaluare. Răspunsurile dvs. sunt foarte utile în eforturile noastre de a îmbunătăți gestionarea adecvată a persoanelor care dezvoltă burnout.</b>	ESENȚIAL		
<b>Scor total: 180</b>		<input type="radio"/>	Criteriu nerealizat	%
		<input type="radio"/>	Criteriu parțial realizat	%
		<input type="radio"/>	Criteriu realizat	%

## Referințe:

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, 2001 *Job Burnout* Annu. Rev. Psychol. 52:397–422

Professional Quality of Life Scale (PROQOL), Compassion Satisfaction and Compassion fatigue (PROQOL)  
Version 5 (2009). Available at URL: [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_English\\_Self-Score\\_3-2012.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf)



## **DISCUȚII DESPRE ÎNGRIJIREA LA SFÂRȘITUL VIEȚII (LOCAȚIA ÎNGRIJIRII, TRATAMENT AGRESIV, ORDIN DE NE-RESUSCITARE)**

### **Procedură medicală**





## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Planificarea îngrijirii este unul dintre cele mai importante aspecte ale îngrijirii la sfârșitul vieții pentru pacienți, rude și profesioniști în domeniul asistenței medicale. Această procedură își propune să respecte dorințele și libertatea pacientului și să răspundă nevoilor îngrijitorilor.



P

1	Intrați și prezentați-vă politicos și amabil: <b>Bună dimineața. Cum vă simțiți azi?</b> (Dați pacientului timp să răspundă la întrebările dvs.) <b>V-ar deranja dacă am vorbi un pic?</b>				0 1 3
2	Asigurați un spațiu privat, confortabil pentru interviu. (Confidențialitatea și confortul pacientului în timpul discuției despre planul de îngrijire trebuie asigurate. Verificați dacă ora și locul sunt potrivite pentru această sarcină)				0 1 3
3	Acordați atenție specială comunicării non-verbale în timpul interviului: eliminați barierele fizice; încercați să rămâneți la aceeași înălțime cu pacientul. Dacă există alte persoane, facilitați un spațiu deschis de comunicare prin plasarea unor scaune confortabil, în cerc. (Această aranjare va implica toate persoanele care participă la planificarea îngrijirii)				0 1 3
4	Întrebați pacientul cum se simte: Aveți vreo durere, plângere sau îngrijorare? (Identificați nevoile pacienților și circumstanțele clinice pentru a planifica îngrijirea)				0 1 4
5	Rugați pacientul să spună ce întrebări are legat de boală, de planul de tratament și de prognoza generală (de exemplu, <b>Care sunt planurile dvs. după externare?</b> ) (Prezentați circumstanțele în care există posibilitatea ca pacientul să-și piardă autonomia și necesitatea planificării în avans)				0 1 3
6	Utilizați ascultarea activă și comunicarea empatică (încurajați participarea la planul de îngrijire a pacientului și a furnizorilor de îngrijire)				0 1 3
7	Adaptați-vă limbajul la nivelul social, cultural și educațional al pacientului, transmitând totodată mesaje reale și comprehensibile. (Luați în considerare valorile, interesele și dorințele pacientului și asigurați-vă că toate informațiile au fost prelucrate în funcție de circumstanțele pacientului)				0 1 3
8	Explicați obiectivele interviului: <b>Aș dori să vorbesc astăzi cu dvs despre viitorul plan de tratament ...</b> Implicați pacientul în procesul de luare a deciziilor: <b>După cum știți, este foarte important pentru noi să auzim opiniile și preferințele dvs pentru a lua cele mai bune decizii împreună. Sunteți de acord?</b> (Practicile clinice trebuie să fie împărtășite și consensuale)	ESENȚIAL			
9	Informați pacientul despre opțiunile de diagnostic și tratament care vor / ar putea fi disponibile de acum înainte și cele care nu vor fi disponibile. (Planul de îngrijire trebuie să identifice toate strategiile disponibile pentru a asigura confortul pacientului în funcție de nivelul său de autonomie)				0 1 3
10	Întrebați pacientul ce fel de îngrijire ar dori, luând în considerare situația / diagnosticul / circumstanțele actuale. (Discutați despre riscuri, beneficii și consecințe pentru pacient și persoanele care asigură îngrijirea)				0 1 3

11	Dacă este relevant, întrebați pacientul unde ar dori să se îngrijească de acum înainte (îngrijire la domiciliu, în unitatea de îngrijiri paliative, anumite instituții etc.) <i>(Este important să discutați acest aspect cu pacientul și cu cei care asigură îngrijirea pentru a înțelege sustenabilitatea planului de îngrijire)</i>			0 1 5
12	Acordați timp pentru întrebări din partea pacientului			0 1 3
13	Dacă este stipulat în legislația națională, informați pacientul despre posibilitatea de a-și exprima preferințele de îngrijire într-un document scris (directivă în avans) care să fie folosit în cazul în care nu mai este capabil să-și exprime opiniile sau dorințele (de exemplu, referitor la ordinul de neresuscitare sau admiterea la terapie intensivă) <i>(În acest fel vor exista toate garanțiile privind respectarea dorinței pacientului și va exista un argument solid pentru a negocia cu cei care asigură îngrijirea în caz că există perspective diferite)</i>	ESENȚIAL		
14	Acordați suficient timp, chiar și în tăcere, dacă este necesar. Întrebați pacientul dacă ar dori să se gândească la acest lucru mai mult timp sau să se consulte cu alți membri ai familiei. Acordați atenție comunicării continue (păstrați contactul vizual, arătați empatie, înțelegere și respect față de nevoile sau opiniile pacientului).			0 1 3
15	Întrebați pacientul dacă dorește să împărtășească informațiile cu altcineva (de exemplu, cu cineva care încă nu este în cameră)			0 1 5
16	Afișați disponibilitate pentru orice altă solicitare și informați pacientul cum să vă contacteze din nou. Pacientul trebuie să perceapă continuitatea îngrijirii. <i>(Planul de îngrijire poate fi modificat în orice moment dacă o solicită pacientul; dacă este necesar, personalul medical este disponibil pentru a redefini strategiile în caz că acestea nu răspund dorințelor curente ale pacientului)</i>			0 1 3
17	Revedeți cele mai importante aspecte ale planului de îngrijire viitoare a pacientului. Acesta trebuie să vadă că situația este gestionată serios și profesional. <i>(Incertitudinea și complexitatea circumstanțelor clinice sunt gestionate într-un mod coerent)</i>			0 1 5
18	Evaluati starea emoțională după interviu: <b>Cum vă simțiți acum?</b> Întrebați din nou dacă pacientul are alte întrebări sau îngrijorări. <i>(Dacă da, discutați toate aceste aspecte care generează îngrijorări sau anxietate și propuneți o strategie de gestionare a acestora)</i>			0 1 5
19	Despărțiți-vă în mod prietenos.			0 1 3
Punctaj total: 60			criteriu neîndeplinit	%
			criteriu partial îndeplinit	%
			criteriu îndeplinit total	%



## **Bibliografie selectivă**

Thomas K, Lobo B. Advance care planning in end of life care. Oxford University Press, 2010

Randall F, Downie R. End of life choices. Oxford University Press, 2009






## MANAGEMENTUL FAZEI TERMINALE

### Procedură medicală



## PROCEDURĂ MEDICALĂ

			P
---	---	---	---

1.	Evaluati starea pacientului (conștiența, mișcările, vorbirea, respirația): Funcții vitale conservate □; stop cardiorespirator □ (dacă este cazul, procedați la protocolul cardiorespirator) <b>Bună dimineața/ziua. Numele meu este ..... Sunt medicul / asistenta dvs.</b>				0 2 5
2.	<b>Puteți să-mi spuneți numele dvs, vă rog ..... Și data nașterii .....</b> <b>Mulțumesc.</b> (Acest lucru se face pentru a evita efectuarea procedurii unui alt pacient, deoarece pot exista mai mulți pacienți cu același nume. De asemenea, nu întrebați, de ex. "Sunteți dl. Popescu?" pentru a evita o falsă confirmare de la pacienți distrași de simptomele lor sau din alte motive). În special în cazul pacienților cu dificultăți de comunicare (confuz, comă etc.), verificați conformitatea dintre datele din foaia de observație și brățară (la încheietura mâinii pacientului) în ceea ce privește identitatea pacientului.	ESENȚIAL			
3.	Evaluati abilitățile de vorbire ale pacientului (slăbiciunea și respirația dificilă asociate cu efortul de a vorbi sugerează moartea clinică iminentă)				0 1 3
4.	Cercetați pielea pacientului pentru a identifica marmorarea și extremitățile pentru cianoză și senzație de răceală (încetinirea circulației sugerează moartea clinică iminentă)				0 1 3
5.	Evaluati semnele vitale (dacă nu au fost evaluate recent sau dacă considerați că este necesar din cauza modificărilor în starea clinică: ritmul cardiac, măsurarea tensiunii ± pulsoximetrie: RC ..... bătăi/min, PA ... ..... mmHg ± SaO2 .....%). (Un puls slab, o presiune scăzută a sângelui și o saturație redusă a oxigenului sugerează moartea clinică iminentă) Decideți în echipă dacă este adecvată administrarea oxigenului (menținerea unui nivel bun de oxigenare poate reduce simptomele - de ex. agitație) - vezi procedura de oxigenoterapie				0 1 3
6.	Evaluati respirația pacientului (superficială / neregulată / zgomotoasă - horcăit- sugerează moartea clinică iminentă)				0 1 3
7.	<b>Respirați cu dificultate?</b> (Poziționarea pacientului în pat în poziția șezut-Fowler îl ajută să respire mai ușor, poziționarea pe o parte - decubit lateral, favorizează drenajul gravitațional al secrețiilor orale în afara corpului, nefiind aspirate în plămâni)				0 1 3
8.	Ascultați respirația pacientului și dacă auziți raluri umede, asigurați familia că pacientul nu se sufocă, ci are dificultăți în eliminarea secrețiilor abundente asociate sau, dacă este posibil, întrebați pacientul: <b>Aveți dificultăți de respirație asociate cu secreții abundente de care doriți să scăpați?</b> (Eforturile de hidratare și alimentație ale unui pacient în această perioadă de sfârșit al vieții ar putea genera pierderi în calitatea vieții din cauza secrețiilor bronșice excesive. Anorexia asociată cu fazele terminale ale vieții este, de fapt, un mecanism de protecție). <b>Vă putem ajuta să scăpați de ele.</b> (De obicei, medicii prescriu substanțe care usucă secrețiile și rareori există nevoia de a le îndepărta mecanic prin intermediul unor sonde de aspirație)				0 1 3

9.	Examinați cavitatea bucală urmărind prezența membranelor mucoase ( <i>un semn indirect pentru respirația orală, care sugerează moartea clinică iminentă</i> )			0 1 3
10.	<b>Vreți să deschidem o fereastră sau să ventilăm camera pentru a împropăța puțin aerul?</b> ( <i>Aceste intervenții simple pot crește calitatea vieții unui pacient aflat în perioada de final a vieții, când întâmpină dificultăți respiratorii</i> ).			0 1 3
11.	Evaluati disponibilitatea și capacitatea pacientului de a se mișca în pat ( <i>mișcările limitate sugerează moartea clinică iminentă</i> )			0 1 3
12.	Asigurați-vă că cel puțin o dată la două ore pacientul își schimbă poziția în pat, singur sau cu asistență medicală. ( <i>pentru a evita dezvoltarea escarelor</i> ) – a se vedea procedura de transfer a pacientului între diferite poziții în pat.			0 1 3
13.	Evaluati procesul de înghițire în timpul consumului de alimente solide sau lichide ( <i>tulburările de înghițire sugerează moartea clinică iminentă</i> )			0 1 3
14.	Evaluati prezența manifestărilor digestive, cum ar fi greața, pierderea apetitului, constipație, distensie abdominală ( <i>prezența unor astfel de manifestări sugerează moartea clinică iminentă</i> )			0 1 3
15.	Asigurați confortul nutrițional al pacientului ( <i>oferindu-i mâncarea dorită, contracarând greața cu antiemetice, dacă este necesar</i> ) – a se vedea procedura de nutriție a pacientului. Asigurați confortul familiei în ceea ce privește problemele legate de nutriția pacientului ( <i>asigurându-i că, în această fază a bolii, lipsa hranei nu produce suferință, iar insistența în alimentație poate face rău, de ex. crescând secrețiile traheobronchiene și prin aceasta, agravând dispnea și scăzând calitatea vieții</i> )			0 1 3
16.	Evaluati dacă sunt pierderi urinare sau de materii fecale ( <i>incontinența sfincterilor anal sau urinar sugerează moartea clinică iminentă</i> )			0 1 3
17.	<b>Vă putem ajuta cu igiena personală, dacă doriți. Spuneți-ne când este bine să vă faceți toaleta în cursul zilei.</b> ( <i>Consultându-l pe pacient când anume să fie efectuate activitățile medicale programate îi conferă acestuia putere de decizie, de a avea opțiuni, de a recupera o parte din controlul asupra propriei vieți și de a-și păstra demnitatea. Asigurați pacientului o bună igienă chiar și când este comatos pentru a-i prezerva demnitatea și pentru confortul familiei, dacă este prezentă la capătul pacientului</i> )			0 1 3
18.	<b>Ori de câte ori considerați necesar, spuneți-ne și vă vom ajuta să mențineți o bună igienă.</b> A se vedea procedurile de îmbăiere a pacientului, îngrijire orală, toaletă, îngrijire a rănilor, înlocuire lenjerie de pat ( <i>menținerea igienei pacientului îl ajută să se simtă mai confortabil în situația de sfârșit al vieții și îi întărește demnitatea</i> )			0 1 3
19.	Evaluati prezența tulburărilor senzoriale ( <i>percepțiile senzoriale sunt reduse progresiv, auzul fiind în general ultimul simț pierdut - sugerează moartea clinică iminentă</i> )			0 1 3
20.	Evaluati afilierea culturală și religioasă a pacientului ( <i>aceste aspecte se pot referi la: cine este persoana cea mai acceptată pentru a fi informată despre starea de sănătate a pacientului, după care respectivul/-a să informeze treptat și pacientul și ceilalți membri ai familiei; particularități ale perioadei de doliu; convingeri legate de înmormântare / incinerare, prelungirea vieții prin dispozitive medicale, necropsie, donarea de organe, practici legate de ultimele ritualuri</i> )			0 1 3
21.	Căutați documente legale care conțin instrucțiuni elaborate anterior de pacient cu privire la gestionarea sfârșitului vieții ( <i>de ex. testament, procură în privința îngrijirii medicale, acord de donare de organe</i> ). Lăsați o copie a acestor instrucțiuni în foaia de observație a pacientului, accesibilă personalului medical implicat în îngrijirea pacientului.			0 1 3
22.	Chestionați membrii familiei ( <i>evaluați înțelegerea membrilor familiei și nevoia lor de sprijin</i> ): <b>Aveți experiență anterioară a unei persoane apropiate care a murit?</b> ( <i>adresați-vă membrilor familiei pacientului sau celor apropiate, aceste aspecte ar putea deveni utile în optimizarea sprijinului acestora în timpul vieții pacientului</i> )			0 1 3

23.	<b>Aveți întrebări cu privire la ce se va întâmpla în această perioadă sau în momentul decesului persoanei apropiate?</b> (adresați-vă membrilor familiei pacientului sau celor apropiați, aceste aspecte ar putea deveni utile în optimizarea sprijinului acestora în timpul vieții pacientului)			0 2 5
24.	<b>Poate vă gândiți să vă luați rămas bun de la .....? Cum vă gândiți să faceți acest lucru?</b> (adresați-vă membrilor familiei pacientului sau celor apropiați, aceste aspecte ar putea deveni utile în optimizarea sprijinului acestora în timpul vieții pacientului)			0 1 3
25.	<b>În această perioadă dificilă, ați reușit să aveți grijă de dvs? Aveți pe cineva apropiat care să vă ajute în aceste clipe grele?</b> (adresați-vă membrilor familiei pacientului sau celor apropiați, aceste aspecte ar putea deveni utile în optimizarea sprijinului acestora în timpul vieții pacientului)			0 1 3
26.	<b>Există în familia dvs anumite ritualuri pe care le-ați putea considera importante și de care ar trebui să avem cunoștință? Puteți delega o persoană capabilă să se ocupe de toate aspectele necesare pe care le implică ultimele ritualuri?</b> (adresați-vă membrilor familiei pacientului sau celor apropiați, aceste aspecte ar putea deveni utile în optimizarea sprijinului acestora în timpul vieții pacientului)			0 1 3
27.	<b>Spuneți-ne, vă rog, atunci când doriți să fiți vizitat de cei apropiați și de cine dintre ei în mod special. Dacă doriți, putem aranja să fie adus aici animalul dvs de companie.</b> (cerându-i pacientului să facă alegeri îi conferă acestuia putere de decizie, recăpătându-și astfel o parte din controlul asupra propriei vieți și, prin aceasta, întărindu-i demnitatea)			0 1 3
28.	<b>Unde credeți că este cel mai bun loc pentru îngrijirea dvs? Acasă, la spital, la azil? Este decizia dvs în acest sens.</b> (Discutați cu pacientul și familia locul în care dorește să fie asistat în continuare, oferindu-i puterea de decizie, de a face alegeri, de a-și păstra autonomia cât mai mult posibil și, prin aceasta, să-și întărească demnitatea)			0 1 3
29.	<b>Plasați-vă la același nivel vizual cu pacientul și la mică distanță de acesta. (În ceea ce privește comunicarea nonverbală, o astfel de poziționare încurajează pacientul să fie mai deschis la discuție). Mi se pare că arătați preocupat. Vreți să discutăm despre asta? Vreau să înțeleg mai bine ce vă preocupă pentru a vă putea ajuta mai bine.</b> (Disponibilitatea pacientului pentru a vorbi despre ceea ce îl preocupă poate fi facilitată de contactul tactil – ținându-i mâna ori chiar făcându-i un masaj la spate).			0 1 3
30.	<b>V-ar interesa să discutați mai multe despre starea dv. de sănătate cu mine sau cu altcineva?</b>			0 1 3
31.	<b>Vă putem ajuta cu controlul durerii, dacă doriți. Spuneți-ne când resimțiți durere și vă vom oferi tratamentul adecvat.</b> -a se vedea procedurile de control al durerii (controlul durerii ajută pacientul să se simtă mai confortabil în situația de sfârșit al vieții, lucru care îi întărește demnitatea)			0 1 3
32.	<b>Completați dosarul medical al pacientului cu toate detaliile legate de realizarea procedurii, data și ora.</b>	ESEȚIAL		
33.	<b>Trebuie luate toate măsurile pentru siguranța pacientului. (Ajustați patul la nivel inferior de înălțime și ridicați limitatoarele laterale) Asigurați-vă că pacientul poate ajunge cu ușurință la obiectele personale (de ex. telefonul mobil, carte, revistă, cuvinte încrucișate etc.), la paharul cu apă și la telecomanda pentru apelarea ajutorului medical.</b>			0 2 6
<b>Punctaj total: 100</b>		<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	%
		<input type="radio"/>	criteriu parțial îndeplinit	%
		<input checked="" type="radio"/>	criteriu total îndeplinit	%

#### Selective references

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009





## PREVENIREA ESCARELOR - REPOZIȚIONAREA

### Procedură medicală



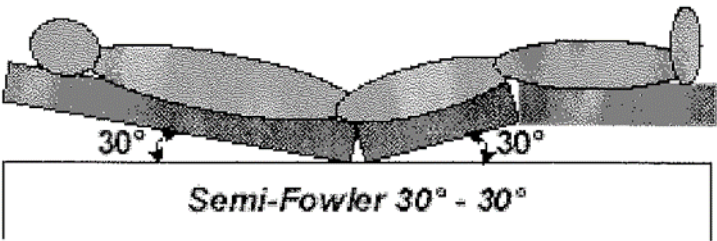
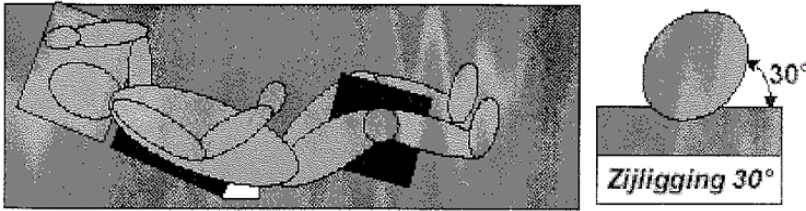
## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Prevenirea escarelor este esențială pentru bunăstarea pacienților care necesită îngrijire paliativă (imobilizați la pat) și constituie una dintre pietrele de temelie ale practicii de îngrijire zilnică. Eficacitatea preventivă vizează etiologia escarelor: forțele de presiune și forfecare. Acest lucru are ca rezultat patru principii principale de prevenire: Prevenirea prin reducerea amplitudinii forțelor de presiune și forfecare; Prevenirea prin reducerea duratei forțelor de presiune și forfecare; Aplicarea materialelor/instrumentelor de dispersie a presiunii; Nutriție și hidratare

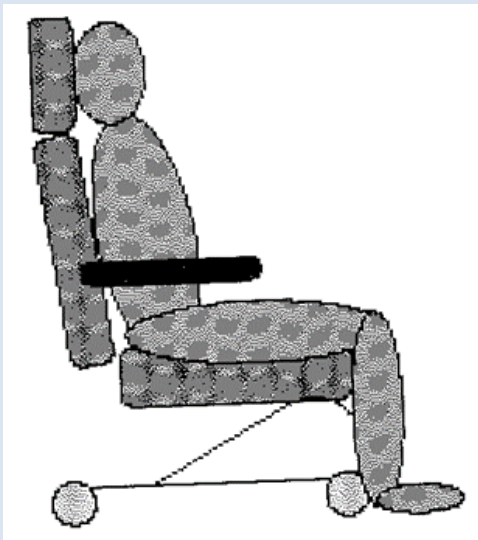
		Concept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
<b>PREGĂTIRE</b>						
1	Examinați fișa medicală a pacientului: • Verificați raportul privind riscul de apariție a escarelor: scorurile pe scara BRADEN sau NORTON <sup>1</sup> • Validați calendarul prescris pentru schimbarea poziției • Verificați dacă există indicații contrare schimbării poziției • Verificați prezența oricăror catetere sau a altor dispozitive care pot complica schimbările de poziție sau care pot necesita personal suplimentar pentru a asigura siguranța pacienților					0 4 9
2	Spălați-vă pe mâini sau puneți-vă mănuși medicale ( <i>numai în cazul leziunilor tegumentare ale mâinilor asistentei sau în caz de potențial infecțios ridicat al pacientului</i> ), ca parte a precauțiilor standard.	<i>precauții standard</i>				0 2 5
3	Închideți ușa și asigurați un spațiu privat pentru schimbarea poziției pacientului, dacă este relevant ( <i>perdele, paravan, semnul Ocupat etc.</i> )	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 2 5
4	Evaluarea rapidă a prezenței semnelor vitale ( <i>prezența conștienței, mișcări, vorbire, respirație</i> ) <b>Bună ziua. Numele meu este .... Sunt asistenta care vă va schimba poziția în pat (sau în scaun)</b>	Funcții vitale conservate <input type="checkbox"/> ; stop cardiorespirator <input type="checkbox"/> ( <i>inițierea măsurilor medicale - resuscitare, - inițierea discuției</i> )				0 2 5
5	<b>Vă rog, spuneți-mi numele dvs ... Și data nașterii ... Vă mulțumesc.</b>	Conformitate cu fișa de observații pentru: Nume: <input type="checkbox"/> Data nașterii: <input type="checkbox"/>	<b>ESENȚIAL</b>			
6	Puneți patul în poziția de lucru (înălțimea corespunzătoare) și coborâți lateralele patului.	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 1 3
8	<b>Acum vă voi schimba poziția pentru a preveni escarele.</b>	<i>Explicăm</i>				0 2

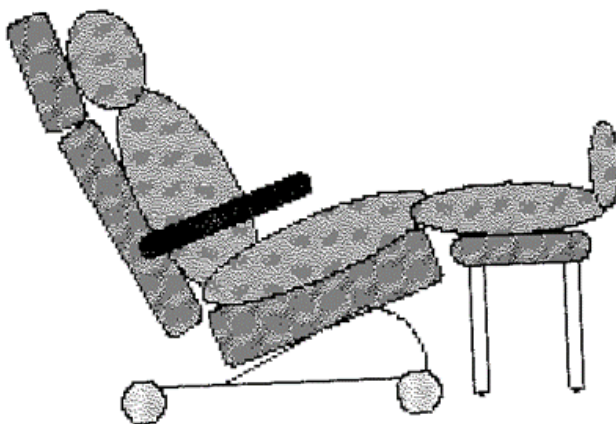
	Poziționarea pentru reducerea presiunii trebuie să aibă loc la fiecare 2 ore. Poziționarea pentru reducerea presiunii este utilă numai atunci când se face în mod constant, zi și noapte, 7 zile pe săptămână!	<i>pacientului CE VOM FACE Spuneți pacientului cum poate CONTRIBUI la prevenire</i>				5
--	--	---	--	--	--	---

### EFFECTUAREA SCHIMBĂRII POZIȚIEI ÎN PAT

9a	<p>Poziționarea pentru reducerea presiunii trebuie combinată cu pozițiile în care presiunea este cât mai scăzută. În practică, aceasta înseamnă că poziția culcată este cea mai bună iar o poziție laterală trebuie aplicată cât mai puțin posibil.<sup>2</sup></p> <p>Încercați să evitați pozițiile care măresc presiunea, cum ar fi poziția laterală la 90 ° sau poziția semi-culcat în pat deoarece acestea cresc presiunea.<sup>3</sup></p> <p><b>Poziționați pacientul în poziția culcat:</b></p> <p>Evitați să așezați capul patului mai sus de 30° pentru ca pacientul să nu aibă impresia că se afundă atunci când este așezat în pat. Cea mai bună poziție supină este, așadar, poziția semi-Fowler. Capul patului se pune la 30° și trebuie să vă asigurați că genunchii sunt ușor flexați (30°)<sup>3</sup></p> 	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	ESENȚIAL
9b	<p><b>Pacient în poziție laterală:</b></p> <p>În poziție laterală, pacientul este întors la 30° față de saltea iar spatele este susținut cu o pernă care face un unghi de 30°. Este important ca zona lombară să nu stea apăsată în saltea. Pernele puse sub saltea nu dau acest efect.</p>  <p>O schemă bună pentru poziționarea de reducere a presiunii este: poziția semi-Fowler 30° - Poziție laterală pe stânga 30° - poziție semi-Fowler 30° - poziție laterală pe dreapta<sup>2</sup></p>	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	ESENȚIAL

## EFFECTUAREA SCHIMBĂRII POZIȚIEI ÎN SCAUN

9c	<p>Presiunea în poziție de șezut este mult mai mare decât în poziție întinsă, de aceea riscul presiunii pe decubit este și mai mare. (distribuția presiunii pe o suprafață mai mică). Prin urmare, poziționarea pentru reducerea presiunii trebuie să se petreacă în timp ce pacientul este în poziția șezut și cu o frecvență mai mare.</p> <p>Frecvența cu care trebuie făcut acest lucru nu a fost investigată, dar se recomandă ca poziționarea pentru reducerea presiunii să se facă la fiecare oră<sup>2</sup>. Limitați timpul de ședere în scaun pentru pacienții cu risc crescut de decubit.</p> <p>Poziționați pacientul într-o poziție în care acesta poate desfășura activități cu o minimă presiune sau forfecare a țesuturilor subiacente. Asigurați-vă că picioarele sunt într-un unghi de 90° cu sprijin maxim pentru genunchi atunci când postura este dreaptă. Așezați picioarele pe un scaun pentru picioare dacă acestea nu ating solul<sup>3</sup>.</p>  <p>Când pacientul se sprijină pe spate, asigurați-vă că picioarele sunt susținute și călcâiele sunt în aer<sup>3</sup>. Deoarece presiunea este cea mai scăzută în poziția de sprijin pe spate, aceasta este preferată<sup>2</sup>.</p>	<p>DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p>	<p>ESENȚIAL</p>
----	---	---	-----------------



Utilizarea pernelor de reducere a presiunii, ca și a saltelelor de reducere a presiunii, ar putea face posibilă scăderea frecvenței de poziționare pentru reducerea presiunii. Pernelle de reducere a presiunii sunt perne de aer, perne de spumă și perne de gel<sup>2</sup>

#### ÎNGRIJIREA ULTERIOARĂ

10	Asigurați-vă că soneria (sau alt sistem de contact) este în apropiere	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 1 3
11	Faceți ordine în cameră, trageți perdele, scoateți cuverturile	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Luați semnul Ocupat	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 1 3
13	Semnați în fișa pacientului pentru efectuarea manevrei.	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 1 3
14	Consemnați în fișa pacientului	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 1 3
15	Raportați verbal	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>				0 1 3

Punctaj total: 50

<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	%
<input type="radio"/>	criteriu partial îndeplinit	%
<input type="radio"/>	criteriu îndeplinit total	%



### **Bibliografie selectivă:**

Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs. 2006 Apr;54(1):94-110.

Poot E, Mintjes-De Groot J, Weststrate J, Van Der Eerden, L. & Adriaansen M. Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen. 2008, Houten: Bohn stafleu van Loghum.

Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Van Houdt, S., Vanwalleghem, G., Gryson, L., Heyman, H., Thyse, C., Toppets, A., Stordeur, S. & Van den Heede, K. Een nationale richtlijn voor decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 2012, 193A.D/2012/10.273/95.



## EVALUAREA NIVELULUI DE CONȘTIENTIZARE AL PACIENTULUI PRIVIND BOALA SA

### Procedură medicală



**EVALUAREA NIVELULUI DE CONȘTIENTIZARE AL PACIENTULUI  
PRIVIND BOALA SA**

## EVALUAREA NIVELULUI DE CONȘTIENTIZARE AL PACIENTULUI PRIVIND BOALA SA

“Comunicarea nu e ce se spune, ci ceea ce se înțelege”, din această cauză nu trebuie niciodată considerată ca fiind “de facto”, ci mereu ca o evaluare progresivă. Pacienții care se confruntă cu boli grave, chiar dacă li se comunică condiția lor, ar putea să nu înțeleagă pe deplin severitatea bolii. Acest lucru nu se referă strict la diagnosticul inițial, ci la un proces continuu odată ce boala progresează. Evaluarea conștientizării bolii este importantă pentru a stabili în ce manieră se confruntă pacientul cu situația, preferințele sale și capacitatea de a lua decizii, ca și nevoia sa ulterioară de informații pentru a fi implicat/ă în planul de îngrijire. Pentru ca aceste discuții să se realizeze, pacientul trebuie să fie conștient și să posede suficiente abilități cognitive pentru a procesa informații și destulă înțelegere pentru a lua decizii.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Evaluati condiția pacientului (conștientă, mișcări, vorbire, respirație): <i>funcții vitale stabile</i> <input type="checkbox"/> ; <i>stop cardiopulmonar</i> <input type="checkbox"/> (dacă e cazul, declanșați protocolul cardiorespirator)			0 2 5
2.	Introduceți-vă pacientului <b>Bună ziua, sunt doctoral xxx și aceasta este colega, asistenta yyy. Dumneavoastră cum vă numiți?</b> Lăsați pacientul să se prezinte. <i>Evitați expresiile precum "Sunteți Domnul Smith?" care ar putea genera o falsă confirmare printr-un "da" fals și automat care ar putea proveni de la un pacient distras de simptomele sale sau din pricina discuției cu personalul medical</i>	ESEȚIAL		
3.	Asigurați un mediu privat și sigur pentru discuție (cameră cu un singur pat, perdele, paravan etc.) Utilizați comunicarea emfatică – a se vedea procedurile de ascultare activă și comunicare emfatică.			0 1 3
4.	Evaluati abilitățile de vorbire ale pacientului (în cazul slăbiciunii sau dificultății de respirație asociate cu efortul de a vorbi, reduceți pe cât posibil efortul pacientului vorbind în locul său și rugându-l să confirme dacă ați înțeles corect)			0 1 3
5.	Evaluati abilitățile cognitive ale pacientului <b>Îmi puteți spune ce zi este azi?</b> <b>Cât este ceasul?</b> <b>Unde ne aflăm?</b> <i>(Evaluarea abilităților cognitive ale pacientului este relevantă pentru a putea înțelege dacă acesta se poate orienta în timp și spațiu și dacă își controlează percepția de sine. Aceste aspecte sunt relevante în evaluarea capacității pacientului și a conștientizării sale relativ la consecințele situației sale medicale și a propriilor procese decizionale.)</i>			0 2 5
6.	Evaluati abilitățile pacientului de a lua o decizie <b>Vă rog, îmi puteți spune ce anume înțelegeți legat de boala dvs?</b> <i>(Dacă o persoană poate explica ce se petrece, atunci înțelegerea și memoria sa sunt suficiente pentru ca aceasta să ia o decizie).</i>			0 2 5
7.	Evaluati atitudinile pacientului <b>Dintre alternativele terapeutice disponibile, pe care o preferați?</b> <i>(Este menită să evalueze percepția și înțelegerea pacientului privind situația sa medicală pentru a echilibra riscurile și beneficiile și pentru a evalua consecințele tratamentului)</i>			0 2 5

	<i>înainte de a lua o decizie.)</i>			
8.	<b>Ați fost văzut și de alți specialiști pentru situația dvs medicală actuală?</b> <b>Ce v-au spus privitor la boala dvs?</b>			0 1 3
9.	<b>Vă rog, scrieți-vă aici diagnosticul cu propriile dvs cuvinte.</b>			0 1 3
10.	<b>Credeți că aveți nevoie de informații în plus pentru a înțelege mai bine diagnosticul?</b> <b>Sunt dispus/ă să vă ofer informațiile necesare.</b> apelați la procedura de comunicare a diagnosticului bolilor severe (vești proaste).			0 1 3
11.	<b>Cum credeți că va evolua situația dvs. medicală?</b>			0 1 3
12.	<b>Care dintre neplăcerile resimțite în ultimele trei zile considerați că sunt asociate cu diagnosticul despre care ați scris?</b>			0 1 3
13.	<b>Sunteți îngrijorat/ă sau aveți temeri privind o posibilă evoluție a diagnosticului bolii?</b>			0 1 3
14.	Consemnați în fișa medicală a pacientului toate detaliile în legătură cu îndeplinirea procedurii - accidente, complicații - după caz, data și ora.	ESENȚIAL		
15.	Trebuie luate toate măsurile pentru siguranța pacientului ( <i>ajustați patul la nivel inferior și ridicați barele laterale</i> ). Asigurați-vă că pacientul poate accesa cu ușurință obiectele personale ( <i>de ex. telefonul mobil, cartea, integrame</i> ), paharul cu apă și telecomanda cu care apelează ajutor medical. Oferiți detalii privind programul medical ulterior și ora când pacientul va fi re-examinat.			0 3 6
<b>Scor total: 50</b>		<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit	%
		<input type="radio"/>	criteriu parțial îndeplinit	%
		<input type="radio"/>	criteriu îndeplinit	%

## Bibliografie selectivă

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Baek SK, Kim S, et al. Effect of advanced cancer patient's awareness of disease status on treatment decisional conflict and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean perspective cohort study. Support Care Cancer 2012; 20:1309-1316

Tang ST, Liu T, et al. Physician-patient end-of-life care discussion: correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients- a cross-sectional survey study. Palliative Medicine 2014; 28(10): 1222-1230.

Scott Finlayson C, Chen YT, Fu MR. The impact of patients' awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997-2014. Palliative Care Review 2014;17(10): 1-11.

Wallace CL. Family communication and decision making at the end of life: a literature review. Palliative and Supportive Care 2015; 13:815-825





## CONFIGURAREA REȚELEI DE SPRIJIN A PACIENTULUI

### Procedură medicală



## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Concomitent cu alte aspecte, precum cele fizice și psihologice, rețeaua socială constituie o resursă importantă în crearea planului de îngrijire și evaluarea sustenabilității acestuia. Profesioniștii din domeniul sănătății, apropiații și rudele pot fi considerați cu toții un sprijin important în implementarea și succesul strategiei terapeutice.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
1	Intrați și prezentați-vă politicos și amical: <b>Bună dimineța. Cum vă simțiți astăzi?</b> (Lăsați suficient timp pentru a primi răspunsuri)				0 1 3
2	Asigurați un spațiu confortabil pentru interviu. (Este important să evitați întreruperile și să asigurați respectarea confidențialității)				0 1 3
3	Întrebați pacientul cum se simte: <b>Aveți vreo durere, plângere sau grijă anume?</b> (Identificarea nevoilor pacientului poate contribui la evaluarea rețelelor sociale disponibile și a potențialului lor beneficiu pentru pacient).				0 1 3
4	(Prezentați mai întâi motivul întâlnirii pentru a evita confuziile) Explicați scopul interviului: <b>Aș dori să aflu mai multe despre familia și prietenii dvs.</b> <b>Vă deranjează dacă discutăm despre aceste lucruri și alte aspecte sociale?</b>				0 1 3
5	Ascultați cu atenție și folosiți comunicarea empatică (Ascultarea activă și abordarea dialogică sunt importante pentru a înțelege preferințele pacientului).				0 1 3
6	Adaptați-vă limbajul la nivelul social, cultural și educațional al pacientului, având grijă ca mesajele să fie reale și comprehensibile (Valorile personale și contextul cultural joacă un rol esențial în analiza rețelei sociale a pacientului pentru că ne ajută să înțelegem cum pot contribui la implementarea planului de îngrijire)				0 1 3
7	Informații privind locuința actuală: <b>Unde locuiți? Cu cine locuiți?</b> (Acest răspuns va fi relevant în ceea ce privește selectarea locației de îngrijire pentru viitor și pentru îmbunătățirea participării pacientului în propriile rețele de sprijin)				0 1 3
8	Informații privind familia: <b>Vă rog spuneți-mi despre membrii familiei dvs și despre gradul de implicare și susținere de-a lungul bolii (alte întrebări utile)</b> <b>Aveți soț/soție?</b> <b>Aveți copii?</b> <b>Unde locuiesc?</b> <b>Ce fel de relație aveți cu ei?</b> (Conexiunile sociale pot fi extinse către un număr de persoane, miza dialogului fiind de a identifica unde și cine poate oferi cea mai bună îngrijire pacientului)				0 1 6

9	<b>Cine este îngrijitorul dvs de bază?</b>	<b>ESENȚIAL</b>	
10	Informații privind relațiile sociale: <b>Aveți prieteni buni?</b> <b>Cine sunt aceștia?</b> <b>Vă simțiți susținut de ei în aceste momente?</b>		0 1 3
11	Informații despre viața profesională: <b>Lucrați la momentul când ați fost diagnosticat?</b> <b>În ce domeniu lucrați?</b> <b>De cât timp?</b> <b>Vă place munca dvs?</b> <b>Cum v-a afectat boala situația financiară?</b> <i>(Verificați contextul social al pacientului și analizați opțiuni pentru a include activități recreative care să crească încrederea pacientului și contactul semnificativ cu ceilalți)</i>		0 1 3
12	Informații privind hobby-urile: <b>Ce vă place să faceți în timpul liber?</b> <i>(Poate fi un motiv de a introduce o preocupare comună și de a împărtăși o activitate recreativă)</i>		0 1 3
13	Informații privind convingerile spirituale: <b>Credeți sau practicați vreo religie?</b> <i>(Nevoile culturale și religioase sunt un aspect semnificativ în îngrijirea paliativă pentru pacient și familia sa. Este important să se ia în considerare aceste informații pentru a facilita accesul la orice ritual sau contact cu persoane ce reprezintă sistemul de valori al pacientului și mediul său cultural) Apelați la procedura de evaluare spirituală</i>		0 1 3
14	Informații privind alte interese: <b>Ce altceva vă place să faceți?</b> <i>(Manifestați deschidere în a personaliza planul de îngrijire)</i>		0 1 3
15	Informații privind starea emoțională a celor apropiați: <b>De exemplu, cum credeți că face față soția/soțul în situația bolii dvs. în aceste momente?</b> <i>(Facilitarea relațiilor sociale ale pacientului, presupune explorarea nevoilor rudelor și interacțiunea empatică cu rudele și cei apropiați)</i>		0 1 3
16	<b>În situația prezentă, credeți că aveți destulă susținere și asistență în viața dvs de zi cu zi? Pentru a fi cu cât mai autonom/ă cu putință, aveți nevoie de sprijin în sensul vreunui echipament, o adaptare a mediului locuinței?</b> <i>(Evaluati situația curentă pentru a îmbunătăți susținerea pacientului și pentru a găsi soluții noi dacă e necesar).</i>		0 1 3
17	<b>Ce vă îngrijorează cel mai mult momentan?</b> <b>Care este grija dvs cea mai mare în acest moment?</b>	<b>ESENȚIAL</b>	
18	<b>Vă simțiți singur/ă?</b> <i>(După conversație și după ce aveți toate informațiile necesare, acest răspuns vă va ajuta să înțelegeți dacă poate fi implementată o intervenție structurală pentru a îmbunătăți confortul pacientului)</i>		0 1 3

19	Evalueați starea emoțională după interviu: <b>Cum vă simțiți acum?</b> Vedeți dacă pacientul mai are întrebări de final sau griji. (Va fi util să verificați gradul de conștientizare al pacientului privind circumstanțele sale)				0 1 3
20	Consemnați rezumatul conversației incluzând lista membrilor familiei și menționând îngrijitorul de bază.				0 1 3
21	Luați-vă rămas bun în termeni amicali.				0 1 3
<b>Scor total: 60</b>		<input type="radio"/>	criteriu neîndeplinit		<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criteriu parțial îndeplinit		<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criteriu îndeplinit		<b>%</b>

### Bibliografie selective

Jarret N, Porter K, et al. The networks of care surrounding cancer palliative care patients. BMJ Supportive and Palliative Care 2015; 5: 435-442.

Sallnow L, Richardson H, et al. The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review. Palliative Medicine 2015; 30(3): 200-211.



## INVESTIGAREA NEVOILOR ÎNGRIJITORULUI

### Procedură medicală





## PROCEDURĂ MEDICALĂ

Îngrijirea paliativă vizează susținerea pacienților și a familiilor acestora sau a celor apropiați în timpul bolii și, în cazul familiei, pe perioada doliului. Pentru a oferi sprijin eficient, trebuie evaluate nevoile îngrijitorilor. Îngrijitorii sunt de obicei membrii familiei, dar pot include și orice altă persoană pe care pacientul o consideră semnificativă.

				P
1	Intrați și prezentați-vă amical: <b>Bună dimineța. Sunt Dr. xxx și sunt yyy (hematologul, oncologul, sau altceva, după caz) rudei dvs. Vă rog, îmi puteți spune cine sunteți și care este relația dvs cu pacientul?</b>			0 1 3
2	<b>Cum vă simțiți azi?</b> (Lăsați suficient timp pentru a primi răspuns.) <i>(Percepeți starea îngrijitorului de la bun început pentru a înțelege dacă este momentul potrivit să discutați acest subiect)</i>			0 1 3
3	Puneți întrebări deschise pentru a stabili o relație bună cu îngrijitorul: <b>Domnule X, v-ar deranja dacă am discuta un pic?</b> <b>Există vreun aspect anume pe care ați dori să îl abordez acum?</b> <b>În cazul unui răspuns negativ: Când ați prefera să discutăm?</b> <i>(Dacă e necesar, lăsați opțiunea de a selecta alt moment de discuție la latitudinea subiectului. Conversația trebuie să fie liberă și voluntară, iar implicarea îngrijitorului e esențială).</i>			0 2 5
4	În cazul în care sunteți la domiciliu sau în spital iar pacientul și îngrijitorul sunt împreună, observați mediul pacientului și comportamentul său față de îngrijitor: Se observă o comunicare apropiată? Cum interacționează?			0 1 3
5	Întrebați îngrijitorul cum se simte și dacă există vreo grijă anume legată de îngrijirea pacientului pe care ar dori să o discute azi. <i>(Identificați un rol specific și sustenabil pentru îngrijitor în planul de îngrijire, evitând excesul de responsabilități din punct de vedere psihologic, social și economic. Nevoile pacientului și ale îngrijitorului sunt la fel de importante pentru eficiența planului de îngrijire)</i>			0 2 5
6	Oferiți îngrijitorului oportunitatea de a-și discuta grijile/nevoile în particular <i>(Le vom oferi opțiunea de a analiza obiectiv circumstanțele reale de îngrijire și resursele disponibile pentru ca îngrijitorul să susțină pacientul: fizice, psihologice, sociale și financiare. În acest fel, luarea deciziilor privind planul de îngrijire va fi făcută în așa fel încât îngrijitorul să fie considerat un partener activ în tratament, partener care trebuie protejat și susținut.)</i>			0 2 5
7	Dacă îngrijitorul nu dorește să discute în particular, arătați-vă disponibilitatea de a discuta posibilele rezerve pe care ar putea să le aibă.			0 1 3
8	Dacă îngrijitorul dorește să discute în particular, asigurați un spațiu confortabil pentru interviu. <i>(Pentru a evita întreruperi, respectați confidențialitatea și discutați planul de îngrijire într-un mediu confortabil)</i>			0 1 3

9	Aplicați ascultarea activă și comunicarea empatică ( <i>promovați luarea în comun a deciziilor, respectând valorile pacientului și mediul său cultural, fiind sensibil la cerințele psihologice și culturale</i> )		0 3 6
10	<b>Cum vă simțiți îngrijind pacientul X?</b> ( <i>Verificați dacă îngrijitorul necesită susținere psihologică și spirituală</i> )		0 1 3
11	<b>Există altceva de care ați avea nevoie și cu care v-am putea ajuta?</b> ( <i>Verificați dacă tipul de resurse disponibile în sistem este suficient pentru a sprijini îngrijitorul în îngrijirea pacientului</i> )		0 1 3
12	<b>Credeți că locuința dvs este adecvată pentru a asigura îngrijirea necesară pacientului X? Aveți nevoie de schimbări/adaptări care ar putea fi necesare (uși, baie, balustradă pe hol, rampă la intrare...)?</b> ( <i>Verificați dacă îngrijirea la domiciliu este o soluție posibilă și adecvată pentru pacient și îngrijitor</i> )		0 1 3
13	<b>Lucrați momentan? Credeți că slujba de acum este compatibilă cu îngrijirea pentru DI X? Dacă nu, ce ar trebui făcut pentru a fi compatibile?</b> ( <i>Responsabilitățile îngrijitorilor au impact asupra vieții lor în termeni de problem financiară și conflict cu viața profesională. Acest punct este important pentru a evalua sustenabilitatea planului de îngrijire din punctul de vedere al îngrijitorului</i> )		0 1 3
14	<b>Credeți că resursele dvs curente sunt adecvate pentru îngrijirea D-lui X? Credeți că îngrijirea D-lui X ar putea să vă pună în dificultate financiar?</b> ( <i>Acest aspect trebuie evaluat pentru a oferi sprijin social îngrijitorului, dacă se poate, sau pentru a lua o decizie referitor la resursele sale limitate</i> ).		0 1 3
15	Privind îngrijirea curentă a D-lui X, <b>credeți că ar primi o îngrijire mai bună în altă parte?</b> (admitere în spital, în unități de tip hospice, azil de bătrâni...) ( <i>Resursele disponibile din serviciile de sănătate trebuie integrate pentru a crește șansele îngrijitorului de a face față cerințelor îngrijirii în termeni de timp necesar deplasării, sprijin social, capacitate de coordona îngrijirea la domiciliu în interesul pacientului</i> )		0 1 3
16	<b>În cazul în care DI X ar necesita îngrijire de urgență sau plasare într-o altă instituție adecvată, știți ce pași să urmați?</b> ( <i>pentru a verifica dacă îngrijitorul poate face față unei schimbări în planul de îngrijire cauzate de evoluția bolii și dacă își poate adecva rolul la noua situație</i> )		0 1 3
17	<b>Vă simțiți capabil/ă să vă îngrijiți de DI X? Dacă nu, de ce? Cum vă putem fi de folos?</b> ( <i>Îngrijitorii trebui să dețină toate informațiile necesare pentru a lua decizii și pentru a oferi cea mai bună îngrijire pacientului. Trebuie să existe susținere psihologică și socială în cazul unor situații dificile și trebuie discutate acțiuni opționale și alternative în cazul în care există dubii ce afectează îngrijitorul</i> )		0 1 3
18	<b>Vă putem ajuta în vreun fel anume în îngrijirea D-lui X?</b> ( <i>Ajută în depistarea unor aspecte ce nu au fost luate în considerare anterior</i> )		0 1 3
19	<b>Ținând cont de evoluția bolii D-lui X și după cum îl știți acum, credeți că nevoile sale ar putea să vă copleșescă? Dacă da, ce anume v-ar îngrijora și de ce?</b> ( <i>O evaluare de final a interviului ar putea ajuta la înțelegerea gradului de satisfacție a îngrijitorului față de planul de îngrijire și la depășirea unor bariere și obstacole</i> )		0 1 3

20	<b>În cazul în care sfârșitul D-lui X va fi acasă, vă simțiți pregătit/ă? Credeți că aveți destule resurse pentru a oferi îngrijire în acele circumstanțe acasă?</b> <i>(Este foarte important de luat în considerare dorința îngrijitorului și motivația sa de a îngriji pacientul acasă, iar în cazul dubiilor, gândiți-vă să sugerați susținere psihologică)</i>		0 1 3
21	<b>Vă simțiți singur/ă? Aveți vreun punct de susținere pe perioada îngrijirii D-lui X?</b>	<b>ESENȚIAL</b>	
22	Fiți disponibil la orice alte întrebări și informați îngrijitorul cum vă poate contacta din nou. Întrebați dacă mai are întrebări de final sau griji.		0 2 5
23	Luați-vă rămas bun în mod amical.		0 1 3
24	Consemnați rezumatul conversației în fișa pacientului		0 1 3
<b>Scor total: 80</b>		<input type="radio"/> criteriu neîndeplinit <input type="radio"/> criteriu parțial îndeplinit <input checked="" type="radio"/> criteriu îndeplinit	<b>%</b> <b>%</b> <b>%</b>

### Bibliografie selectivă

Bee PE, Barnes P, Luker AL. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer. Journal of Clinical Nursing 2008; 18:1379-1393

## PREFAZIONE

### *Perché MedLang? Perché la medicina palliativa? Perché un MOOC interdisciplinare?*

MedLang è nato come risultato della rilevazione di una serie di bisogni in diversi paesi europei. Questi bisogni sono sostanzialmente emersi dalla mancanza di un approccio standardizzato e coerente per questioni relative alla medicina palliativa. Di conseguenza, i partner coinvolti nel progetto Erasmus+ 2014-1-RO01-KA203-002940 si sono confrontati per affrontare questa sfida e diffondere al meglio i risultati del loro lavoro congiunto, a quanti più soggetti possibile, in Europa e non solo.

Questioni connesse alla mobilità globale a causa della necessità di forza lavoro, alla mobilità per studio o personale, ai rifugiati in Europa rendono il tema delle cure palliative molto più che un problema medico, amministrativo o finanziario, spostandolo piuttosto in un paradigma che considera linguaggio e comunicazione, cultura, religione e valori.

Il partenariato strategico che unisce Romania, Belgio, Italia e Spagna, formato da istituzioni mediche ed educative, pubbliche e private, ha affrontato il tema della medicina palliativa e questioni affini negli specifici contesti istituzionali e in un preciso arco temporale. Gli autori internazionali di questo volume sono consapevoli di rappresentare un punto di vista limitato ai suddetti ambienti geografici e alle specifiche necessità del momento. Essi sono tuttavia sicuri che questo cerchi di colmare una vasta lacuna che riguarda approcci standardizzati ed in linea con l'attuale infrastruttura, i bisogni formativi delle risorse umane, lo sviluppo medico e tecnologico e le priorità contestuali legate a strategie mediche, valori culturali e politiche nazionali.

La collezione dei materiali riflette il preciso orientamento che i partner hanno voluto mostrare: una selezione delle più rappresentative procedure basilari di medicina palliativa, totalmente in linea con gli ultimi aggiornamenti, metodi comunicativi di queste prassi in sei lingue e video che mostrano la loro implementazione. Partendo da un inventario di più di 50 procedure, la lista è stata ristretta a 20 interventi e modalità comunicative che considerano sia gli approcci medici esistenti nei paesi coinvolti che l'attuale andamento della medicina dialogica, oltre che i valori dell'interculturalità e la celebrazione della diversità di credenze e pratiche.

Per avere un'idea del tipo di decisioni e generalizzazioni che hanno richiesto una approfondita considerazione prima di poter iniziare la selezione degli item, i partner e gli autori del volume hanno dovuto decidere quanto dei nuovi orientamenti nazionali dovesse essere incluso in questo inventario generico di procedure e valori (ad esempio, la legislazione e la prassi relativa all'eutanasia per adulti e bambini attualmente in vigore in Belgio). Affrontando argomenti che vanno dall'igiene orale e lo spostamento o la nutrizione dei pazienti, fino alla comunicazione di cattive notizie o alla sindrome del burnout, un ventaglio di interlocutori sono presi in considerazione: pazienti ricoverati e non, famiglie, caregivers e infermieri, medici.

Un altro obiettivo del volume è quello di offrire risorse aggiornate per la professionalizzazione della specialità medica delle cure palliative nei paesi interessati, inclusa la Romania quale coordinatore del progetto, e verosimilmente in altri paesi europei e non, in sistemi con meno esperienza nell'assumere formalmente questo profilo medico per l'istruzione superiore o le scuole infermieristiche. A partire dalla facoltà di medicina di Brasov, dove l'unico programma rumeno di M.A. sulle cure palliative è stato offerto negli ultimi 5 anni, l'esperienza della Casa Sperantei (prima entità di cure palliative ad essersi stabilita in Romania a metà degli anni '90), per finire con le 20 procedure validate dal più grande ospedale oncologico di Iasi (Romania) i materiali sviluppati nel progetto possono raggiungere l'obiettivo di partenza in modo professionale.

Il presente lavoro è sorretto da un approccio interdisciplinare che unisce l'ambito medico, il sistema di cura e il settore educativo. Grazie a preziose risorse educative per professionisti medici, il volume offre inoltre un accurato supporto, sia ai formatori che a coloro che apprendono, per una valida

comunicazione sugli argomenti medici selezionati in diverse lingue (inglese, francese, spagnolo, italiano, fiammingo). La necessità di un approccio così particolare è stata segnalata negli ultimi dieci anni da coloro che dopo aver terminato gli studi universitari in medicina o infermieristica si sono trovati ad affrontare quotidianamente le sfide di una comunicazione professionale, indipendentemente dal fatto che lavorassero all'estero o no. Il supporto video e l'auto-valutazione o la valutazione tra pari, per verificare il livello di abilità medica e di pratica comunicativa, aiuta ad aprire la strada per un apprendimento indipendente.

Uno specifico supporto tecnologico è stato creato parallelamente al volume. Quest'ultimo si rivolge primariamente a coloro che preferiscono apprendere da un libro di testo, dato che sappiamo che il numero di questi studiosi tradizionali si ridurrà lentamente. Tuttavia, riteniamo utile informare che i materiali sono interamente disponibili anche nel sito del progetto [www.medlang.eu](http://www.medlang.eu). Siamo certi che coloro che useranno il volume si affideranno ad un apprendimento misto ed esploreranno anche alcune risorse in formato digitale. E il motivo è una pedagogia che facilita un diverso tipo di apprendimento su un MOOC: basato sul network, sui contenuti e sui compiti. Cooperare con persone interessate alla medicina o alla comunicazione attribuisce significato al compito e consente di verificare l'efficacia delle abilità acquisite. Inoltre, questa strategia, nell'educazione moderna, incoraggia lo sviluppo delle abilità e sottolinea l'importanza di curriculum basati sulla competenza. Di conseguenza, il volume contiene CD che presentano video e altre risorse di apprendimento che forniscono soluzioni basilari. Gli utenti che desiderano esprimere un parere professionale, documentare la loro argomentazione e pianificare l'auto-valutazione delle loro capacità sono invitati ad usare la piattaforma disponibile e a divenire partecipanti attivi nei forum per i dibattiti su argomenti specifici.

L'invito ad apprendere in base al proprio ritmo e al contesto di studio è intrinseco sia al volume che al MOOC. I criteri per l'auto-valutazione sono stati stabiliti con trasparenza e riguardano abilità cognitive avanzate come confronto, analisi, attenzione e memoria. Il MOOC dà priorità ad attività collaborative e ad interazioni tra pari e tra studente-docente per uno scambio di idee, dibattiti e argomentazioni, mentre alcuni compiti offrono la soddisfazione di co-creare conoscenza, per esempio quelli focalizzati su valori culturali e religiosi. La qualità delle conoscenze acquisite è misurata con variabili quali originalità, documentazione, discussione di protocolli, (scambio dei) turni, abilità di facilitazione, modelli di successo votati da studenti, accuratezza della simulazione. Sia nel libro che nel MOOC, l'apprendimento esorta alla riflessione e a modalità di pratica con e-portfolio e auto-ripresa. Con attenzione a stili di apprendimento individuali, sono prese in considerazione modalità di apprendimento lineare da testi, apprendimento interattivo, apprendimento attraverso la pratica e tramite video. Il MOOC ha un design tecnologico che facilita la disseminazione delle attività dei partecipanti attraverso una o più piattaforme in un ambiente aperto con accesso libero e volto ad una partecipazione intensa, e offre a studenti e formatori un senso di condivisione delle pratiche con una chiara enfasi sul processo di apprendimento. Ancora, il MOOC offre un sistema di valutazione e certificazione di conoscenze e competenze integrate nel sistema più coerente rispetto al volume, che può meglio essere usato in situazioni di istruzioni faccia a faccia come strumento di apprendimento per lo sviluppo professionale continuo e il training basato su simulazione.

In conclusione, il volume e il MOOC si offrono come strumenti indipendenti ma complementari per aiutare i professionisti, gli studenti, il pubblico in generale, ad apprendere sulla medicina palliativa e i processi comunicativi associati. I materiali sono il risultato finale di strategie pedagogiche che combinano le forme di apprendimento più tradizionale con nuovi trend che contemplano l'interazione, lo scambio di ruoli e l'assunzione di nuove responsabilità, sia per i formatori che per coloro che apprendono.

Editori





## **PROCEDURA DEL CATETERISMO URETRO-VESCICALE (CATETERE FOLEY) NELLE PAZIENTI DI SESSO FEMMINILE**

### **Procedura medica**



**PROCEDURA DEL CATETERISMO URETRO-VESCICALE (CATETERE FOLEY) NELLE PAZIENTI DI SESSO FEMMINILE**

## PROCEDURA DEL CATETERISMO URETRO-VESCICALE (CATETERE FOLEY) NELLE PAZIENTI DI SESSO FEMMINILE

Creazione di una comunicazione diretta con la parte interna della vescica urinaria attraverso un catetere specifico (catetere Foley) inserito nella vescica stessa attraverso l'uretra



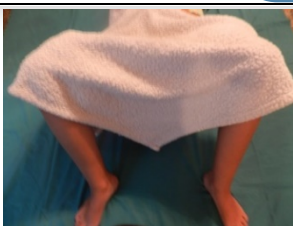
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

149.	Verificare le funzioni vitali della paziente ( <i>osservando, ad esempio, il livello di coscienza, i movimenti, il respiro e altri segni vitali</i> ) <b>Buongiorno / buon pomeriggio. Mi chiamo.....sono il suo medico / infermiere e la visiterò a breve.</b>				0 2 5
150.	<b>Mi può dire il suo nome, per favore.....</b> ( <i>in alternativa, verificare il nome dal braccialetto della paziente</i> ) <b>E la sua data di nascita .....</b> <b>Grazie.</b> ( <i>Queste domande vengono poste in maniera da evitare che la procedura venga fatta sulla paziente sbagliata, dal momento che ci sono spesso diverse pazienti con lo stesso nome. Allo stesso tempo è sconsigliato l'uso di formule come "Lei è la Sig.ra Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratte dai loro stessi sintomi.</i> ) <i>Doppio-check sulla cartella clinica per: Nome                      Data di nascita</i>	ESSENZIALE			
151.	Assicurare un ambiente privato in cui effettuare la procedura ( <i>stanza con un solo letto, tende, paraventi, ecc.</i> ) <b>Ho bisogno di inserire un catetere nella sua vescica urinaria in maniera da procedere ad un drenaggio all'interno di contenitori medici specifici (quello che faremo)</b>				0 1 3
152.	<b>La manovra consiste nel passare un catetere flessibile attraverso le aree associate alla minzione. È un procedura abbastanza semplice, che non prevede tagli né punture e, quindi, non le procurerà dolore.</b> ( <i>in che cosa consiste la manovra</i> )				0 1 3
153.	<b>È molto importante che lei resti calma e rilassata durante l'intera procedura. Quando glielo dirò, dovrà restare ferma e tenere le gambe nella stessa postura in cui le sistemeremo, in modo da inserire il catetere senza toccare le aree circostanti che possono essere portatrici di microbi. Inoltre, al mio segnale, le chiederò di inspirare profondamente e poi di espirare – respirare più volte, profondamente, lentamente, liberamente.</b> ( <i>come contribuire alla procedura</i> )				0 1 3
154.	<b>Svuotare la vescica è davvero importante per la sua condizione medica. Sulla base di questa procedura, decideremo quali farmaci prescriverle (il beneficio della procedura)</b>				0 1 3
155.	<b>È tutto chiaro riguardo la procedura? Vuole farmi altre domande?</b>	ESSENZIALE			
156.	<b>Mi può dire quanto e quanto ha urinato l'ultima volta?</b> ( <i>valutare la percezione della paziente e il suo livello di coinvolgimento nelle questioni personali relative alla salute</i> )				0 1 3
157.	<b>Ha già subito una procedura di cateterismo? Ad esempio per interventi precedenti?</b>				0 1 3
158.	<b>È allergica a qualcosa, ad esempio prodotti in gomma, iodio, cerotti medici?</b> ( <i>valutare possibili allergie con i materiali comunemente utilizzati durante la procedura</i> )	ESSENZIALE			
159.	<b>È d'accordo con il campionamento dei suoi prodotti biologici?</b> ( <i>valutare il punto di vista personale in merito al campionamento dei prodotti biologici</i> )	ESSENZIALE			
160.	<b>Quando ha mangiato l'ultima volta?</b> ( <i>se possibile, evitare di realizzare la procedura immediatamente prima o dopo i pasti</i> )				0 1 6
161.	Selezione del catetere di Foley da utilizzare (caratteristiche tecniche) nella				0


	specifica situazione clinica (se non già specificato nella cartella clinica della paziente)			1 9
	Valutazione della cartella clinica della paziente in riferimento a: <i>età</i> - per una bambina, catetere calibro 8-10 (circonferenza esterna 2.7 ~ 3.4 mm), lunghezza 30 cm, palloncino di 3 ml; - per una donna adulta, catetere calibro 14 – 18 (circonferenza esterna 4.7 – 6 mm) per 5 ml di volume del palloncino ( <i>un palloncino di dimensione minore permette di arrivare in profondità con i fori di drenaggio più vicini al punto estremo della vescica, consentendo così un'evacuazione più completa</i> ), 23-26 cm di lunghezza			
162.	Valutazione della cartella clinica della paziente per quanto concerne: <i>diagnostica della paziente in riferimento all'indicazione del cateterismo uretrovesicale (patologia urogenitale preesistente):</i> - in caso di ritenzione urinaria ( <i>sospetta inabilità del sistema uretrovesicale di assicurare l'evacuazione dell'urina accumulata nella vescica</i> ) il cateterismo viene posticipato fino a quando il volume esistente di urina nella vescica viene valutato attraverso un'ecografia della vescica stessa ( <i>il volume ispezionato viene visualizzato in formato digitale con una precisione dell'85% per volumi inferiori a un litro; un volume tra i 500 e gli 800 ml innesca la sensazione di urinare; se viene trovato un volume inferiore ai 500 ml, il cateterismo viene posticipato in modo da permettere un accumulo ulteriore di liquidi a livello della vescica. Questo è dovuto al rischio infettivo di cateterismo associato alla potenziale mobilità di microrganismi che solitamente esistono a questo livello dell'uretra</i> ). <b>Ora lascerò aperto il rubinetto e, se vuole, può tenere le mani sotto l'acqua corrente. Questo per velocizzare l'istinto di urinare</b> - in caso di drenaggio di coaguli, denso getto urinario ed ematuria, si consigliano sonde di dimensioni maggiori: calibro 20 (6,6 mm) - nelle patologie che richiedono un'irrigazione continua o intermittente della vescica, si consiglia un catetere Foley con 3 canali ( <i>uno per il drenaggio della vescica, il secondo per riempire/svuotare la sonda a palloncino, e il terzo per introdurre il fluido di irrigazione della vescica</i> ).			0 1 9
163.	Valutazione della cartella clinica della paziente per quanto concerne: <i>durata stimata del cateterismo uretrovesicale:</i> - fino ad 1 settimana – utilizzare un catetere Foley in plastica ( <i>flessibilità ridotta con maggiori conseguenze traumatiche</i> ), PVC ( <i>maggior flessibilità alla temperatura corporea, aderenza ai contorni dell'uretra</i> ) o lattice ( <i>rischio allergico da valutare in anticipo: l'alta frequenza di fenomeni allergici al lattice funziona come deterrente all'utilizzo di una sonda di questo materiale</i> ) - fino a 4 settimane – usare un catetere Foley in teflon - fino a 12 settimane – usare un catetere Foley in silicone ( <i>più costoso</i> ) opzionalmente impregnato con sostanze antimicrobiche ( <i>nitrofurantoina, idrogel, argento etc.</i> )			0 1 3
164.	Valutazione della cartella clinica della paziente per quanto concerne: <i>diagnosi associate (e.g. coagulopatie, etc.), parametri di laboratorio (e.g. piastrine &lt;150,000, INR&gt; 1.5, etc.) e medicinali associati (e.g. Sintrom, Trombostop, Aspirin, Plavix, etc.)</i> – in modo da valutare il rischio di sanguinamento prolungato			0 1 5
165.	Una volta selezionate le caratteristiche tecniche del catetere, altri due cateteri uretrovesicali dovrebbero essere disponibili sin dall'inizio per poter sostituire rapidamente la sonda Foley in caso di contaminazione o danni durante la procedura.			0 1 3



166.	Valutazione della volontà della paziente nel collaborare all'esecuzione della procedura.				0 1 5
167.	Valutazione della cartella medica della paziente per quanto concerne condizioni associate che potrebbero controindicare la posizione supina (e.g. grave insufficienza cardiaca con dispnea decubita) o rotazione esterna della flessione del ginocchio / coscia (malattie ortopediche / reumatologiche)				0 1 3
168.	<b>Ora avrei bisogno che lei si posizioni sulla schiena con le ginocchia piegate e trattenute per un periodo tra i 15 e i 30 minuti (la rotazione esterna delle cosce e la flessione del ginocchio consentono una visione ottimale della regione perineale, che sarà maggiormente interessata dalla procedura). Vuole provare? Ora pieghi le ginocchia. Bene. Ora tenga le ginocchia più lontane e ruoti le cosce verso l'esterno. Grazie. Può mantenere questa posizione? (se la paziente ha difficoltà nel mantenere questa posizione, si può chiedere ad un collega di sostenere le gambe della paziente, o altrimenti la paziente può essere posizionata semi-prona).</b>				0 1 9
169.	<b>Durante la procedura, la sua zona genitale sarà completamente esposta. Per una questione di privacy, preferisce che ad eseguire la manovra sia una dottoressa / un'infermiera?</b>				0 1 3
170.	Se non sono stati valutati recentemente: misurazione del battito cardiaco, ossimetria, temperatura: BP ..... mmHg, SaO2...%, T ..... ° C Lavarsi le mani. Applicare guanti medici puliti come parte delle precauzioni standard.				0 1 3
171.	Utilizzare un tampone imbevuto di alcool per decontaminare tutte le superfici con cui ci sarà contatto durante la manovra.				0 1 3
172.	Smaltire i guanti usati nell'apposito contenitore. Lavarsi le mani. Applicare una nuova coppia di guanti medici come parte delle precauzioni standard.				0 1 3
173.	<b>La procedura prevede la pulizia preliminare della zona genitale con acqua e sapone. Può farlo da sola o possiamo farlo noi per lei - cosa preferisce?</b> La regione perineale va pulita con acqua e sapone - la maggior parte delle pazienti sceglie di farlo in autonomia e gestisce il compito abbastanza bene se riceve indicazioni chiare: <b>Lavare e pulire sempre dalle aree più pulite verso quelle più sporche (l'area anale ha un elevato carico microbico)</b>				0 1 9
174.	Coprire il paziente con un asciugamani disposto a forma di diamante, con angoli puntati rispettivamente alla testa, alle gambe e ai lati del letto.				0 1 3
175.	<b>Usi le mani per tenere l'angolo dell'asciugamani sotto il mento mentre le mettiamo la biancheria da sotto.</b> Evitando di sfilare la paziente da sotto l'asciugamani, arrotolare il lenzuolo e l'asciugamani e tenerli arrotolati nello spazio tra i piedi della paziente e la spalliera.				0 1 3
176.	<b>Ora, la prego di spogliarsi dalla vita in giù sotto l'asciugamani. Conserveremo noi i suoi vestiti finché la manovra non sarà finita. Grazie.</b>				0 1 3
177.	<b>Ora pieghi le ginocchia, per favore. Le piante dei piedi dovrebbero essere a circa 60 cm di distanza l'una dall'altra. Ecco, molto bene. Ora ruoti leggermente le cosce verso l'esterno.</b>				0 1 3
178.	Posizionare gli strumenti necessari all'altezza del piano di lavoro.				0 1 3
179.	Assicurarsi che vi sia una buona illuminazione per l'esame dell'area perineale (l'uso di una luce può essere appropriato)				0 1 3
179.	Posizionarsi sul lato destro della paziente (o sul lato sinistro se il personale che esegue la procedura è mancino). Sollevare il letto della paziente ad altezza della vita del personale che effettua la cateterizzazione.				0 1 3



180.	Incrociare gli angoli dell'asciugamani sotto le cosce della paziente, lasciando l'angolo rivolto ai piedi per coprire l'area perineale come se fosse una tenda <i>(una ridotta esposizione delle aree private limita la sensazione di imbarazzo, fornendo anche un migliore comfort termico durante il cateterismo uretrovescicale)</i>				0 1 3
181.	Sollevare l'asciugamani dall'angolo che punta ai piedi della paziente e arrotolarlo per favorire l'accesso all'area perineale della paziente. Posizionare un asciugamano assorbente sotto le natiche della paziente <i>(per evitare di bagnare / compromettere la biancheria da letto)</i> .				0 1 3
182.	Disimballare il kit sterile che contiene la borsa per la raccolta dell'urina, ancorarlo al letto utilizzando il gancio appositamente progettato, lasciando a portata di mano l'estremità del tubo che collega la borsa urinaria al catetere Foley.				0 1 9
183.	Disimballare il kit sterile per il cateterismo uretrovescicale e tenerlo a portata di mano, facendo attenzione a non desterilizzarne il contenuto.				0 1 3
184.	Applicare soluzioni antisettiche <i>(di solito del tipo betadina-iodio)</i> su cinque compresse sterili che saranno utilizzate per la decontaminazione dell'area urinaria. Smaltire le bustine vuote della soluzione antisettica nei contenitori appositi.				0 1 6
185.	Smaltire i guanti usati nel contenitore apposito. Procedere ad un lavaggio medico delle mani. Applicare un paio di guanti sterili, pur mantenendo sterile l'involucro da collocare tra le gambe della paziente <i>(sull'involucro andranno posizionate le compresse sterili usate per decontaminare l'area del meato uretrale)</i> .				0 1 6
186.	Estrarre il catetere Foley dalla sua confezione e iniettare un volume di acqua distillata sterile come specificato sulla sonda <i>(utilizzando una siringa sterile di volume appropriato che è collegata all'estremità appositamente progettata della sonda Foley inserendola saldamente attraverso l'apposita valvola)</i> per riempire il palloncino e quindi controllarne l'integrità e la funzionalità <i>(la rilevazione tempestiva di eventuali disfunzioni consente di sostituire la sonda prima dell'implementazione del cateterismo stesso)</i> . Usando nuovamente la siringa, svuotare completamente il palloncino del catetere Foley e quindi staccare la siringa che contiene ora il volume esatto di acqua distillata sterile necessario per riempire il palloncino quando richiesto. Posizionare la siringa sulla confezione sterile dei guanti medici precedentemente utilizzati. Applicare (2,5-5 cm di lunghezza) un lubrificante sterile sulla estremità della sonda, laddove si trova il palloncino.				0 1 9
187.	Con la mano non dominante, esporre l'area urinaria del meato e allontanare le grandi labbra usando le dita III e IV (che sono così desterilizzate!), con il palmo rivolto verso l'alto. <i>Prestare attenzione a mantenere ben aperte le grandi labbra, che non dovrebbero mai entrare in contatto con il meato urinario in qualsiasi momento della manovra. Facendo così, le dita I e II sono libere per assicurare una tenuta costante sulla parte finale del catetere e la valvola del palloncino viene meglio collegata alla siringa quando si riempie il palloncino con acqua distillata sterile.</i>				0 1 9
188.	Utilizzando le pinze sterili del kit di cateterismo uretrovescicale e le compresse antisettiche, strofinare in maniera intensa con la mano dominante e decontaminare l'intera area con movimenti da fare in un unico verso: dall'interno di una delle grandi labbra in direzione anteriore-posteriore <i>(da avanti a dietro)</i> ; dall'interno della grande labbra opposta in direzione anteriore-posteriore; da una delle piccole labbra in direzione anteriore-posteriore; dall'altra delle piccole labbra in direzione anteriore-posteriore;				0 1 9



	dal carpo urinario in direzione anteriore-posteriore, usando 5 compresse antisettiche una dopo l'altra ( <i>il cateterismo uretrovescicolare è la manovra medica che causa più frequentemente infezioni nosocomiali - infezioni acquisite in ambiente medico - quindi le regole antisettiche devono essere rispettate rigorosamente</i> ). Dopo ogni uso, smaltire la compressa nel contenitore di rifiuti infettivi e, alla fine, smaltire anche le pinze. In questa occasione, individuare le strutture anatomiche dell'area perineale e individuare la posizione esatta del meato uretrale (a volte difficile da identificare nelle pazienti di sesso femminile).			
189.	Iniettare 10-15 ml di gel lubrificante nel carpo uretrale ( <i>il gel di lidocaina può essere utilizzato anche per ridurre il disagio associato al passaggio della sonda a livello uretrale, ma l'uso di lidocaina richiede altri 5 minuti per l'azione dell'anestetico</i> ) . Dopo l'uso, smaltire la siringa del gel lubrificante nel contenitore dei rifiuti infettivi.			0 1 9
190.	Tenere l'estremità del catetere Foley ( <i>il lato con i tubi di collegamento</i> ) nel palmo della mano dominante, con il catetere che fa un ciclo (per controllarne la lunghezza) e l'estremità opposta che deve essere introdotta nel carpo uretrale a 5-7,5 cm dalla sua punta posizionata come una penna tra le dita I su un lato e le dita II e III sull'altro.			0 1 9
191.	Mantenere aperta l'area cateterizzata utilizzando la mano non dominante, tenendo distese le grandi labbra ( <i>attraverso questa manovra, la traiettoria uretrale diventa dritta, facilitando così l'avanzamento della sonda</i> ).			0 1 3
192.	Inserire il catetere Foley nel meato urinario senza toccare strutture vicine ( <i>se si verifica un simile incidente, il catetere Foley risulta contaminato e deve essere sostituito; in caso di inserimento accidentale all'interno della vagina, il catetere viene mantenuto durante il cateterismo uretrovescicolare per guidare il successivo inserimento corretto, attraverso il muscolo urinario, di un nuovo catetere sterile</i> ).		ESSENZIALE	
193.	<b>Ora, respiri diverse volte profondamente e lentamente. Dentro e fuori</b> ( <i>avanzando il catetere durante la respirazione del paziente</i> ), <b>lentamente ... Benissimo così...e ora di nuovo.</b>			0 1 6
194.	Continuare a far avanzare il catetere lungo l'uretra nel tempo offerto dalla respirazione della paziente.			0 1 3
195.	In caso di resistenza percepita all'avanzamento del catetere Foley lungo lo sfintere uretrale, esercitare una pressione costante, ma non pesante, sul catetere stesso ( <i>lo sfintere uretrale dovrebbe rilassarsi, consentendo l'avanzamento del catetere o, in alternativa, il catetere può essere ruotato ripetutamente da un lato e poi dall'altro per farlo avanzare</i> ).			0 1 6
196.	Eeguire il ciclo della sonda nel suo avanzamento all'interno dell'uretra e verificare la presenza di urina nel catetere stesso.			0 1 3
197.	Tenere l'estremità del catetere al livello della bacinella in modo da consentire l'accumulo delle urine evacuate dalla vescica.			0 1 3
198.	Da questo momento in avanti, inserire il catetere di altri 5 cm ( <i>al fine di massimizzare le probabilità che il palloncino della sonda abbia attraversato l'uretra. Il riempimento del palloncino del catetere in posizione uretrale può traumatizzare il condotto urinario e comportare complicazioni indesiderate</i> ).			0 1 9
199.	Utilizzando la mano dominante, portare l'estremità del catetere Foley che include la valvola a palloncino fino al livello delle dita della mano non dominante, continuando a mantenere aperte le grandi labbra.			0 1 3

200.	Usando la mano dominante ora libera, prendere la siringa con acqua distillata sterile precedentemente posta a portata di mano e collegarla all'estremità del catetere con la valvola a palloncino. Con la valvola supportata dalle dita della mano non dominante, spingere la punta della siringa attraverso la valvola e iniettare il volume appropriato di acqua distillata in modo da riempire completamente il palloncino ( <i>l'uso di soluzioni saline in questa fase è stato abbandonato dopo che alcuni studi hanno rivelato come la precipitazione parziale di soluzioni NaCl - che si verifica nel tempo - comporta la riduzione del palloncino</i>				0 1 3
201.	In caso di dolore o disagio durante la manovra di riempimento del palloncino, è obbligatorio smettere di iniettare acqua sterile, svuotare completamente il palloncino e avanzare ulteriormente la sonda nella vescica. Quindi, riprovare a riempire il pallone, seguendo le reazioni della paziente.	ESSENZIALE			
202.	Scollegare la siringa dal catetere Foley e smaltirla nel contenitore dei rifiuti infiammabili non appuntiti.				0 1 3
203.	Pur mantenendo l'area del meato uretrale lontana da qualsiasi contatto con strutture circostanti, utilizzare la mano dominante per ritirare delicatamente il catetere Foley dal tratto uretrale fino a quando non si avverte una sosta, generata dal posizionamento del palloncino al livello dell'orificio uretrale.				0 1 3
204.	Spostare la mano non dominante dal livello delle strutture sostenute durante la manovra al livello del tubo di drenaggio delle urine. Utilizzare la mano dominante per collegare il catetere Foley al tubo della borsa di raccolta urinaria. ( <i>Questa fase viene quindi eseguita usando entrambe le mani</i> ).				0 1 3
205.	Fissare il tubo del catetere Foley mentre lo si posiziona al livello della coscia interna del paziente in modo che il tubo sia allungato ( <i>per evitare che il palloncino scivoli indietro all'interno della vescica, con successiva fuoriuscita di urina dalla vescica lungo la sonda, situazione che provoca difficoltà nel mantenere l'igiene della paziente</i> ) anche se non in tensione, per consentire alla paziente di eseguire movimenti comuni ( <i>è fortemente raccomandato l'uso di dispositivi specifici che riducono il rischio di infezione, piuttosto che il semplice collegamento del tubo attraverso cerotto medico</i> ).				0 1 3
206.	<b>Ora potrebbe sentire una sensazione di fastidio, che la potrebbe portare a richiedere la sospensione della procedura. Si tratta di alcuni minuti, finché non si sarà abituata alla presenza della sonda.</b>				0 1 3
207.	Pulire la regione perineale con compresse di soluzione alcolica ( <i>per rimuovere la betadina precedentemente utilizzata per la decontaminazione, che potrebbe generare irritazioni locali in caso di contatto prolungato con pelle e mucose</i> ).				0 1 3
208.	Misurare il volume delle urine raccolte e valutarne l'aspetto.				0 1 3
209.	Regolare il tubo per evitare che si pieghi e assicurarsi che il livello superiore della borsa di raccolta sia sempre posizionato al di sotto di qualsiasi segmento del tubo ( <i>per non creare condizioni in cui l'urina scorra dalla sacca all'indietro verso i tratti urinari</i> ).				0 1 3
210.	Smaltire i restanti materiali della procedura nel contenitore di rifiuti non appuntiti				0 1 3
211.	Rimuovere i guanti usati e gettarli nel contenitore di rifiuti infiammabili. Lavare le mani con sapone e acqua.				0 1 3
212.	<b>Ora può allungare le gambe e rilassarsi. Abbiamo finito la procedura.</b>				0 1

	<b>Ben fatto, congratulazioni.</b>			3
213.	Arrotolare la biancheria da letto utilizzata per coprire il paziente. Rimuovere la biancheria e smaltirla nel contenitore di rifiuti infiammabili.			0 1 3
214.	Utilizzare un tampone imbevuto di alcool per decontaminare tutte le superfici che sono state coinvolte nella procedura. Lavare le mani.			0 1 3
215.	<b>La borsa delle urine verrà svuotata ogni 8 ore o quando necessario, in modo che non si riempia per più della metà.</b>			0 1 3
216.	<b>Almeno una volta al giorno, l'area genitale deve essere lavata con sapone e acqua per evitare che si verifichino irritazioni o infezioni locali.</b>			0 1 3
217.	<b>In nessun motivo il tubo urinario deve essere estratto. Se le dà fastidio qualcosa nel sistema di drenaggio urinario, le chiedo di farcelo sapere e provvederemo a risolvere questo problema.</b>			0 1 3
218.	<b>Faccia attenzione che la tubazione urinaria non si pieghi, non si intrecci o non si blocchi perché questo ostacolerebbe il flusso urinario.</b>			0 1 3
219.	<b>È inoltre necessario che faccia attenzione affinché la borsa di raccolta sia sempre posta sotto il livello della vescica e dei tubi uretrovescicali.</b>			0 1 3
220.	<b>Nel periodo in cui dovrà tenere il catetere, la sua vita sessuale cambierà. Sarà avvisata in merito, se lo desidera.</b>			0 1 3
221.	<b>È preferibile fare la doccia piuttosto che il bagno nel periodo in cui dovrà tenere il catetere (<i>l'immersione prolungata favorisce il verificarsi di infezioni urinarie</i>)</b>			0 1 3
222.	<b>Attenzione ad eventuali segni di infezione. Se soffre o se ha dolori addominali inferiori, se prova una frequente urgenza di urinare o addirittura se prova sonnolenza o affaticamento inspiegabile, o ancora se l'urina risulta torbida, è possibile che l'urina si sia infettata (<i>per diminuire tale rischio, è consigliabile una dieta che acidifica l'urina, consumando ad esempio succo di mirtillo</i>). Se ciò accade, avrà bisogno di assistenza medica specializzata.</b>			0 1 3
223.	<b>Per espellere una quantità corretta di urine, si consiglia di bere almeno 2 litri di liquidi ogni giorno (<i>preferibilmente più di 3 litri - indicazione da comunicare al paziente solo se le patologie associate consentono l'assunzione di tali volumi</i>).</b>			0 1 3
224.	Compilare la cartella clinica della paziente con tutti i dettagli relativi alla realizzazione della procedura, alle eventuali complicazioni e, a seconda dei casi, al volume e all'aspetto (colore, chiarezza ecc.) dell'urina. Indicare data e ora.	ESSENZIALE		
225.	Adottare tutte le misure necessarie per la sicurezza della paziente ( <i>regolare il letto a un livello inferiore e sollevare i limitatori laterali</i> ). Assicurarsi che la paziente possa facilmente raggiungere gli oggetti personali ( <i>ad esempio telefono cellulare, libri, cruciverba ecc.</i> ), posizionare il bicchiere d'acqua ed il telecomando per chiamare assistenza medica in modo che siano facilmente raggiungibili. Dare dettagli circa il programma medico da seguire e il momento in cui la paziente sarà nuovamente esaminata.			0 1 3
<b>Total score: 300</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
		<input checked="" type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

#### Riferimenti:

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## EFFETTUARE UNA PARACENTESI

### Procedura medica



EFFETTUARE UNA PARACENTESI



## PROCEDURA MEDICA

Creare una comunicazione diretta con la cavità addominale attraverso una puntura intracutanea



1.	Verificare le condizioni del paziente ( <i>stato di coscienza, movimenti, capacità di parlare, respiro</i> ): funzioni vitali presenti ; arresto cardiopolmonare Preparare i materiali necessari. <b>Buongiorno / buonasera. Mi chiamo.....e sono il suo medico / infermiere.</b>				0 2 5
2.	<b>Mi può dire il suo nome, per favore.....</b> (in alternativa, verificare il nome dal braccialetto della paziente) <b>E la sua data di nascita .....</b> <b>Grazie.</b> ( <i>Queste domande vengono poste in maniera da evitare che la procedura venga fatta sul paziente sbagliato, dal momento che ci sono spesso pazienti con lo stesso nome. Allo stesso tempo è sconsigliato l'uso di formule come "Lei è la Sig.ra Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratti dai loro stessi sintomi</i> ).	ESSENZIALE			
3.	Assicurare un ambiente privato in cui effettuare la procedura ( <i>stanza con un solo letto, tende, paraventi, ecc.</i> ) <b>È d'accordo con il campionamento dei suoi prodotti biologici?</b> ( <i>valutazione del credo personale in merito al campionamento dei prodotti biologici</i> )	ESSENZIALE			
4.	Se presenti, i parenti / accompagnatori del paziente sono invitati a lasciare la stanza. Non possono rimanervi durante la procedura.				0 1 3
5.	Posizionare il paziente in maniera confortevole ( <i>seduto su una sedia reclinabile o disteso su un letto</i> ). <b>Effettueremo ora una paracentesi, procedura medica attraverso la quale abbiamo accesso all'area addominale laddove, a causa della malattia di cui soffre, vi sono accumulate grosse quantità di liquidi. Ha già subito una paracentesi in precedenza?</b>				0 1 3
6.	<b>La procedura consiste nell'inserire un ago nella parte inferiore sinistra del suo addome, in maniera tale da penetrare la pelle e raggiungere la cavità addominale, dove si è accumulato del liquido a causa della malattia.</b> <b>In modo da realizzare la procedura in maniera sicura, dovrebbe restare steso/a sul suo lato sinistro del letto, affinché il liquido si muova in direzione dell'area della puntura.</b> <b>È importante che la posizione le risulti confortevole, dal momento che dovrà rimanere immobile per tutta la durata della procedura.</b> <b>Per questo, abbiamo bisogno che lei non si muova e che non parli prima di avvisarci alzando una mano.</b> <b>Alla stessa maniera, provi a non tossire. L'intera procedura durerà tra i 30 e i 45 minuti.</b> <b>Sentirà un pò di pressione nel momento in cui l'ago verrà inserito, ma questa sensazione sparirà quasi subito, e a quel punto non dovrebbe avere alcun tipo di fastidio, se non quello di rimanere fermo/a per un periodo piuttosto lungo</b> ( <i>in che cosa consiste la procedura</i> )				0 1 3
7.	<b>È estremamente importante che lei rimanga rilassato/a e calmo/a per tutta la procedura, che rimuova ogni abito che le copre l'addome e che</b>				0 1 3



	si posizioni come le ho spiegato. Alla stessa maniera, non faccia movimenti improvvisi mentre ci avviciniamo con l'ago <i>(in che modo il paziente contribuisce alla procedura)</i>		
8.	<b>Il liquido che andremo a raccogliere sarà analizzato in laboratorio, e ci darà una serie di informazioni sulla sua condizione medica. Sulla base di questo, decideremo quali medicine prescriverle.</b> <i>(in che modo la procedura sarà utile al paziente)</i>		0 1 3
9.	<b>È tutto chiaro riguardo la procedura? Vuole farmi altre domande?</b>	ESSENZIALE	
10.	Valutare la cartella clinica del paziente per ciò che attiene: diagnosi associate <i>(es. coagulopatie, etc.)</i> , parametri di laboratorio <i>(es. piastrine &lt;150,000, INR &gt; 1.5, etc.)</i> e trattamenti farmacologici associati <i>(es. Sintrom, Trombostop, Aspirin, Plavix, etc.)</i> – in maniera tale da valutare il rischio di sanguinamento prolungato.		0 1 9
11.	<b>È allergico/a a qualcosa, ad esempio ai prodotti in plastica, allo iodio o ai cerotti medici?</b> <i>(valutare possibili allergie ai materiali comunemente utilizzati in questa procedura)</i>		0 1 9
12.	Se non sono stati valutati recentemente: misurazione del battito cardiaco, ossimetria, temperatura: BP .... mmHg, SaO2 .....%, T ..... ° C . Lavarsi le mani. Applicare guanti medici puliti come parte delle precauzioni standard. Utilizzare un tampone imbevuto di alcool per decontaminare tutte le superfici con cui ci sarà contatto durante la procedura.		0 1 3
13.	Smaltire i guanti usati nell'apposito contenitore. Lavarsi le mani. Applicare una nuova coppia di guanti medici come parte delle precauzioni standard.		0 1 3
14.	Rivedere le indicazioni relative alla paracentesi e, a seconda dei casi, le indicazioni relative ad una successiva somministrazione di farmaci intraperitoneali (all'interno dell'addome).		0 1 3
15.	<b>Le chiederei di rimuovere ogni indumento in modo che il suo addome sia completamente scoperto.</b> Sollevare il letto del paziente all'altezza del personale che realizzerà la procedura. Posizionarsi sul lato sinistro del letto.		0 1 3
16.	Controllare che la pelle addominale non abbia segni di infezioni locali <i>(rischi associati alla diffusione intraperitoneale dell'agente infettivo causato da lesioni cutanee)</i>		0 1 9
17.	Verificare la cartella medica del/della paziente, comprese le analisi, in modo da diagnosticare ciò che può aver causato l'accumulo di liquido peritoneale <i>(localizzazione, tipologia, carattere ecografico, ecc)</i> . Procedere alla protezione del letto (coperta assorbente o altro materiale impermeabile posto al di sotto del livello della regione addominale e dell'anca del paziente). <b>Ora le chiederei di sdraiarsi sul lato sinistro, come le ho spiegato precedentemente.</b>		0 1 9
18.	Identificare la posizione della colonna vertebrale anteriore superiore e dell'ombelico.		0 1 9

19.	Identificare il quadrante inferiore che è il punto esatto in cui effettuare la paracentesi <i>(questa è la posizione ottimale per la paracentesi dal momento che: sul lato sinistro il colon è posizionato più verso la schiena; la membrana sierica peritoneale è scivolosa; i cicli intestinali tendono a scivolare via dall'ago e il decubito laterale aiuta a posizionare il fluido addominale nei pressi dell'area di penetrazione dell'ago)</i>	ESSENZIALE	
20.	Segnare con la punta dell'unghia il punto esatto in cui verrà effettuata la paracentesi.		0 1 9
21.	Percuotere l'addome per confermare la presenza di liquido nella zona selezionata <i>(questo aiuta ad associare l'ecografia addominale all'obiettivo dell'esame in maniera tale da determinare il punto migliore in cui effettuare la paracentesi)</i> e per la scelta finale del punto in cui effettuare la puntura.		0 1 6
22.	Pulire un'area di 5 cm <sup>2</sup> esercitando pressione sulla superficie cutanea partendo dal punto selezionato per la paracentesi secondo un movimento a spirale, utilizzando un tampone con soluzione iodata <i>(Questo provocherà una decontaminazione chimica - la soluzione iodata assieme al movimento meccanico comporterà la pulizia del tegumento addominale attraverso una strofinazione in senso ellittico - insieme a quella meccanica)</i> . Disporre il tampone nel container contenente materiale infetto. Ripetere la manovra di decontaminazione con un nuovo tampone imbevuto con soluzione iodata. Disporre questo secondo tampone nel container contenente materiale infetto.		0 1 9
23.	Ripetere la manovra di decontaminazione utilizzando un terzo tampone con soluzione iodine, e successivamente gettare il tampone utilizzato nel container contenente materiale infetto.	ESSENZIALE	
24.	Lavare le mani e indossare guanti sterili monouso.		0 1 6
25.	Collegare la siringa sterilizzata con l'ago. Se possibile, utilizzare una siringa calibro 20 <i>(chiedere assistenza ad un collega, affinché venga aperto il pacchetto contenente siringa e ago, che saranno utilizzati unicamente dal personale che esegue la procedura tramite guanti sterili, minimizzando così il rischio di infezione associata alla procedura)</i> .		0 1 3
26.	Togliere il tappo protettivo dell'ago. Posizionare l'ago-siringa perpendicolare al tegumento, nell'angolo in alto.		0 1 6
27.	<b>Stiamo per iniziare la procedura di paracentesi.</b> <b>Sentirà la puntura.</b> <b>La pregherei di restare fermo/a.</b>		0 1 6
28.	La siringa viene premuta con un movimento fermo e controllato della mano in modo da pungere la pelle e spingere l'ago nella zona sottocutanea, 5-7 mm di profondità.	ESSENZIALE	
29.	Utilizzando entrambe le mani posizionate al livello della siringa, far avanzare l'ago verso la zona peritoneale in direzione perpendicolare sulla pelle, generando una pressione negativa all'interno della siringa, tirando		0 1 9

	indietro il pistone <i>(la pressione negativa generata all'interno della siringa permette l'identificazione del momento esatto di ingresso nella zona peritoneale attraverso la comparsa del liquido nella siringa. Dopo di ciò, in maniera da evitare ogni rischio di puntura accidentale delle strutture addominali, è importante mantenere costante l'inserimento dell'ago e il suo orientamento perpendicolare alla pelle).</i>		
30.	<b>Molto bene. Procederemo ora alla rimozione del liquido che le crea così tanti problemi respiratori.</b> <b>La prego di mantenere questa posizione un altro pò, non si muova adesso.</b>		0 1 3
31.	Aspirare la quantità di fluido prevista <i>(generalmente, nella valutazione iniziale, ci si concentra sulla differenziazione tra essudato e trasudato mediante esplorazioni biochimiche - proteine, lattideidrogenasi (LDH), colesterolo, a cui vengono aggiunti glucosio, amilasi ed altri).</i> Lo staff monitorerà che la lunghezza dell'inserimento dell'ago e la posizione perpendicolare dello stesso siano mantenuti costantamente.		0 1 3
32.	In alcuni casi, l'ago può essere collegato con un sistema di aspirazione (dove il fluido viene raccolto in una bottiglia con gradazioni), che permette una più semplice rimozione della quantità di liquido desiderata <i>(rimuovere fino a 5 litri di liquido ascitico solitamente non comporta alcuna conseguenza psicopatologica negativa o squilibrio colloidale).</i>		0 1 3
33.	<b>Molto bene. Abbiamo quasi finito, ma non si muova ancora.</b>		0 1 3
34.	Applicare un tampone con soluzione iodata all'altezza della puntura e rimuovere l'ago con grande attenzione - la siringa resta perpendicolare al piano tegumentario e contemporaneamente si preme il tampone con soluzione iodata saldamente sul sito di ingresso, non appena l'ago è fuori.		0 1 9
35.	<b>Ora abbiamo finito. Si è comportato/a molto bene.</b>		0 1 3
36.	Smaltire l'ago nel contenitore di oggetti affilati e la siringa nel contenitore di rifiuti infettivi non pungenti e non affilati.		0 1 6
37.	<b>Ora può girarsi sul lato destro.</b> <i>(sistemare il/la paziente in posizione laterale destra di decubito aiuta a diminuire la pressione del liquido sulla traiettoria della puntura addominale e permette di finalizzare la procedura senza alcuna complicazione).</i>		0 1 9
38.	Utilizzare tamponi imbevuti di alcool per ripulire il tegumento addominale dalla soluzione iodata <i>(la presenza prolungata di soluzione iodata sul tegumento risulta sgradevole e può anche generare il rischio di reazioni irritanti locali).</i>		0 1 9
39.	Applicare tampone imbevuto di alcool sull'area della puntura in modo da sostituire il tampone imbevuto di soluzione iodine, che verrà gettato nel contenitore di rifiuti infettivi. Fissare il tampone con cerotto medico.		0 1 6
40.	<b>Ora manderemo i campioni in laboratorio, in modo che possano essere analizzati.</b> <b>A quel punto avremo maggiori informazioni relativamente alle sue condizioni e capiremo in che modo procedere.</b>		0 1 6
41.	Compilare la cartella medica con tutti i particolari relativi alla realizzazione della procedura facendo attenzione a menzionare ogni complicazione e a indicare volume e aspetto (colore, limpidezza, ecc..) del liquido estratto. Indicare data e orario.	ESSENZIALE	

42.	<p><b>La ringrazio, abbiamo completato la procedura. Può rivestirsi.</b> Laddove necessario, assistere il/la paziente (<i>sistemare il letto ad un'altezza inferiore, sollevare le barriere laterali</i>), risistemare gli oggetti personali del/della paziente (<i>e.g. cellulare, libro, ecc.</i>), posizionare telecomando per l'assistenza medica in maniera che possa essere a portata di mano.</p> <p><b>Ora abbiamo bisogno che lei faccia....</b> (es. un elettrocardiogramma) <b>tra ..... minuti.</b> (<i>dare informazioni riguardo le successive attività mediche e le relative tempistiche</i>)</p>		0 1 9
Punteggio totale: 200		<input type="radio"/> criterio non soddisfatto <input type="radio"/> criterio parzialmente soddisfatto <input type="radio"/> criterio completamente soddisfatto	% % %

### Riferimenti:

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009.



## INIEZIONE SOTTOCUTANEA AUTOMATICA

### Procedura medica



INIEZIONE SOTTOCUTANEA AUTOMATICA



## PROCEDURA MEDICA

La maggior parte dei pazienti in terapia palliativa avrà difficoltà nel prendere farmaci per via orale nel corso della malattia. In questi casi, i pazienti possono assumere il loro farmaco sia per via intrarettale che per via parentelare (somministrazione intramuscolare, intravenosa o sottocutanea). Il farmaco viene spesso somministrato nel tessuto sottocutaneo, mediante iniezione o infusione continua. L'infusione continua può essere utilizzata per il controllo dei sintomi (oppioidi, antiemetici, ansiolitici, corticosteroidi, anticolinergici, ecc.). Alcuni farmaci possono essere mescolati nella stessa siringa e somministrati insieme. Il farmaco viene assorbito lentamente attraverso il tessuto adiposo. Il livello plasmatico di un farmaco resta stabile e fornisce un migliore controllo dei sintomi. L'infusione sottocutanea è una procedura meno dolorosa rispetto all'iniezione intramuscolare. Può essere eseguita facilmente a casa del paziente, che può a sua volta essere monitorato da un caregiver, opportunamente consigliato dal team di assistenza palliativa. Così, la procedura è più facilmente accettata dal paziente e dalla famiglia..

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Verificare le funzioni vitali della paziente ( <i>osservando, ad esempio, il livello di coscienza, i movimenti, il respiro e altri segni vitali</i> )		0 1 3
2.	<b>Mi può dire il suo nome, per favore.....</b> (in alternativa, verificare il nome dal braccialetto della paziente) <b>E la sua data di nascita .....</b> <b>Grazie.</b> ( <i>Queste domande vengono poste in maniera da evitare che la procedura venga fatta sul paziente sbagliato, dal momento che ci sono spesso diverse pazienti con lo stesso nome. Allo stesso tempo è sconsigliato l'uso di formule come "Lei è il Sig. Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratti dai loro stessi sintomi</i> ). <i>Doppio-check sulla cartella clinica per: Nome: <input type="checkbox"/> Data di nascita: <input type="checkbox"/></i>	ESSENZIALE	
3.	Assicurare un ambiente privato in cui effettuare la procedura ( <i>stanza con un solo letto, tende, paraventi, ecc.</i> ). Spiegare al paziente o al caregiver in che cosa consiste la procedura: <b>Praticherò adesso una infusione sottocutanea automatica.</b>		0 1 3
4.	<b>In che cosa consiste la procedura?</b> <b>Inseriremo questa farfalla nel suo tessuto sottocutaneo. La farfalla, che sarà collegata a questa pompa, rimarrà stabile per diversi giorni, in modo che il farmaco venga somministrato automaticamente e continuamente per 24 ore.</b>		0 1 3
5.	<b>In che modo il paziente può contribuire alla realizzazione della procedura?</b> <b>L'inserimento della farfalla non richiede molto tempo. Le chiedo di restare tranquillo, rilassato e calmo. Sentirà semplicemente un lieve pizzico. Il dispositivo è generalmente ben tollerato e non interferirà con le sue attività quotidiane.</b>		0 1 3
6.	<b>Qual è l'utilità di questa procedura?</b> <b>Usando questa procedura, i farmaci di cui ha bisogno entreranno nel suo corpo in maniera costante e confortevole. La procedura attutirà i sintomi per un lungo periodo di tempo. Se sentirà ancora dolore o qualsiasi altro sintomo (nausea, dispnea), potremmo</b>	ESSENTIAL	

	<b>aiutarla somministrandole farmaci aggiuntivi.</b>		
7.	Rivolgere al paziente e al caregiver le seguenti domande: <b>Capisce in che cosa consiste la procedura?</b> <b>Ha qualche altra domanda?</b> <b>Ha già sperimentato precedentemente questa procedura?</b>		0 1 3
8.	Controllare la cartella clinica del paziente: a. Situazioni che richiedono una infusione sottocutanea automatica: - nausea incontrollata, vomito - disfagia - ostruzione gastro-intestinale - intolleranza all'assunzione del farmaco per via orale - scarsa conformità del farmaco orale - ridotto livello di coscienza - grave debolezza - paziente terminale - controllo di sintomi multipli che richiedono una combinazione di farmaci b. farmaci, dosi, ritmo di somministrazione.		03 6
9.	<b>Le sono già stati somministrati questi farmaci in precedenza?</b> <b>Sa di essere allergico a uno di questi? Quale?</b> Queste domande saranno indirizzate al paziente / caregiver.	ESSENZIALE	
10.	Il consenso del paziente e del caregiver deve essere documentato nella cartella clinica. <b>Dà il suo consenso per questa procedura?</b>	ESSENZIALE	
11.	Preparare il materiale necessario per la procedura, controllandone integrità e validità: a. servo siringa b. siringa -> una siringa da 20 ml Luer c. farfalla (ago da 23 o 25 G) d. flaconcini di medicinali e. 0,9% di cloruro di sodio per la diluizione f. tamponi di alcol g. medicazione occlusiva trasparente		0 1 3
12.	Preparare la siringa: c. verificare i medicinali prescritti: 9. tipologia e nome 10. dosi 11. data di scadenza 12. conformità macroscopica f. compatibilità dei medicinali in caso di farmaci combinati g. inserire il farmaco prescritto $\pm$ diluente nella siringa nelle quantità prescritte	ESSENZIALE	
13.	Etichettatura: a. completare i dettagli del/i farmaco/i, b. assicurarsi che l'etichetta non interferisca con il meccanismo della pompa, c. assicurarsi che l'etichetta non oscuri la gradazione della siringa stessa, d. assicurarsi che l'etichetta non interferisca con i sensori della pompa		0 1 3

14.	Preparare la pompa: a. inserire la batteria, b. posizionare correttamente la siringa nella pompa, c. misurare il contenuto della siringa sulla scala della pompa d. impostare, sullo schermo della pompa, la corretta velocità / durata temporale / volume totale per la somministrazione del farmaco.		0 3 6
15.	Registrare sulla tabella di controllo dell'infusione: il nome dei farmaci ed il relativo dosaggio, il volume totale in millilitri, la quantità di farmaco da somministrare ogni ora.		0 3 6
16.	Impostare l'infusione, secondo i seguenti passaggi: Ispezionare il paziente e scegliere il sito giusto in cui effettuare la procedura, considerando i seguenti principi: - nei pazienti catetizzati l'addome è il sito consigliato, ad eccezione della zona periumbelicale - nei pazienti con ascite, il sito consigliato è la parete superiore del torace anteriore, sopra il seno - nei pazienti particolarmente ansiosi, il sito migliore è la parte superiore della schiena, intorno alla scapola - arti superiori - parte esterna della coscia Siti da non utilizzare: - aree affette da linfedema (rischio di infezione o cattivo assorbimento) - siti sottoposti ad oscillazioni (la diminuzione del tessuto sottocutaneo porta ad un cattivo assorbimento) - siti in prossimità delle articolazioni (eventuali movimenti possono spostare la farfalla e causare disagio) - infezioni cutanee - eritemi locali, ulcerazioni, ferite - pelle irradiata in precedenza (la radioterapia provoca sclerosi dei piccoli vasi sanguigni) - siti in cui sono localizzati i tumori		0 3 6
17.	Lavare le mani. Indossare i guanti	ESSENZIALE	
18.	Disinfettare la pelle con betadina, clorexidina o alcool e attendere che la pelle si asciughi.		0 1 3
19.	Collegare la farfalla alla siringa e installare la soluzione in modo da rimuovere l'aria dalla cannula a farfalla.		0 1 3
20.	Afferrare saldamente la pelle per sollevare il tessuto sottocutaneo. Inserire la cannula a farfalla nel punto appena sotto l'epidermide. L'angolo di inserimento dovrebbe essere di circa 30 gradi per una persona magra e di circa 45 gradi per persone con un tessuto coadiuvante coassiale. Un'infusione più profonda prolunga la vita del sito di infusione.		0 1 3
21.	Rilassare la pelle.		0 1 3
22.	Formare un anello con il tubo della cannula a farfalla per evitare che eventuali movimenti del paziente comportino disconnessioni accidentali.		0 1 3
23.	Coprire la cannula a farfalla con una medicazione occlusiva		0 1

	trasparente che consenta l'ispezione del sito ogni 4 ore.		3
24.	Collegare la pompa. (ATTENZIONE: non collegare la siringa al paziente prima di installarla nel dispositivo automatico. NON collegare la pompa prima di procedere alla registrazione de: - il nome del/i farmaco/i - il dosaggio del/i farmaco/i - la quantità da somministrare ogni ora - il volume totale - l'ora di inizio della procedura		0 1 3
25.	Avviare l'infusione premendo il pulsante ON / OFF. Prestare attenzione al segnale acustico e alla luce visualizzata sullo schermo.		0 1 3
26.	Smaltire le fiale vuote (nei contenitori di rifiuti taglienti), i tamponi di cotone, i guanti (nel contenitore di rifiuti non taglienti / non infiammabili), la cannula a farfalla rimossa (se presente) e gli aghi usati nei contenitori appropriati.		0 1 3
27.	Lavare le mani con acqua e sapone.		0 1 3
28.	<b>La pregherei di tenere la farfalla così come l'abbiamo posizionata</b> (Il paziente e / o il caregiver saranno avvisati di non rimuovere la cannula).		0 1 3
29.	<b>È possibile richiedere e ricevere farmaci supplementari se i sintomi non saranno correttamente sotto controllo</b>		0 1 3
30.	Assicurare la sicurezza del paziente - regolare il letto, sollevare i limitatori laterali.		02 4
31.	Ricontrollare la condizione del paziente (almeno ogni quattro ore) osservandolo e, se opportuno, avviando un dialogo: <b>Come sta? Si sente a suo agio? Il suo dolore è sotto controllo? Ha qualche problema?</b> Riesaminare se è necessario. Controllare se il servo siringa funziona correttamente e se ci sono complicazioni (rossore, sangue nella cannula) sul sito di iniezione.		0 3 6
32.	Assicurarsi che la pompa stia funzionando (la spia è accesa, il suono viene udito).		0 1 3
33.	Controllare il volume residuo nella siringa in correlazione con il tempo rimanente.		0 1 3
34.	Prendere nota dell'aspetto del contenuto della siringa (chiarezza, cambiamento di colore, depositi).		0 1 3
35.	Controllare l'aspetto del sito di infusione, facendo caso all'eventuale presenza di: ematomi, dolore locale, gonfiore locale, rossore locale, perdite in corrispondenza del sito di inserimento, presenza di sangue nella cannula, spostamento della cannula. Ogni complicazione deve essere annotata nella cartella clinica del paziente.	ESSENZIALE	
Punteggio totale: 100		<input type="radio"/> criterio non soddisfatto	%
		<input type="radio"/> criterio parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/> criterio completamente soddisfatto	%

## Riferimenti:

NHS Trust Oxford Radcliffe Hospital Clinical protocol for the use of syringe drivers in palliative care (adults)  
<http://www.palliativedrugs.com/download/SDprotocol.pdf>

Ministry of Health. 2009. *Guidelines for Syringe Driver Management in Palliative Care in New Zealand*.  
Wellington: Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>

The State of Queensland, Queensland Health, 2010 *Guidelines for syringe driver management in palliative care*. Second edition 2010 [https://www.health.qld.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0029/155495/guidelines.pdf](https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0029/155495/guidelines.pdf)





## TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE DA DECUBITO DORSALE A ECUBITO LATERALE

### Procedura medica



TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE DA DECUBITO DORSALE A  
DECUBITO LATERALE

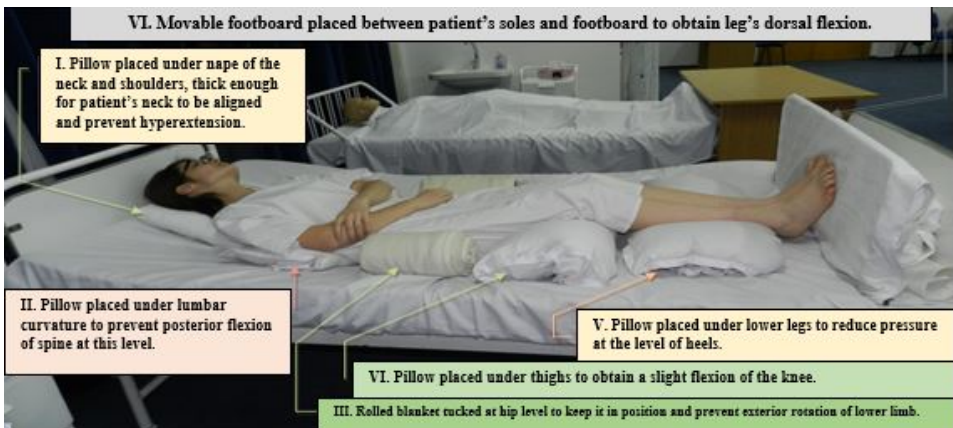
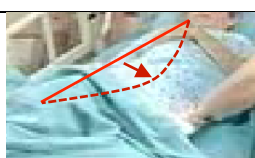
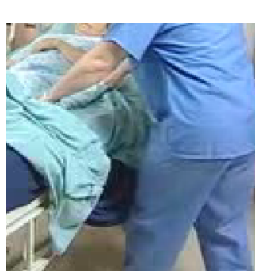
## PROCEDURA MEDICA

Per i pazienti a letto alternare le aree compresse tra il peso corporeo ed il livello del letto rappresenta una delle più importanti misure di prevenzione contro l'insorgenza di piaghe da decubito (ferite alla pelle e alle strutture subietive derivanti da un'interruzione del flusso di sangue e ossigeno, a sua volta causata da una posizione prolungata e immutata)

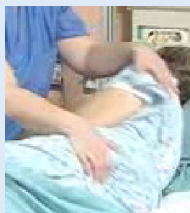
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

1.	Verificare le funzioni vitali della paziente ( <i>osservando, ad esempio, il livello di coscienza, i movimenti, il respiro e altri segni vitali</i> ) <b>Buongiorno / buon pomeriggio. Mi chiamo.....sono il suo medico / infermiere e la visiterò a breve.</b>			0 2 5
2.	<b>Mi può dire il suo nome, per favore.....</b> (in alternativa, verificare il nome dal braccialetto della paziente) <b>E la sua data di nascita .....</b> <b>Grazie.</b> ( <i>Queste domande vengono poste in maniera da evitare che la procedura venga fatta sulla paziente sbagliata, dal momento che ci sono spesso diverse pazienti con lo stesso nome. Allo stesso tempo è sconsigliato l'uso di formule come "Lei è la Sig.ra Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratte dai loro stessi sintomi</i> ). <i>Doppio-check sulla cartella clinica per: Nome: <input type="checkbox"/> Data di nascita: <input type="checkbox"/></i>	ESSENZIALE		
3.	<b>Ora l'aiuterò a cambiare la posizione a letto, mettendola su un lato</b> ( <i>cosa andremo a fare</i> )			0 1 3
4.	<b>La procedura prevede per prima cosa la rimozione dei cuscini. Successivamente, con l'aiuto del lenzuolo, la sposterò delicatamente per riposizionarla su un lato. Poi risistemiamo i cuscini in modo che possano sostenerla nella nuova posizione a letto. Nessun taglio, nessuna puntura.</b> ( <i>in che cosa consiste la procedura</i> )			0 1 3
5.	<b>La prego di seguire attentamente le mie istruzioni, in modo che nessuno possa provare dolore durante l'esecuzione della manovra. Se dovesse sentire fastidio, la pregherei di avvisarmi immediatamente in modo che io possa prendere le dovute contromisure.</b> ( <i>in che modo il paziente può contribuire alla buona riuscita della procedura</i> ).			0 1 3
6.	<b>Essere costretti a letto per lungo tempo può aggravare la sua condizione medica, dal momento che possono comparire ferite in quelle aree del suo corpo che sostengono il peso a livello del letto. È davvero importante che lei riesca a posizionarsi bene a letto.</b> ( <i>in che modo la procedura è utile al paziente</i> )			0 1 3
7.	<b>È tutto chiaro riguardo la procedura? Vuole farmi qualche altra domanda in merito alla procedura che stiamo per realizzare?</b>	ESSENZIALE		
8.	<b>È allergico a qualcosa? Ad esempio, ai prodotti in gomma?</b>			0 1 3
9.	Valutare le risorse umane e/o le attrezzature specifiche necessarie per il riposizionamento a letto del paziente: • Verificare la cartella clinica del paziente in merito a: A. diagnosi ( <i>emiplegie - ad esempio ictus vascolare / cerebrale; condizioni ortopediche - fratture; condizioni reumatologiche - ad esempio artrosi, artrite, etc.</i> ) B. farmaci che impediscono la capacità motoria del paziente ( <i>sedativi - ad</i>			0 1 6

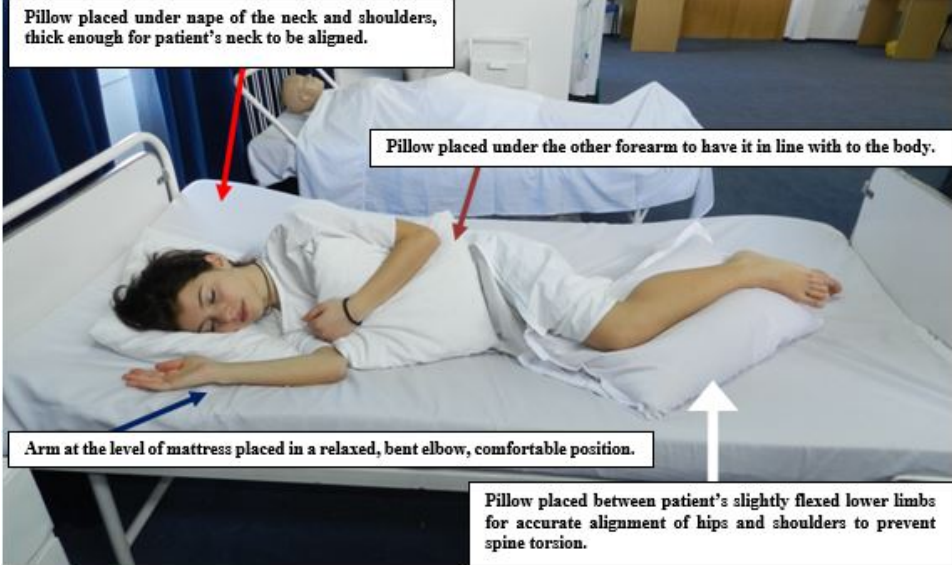
	<p>esempio Diazepam; antistaminici - ad esempio Romergan; tranquillanti - ad esempio Xanax ecc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Controllo generale per verificare l' eventuale uso da parte del paziente di dispositivi ortopedici (<i>ad esempio ortesi</i>) o l'eventuale presenza di segni di un recente intervento chirurgico.</li> </ul> <p><i>Procedura da eseguire: da solo <input type="checkbox"/>; con l'assistenza di un collega <input type="checkbox"/>; in modalità meccanizzata <input type="checkbox"/></i></p>		
10.	<p><b>Al momento ha dolori al petto?</b>  <b>SÌ:</b> il riposizionamento è rinviato -  <b>NO:</b> proseguire con procedura clinica, elettrocardiografica e valutazione enzimatica - <i>secondo il protocollo per la gestione della sindrome coronarica acuta</i></p>		0 1 6
11.	<b>Problemi respiratori?</b>		0 1 6
12.	<p><b>Qual è il suo peso corporeo? Quanti chili pesa più o meno?</b> (<i>I pazienti in sovrappeso necessitano di più di una persona per la loro deambulazione</i>)  <i>Procedura da eseguire: da solo <input type="checkbox"/>; con l'assistenza di un collega <input type="checkbox"/>; in modalità meccanizzata <input type="checkbox"/></i></p>		0 1 6
13.	<p><b>Può spostare facilmente le braccia e le gambe? Mi faccia vedere. Cosa mi dice, invece, riguardo la flessione delle ginocchia e dei gomiti? Mi faccia vedere, per favore. Grazie.</b>  <i>Procedura da eseguire: da solo <input type="checkbox"/>; con l'assistenza di un collega <input type="checkbox"/>; in modalità meccanizzata <input type="checkbox"/></i></p>		0 1 6
14.	<p><b>Da quanti giorni è a letto? Si sente debole? È in grado di cambiare la sua posizione a letto da solo/a? Può sedersi o sollevarsi dal materasso?</b> (<i>Valutare l'anamnesi del paziente sulle mobilizzazioni precedenti</i>) il paziente può muoversi da solo o ha bisogno di assistenza per gestire la deambulazione  <i>Procedura da eseguire: da solo <input type="checkbox"/>; con l'assistenza di un collega <input type="checkbox"/>; in modalità meccanizzata <input type="checkbox"/></i></p>		0 1 6
15.	<p><b>Ora le chiedo di stringere le mie dita, per favore.</b> (<i>Offrire le dita II e III di entrambe le mani e poi tirarle indietro con i pugni stretti del paziente in modo da valutare la possibile esistenza di asimmetria nella forza muscolare del paziente</i>) <b>Quale delle braccia è più forte? E quale gamba? Quanta macanza di forza sente di avere nel braccio / nella gamba?</b></p>		0 1 6
16.	<p>Valutare la disponibilità del paziente a cooperare durante la procedura <i>per capire se la procedura può essere eseguita: da solo <input type="checkbox"/>; con l'assistenza di un collega <input type="checkbox"/>; in modalità meccanizzata <input type="checkbox"/></i></p> <p><b>Sente qualche dolore in questo momento?</b> (<i>in tal caso procedere alla somministrazione di farmaci</i>)</p>		0 1 9
17.	Identificare e riposizionare di conseguenza qualsiasi attrezzatura medica cui il paziente è collegato ( <i>ad es. tubi di infusione, catetere urinario, cavi per: la registrazione elettrocardiografica, l'ecg, il monitoraggio polsoximetrico, la temperatura corporea</i> )	ESSENZIALE	
18.	Utilizzare un tampone di alcool per decontaminare le superfici dei mobili con i quali ci sarà contatto durante la procedura		0 1 3
19.	Smaltire i guanti utilizzati nel contenitore dei rifiuti infetti non taglienti. Lavarsi le mani. Applicare un nuovo paio di guanti medicali come parte essenziale di precauzioni standard		0 1 9
20.	Sollevare il letto al livello della vita del medico / infermiere che esegue la procedura. ( <i>Per evitare che i muscoli della schiena del medico / infermiere siano sotto</i>		0 1 9

	stress per lungo tempo in una prolungata flessione in avanti verso il paziente) abbassando le corrispondenti guide laterali del letto.		
21.	<p>Rimuovere il cuscino tra la pedana e il piede del paziente (<i>il cuscino è stato precedentemente posto lì per prevenire l'anchilosi delle articolazioni della gamba inferiore causata da una flessione plantare prolungata</i>)</p> 		0 1 3
22.	Rimuovere il cuscino da sotto la parte inferiore delle gambe ( <i>precedentemente collocato lì per ridurre la pressione a livello dei talloni</i> )		0 1 3
23.	A turno, rimuovere i rulli posti in corrispondenza di ciascuna delle due anche ( <i>precedentemente posizionati lì per impedire la rotazione esterna dell'arto inferiore</i> )		0 1 3
24.	Rimuovere il cuscino da sotto le cosce ( <i>precedentemente posizionato lì per prevenire l'anchilosi dell'articolazione del ginocchio a causa di ipersensibilità prolungata</i> )		0 1 3
25.	Rimuovere il cuscino o il rullo dalla curvatura lombare ( <i>precedentemente posizionato lì per impedire la flessione posteriore della colonna vertebrale</i> )		0 1 3
26.	Rimuovere il cuscino dalla testa e dalla nuca ( <i>precedentemente posizionato lì per ottenere l'allineamento del collo del paziente e prevenire l'iperestensione, in particolare per i pazienti con torace globulare</i> )		0 1 3
27.	<p>Spostare lateralmente nel letto 1/3 del corpo del paziente utilizzando il copriletto che si trova tra il paziente ed il lenzuolo.</p> <p>(Posizionare le gambe del medico / infermiere: una gamba vicino al letto, con le dita orientate verso il paziente, il ginocchio flessibile, la suola della seconda gamba perpendicolare alla suola della gamba che si trova vicina al letto, il ginocchio in estensione; utilizzare la doppia presa sull'estremità vicina del copriletto, precedentemente arrotolato un paio di volte per aumentare la resistenza e applicare una forza di trazione in direzione del medico / infermiere trasferendo il peso corporeo dalla gamba vicino al letto alla gamba più lontana dal letto attraverso l'estensione del ginocchio vicino al letto e la flessione concomitante del secondo ginocchio)</p>	 	0 1 9
28.	Sollevare le corrispondenti guide laterali del letto		0 1 3



29.	Il dottore / infermiere si riposiziona sul lato opposto del letto, a livello delle guide laterali			0 1 3
30.	Abbassare le corrispondenti guide laterali del letto			0 1 3
31.	Impugnatura con mano singola rispettivamente a livello della spalla e dell'anca controlaterale ( <i>consentendo così al paziente di essere sostenuto in modo più efficiente</i> )			0 1 9
32.	<p>Ruotare il corpo del paziente attraverso un movimento di trazione in direzione del medico/infermiere. Il movimento deve essere applicato a livello di entrambe le impugnature.</p> <p>(<i>Posizionare le gambe del medico / infermiere: una gamba vicino al letto, con le dita orientate verso il paziente, il ginocchio flessibile, la suola della seconda gamba perpendicolare alla suola della gamba che si trova vicina al letto, il ginocchio in estensione; utilizzare una presa a una sola mano a livello della spalla e dell'anca controlaterale del paziente e applicare una forza di trazione in direzione del medico trasferendo il peso corporeo dalla gamba lontana al letto fino a quella più vicina al letto: attraverso l'estensione del ginocchio vicino al letto e la flessione concomitante del secondo ginocchio ruotare il paziente "da un lato"</i>)</p>		ESSENZIALE	
33.	Stabilizzare la posizione attuale del paziente posando un cuscino al livello della schiena			0 1 9
34.	Sollevare le corrispondenti guide laterali del letto			0 1 3
35.	Il dottore / infermiere si riposiziona sul lato opposto del letto, a livello delle guide laterali. Abbassare la guida laterale corrispondente. Fissare il cuscino saldamente nello spazio tra il letto e la schiena del paziente.			0 1 3
36.	Sollevare le corrispondenti guide laterali del letto			0 1 3
37.	Il dottore / infermiere si riposiziona sul lato opposto del letto in corrispondenza della faccia del paziente. Abbassare la guida laterale corrispondente.			0 1 3
38.	Posizionare il cuscino sotto la testa del paziente. Il cuscino deve essere abbastanza spesso da allineare il collo, impedire la flessione laterale e l'allargamento dei muscoli del collo ( <i>muscoli sternocleidomastoidici</i> )			0 1 9
39.	Posizionare il braccio del paziente al livello del materasso con il gomito rilassato, piegato e in una posizione confortevole.			0 1 9
40.	Posizionare il cuscino sotto l'altro avambraccio in linea con il corpo ( <i>questo facilita l'ampiezza superiore dei movimenti respiratori ed evita la rotazione interna e l'adduzione della spalla, che potrebbe causare ulteriori limitazioni funzionali a livello della spalla</i> )			0 1 9
41.	Posizionare il cuscino tra gli arti inferiori leggermente flessi del paziente e controllare l'allineamento preciso dei fianchi e delle spalle per evitare la torsione della spina dorsale			0 1 9



	<div><p>Pillow placed under nape of the neck and shoulders, thick enough for patient's neck to be aligned.</p><p>Pillow placed under the other forearm to have it in line with to the body.</p><p>Arm at the level of mattress placed in a relaxed, bent elbow, comfortable position.</p><p>Pillow placed between patient's slightly flexed lower limbs for accurate alignment of hips and shoulders to prevent spine torsion.</p></div>			
42.	Compilare la cartella clinica del paziente con i dettagli della manovra eseguita, eventuali incidenti e complicazioni, data e ora		0 1 3	
43.	Adottare tutte le misure necessarie per la sicurezza del paziente. Assicurarsi che il paziente possa facilmente raggiungere gli oggetti personali ( <i>ad esempio telefono cellulare, libri, cruciverba ecc.</i> ), posizionare il bicchiere d'acqua ed il telecomando per chiamare assistenza medica in modo che siano facilmente raggiungibili. Dare dettagli circa il programma medico da seguire e il momento in cui la paziente sarà nuovamente esaminata.		0 1 3	
Punteggio totale: 200		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

### Riferimenti

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## CONGIURA DEL SILENZIO – MANEGGIARE LA COMPLICITÀ

**Procedura medica**



CONGIURA DEL SILENZIO – MANEGGIARE LA COMPLICITÀ

## PROCEDURA MEDICA

Dal punto di vista etico, i pazienti hanno il diritto di ricevere tutte le informazioni che desiderano riguardo la loro condizione medica (diagnosi, prognosi, trattamento ...). La congiura del silenzio non è etica, ma è un fenomeno universale e si riferisce a qualsiasi informazione (concernente la diagnosi, la prognosi e i dettagli medici relativi alla persona malata) che venga trattenuta o non condivisa tra gli individui coinvolti. La congiura del silenzio implica che informazioni mediche pertinenti e complete vengano selettivamente non divulgate al paziente e ai suoi parenti. I team medici spesso congiurano con i parenti dei pazienti in modo da mantenerli al "buio" (ad esempio, non viene completamente descritta la gravità della malattia) o con i pazienti, in modo che i loro parenti non vengano informati riguardo la loro diagnosi o prognosi. I medici prendono in considerazione la congiura come opzione principale piuttosto che rivelare la verità, dal momento che questa pratica riduce il loro livello di stress e di ansia.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Presentarsi al parente del paziente <b>Salve, sono il dottor....e lei è la mia collega, l'infermiera.....Lei è?</b> Lasciare al parente il tempo di presentarsi ( <i>È sconsigliato l'uso di formule come "Lei è il Sig. / la Sig.ra Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma</i> ).	ESSENZIALE			
2.	Stringere la mano (se il parente lo vuole).				0 1 3
3.	Scoprire chi abbiamo di fronte e che relazione ha con il paziente: <b>È venuto qui per parlare del sig./ della sig.ra ... (dire il nome del paziente). Può dirmi lei chi è e qual è la sua relazione con il paziente?</b> (Evitare di fare ipotesi come "Lei è la moglie?" - Potrebbe essere la figlia o altro e creare situazioni imbarazzanti).				0 1 3
4.	Assicurare la privacy della conversazione. Chiudere la porta, dopo aver segnalato che vi è una conversazione in corso; Se il paziente è a letto, chiudere le tendine attorno al letto. (Attraverso una corretta comunicazione si costruirà un rapporto di fiducia, mostrando rispetto per la persona che si ha di fronte).				0 1 3
5.	Ridurre gli elementi di disturbo. Spegner la radio, la TV, il cellulare (o chiedere alla segretaria di tenere le chiamate).(Chiedere al personale e agli altri pazienti di non entrare nella stanza quando si svolge una valutazione di carattere spirituale).				0 1 3
6.	Disposizione spaziale a. Invitare il paziente (e il caregiver) a sedersi. <b>Vuole sedersi?</b> (C'è una diversa percezione del tempo da parte del paziente se è seduto. La stessa quantità di tempo è percepita come più lunga quando si è seduti)				0 1 3
7.	b. Sedersi. Se il paziente è a letto, prendere una sedia e sedersi vicino al letto: (Ad una distanza comoda dal paziente (circa 1m), gli occhi del medico devono essere alla stessa altezza degli occhi del paziente (eccezione: quando il paziente piange o si				0 1 6

	arrabbia, gli occhi del medico dovrebbero essere ad un'altezza inferiore rispetto agli occhi del paziente), se il paziente è accompagnato da un parente / amico, sedersi in modo da trovarsi di fronte al paziente, e comunque ad una distanza inferiore di quella che c'è tra paziente ed accompagnatore)			
8.	c. Rimuovere le barriere tra medico e il paziente: Spostare la sedia in modo da essere vicino al paziente; Fare spazio sulla porzione di scrivania più vicina al paziente. (Non sedersi dietro la scrivania o dietro il computer: generalmente questo determina un blocco nella comunicazione)			0 1 3
9.	d. Essere preparati alla possibilità che il paziente o l'accompagnatore piangano. Avere a disposizione una scatola di cleenex da offrire nell'eventualità che il paziente o l'accompagnatore comincino a piangere.			0 1 3
10.	Linguaggio del corpo: Assumere una posizione neutrale e rilassata; Piedi piantati sul pavimento; Spalle rilassate; Espressione del volto amichevole; Mani sulle ginocchia. (Quando si parla di argomenti difficili, è naturale sentirsi a disagio, ma è importante allenare il corpo in modo che il linguaggio non verbale risulti calmo e offra rassicurazione al paziente).			0 1 6
11.	Avviare l'intervista. Chiarire lo scopo del membro della famiglia in relazione all'appuntamento corrente. <b>Può dirmi perché è venuto a trovarmi oggi?</b> (A questo punto il membro della famiglia vi dirà qualcosa tra le linee: che sa che il paziente ha il cancro, ma "per favore non lo dica al paziente, perché perderà la speranza e rinuncerà a lottare contro la malattia")			0 1 3
12.	Riconoscere la richiesta di congiura del silenzio e poi esplorarne i motivi <b>Mi ha detto che preferirebbe che il Sig./la Sig.ra... nome del paziente ... non sappia cosa sta succedendo. Per quale motivo?</b>	ESSENZIALE		
13.	Esplicitare tutte le ragioni della congiura del silenzio. <b>Ha altre ragioni per cui preferirebbe che il paziente non sappia?</b>			0 1 3
14.	Capacità di ascolto a. Utilizzare domande aperte (cosa ...? come ...? perché ...? ecc.) cui è possibile rispondere in maniera ugualmente aperta. b. Incoraggiare il paziente attraverso il proprio linguaggio non verbale o attraverso brevi frasi che servono a supportare le idee del parente (annuire, sorridere, utilizzare risposte quali "sì", "mi dica di più"). c. Restare in silenzio e non interrompere il paziente Ascoltare ciò che il paziente dice a parole (contenuto, tono) ma anche attraverso la comunicazione non verbale (gesti, espressione del viso, posizione del corpo ...) d. Mantenere il contatto visivo senza essere invadente e. Chiarire <b>"Quando dice che...intende dire che...?"</b> Dare l'opportunità di chiarire quanto detto o di sottolineare alcuni aspetti nel momento in cui il medico mostra l'interesse per l'argomento			0 1 6
15.	Mostrare di capire il motivo della congiura e convalidarne le ragioni <b>Beh lei lo conosce meglio e potrebbe avere ragione. Mi sembra che lei abbia delle buone ragioni per non dirgli tutta la verità sulla sua prognosi.</b>			0 1 3



16.	Stabilire il costo emotivo della congiura sul familiare / amico / prossimo del paziente <b>Ora capisco perché preferisce tenere nascoste queste informazioni, ma quale effetto ha avuto questo su di lei?</b>	ESSENZIALE	
17.	Restare in silenzio e ascoltare le preoccupazioni espresse dal familiare / amico / prossimo del paziente ( <i>Ansia, difficoltà nel mantenere le bugie, barriere comunicative con il paziente, ecc</i> )		0 1 3
18.	<b>Sta vivendo altri problemi a causa della decisione di non dirgli/le tutta la verità?</b>		0 1 3
19.	Riassumere e proseguire: <b>Quindi, ci sono buone ragioni per cercare di considerare un'altra strada....</b> fare una sintesi di tali ragioni ( <i>ad esempio, questa situazione renderebbe difficile la comunicazione con suo marito ...</i> ). <b>Vorrei suggerirle il modo migliore per affrontare questa situazione</b>		0 1 6
20.	Richiedere l'autorizzazione a parlare con il paziente <b>Posso parlare con il paziente? Quello che vorrei fare è chiacchierare con lui per vedere cosa pensa / capisce della sua situazione attuale. È possibile che lui riveli di sapere di avere un cancro. In questo caso, non vi sarà alcuna ragione per mantenere il silenzio.</b>	ESSENZIALE	
21.	Stabilire il livello di consapevolezza del paziente. Se non si conosce il paziente, presentarsi e poi rivolgere una domanda diretta che gli permetta di esprimere la sua visione di quello che sta accadendo. <b>Volevo fare una chiacchierata con lei per vedere come crede che le cose stiano andando? oppure Cosa crede che le stia succedendo?</b>		0 1 6
22.	Se il paziente conosce la verità – passare al punto 27. Se il paziente non conosce la verità o ha una conoscenza incompleta della sua condizione medica, continuare come segue. Esplorare la sua volontà di scoprire qualcosa in più della sua malattia. <b>È soddisfatto delle informazioni che ha ricevuto riguardo la sua malattia?</b>		0 1 4
23.	Se la risposta del paziente è SI significa che non è il momento giusto per interrompere la congiura del silenzio. Se la risposta del paziente è NO significa che il paziente desidera ulteriori informazioni. Pianificare un altro appuntamento per discutere la diagnosi. <b>Cercherò nei risultati delle analisi e nella restante documentazione medica e la prossima volta tornerò con ulteriori informazioni</b>		0 1 4
24.	Esplorare le altre esigenze del paziente ( <i>dolore, appetito, mobilità ecc.</i> ) e offrire suggerimenti per la gestione di queste esigenze. <b>Ha problemi connessi alla malattia?</b>		0 1 4
25.	Informare il familiare circa i desideri del paziente e offrirsi di agire di conseguenza. <b>Il suo parente vuole conoscere la diagnosi. Sono disposto a rompere il silenzio. È d'accordo?</b>		0 1 4
26.	Comunicare la diagnosi al paziente ( <i>procedura della comunicazione di cattive notizie</i> ).		0 1 4



27.	Se il paziente conosce la verità, ma il familiare / amico / prossimo del paziente non ne è a conoscenza. Ad esempio: ho sempre saputo quello che mi hanno detto, cioè che si trattava di un'ulcera precancerosa. Ora è il momento di confermare tutto: "ho paura che lei abbia ragione".			0 1 5
28.	Chiedere al paziente il permesso di comunicare al suo familiare il livello che lui stesso ha della sua malattia. <b>Posso dire a sua moglie il suo livello di conoscenza della malattia? Cioè che lei è consapevole della sua situazione medica.</b>			0 1 5
29.	Riconoscimento dei sentimenti espressi dal paziente. <b>Sembra che lei ritenga inutile parlarne con il suo familiare perché ritenete che questo non comporterà alcuna differenza alla sua situazione.</b>			0 1 5
30.	Discutere con il paziente il suo futuro coinvolgimento nella cura <b>La può aiutare se parliamo di come si sente e di quello che la preoccupa? È abbastanza probabile che ci sia qualcosa che io possa fare per aiutarla sia per la sofferenza fisica che per quella emotiva.</b>			0 1 5
31.	Mettersi d'accordo su un piano di gestione e mettere per iscritto istruzioni precise per il paziente. Controllare la capacità di comprensione del paziente. <b>Ecco le istruzioni scritte. Le capisce? Me le può ripetere gentilmente?</b>			0 1 5
32.	Chiusura dell'intervista. Invito al paziente a porre domande <b>Ha altre domande?</b>			0 1 3
33.	Definire un appuntamento preciso per l'incontro successivo <b>Suggerisco che l'infermiera la chiami tra due giorni per vedere come ha funzionato il trattamento. E noi ci incontreremo ancora in una settimana. Che le sembra? Arrivederci e a presto</b>			0 1 3
34.	Scrivere un rapporto della discussione con il paziente e con il suo familiare nella cartella clinica del paziente ( <i>in questo modo tutti i membri dello staff medico saranno informati e agiranno di conseguenza</i> ).			0 1 3

<b>Punteggio totale: 100</b>	<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
	<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
	<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

## Riferimenti:

Peter Maguire, Ann Faulkner Communicate with cancer patients: Handling uncertainty, collusion, and denial BMJ 1988 VOLUME 297 15 OCTOBER pg 972-974

Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. Palliat Med. 2002 Jul;16(4):297-303

Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth? J Clin Oncol. 2008 Mar 1;26(7):1175-7.

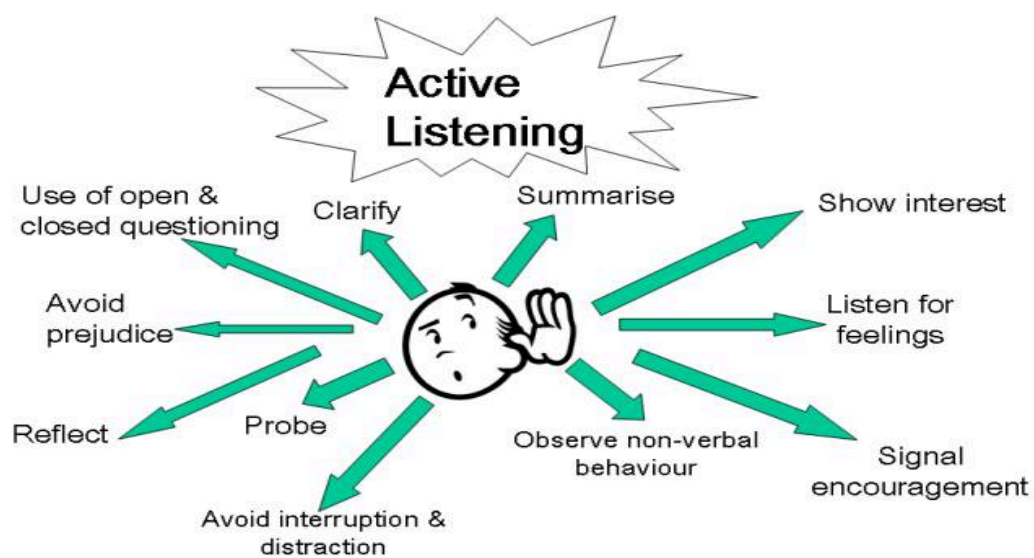
[James Alvin Low](#), [Sim Lai Kiow](#), [Norhisham Main](#), [Koh Kim Luan](#), [Pang Weng Sun](#), [May Lim](#), Reducing Collusion Between Family Members and Clinicians of Patients Referred to the Palliative Care Team Perm J. 2009 Fall; 13(4): 11-15.

[Santosh K. Chaturvedi](#), [Carmen G. Loiselle](#), [Prabha S. Chandra](#), Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective Indian J Palliat Care. 2009 Jan-J



## ASCOLTO ATTIVO E RISPOSTA EMPATICA

### Procedura medica



## ASCOLTO ATTIVO E RISPOSTA EMPATICA

L'ascolto attivo è il processo di ascolto degli altri funzionale a comprendere le loro idee, le loro opinioni e i loro sentimenti, nonché a dimostrare di aver capito. L'ascolto attivo è un'abilità preziosa perché ci permette di dimostrare di capire cosa dice un'altra persona e, attraverso l'empatia, di comprendere come si sente il paziente.



1.	Presentarsi al paziente. <b>Salve, sono il dottor....e lei è la mia collega, l'infermiera.....Lei è?</b> Lasciare al paziente il tempo di presentarsi <i>(È sconsigliato l'uso di formule come "Lei è il Sig. / la Sig.ra Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratti dai loro stessi sintomi).</i>	ESSENZIALE			
2.	Se il paziente si presenta con un parente / amico, scoprire chi accompagna il paziente e quale relazione sussiste tra i due. <b>Mi fa piacere vedere che lei accompagna il signor / la signora ... (dire il nome del paziente). Puoi dirmi chi è e qual è la sua relazione con il paziente?</b> <i>(Evitare di fare ipotesi come "Lei è la moglie?" - Potrebbe essere la figlia o altro e creare situazioni imbarazzanti).</i>				0 1 3
3.	Stringere la mano (se il paziente lo vuole). <i>(In primo luogo, va stretta la mano del paziente, e poi dell'accompagnatore. Questa comunicazione non verbale mostra che il paziente ha la priorità)</i>				0 1 3
4.	Assicurare la privacy della conversazione. Chiudere la porta, dopo aver segnalato che vi è una valutazione in corso. Se il paziente è a letto, chiudere le tendine attorno al letto <i>(Attraverso una corretta comunicazione si costruirà un rapporto di fiducia, mostrando rispetto per la persona che si ha di fronte).</i>				0 1 4
5.	Ridurre gli elementi di disturbo. Spegnerne la radio, la TV, il cellulare (o chiedere alla segretaria di tenere le chiamate). <i>(Chiedere al personale e agli altri pazienti di non entrare nella stanza quando si svolge una valutazione di carattere spirituale).</i>				0 1 3
6.	Disposizione spaziale a. Invitare il paziente (e il caregiver) a sedersi. <b>Vuole sedersi?</b> <i>(C'è una diversa percezione del lo spazio da parte del paziente se è seduto. La stessa quantità di tempo a disposizione è percepita come più lunga quando si è seduti)</i>				0 1 3
7.	b. Sedersi. Se il paziente è a letto, prendere una sedia e sedersi vicino al letto: <i>ad una distanza comoda dal paziente (circa 1m), gli occhi del medico devono essere alla stessa altezza degli occhi del paziente (eccezione: quando il paziente piange o si arrabbia, gli occhi del medico dovrebbero essere ad un'altezza inferiore rispetto agli occhi del paziente), se il paziente è accompagnato da un parente / amico, sedersi in modo da trovarsi di fronte al paziente, e comunque ad una distanza inferiore di quella che c'è tra paziente ed accompagnatore.</i>				0 1 5
8.	c. Rimuovere le barriere tra il medico e il paziente - Spostare la sedia in modo da essere vicino al paziente - Fare spazio sulla porzione di scrivania più vicina al paziente				0 1

	(Non sedersi dietro la scrivania o dietro il computer: generalmente questo determina un blocco nella comunicazione)				5
9.	d. Essere preparati alla possibilità che il paziente o l'accompagnatore piangano. Avere a disposizione una scatola di cleenex da offrire nell'eventualità che il paziente o l'accompagnatore comincino a piangere.				0 1 3
10.	Linguaggio del corpo: Assumere una posizione neutrale e rilassata; Piedi piantati sul pavimento; Spalle rilassate; Espressione del volto amichevole; Mani sulle ginocchia. (Quando si parla di argomenti difficili, è naturale sentirsi a disagio, ma è importante allenare il corpo in modo che il linguaggio non verbale risulti calmo e offra rassicurazione al paziente).				0 1 3
11.	Richiedere l'autorizzazione a leggere/scrivere i dati dalla / nella cartella clinica del paziente durante l'intervista. <b>- Va bene se prendo appunti durante la nostra conversazione?</b> (Va bene avere la cartella clinica davanti a sé, ma è vietato parlare con il paziente durante la lettura. È meglio prepararsi prima della consultazione, leggendo anticipatamente i documenti medici / documenti del paziente. Laddove il paziente si presentasse al colloquio con nuovi documenti, è consigliabile leggerli dopo la consultazione).				0 1 3
12.	Avviare l'intervista. Chiarire lo scopo per cui il paziente si è presentato al colloquio. <b>Può dirmi perché è venuto alla consultazione odierna?</b>				0 1 3
13.	Capacità di ascolto. a. Utilizzare dichiarazioni esplorative <b>Mi può dire di più riguardo la sua malattia?</b> (qualunque sia il motivo della consultazione)				0 1 3
14.	b. Utilizzare domande aperte (cosa ...? come ...? perché ...? ecc.) cui è possibile rispondere in maniera ugualmente aperta. Qualche esempio: <b>Quale pensa sia la causa del suo dolore? Come si è sentito quando il medico le ha parlato della sua diagnosi? Perché ha evitato di parlare con la sua famiglia della malattia? ...</b> (Parti obbligatorie del dialogo terapeutico)				0 1 5
15.	La tecnica più importante per facilitare il dialogo c. Restare in silenzio e non interrompere il paziente Ascoltare ciò che il paziente dice a parole (contenuto, tono) ma anche attraverso la comunicazione non verbale (gesti, espressione del viso, posizione del corpo ...)	ESSENZIALE			
16.	d. Tollerare i brevi periodi di silenzio che il paziente prende per riorganizzare i propri pensieri. <b>Che cosa la spinge a prendersi delle pause?</b> (Domanda da fare se si sente il bisogno di rompere il silenzio, che può anche avere molteplici significati: il paziente sta pensando o sentendo qualcosa che si rivela troppo intenso da esprimere a parole).				0 1 5
17.	e. Incoraggiare il paziente attraverso il proprio linguaggio non verbale o attraverso brevi frasi che servono a supportare le idee del paziente (annuire, sorridere, utilizzare risposte quali "sì", "mi dica di più").				0 1 3
18.	Ripetizione e reiterazione: <b>"Da quando ho iniziato a prendere quelle nuove compresse, mi sento sempre assonnato" – "Quindi sente sempre una sensazione di sonno da quando ha iniziato a prendere le nuove compresse?"</b> (Confermare al paziente di aver ascoltato ciò che è stato detto).				0 1 3
19.	Precisazioni <b>Quando lei dice che...? intende dire che....?</b> Dare al paziente l'opportunità di chiarire quanto detto o di sottolineare alcuni aspetti nel momento in cui il medico mostra interesse per l'argomento				0 1 4



20.	Mantenere il contatto visivo senza essere invadente Fare attenzione, non si dovrebbe fissare il paziente troppo spesso, ma non si deve nemmeno evitare troppo spesso il contatto visivo È utile evitare il contatto visivo quando il paziente è arrabbiato o piange		0 1 5
21.	Riconoscimento delle emozioni: risposta empatica a. Identificare l'emozione che il paziente sta vivendo <b>Vedo che lei è furioso ...</b> (nominare l'emozione principale che il paziente sta vivendo) <i>L'empatia è definita come la capacità di comprendere razionalmente ciò che il paziente sta vivendo emozionalmente. Si differenzia dalla simpatia.</i>	ESSENZIALE	
22.	d. Identificare l'origine di quell'emozione <b>.... perché la diagnosi è arrivata in ritardo (nominare la causa che genera l'emozione)</b>	ESSENZIALE	
23.	b. Rispondere in modo da informare il paziente in merito all'avvenuta connessione tra i punti 21 e 22. <b>Questo deve essere terribile per lei. È importante accettare come normali sia le emozioni negative che le emozioni positive espresse dai pazienti in stato terminale</b>	ESSENZIALE	
24.	NON utilizzare l'espressione: "Capisco come si sente!" <i>Non attraversiamo la stessa esperienza del malato, quindi questa è una rassicurazione superficiale!</i>		0 1 5
25.	Contatto È possibile toccare la mano o l'avambraccio del paziente, ma occorre tenere presente che: Questo deve avvenire in maniera del tutto naturale, Gli stessi pazienti potrebbero non sentirsi a proprio agio con il contatto fisico.		0 1 3
26.	Strategia di gestione: Riepilogare gli aspetti principali / i problemi ai quali il paziente ha fatto riferimento. <b>Mi permetta di fare un breve riepilogo di ciò che ho capito per quanto concerne le sue preoccupazioni principali: il dolore che sente alle gambe, la difficoltà di respirazione e la paura di dormire perché teme che il respiro possa fermarsi durante il sonno; le preoccupazioni relative alla capacità di sua figlia nel far fronte alle nuove responsabilità ...</b> (Includere nel riepilogo tutte le preoccupazioni di natura fisica, emotiva, sociale, spirituale)		0 1 5
27.	Verificare con il paziente il riepilogo stilato. <b>Ho sintetizzato tutto quello che mi ha detto?</b>		0 1 3
28.	Se il paziente è soddisfatto del riepilogo, proporre una strategia di gestione. <b>Suggerisco di fare quanto segue: per il dolore le prescrivo degli antidolorifici più specifici e dei massaggi, il nostro assistente sociale contatterà sua figlia per descriverle i suoi diritti legali....</b>		0 1 3
29.	Valutare la risposta del paziente. <b>Che ne pensa di questa strategia? Vedo che è preoccupato per la sonnolenza che il nuovo farmaco le indurrà, con piccole dosi che andremo gradualmente ad aumentare</b>		0 1 3
30.	Mettersi d'accordo su un piano di gestione e mettere per iscritto istruzioni precise per il paziente. Controllare la capacità di comprensione del paziente. <b>Ecco le istruzioni scritte. Le capisce? Me le può ripetere gentilmente?</b>		0 1 4
31.	Chiusura dell'intervista. Invito al paziente a porre domande. <b>Ha altre domande?</b>		0 1 4

32.	Definire un appuntamento preciso per l'incontro successivo			0
	<b>Suggerisco che l'infermiera la chiami tra due giorni per vedere come ha funzionato il trattamento. E noi ci incontreremo ancora tra una settimana. Che ne pensa? Arrivederci e a presto</b>			1
				4
Punteggio totale: 100		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

## Riferimenti

- Caspersz, Donella and Stasinska, Ania, Can we teach effective listening? An exploratory study, *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 12(4), 2015. Available at: <http://ro.uow.edu.au/jutlp/vol12/iss4/2>
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277(8):678-682.
- Fallowfield L. Jenkins V. - Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur. J. Cancer* 35(11) Oct. 1999 1592-1597
- Lam KK. Empathy - an essential tool for communication for palliative care doctors. *HKSPM Newsletter* 2006, Sep Issue 2, 13.
- Wittenberg-Lyles E. Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication. *Patient Educ Couns* 2012, 89(1), 31-37.
- Bylund CL, et al. Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center. *J Cancer Educ*. 2011, 26, 604-611.
- Brown RF. Patient centered communication skills training for oncologists: describing the content and efficacy of training. *Common Educ*. 2010, 59, 236-249.
- Leloirain S, et al. A systematic review of the association between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology* 2012, 21(12), 1255-64.
- HackTF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 2005, 14(10), 831-845.
- Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med* 1994, 9, 222-226.
- Mosoiu D. Comunicarea in cancer. 2009, 31-35.
- Back LA, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005, 55, 164-177.

### **Gioco di ruolo - medico**

**Sei un dottore. Hai una paziente di 45 anni**, divorziata, con 2 figli di 11 e 14 anni. La paziente ha carcinoma mammario operato 2 anni fa, attualmente è sotto trattamento ormonale. La paziente non ha presentato sintomi specifici fino a qualche tempo fa; negli ultimi mesi ha accusato moderato dolore osseo e stanchezza. La scintigrafia ossea e la tomografia sono state eseguite 2 giorni prima. La paziente va dall'oncologo per i risultati.

Le analisi mostrano un'evoluzione della malattia (che rivelano metastasi ossee ed epatiche).

- Dovete comunicare in maniera empatica con il paziente per capire cosa riesce a comprendere della sua condizione attuale e per vedere quali sono le sue preoccupazioni.

### **Gioco di ruolo - paziente**

**Sei una paziente di 45 anni, divorziata**, con 2 figli di 11 e 14 anni. Ti è stato diagnosticato un cancro al seno, operato 2 anni fa, e sei attualmente sotto trattamento ormonale. Non hai avvertito alcun sintomo speciale fino a poco tempo fa, ma da alcuni mesi avverti un dolore osseo moderato e sei sempre stanca. Hai fatto nuove analisi 2 giorni fa e vai dall'oncologo per i risultati.

- Sospetti che ci sia qualcosa che non va, ma non sai esattamente cosa.
- Stai aspettando l'appuntamento dal medico con timore.
- Sei preoccupata per i bambini e per le questioni finanziarie






## COMUNICARE LA DIAGNOSI DI UNA MALATTIA GRAVE

### Procedura medica



## PROCEDURA MEDICA

Comunicare cattive notizie ai pazienti e offrire loro tutte le informazioni necessarie per agevolare processi decisionali all'interno del percorso di cure palliative. (Definizione di "cattive notizie ed esempi di cattive notizie nell'ambito delle cure palliative").

		  	P
1	Entrare nella stanza e presentarsi in maniera educata e cordiale: <b>Buongiorno. Sono il Dottor XXX, il suo YYY (ematologo, oncologo o qualsiasi altra mansione). Come si sente oggi?</b> ( <i>Dare del tempo al paziente affinché risponda alla domanda</i> )... <b>le spiace se parliamo un pò?</b> In caso di risposta negativa: <b>Quando preferisce parlare?</b> ( <i>Simili domande sono poste per comprendere l'umore del paziente e per valutare l'adeguatezza del processo di informazione</i> ).		0 1 3
2	Chiedere al paziente se preferisce essere solo o in compagnia durante il colloquio. Se la risposta fornita è la seconda, chiedere chi vuole che partecipi al colloquio. Fissare una data che vada bene a tutti i partecipanti al colloquio stesso. Promuovere un'atmosfera rilassata e rilassante ( <i>in modo da evitare qualsiasi forma di ansia nel paziente</i> ).		0 1 3
3	Assicurare uno spazio privato e confortevole in cui avverrà il colloquio ( <i>uno spazio del genere proteggerà la riservatezza del paziente e contribuirà a creare un'intimità adeguata per comunicare le informazioni, evitando interruzioni e altri elementi di disturbo</i> ).		0 1 3
4	Prestare particolare attenzione alla comunicazione non verbale durante il colloquio: eliminare le barriere fisiche; cercare di rimanere alla stessa altezza del paziente. Se ci sono altre persone, facilitare uno spazio comunicativo aperto sistemando le sedie in cerchio.		0 1 3
5	Scoprire cosa sa il paziente riguardo la sua situazione (è importante sapere quanto grave il paziente valuta la sua patologia, al di là di una conoscenza prettamente nozionistica della malattia stessa). <b>Cosa pensa riguardo il suo dolore toracico, la sua perdita di peso ecc.? Cosa le hanno detto della sua malattia? Quanto grave o importante lei pensa che sia?</b> Prestare particolare attenzione allo stato emotivo del paziente: <b>c'è qualcosa che la preoccupa? Cosa la preoccupa di più?</b>		0 1 3
6	Chiedere specificatamente il livello di informazioni che il paziente è disposto a ricevere: <b>cosa vuole sapere della sua malattia? Vuole che le spieghi ...</b> (la diagnosi, le opzioni di cura, la prognosi e tutti i contenuti relativi al processo di informazione)? Lasciare al paziente la possibilità di scegliere ( <i>questo è necessario per rispettare l'autonomia del paziente e promuovere un piano di cura condiviso</i> )	ESSENZIALE	
7	Attraverso il linguaggio verbale e non verbale, far capire al paziente che le informazioni non saranno delle migliori... <b>I risultati della sua TC non sono buoni. Vuole che le parli del trattamento cui sarà sottoposto/a?</b> <i>Questo permetterà al paziente di decidere se è emotivamente preparato a ricevere la notizia.</i>		0 1 6
8	Fornire al paziente informazioni graduali, a partire dalla sua situazione attuale. Sintetizzare il processo diagnostico e offrire opzioni di cura o informazioni		0 1 3



	prognostiche se il paziente è disposto a riceverle. Utilizzare un linguaggio semplice e chiaro. Evitare il gergo medico. <i>(Il processo di informazione graduale è importante per rispettare la volontà del paziente di conoscere tutte le informazioni disponibili).</i>		
9	Utilizzare l'ascolto attivo e la risposta empatica, facendo riferimento alla procedura specifica ... <i>(Provare a comprendere i desideri e i valori del paziente)</i>		0 1 3
10	Adattare il linguaggio al livello sociale e culturale del paziente, pur veicolando messaggi reali e comprensibili. <i>(In questo modo il paziente può elaborare le informazioni ed essere consapevole delle conseguenze, dei rischi e dei benefici del piano di cura. È importante seguire una strategia proattiva per promuovere l'autonomia del paziente)</i>		0 1 3
11	Dare del tempo, anche in silenzio se necessario. Chiedere al paziente se desidera avere più tempo per pensare o per consultare altri membri della famiglia. Prestare attenzione alla comunicazione (mantenere il contatto visivo e mostrare empatia, comprensione e rispetto verso le necessità o le opinioni del paziente).		0 1 3
12	Controllare se il paziente ha compreso o meno le informazioni fornite. Aiutarlo a ricapitolare. Chiedere se ha altre domande o dubbi. <i>(In questo modo possiamo valutare la capacità del paziente e considerare l'eventualità di coinvolgere un parente nei processi decisionali)</i>		0 1 5
13	Chiedere al paziente se vuole condividere le informazioni con qualcun altro (ad esempio, qualcuno che non sia presente in camera) <i>(questo consente di tenere in considerazione le preferenze del paziente e di coinvolgere la persona giusta nel piano di cura)</i>	ESSENZIALE	
14	Mostrare la propria disponibilità a qualsiasi ulteriore richiesta e informare il paziente su come potersi mettere nuovamente in contatto con il medico. Il paziente deve percepire un senso di continuità nella cura.		0 1 3
15	Riepilogare le questioni più importanti relative al futuro piano di cura del paziente, che deve poter vedere come la situazione è gestita in maniera seria e professionale.		0 1 3
16	Valutare lo stato emotivo dopo il colloquio: <b>come si sente adesso?</b> Chiedere nuovamente al paziente se ha domande o preoccupazioni finali. <i>(questo aiuterà ad aggiungere ulteriori informazioni o a ripeterne altre)</i>		0 1 3
17	Lasciare la stanza in maniera cordiale		0 1 3
Punteggio totale: 50		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto %
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto %
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto %

## Riferimenti

Buckman R. Communication skills in palliative care. A practical guide. Neurologic Clinics 2001; 19(4)

Finset A, Ekeberg O, et al. Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. Psycho-Oncology 2003; 12:686-693

Deschepper R, Vander Stichele R, et al. Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flandres, Belgium. British Journal of General Practice 2006

Treece PD. Communication in the intensive care unit about the end of life. AACN Advanced Critical Care 2007; 18(4): 406-414



## VALUTAZIONE SPIRITUALE

### Procedura medica



## PROCEDURA MEDICA

La dimensione spirituale è parte fondamentale nella valutazione di un nuovo paziente, così come lo è nelle visite di controllo successive. Tale valutazione consente di individuare quelle persone che soffrono nella loro dimensione più intima e spirituale, così come permette di individuare gli strumenti necessari per sostenere la fede del paziente. Per la valutazione della dimensione spirituale si utilizza la scala FICA, sviluppata dal Dr. Puchalski e da un team di medici con l'intento di dotare i medici e gli altri operatori sanitari di uno strumento utile ad affrontare con i pazienti questioni prettamente spirituali.

**F** *aith*  
**I** *mportance*  
**C** *hurch*  
**A** *pply/Address*

☐ ☐ ☒ P

1.	Presentarsi al paziente <b>Salve, sono il Dottor... e lei è la mia collega, l'infermiera....Lei è?</b> Chiedere al paziente di dire il suo nome <i>È sconsigliato l'uso di formule come "Lei è il Sig. Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratti dai loro stessi sintomi).</i>	ESSENZIALE		
2.	Se il paziente si presenta con un parente / amico, scoprire chi accompagna il paziente e quale relazione sussiste tra i due. <b>Mi fa piacere vedere che lei accompagna il signor / la signora ... (dire il nome del paziente). Puoi dirmi chi è e qual è la sua relazione con il paziente?</b> <i>Evitare di fare ipotesi come "Lei è la moglie?" - Potrebbe essere la figlia o altro e creare situazioni imbarazzanti).</i>			0 1 3
3.	Stringere la mano (se il paziente lo vuole). <i>(In primo luogo, va stretta la mano del paziente, e poi dell'accompagnatore. Questa comunicazione non verbale mostra che il paziente ha la priorità)</i>			0 1 3
4.	Assicurare la privacy della conversazione. Chiudere la porta, dopo aver segnalato che vi è una valutazione in corso. Se il paziente è a letto, chiudere le tendine attorno al letto <i>(Attraverso una corretta comunicazione si costruirà un rapporto di fiducia, mostrando rispetto per la persona che si ha di fronte).</i>			0 1 6
5.	Ridurre gli elementi di disturbo. Spegnerne la radio, la TV, il cellulare (o chiedere alla segretaria di tenere le chiamate). <i>(Chiedere al personale e agli altri pazienti di non entrare nella stanza quando si svolge una valutazione di carattere spirituale).</i>			0 1 3
6.	Disposizione spaziale a. Invitare il paziente (e il caregiver) a sedersi. <b>Vuole sedersi?</b> <i>(C'è una diversa percezione dello spazio da parte del paziente se è seduto. La stessa quantità di tempo a disposizione è percepita come più lunga quando si è seduti)</i>			0 1 3
7.	b. Sedersi. Se il paziente è a letto, prendere una sedia e sedersi vicino al letto – <i>ad una distanza comoda dal paziente (circa 1m)</i> – <i>gli occhi del medico devono essere alla stessa altezza degli occhi del paziente (eccezione: quando il paziente piange o si arrabbia, gli occhi del medico</i>			0 1 6

	dovrebbero essere ad un'altezza inferiore rispetto agli occhi del paziente) – se il paziente è accompagnato da un parente / amico, sedersi in modo da trovarsi di fronte al paziente, e comunque ad una distanza inferiore di quella che c'è tra paziente ed accompagnatore.			
8.	c. Rimuovere le barriere tra il medico e il paziente - Spostare la sedia in modo da essere vicino al paziente - Fare spazio sulla porzione di scrivania più vicina al paziente (Non sedersi dietro la scrivania o dietro il computer: generalmente questo determina un blocco nella comunicazione)			0 1 6
9.	d. Essere preparati alla possibilità che il paziente o l'accompagnatore piangano. Avere a disposizione una scatola di cleenex da offrire nell'eventualità che il paziente o l'accompagnatore comincino a piangere.			0 1 3
10.	Linguaggio del corpo - Assumere una posizione neutrale e rilassata - Piedi piantati sul pavimento - Spalle rilassate - Espressione del volto amichevole - Mani sulle ginocchia (Quando si parla di argomenti difficili, è naturale sentirsi a disagio, ma è importante allenare il corpo in modo che il linguaggio non verbale risulti calmo e offra rassicurazione al paziente).			0 1 6
11.	È il momento giusto per fare una valutazione di carattere spirituale? <b>Prima di iniziare la nostra discussione, vorrei essere sicuro che lei si senta a suo agio. Può dirmi se c'è un sintomo grave o una particolare paura che la preoccupa?</b> Se <b>Sì</b> , rinviare la valutazione spirituale e fare una valutazione mirata del sintomo, determinando la causa della sofferenza e individuando un trattamento adeguato Se <b>NO</b> continuare la valutazione			0 1 6
12.	Chiedere il permesso di effettuare la valutazione <b>Per valutare la sofferenza che la malattia le sta causando su diversi livelli, le farò alcune domande che riguardano la sua condizione spirituale. Posso procedere?</b> Se <b>NO</b> chiedere il permesso di tornare più tardi Se <b>Sì</b> continuare la valutazione			0 1 6
13.	Iniziare con una domanda generale. <b>Si sente in pace con se stesso?</b>	ESSENZIALE		
14.	Se la risposta al punto 13 è NO <b>Quali preoccupazioni ha? Può dirmi di più?</b>			0 1 6
15.	Se la risposta al punto 13 è SI <b>Mi direbbe cosa contribuisce alla sensazione di pace nella sua vita? Il suo lavoro, la sua famiglia o altro?</b>			0 1 6
16.	Utilizzare tecniche per facilitare il dialogo (tacere e non interrompere il paziente). Ascoltare ciò che dice il paziente attraverso le parole (contenuto, tono) ma anche attraverso la comunicazione non verbale (gestualità, espressione del viso, posizione del corpo ...)			0 1 3



17.	Tollerare i brevi periodi di silenzio che il paziente prende per riorganizzare i propri pensieri. <b>Che cosa la spinge a prendersi delle pause?</b> (Domanda da fare se si sente il bisogno di rompere il silenzio, che può anche avere molteplici significati: il paziente sta pensando o sentendo qualcosa che si rivela troppo intenso da esprimere a parole).				0 1 6
18.	Incoraggiare il paziente attraverso il proprio linguaggio non verbale o attraverso brevi frasi che servono a supportare le idee del paziente (annuire, sorridere, utilizzare risposte quali “sì”, “mi dica di più”).				0 1 3
19.	Ripetizione e reiterazione "La mia famiglia è stata sempre molto unita e ora che i miei familiari sanno della mia malattia mi aiutano in maniera costante" – “Quindi sente il supporto della sua famiglia?”. (Confermare al paziente di aver ascoltato ciò che è stato detto).				0 1 3
20.	Precisazioni <b>Quando lei dice che...? intende dire che....?</b> Dare al paziente l'opportunità di chiarire quanto detto o di sottolineare alcuni aspetti nel momento in cui il medico mostra l'interesse per l'argomento				0 1 6
21.	<b>La fede è importante nella sua vita? Crede sia un fonte di supporto per la situazione che sta vivendo attualmente?</b> Questa domanda consente al paziente di discutere di quelli che ritiene strumenti di supporto, ma anche di esprimere le proprie preoccupazioni esistenziali	ESSENZIALE			
22.	<b>Appartiene ad una specifica comunità spirituale?</b> (I membri della famiglia possono fornire informazioni utili). <b>Come possiamo sostenerla nel suo percorso di fede? Chi possiamo contattare per aiutarla?</b> Contattare la persona specifica / appropriata (esempi: qualcuno della comunità di fede del paziente o un consigliere morale).	ESSENZIALE			
23.	Chiusura del colloquio Fare una sintesi degli argomenti principali che sono stati discussi e stilare un breve rapporto che andrà accluso alla cartella clinica del paziente.				0 1 6
24.	<b>Se ha ulteriori domande, non esiti a contattarci.</b> (invitare il paziente a fare altre domande)				0 1 6
25.	Definire in maniera chiara quando avverrà il prossimo incontro .				0 1 4
<b>Punteggio totale: 100</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto		
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto		
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto		



## NUTRIZIONE DEL PAZIENTE A LETTO

### Procedura medica






NUTRIZIONE DEL PAZIENTE A LETTO

## PROCEDURA MEDICA

Garantire un'adeguata assunzione di sostanze nutritive e di fluidi necessari all'organismo del paziente a letto.

La nutrizione mira a sostenere il funzionamento ottimale del corpo del paziente, nonché una migliore qualità della sua vita. Nello specifico, la nutrizione di ogni paziente ha un potenziale terapeutico paragonabile alla somministrazione farmacologica. Naturalmente deve essere individuata una nutrizione che soddisfi le capacità intellettuali, lo stile di vita, la cultura e lo status economico del paziente. La famiglia di quest'ultimo e i caregiver sono parte fondamentale nel processo di individuazione e somministrazione della nutrizione più adeguata.


	Concetto				P
1. Rapida valutazione della presenza dei segni vitali ( <i>stato di coscienza, movimenti, capacità di parlare, respiro</i> ) <b>Buon pomeriggio, mi chiamo.....Sono il suo dottore e adesso la visiterò.</b>	- iniziare la discussione -				0 3 5
2. <b>Mi può dire il suo nome, per favore.....</b> (in alternativa, verificare il nome dal braccialetto della paziente) <b>E la sua data di nascita .....</b> <b>Grazie.</b> ( <i>Queste domande vengono poste in maniera da evitare che la procedura venga fatta sulla paziente sbagliata, dal momento che ci sono spesso diverse pazienti con lo stesso nome. Allo stesso tempo è sconsigliato l'uso di formule come "Lei è la Sig.ra Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratte dai loro stessi sintomi</i> ).	Conformità con la cartella clinica in termini di: Nome: Data di nascita: <b>PAZIENTE CORRETTO – CI</b>	ESSENZIALE			
3. Utilizzare un tampone di alcool per decontaminare le superfici dei mobili con i quali ci sarà contatto durante la procedura. Lavaggio medico delle mani ± Disinfettare le mani o indossare guanti medici ( <i>solo nel caso di lesioni tegumentari nelle mani di chi effettua la procedura o nel caso di un elevato potenziale infettivo da parte del paziente</i> ) quali precauzioni standard.	- precauzioni standard -				0 1 3
4. Assicurare uno spazio privato in modo, se necessario, da poter facilmente cambiare la posizione del paziente ( <i>tende, schermo, segnale di stanza occupata, ecc</i> ). Misurazione della pressione arteriosa, dell'ossimetria e della temperatura - se non è stata effettuata una valutazione recente	Pressione arteriosa: ...../..... mmHg; SaO2 ..... %; T ..... °C				0 3 6
5. Valutare eventuali ostacoli alla nutrizione del paziente: • pianificazione di procedure mediche - in un periodo immediatamente successivo - che richiedono per il paziente una condizione di "fame" • esistenza di una raccomandazione NPO ( <i>nihil per os</i> - niente per bocca)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESSENZIALE			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• paziente comatoso</li> <li>• presenza di nausea / vomito</li> <li>• presenza di uno strumento per l'aspirazione gastrica</li> <li>• se possibile, esame obiettivo dell'addome: suoni intestinali diminuiti / assenti</li> </ul>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
6.	Sistemare il paziente in posizione seduta, preferibilmente nella posizione di Fowler alta. Valutazione della cavità orale del paziente (denti, aspetto delle gengive, presenza di lesioni che potrebbero interferire con l'alimentazione)	<i>Se, per motivi medici, il posizionamento di Fowler non è possibile, il paziente può essere sistemato nella posizione di decubito laterale che facilita la deglutizione rispetto alla posizione supina</i>		0 5 9
7.	<b>Sente il bisogno di urinare? O di defecare?</b>			0 3 5
8.	Valutare la cartella clinica del paziente in merito a disturbi di odore o di gusto: <b>Sente ancora il gusto del cibo? O ha notato dei problemi in tal senso?</b> (gli anziani, a causa dell'atrofia dei germogli gustativi, sperimentano una diminuzione della percezione del dolce e del salato; in tal senso, per favorire il senso del gusto, aggiungere spezie nel cibo). <b>Cosa mi dice dell'odore del cibo?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		0 3 5
9.	Valutare la cartella clinica del paziente in riferimento a: età, eventuali diagnosi di demenza, presenza di disfagia, manovre di aspirazione faringeele nella sua recente storia clinica. <b>Le capita di tossire quando mangia, o di provare una sensazione di soffocamento? Difficoltà di deglutizione? Qualche dolore mentre mangia? Improvvisa raucedine della voce?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<i>Necessaria valutazione per la prevenzione della polmonite da aspirazione che può verificarsi nei pazienti con disfagia. Se si verifica una situazione di questo tipo, dovrebbe esserci uno sforzo comune del nutrizionista, del dietista, del medico, dello specialista della deglutizione, del terapeuta del linguaggio, del medico di famiglia ...</i>		0 5 9
10.	SI <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assicurare un ambiente rilassante, silenzioso, senza elementi che possano distrarre il paziente dall'attività di alimentazione</li> <li>• Utilizzare musica di sottofondo – soprattutto per i pazienti affetti da demenza (riduzione dei sintomi comportamentali durante l'alimentazione - Liao et al., 2004).</li> <li>• Sistemare il paziente il più possibile in posizione verticale sul letto o su una sedia</li> </ul>			0 5 9

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserisca in bocca soltanto piccoli pezzi di cibo che possono essere facilmente masticati.</li> <li>• Mastichi bene prima di inghiottire.</li> <li>• Introduca un altro pezzo di cibo solo dopo che il precedente è stato completamente ingerito.</li> <li>• Dopo aver terminato la masticazione, controlli che in bocca non ci siano pezzi di cibo non masticati e non inghiottiti</li> <li>• Mantenga una posizione alta del corpo per almeno 20-30 minuti dopo il pasto</li> <li>• Se si manifestano segni clinici di aspirazione laringo-tracheo-bronchiale (tosse, dispnea-soffocamento, disfonia, raucedine, ecc.) rimuovere immediatamente dalla bocca del paziente qualsiasi pezzo di cibo rimanente.</li> </ul>				
11.	<b>Vuole provare a mangiare?</b>	Spiegare le AZIONI CHE VERRANNO EFFETTUATE			0 1 3
12.	<b>Dovrà masticare e deglutire pezzi di cibo. Riesce a tagliare il cibo da solo o ha bisogno del mio aiuto? Le chiedo, inoltre, di bere i liquidi che le sono stati preparati</b>	Spiegare al paziente IN CHE COSA CONSISTE LA PROCEDURA			0 1 3
13.	<b>È consigliabile che rimanga seduto in posizione verticale o laterale, in modo da impedire che il cibo venga immesso in maniera sbagliata, causando il soffocamento. Se ha difficoltà a tagliare il cibo, posso aiutarla. Oppure la aiuterò versando i liquidi nel suo bicchiere. Mi dica in che modo e l'aiuterò. In alternativa, posso servirle i piatti, come desidera. Mi siederò accanto a lei e ci prenderemo tutto il tempo necessario. Possiamo iniziare con il piatto a sua scelta.</b>	Spiegare al paziente in che modo potrà CONTRIBUIRE alla procedura			0 1 3
14.	<b>L'alimentazione fornisce al suo corpo energia e risorse per funzionare bene.</b>	Spiegare al paziente in che modo potrà CONTRIBUIRE alla procedura			0 1 3
15.	<b>Sono riuscito a spiegarle la procedura? Le piacerebbe forse chiedermi qualcos'altro?</b>		ESSENTIAL		
16.	<b>In generale, ha un sano appetito?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
17.	NO <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crede sia un buon momento per mangiare? Oppure ha un qualche dolore che possiamo provare a trattare</li> </ul>	Si raccomanda di coinvolgere i medici del paziente, che possono fornire informazioni sulle preferenze alimentari del paziente e sulle modalità in cui			0 1 9



	<p><b>farmacologicamente?</b> <i>(Analgesici in caso di dolore, antipiretici in caso di febbre ecc.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>C'è qualcosa che la preoccupa particolarmente? Qualcosa di cui le piacerebbe discutere?</b> <i>(Stress psicologico associato all'anoressia - mancanza di appetito)</i></li><li>• <b>Che cosa le piace mangiare di solito?</b></li><li>• Sono preferibili piccole porzioni di cibo. Questo non scoraggierà un paziente con perdita d'appetito.</li><li>• Per gli anziani, evitare cibi secchi, croccanti, duri o appiccicosi (ad es. banane) a causa della diminuzione della secrezione delle ghiandole salivari associata all'età più anziana.</li><li>• Immediatamente prima e dopo la nutrizione del paziente, evitare procedure mediche che possono essere tollerate con difficoltà.</li><li>• Creare un ambiente piacevole per il processo di nutrizione a letto</li><li>• <b>Prima di mangiare, una migliore cura orale aumenterà l'appetito e renderà il cibo più gradevole. Procediamo alla spazzolatura dei denti? Vuole lavare la faccia prima di mangiare? Se vuole, posso aiutarla.</b></li></ul>	dovrebbero essere cucinati /serviti			
102.	In riferimento alla cartella clinica, selezionare il tipo di cibo più appropriato da somministrare. Ricordarsi di:	Convalidare la conformità del cibo selezionato con la prescrizione presente nella cartella clinica	ESSENTIAL		
103.	• convalidare il calendario prescritto per la somministrazione di cibo (± 30 minuti)	MOMENTO GIUSTO – C2			
104.	• convalidare il percorso di somministrazione prescritto <i>(ad esempio la tipologia di cibo: semisolido o liquido; la corretta temperatura: in patologie alimentari è controindicato sollecitare troppo la mucosa - caldo / freddo o semplicemente cibo servito alla temperatura desiderata dal paziente e precedentemente valutata da chi effettua la procedura )</i>	CORRETTO ITER DI SOMMINISTRAZIONE– C3			
105.	• verificare la conformità con la data di scadenza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
106.	Posizionare il vassoio al livello del letto per consentire al paziente di vedere facilmente il cibo offerto.				0 1 3
107.	Fare riferimento alla cartella clinica, disimballare il cibo e posizionarlo sul vassoio – Check II	Convalidare la conformità del cibo selezionato con la prescrizione presente nella			0 5 9

		<i>cartella clinica</i>		
108.	Presentazione degli alimenti dal menu. <b>Allora, oggi abbiamo.....</b> (ad esempio, zuppa di pomodoro, purè di patate con bocconcini di pollo, succo d'arancia, acqua naturale, budino) <b>Quale preferisce che le venga servito per primo?</b>	<b>CIBO CORRETTO – C5</b>		0 2 5
109.	• preparazione di alimenti solidi e liquidi a seconda delle quantità prescritte	<b>DOSE CORRETTA – C4</b>	<b>ESSENZIALE</b>	
110.	Riesce a mangiare utilizzando posate normali? Valutare la cartella clinica del paziente, relativamente a tutte le diagnosi che comportano tremolio delle mani, astenia estrema, impotenza funzionale dell'arto superiore (limitazioni nella portata del movimento della mano, del polso, dei gomiti, della spalla, del collo): <b>Le sue mani tremano quando tiene il cucchiaino o la forchetta, rendendo più complesso il gesto del mangiare?</b> <b>Oppure le risulta difficile inclinare la testa all'indietro quando beve da bicchieri normali?</b> <b>Lo chiedo perché possiamo aiutarla, se necessario, fornendole posate o stoviglie modificate che ridurrebbero lo sforzo nella gestione del cibo.</b> <b>È forse difficile portare il cucchiaino o la forchetta alla bocca? Oppure è difficile piegare il pugno ed il gomito?</b>	Utilizzare posate e stoviglie indicate per pazienti in difficoltà  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		0 5 9
111.	Riporre nel gabinetto medico i contenitori utilizzati per la conservazione dei medicinali - Check III	Convalidare la conformità del cibo selezionato con la prescrizione presente nella cartella clinica		0 5 9
112.	Valutare l'eventuale intolleranza al cibo che verrà somministrato: <b>È allergico ai seguenti nutrienti alimentari? .....</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>ESSENZIALE</b>	
113.	C'è qualche incompatibilità di somministrazione tra il cibo prescritto e i parametri vitali determinati in precedenza? (ad esempio pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
114.	Valutare la situazione medica attuale del paziente in relazione alla sintomatologia e alla condizione che ha generato la prescrizione di nutrizione a letto (eventuale presenza di edemi, livello di dolore, livello di zucchero nel sangue ecc.)	<b>VALUTAZIONE PRE-NUTRIZIONE</b>		0 5 9
115.	<b>Ora le chiedo di deglutire questo pezzo di .....</b> <b>Vuole bere un pò d'acqua? Oppure un succo?</b> (Offrire un liquido su richiesta del paziente o per ogni 3-4 bocconi inghiottiti)	Se necessario, aiutare il paziente sollevando il bicchiere contenente il liquido		0 5 9
116.	Selezionare un argomento di conversazione confortevole per il paziente (soprattutto nel caso di pazienti con predisposizione al dialogo, in modo da creare un'atmosfera piacevole e favorevole al processo di			0 3 6

	nutrizione) Nutrizione del paziente			
117.	Riportare nella cartella clinica: • il nome del cibo somministrato	Se il paziente rifiuta il cibo o se il responsabile omette di somministrare il cibo - prendere nota della situazione nella cartella clinica del paziente, spiegandone la ragione. Informare il medico curante / l'infermiere		0 3 6
118.	• la quantità somministrata, secondo la prescrizione			0 3 6
119.	• la modalità di somministrazione			0 3 6
120.	• data, ora e minuto in cui il cibo è stato somministrato (se c'è un ritardo di più di mezz'ora rispetto all'esatto tempo di somministrazione, menzionare i motivi del ritardo)			0 3 6
121.	• parametri clinici e biologici rilevanti valutati prima del trattamento (ad esempio pressione arteriosa, frequenza cardiaca, intensità del dolore, valore glucosio) Firmare le osservazioni sulla somministrazione alimentare che sono state inserite nella cartella clinica del paziente			0 3 6
122.	Rimuovere dal letto il vassoio con qualsiasi alimento non consumato			0 1 3
123.	<b>Ha bisogno di aiuto per lavare i denti dopo aver mangiato? E per lavare le mani, il viso o la bocca?</b>			0 1 3
124.	Dopo un periodo di tempo realistico, valutare i parametri clinici e biologici rilevanti e / o l'effetto atteso (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, intensità del dolore, ecc.)	<b>VALUTAZIONE POST-NUTRIZIONE</b>		0 1 3
125.	Riportare nella cartella clinica del paziente • i parametri clinici e biologici rilevanti e l'effetto atteso valutato dopo la nutrizione (ad esempio pressione arteriosa, frequenza cardiaca, intensità del dolore, valore di glucosio, facilità nell'addormentarsi, ecc)			0 1 3
126.	• il verificarsi o il non verificarsi di incidenti e/o o effetti collaterali (nausea, vomito, difficoltà nel masticare cibo o di deglutire - apportando migliorie nei menu futuri, anche in termini di preparazione secondo altre modalità e/o di utilizzo di posate speciali)			0 1 3
127.	• eventuali osservazioni fatte dal paziente, che potrebbero essere rilevanti per la nutrizione futura (accettazione del menu proposto, livello di tolleranza) Firmare le annotazioni sulla nutrizione inserite nella cartella clinica del paziente.			0 1 3
128.	Risistemare il paziente in posizione comoda, abbassando il letto ad altezza minima.). Assicurarsi che la paziente possa facilmente raggiungere gli oggetti personali (ad esempio telefono cellulare, libri, cruciverba ecc.), posizionare il bicchiere d'acqua ed il telecomando per chiamare assistenza medica in modo che siano facilmente raggiungibili.			0 5 9

129.	Utilizzare un tampone di alcool per decontaminare le superfici di mobili con i quali c'è stato contatto durante la procedura. Smaltire i guanti utilizzati nel contenitore rifiuti infetti non taglienti. Procedere ad un lavaggio medico delle mani. <b>La lascio riposare un pò. Tornerò tra...(ad esempio 2 ore) per...(illustrare il trattamento successivo).</b> Rimuovere i cibi non consumati e lasciare la stanza.			0 5 9
Punteggio totale: 200		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%



## IGIENE ORALE

### Procedura medica





## PROCEDURA MEDICA

Per igiene orale s'intende: promuovere, organizzare e, nei pazienti impossibilitati, eseguire per conto loro l'igiene quotidiana dei denti (filo interdentale, spazzolatura), delle gengive (stimolazione meccanica), della bocca (risciacquo); promuovere / organizzare controlli dentistici regolari; ispezionare la zona orale e, di conseguenza, i problemi individuati nella fase di valutazione in modo da promuovere / organizzare ulteriori consultazioni con specialisti per la cura orale (dentisti, chirurghi orali, ecc).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
1.	Valutare le condizioni del paziente ( <i>stato cosciente, mobilità, capacità di parola, respirazione</i> ) <input type="checkbox"/> ; <i>arresto cardiopolmonare (in caso affermativo, procedere al protocollo cardiorespiratorio)</i> <b>Buongiorno / buonasera. Mi chiamo.....Sono il suo dottore / infermiere</b>				0 2 5
2.	<b>Può dirmi gentilmente il suo nome..... E la sua data di nascita .....</b> <b>Grazie.</b> ( <i>Questo si fa per evitare l'esecuzione della procedura sul paziente sbagliato, dal momento che ci possono essere pazienti con lo stesso nome. Si consiglia di tralasciare domande del tipo "E' lei il sig. Rossi?" in maniera tale da evitare una falsa conferma da parte di un paziente che può essere distratto dai propri sintomi o da altre ragioni</i> ). Per i pazienti con difficoltà di comunicazione ( <i>stato confusionario, comatoso, ecc.</i> ) verificare i dati relativi all'identità sulla cartella clinica o sul braccialetto. I pazienti in stato confusionale, comatoso o depressivo e i pazienti che necessitano di sondini naso-gastrici, ossigenoterapia o assistenza a lungo termine sono maggiormente a rischio problemi del cavo orale. E, di conseguenza, sono coloro che beneficiano maggiormente delle procedure di igiene del cavo orale.	ESSENZIALE			
3.	Siate certi di garantire una condizione di privacy ( <i>stanza con un solo letto, tende, ecc.</i> ). <b>Abbiamo bisogno di lavare la sua bocca e i suoi denti</b>				0 1 3
4.	<b>Tale procedura prevede l'ispezione della bocca per verificare l'eventuale presenza di carie, depositi, secrezioni, nonché per controllare la condizione delle gengive..... Spazzoleremo i suoi denti, passeremo il filo interdentale, sciacqueremo la bocca. Si tratta di una procedura semplice da eseguire, che non comporta tagli o punture, quindi non dovrebbe far male</b> ( <i>in che cosa consiste la procedura</i> )				0 1 3
5.	Sarà messo/a in posizione da seduto/a (o disteso/a su un lato). Sarà difficile per lei sostenere una tale posizione per – diciamo - 20 minuti? È molto importante che lei resti rilassato/a e tranquillo/a durante la procedura. Quando le chiederò di farlo, dovrà sputare il liquido dalla bocca in un contenitore apposito che sarà a portata di mano ( <i>come contribuire alla procedura</i> )				0 1 3
6.	Una buona igiene della bocca è un elemento importante per la sua condizione medica. Il fallimento nel raggiungere una buona igiene della bocca comporterà un alto rischio di infezioni del tratto orale e dell'intero sistema respiratorio, con conseguenze come la polmonite. E, di conseguenza, una cattiva igiene orale comporterà un prolungamento nel processo di guarigione o anche il fallimento delle cure ( <i>il beneficio della procedura</i> )				0 1 3
7.	<b>Tutto chiaro riguardo la procedura? Vorrebbe farmi delle domande?</b>	ESSENZIALE			
8.	<b>Ha già subito procedure di igiene orale? Mi può dire quante volte,</b>				0 1

	<b>quando e come lava denti e bocca?</b> <i>(Valutare la percezione del paziente e il suo coinvolgimento nei propri problemi di salute. La mancanza di conoscenze nel mantenimento di una corretta igiene orale predispone a problemi di natura orale).</i>			3
9.	<b>La sua assicurazione medica include l'igiene orale? Quante volte si è sottoposto/a a controlli dentali negli ultimi tre anni?</b>			0 1 3
10.	<b>Riesce ancora a sentire il gusto dei cibi e preferisce i cibi salati o i cibi dolci? Ad esempio?</b> <i>(un'alta assunzione di sale e zuccheri raffinati comporta un maggiore rischio di erosione dello smalto dentale)</i>			0 1 3
11.	<b>Sente spesso una sensazione di secchezza delle fauci? Si sveglia durante la notte per bere acqua?</b> <i>(la diminuzione delle secrezioni salivari comporta una mucosa orale sottile e secca che favorisce la comparsa di lesioni localizzate)</i>			0 1 3
12.	<b>Quanti liquidi beve nell'arco di una giornata? Con l'aggiunta di zuppa, tè e qualsiasi altro liquido raggiunge un totale di 2000 ml al giorno? O meno?</b> <i>(una bassa assunzione di liquidi comporta una mucosa orale sottile e secca che favorisce la comparsa di lesioni localizzate)</i>			0 1 3
13.	<b>Fuma? Quante sigarette al giorno? Per quanto tempo?</b> <i>(la cronicità di un fumatore ⇒ calcolo: numero di pacchetti fumati ogni giorno moltiplicato per il numero di anni di fumo ⇒ comporta una mucosa orale sottile e secca che favorisce la comparsa di lesioni localizzate)</i>			0 1 3
14.	<b>Che tipologia di alcolici preferisce? Cognac, vino, birra, vodka.....?</b> <b>Quanti alcolici consuma in una settimana</b> <i>(i bevitori cronici, definiti da un consumo di &gt;14 unità alcoliche a settimana sono più soggetti ad una mucosa orale sottile e secca che favorisce la comparsa di lesioni localizzate).</i>			0 1 3
15.	Consultando la tabella clinica, verificare l'eventuale somministrazione di farmaci che possono comportare secchezza della fauci come effetto collaterale (es. diuretici, lassativi, tranquillanti - soprattutto se utilizzati in grande quantità). Al tempo stesso verificare se il paziente è stato sottoposto a radioterapia della testa o del collo <i>(eventuale processo di fibrosi delle ghiandole salivari, sviluppato come conseguenza delle radiazioni stesse)</i>			0 1 3
16.	Se non sono stati recentemente valutati, procedere alla misurazione della pressione, delle pulsazioni e della temperatura. Lavarsi le mani. Applicare guanti medicali puliti come componente fondamentale delle precauzioni standard.			0 1 3
17.	Utilizzare un tampone di alcool per decontaminare le superfici dei mobili con i quali ci sarà contatto durante la procedura			0 1 3
18.	Valutare la cartella clinica del paziente per verificare l'eventuale presenza di condizioni che possono portare a controindicazioni a seguito della posizione Fowler alta (ad esempio la sindrome di ipoperfusione cerebrale) o del decubito laterale (malattie reumatiche ortopediche).			0 1 3
19.	Smaltire i guanti utilizzati nel contenitore dei rifiuti infetti non taglienti. Lavarsi le mani. Applicare un nuovo paio di guanti medicali come parte essenziale di precauzioni standard <i>(in modo da evitare infezioni dal e per il paziente)</i> . Sistemare il paziente in posizione Fowler alta <i>(posizione semi-ortopnoica o di Fowler è la posizione a letto in cui la testa e il tronco sono sollevati con le ginocchia flesse o dritte tra 60° - 90°)</i> o - se questo non è possibile - in posizione di decubito laterale <i>(seduto/a a letto su un lato. Queste posture impediscono al paziente di aspirare nell'albero bronchiale i liquidi utilizzati nella procedura di igiene orale)</i> . Sollevare il letto del paziente al livello della vita del personale che esegue la procedura di			0 1 3

	igiene orale <i>(in modo da evitare il sovraccarico dei muscoli paravertebrali, altrimenti abusata nelle attività mediche effettuate a letto)</i>		
20.	Consultando la cartella clinica: <b>Ha dentiere o ponti quali risultato di interventi dentali precedenti?</b> Utilizzando una luce, procedere all'esame del cavo orale per identificare eventuali carie, denti rotti, edentazioni parziali, depositi di denti, odori, secrezioni. Al tempo stesso analizzare l'aspetto delle gengive, l'esistenza di ponti o protesi. In caso di protesi artificiali, queste devono essere pulite regolarmente e devono essere utilizzate costantemente, al fine di mantenere la conformazione facciale, prevenire l'atrofia gengivale, permettere una buona potenza masticatoria .... Per la pulizia del cavo orale, invece, esse devono essere rimosse dalla bocca <i>(dal paziente stesso o, se non è in grado di farlo, dai professionisti medici che eseguono la procedura: i denti superiori della parte anteriore devono essere presi attraverso una garza. Le protesi inferiori possono essere estratte dalle gengive mandibolari, sollevandole prima su un lato e poi sull'altro. Le protesi parziali possono essere rimosse esercitando pressione sui denti )</i> .		0 1 3
21.	<b>È allergico a qualcosa? Prodotti in gomma, dentifrici, collutori per la pulizia delle protesi dentarie?</b> <i>(valutazione di possibili allergie dovute ai materiali comunemente utilizzati nella procedura)</i>	ESSENZIALE	
22.	<b>Quando ha mangiato l'ultima volta? È consigliabile prendersi cura della propria igiene orale prima e dopo ogni pasto</b> <i>(secondo condizioni orali locali, l'igiene orale può essere necessaria da tre volte al giorno fino ad un massimo di procedure da svolgere ad intervalli di 2 ore)</i>		0 1 6
23.	Posizionare sotto il mento del paziente un dispositivo in grado di trattenere i liquidi che possono derivare dalla zona orale durante l'esecuzione della procedura stessa (es. asciugamano, panno assorbente, lavabo curvo)		0 1 5
24.	Selezione dei dispositivi più adatti da utilizzare nell'igiene della bocca. <b>Si sente a suo agio con l'uso dello spazzolino per l'igiene della bocca? O le risulta sgradevole o addirittura le provoca dolore? Le sue gengive sanguinano facilmente quando usa uno spazzolino da denti?</b> Consultando la cartella clinica, verificare la presenza di problemi orali che possono controindicare l'uso di uno spazzolino da denti (diagnostica, interventi locali vecchi o recenti.....). <b>Se è così, possiamo utilizzare uno spazzolino a setole morbide o addirittura sostituirlo con un tampone orale. In questo caso, però, non saremo in grado di rimuovere il tartaro dalla superficie dei denti. Lo stesso se utilizzeremo una garza imbevuta con soluzione salina, che è un altro possibile dispositivo da utilizzare per la sua igiene orale</b> <i>(tamponi impregnati di glicerina e aromatizzati al limone, che rappresentano un' opzione per l'igiene orale, devono essere evitati a causa del loro effetto irritante sulla mucosa orale, che può diventare secca, e sui denti, che possono essere decalcificati).</i>		0 1 5
25.	Utilizzare acqua di rubinetto o soluzione salina, bagnare la testa dello spazzolino. Applicare il dentifricio al bicarbonato di sodio sulle setole <i>(una saliva acida favorirà la crescita della flora orale; una diminuzione dell'acidità si tradurrà in una diminuzione del carico microbico a livello della bocca. In aggiunta il bicarbonato di sodio aiuterà il processo di pulizia, sciogliendo il muco).</i>		0 1 3
26.	<b>Preferisce lavare i denti da solo/a, sotto la mia guida, o preferisce che lo faccia io per lei?</b>	ESSENZIALE	
27.	Assicurarsi che ci sia una giusta illuminazione per effettuare la visita		0

	(l'uso di una luce potrebbe essere appropriato)			1 3
28.	Posizionarsi al lato destro del paziente <i>(sinistro se chi effettua la procedura dovesse essere mancino/a)</i>			0 1 3
29.	<b>La pregherei di aprire leggermente la bocca, in modo che io possa dare un'occhiata ai suoi denti e possa inserire lo spazzolino. Non apra troppo la bocca, anche perchè dovrà tenere questa posizione per alcuni minuti.</b>			0 1 3
30.	Posizionare le setole dello spazzolino a stretto contatto con due o tre denti, quelli superiori dalla parte anteriore della bocca (incisivi) a livello di inserimento del dente nella gengiva (solco gengivale) con un angolo di 45 gradi con la superficie dei denti stessi.			0 1 3
31.	Premere delicatamente le setole nel solco gengivale e ruotare la testa dello spazzolino per spazzolare la superficie dei denti dalla base del dente alla sua estremità con un movimento deciso (dall' inserzione gengivale fino alle corone) con l'intento di rimuovere qualsiasi deposito presente all'interno del solco gengivale e sulla superficie dei denti.			0 1 3
32.	<b>In qualsiasi momento, ogni volta che lo considera necessario, mi segnali, alzando la mano, se è necessario sciacquare la bocca dal dentifricio. Un buon risciacquo eliminerà dalla sua cavità orale tutte le particelle rimosse nel processo di spazzolatura.</b>			0 1 3
33.	Riposizionare le setole dello spazzolino sul solco gengivale a 45 gradi e ripetere il movimento finché i denti e le gengive non avranno ottenuto un aspetto pulito.			0 1 3
34.	<b>Risciacqui ora la bocca con un pò di questo liquido.</b> Offrire al paziente una tazza con il liquido di lavaggio scelto o, nel caso in cui sia debole per bere dal bicchiere o giaccia in una posizione di decubito laterale, offrire il liquido con l'aiuto di una cannuccia. <b>A questo punto le chiederei di sputare il liquido in questa bacinella.</b> Posizionare una bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Sputi tutto fuori, per favore.</b> Per pazienti in coma che devono essere sistemati in posizione di decubito laterale, i liquidi vengono somministrati con l'aiuto di una siringa da 10 ml e rimossi con l'uso di un dispositivo di aspirazione. Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano.			0 1 3
35.	Spostarsi alla successiva associazione di due – tre denti da pulire e ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica. Finalizzare la pulizia di tutta la superficie esterna della mascella superiore.			0 1 9
36.	Posizionare una bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>La prego di lavarsi nuovamente la bocca. Sputi adesso nella bacinella..... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area di dentatura o protesi che è stata appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative.			0 1 3
37.	<b>Ora le chiedo di rilassare le labbra e aprire la bocca un pò di più in modo da permettermi di dare un'occhiata più approfondita al lato interno dei denti e inserire lo spazzolino. In ogni caso, non apra troppo la bocca, perché dovrebbe mantenere questa posizione per qualche minuto.</b>			0 1 3



38.	Ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica, ma ora sulla superficie interna della mascella superiore			0 1 3
39.	Ripetere i movimenti nell'intera area finché i denti non acquistano un aspetto pulito. Finalizzare la pulizia dell'intera superficie interna della mascella superiore.			0 1 9
40.	Posizionare la bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Le chiederai di lavare di nuovo la bocca. Sputi adesso nella bacinella. .... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area della dentatura e delle protesi appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative.			0 1 3
41.	<b>Ora le chiederai di aprire nuovamente le labbra e di tenere la bocca leggermente aperta. Spazzoleremo ora la punta dei denti. Non apra troppo la bocca, perché le chiederò di mantenere questa posizione per qualche minuto.</b>			0 1 3
42.	Posizionare le setole dello spazzolino sul lato tagliente dei denti superiori dalla parte anteriore della bocca, perpendicolare all'arcata dentale, per muovere lo spazzolino all'interno e all'esterno della bocca, spazzolando gli apici.			0 1 3
43.	Spostarsi alla successiva associazione di due – tre denti da pulire e ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica. Finalizzare la pulizia di tutta la superficie tagliente della mascella superiore.			0 1 9
44.	Posizionare la bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Le chiederai di lavare di nuovo la bocca. Sputi adesso nella bacinella. .... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area della dentatura e delle protesi appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative.			0 1 3
45.	<b>Ora le chiederai di aprire nuovamente la bocca, in modo da permettermi di dare un'occhiata più approfondita ai denti e inserire lo spazzolino. Non apra troppo la bocca, perché le chiederò di mantenere questa posizione per qualche minuto.</b>			0 1 3
46.	Posizionare le setole dello spazzolino a contatto con due o tre denti, quelli inferiori dalla parte anteriore della bocca (incisivi) al livello dell'intersezione tra i denti e le gengive (cavità gengivali) con un angolo di 45 gradi con la superficie dei denti.			0 1 3
47.	Premere delicatamente le setole nel solco gengivale e ruotare la testa dello spazzolino per spazzolare la superficie dei denti ( <i>in questo modo l'angolo di intersezione delle setole con i denti cambierà dai 45 gradi precedenti, andando verso il basso fino ad una posizione perpendicolare e poi verso l'alto superando i 45 gradi</i> ) dalla base del dente alla sua estremità con un movimento deciso con l'intento di rimuovere qualsiasi deposito presente all'interno del solco gengivale e sulla superficie dei denti.			0 1 3
48.	Riposizionare le setole dello spazzolino sul solco gengivale a 45 gradi e ripetere il movimento finché i denti e le gengive non avranno ottenuto un aspetto pulito.			0 1 3
49.	Spostarsi alla successiva associazione di due – tre denti da pulire e ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica. Finalizzare la pulizia di tutta la superficie esterna della mandibola.			0 1 9



50.	Posizionare la bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Le chiederai di lavare di nuovo la bocca. Sputi adesso nella bacinella. .... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area della dentatura e delle protesi appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative.			0 1 3
51.	Ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica, ma ora sulla superficie interna della mandibola. <b>Le chiederai di rilassare le labbra e di aprire la bocca un pò di più, in modo che io possa guardare meglio la parte inferiore dei denti e inserire lo spazzolino. Ancora una volta, non apra troppo la bocca, dal momento che dovrà tenere la stessa posizione per alcuni minuti.</b>			0 1 3
52.	Ripetere i movimenti nell'intera area finché i denti non acquistano un aspetto pulito. Finalizzare l'intera superficie interna della mandibola.			0 1 9
53.	Posizionare la bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Le chiederai di lavare di nuovo la bocca. Sputi adesso nella bacinella. .... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area della dentatura e delle protesi appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative.			0 1 3
54.	<b>Ora le chiedo di aprire nuovamente le labbra e di tenere la bocca leggermente aperta. Spazzoleremo la punta dei denti. Ancora una volta, non apra troppo la bocca, dal momento che dovrà tenere la stessa posizione per alcuni minuti.</b>			0 1 3
55.	Spostarsi alla successiva associazione di due – tre denti da pulire e ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica. Finalizzare la pulizia di tutta la superficie tagliente della mandibola			0 1 9
56.	Posizionare la bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Le chiederai di lavare di nuovo la bocca. Sputi adesso nella bacinella. .... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area della dentatura e delle protesi appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative.			0 1 3
57.	<b>Ora le chiedo di aprire per bene la bocca. Puliremo la lingua. Non apra troppo la bocca, perché le chiederò di tenere questa postura per alcuni secondi. Grazie.</b>			0 1 3
58.	Posizionare la testa dello spazzolino con il lato opposto a quello delle setole, appositamente progettato per la pulizia della lingua ( <i>se lo spazzolino non dovesse avere questa parte, si possono ugualmente utilizzare le setole</i> ). Spazzolare delicatamente la superficie superiore della lingua, prestando molta attenzione a non indurre nausea o vomit.			0 1 9
59.	Posizionare la bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Le chiederai di lavare di nuovo la bocca. Sputi adesso nella bacinella. .... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area della lingua appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative			0 1 3
60.	Utilizzando un asciugamano, pulire le labbra del paziente. <b>Ecco, cerchiamo di pulire un pò la bocca</b>			0 1 3
61.	<b>Al fine di rimuovere i detriti che potrebbe essersi accumulati nel piccolo spazio tra i denti è possibile utilizzare il filo interdentale. Quest'ultima parte non rientra nell'igiene di base della bocca ma è</b>			0 1 3

	<b>l'unico modo logico per pulire quei lati dei denti e le relative zone gengivali.</b>			
62.	Prendere 45 cm di filo interdentale cerato ( <i>migliore di quello non cerato che è più incline a sfilacciarsi e ad attaccare i residui tra i denti</i> ) e avvolgere i bordi intorno al terzo dito di ogni mano: due o tre giri sono sufficienti per tenere ben stretto il filo, lasciando 15 cm di filo libero tra le dita.			0 1 3
63.	Ridurre questi 15 cm di lunghezza libera di filo a circa 2,5 cm e tendere il filo, posizionando il pollice di una mano che punta verso l'alto e l'indice dell'altra che punta anch'esso verso l'alto per una pulizia dei denti della mascella superiore.			0 1 3
64.	Inserire i 2,5 cm di filo nello spazio tra gli incisivi superiori, con l'indice che tiene un'estremità all'interno della bocca e il pollice che sostiene l'altra estremità dall'esterno.			0 1 3
65.	Avanzare, con un movimento ascendente e con l'aiuto di indice e pollice, fino a quando il filo raggiunge la gengiva: fare un movimento leggero e gentile, senza danneggiare la gengiva stessa. Posizionare il filo tra i denti nel solco gengivale e piegarlo intorno alla parte laterale di uno o dell'altro dei denti.			0 1 3
66.	Da questa posizione, spostare il filo verso il basso con l'intento di rimuovere i potenziali residui nel solco gengivale e nella parte laterale del dente.			0 1 3
67.	Ripetere questo movimento in su e giù del filo più volte fino ad ottenere il livello di igiene desiderato. Piegarlo successivamente il filo interdentale verso l'altro dente dello spazio interdentale, per pulire anche la parte restante di tale spazio.			0 1 3
68.	Spostarsi alla successiva associazione di due – tre denti da pulire e ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica. Finalizzare la pulizia degli interstizi dentali della mandibola superiore.			0 1 9
69.	<b>Risciacqui ora la bocca con un pò di questo liquido.</b> Offrire al paziente una tazza con il liquido di lavaggio scelto o, nel caso in cui sia debole per bere dal bicchiere o giaccia in una posizione di decubito laterale, offrire il liquido con l'aiuto di una cannuccia. <b>A questo punto le chiederei di sputare il liquido in questa bacinella.</b> Posizionare una bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Sputi tutto fuori, per favore.</b> Per pazienti in coma che devono essere posizionati in posizione di decubito laterale, i liquidi vengono somministrati con l'aiuto di una siringa da 10 ml e rimossi con l'uso di un dispositivo di aspirazione. Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano.			0 1 3
70.	Prendere altri 45 cm di filo interdentale cerato e girare i bordi intorno al terzo dito di ogni mano: due o tre giri dovrebbero essere sufficienti per tenere bene il filo, lasciando 15 cm di filo libero tra le dita.			0 1 3
71.	Ridurre questi 15 cm di lunghezza libera di filo a circa 2,5 cm e tendere il filo, posizionando il pollice di una mano che punta verso l'alto e l'indice dell'altra che punta anch'esso verso l'alto per una pulizia dei denti della mandibola.			0 1 3
72.	Inserire i 2,5 cm di filo nello spazio tra gli incisivi superiori, con l'indice che tiene un'estremità all'interno della bocca e il pollice che sostiene l'altra estremità dall'esterno.			0 1 3
73.	Avanzare, con un movimento ascendente e con l'aiuto di indice e pollice, fino a quando il filo raggiunge la gengiva: fare un movimento leggero e gentile, senza danneggiare la gengiva stessa. Posizionare il filo tra i denti			0 1 3

	nel solco gengivale e piegarlo intorno alla parte laterale di uno o dell'altro dei denti.			
74.	Da questa posizione, spostare il filo verso il basso con l'intento di rimuovere i potenziali residui nel solco gengivale e nella parte laterale del dente.			0 1 3
75.	Ripetere questo movimento in su e giù del filo più volte fino ad ottenere il livello di igiene desiderato. Piegare successivamente il filo interdentale verso l'altro dente dello spazio interdentale, per pulire anche la parte restante di tale spazio.			0 1 3
76.	Spostarsi alla successiva associazione di due – tre denti da pulire e ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica.			0 1 9
77.	<b>Risciacqui ora la bocca con un pò di questo liquido.</b> Offrire al paziente una tazza con il liquido di lavaggio scelto o, nel caso in cui sia debole per bere dal bicchiere o giaccia in una posizione di decubito laterale, offrire il liquido con l'aiuto di una cannuccia. <b>A questo punto le chiederai di sputare liquido in questa bacinella.</b> Posizionare una bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Sputi tutto fuori, per favore.</b>			0 1 3
78.	Applicare della crema idratante idrosolubile sulle labbra del paziente ( <i>tipologie quali olio di crema idratante espongono i pazienti, in caso di aspirazione all'interno dei polmoni, al rischio di polmonite lipidica. Il loro utilizzo è, quindi, controindicato</i> )			0 1 3
79.	Applicare sostituti della saliva in caso di secchezza della bocca causata da una carente secrezione salivare			0 1 3
80.	Smaltire guanti utilizzati nel contenitore rifiuti infetti non taglienti. Procedere ad un lavaggio medico delle mani.			0 1 3
81.	<b>Ricordo che, per la sua salute, è importante spazzolare i denti almeno quattro volte al giorno, dopo i pasti e prima di coricarsi, mentre il filo interdentale dovrebbe essere utilizzato almeno una volta al giorno. Se la spazzolatura e il filo interdentale non fossero disponibili, ricordi almeno di sciacquare vigorosamente la bocca con acqua. Non è la stessa cosa, ma potrebbe aiutare a mantenere l'igiene della bocca.</b>			0 1 3
82.	Utilizzare un tampone di alcool per decontaminare le superfici di mobili con i quali c'è stato contatto durante la procedura. Smaltire guanti utilizzati nel contenitore rifiuti infetti non taglienti. Procedere ad un lavaggio medico delle mani.			0 1 3
83.	Compilare la cartella clinica del paziente con tutti i dettagli relativi alla realizzazione della procedura, comprese eventuali criticità e complicazioni. Annotare data e ora dell'esecuzione della procedura.	ESSENZIALE		
84.	Assicurarsi di tenere in considerazione tutte le misure per la sicurezza del paziente ( <i>regolare il letto ad un livello di altezza inferiore e sollevare i limitatori laterali</i> ). Assicurarsi che il paziente possa raggiungere facilmente gli oggetti personali ( <i>ad esempio telefono cellulare, libri, cruciverba, bicchiere d'acqua e telecomando per chiamare aiuto medico</i> ). Fornire informazioni circa il calendario medico da seguire e il momento in cui il paziente sarà riesaminato/a.			0 1 3
<b>Punteggio totale: 300</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

## Riferimenti

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Centers for Disease Control and Prevention. Overview of CDC Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections. Available at URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Guide/overview.htm>  
<http://www.smokingpackyears.com/>

UK Chief Medical Officers Low risk drinking guidelines, August 2016  
[www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545937/UK\\_CMOs\\_report.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf)

<http://www.cbsnews.com/news/a-big-problem-with-flossing/>, 2 August 2016

<https://www.youtube.com/watch?v=VVj-3R2Y9Ok>



## **BAGNO A LETTO – LAVARE UN PAZIENTE ALLETTATO UTILIZZANDO ACQUA E SAPONE**

### **Procedura medica**



**BAGNO A LETTO – LAVARE UN PAZIENTE ALLETTATO UTILIZZANDO  
ACQUA E SAPONE**



## PROCEDURA MEDICA

La cura della pelle è fondamentale per il benessere dei pazienti terminali e costituisce uno dei capisaldi della pratica infermieristica. Il lavaggio tradizionale con acqua e sapone rappresenta ancora uno standard di cura. Tuttavia, il bagno monouso è sempre più praticato negli ospedali.

		Concetto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
PREPARATION						
1	Esaminare la cartella clinica del paziente: <ul style="list-style-type: none"><li>Convalidare l'orario previsto per la cura igienica</li><li>Controllare eventuali controindicazioni per il bagno a letto e per l'uso di sapone o di qualsiasi altro prodotto igienico comune (ad es. allergia al sapone)</li><li>Controllare la presenza di eventuali cateteri o altri dispositivi che possono complicare un bagno a letto o che richiedano un personale supplementare per garantire la sicurezza del paziente</li></ul>					0 4 9
2	Disinfettare le mani o indossare guanti medici <i>(solo nel caso di lesioni tegumentari nelle mani di chi effettua la procedura o nel caso di un elevato potenziale infettivo da parte del paziente)</i> quali precauzioni standard	<i>precauzioni standard</i>				0 1 3
3	Raccogliere tutto il materiale necessario <i>(2 asciugamani, 2 salviette, disinfettante per le mani, bacinella, garze di cotone, 2 guanti medici puliti, occorrente per la rasatura della barba, spazzolino da denti, dentifricio, biancheria pulita)</i> e portarlo nella stanza del paziente.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 5 9
4	Chiudere la porta ed assicurare uno spazio privato per effettuare il bagno a letto <i>(tende, schermo, segnale di stanza occupata, ecc)</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
5	Rapida valutazione della presenza dei segni vitali <i>(stato di coscienza, movimenti, capacità di parlare, respiro)</i> <b>Salve, mi chiamo.....Sono un infermiere e adesso le farò un bagno a letto</b>	<i>Funzioni vitali preservate <input type="checkbox"/>; arresto cardiorespiratorio <input type="checkbox"/> - dare il via alla discussione con il paziente</i>				0 2 5
6	<b>Mi potrebbe dire il suo nome? E la sua data di nascita? Grazie</b>	<i>Conformità con la cartella clinica in termini di: Nome: Data di nascita:</i>	ESSENZIALE			
7	Sistemare il letto in posizione di lavoro (altezza appropriata) e abbassare le guide laterali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
8	<b>Ora andrò ad effettuarle un bagno a letto</b>	Spieghiamo al paziente COSA FAREMO Diciamo al paziente COSA DOVRÀ FARE	ESSENZIALE			
PROCEDURA						
9	Mettere l'acqua nella vasca, dopo aver chiesto al paziente la temperatura desiderata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3

10	Se disponibile, sistemare una sedia accanto all'estremità del letto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
11	Disporre l'asciugamani sul paziente, togliere lo strato superiore della biancheria da letto e posizionarla all'estremità del letto o sulla sedia. Rimuovere i cuscini, lasciandone solo uno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Rimuovere l'abbigliamento del paziente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
13	Mettere il telo da bagno sul cuscino sotto la testa del paziente.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
14	Lavare e asciugare gli occhi del paziente, dal lato dell'orecchio nella direzione del naso. Non usare sapone.	ESSENZIALE				
15	Utilizzando acqua e sapone, lavare, sciacquare e asciugare il viso del paziente, dietro le orecchie e il collo.	ESSENZIALE				
16	Piegare il telo da bagno e sistemare l'asciugamano sul petto del paziente. Lavare, sciacquare e asciugare il petto e le ascelle, piegando nuovamente l'asciugamano.	ESSENZIALE				
17	Sistemare l'asciugamano sotto il braccio più lontano per poi lavare, risciacquare e asciugare il braccio fino alla mano, e tra le dita.	ESSENZIALE				
18	Sistemare l'asciugamano sotto il braccio più vicino per poi lavare, risciacquare e asciugare il braccio fino alla mano, e tra le dita.	ESSENZIALE				
19	Coprire la parte superiore del corpo con il telo da bagno, piegandone la parte inferiore fino alle ginocchia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
20	Sistemare l'asciugamano per il lavaggio intimo sotto la gamba più lontana, lavare, risciacquare e asciugare dal ginocchio fino al piede e tra le dita dei piedi.	ESSENZIALE				
21	Sistemare l'asciugamano per il lavaggio intimo sotto la gamba più vicina, lavare, risciacquare e asciugare dal ginocchio fino al piede e tra le dita dei piedi.	ESSENZIALE				
22	Riempire la bacinella con acqua. Tenere presente la temperatura desiderata dal paziente.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
23	Piegare l'asciugamano in su e posizionarlo sull'addome inferiore e sull'area pubica.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
24	Disinfettare le mani ( <i>seguendo l'immagine riportata in basso</i> )	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3



Fonte: [www.2care.be](http://www.2care.be)

25	Indossare i guanti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
26	Mettere sapone su ciascun lato del telo da bagno da utilizzare nella fase di lavaggio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 5 9
27	Lavare, sciacquare e asciugare: Per le pazienti donne:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partire dall’addome inferiore (ombelico), per poi procedere dalla coscia più lontana fino al ginocchio, e poi l’altra coscia e l’inguine</li> <li>– Girare il telo da bagno e lavare con il sapone l’area pubica, con movimento dall’alto verso il basso</li> </ul> <p>Per i pazienti uomini:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Partire dalla parte inferiore dell’addome (ombelico), per poi procedere dalla coscia più lontana fino al ginocchio, e poi l’altra coscia e l’inguine</li> <li>– Girare il telo da bagno e lavare lo scroto e il pene</li> <li>– La pelle anteriore viene spinta indietro per essere lavata e asciutta, quindi spingere la pelle anteriore indietro</li> </ul>					9
28	Togliere i guanti					0 1 3
29	Disinfettare le mani ( <i>punto 24</i> )					0 1 3
30	Risistemare le guide protettive del letto					0 1 3
31	Prendere nuovamente acqua pulita					0 4 9
32	Girare il paziente sul fianco					0 2 5
33	Piegare il lenzuolo fino alla parte posteriore del paziente					0 1 3
34	Sistemare la parte superiore dell’asciugamano sul retro e la parte inferiore sulla parte posteriore del paziente					0 1 3
35	Lavare, sciacquare e asciugare con l’asciugamano la superiore della schiena per poi giungere alla parte inferiore	ESSENZIALE				
36	Disinfettare le mani ( <i>punto 24</i> )					0 1 3
37	Indossare i guanti					0 1 3
38	Spargere il sapone sulla parte inferiore dell’asciugamano					0 4 9
39	Lavare la parte bassa della schiena, la parte posteriore delle cosce fino alla parte posteriore del ginocchio. Aprire la piega dei glutei con l'altra mano e lavare con l’asciugamano la parte posteriore dal basso verso l'alto. Sciacquare e asciugare nello stesso ordine.	ESSENZIALE				
40	Togliere i guanti					0 1 3
41	Disinfettare le mani ( <i>punto 24</i> )					0 1 3
42	Il paziente può adesso girarsi o, in alternativa, aiutare il paziente a girarsi					0 1 3

43	Vestire il paziente e posizionarlo in posizione seduta					0 1 3
44	Posizionare la parte superiore dell'asciugamano dietro la testa del paziente e pettinare i capelli. Quindi rimuovere l'asciugamano					0 1 3
45	Posizionare la bacinella, la tazza con acqua pulita, lo spazzolino da denti, il dentifricio, il materiale per la rasatura e della carta assorbente sul tavolo. Sistemare tutto in prossimità del paziente. Se necessario, assistere il paziente nella pulizia dei denti.					0 1 3
46	Rimuovere nuovamente l'attrezzatura, pulire e disinfettare nuovamente il tavolo					0 1 3
<b>POST-CURA</b>						
47	Sistemare il paziente in una posizione confortevole					0 1 3
48	Abbassare nuovamente il letto					0 3 6
49	Assicurarsi che il campanello (o qualsiasi altro sistema di contatto) sia a portata di mano.					0 1 3
50	Riordinare la stanza, aprire le finestre, rimuovere qualsiasi copertura					0 1 3
51	Spegnere il segnale di "stanza occupata"					0 1 3
52	Pulire l'intera apparecchiatura					0 1 3
53	Annotare la procedura sulla cartella clinica del paziente					0 1 3
54	Fare rapporto sulla cartella clinica del paziente					0 3 6
55	Fare rapporto verbalmente					0 1 3

**Punteggio totale: 200**

<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

## Riferimenti

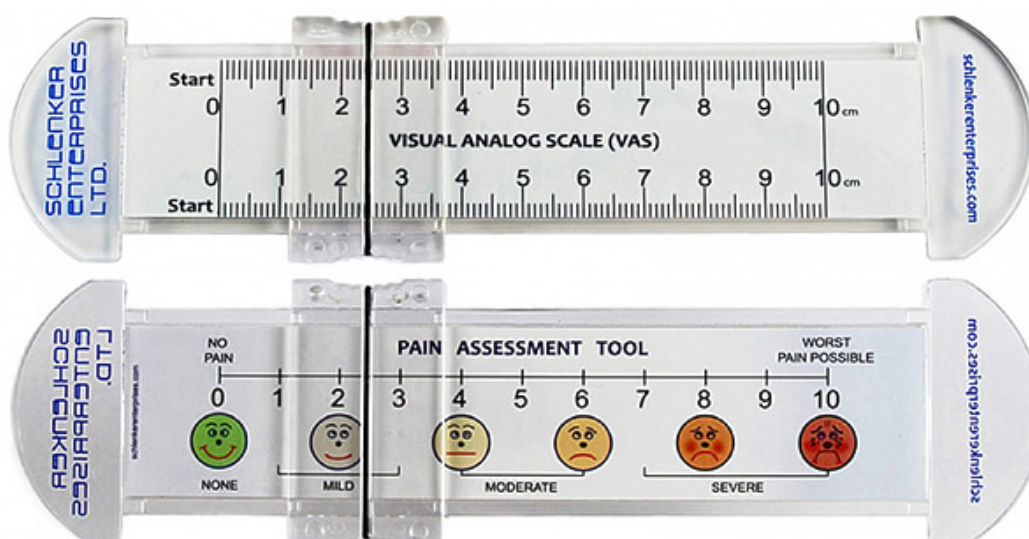
Schoonhoven L, van Gaal B, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. Cost-consequence analysis of “washing without water” for nursing home residents: A cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*. January 2015 52(1):112-120. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001

Nøddehou LH, Hemmingsen LE, Hørdam, B. Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. June 2015, Vol. 29 Issue 2, p347-352. 6p. DOI: 10.1111/scs.12170.



## VALUTAZIONE DEL DOLORE – MISURARE IL DOLORE IN PAZIENTI ADULTI COSCIENTI UTILIZZANDO LA SCALA ANALOGICA VISIVA

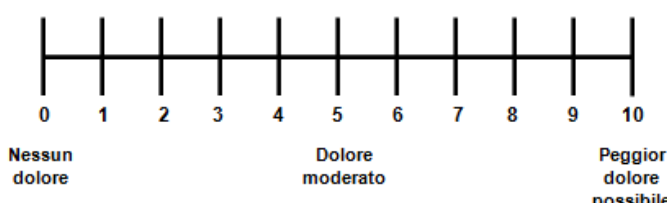
### Procedura medica



VALUTAZIONE DEL DOLORE – MISURARE IL DOLORE IN PAZIENTI ADULTI COSCIENTI UTILIZZANDO LA SCALA ANALOGICA VISIVA

## PROCEDURA MEDICA

La scala analogica visiva (VAS) è una misura unidimensionale dell'intensità del dolore, che viene ampiamente utilizzata nella popolazione adulta [5].

		Concept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
<b>PREPARAZIONE</b>						
1	Esaminare la cartella clinica del paziente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Esaminare i risultati di analisi pregresse</li> <li>Esaminare la cura associata al dolore</li> </ul>					0 1 3
2	Disinfettare le mani o indossare guanti medici <i>(solo nel caso di lesioni tegumentari nelle mani di chi effettua la procedura o nel caso di un elevato potenziale infettivo da parte del paziente)</i> quali precauzioni standard	<i>precauzioni standard</i>				0 1 3
3	Chiudere la porta ed assicurare uno spazio privato in modo, se necessario, da poter facilmente cambiare la posizione del paziente <i>(tende, schermo, segnale di stanza occupata, ecc)</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
4	Rapida valutazione della presenza dei segni vitali <i>(stato di coscienza, movimenti, capacità di parlare, respiro)</i> <b>Salve, mi chiamo.....Sono un infermiere e adesso misurerò il livello del suo dolore</b>	<i>Funzioni vitali preservate arresto cardiorespiratori - dare il via alla discussione con il paziente</i>				0 2 5
5	<b>Mi potrebbe dire il suo nome? E la sua data di nascita? Grazie</b>	<i>Conformità con la cartella clinica in termini di: Nome: <input type="checkbox"/> Data di nascita:</i>	ESSENZIALE			
6	Se necessario, sistemare il letto in posizione di lavoro (altezza appropriata) e abbassare le guide laterali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>VALUTAZIONE DEL DOLORE</b>						
8	Spiegare la scala VAS: <div style="text-align: center;">  </div>	Spieghiamo al paziente COSA FAREMO  Diciamo al paziente COSA DOVRÀ FARE	ESSENZIALE			
9	Chiedere al paziente di attribuire un punteggio alla sua sensazione del dolore secondo la scala VAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
10	Se necessario, risistemare il letto e riposizionare le protezioni laterali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>POST-TERAPIA</b>						
1	Risistemare il segnale di allarme a portata di mano	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1

1	del/della paziente					3
1 2	Spegnere il segnale di “occupato”	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5
1 4	Misurare il punteggio VAS utilizzando un righello, segnando in cm o mm la misurazione del dolore. Documentare il punteggio relativo al dolore nella cartella clinica del paziente.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
1 5	Se lo screening viene effettuato per la prima, la VAS misura il dolore come segue: dolore lieve (5– 44 mm), dolore moderato (45–74 mm), o dolore grave (75– 100 mm). In quest’ultimo caso, informare immediatamente il medico curante, chiedendo la somministrazione di farmaci per la gestione del dolore.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5
1 6	In caso di cambiamento / evoluzione in negativo del valore attribuito al dolore, informare immediatamente il medico curante, chiedendo di rivedere la somministrazione di farmaci per la gestione del dolore. È consigliabile utilizzare il metodo SBAR per comunicare il messaggio.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5

<b>Punteggio totale: 50</b>	<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	<b>%</b>

### Interpretazione del punteggio VAS

Un punteggio più alto indica una maggiore intensità del dolore. Sulla base della distribuzione dei punteggi VAS nei pazienti in fase post-operatoria (isterectomia o miomectomia laparoscopica) che hanno descritto l'intensità del loro dolore - all'indomani di un'operazione - come inesistente, lieve, moderato o grave, sono stati raccomandati i seguenti punteggi in merito alla valutazione del dolore sulla scala VAS: nessun dolore (0-4 mm), dolore lieve (5- 44 mm), dolore moderato (45-74 mm) e dolore grave (75-100 mm) [4 ].

## Riferimenti:

Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131

Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska and Melissa French. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 2011; Volume 63, Issue Supplement S11: Pages S240–S252. DOI 10.1002/acr.20543

Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *Br J Anaesth*, 2008; 101 (1): 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>

Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *J Pain*, 2003;4:407–14.

McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med* 1988;18:1007–19.



## **PRESCRIVERE UNA CURA DEL DOLORE SECONDO LA SCALA PAINAD**

### **Procedura medica**





## PROCEDURA MEDICA

I principi per la cura del dolore nei pazienti terminali sono stati definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in un modello chiamato scala PAINAD

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

### PREPARAZIONE

1.	Esamina la cartella clinica del paziente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Controllare il rapporto corrente sui risultati dello screening per il dolore</li> <li>Controllare la gestione del dolore corrente</li> <li>Controllare eventuali allergie a farmaci</li> </ul>	ESSENZIALE
2.	Disinfettare le mani	0 1 3
3.	Chiudere la porta ed assicurare uno spazio privato ( <i>tende, schermo, segnale di stanza occupata, ecc</i> )	0 1 3
4.	Rapida valutazione della presenza dei segni vitali ( <i>stato di coscienza, movimenti, capacità di parlare, respiro</i> ) <b>Salve, mi chiamo.....Sono il suo dottore e adesso misurerò il suo dolore in modo da prescriverle una cura adeguata.</b>	0 1 3
5.	<b>Innanzitutto, mi può dire il suo nome....? E la sua data di nascita? ... Grazie.</b>	0 1 3
6.	Se necessario, sistemare il letto in posizione di lavoro (altezza appropriata) e far scorrere le guide laterali	0 1 3

### PRESCRIVERE UNA CURA CONTRO IL DOLORE

7.	Chiedere al paziente se ha delle allergie particolari ai farmaci e registrare tali informazioni nella cartella clinica del paziente: <b>Dalla sua esperienza finora, soffre di allergie ai farmaci? (Effetti indesiderati potrebbero essere arrossamento della pelle, prurito o gonfiore ...)</b>	ESSENZIALE
8.	Stabilire se il paziente sta assumendo oppioidi (= paziente "naive agli oppioidi") e correlare la risposta ai dati relativi ai farmaci per la gestione del dolore in uso o precedentemente utilizzati <b>Prende farmaci per il dolore?</b> ( <i>Potrebbero essere deboli oppioidi - tramadolo, codeina - o oppioidi forti - morfina, metadone, ossicodone, fentanil ...</i> ) Risultati: <ul style="list-style-type: none"> <li>paziente "naive agli oppioidi" – andare al punto 10</li> <li>paziente "non naive agli oppioidi" – andare direttamente al punto 16</li> </ul>	ESSENTIAL
9.	Valutare l'intensità del dolore del paziente – <i>si faccia riferimento alla procedura della "Misurazione del dolore nei pazienti adulti consapevoli utilizzando la Scala Analogica Visiva"</i>	0 1 3
10.	Classificare l'intensità del dolore in base alla Scala Analogica Visiva come dolore lieve, moderato o grave.	0 1 3
11.	Stabilire un farmaco per il dolore adeguato in base all'intensità del dolore ( <i>fare riferimento alla Scala Painad</i> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>Lieve: non oppioidi (FASE 1)</li> </ul>	ESSENZIALE

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderato: oppioidi deboli (FASE 2)</li> <li>• Grave: oppioidi forti (FASE 3)</li> </ul> <p>E prescriberlo considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- allergie ai farmaci da parte del paziente (se esistono)</li> <li>- percorso di somministrazione</li> <li>- insufficienza renale / epatica (se presente)</li> <li>- preferenze del paziente</li> <li>- fattori socio-economici (disponibilità di farmaci, prezzo ...)</li> <li>- dosi giornaliere massime (ad eccezione di oppioidi forti che non hanno una dose massima giornaliera, ma una dose ottimale)</li> </ul>	
12.	<p>Monitorare attentamente il paziente! (Cercare segni di sedazione o altri effetti collaterali, valutare il livello del dolore) e regolare la somministrazione degli oppiacei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se la prima dose / dosi di oppioidi produce una sedazione intensa - ridurre la dose del 50% e fare una titolazione più lenta</li> <li>• Se la dose / dosi iniziale non produce alcuna analgesia, la dose successiva verrà aumentata del 50%</li> </ul> <p>Aumentare la dose quotidiana di oppioidi (30-50-100%) per ottenere un'analgesia ottimale</p>	ESSENZIALE
13.	Prescrivere farmaci per la cura degli effetti collaterali (antiemetici, lassativi ...)	ESSENZIALE
14.	<p>È possibile combinare i farmaci secondo la scala analgesica dell'OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FASE 1 + FASE 2</li> <li>• FASE 1 + FASE 3</li> <li>• ANALGESICI + qualsiasi altra FASE</li> </ul> <p>MAI: FASE 2 + FASE 3</p>	ESSENZIALE
15.	<p>Paziente "non naive agli oppioidi": Controllare il farmaco corrente (tipo, dosi, frequenza e percorso di somministrazione); valutare il dolore del paziente e la sua capacità di adattamento (ad esempio: cambiare da una somministrazione per via orale ad una somministrazione sottocutanea in caso di nausea / vomito / disfagia totale)</p>	0 1 3
16.	<p>Valutare il dolore e regolare il farmaco in base a quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentare le dosi dei farmaci non oppioidi e gli oppiacei deboli fino alla massima dose giornaliera (per la FASE 1 e la FASE 2)</li> <li>• Passare dalla FASE 2 agli oppiacei forti (FASE 3) in caso di dolore incontrollato</li> <li>• Ruotare l'utilizzo degli oppioidi forti (FASE 3) in caso di dolore incontrollato</li> </ul>	ESSENZIALE
17.	Prescrivere farmaci per la cura degli effetti collaterali (antiemetici, lassativi ...)	ESSENZIALE
18.	<p>Monitorare attentamente il paziente (Cercare segni di sedazione o altri effetti collaterali, valutare il livello del dolore) e regolare la somministrazione degli oppiacei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se la prima dose / dosi di oppioidi produce una sedazione intensa - ridurre la dose del 50% e fare una titolazione più lenta</li> </ul>	ESSENZIALE

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se la dose / dosi iniziale non produce alcuna analgesia, la dose successiva verrà aumentata del 50%</li> </ul> <p>Aumentare la dose quotidiana di oppioidi (30-50-100%) per ottenere un' analgesia ottimale</p>	
19.	<p>È possibile combinare i farmaci secondo la scala analgesica dell'OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>FASE 1 + FASE 2</li> <li>FASE 1 + FASE 3</li> <li>ANALGESICI + qualsiasi altra FASE</li> </ul> <p>MAI: FASE 2 + FASE 3</p>	ESSENZIALE
<b>MONITORARE IL TRATTAMENTO DEL DOLORE</b>		
20.	<p>Riesaminare il dolore e la condizione del paziente e regolare il trattamento del dolore di conseguenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Somministrazione a frequenza oraria / più volte al giorno - per un trattamento iniziale a base di oppioidi o per un dolore incontrollato - fino ad ottenere il controllo stabile del dolore</li> <li>Somministrazione giornaliera - per i pazienti ricoverati</li> <li>Somministrazione settimanale / mensile - per i pazienti in ambienti ambulatoriali / in cura domestica / per i pazienti stabili</li> </ul>	0 1 3
21.	<p>Una volta ottenuto il controllo stabile del dolore attraverso trattamento oppioidale, prescrivere il farmaco (preferibilmente lo stesso oppioide)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>in forme di rilascio rapido - per aumento transitorio dell'intensità del dolore: 1/6 della dose giornaliera di oppioide</li> <li>in forme di rilascio lento - per farmaci a lungo termine / trattamento di stati cronici - se possibile</li> </ul>	0 1 3
<b>Punteggio totale: 30</b>		
		<input type="radio"/> criterio non soddisfatto %
		<input type="radio"/> criterio parzialmente soddisfatto %
		<input type="radio"/> criterio completamente soddisfatto %

**Algoritmo per la somministrazione orale di morfina in fase iniziale di trattamento farmacologico:**

Età	Funzionale renale	Dosi
< 65	Normale	10 mg ogni 4 ore
> 65	Normale	5 mg ogni 4 ore
< 65	Bassa	10 mg ogni 6-8 ore
> 65	Bassa	5 mg ogni 6-8 ore



## SINDROME DA BURNOUT

### Procedura medica



## PROCEDURA MEDICA

La conseguenza di un'esposizione cronica ad uno stress sul lavoro (avere a che fare con persone sofferenti / pazienti cronici) si manifesta come una reazione empatica di esaurimento emozionale, con sentimenti di inefficacia, nonché con la perdita di interesse per la realizzazione di attività professionali.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	<b>Buon giorno / pomeriggio. Il mio nome è ..... Sono medico / infermiera ....</b>				0 2 5
2.	<b>Puoi dirmi il suo nome, per favore ..... e la sua data di nascita ..... Grazie.</b>	ESSENZIALE			
3.	Assicurare un ambiente privato per realizzare la consultazione ( <i>ufficio / camera in un ambiente tranquillo e senza distrazioni / casa ecc.</i> ) <b>Ciò faremo oggi è stabilire se il suo ambiente professionale di lavoro può essere o meno fonte di burnout per lei e per i suoi colleghi (<i>cosa faremo</i>)</b>				0 1 3
4.	<b>Questa valutazione si concentrerà su tre fasi principali: valutare la presenza di fattori di rischio personali e / o professionali che possano sviluppare una sindrome da burnout, completare il questionario professionale di qualità della vita (PROQOL) al fine di quantificare l'impatto negativo della sindrome da burnout e trovare possibili strategie di debriefing da burnout (<i>in che cosa consiste la valutazione</i>)</b>				0 2 5
5.	<b>È molto importante che lei rimanga rilassato e calmo durante la valutazione. Risponda con estrema sincerità perchè non ci sono risposte sbagliate. Se ha un dubbio, non esiti a fare domande. Può terminare la valutazione in qualsiasi momento e può ignorare le domande cui preferisce non rispondere. (<i>Come contribuire alla valutazione</i>)</b>				0 1 3
6.	<b>Prima di procedere ulteriormente, è necessario che lei sappia che tutte le informazioni fornite saranno trattate in maniera confidenziale e riservata. Non divulgheremo i suoi dati personali a terzi senza il suo consenso.</b>				0 1 3
7.	<b>Accetta di prendere parte a questa valutazione?</b> ( <i>Valutazione delle convinzioni personali riguardanti la sindrome del burnout e accettazione del consenso</i> )	ESSENZIALE			
8.	Valutare la condizione professionale del caregiver <b>Qual è la sua mansione? Qual è la specialità dell'unità medica in cui svolge la sua attività? Descriva brevemente i suoi doveri e le sue responsabilità nel suo attuale lavoro. Quanti anni di esperienza ha nella sua posizione attuale? I suoi lavori precedenti facevano parte della medesima specialità</b>				0 4 9



	<b>medica?</b>			
9.	<b>Ha un contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato?</b> <i>(I contratti temporanei possono portare ad un'insicurezza sul posto di lavoro / sovraccarico di lavoro per completare le attività e dimostrare il proprio valore)</i>			0 1 3
10.	<b>Quante ore lavora per settimana?</b> <b>Meno / più di 40 ore di lavoro a settimana?</b>			0 2 5
11.	<b>Di quanti pazienti si prende cura di solito (per settimana)?</b>			0 2 5
12.	<b>È soddisfatto delle sue responsabilità professionali?</b>			0 1 3
13.	<b>Quanto è soddisfatto della sua prestazione lavorativa fin ad ora?</b>			0 1 3
14.	<b>Cosa trova più frustrante sul suo lavoro?</b> <b>Può darmi un esempio?</b>			0 1 3
15.	<b>Ha familiarità con il termine "stress secondario traumatico"?</b> <i>(lo stress traumatico vissuto dai pazienti in cura ha un impatto negativo sulla salute e sullo stato mentale del caregiver)</i> <b>Quanto si senti influenzato dalle condizioni mediche dei pazienti?</b> <b>La prego di farmi un esempio</b>			0 4 9
16.	<b>È soddisfatto delle sue condizioni salariali?</b> <i>(Lo squilibrio tra sforzo-ricompensa rappresenta una possibile causa di insoddisfazione professionale)</i>			0 3 6
17.	<b>Ritiene che i membri del suo team / i suoi colleghi la supportino?</b>			0 1 3
18.	<b>C'è qualcosa che vorrebbe cambiare al lavoro?</b>			0 1 3
19.	Valutare la condizione personale del caregiver <i>(stato civile, numero di bambini, tempo dall'ultima vacanza - l'impatto della sindrome di burnout sulla vita personale è correlato a questi aspetti)</i> <b>È sposato / divorziato / vedovo? Se sposato, da quanto tempo?</b>			0 1 3
20.	<b>Ha figli? Quanti? Ha qualcuno che l'aiuti con il suo/i bambino/i?</b>			0 1 3
21.	<b>Ritiene che il suo lavoro stia influenzando negativamente il tempo trascorso con la sua famiglia?</b> <i>(tempo limitato con la famiglia, pensiero costante al lavoro e ai pazienti, difficoltà di rilassarsi a casa, sensazione di mancato apprezzamento da parte dei membri della famiglia)</i>			0 2 5
22.	<b>Quante ore dorme per notte?</b> <b>C'è qualcosa / qualcuno che interrompe costantemente il suo sonno?</b> <b>Si sveglia riposato?</b>			0 1 9
23.	<b>Pensa di avere abitudini alimentari sane?</b> <b>Il suo lavoro interferisce in qualche modo con i suoi pasti?</b>			0 1 3
24.	<b>I suoi amici e i suoi parenti sono parte attiva della sua vita?</b> <b>Trova il tempo per incontrarli?</b> <i>(il burnout sociale è un effetto collaterale da esposizione eccessiva a stress)</i>			0 1 3

25.	Quando ha fatto l'ultima vacanza?			0 1 3
26.	Cosa fa per distrarsi dal lavoro? Mi può dare qualche esempio, per favore?			0 1 3
27.	Può darmi degli esempi di situazioni / condizioni stressanti non correlate al lavoro che incontra ogni giorno?			0 1 3
28.	Si è mai sentito depresso o non motivato?			0 1 3
29.	Allo scopo di stabilire la presenza di elementi di burnout, le saranno fatte diverse domande, tutte incluse nel questionario professionale sulla qualità della vita (PROQOL)	ESSENTIAL		
30.	Questo questionario valuta tre caratteristiche principali: il livello di compassione, il burnout e lo stress secondario traumatico.			0 4 9
31.	Queste tre caratteristiche riflettono l'impatto che situazioni potenzialmente stressanti e critiche che incontra a lavoro possono avere sulla sua vita.			0 1 3
32.	È necessario selezionare una sola risposta tra le 5 possibilità offerte, quella che ritiene più vicina al suo ambiente di lavoro quotidiano			0 1 3
33.	Ogni risposta avrà un punteggio: Mai - 1 punto Raramente - 2 punti A volte - 3 punti Spesso - 4 punti Molto spesso - 5 punti			0 1 3
34.	Selezioni il numero che in maniera del tutto onesta riflette quanto frequentemente ha riscontrato le situazioni presentate nel questionario negli ultimi 30 giorni			0 1 3
35.	Non occorreranno più di 15 minuti per completare il questionario			0 1 3
36.	Vuole chiedermi altro riguardo questa valutazione?	ESSENZIALE		
37.	Buona fortuna: ritornerò tra 15 minuti. Dopo aver completato il questionario, calcoleremo il punteggio totale e le daremo il risultato finale in circa 10 minuti.	ESSENZIALE		
38.	Se, secondo il punteggio totale, calcoliamo un basso livello di esaurimento o di stress secondario traumatico, non c'è bisogno di continuare la valutazione. Grazie per la sua partecipazione a questa valutazione. Le sue risposte sono molto preziose per i nostri sforzi nel migliorare la corretta gestione delle persone a rischio di burnout.	ESSENZIALE		
39.	Se il punteggio conferma la presenza di burnout, proseguire la valutazione e analizzare brevemente le condizioni patologiche mediche esistenti e responsabili di manifestazioni cliniche simili al burnout (disturbi del sonno / disturbi psichiatrici primari / disturbi della tiroide) Le è mai stata diagnosticata prima una qualsiasi malattia			0 4 9

	<b>medica?</b> <b>É sotto trattamento specifico?</b> <b>Se è così, la preghiamo di indicare il nome del farmaco</b>			
40.	Valutare le strategie di debriefing da burnout <b>Crede di avere bisogno di aiuto per controllare gli effetti dello stress correlato al lavoro?</b> <b>Cosa pensa risulterebbe più efficiente?</b>			0 1 6
41.	<b>Ritiene utile una discussione con colleghi in situazioni simili / o con uno psicologo?</b> <b>É una persona religiosa?</b> <b>La partecipazione a gruppi di lavoro, o a gruppi sociali e religiosi può aiutare a far fronte a esperienze negative.</b>			0 2 5
42.	<b>Quali rimedi ha utilizzato per far fronte ad esperienze stressanti?</b> <i>(Tecniche di rilassamento, farmaci, alcol, droghe illecite)</i>			0 1 6
43.	<b>Crede che corsi di formazione e seminari possano essere utili</b> <i>(Trovare tecniche efficienti per migliorare le capacità di comunicazione tra i membri del team o tra caregiver e paziente)</i>			0 1 3
44.	<b>Quante volte viene interrotto durante le attività quotidiane? In che modo questo influisce sulla qualità del suo lavoro?</b> <i>(Evitare attività che richiedono tempo e assegnare priorità ai compiti secondo la loro importanza).</i>			0 4 9
45.	<b>Quali misure adotta per migliorare la sua salute fisica e mentale?</b> <b>Qualità del sonno, attività sociali, attività fisica, abitudini alimentari sane?</b>			0 4 9
46.	<b>Grazie per la sua partecipazione a questa valutazione.</b> <b>Le sue risposte sono molto utili per i nostri sforzi nel migliorare la corretta gestione delle persone che sviluppano burnout.</b>	ESSENZIALE		
<b>Punteggio totale: 180</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

## Riferimenti:

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, 2001 *Job Burnout* Annu. Rev. Psychol. 52:397–422

Professional Quality of Life Scale (PROQOL), Compassion Satisfaction and Compassion fatigue (PROQOL)

Version 5 (2009). Available at URL: [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_English\\_Self-Score\\_3-2012.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf)



## **DISCUSSIONE CURE DI FINE VITA (LUOGO DI CURA, TRATTAMENTO AGGRESSIVO, DNR)**

### **Procedura medica**





## PROCEDURA MEDICA

La pianificazione della cura è uno degli aspetti più importanti delle cure di fine vita per i pazienti, i parenti e gli operatori sanitari. Questa procedura consente di rispettare i desideri e la libertà del paziente e rispondere alle esigenze dei caregivers.

○ ● ● P

1	Entrare nella stanza e presentarsi in maniera cordiale: <b>Buongiorno, come si sente oggi?</b> <i>(Dare del tempo al paziente affinché risponda alla domanda). Le spiace se parliamo un pò?</i>				0 1 3
2	Assicurare uno spazio privato e confortevole in cui avverrà il colloquio <i>(assicurare un ambiente confidenziale e confortevole per il paziente. Verificare se ci sono appropriate condizioni di tempo e di spazio).</i>				0 1 3
3	Prestare particolare attenzione alla comunicazione non verbale durante il colloquio: eliminare le barriere fisiche; cercare di rimanere alla stessa altezza del paziente. Se ci sono altre persone, facilitare uno spazio comunicativo aperto sistemando le sedie in cerchio. <i>(Questo consentirà una condivisione da parte di tutte le persone che partecipano alla pianificazione della cura)</i>				0 1 3
4	Chiedere al paziente come si sente: <b>ha qualche dolore o preoccupazione specifica?</b> <i>(Identificare i bisogni del paziente e le condizioni cliniche per pianificare la cura)</i>				0 1 4
5	Chiedere al paziente se ha delle domande riguardanti la sua malattia, il piano di cura e la prognosi generale (ad esempio, <b>quali sono i suoi piani dopo che verrà dimesso?</b> ) <i>(Presentare la possibilità di una sistematica perdita di autonomia e la necessità di pianificazione in anticipo)</i>				0 1 3
6	Utilizzare l'ascolto attivo e la comunicazione empatica <i>(prestare attenzione alla partecipazione del paziente e del caregiver nella pianificazione della cura)</i>				0 1 3
7	Adattare il proprio linguaggio al livello sociale e culturale del paziente, pur veicolando messaggi veri e comprensibili. <i>(Prendere in considerazione i valori del paziente, i suoi interessi e i suoi desideri e assicurarsi che le informazioni fornite siano corrispondenti alle sue condizioni.)</i>				0 1 3
8	Spiegare gli obiettivi del colloquio: <b>oggi vorrei parlare del suo futuro piano di cura..coinvolgere il paziente nel processo decisionale: come sa, è molto importante per noi ascoltare le sue opinioni e le sue preferenze, in modo da prendere assieme le decisioni migliori. È d'accordo?</b> <i>(Le pratiche cliniche devono essere condivise e consensuali)</i>	ESSENZIALE			
9	Informare il paziente su quali opzioni di cura saranno / potrebbero essere possibili da questo momento in poi, e su quali opzioni non saranno possibili <i>(Il piano di cura dovrebbe identificare tutte le strategie disponibili per assicurare il comfort del paziente in base alla sua autonomia)</i>				0 1 3
10	Chiedere al paziente quali cure preferirebbe, considerando la situazione attuale e la diagnosi <i>(Discutere i rischi, i benefici e le conseguenze per pazienti e caregiver)</i>				0 1 3
11	Se pertinente: chiedere al paziente dove vorrebbe essere curato da questo momento in poi (assistenza domiciliare, unità di cure palliative, ecc.) <i>(È importante discutere questi aspetti con pazienti e caregiver, in modo da comprendere la</i>				0 1 5

	sostenibilità del piano di cura)		
12	Dare al paziente del tempo per poter formulare delle domande		0 1 3
13	Se previsto dalla legislazione nazionale, informare il paziente in merito alla possibilità di indicare le proprie preferenze di cura in un documento scritto, da utilizzare nel caso non fosse più in grado di esprimere le proprie volontà ( <i>ad esempio, per quanto riguarda la scelta sulla non rianimazione o sull'ingresso in terapia intensiva</i> ) (in questo modo sarà garantita la volontà del paziente e ci sarà un argomento valido per negoziare con i caregivers in caso di vedute diverse)	ESSENZIALE	
14	Dare del tempo, anche in silenzio se necessario. Chiedere al paziente se desidera avere più tempo per pensare o per consultare altri membri della famiglia. Prestare attenzione alla comunicazione ( <i>mantenere il contatto visivo e mostrare empatia, comprensione e rispetto verso le necessità o le opinioni del paziente</i> ).		0 1 3
15	Chiedere al paziente se vuole condividere le informazioni con qualcun altro ( <i>ad esempio, qualcuno che non sia presente in camera</i> )		0 1 5
16	Mostrare la propria disposizione a qualsiasi ulteriore richiesta e informare il paziente su come potersi mettere nuovamente in contatto con il medico. Il paziente deve percepire un senso di continuità nella cura. ( <i>Il piano di cura può essere modificato in qualsiasi momento se richiesto dal paziente, il professionista del settore sanitario è disponibile per ridefinire le strategie se queste non sono rispondenti ai desideri correnti del paziente</i> )		0 1 3
17	Riepilogare le questioni più importanti relative al futuro piano di cura del paziente, che deve poter vedere come la situazione è gestita in maniera seria e professionale. ( <i>L'incertezza e la complessità delle circostanze cliniche vengono gestite in modo coerente</i> )		0 1 5
18	Valutare lo stato emotivo dopo il colloquio: <b>come si sente adesso?</b> Chiedere nuovamente al paziente se ha domande o preoccupazioni finali. ( <i>se sì, discutere tutti gli aspetti che creano preoccupazioni o ansie e proporre una strategia per gestirle</i> ).		0 1 5
19	Lasciare la stanza in maniera cordiale		0 1 3
<b>Punteggio totale: 60</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto %
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto %
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto %

**Riferimenti:**

Thomas K, Lobo B. Advance care planning in end of life care. Oxford University Press, 2010

Randall F, Downie R. End of life choices. Oxford University Press, 2009



## **GESTIONE DELLA FASE TERMINALE**

### **Procedura medica**



## PROCEDURA MEDICA

Anche se non oggetto di una diagnosi precisa, il periodo di fine vita (ultimi giorni di vita) può essere pianificato con alta probabilità nel follow-up clinico dei pazienti. In una simile situazione, la cura principale, che deve essere assicurata in modo multidisciplinare, è la seguente: fornire comodità al paziente (igiene personale, controllo del dolore) e preservarne la dignità e l'autovalutazione (promuovere una prospettiva di mantenimento del controllo, anche se le scelte sono limitate) in modo da minimizzare la depressione, la solitudine e la paura.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Verificare le funzioni vitali del paziente ( <i>osservando, ad esempio, il livello di coscienza, i movimenti, il respiro e altri segni vitali</i> ) <b>Buongiorno / buon pomeriggio.</b> <b>Mi chiamo.....sono il suo medico / infermiere e la visiterò a breve.</b>				0 2 5
2.	<b>Mi può dire il suo nome, per favore.....</b> (in alternativa, verificare il nome dal braccialetto della paziente) <b>E la sua data di nascita ..... Grazie.</b> (Queste domande vengono poste in maniera da evitare che la procedura venga fatta sul paziente sbagliato, dal momento che ci sono spesso diversi pazienti con lo stesso nome. Allo stesso tempo è sconsigliato l'uso di formule come "Lei è il Sig. / la Sig.ra Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratti dai loro stessi sintomi). In alternativa, in particolar modo nei pazienti con difficoltà di comunicazione (in stato confuso o comatoso, ecc.) verificare la conformità tra i dati della cartella clinica e quelli del braccialetto (se al polso del paziente) in termini di identità del paziente.	ESSENZIALE			
3.	Valutare le abilità del paziente nel parlare ( <i>debolezza e difficoltà di respirazione associate allo sforzo nel parlare suggeriscono una morte clinica imminente</i> )				0 1 3
4.	Ispezionare la pelle del paziente alla ricerca di chiazze, così come ispezionare le estremità per eventuale presenza di cianosi e/o freddezza ( <i>il rallentamento della circolazione suggerisce una morte clinica imminente</i> )				0 1 3
5.	Valutare i segni vitali ( <i>se non sono stati recentemente valutati o se lo ritenete opportuno a causa di cambiamenti nella condizione clinica del paziente</i> : Frequenza cardiaca, misurazione BP $\pm$ ossimetria: HR ..... battiti / min, BP ... ..... mmHg $\pm$ SaO <sub>2</sub> .....%). ( <i>Un impulso debole, una bassa pressione sanguigna e una diminuita saturazione dell'ossigeno suggeriscono una morte clinica imminente</i> ). Decidere se la somministrazione di ossigeno è appropriata ( <i>mantenere un buon livello di ossigenazione può ridurre i sintomi</i> ).				0 1 3
6.	Valutare la capacità respiratoria del paziente ( <i>un respiro irregolare / rumoroso suggerisce una morte clinica imminente</i> ).				0 1 3
7.	<b>Ha difficoltà nel respirare?</b> ( <i>Posizionare il paziente in posizione seduta - Fowler lo aiuta a respirare più facilmente; posizionandolo su un lato - decubito laterale, si favorisce il drenaggio gravitazionale delle secrezioni orali</i> ).				0 1 3
8.	Auscultare la respirazione del paziente e, se si individua una respirazione umida, rassicurare la famiglia che il paziente non corre pericolo di soffocare, ma ha semplicemente difficoltà nell'eliminazione delle secrezioni. Se possibile, fare domande dirette al paziente:				0 1 3



	<p><b>Ha difficoltà respiratorie associate a abbondanti secrezioni di cui preferirebbe liberarsi?</b>  <i>(Gli sforzi per l'idratazione e l'alimentazione di un paziente in questo periodo di fine vita possono generare minore qualità della vita a causa delle eccessive secrezioni bronchiali).</i></p> <p><b>Possiamo aiutarla a sbarazzarsi di queste secrezioni.</b>  <i>(Di solito i medici prescrivono sostanze che asciugano le secrezioni. Raramente vi è la necessità di rimuoverle meccanicamente usando sonde di aspirazione).</i></p>			
9.	Valutare la cavità orale in termini di presenza di membrane mucose <i>(un segno indiretto di respirazione via bocca suggerisce una morte clinica imminente)</i>			0 1 3
10.	<p><b>Vuole che la finestra venga aperta o vuole che la stanza venga un pò ventilata in modo da rinfrescare l'aria?</b>  <i>(Questi semplici interventi possono aumentare la qualità della vita di un paziente nella sua fase di fine vita).</i></p>			0 1 3
11.	Valutare la disponibilità del paziente e la capacità di moto a letto <i>(movimenti ridotti suggeriscono una morte clinica imminente)</i>			0 1 3
12.	Assicurarsi che almeno a intervalli di due ore il paziente cambi la sua posizione a letto, da solo o con assistenza sanitaria <i>(per evitare lo sviluppo di piaghe da decubito)</i> - fare riferimento alla procedura di trasferimento del paziente a letto.			0 1 3
13.	Valutare il processo di deglutizione durante il consumo di alimenti solidi o liquidi <i>(disturbi di deglutizione suggeriscono una morte clinica imminente)</i>			0 1 3
14.	Valutare la presenza di manifestazioni digestive quali nausea, perdita di appetito, costipazione, distensione addominale <i>(la presenza di tali manifestazioni suggerisce una morte clinica imminente)</i>			0 1 3
15.	<p>Assicurare il comfort nutrizionale del paziente <i>(offrendo il cibo desiderato e contrastando la nausea con antiemetici, se necessario)</i> - fare riferimento alla procedura di nutrizione del paziente.</p> <p>Rassicurare i familiari riguardo i problemi di nutrizione del paziente.  <i>(Assicurando loro che in questa fase di malattia la mancanza di nutrizione non produce sofferenza)</i></p>			0 1 3
16.	Valutare se sono presenti perdite urinarie o fecali <i>(l'incontinenza degli sfinteri anali o urinari suggerisce una morte clinica imminente)</i>			0 1 3
17.	<p><b>Potremmo aiutarla con l'igiene personale, se lo desidera. La prego di indicarci in quale giorno preferisce che venga eseguito il bagno a letto</b>  <i>(Chiedere al paziente laddove le attività mediche da svolgere rientrano nel suo potere di decisione, di prendere delle scelte, di ripristinare una parte della suo controllo sulla sua vita e di rafforzare la sua dignità: mantenere il paziente pulito anche se è in stato comatoso in modo da mantenere la sua dignità).</i></p>			0 1 3
18.	<p><b>Ogni volta che lo ritenga adeguato, ci informi e la aiuteremo a mantenere un buon livello di igiene.</b> - fare riferimento alle procedure di bagno a letto del paziente, cura orale, sostituzione della biancheria da letto, gestione delle ferite <i>(mantenere l'igiene del paziente lo aiuterà a sentirsi più a suo agio con la sua condizione di fine vita e a rafforzare la sua dignità)</i></p>			0 1 3
19.	Valutare la presenza di disturbi sensoriali <i>(le percezioni sensoriali si riducono progressivamente. L'udito è generalmente l'ultimo senso che viene perso, suggerendo una morte clinica imminente)</i>			0 1 3

20.	Valutare l'affiliazione culturale e religiosa del paziente ( <i>questi aspetti potrebbero influenzare decisioni quali: individuazione della persona più idonea ad essere informata sulla condizione medica del paziente, che poi possa informare gradualmente anche il paziente e gli altri membri della famiglia; sepoltura / cremazione; prolungamento della vita attraverso dispositivi medici; donazione degli organi; riti di fine vita</i> ).			0 1 3
21.	Cercare documenti legali contenenti volontà precedentemente elaborate dal paziente per quanto riguarda la gestione del fine vita ( <i>es.: assistenza sanitaria, accordo di donazione di organi</i> ). Inserire una copia di queste istruzioni all'interno della cartella clinica in modo che siano facilmente utilizzabili dagli altri membri del personale sanitario.			0 1 3
22.	Coinvolgere i membri della famiglia ( <i>valutare la capacità di comprensione dei familiari stessi</i> ): <b>Avete già un'esperienza precedente di un familiare morto prematuramente?</b> ( <i>Chiedere queste informazioni ai membri della famiglia del paziente o alle persone care diventa utile per ottimizzarne il supporto durante il periodo di fine vita del paziente</i> ).			0 1 3
23.	<b>Avete domande su ciò che accadrà durante questo periodo o al momento della scomparsa del vostro caro?</b> ( <i>Chiedere queste informazioni ai membri della famiglia del paziente o alle persone care diventa utile per ottimizzarne il supporto durante il periodo di fine vita del paziente</i> ).			0 2 5
24.	<b>Forse è il caso che cominciate a pensare all'eventualità di salutare vostro...come immaginate che questo accadrà?</b> ( <i>Chiedere queste informazioni ai membri della famiglia del paziente o alle persone care diventa utile per ottimizzarne il supporto durante il periodo di fine vita del paziente</i> ).			0 1 3
25.	<b>Durante questo periodo difficile siete riusciti a prendervi cura di voi stessi?</b> <b>Avete qualcuno a disposizione che possa aiutarvi in questo momento difficile?</b> ( <i>Chiedere queste informazioni ai membri della famiglia del paziente o alle persone care diventa utile per ottimizzarne il supporto durante il periodo di fine vita del paziente</i> ).			0 1 3
26.	<b>Ci sono, nella sua famiglia, riti specifici che potreste ritenere importanti per il vostro caro?</b> <b>Potete delegare una persona capace di prendersi cura di tutti gli aspetti desiderati che coinvolgono gli ultimi riti?</b> ( <i>Chiedere queste informazioni ai membri della famiglia del paziente o alle persone care diventa utile per ottimizzarne il supporto durante il periodo di fine vita del paziente</i> ).			0 1 3
27.	<b>Ci dica, per favore, quando vuole essere visitato dai suoi parenti più stretti e da chi di loro in particolare.</b> <b>Se lo desidera, possiamo organizzarci in modo da portare qui il suo animale domestico.</b> ( <i>Chiedere al paziente laddove le attività mediche da svolgere rientrano nel suo potere di decisione, di fare delle scelte, di ripristinare una parte del suo controllo sulla sua vita e di rafforzare la sua dignità</i> ).			0 1 3
28.	<b>Dove preferisce essere curato?</b> <b>Casa, ospedale, ospizio?</b> <b>È una sua decisione</b> ( <i>Discutere con il paziente e con la famiglia il posto migliore per le cure terminali,</i>			0 1 3

	consegnando al paziente stesso un potere di decisione, di fare delle scelte, di ripristinare una parte del suo controllo sulla sua vita e di rafforzare la sua dignità).				
29.	<p>Posizionarsi in modo da avere contatto visivo con il paziente (<i>In termini di comunicazione non verbale tale posizionamento incoraggia il paziente ad essere più aperto alle discussioni</i>).</p> <p><b>Mi sembra preoccupato. Ne vuole parlare?</b></p> <p><b>Mi piacerebbe capire meglio le sue preoccupazioni per essere in grado di aiutarla il più possibile.</b></p> <p><i>(La disponibilità del paziente a discutere le sue preoccupazioni può essere facilitata dal contatto tattile – tenere la mano del paziente, anche fornendo un massaggio alla parte posteriore, potrebbe essere di aiuto).</i></p>				0 1 3
30.	<p><b>Sarebbe interessato a discutere della sua condizione medica con me o con qualcun altro?</b></p>				0 1 3
31.	<p><b>Potremmo aiutarla a controllare il dolore, se lo desidera.</b></p> <p><b>La prego di dirci quando sente dolore e le prescriveremo il trattamento appropriato</b> - fare riferimento alle procedure del controllo del dolore</p> <p><i>(il controllo del dolore aiuta il paziente a sentirsi più a suo agio con la sua condizione di fine vita e a rinforzare la sua dignità)</i></p>				0 1 3
32.	<p>Compilare la cartella medica con tutti i particolari relativi alla realizzazione della procedura.</p> <p>Indicare data e orario.</p>	ESSENZIALE			
33.	<p>Tutti gli step devono essere seguiti nell’ottica della sicurezza del paziente (<i>sistemare il letto ad un’altezza inferiore, sollevare le barriere laterali</i>), risistemare gli oggetti personali del/della paziente (<i>e.g.cellulare, libro, ecc.</i>), posizionare il telecomando per l’assistenza medica in maniera che possa essere a portata di mano.</p>				0 2 6
<b>Punteggio totale: 100</b>			criterio non soddisfatto	<b>%</b>	
			criterio parzialmente soddisfatto	<b>%</b>	
			criterio completamente soddisfatto	<b>%</b>	

### **Riferimenti:**

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## **PREVENZIONE ULCERE DA PRESSIONE - CAMBIO POSTURALE -**

### **Procedura medica**



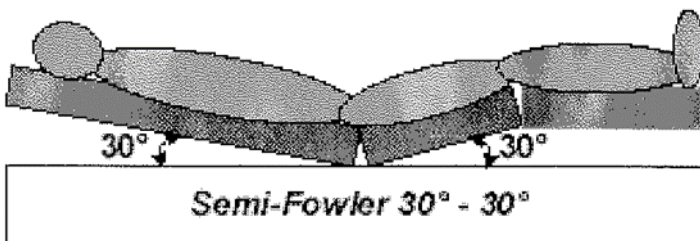
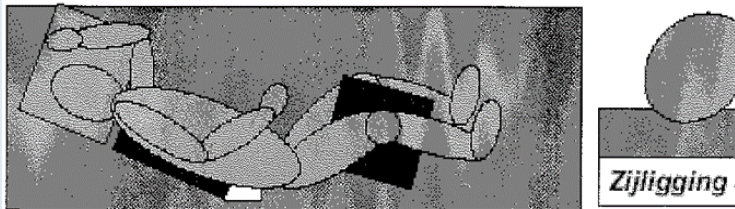


## PROCEDURA MEDICA

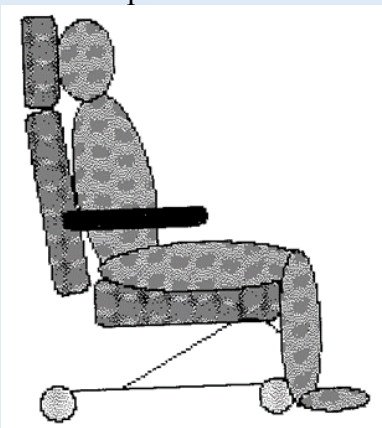
La prevenzione delle ulcere da pressione è indispensabile per il benessere dei pazienti terminali costretti a letto e costituisce uno dei temi fondamentali della pratica di infermieristica. La prevenzione efficace si prefigge l'eziologia delle ulcere da pressione. Ciò comporta quattro principi fondamentali di prevenzione:

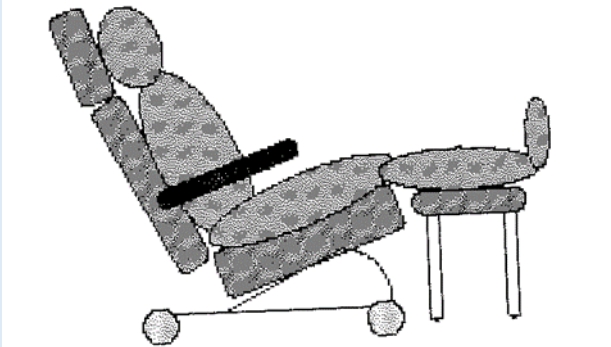
- Prevenzione attraverso la riduzione dell'intensità delle forze di pressione e di taglio
- Prevenzione attraverso la riduzione della durata delle forze di pressione e di taglio
- Applicazione di materiali / utensili al fine di disperdere la pressione
- Nutrizione e idratazione

		Concetto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
<b>PREPARAZIONE</b>						
1	Esaminare i file medici del paziente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllare la relazione sul rischio di ulcere da pressione: punteggi sulla scala BRADEN o sulla scala NORTON1</li> <li>• Convalidare l'orario previsto per il cambio di posizione</li> <li>• Controllare eventuali controindicazioni al cambio di posizione</li> <li>• Verificare la presenza di eventuali cateteri o altri dispositivi che possono complicare i cambiamenti di posizione o che richiedano un personale supplementare per garantire la sicurezza del paziente</li> </ul>					0 4 9
2	Disinfettare le mani o indossare guanti medici <i>(solo nel caso di lesioni tegumentari nelle mani di chi effettua la procedura o nel caso di un elevato potenziale infettivo da parte del paziente)</i> quali precauzioni standard	<i>precauzioni standard</i>				0 2 5
3	Chiudere la porta ed assicurare uno spazio privato in modo, se necessario, da poter facilmente cambiare la posizione del paziente <i>(tende, schermo, segnale di stanza occupata, ecc)</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5
4	Rapida valutazione della presenza dei segni vitali <i>(stato di coscienza, movimenti, capacità di parlare, respiro)</i> <b>Salve, mi chiamo.....Sono un infermiere e adesso misurerò il livello del suo dolore</b>	<i>Funzioni vitali preservate <input type="checkbox"/>; arresto cardiorespiratorio <input type="checkbox"/> - dare il via alla discussione con il paziente</i>				0 2 5
5	<b>Mi potrebbe dire il suo nome? E la sua data di nascita? Grazie</b>	<i>Conformità con la cartella clinica in termini di: Nome: <input type="checkbox"/> Data di nascita: <input type="checkbox"/></i>	ESSENZIALE			
6	Sistemare il letto in posizione di lavoro (altezza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0

	appropriata) e abbassare le guide laterali					1 3
8	<b>Ora cambierò la sua posizione a letto, in modo da prevenire eventuali ulcere da pressione</b> La posturazione, ovvero il cambiamento della postura del paziente, deve avvenire ogni 2 ore ed è utile solo quando è fatta in maniera rigorosa, giorno e notte, 7 giorni alla settimana!	Spieghiamo al paziente COSA FAREMO  Diciamo al paziente COSA DOVRÀ FARE				0 2 5
EFFETTUARE UN CAMBIO POSTURALE A LETTO						
9a	<p>La procedura del cambio posturale punta a garantire delle posture in cui la pressione è il più possibile bassa. In pratica ciò significa che una posizione supina è quella migliore, mentre una postura laterale è decisamente quella peggiore<sup>2</sup>.</p> <p>È necessario cercare di evitare posizioni che aumentino la pressione, come la posizione laterale a 90° o la posizione semi-orizzontale poiché aumentano la pressione<sup>3</sup>.</p> <p><b>Posizione supina:</b></p> <p>Evitare che la testa del letto sia posizionata ad un angolo superiore ai 30 ° e che l'individuo si abbassi troppo quando si siede sul letto. La posizione migliore da supini è quindi la cosiddetta posizione semi-fowler, in cui la testa è posizionata a 30° e le ginocchia sono leggermente piegate (30°)<sup>3</sup>.</p>  <p style="text-align: center;"><b>Semi-Fowler 30° - 30°</b></p>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESSENZIALE			
9b	<p><b>Posizione laterale</b></p> <p>Nella posizione laterale il paziente è girato di 30° rispetto al materasso e la schiena è supportata da un cuscino che iscrive un angolo di 30°. È importante che la fessura anale non tocchi direttamente il materasso: in tal senso l'utilizzo di un cuscino può essere risolutivo. .</p>  <p style="text-align: right;"><b>Zijligging 30°</b></p>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESSENZIALE			

# **EFFETTUARE UN CAMBIO POSTURALE DA SEDUTI**

9c	<p>La pressione in posizione da seduti è addirittura superiore a quella esercitata quando si è sdraiati. Il rischio di decubito è ancora maggiore, dal momento che la pressione viene distribuita su una superficie più piccola. Il cambio posturale, pertanto, deve essere effettuato con una frequenza più alta.</p> <p>Non ci sono evidenze scientifiche su quanto spesso il cambio posturale debba essere effettuato, ma si consiglia di mantenere una frequenza oraria<sup>2</sup> e di limitare il tempo di seduta per i pazienti con un forte rischio di decubito.</p> <p>Sistemare il paziente in una posizione in cui possa svolgere attività con minima pressione o taglio sui tessuti sottostanti. Assicurarsi che le gambe siano posizionate in modo da creare un angolo di 90 ° con supporto massimo delle ginocchia quando il paziente è seduto in posizione retta. Collocare uno sgabello sotto i piedi del paziente, laddove questi non dovessero toccare il pavimento<sup>3</sup>.</p>  <p>Quando il paziente è seduto con la parte posteriore del corpo appoggiata, assicurarsi che le gambe siano appoggiate e che i talloni possano muoversi<sup>3</sup>. Poiché la pressione è più bassa in caso di posizione da seduta con la parte posteriore appoggiata, tale posizione risulta la più indicata<sup>2</sup>.</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>ESSENZIALE</p>
----	---	--	-------------------

					
<p>L'uso di cuscini di pressione, così come di materassi di pressione, rende meno frequente l'esigenza di un cambio posturale. Sono pertanto consigliati cuscini ad aria, cuscini in gomma piuma e i cuscini in gel.</p>					
<b>POST-TERAPIA</b>					
10	Assicurarsi che il campanello (o qualsiasi altro sistema di contatto) sia a portata di mano.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			0 1 3
11	Riordinare la stanza, aprire le finestre, rimuovere qualsiasi copertura	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			0 1 3
12	Spegnere il segnale di "stanza occupata"	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			0 1 3
13	Annotare la procedura sulla cartella clinica del paziente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			0 1 3
14	Fare rapporto sulla cartella clinica del paziente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			0 1 3
15	Fare rapporto verbalmente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			0 1 3
<b>Punteggio totale: 50</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	<b>%</b>	
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	<b>%</b>	
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	<b>%</b>	

## Riferimenti:

Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs. 2006 Apr;54(1):94-110.

Poot E, Mintjes-De Groot J, Weststrate J, Van Der Eerden, L. & Adriaansen M. Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen. 2008, Houten: Bohn stafleu van Loghum.

Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Van Houdt, S., Vanwalleghem, G., Gryson, L., Heyman, H., Thyse, C., Toppets, A., Stordeur, S. & Van den Heede, K. Een nationale richtlijn voor decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 2012, 193A.D/2012/10.273/95.





## **VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI CONOSCENZA CHE IL PAZIENTE HA DELLA SUA MALATTIA**

### **Procedura medica**



**VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI CONOSCENZA CHE IL PAZIENTE HA DELLA  
SUA MALATTIA**

## PROCEDURA MEDICA

"La comunicazione non vive di ciò che viene detto ma di ciò che è capito": per questo motivo non dovrebbe mai essere considerata come qualcosa "de facto", ma come qualcosa in continua evoluzione. I pazienti che affrontano malattie serie, benché informati della loro condizione, potrebbero non comprendere appieno la gravità della loro malattia. Questo non si riferisce unicamente alla diagnosi iniziale, ma è un processo in itinere che si evolve di pari passo con l'evoluzione della malattia. Valutare la consapevolezza della malattia è importante per stabilire come il paziente si occupa della sua situazione, dei suoi bisogni, della sua capacità di prendere decisioni e della sua ulteriore necessità di ricevere informazioni in modo da essere sempre coinvolto nel suo piano di cura. Il paziente deve essere consapevole e possedere le competenze cognitive necessarie per elaborare le informazioni e condividere le sue decisioni.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Verificare le funzioni vitali del paziente ( <i>osservando, ad esempio, il livello di coscienza, i movimenti, il respiro e altri segni vitali</i> ) <i>funzioni vitali preservate</i> <input type="checkbox"/> ; <i>arresto cardiopolmonare</i> <input type="checkbox"/> ( <i>in tal caso, procedere al protocollo cardiorespiratorio</i> )				0 2 5
2.	Presentarsi al paziente <b>Salve, sono il Dottor... e lei è la mia collega, l'infermiera....Lei è?</b> Chiedere al paziente di dire il suo nome <i>È sconsigliato l'uso di formule come "Lei è il Sig. Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratti dai loro stessi sintomi).</i>	ESSENZIALE			
3.	Assicurare un ambiente privato in cui effettuare la procedura ( <i>stanza con un solo letto, tende, paraventi, ecc.</i> ). Utilizzare una comunicazione empatica - fare riferimento alla procedura di ascolto attivo e comunicazione empatica.				0 1 3
4.	Valutare la capacità del paziente nel parlare <i>(in caso di debolezza o di respirazione difficile associata allo sforzo nel parlare, ridurre il più possibile lo sforzo del paziente, parlando al suo posto e chiedendo una semplice conferma)</i>				0 1 3
5.	Valutare le abilità cognitive del paziente. <b>Può dirmi che giorno è oggi? Che ore sono? Dove ci troviamo?</b> <i>(La valutazione delle abilità cognitive del paziente è importante per capire se il paziente ha un orientamento adeguato in relazione al tempo, allo spazio e all'autopercezione. Questi aspetti sono rilevanti per valutare la capacità del paziente e la sua consapevolezza riguardo le sue condizioni cliniche).</i>				0 2 5
6.	Valutare le capacità del paziente nel prendere una decisione. <b>Cosa sa dirmi della sua malattia?</b> <i>(Se una persona può spiegare esattamente cosa sta succedendo e le sue capacità di comprensione e di memoria sono sufficientemente preservate da permetterle di prendere una decisione)</i>				0 2 5
7.	Valutare gli atteggiamenti del paziente. <b>Tra le alternative terapeutiche disponibili ce ne sono alcune che preferisce?</b> <i>(È fondamentale valutare la comprensione che il paziente ha delle sue condizioni cliniche in modo da bilanciare i rischi e i benefici e valutare le conseguenze della cura in modo da prendere una decisione consapevole)</i>				0 2 5
8.	<b>In merito alla sua condizione medica, è stato visitato da altri</b>				0 1

	<b>specialisti? Cosa le hanno detto della sua malattia?</b>			3
9.	<b>Sarebbe così gentile da descrivere su questo foglio la malattia di cui soffre, utilizzando le sue parole?</b>			0 1 3
10.	<b>Crede di aver bisogno di ulteriori informazioni per comprendere meglio la sua diagnosi? Sono disposto a fornirle tutte le informazioni necessarie - fare riferimento alla procedura per la comunicazione di diagnosi di malattie gravi</b>			0 1 3
11.	<b>Secondo quello che finora ha compreso, in che modo si evolverà la sua condizione medica?</b>			0 1 3
12.	<b>Negli ultimi tre giorni, quali dei disturbi che ha provato riuscirebbe a collegare alla diagnosi che mi ha descritto?</b>			0 1 3
13.	<b>È preoccupato o ha paura riguardo alle possibili evoluzioni legate alla diagnosi della sua malattia?</b>			0 1 3
14.	<b>Compilare la cartella medica con tutti i particolari relativi alla realizzazione della procedura, facendo attenzione a menzionare ogni complicazione. Indicare data e orario.</b>	<b>ESSENZIALE</b>		
15.	<b>Tutti gli step devono essere seguiti nell'ottica della sicurezza del paziente (<i>sistemare il letto ad un'altezza inferiore, sollevare le barriere laterali</i>), risistemare gli oggetti personali del/della paziente (<i>e.g. cellulare, libro, ecc.</i>), posizionare il telecomando per l'assistenza medica in maniera che possa essere a portata di mano. Fornire dettagli riguardo l'iter medico da seguire. Informare il paziente in merito al momento in cui verrà nuovamente esaminato.</b>			0 3 6
<b>Punteggio totale: 50</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	<b>%</b>

## **Riferimenti:**

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Baek SK, Kim S, et al. Effect of advanced cancer patient's awareness of disease status on treatment decisional conflict and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean perspective cohort study. Support Care Cancer 2012; 20:1309-1316

Tang ST, Liu T, et al. Physician-patient end-of-life care discussion: correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients- a cross-sectional survey study. Palliative Medicine 2014; 28(10): 1222-1230.

Scott Finlayson C, Chen YT, Fu MR. The impact of patients' awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997-2014. Palliative Care Review 2014;17(10): 1-11.

Wallace CL. Family communication and decision making at the end of life: a literature review. Palliative and Supportive Care 2015; 13:815-825



## MAPPATURA DELLA RETE DEL PAZIENTE

### Procedura medica





## PROCEDURA MEDICA

Contemporaneamente ad altri aspetti, come quelli fisici e psicologici, la rete sociale costituisce una risorsa importante per progettare il piano di cura e valutarne la sua sostenibilità.

I professionisti della sanità, i caregiver ed i parenti potrebbero essere considerati come un importante supporto all'attuazione e al successo della strategia terapeutica.



P

1	Entrare nella stanza del paziente e presentarsi in maniera educata e cordiale: <b>Buongiorno. Come si sente oggi?</b> (Dare del tempo per rispondere alla domanda)				0 1 3
2	Garantire uno spazio privato e confortevole per l'intervista. <i>(È importante evitare interruzioni e garantire il rispetto della riservatezza)</i>				0 1 3
3	Chiedere al paziente come si sente: <b>ha qualche dolore o preoccupazione specifica?</b> <i>(Identificare i bisogni del paziente aiuterà a valutarne la rete sociale e il suo potenziale beneficio per il paziente)</i>				0 1 3
4	<i>(Introdurre da subito il motivo dell'incontro in maniera tale da evitare qualsiasi malinteso da parte del paziente)</i> Spiegare gli obiettivi dell'intervista: <b>vorrei sapere qualcosa in più riguardo la sua famiglia e i suoi amici. Le spiace se parliamo di questi così come di altri aspetti di natura sociale?</b>				0 1 3
5	Utilizzare l'ascolto attivo e la comunicazione empatica <i>(l'ascolto attivo e l'approccio dialogico sono importanti per comprendere le preferenze del paziente)</i>				0 1 3
6	Adattare il proprio linguaggio al livello sociale e culturale del paziente, pur veicolando messaggi veri e comprensibili. <i>(i valori personali ed il background culturale svolgono un ruolo essenziale nell'analisi della rete sociale del paziente, perché aiutano a capire come la rete stessa possa contribuire all'attuazione del piano di cura)</i>				0 1 3
7	Informazioni relative al posto in cui il paziente vive: <b>Dove vive? Con chi?</b> <i>(Questa risposta sarà rilevante per selezionare la futura location per le cure al paziente e migliorare la partecipazione della sua rete sociale)</i>				0 1 3
8	Informazioni riguardanti la famiglia del paziente: <b>Mi dice qualcosa riguardo i membri della sua famiglia e il loro coinvolgimento e supporto durante la malattia? Ha un coniuge? Ha figli? Dove vivono? Che tipo di rapporto ha con loro?</b> <i>(La rete sociale può essere estesa a più persone, l'obiettivo dell'incontro aiuterà ad identificare dove e chi può contribuire nel migliore dei modi al percorso di cura del paziente).</i>				0 1 6
9	<b>Chi è il suo maggior caregiver?</b>	ESSENZIALE			
10	Informazioni relative ai rapporti sociali del paziente: <b>ha buoni amici? Chi sono? Si sente sostenuto da loro in questi momenti?</b>				0 1 3
11	Informazioni sulla vita professionale del paziente: <b>lavorava quando le è stata diagnosticata la malattia? Di cosa si occupava e da quanto tempo? Le piace il suo lavoro? In che modo la malattia ha impattato sulla sua sicurezza economica?</b> <i>(verificare il contesto sociale del paziente e considerare le opzioni possibili, in modo da includere alcune attività ricreative al fine di creare un rapporto di fiducia e un contatto significativo con gli altri)</i>				0 1 3

12	Informazioni sugli hobby: <b>cosa le piace fare nel tempo libero?</b> (Potrebbe essere un argomento per coinvolgere un amico e condividere alcune attività ricreative)			0 1 3
13	Informazioni sulle credenze spirituali: <b>crede o pratica una religione?</b> (Le esigenze culturali e religiose sono un aspetto significativo nell'assistenza palliativa sia per il paziente che per la sua famiglia. È importante considerare queste informazioni per facilitare l'accesso a qualsiasi rito o contatto con persone che rappresentano il sistema valoriale dei pazienti ed il loro background culturale. Fare riferimento alla procedura di valutazione spirituale)			0 1 3
14	Informazioni su altri interessi: <b>cos'altro le piace fare?</b> (Bisogna essere aperti a personalizzare il piano di assistenza)			0 1 3
15	Informazioni sullo stato emotivo dei parenti più vicini: <b>come pensa che sua moglie si stia occupando della sua malattia in questi momenti?</b> (Facilitare il rapporto sociale del paziente significa esplorare le esigenze dei parenti e facilitare l'interazione empatica e comunicativa con i parenti e con le persone più vicine)			0 1 3
16	Nella sua situazione attuale, <b>pensa di avere abbastanza supporto e assistenza nella sua vita quotidiana?</b> Per essere il più autonomo possibile, ha bisogno di qualche supporto per quanto riguarda l'apparecchiatura e la predisposizione all'accoglienza del suo ambiente domestico? (Valutare la situazione attuale per migliorare il supporto al paziente e trovare nuove soluzioni, se necessario)			0 1 3
17	<b>Cosa la preoccupa di più adesso? Qual è la sua maggiore preoccupazione in questo momento?</b>	ESSENZIALE		
18	<b>Si sente solo?</b> (Dopo la conversazione e tutte le informazioni raccolte, questa risposta aiuterà a capire se è necessario implementare un intervento strutturato per migliorare il comfort del paziente)			0 1 3
19	Valutare lo stato emotivo dopo l'intervista: <b>come si sente adesso?</b> Chiedere nuovamente al paziente se ha domande o preoccupazioni finali. (questo aiuta a verificare la consapevolezza del paziente riguardo la sua situazione attuale)			0 1 3
20	Scrivere il riepilogo della conversazione usando anche l'albero genealogico o menzionando almeno il caregiver principale			0 1 3
21	Salutarsi in maniera cordiale.			0 1 3
Punteggio totale: 60		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

### **Riferimenti:**

Jarret N, Porter K, et al. The networks of care surrounding cancer palliative care patients. *BMJ Supportive and Palliative Care* 2015; 5: 435-442.

Sallnow L, Richardson H, et al. The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review. *Palliative Medicine* 2015; 30(3): 200-211.



## **RISPONDERE AI BISOGNI DEI CAREGIVER**

### **Procedura medica**



## PROCEDURA MEDICA

Le cure palliative mirano a fornire supporto ai pazienti e alle loro famiglie durante la malattia e, per le famiglie, a fornire assistenza nei momenti del lutto. I bisogni dei caregiver devono essere valutati in maniera tale da procedere ad un supporto che possa essere davvero efficace. I caregiver sono spesso i membri della famiglia, ma in questa schiera è possibile includere ogni altra persona che il paziente considera significativa.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1	Entrare nella stanza e presentarsi in maniera cordiale: <b>Buongiorno, sono il Dottor XXX, il YYY (ematologo, oncologo o qualsiasi altra mansione) del suo parente. Mi potrebbe dire chi è lei e qual'è la sua relazione con il paziente?</b>				0 1 3
2	<b>Come si sente oggi?</b> (Lasciare abbastanza tempo per rispondere a questa domanda) <i>(Percepire lo stato emotivo del caregiver dal primo momento aiuta a capire se è il momento giusto per parlare della malattia del paziente)</i>				0 1 3
3	Fare domande aperte per creare da subito un rapporto con il caregiver: <b>Signor X, le spiace se parliamo un pò? Ci sono preoccupazioni specifiche di cui vorrebbe parlarmi? In caso di risposta negativa: quando preferirebbe fare questa chiacchierata?</b> <i>(Lasciare l'opzione di scegliere qualsiasi altro momento in cui discutere dello stato di salute del paziente. La conversazione deve essere libera e volontaria ed il coinvolgimento del caregiver è essenziale)</i>				0 2 5
4	Nel caso in cui la conversazione avvenga a casa o in ospedale, in una stanza in cui paziente e caregiver sono assieme, osservare con attenzione l'ambiente in cui vive il paziente ed il suo comportamento con il caregiver: sembrano avere un rapporto intimo? In che modo interagiscono?				0 1 3
5	Chiedere al caregiver come si sente e se ha preoccupazioni specifiche relative al paziente su cui vorrebbe maggiori delucidazioni <i>(Identificare nella maniera più specifica possibile il ruolo che il caregiver ha nel processo di assistenza al paziente, evitando di caricarlo/a di un peso eccessivo dal punto di vista psicologico, sociale ed economico. I bisogni dei pazienti e dei caregiver sono ugualmente importanti per l'efficacia della cura).</i>				0 2 5
6	Offrire al caregiver l'opportunità di discutere le proprie preoccupazioni / i propri bisogni in privato <i>(Offriremo loro l'opzione di analizzare in modo oggettivo le reali condizioni di cura del paziente, discutendo delle risorse del caregiver nel supportare il paziente: risorse fisiche, psicologiche, sociali e finanziarie. In questo modo, all'interno del processo decisionale in merito all'assistenza verso il paziente, il caregiver si sentirà parte attiva).</i>				0 2 5
7	Se il caregiver non vuole parlare in privato, offrire la propria disponibilità nel discutere di eventuali preoccupazioni che potrebbe avere.				0 1 3
8	Se il caregiver è disposto a parlare in privato, assicurare uno spazio comodo in cui effettuare la conversazione <i>(evitare interruzioni, rispettare la riservatezza e discutere in modo confortevole il piano di assistenza)</i>				0 1 3



9	Utilizzare l'ascolto attivo e la comunicazione empatica <i>(promuovere una decisione condivisa in rispetto dei valori del paziente e del suo background culturale / rispondere a esigenze psicologiche o culturali)</i>		0 3 6
10	<b>Come si sente nel prestare assistenza al paziente X?</b> <i>(Verificare se il caregiver necessita di un supporto psicologico o spirituale)</i>		0 1 3
11	<b>C'è qualcosa di cui potrebbe avere bisogno e in cui noi possiamo aiutarla?</b> <i>(Verificare se le risorse disponibili nel servizio sanitario sono sufficienti per sostenere il caregiver nella cura del proprio caro)</i>		0 1 3
12	<b>Crede che la sua casa sia preparata ad assicurare una corretta cura per il paziente X? Crede che sia necessario un qualche cambiamento / adattamento? (porte, bagno, corridoi, rampa d'ingresso ...)?</b> <i>(Verificare se l'assistenza domiciliare è una soluzione possibile e giusta per il paziente e il caregiver)</i>		0 1 3
13	<b>È attualmente occupato/a? Crede che il suo lavoro attuale sia compatibile con la necessità di assistere il Sig. X? Se la risposta è no, cosa sarebbe necessario per rendere la sua occupazione compatibile con l'assistenza al paziente?</b> <i>(Le spese del caregiver possono influenzare la sua vita in termini di perdite economiche e incompatibilità con la sua vita professionale. Questo punto è importante per valutare la sostenibilità del piano di cura dal punto di vista del caregiver)</i>		0 1 3
14	<b>Crede che le sue attuali risorse economiche possano essere appropriate per prendersi cura del Sig. X? Ha dei dubbi sull'impatto che l'assistenza al Sig. X potrà avere sulle sue risorse economiche?</b> <i>(Questo aspetto deve essere valutato con precisione in modo da includere qualsiasi tipo di supporto sociale per i caregivers, laddove disponibile, o in modo da prendere decisioni appropriate sulla base delle limitate risorse economiche disponibili).</i>		0 1 3
15	<b>Riguardo le attuali cure riservate al Sig. X, crede che possa ricevere cure migliori in un altro posto?</b> <i>(le risorse sanitarie necessarie devono essere integrate in modo da migliorare la cura offerta dai caregivers in termini di tempo per lo spostamento, sostegno sociale, capacità di coordinare la cura domestica nel miglior interesse possibile del paziente).</i>		0 1 3
16	<b>Nel caso in cui il Sig. X dovesse avere bisogno di un intervento di emergenza o di un posto in un'altra struttura appropriata, sa quali sono gli step da seguire?</b> <i>(Questo aspetto offre il modo di capire se il caregiver può gestire qualsiasi cambiamento nel piano di cura a causa dell'evoluzione della malattia e come adeguare il proprio ruolo alla nuova situazione)</i>		0 1 3
17	<b>Crede di essere capace di prendersi cura del Sig. X? Se no, perché? In che modo potremmo aiutarla?</b> <i>(Il caregiver dovrebbe avere tutte le informazioni necessarie per prendere decisioni e offrire la migliore cura al paziente. Supporto psicologico e sociale devono essere sempre disponibile in caso di situazioni difficili. Alla stessa maniera, si dovrebbe discutere un percorso opzionale e alternativo in caso di dubbi persistenti da parte del caregiver).</i>		0 1 3
18	<b>Potremmo aiutarla in qualsiasi aspetto specifico della cura del Sig. X?</b> <i>(questa domanda aiuta a rilevare aspetti non considerati in precedenza)</i>		0 1 3

19	<b>Considerando l'evoluzione della malattia del Sig. X, e per come lo vede adesso, teme che, in qualsiasi momento, le necessità del paziente possano rivelarsi schiaccianti per lei? Se sì, di cosa ha paura e perché?</b> <i>(Una valutazione finale dell'intervista potrebbe contribuire a comprendere il livello di soddisfazione del caregiver riguardo il piano di cura e a superare eventuali barriere e ostacoli)</i>			0 1 3
20	<b>Nel caso in cui il Sig. X possa venire a casa sua, si sente preparato? Crede di avere risorse sufficienti nel prestare assistenza a casa in simili circostanze?</b> <i>(È davvero importante considerare la volontà del caregiver e la sua motivazione nel curare il paziente a casa. In caso di dubbi, pensare ad un supporto psicologico)</i>			0 1 3
21	<b>Si sente solo? Avrà un qualche supporto nel prendersi cura del Sig. X?</b>	<b>ESSENZIALE</b>		
22	Mostrare la propria disponibilità per qualsiasi ulteriore incontro e informare il caregiver su come poter essere ricontattati. Chiedere nuovamente al caregiver se ha domande o preoccupazioni finali.			0 2 5
23	Lasciarsi in maniera amichevole			0 1 3
24	Documentare il riepilogo della conversazione nel file del paziente			0 1 3
<b>Punteggio totale: 80</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

### Riferimenti:

Bee PE, Barnes P, Luker AL. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer. Journal of Clinical Nursing 2008; 18:1379-1393

## ARGUMENTO

*¿Porqué MedLang? ¿Porqué de la Medicina Paliativa? ¿Porqué de un COMA interdisciplinario?*

MedLang nace a raíz de la observación de necesidades en común de varios países Europeos las cuales surgen básicamente de la falta de enfoques estandarizados y coherentes acerca de asuntos que conciernen a la Medicina Paliativa. Consecuentemente los socios del Proyecto Erasmus + 2014-1-RO01-KA203-002940 gestionaron la manera de cómo afrontar este reto y de propagar eficientemente los resultados a aquellos grupos interesados ya sea en Europa y fuera de ella.

Mas aún, aquellos asuntos que tienen que ver con movilidad global debido a las demandas laborales, estudios de movilidad, movilidad personal o los refugiados en Europa hacen del tema de cuidados paliativos algo mas que un problema médico, administrativo o financiero sino además lo convierte en un problema de comunicación, lenguaje, cultura, de valores y religión.

La asociación estratégica entre Rumania, Bélgica, Italia y España consistente en instituciones educativas y medicas, públicas y privadas, ha abordado el tema de la medicina paliativa y las áreas relacionadas con esta en un contexto institucional específico en un marco tiempo dado. Los autores internacionales que participaron en este libro están conscientes que éste representa un punto de vista limitado a los ambientes geográficos y a necesidades específicas de este tiempo. No obstante también están seguros que se trata de llenar la gran brecha existente entre los enfoques estandarizados y alineados a la actual infraestructura, las necesidades de capacitación de los recursos humanos, el desarrollo tecnológico y médico y las prioridades conceptuales relacionadas con estrategias médicas nacionales, valores y políticas culturales.

Lo recabado aquí muestra una orientación planeada la cual los socios colaboradores han acertado ilustrar: es una selección de los procedimientos médicos paliativos básicos más representativos; todos en consonancia con los últimos avances en el área, más la comunicación relacionada a estos procedimientos en seis idiomas; y videos ilustrando cómo se deben implementar estos procedimientos. Se comenzó con un inventario de más de 50 procedimientos los cuales después de deliberaciones entre los socios, se redujeron a 20 intervenciones y tipos de comunicación que cubren tanto los enfoques médicos existentes en los países involucrados como la actual tendencia de la Medicina Dialógica; cabe mencionar los valores interculturales y la celebración a la diversidad de creencias y prácticas.

Para darse una idea del tipo de decisiones y generalizaciones que requirieron de una profunda consideración antes de dar comienzo al trabajo actual en los temas seleccionados, la Asociación y los autores del libro tuvieron que sortear la pregunta acerca de cuánta novedad temática de un país debiera ser incluida en este inventario general de valores y procedimientos (por ejemplo, la legislación y los procedimientos actuales utilizados en Bélgica relacionados con la eutanasia para adultos y niños). Con tópicos variando desde el cuidado oral a mover al paciente en la cama o alimentarlo, a dar una mala noticia o el Síndrome de Burnout, una gran variedad de interlocutores son considerados: pacientes, familiares, cuidadores, enfermeras y doctores.

Otra meta de este libro es el contribuir con recursos de vanguardia a la profesionalización de la Especialidad Médica en Cuidados Paliativos en los países interesados, incluyendo Rumania, como el país coordinador de este proyecto, y posiblemente en Europa y mas allá de ésta, y en sistemas que cuenten con menor experiencia en asumir formalmente este perfil médico para la educación superior y en escuelas de enfermería. Comenzando con la facultad de Medicina de Brasov, en donde ha sido ofrecido por los últimos 5 años el único programa de Licenciatura en Cuidados Paliativos; y la experiencia de la Casa Sperantei ( la primer unidad en cuidados paliativos de los 90's) como un socio, y terminando con los 20 procedimientos validados por el Hospital de Oncología más grande ubicado en Iasi, Rumania, los materiales exitosamente desarrollados en este proyecto están profesionalmente encaminados al cumplimiento del objetivo original.

El enfoque interdisciplinario que une el campo de la medicina, el sistema de cuidados paliativos y el terreno educativo sentó las bases para este trabajo. Con recursos educativos de alto valor para los profesionales en medicina, este libro también provee un apoyo completo tanto para el

capacitador como para el alumno para lograr una comunicación efectiva en varios idiomas (Inglés, Francés, Español, Italiano y Neerlandés) acerca de ciertos temas médicos. La necesidad de este enfoque en particular ha sido expresada en los últimos 10 años por los graduados de universidades de medicina y de escuelas de enfermería quienes enfrentan día a día este reto sin importar si trabajan en el extranjero o no. El apoyo que se da a través de videos y de la autoevaluación o por compañeros que revisan el nivel de habilidades médicas y prácticas de comunicación fomenta el camino al aprendizaje independiente.

Ha sido creado paralelamente a este libro un apoyo especial tecnológico dirigido a aquellos que prefieren aprender de un manual pues es sabido que hay personas que gustan de ir a su propio paso y sin prisas, sin embargo, encontramos útil informar que todo el material esta disponible en el sitio del Proyecto [www.medlang.eu](http://www.medlang.eu). Confiamos en que los usuarios de este libro se conviertan en estudiantes que alternen el uso del libro con la plataforma digital. La razón para esto es una pedagogía que facilite diferentes tipos de aprendizaje en un COMA (curso online masivo abierto); basado en la red, en contenidos y tareas. Al colaborar con personas interesadas en las mismas actividades médicas o de comunicación se proporciona un sentido a la actividad y se verifica que tan efectivas se están haciendo las habilidades propias. Aún mas, la estrategia actual de educación impulsa el desarrollo de habilidades y enfatiza la importancia de un currículum basado en aptitudes y habilidades. Es por esto que el libro contiene DVDs y otros materiales que impulsan el aprendizaje para hacer frente a este reto. Estudiantes que gusten de expresar su opinión profesional, documentar sus argumentos y planear una autoevaluación de habilidades, son bienvenidos a utilizar esta plataforma en línea y convertirse en participantes activos en foros de discusión de temas en particular.

La invitación a aprender a un ritmo personal conforme al plan de estudio es propio tanto en el libro como en el COMA, en donde el criterio para la autoevaluación ha sido diseñado para evaluar habilidades cognitivas superiores tales como: comparación, análisis, memoria, y atención. El COMA da prioridad a actividades colaborativas y a interacciones entre los estudiantes, capacitadores y compañeros para el intercambio de ideas, para el debate y la argumentación; mientras que algunas actividades brindan la satisfacción de co-crear conocimiento, por ejemplo, aquel orientado a valores culturales y religiosas. La calidad del conocimiento adquirido es medida en variables como originalidad, documentación, la formalidad y educación de la discusiones, las habilidades de facilitación, los modelos de éxito votados por los alumnos y la precisión en la simulación, entre otros. En ambos, tanto en el libro como el COMA, se invita a aprender a un ritmo personal y estilo, mediante la reflexión y la práctica a través de portafolios digitales y de videos. Para este fin el COMA tiene un diseño tecnológico que facilita la difusión de la actividad de los participantes a través de una o más plataformas de acceso libre, en un ambiente abierto que invita a la participación masiva y provee a los estudiantes y capacitadores de una comunidad donde practicar con énfasis en aprender; más aún, el COMA ofrece un sistema más coherente de evaluación y acreditación en comparación con el libro, el cual se debe usar de preferencia en situaciones cara a cara como una herramienta para el desarrollo profesional continuo y un entrenamiento basado en la simulación.

En Conclusión, el libro y el COMA actúan como herramientas de manera independiente pero a la vez complementarias para ayudar a los profesionistas, estudiantes y al público en general, a aprender acerca de la Medicina Paliativa y el proceso de comunicación implicado en esta. Este material es el resultado de estrategias pedagógicas que combinan el aprendizaje tradicional con las tendencias actuales que involucran interacción, cambio de roles y el asumir nuevas responsabilidades tanto de los estudiantes como de los capacitadores.

*Editores*



## REALIZACIÓN DE CATETERISMO URETROVESICAL (SONDA FOLEY) EN PACIENTES FEMENINAS

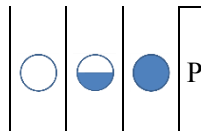
### Protocolo médico





## PROTOCOLO MÉDICO


Crear una comunicación directa con el contenido de la vejiga urinaria por medio de un tubo especialmente diseñado (Sonda/Catéter Foley) insertado a través de la uretra en la vejiga.



226.	Examine las condiciones vitales del paciente ( <i>consciencia, movimientos, habla, respiración, otros signos vitales</i> ): <b>Buenos/as días/tardes. Mi nombre es ..... Soy su doctor/a enfermero/a y voy a examinarle en un momento.</b>				0 2 5
227.	<b>¿Puede decirme por favor su nombre?..... ¿Y su fecha de nacimiento?.....</b> ( <i>Esto se realiza para evitar realizar un procedimiento con el paciente equivocado, ya que puede haber varios pacientes con el mismo nombre. Tampoco pregunte por ejemplo "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" para evitar recibir confirmación errónea de pacientes distraídos por los síntomas u otras razones</i> ). Revise dos veces los datos del historial médico para chequear el nombre: <input type="checkbox"/> fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/>	ESENCIAL			
228.	Proporcione un espacio privado para el procedimiento ( <i>habitación con una sola cama, cortinas, biombos, etc.</i> ) <b>Lo que voy a tener que hacer es colocar un catéter en su vejiga urinaria para poder vaciarla en un contenedor especial médico.</b> ( <i>qué vamos a hacer</i> )				0 1 3
229.	<b>La maniobra implica pasar un tubo flexible a través de las áreas relacionadas con la micción. Esto es fácil de realizar, no implica cortes ni pinchazos, así que no le va a hacer daño.</b> ( <i>en qué consiste la maniobra</i> )				0 1 3
230.	<b>Es muy importante que esté relajado y calmado durante el procedimiento. Cuando se lo diga, no se mueva por favor y mantenga sus piernas tal como las vamos a colocar para que podamos insertar el catéter sin tocar las áreas que pueden contener microbios. También, hasta que le dé la señal, respire profundamente y después suéltelo todo hacia fuera – respire varias veces, profundamente, lentamente, libremente.</b> ( <i>cómo puede contribuir al procedimiento</i> )				0 1 3
231.	<b>Poder vaciar la vejiga es un elemento muy importante de su condición médica. Basándonos en esto, podremos decidir qué medicación podemos recomendarle posteriormente.</b> ( <i>los beneficios del procedimiento</i> )				0 1 3
232.	<b>Ahora, ¿tiene claro el procedimiento? ¿Tiene alguna otra pregunta que hacerme?</b>	ESENCIAL			
233.	<b>¿Puede decirme cuándo y cuánto ha orinado la última vez?</b> ( <i>evaluar la percepción del paciente y su implicación en los temas de su propia salud</i> )				0 1 3
234.	<b>¿Se ha sometido a una inserción de sonda/catéter urinario anteriormente? ¿Por alguna intervención quirúrgica anterior quizá?</b>				0 1 3
235.	<b>¿Es usted alérgico/a a alguna cosa como productos de goma, yodo, esparadrapo adhesivo?</b> ( <i>analizar posibles alergias a los materiales normalmente usados en el procedimiento</i> )	ESENCIAL			

236.	<b>¿Esta de acuerdo con la extracción de muestras de sus productos biológicos?</b> <i>(analizar las creencias personales sobre las muestras de productos biológicos)</i>	ESENCIAL	
237.	<b>¿Cuándo ha comido la última vez?</b> <i>(si es posible, evite realizar cateterización uretrovesical justo antes o después de las comidas del paciente)</i>		0 1 6
238.	<p>Seleccionar la sonda Foley a usar (características técnicas) en la situación clínica dada (si no se ha especificado ya en el historial médico del paciente).</p> <p>Examen de los datos del paciente en su expediente sobre: <i>Edad del paciente y género:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- niño - medida de sonda 8-10 (circunferencia externa 2.7 ~ 3.4 mm), longitud de 30 cm, bolsa de 3 ml;</li> <li>- adulto - medida de sonda 14-18 (4.7 a 6 mm), con 5 ml de bolsa <i>(un tamaño menor de la bolsa permite el extremo distal de la sonda – donde están los agujeros de drenaje, para colocarlos lo más cerca del punto de la vejiga urinaria, resultará por tanto una mejor evacuación)</i>, 23-26 cm de longitud.</li> </ul>		0 1 9
239.	<p>Examen de los datos del expediente médico del paciente sobre: <i>Diagnósticos del paciente que apoyen la indicación de cateterización uretrovesical (por patología urogenital existente):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en casos de retención urinaria <i>(supuesta incapacidad del sistema uretrovesical para garantizar la evacuación de la orina acumulada en la vejiga)</i> se pospone la cateterización hasta que el volumen existente de orina en la vejiga es analizado usando una ecografía portátil de la vejiga <i>(el volumen detectado es mostrado digitalmente con una precisión del 85% para volúmenes de menos de un litro; la documentación de un volumen de 500-800 ml conduce a la indicación de desencadenar la sensación de micción; si se detecta un volumen de menos de 500 ml, se pospone la cateterización para permitir la acumulación posterior de fluidos al nivel de la vejiga. Esto es debido a riesgo infeccioso de cateterización asociado a la movilización potencial de microorganismos que existen comúnmente en la parte distal de la uretra, que tienen que ser transferidos dentro de la vejiga urinaria, un espacio normalmente no contaminado)</i></li> </ul> <p><b>Ahora voy a dejar correr el agua y usted puede dejar sus manos bajo el agua corriente. Esto lo hacemos para acelerar la urgencia de evacuar.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en el drenaje de coágulos, depósitos urinarios densos, hematuria – sondas de tamaño mayor, medida de 20 (6.6 mm)</li> <li>- en patologías que requieren irrigación continua o intermitente de la vejiga – sonda Foley con tres canales <i>(una para el drenaje de la vejiga, la segunda para vaciar/llevar la bolsa de la sonda, y la tercera para introducir el fluido de irrigación en la vejiga)</i></li> </ul>		0 1 9
240.	<p>Examen del historial médico del paciente sobre: <i>Duración estimada de la cateterización uretrovesical:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hasta 1 semana – uso de catéter Foley de plástico <i>(flexibilidad reducida con consecuencias traumáticas añadidas)</i>, PVC <i>(flexibilidad mejorada a la temperatura corporal, moldeándose en los contornos de la uretra)</i> o látex <i>(riesgos de alergia permanentes que deben ser controlados posteriormente; la alta frecuencia de fenómenos de alergias al látex en el ámbito médico funciona actualmente como disuasivo en el uso actual)</i></li> <li>- hasta 4 semanas – uso de catéter Foley de polytetrafluoroetileno</li> </ul>		0 1 3


	(teflon) - hasta 12 semanas – uso de catéter Foley de silicona ( <i>más caro</i> ) impregnado opcionalmente con sustancias antimicrobianas ( <i>nitrofuratoína, hidrogel, plata, etc.</i> )		
241.	Examen del historial médico del paciente sobre: Diagnósticos asociados ( <i>ej. coagulopatías, etc.</i> ), parámetros de laboratorio ( <i>ej. plaquetas &lt;150,000, INR&gt; 1.5, etc.</i> ) y medicación asociada ( <i>ej. Sintrom, Trombostop, Aspirina, Plavix, etc.</i> ) – para examinar el riesgo de sangrado prolongado.		0 1 5
242.	Una vez seleccionadas las características técnicas del catéter, deben estar disponibles desde el principio dos catéteres uretrovesicales para poder reemplazar rápidamente la sonda en caso de contaminación o resultar dañada durante el procedimiento.		0 1 3
243.	Valoración de la voluntad del paciente de colaborar en la ejecución del procedimiento. Revisión del historial médico del paciente desde el punto de vista de las condiciones asociadas que pueden contraindicar bien la posición supina ( <i>ej. fallo severo del corazón con disnea decúbito</i> ) o bien la flexión de las rodillas / rotación externa de los muslos ( <i>enfermedad reumatológica / ortopédica</i> )		0 1 5
244.	<b>Necesitaré que se tumbe sobre su espalda en la cama, con las rodillas dobladas y abiertas entre 15 y 30 minutos</b> ( <i>la rotación de la parte externa de los muslos y la flexión de las rodillas permiten una óptima visión de la región perineal, donde se encuentra el meato externo urinario que se va a manipular durante la maniobra</i> ). <b>¿Puede hacerlo por favor? Y doblar sus rodillas. Bien. Ahora abra más sus rodillas y gire sus muslos hacia fuera. Gracias. ¿Puede mantener esta posición?</b> ( <i>si el paciente tiene dificultad para colocar y mantener las partes de su cuerpo en esa posición tal como se le ha pedido, se le puede pedir a un colega que ayude con las rodillas y las caderas del paciente. De manera alterna, el paciente puede ser colocado ligeramente hacia un lado o en posición semi-prono</i> )		0 1 3
245.	<b>Se va a exponer su zona genital para realizar esta maniobra.</b> <b>Siendo un tema de privacidad personal, preferiría que fuera exclusivamente una mujer quien se lo realizara?</b>		0 1 9
246.	Si no han sido revisados recientemente: medición de la presión sanguínea, pulseometría, termometría: BP..... mmHg, SaO <sub>2</sub> ..... %, T ..... °C. Lávese las manos. Póngase guantes médicos limpios como parte de las precauciones estándar.		0 1 3
247.	Use una gasa empapada en alcohol para desinfectar cualquier superficie con la cual tendrá contacto durante la maniobra.		0 1 3
248.	Tire los guantes usados en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lávese las manos. Póngase un nuevo par de guantes médicos como parte de las precauciones estándar.		0 1 3
249.	<b>Esta maniobra implica la limpieza previa de la zona de los genitales con agua y jabón.</b> <b>Puede hacerlo usted misma o pedirnos que lo hagamos por usted, ¿qué prefiere?</b>		0 1 9

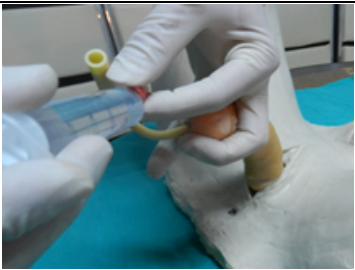

	Limpie la zona perineal con agua y jabón – la mayoría de los pacientes eligen hacerlo ellos mismos ( <i>ya que esto implica el área genital</i> ) y lo hacen satisfactoriamente si reciben la guía adecuada: <b>Lave siempre desde las áreas limpias hacia las sucias, desde delante hacia detrás.</b> ( <i>la zona anal tiene siempre una mayor carga microbial</i> )		
250.	Cubra al paciente con una sábana de baño preparada con la forma de un diamante, las esquinas apuntando la cabeza, las piernas y los lados de la cama respectivamente.		0 1 3
251.	<b>Use sus manos para sostener las esquinas de la sábana bajo su barbilla mientras tiramos de la sábana por debajo de usted.</b> Sin exponer al paciente bajo la sábana de baño, enrolle la sábana hasta los pies de la cama y retírela entre los pies del paciente y la barra de los pies.		0 1 3
252.	<b>Ahora por favor desvístase de cintura para abajo, debajo de la sábana de baño.</b> <b>Guardaremos su ropa hasta que termine la maniobra. Gracias.</b>		0 1 3
253.	<b>Doble sus rodillas ahora, por favor.</b> <b>Las plantas de los pies separadas unos 60 cm aproximadamente. Así. Muy bien.</b> <b>Ahora gire sus muslos ligeramente hacia fuera.</b>		0 1 3
254.	Coloque los materiales necesarios a la altura de la mesa de trabajo.		0 1 3
255.	Asegúrese de que tiene una buena iluminación para el examen y la instrumentación del área perineal ( <i>el uso de luz de flash puede ser apropiado</i> )		0 1 3
256.	Colóquese del lado derecho del paciente ( <i>o lado izquierdo si el equipo que realiza la maniobra es zurdo</i> ). Levante la cama del paciente a la altura de la cintura del equipo que realizará la cateterización uretrovesical.		0 1 3
257.	Cruce las esquinas de la sábana de baño bajo los muslos del paciente, dejando la esquina apuntando a los pies para cubrir la zona perineal como una tienda. ( <i>la exposición reducida de las áreas privadas limita la sensación de vergüenza mientras por otro lado proporciona comodidad térmica durante la cateterización uretrovesical</i> )		0 1 3
258.	Levante la sábana de baño por la esquina que apunta hacia los pies y enróllela hacia arriba para dar acceso a la zona perineal del paciente. Coloque una toalla absorbente bajo las nalgas del paciente y por debajo, entre los muslos del paciente ( <i>para prevenir mojar o comprometer las sábanas de la cama</i> )		0 1 3
259.	Desempaquete el kit estéril que contiene la bolsa para recolección de la orina, cuélguela a la cama usando el gancho especial para ello, dejando a la altura de la mano el final del tubo que conecta la bolsa urinaria a la sonda Foley.		0 1 9
260.	Desempaquete el kit estéril para la cateterización uretrovesical y colóquela a la altura de la mano, teniendo cuidado de no desesterilizar su contenido.		0 1 3



261.	<p>Aplice solución antiséptica (tipo betadine-yodo) en cinco compresas estériles que serán usadas para desinfectar el área peri-meato urinaria. Deseche los sacos vacíos para solución antiséptica en el contenedor de basura no infecciosa.</p>		0 1 6
262.	<p>Tire los guantes usados en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lávese las manos. Póngase un par de guantes limpios mientras mantiene estéril el rollo que se va a colocar entre las piernas del paciente <i>(dentro del rollo tendrá las compresas estériles con solución antiséptica usada para desinfectar el área de meato uretral)</i>.</p>		0 1 6
263.	<p>Extraiga la sonda Foley <i>(usar una jeringa estéril de volumen apropiado que será conectada al final de la sonda especialmente diseñada insertándola firmemente hasta la válvula que se encuentra en este punto)</i> para rellenar la bolsa y así revisar su estabilidad y funcionalidad <i>(la detección de disfunciones a tiempo permite que la sonda sea reemplazada antes de la implementación de la cateterización)</i>. Usar la jeringa de nuevo, vaciar la bolsa de la sonda Foley completamente y desconecte la jeringa que ahora contiene el volumen exacto de agua destilada necesaria para rellenar la bolsa cuando se necesite. Coloque la jeringa en el rollo de los guantes médicos utilizados previamente. Coloque un lubricante al final de la sonda (de 2.5-5 cm de longitud), donde se encuentra la bolsa. La conexión esterilizada de la sonda a la bolsa de recolección urinaria.</p>		0 1 9
264.	<p>Con la mano que no va a manipular, abra la zona meato uretral – separe los labios con los dedos III y IV (<i>¡que han sido esterilizados!</i>), la palma hacia arriba. <i>Tenga cuidado de mantener los labios mayores apartados suficientemente, no deben estar en contacto con el meato urinario en ningún momento de la maniobra. Con ello, los dedos I y II están libres para asegurar un buen agarre del tubo y de la válvula de la bolsa que va a ser conectada con la jeringa cuando se rellena la bolsa con agua destilada estéril.</i></p>		0 1 9
265.	<p>Utilizar el fórceps estéril del kit de cateterización uretrovesical y las compresas antisépticas, limpie hacia abajo con la mano principal y desinfecte el área labial con movimientos sólo en un sentido, tal como sigue: el interior del labio mayor en dirección anterior-posterior <i>(de delante hacia atrás)</i>; el interior del labio mayor opuesto en dirección anterior-posterior; los labios pequeños en dirección anterior-posterior; el opuesto menor en dirección anterior-posterior; los meato-uritarios en dirección anterior-posterior, usando sucesivamente 5 compresas antisépticas <i>(la cateterización uretrovesical es la maniobra más frecuente de infecciones nosocomiales- infecciones adquiridas en el ámbito médico – por tanto deben respetarse estrictamente las normas de asepsia)</i>. Después de cada uso, tire la compresa en el contenedor de basura infecciosa y finalmente también el fórceps. En esta ocasión identifique las estructuras anatómicas del área perineal y detecte la localización del meato uretral (a veces es difícil de identificar en pacientes femeninas).</p>		0 1 9
266.	<p>Inyecte 10-15 ml de gel lubricante en el meato uretral <i>(gel de lidocaína puede servir para reducir las molestias asociadas con el paso del catéter por la zona uretral, pero el uso de lidocaína requiere 5 minutos adicionales para que se sienta el efecto anestésico)</i>. Después de su uso, tire la jeringa con gel lubricante en el contenedor de basura infecciosa.</p>		0 1 9



267.	Sujete el extremo del catéter Foley ( <i>la parte con los tubos conectados</i> ) en la palma de la mano principal, con el catéter haciendo un giro (para controlar su longitud) y el extremo opuesto que va a ser introducido en el meato sostenido a unos 5-7.5 cm de su punta colocado como un bolígrafo entre los dedos I en un lado y II and III en el otro.		0 1 9
268.	Sostenga el área cateterizada usando la mano no principal, mantenga los labios mayores separados. ( <i>con esta maniobra la trayectoria uretral se mantiene recta, y así se facilita el avance del catéter a esta altura</i> )		0 1 3
269.	<b>Inserte el catéter Foley en el meato urinario sin tocar las partes colindantes.</b> <i>(si sucede tal incidente se contamina el catéter Foley y debe ser reemplazado; en caso de inserción accidental en la vagina, se mantiene allí el catéter durante la cateterización para guiar la siguiente inserción correcta con un catéter nuevo y estéril).</i>		ESENCIAL
270.	<b>Ahora, respire varias veces profunda y lentamente.</b> <b>Dentro y fuera,</b> ( <i>avanzar el catéter durante la exhalación del paciente</i> ), <b>lentamente ...todo. Sí, así.....y ahora de nuevo.</b>		0 1 6
271.	Continúe hasta avanzar el catéter a lo largo de la uretra a la vez que el paciente va expirando.		0 1 3
272.	En caso de percepción de resistencia al avance del catéter Foley por el esfínter uretral. Mantenga una presión regular pero no fuerte sobre el catéter <i>(se espera que el esfínter uretral se relaje, permitiendo el avance del catéter o alternativamente, se puede girar el catéter hacia un lado y hacia otro para hacerlo avanzar).</i>		0 1 6
273.	Guíe el giro del catéter en su progreso dentro de la uretra y revise la posible aparición de orina en el catéter.		0 1 3
274.	Sostenga el extremo distal del catéter a la altura de la bolsa de cateterización para permitir que se acumule la orina evacuada desde la vejiga.		0 1 3
275.	Desde este punto, inserte otros 5 cm el catéter <i>(para maximizar las posibilidades de que la bolsa del catéter haya pasado a través de la uretra y se haya asegurado la localización de la vejiga. El llenado de la bolsa en el punto uretral traumatiza el canal urinario y conduce a complicaciones inesperadas).</i>		0 1 9
276.	Usando la mano principal, coja en extremo del catéter Foley que tiene la válvula de la bolsa hasta la altura de los dedos de la mano no principal, mientras continua teniendo los labios mayores abiertos y separados (mediante las posiciones mencionadas previamente).		0 1 3

277.	<p>Usando ahora la mano libre principal, tome la jeringa con agua destilada colocada previamente al alcance y conéctela en el extremo del catéter con la válvula de la bolsa. Sosteniendo la válvula con los dedos de la mano no principal, empuje la punta de la jeringa a través de la válvula e inyecte el volumen conveniente de agua destilada para rellenar la bolsa completamente</p> <p><i>(se ha abandonado el uso de soluciones salinas en esta fase, después de que varios estudios revelasen que por una precipitación parcial del cloruro de sodio (NaCl) en las soluciones salinas, disminuye el volumen de las bolsas).</i></p>		0 1 3
278.	<p>En el momento que suceda dolor o molestias durante la maniobra de llenado de la bolsa, es obligatorio parar la inyección de agua estéril, vaciar completamente la bolsa y posteriormente avanzar el catéter hacia la vejiga.</p>	ESENCIAL	
279.	<p>Desconecte la jeringa del catéter Foley y deséchelo en el contenedor de basura infecciosa no punzante.</p>		0 1 3
280.	<p>Mientras mantiene el área del meato bien alejada de cualquier contacto con las estructuras colindantes, utilice la mano principal para retirar suavemente el catéter Foley hacia atrás hacia el tracto uretral hasta que se sienta que para, lo que ocurre cuando la bolsa se sitúa a la altura de la vejiga del orificio uretral.</p>		0 1 3
281.	<p>Retire la mano no principal de la altura de las zonas asistidas durante la maniobra y vuelva a colocarla a la altura del tubo de drenaje urinario. Use la mano principal para conectar el catéter Foley al tubo de la bolsa recolectora urinaria. <i>(En esta fase se utilizan ambas manos)</i></p>		0 1 3
282.	<p>Asegure el tubo del catéter Foley mientras lo coloca a la altura del interior de los muslos del paciente para que presionen la parte del tubo <i>(para evitar que la bolsa se resbale hacia atrás dentro de la vejiga, con pérdida de orina desde la vejiga a lo largo del catéter, lo que provocaría dificultades en mantener la higiene del paciente y convertiría un circuito cerrado y estéril en uno abierto)</i>, sin estar en tensión, permitir a la paciente realizar movimientos <i>(se recomiendan aparatos específicos con registros científicamente probados de reducción del riesgo de infección relacionada con cateterización uretrovesical, mucho mejor que la simple sujeción del tubo con cinta adhesiva).</i></p>		0 1 3
283.	<p><b>Puede experimentar sensación de escozor y la urgencia de vaciar. Esto sólo durará hasta que se acostumbre al catéter, debería desaparecer en unos minutos.</b></p>		0 1 3
284.	<p>Limpie la zona perineal con compresas con solución alcohólica <i>(para retirar el betadine usado previamente en la desinfección lo que puede provocar irritación local en caso de contacto prolongado con la piel/membranas mucosas).</i></p>		0 1 3
285.	<p>Mida el volumen de la orina recogida y analice su apariencia.</p>		0 1 3
286.	<p>Ajuste el tubo para evitar que se doble y asegúrese que el nivel superior de la bolsa de recolección está siempre situado por debajo de cualquier</p>		0 1 3

	segmento del tubo <i>(para no crear condiciones en que la orina pueda derramarse hacia atrás fuera de la bolsa hacia el tracto urinario – con riesgo de contaminación)</i>		
287.	Retire los materiales restantes del procedimiento en el contenedor de basura infecciosa no punzante.		0 1 3
288.	Retire los guantes usados y arrójelos en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lávese las manos con agua y jabón.		0 1 3
289.	<b>Ahora puede cerrar sus piernas y relajarse. Hemos acabado el procedimiento. Bien hecho. Gracias.</b>		0 1 3
290.	Desenrolle las sábanas para cubrir al paciente <i>(hágalo bajo la sábana de baño)</i> . Retire y coloque las sábanas en el contenedor de basura infecciosa.		0 1 3
291.	Use una gasa con alcohol para desinfectar todas las superficies que han estado implicadas en el procedimiento. Lávese las manos.		0 1 3
292.	<b>La bolsa urinaria será vaciada cada 8 horas o tan a menudo como se necesite, sin que se llene más de la mitad.</b>		0 1 3
293.	<b>El área genital debe ser lavada con agua y jabón al menos diariamente para prevenir la aparición de irritación o infección.</b>		0 1 3
294.	<b>Bajo ninguna razón se retirará el tubo urinario. Si le incomoda alguna cosa del sistema de drenaje urinario, háganoslo saber y lo resolveremos por usted.</b>		0 1 3
295.	<b>Tenga cuidado que no se doble el tubo urinario, se retuerza o se pince ya que esto bloquearía el flujo de orina.</b>		0 1 3
296.	<b>Debe cuidar también que la bolsa de recolección esté siempre por debajo del nivel de la vejiga y los tubos uretrovesicales.</b>		0 1 3
297.	<b>Mientras lleve el catéter su vida sexual cambiará. Será aconsejado sobre estos temas si lo desea.</b>		0 1 3
298.	<b>Es aconsejable tomar duchas en vez de baños mientras lleva el catéter</b> <i>(la inmersión prolongada favorece la aparición de infecciones urinarias)</i>		0 1 3
299.	<b>Por favor, revise cualquier signo de infección. Si tiene escozor o dolor abdominal bajo, urgencia frecuente por orinar o incluso somnolencia o fatiga sin explicación, o si la orina se vuelve grisácea, puede significar que su orina se ha infectado</b> <i>(para disminuir el riesgo se recomienda una dieta que acidifica la orina, ej. zumo de arándanos).</i> <b>Si sucede esto, necesitará cuidados médicos especializados.</b>		0 1 3
300.	<b>Para que pueda orinar la cantidad adecuada, le recomendamos que beba al menos dos litros de líquido cada día</b> <i>(preferiblemente más de 3 litros – esta será una indicación a comunicar al paciente sólo si las patologías asociadas permiten la ingesta de tal volumen de líquido).</i>		0 1 3
301.	Rellene el historial médico del paciente con todos los detalles relacionados con la realización del procedimiento, accidentes, complicaciones – según el caso, volumen y aspecto de la orina (color, claridad, etc.) fecha y hora.	ESENCIAL	

302.	Deben seguirse todos los pasos para garantizar la seguridad del paciente <i>(ajustar la cama a una altura inferior y subir las barreras laterales)</i> . Asegúrese que el paciente puede alcanzar sus objetos personales <i>(ej. teléfono móvil, libro, pasatiempos, etc.)</i> , el vaso de agua y el control remoto para la llamada de asistencia o ayuda médica. Ofrezca detalles sobre el calendario médico a seguir y el momento en que el paciente será revisitado nuevamente).			0 1 3
<b>Puntuación total: 300</b>		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	<b>%</b>

### Referencias selectivas

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## REALIZACIÓN DE PARACENTESIS

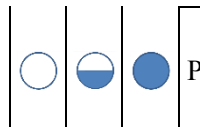
### Protocolo médico





## PROTOCOLO MÉDICO

Crear una comunicación directa con la cavidad del abdomen por medio de una punción intercutánea.






1.	<p>Evalúe las constantes vitales (<i>consciencia, movimientos, habla, respiración</i>)            Constantes vitales presentes <input type="checkbox"/>; infarto cardiorrespiratorio <input type="checkbox"/>            Prepare los materiales necesarios – el kit de recolección  <b>Buenos días. Mi nombre es .... Soy su doctor/a enfermero/a.</b></p>				0 2 5
2.	<p><b>¿Puede decirme su nombre por favor?.....</b> (o verifique la coincidencia entre los datos en la ficha de información y el brazalete si es que el paciente lleva una en la muñeca) <b>Y su fecha de nacimiento</b>  <b>..... Gracias.</b>  <i>(Esto se hace para evitar realizar el procedimiento con el paciente equivocado ya que puede haber pacientes con el mismo nombre. Además, no pregunte por ej. "¿Es usted el/la señor/a García?" para evitar recibir una contestación de pacientes distraídos por sus síntomas u otras razones).</i></p>	ESENCIAL			
3.	<p>Proporcione el ambiente adecuado para una examinación privada (<i>sala con una sola cama, cortinas, etc.</i>)  <b>¿Está de acuerdo con el hecho de mostrar sus fluidos biológicos?</b>  <i>(revisión de las creencias personales acerca de los fluidos biológicos)</i></p>	ESENCIAL			
4.	<p>Si está cualquier acompañante del paciente presente debe pedírsele amablemente que abandone la habitación.            No pueden permanecer en la habitación durante el procedimiento.</p>				0 1 3
5.	<p>Coloque al paciente en una posición cómoda. (<i>reclinado en una silla de brazos o tumbado en la cama</i>).  <b>Le vamos a realizar una paracentesis, que es un procedimiento médico por el cual podemos acceder a la zona de su abdomen donde se ha acumulado una cantidad importante de líquido debido a la enfermedad.</b>  <b>¿Ha tenido una paracentesis anteriormente?</b></p>				0 1 3
6.	<p>Este procedimiento implica introducir una aguja en la zona baja izquierda de su abdomen lo justo para atravesar la piel y alcanzar la cavidad abdominal donde se encuentra el líquido, a causa de la enfermedad.            Para lograr una punción más cómoda y segura, debe reclinarse sobre su lado izquierdo en la cama, de modo que el líquido se acerque a la zona de la punción.  <b>Es importante que esté cómodo en su posición porque debe quedarse completamente inmóvil durante el proceso.</b>  <b>Cualquier movimiento puede ocasionar que le pinchen otros órganos de modo imprevisto.</b>  <b>Por eso le rogamos que no se mueva ni hable antes de avisarnos levantando una mano.</b>  <b>También haga todo lo posible por no toser. El proceso completo puede llevar 30-45 minutos.</b></p>				0 1 3

	<b>Va a sentir cierta presión mientras se le inserta la aguja pero esta desaparecerá pronto, y entonces no tendrá ningún otro tipo de molestias, excepto el hecho de que no podrá moverse por un tiempo.</b> <i>(en qué consiste el proceso)</i>		
7.	<b>Es muy importante que esté relajado y calmado a lo largo de la operación y que se quite cualquier ropa que le cubra el abdomen y se coloque como le he explicado antes. Es muy importante también que no haga movimientos repentinos mientras lleva la aguja.</b> <i>(cómo puede contribuir el paciente a la realización del proceso)</i>		0 1 3
8.	<b>El fluido que vamos a recoger lo vamos a analizar en laboratorio, y nos dará mucha información sobre su situación médica. Basándonos en ello, decidiremos qué medicamentos recomendarle posteriormente.</b> <i>(qué utilidad tiene el procedimiento para el paciente)</i>		0 1 3
9.	<b>Ahora ¿tiene claro cómo es el procedimiento? ¿quiere preguntarme algo más?</b>	ESENCIAL	
10.	Revise el historial médico del paciente en lo concerniente a: diagnósticos asociados (ej. coagulopatías, etc.), parámetros de laboratorio (ej. plaquetas <150,000, INR> 1.5, etc.) y medicación asociada (ej. Sintrom, Trombostop, Aspirina, Plavix, etc.) – para analizar el riesgo de sangrado prolongado.		0 1 9
11.	<b>¿es alérgico/a a alguna cosa, tipo productos de goma/caucho, yodo, esparadrapo quizá?</b> <i>(revisar posibles alergias a los materiales usados regularmente en el procedimiento)</i>		0 1 9
12.	Si no han sido revisados anteriormente: medición de presión arterial, pulseometría, termometría: BP..... mmHg, SaO <sub>2</sub> ..... %, T ..... °C. Lávese las manos. Póngase guantes médicos limpios como parte de las precauciones estándar. Desinfecte con un tampón con alcohol las superficies de los muebles con los que va a interactuar durante el proceso.		0 1 3
13.	Deseche los guantes usados previamente en el contenedor de basura infecciosa. Lávese las manos. Colóquese un nuevo par de guantes médicos como parte de las precauciones estándar.		0 1 3
14.	Revise las indicaciones para paracentesis y, si es el caso, las indicaciones para administración posterior de medicación intraperitoneal (interior del abdomen)		0 1 3
15.	<b>Por favor, retire las ropas para que su abdomen quede completamente descubierto.</b> Levante la altura de la cama del paciente al nivel de la cintura del profesional que realiza la operación. Colóquese en el lado izquierdo de la cama. Baje las barreras laterales de la cama.		0 1 3
16.	Inspeccione la piel del abdomen por posibles signos de infección local. <i>(riesgos asociados de que agentes infecciosos se hayan extendido de modo intraperitoneal debido a lesiones de la piel).</i>		0 1 9
17.	Controle el historial médico del paciente para ver el diagnóstico que puede haber conducido a la acumulación de fluido peritoneal <i>(localización, tipo, rasgos ecográficos de obstrucción).</i> Utilice protectores de cama (Sábanas absorbentes u otro material impermeable colocado bajo el nivel de la zona abdominal del paciente). <b>Ahora por favor tumbese sobre su lado izquierdo, como le he</b>		0 1 9

	<b>explicado anteriormente.</b>		
18.	Identificar la localización de la espina iliaca anterosuperior y el ombligo.		0 1 9
19.	Identificar el punto localizado entre los dos tercios internos y el tercio externo de la línea que uniría el ombligo con la espina iliaca anterosuperior, que es el punto exacto para punzar el abdomen en la paracentesis <i>(esta es la posición óptima para una paracentesis ya que: en el lado izquierdo el colon se encuentra más abajo; membrana peritoneal serosa al ser resbaladiza las asas intestinales tienden a alejarse del lado de la aguja, y la posición decúbito lateral ayuda a colocar el fluido abdominal hacia el área de la punción).</i>	ESENCIAL	
20.	Marque el punto de punción con una X realizada con el borde de la uña.		0 1 9
21.	Presione el abdomen para confirmar la presencia de fluido en el área seleccionada <i>(esto ayuda a relacionar la ecografía abdominal con los objetivos del examen clínico para determinar mejor el lugar de la punción para la paracentesis)</i> y para la selección final del punto de punción.		0 1 6
22.	Limpie una zona de 5 cm <sup>2</sup> ejerciendo presión en la superficie de la piel comenzando hacia fuera en espiral desde el punto elegido para la punción, utilizando una gasa con solución yodada <i>(esto consigue desinfección química - ej. la solución yodada alcohólica junto con otra mecánica – limpiar la piel restregando en espiral).</i> Deseche la gasa en el contenedor de basura infecciosa. Repita el proceso de desinfección con un nuevo tampón con solución yodada. Retire este segundo tampón en el contenedor de basura infecciosa.		0 1 9
23.	Repita el proceso de desinfección con un nuevo tampón con solución yodada. Retire este tercer tampón en el contenedor de basura infecciosa.	ESENCIAL	
24.	Lávese las manos y póngase guantes desechables estériles.		0 1 6
25.	Conecte la jeringa estéril con la aguja. Posibilidad: <b>jeringa de 20-grosor, por favor.</b> <i>(pida la asistencia de un colega médico – ej., abrir y disponer – los contenidos esterilizados del paquete que contienen la jeringa y la aguja, que serán manejados por el personal que realiza el proceso mediante guantes estériles, de este modo minimiza el riesgo de infección relacionada con la operación)</i>		0 1 3
26.	Quite el capuchón de la aguja La posición de la aguja-jeringa perpendicular al tegumento, inclinada hacia arriba.		0 1 6
27.	<b>Vamos a comenzar la paracentesis.</b> <b>Sentirá un poco de pinchazo.</b> <b>Por favor manténgase quieto.</b>		0 1 6
28.	EL conjunto de jeringa y aguja se presiona con un movimiento firme y controlado para punzar la piel y profundizar la aguja subcutáneamente, 5-7 mm de profundidad.	ESENCIAL	
29.	Use ambas manos colocadas al nivel de la jeringa, avance la aguja hacia la zona peritoneal en dirección perpendicular a la piel, mientras se genera		0 1 9

	presión negativa dentro de la aguja, tirando del pistón hacia atrás <i>(la presión negativa generada dentro de la jeringa permite identificar exactamente el momento de entrada en el espacio peritoneal notando inmediatamente la entrada de fluido en la jeringa. Después de esto, para evitar el riesgo de pinchazos accidentales en órganos abdominales, es importante mantener constantemente la longitud de inserción de la aguja y la dirección perpendicular a la piel)</i>			
30.	<b>Muy bien. Ahora vamos a retirar algo del fluido que le crea dificultades para respirar. Mantenga dicha posición un poco más de tiempo y no se mueva por favor.</b>			0 1 3
31.	Aspirar la cantidad pretendida de fluido <i>(generalmente, en la evaluación inicial, el objetivo es diferenciar entre exudación y trasudación mediante exploración bioquímica – proteínas, lactato deshidrogenasa (LDH), colesterol, a qué glucosa, amilasa et al. se ha añadido, más exploraciones citológica y microbiológica)</i> El equipo monitoreará constantemente y asegurará que se mantengan la longitud de la inserción de la aguja y la posición perpendicular al tegumento.			0 1 3
32.	Según sea el caso, la aguja de punción puede conectarse a un sistema de aspiración (cuando se recolecta fluido en una botella con indicación de niveles), lo que permite la retirada más fácil de la cantidad deseada de fluido <i>(como norma, retirar hasta 5 litros de fluido ascítico no provoca consecuencias psicopatológicas – electrolito o desequilibrio coloidal, etc.)</i>			0 1 3
33.	<b>Muy bien. Casi hemos terminado aquí, pero no se mueva todavía.</b>			0 1 3
34.	Aplique un tampón con solución yodada en el nivel de la punción y retire cuidadosamente el conjunto de aguja-jeringa de modo perpendicular al tegumento, mientras presiona el tampón yodado firmemente en la zona de entrada tan pronto como se retira la aguja.			0 1 9
35.	<b>Hemos terminado ahora. Lo ha hecho muy bien.</b>			0 1 3
36.	Deseche la aguja en el contenedor de basura de objetos punzantes y la jeringa en el contenedor de basura de objetos no punzantes.			0 1 6
37.	<b>Dese la vuelta sobre su lado derecho.</b> <i>(colocar al paciente en posición decúbito lateral derecho ayuda a disminuir la presión del fluido en la trayectoria de la puntura abdominal y permite que se vaya cerrando sin complicaciones)</i>			0 1 9
38.	Use alcohol para limpiar la zona yodada de la piel del abdomen <i>(la presencia prolongada de solución yodada en el tegumento es por un lado incómodo de observar y puede causar también riesgo de irritaciones locales)</i>			0 1 9
39.	Aplique un tampón con alcohol en la zona de punción para reemplazar el tampón con solución yodada, que tirará en el contenedor de basura infeccioso. Fije el tampón con esparadrapo.			0 1 6
40.	<b>Vamos a mandar las muestras para la prueba.</b> <b>Así podremos saber más sobre su condición médica y lo que tenemos que hacer a continuación.</b>			0 1 6
41.	Rellene el historial médico del paciente con todos los detalles relativos a la realización de la operación, accidentes, complicaciones – según el caso, volumen, aspecto del líquido evacuado (color, claridad, etc), fecha y hora.	ESENCIAL		

42.	<b>Gracias. Hemos completado el proceso. Puede volver a ponerse sus ropas.</b> Según el caso, asegure al paciente ( <i>ajustar la cama a una altura inferior, levantar las barreras, laterales</i> ), coloque las pertenencias del paciente ( <i>ej. Teléfono móvil, libro, pasatiempos, etc.</i> ), vaso de agua, control remoto de llamada de asistencia médica de fácil alcance. <b>Todavía tenemos que hacer .....</b> ( <i>ej. electrocardiograma</i> ) <b>en ..... minutos.</b> ( <i>ofrezca detalles sobre la próxima actividad médica y el tiempo que le queda hasta esta nueva realización</i> )					0 1 9
	<b>Puntuación total: 200</b>		criterio no rellenado		<b>%</b>	
			criterio parcialmente rellenado		<b>%</b>	
			criterio completamente rellenado		<b>%</b>	

## Referencias selectivas

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009





## PERFUSIÓN DE JERINGA SUBCUTÁNEA AUTOMÁTICA

### Protocolo médico



## PROTOCOLO MÉDICO

Muchos de los pacientes en las unidades de cuidados paliativos experimentan dificultades en la toma de medicación oral, a lo largo de la enfermedad. En tales casos, los pacientes pueden recibir su medicación bien por vía intrarectal o parenteral (intramuscular, intravenosa o administración subcutánea).

La medicación se administra frecuentemente en el tejido subcutáneo, por medio de inyección o perfusión continua.

La perfusión continua se puede utilizar para controlar los síntomas (opiáceos, antieméticos, ansiolíticos, cortico esteroides, medicinas anticolinérgicas). Algunas medicinas pueden mezclarse en la misma jeringa y administrarse juntas. La medicación es absorbida lentamente a través del tejido adiposo, el nivel del plasma es estable ante un medicamento y facilita el control de los síntomas.

La perfusión subcutánea es un procedimiento menos doloroso comparado con la inyección intramuscular; puede realizarse fácilmente en casa del paciente y puede monitorizarse por alguien delegado y asesorado por el equipo de cuidados paliativos. De este modo, el procedimiento es aceptado más fácilmente por el paciente y la familia.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Examine las condiciones vitales del paciente ( <i>consciencia, movimientos, habla, respiración</i> ): <i>funciones vitales preservadas</i> <input type="checkbox"/> ; <i>infarto cardiorrespiratorio</i> <input type="checkbox"/>		0 1 3
2.	<b>¿Puede decirme por favor su nombre?..... ¿Y su fecha de nacimiento?.....</b> ( <i>Esto se realiza para evitar realizar un procedimiento con el paciente equivocado, ya que puede haber varios pacientes con el mismo nombre. Tampoco pregunte por ejemplo "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" para evitar recibir confirmación errónea de pacientes distraídos por los síntomas u otras razones</i> ). <i>Revise dos veces los datos del historial médico para chequear el nombre:</i> <input type="checkbox"/> <i>fecha de nacimiento:</i> <input type="checkbox"/>	ESSENTIAL	
3.	Proporcione un espacio privado para el procedimiento. Dígame al paciente o cuidador lo que va a realizar: <b>Le voy a colocar una perfusión subcutánea.</b>		0 1 3
4.	<b>¿En qué consiste el procedimiento? Tenemos que colocar esta palometa en algún sitio del tejido subcutáneo; puede tener que quedarse ahí varios días. La palometa será conectada a esta bomba; así su medicación será administrada automática y continuamente, durante las 24 horas.</b>		0 1 3
5.	<b>¿Cómo puede el paciente contribuir a la realización del procedimiento? No lleva mucho tiempo insertar la palometa. Quédese quieto, relajado. Sentirá un leve pinchazo. El accesorio es bien tolerado generalmente y no interferirá con sus actividades diarias, pero ponga atención en él, la palometa estará en ese lugar por un largo tiempo.</b>		0 1 3
6.	<b>¿Cuál es la utilidad de la maniobra? Con este procedimiento la medicación que le ayuda entrarán en su cuerpo de un modo constante y cómodo. Aliviara sus síntomas por un largo periodo de tiempo. Si aún experimenta dolor u otro síntoma (náusea, disnea) podemos darle medicación adicional en cualquier momento.</b>	ESENCIAL	
7.	Plantee al paciente y al cuidador las siguientes preguntas: <b>¿Entiende en qué consiste el procedimiento?; ¿Tiene alguna otra pregunta?; ¿Ha</b>		0 1 3

	<b>hecho esto anteriormente?</b>		
8.	<p>Revise el historial médico del paciente:</p> <p>a. Situaciones que hacen necesaria una perfusión automática subcutánea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- náusea incontrolada, vómitos</li> <li>- disfagia</li> <li>- mala absorción</li> <li>- obstrucción gastrointestinal</li> <li>- intolerancia a medicación oral</li> <li>- escasa adaptación a la medicación oral</li> <li>- bajo nivel de consciencia</li> <li>- debilidad severa</li> <li>- paciente terminal</li> <li>- control de síntomas múltiples que requieren combinación de medicación</li> </ul> <p>b. medicación, dosis, ritmo de administración.</p>		03 6
9.	<p><b>¿Ha tomado esta medicación anteriormente?</b></p> <p><b>¿Es consciente si tiene alergia a alguno de los medicamentos?</b></p> <p><b>¿Cuáles?</b> Estas preguntas se realizarán a ambos, paciente y cuidador.</p>	ESENCIAL	
10.	<p>El consentimiento del paciente y del cuidador será reflejado en el historial médico.</p> <p><b>¿Dan su consentimiento para realizar este procedimiento?</b></p>	ESENCIAL	
11.	<p>Prepare los materiales así como su integridad y validación:</p> <p>a. Inyector</p> <p>b. Jeringa -&gt; a 20 ml jeringa tipo Luer</p> <p>c. la palometa (aguja 23 o 25 G)</p> <p>d. vial de medicación</p> <p>e. 0.9 % cloruro de sodio para disolución</p> <p>f. gasas con alcohol</p> <p>g. esparadrapo oclusivo transparente</p>		0 1 3
12.	<p>Prepare la jeringa :</p> <p>d. Controle la medicación prescrita:</p> <p>13. Tipo y nombre <input type="checkbox"/></p> <p>14. dosis <input type="checkbox"/></p> <p>15. fecha de caducidad <input type="checkbox"/></p> <p>16. apariencia macroscópica / conformidad <input type="checkbox"/></p> <p>h. compatibilidad con medicación asociada si deben combinarse varios medicamentos en la misma jeringa <input type="checkbox"/></p> <p>i. extraiga la medicación prescrita ± diluyente en la jeringa, al volumen prescrito <input type="checkbox"/></p>	ESENCIAL	
13.	<p>Etiquetado :</p> <p>a. complete los detalles del/de los medicamento/s</p> <p>b. Asegure que la etiqueta no interfiere con el mecanismo de la bomba</p> <p>c. asegure que la etiqueta no tapa la escala visual</p> <p>d. asegure que la etiqueta no interfiere con los sensores de la bomba</p>		0 1 3
14.	<p>Prepare la bomba:</p> <p>a. Coloque la batería</p>		0 3 6

	b. Coloque la jeringa dentro de la bomba correctamente c. mida el contenido de la jeringa según la escala de la bomba d. ajuste en la pantalla de la bomba la tasa correcta / duración en tiempo / volumen total de administración del medicamento.		
15.	Regístrelo en el cuadro de control de infusión, antes de cargar la línea: a. nombre de los medicamentos y dosificación b. volumen total en milímetros c. tasa por hora a rellenar		0 3 6
16.	Ajuste la zona para inyectar: Inspeccione al paciente y elija el lugar correcto, (considere los principios : - con pacientes caquéticos, el abdomen es el sitio adecuado , excepto un radio de 3 cm peri umbilical - con pacientes con ascitis, el sitio correcto es la parte superior anterior de la pared torácica por encima del pecho lejos de la axila - con pacientes agitados el sitio es la parte superior de la espalda alrededor del omóplato - parte superior de los brazos - parte externa de los muslos - considere alternar las zonas Lugares que NO deben ser usados: - áreas afectadas por linfedema (riesgo de infección por mala absorción) - sitios por encima de prominencias óseas (reducido tejido subcutáneo tiene mala absorción) - zonas cerca de las articulaciones( los movimientos pueden desplazar la mariposa y causar molestias) - infecciones de la piel - eritema local, ulceraciones, heridas - Piel previamente irradiada (la radioterapia causa esclerosis de pequeños vasos sanguíneos reduciendo la perfusión de la piel) - zonas de tumores - pliegues de la piel)		0 3 6
17.	Lávese las manos, colóquese guantes.	ESENCIAL	
18.	Desinfecte la piel con betadine, clorexidrina o alcohol y espere que seque la piel.		0 1 3
19.	Conecte la palometa a la jeringa e instile la solución para retirar el aire de la cánula de la palometa.		0 1 3
20.	Agarre la piel firmemente para elevar el tejido subcutáneo. Inserte la aguja de palometa con el punto justo debajo de la epidermis. El ángulo de inserción puede que necesite ser de unos 30° para una persona delgada y 45° para una persona con tejido subcutáneo consistente. Una infusión más profunda prolonga la existencia del punto de infusión.		0 1 3
21.	Suelte la piel.		0 1 3
22.	Forme una vuelta con el tubo de la cánula para prevenir una desconexión accidental por un movimiento del paciente.		01 3
23.	Cubra la cánula con un esparadrapo transparente oclusivo que permita la inspección cada 4 horas.		01 3
24.	Conecte la bomba a la línea. (ATENCIÓN: NO conecte la jeringa al paciente antes de instalarla en el aparato automático.		0 1 3

	NO conecte la bomba antes de registrar: el nombre del medicamento, la dosis del medicamento, la tasa por hora, el volumen total, el tiempo de cebado de la línea).			
25.	Comience la infusión presionando el botón ON/OFF. Ponga atención a la señal acústica y la luz de la pantalla.		0 1 3	
26.	Deposite los viales vacíos (en el contenedor de basura de objetos punzantes), la gasa de algodón, los guantes (en el contenedor de basura infecciosa no punzante) y la palometa retirada y agujas usadas en la caja adecuada.		0 1 3	
27.	Lávese las manos con agua y jabón.		0 1 3	
28.	<b>Por favor mantenga la palometa tal como se la hemos colocado.</b> (debe advertirse al paciente y/o el cuidador que no deben retirar la cánula).		0 1 3	
29.	<b>Puede pedir y recibir medicación adicional si no se controlan sus síntomas convenientemente.</b>		0 1 3	
30.	Garantice la seguridad del paciente – ajuste la cama, levante las barreras laterales.		02 4	
31.	Revise de nuevo las condiciones del paciente (como mínimo cada 4 horas) observándole o, si es conveniente, comenzando una conversación: <b>¿Cómo se encuentra?¿Está usted cómodo/a?¿Tiene controlado el dolor?¿Tiene usted algún problema?</b> Examine de nuevo si es necesario.Controle si la jeringa está funcionando adecuadamente y si hay cualquier complicación (enrojecimiento, sangre en la cánula, etc.) en el punto de la inyección.		0 3 6	
32.	Asegúrese que la bomba está funcionando (la luz está ON, se escucha sonido).		0 1 3	
33.	Vea el volumen restante en la jeringa según el tiempo que queda.		01 3	
34.	Observe el aspecto del contenido de la jeringa (claridad, cambio de color, depósitos).		01 3	
35.	Controle el aspecto del punto de infusión, observando (si se encuentra): a. hematoma b. dolor local c. hinchazón local d. enrojecimiento local e. fuga en el punto de inserción f. presencia de sangre en la cánula g. desplazamiento de la cánula . Cualquier complicación debe anotarse en el historial médico del paciente.	ESENCIAL		
Puntuación total: 100		<input type="radio"/>	criterio no rellenado;	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%



## Referencias:

NHS Trust Oxford Radcliffe Hospital Clinical protocol for the use of syringe drivers in palliative care (adults)  
<http://www.palliativedrugs.com/download/SDprotocol.pdf>

Ministry of Health. 2009. *Guidelines for Syringe Driver Management in Palliative Care in New Zealand*. Wellington: Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>

The State of Queensland, Queensland Health, 2010 *Guidelines for syringe driver management in palliative care*. Second edition 2010 [https://www.health.qld.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0029/155495/guidelines.pdf](https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0029/155495/guidelines.pdf)



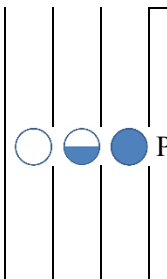
## **TRANSFERENCIA DEL PACIENTE DESDE DECÚBITO DORSAL PROLONGADO A DECÚBITO LATERAL PROLONGADO**

### **Protocolo médico**



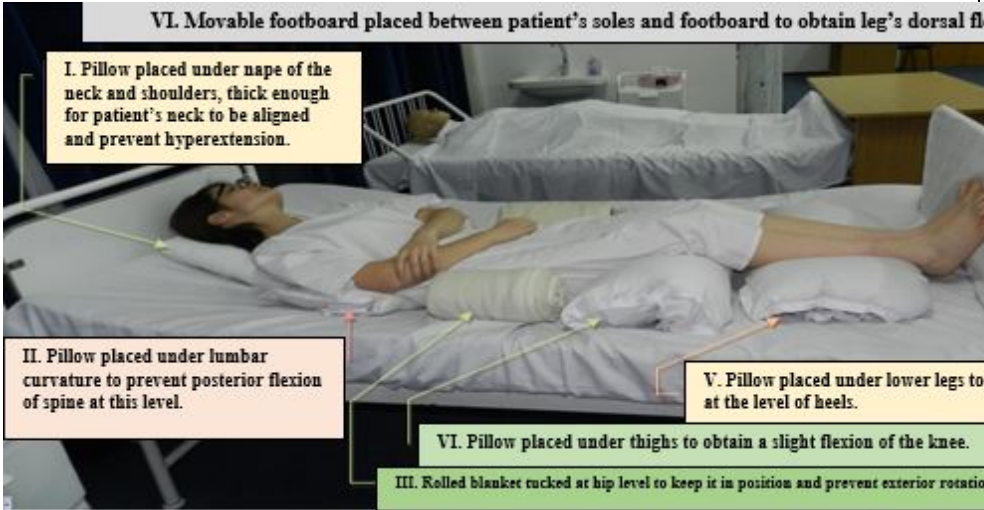
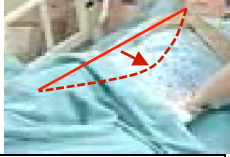
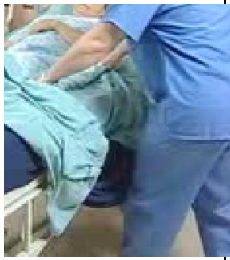
## PROTOCOLO MÉDICO

Para los pacientes postrados en cama, poder alternar las zonas presionadas entre el peso del cuerpo y el nivel de la cama es uno de los pasos más importantes de prevención contra las úlceras por presión en cama (heridas en la piel y posiblemente en los órganos subyacentes; esto sucede como consecuencia de la interrupción de riego sanguíneo y por tanto del oxígeno y los nutrientes en la sangre, también como consecuencia de lesiones en los vasos sanguíneos a causa de la falta de cambio de la posición por un tiempo prolongado.

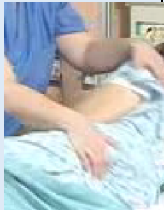


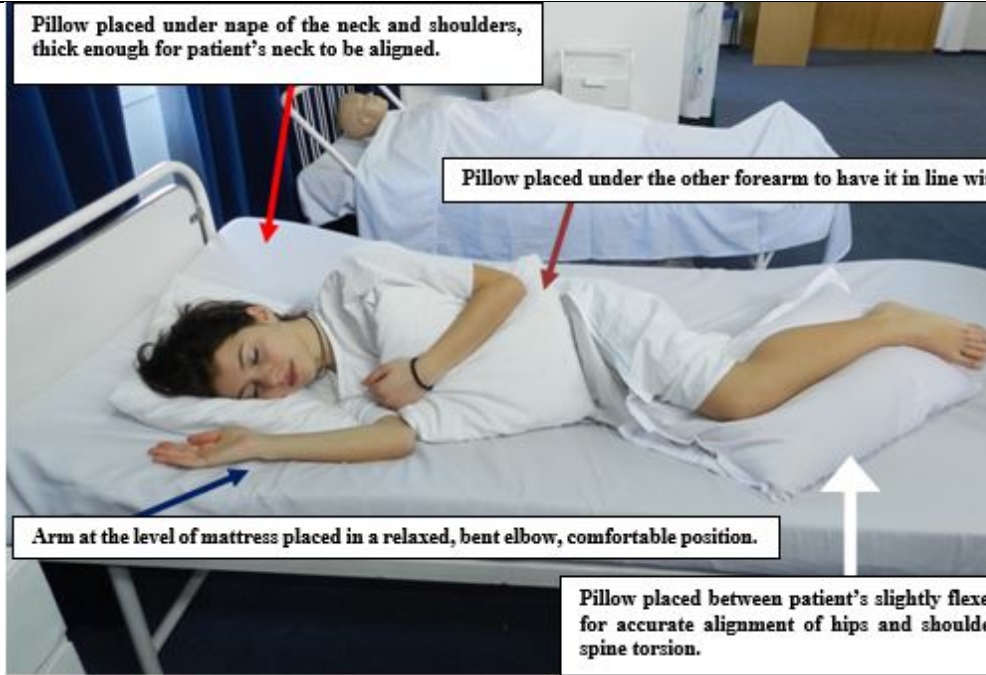
1.	Examine las condiciones vitales del paciente ( <i>consciencia, movimientos, habla, respiración</i> ): <i>funciones vitales preservadas</i> <input type="checkbox"/> ; <i>infarto cardiorrespiratorio</i> <input type="checkbox"/> (en tal caso, realice protocolo cardiorrespiratorio) <b>Buenos/as días/tardes. Mi nombre es ..... Soy su doctor/a enfermero/a y voy a examinarle en un momento.</b>				0 2 5
2.	<b>¿Puede decirme por favor su nombre?..... ¿Y su fecha de nacimiento?.....</b> ( <i>Esto se realiza para evitar realizar un procedimiento con el paciente equivocado, ya que puede haber varios pacientes con el mismo nombre. Tampoco pregunte por ejemplo "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" para evitar recibir confirmación errónea de pacientes distraídos por los síntomas u otras razones</i> ). <i>Revise dos veces los datos del historial médico para chequear el nombre:</i> <input type="checkbox"/> <i>fecha de nacimiento:</i> <input type="checkbox"/>	ESENCIAL			
3.	<b>Ahora voy a ayudarle a cambiar su posición en la cama, y a girarle hacia el otro lado.</b> ( <i>qué vamos a hacer</i> )				0 1 3
4.	<b>La maniobra implica retirar primero las almohadas a su alrededor, después moverle con la sábana a un lado de la cama y recolocarle tumbado en un lado. Entonces pondremos las almohadas de nuevo en su sitio para sostenerle en su nueva posición en la cama. Esto no conlleva ningún corte ni pinchazo</b> ( <i>en qué consiste la maniobra</i> )				0 1 3
5.	<b>Por favor siga mis instrucciones cuidadosamente para que ninguno de los dos se haga daño durante la maniobra. Si siente alguna molestia, hágamelo saber inmediatamente y tomaré las medidas necesarias</b> ( <i>cómo puede contribuir el paciente a realizar el procedimiento</i> )				0 1 3
6.	<b>Estar postrado en la cama durante un tiempo prolongado puede agravar su condición médica. Pueden aparecer heridas en las zonas de su cuerpo que sostienen su peso en contacto con la cama. Es realmente importante que pueda gestionar bien esta transferencia.</b> ( <i>cómo el procedimiento es útil al paciente</i> )				0 1 3
7.	<b>¿Tiene clara toda la maniobra? ¿Hay algo que le gustaría preguntarme sobre lo que vamos a realizar?</b>	ESENCIAL			
8.	<b>¿Es alérgico a alguna cosa? ¿A los productos de goma tal vez?</b>				0 1 3
9.	Revise los recursos humanos necesarios y/o equipamiento específico para la recolocación del paciente: • Controle el historial médico del paciente por si hubiera posibles: A. Diagnósticos ( <i>hemiplejias - ej. infarto/accidente vascular cerebral; condiciones ortopédicas - fracturas; condiciones reumatológicas - ej. artrosis, artritis etc.</i> )				0 1 6

	<p>B. medicación que impida la capacidad motora del paciente (sedantes – ej. Diazepam; antihistamínicos – ej. Romergan; tranquilizantes – ej. Xanax etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Control general para comprobar uso de posibles aparatos ortopédicos por el paciente (ej. Accesorios ortopédicos) o marcas de intervenciones quirúrgicas recientes.</li> </ul> <p>Procedimiento a realizar: por mí mismo <input type="checkbox"/>; con ayuda de un colega <input type="checkbox"/>; mecanizados <input type="checkbox"/></p>		
10.	<p><b>¿Tiene algún dolor en el pecho ahora?</b> SI: Posponga el reposicionamiento – NO: realice el procedimiento clínico, electrocardiográfico, control enzimático – igual que el protocolo local para la gestión del síndrome coronario agudo</p>		0 1 6
11.	<p><b>¿Problemas de respiración?</b></p>		0 1 6
12.	<p><b>¿Cuál es el peso de su cuerpo? ¿Cuántos kilos aproximadamente?</b> (los pacientes con sobrepeso necesitan la asistencia de más de una persona para su desplazamiento) Procedimiento a realizar: por mí mismo <input type="checkbox"/>; con ayuda de un colega <input type="checkbox"/>; mecanizados <input type="checkbox"/></p>		0 1 6
13.	<p><b>¿Puede mover fácilmente sus brazos y piernas? Muéstremelo. ¿Qué tal doblar sus rodillas y codos? Enséñemelo, por favor. Gracias.</b> Procedimiento a realizar: por mí mismo <input type="checkbox"/>; con ayuda de un colega <input type="checkbox"/>; mecanizados <input type="checkbox"/></p>		0 1 6
14.	<p><b>¿Desde hace cuántos días que está en cama? ¿Se siente débil o cansado? ¿Puede cambiar por sí mismo su posición en la cama? ¿Puede quizá sentarse o empujarse hacia arriba?</b> (revisar reminiscencias del paciente sobre movilizaciones anteriores) el paciente puede moverse por sí mismo o necesita asistencia ambulatoria. Procedimiento a realizar: por mí mismo <input type="checkbox"/>; con ayuda de un colega <input type="checkbox"/>; mecanizados <input type="checkbox"/></p>		0 1 6
15.	<p><b>Ahora apriete mis dedos por favor.</b> (ofrecer los dedos II y III de ambas manos y después tire de ellos hacia atrás con el puño apretado – para evaluar posibles asimetrías en la fuerza muscular del paciente) <b>¿Cuál de sus brazos es más fuerte? ¿Y qué pierna? ¿Qué debilidad o falta de fuerza percibe en sus brazos o piernas?</b></p>		0 1 6
16.	<p>Evaluar la capacidad del paciente para colaborar durante el procedimiento para poder revisar si el procedimiento a realizar puede hacerse: por mí mismo <input type="checkbox"/>; con ayuda de un colega <input type="checkbox"/>; mecanizados <input type="checkbox"/></p> <p><b>¿Siente algún tipo de dolor ahora?</b> (y administrar posible medicación analgésica)</p>		0 1 9
17.	<p>Identificar y colocar adecuadamente cualquier equipamiento médico al cual esté conectado el paciente (ej. Tubos de bombas de infusión intravenosa o catéteres urinarios, cables para registro electrocardiográfico y monitoreo pulseométrico, temperatura del cuerpo)</p>	ESENCIAL	
18.	<p>Use una gasa con alcohol para desinfectar cualquier superficie de mobiliario que entre en contacto durante la maniobra.</p>		0 1 3
19.	<p>Retire previamente los guantes y deséchelos en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lávese las manos. Póngase guantes médicos limpios, como parte de las precauciones estándar.</p>		0 1 9
20.	<p>Levante la cama a la altura de la cintura del médico/enfermero que realiza el procedimiento (para evitar sobrecargar la espalda del doctor/enfermero por inclinarse durante un tiempo prolongado hacia el paciente) Baje las barreras</p>		0 1 9

	laterales de la cama convenientemente.			
21.	<p>Retire la almohada entre el borde inferior de la cama y los pies del paciente (<i>colocada allí previamente para prevenir anquilosamiento de la (parte baja de la) pierna debido a flexión plantar prolongada</i>)</p> 		0 1 3	
22.	Retire la almohada bajo la parte baja de las piernas ( <i>colocada previamente para prevenir la presión sobre los talones</i> )		0 1 3	
23.	Retire los rollos de cada lado de la cadera ( <i>colocada previamente para prevenir la rotación hacia fuera de las extremidades inferiores</i> )		0 1 3	
24.	Retire la almohada bajo los muslos ( <i>colocada previamente para prevenir anquilosamiento de la rodilla por la hiperextensión prolongada</i> )		0 1 3	
25.	Retire la almohada o rodillos de debajo de la curvatura lumbar ( <i>colocada previamente para prevenir flexión posterior de la columna</i> )		0 1 3	
26.	Retire la almohada de debajo de la cabeza y la nuca ( <i>colocada previamente para alinear el cuello del paciente y prevenir la hiperextensión, especialmente con pacientes con tórax globular</i> )		0 1 3	
27.	<p>Mover lateralmente la mitad tercera parte del cuerpo del paciente en la cama por medio de una guía o paño colocado entre el paciente y la sábana.</p>  <p>(Colocación de las piernas del doctor/enfermero: una pierna junto al lado de la cama, los dedos de los pies hacia el paciente, rodillas flexionadas; lo mismo para la segunda pierna, perpendicular a la pierna cercana a la cama, a cierta distancia de la cama, rodilla extendida; use sujeción doble sobre el extremo del paño (junto al doctor/enfermero), enrollado previamente un par de veces para aumentar resistencia, y aplicar fuerza de tracción en el paño hacia el doctor/enfermero trasladando el peso del cuerpo desde la pierna junto a la cama hasta la pierna lejos de la cama: con la rodilla junto a la cama extendida y flexión de la segunda rodilla)</p> 		0 1 9	
28.	Elevar las barreras de la cama correspondientemente.		0 1 3	
29.	EL doctor/enfermero se recoloca en el lado opuesto de la cama, al nivel de		0	



	las barreras de la cama.			1 3
30.	Baje las barreras.			0 1 3
31.	Sujeciones sencillas al nivel del hombro y cadera contralateral del paciente, respectivamente <i>(lo que corresponde a las dos correas – escapulohumeral y coxofemoral, respectivamente – así se consigue que el paciente esté sujeto con mayor eficacia)</i>			0 1 9
32.	<p>Rotar el cuerpo del paciente por medio de un movimiento de tracción en la dirección del doctor/enfermero aplicado a la altura de las sujeciones.</p> <p><i>(colocación de las piernas del doctor/enfermero: una pierna junto a la cama, los pies orientados hacia el paciente, rodilla flexionada; lo mismo con la segunda pierna, perpendicular a la misma pierna junto a la cama, a cierta distancia de la cama, rodilla extendida;</i></p> <p><i>usar una sujeción sencilla a la altura del hombro y cadera contralateral del paciente, respectivamente, y aplicar fuerza de tracción hacia el doctor/enfermero trasladando el peso del cuerpo del paciente desde la pierna junto a la cama hasta la pierna lejos de la cama: con rodilla junto a la cama extendida y flexión de la segunda rodilla – para rotar al paciente “hacia un lado”, colocándolo de frente al doctor/enfermero que realiza el procedimiento)</i></p>		ESENCIAL	
33.	Fije la posición actual del paciente colocando una almohada a la altura de la espalda del paciente			0 1 9
34.	Levante las barreras laterales.			0 1 3
35.	El doctor/enfermero se colocan en el lado contrario de la cama, a la altura de la espalda del paciente. Bajar las barreras correspondientes. Fije la almohada firmemente en el espacio entre la cama y la espalda.			0 1 3
36.	Subir las barreras laterales.			0 1 3
37.	El doctor/enfermero se colocan en el lado contrario de la cama, a la altura de la cara. Bajar las barreras correspondientes.			0 1 3
38.	Colocar la almohada bajo la cabeza del paciente, con el grosor suficiente para alinear el cuello y prevenir la flexión lateral y sobrecargar los músculos del cuello <i>(músculos esternocleidomastoideos)</i>			0 1 9
39.	Colocar el brazo del paciente sobre el colchón en postura relajada, codo doblado, una posición cómoda.			0 1 9
40.	Colocar una almohada bajo el otro brazo para estar alineados con el cuerpo <i>(esto facilita una amplitud superior de los movimientos respiratorios y previene rotación interna y aducción del hombro, lo que puede causar limitaciones posteriores funcionales en el hombro)</i>			0 1 9
41.	Colocar una almohada entre los miembros inferiores flexionados ligeramente y revisar que están correctamente alineados la cadera y los hombros para prevenir torsión de la columna <i>(y en segundo lugar rotación interna y aducción de los muslos)</i>			0 1 9

	 <p>Pillow placed under nape of the neck and shoulders, thick enough for patient's neck to be aligned.</p> <p>Pillow placed under the other forearm to have it in line with the first forearm.</p> <p>Arm at the level of mattress placed in a relaxed, bent elbow, comfortable position.</p> <p>Pillow placed between patient's slightly flexed knees for accurate alignment of hips and shoulders, preventing spine torsion.</p>			
42.	Rellene en el historial médico del paciente los detalles de la maniobra realizada, cualquier accidente o complicación, fecha y hora.			0 1 3
43.	Asegure al paciente (bajar la cama a una altura inferior, colocar las barreras laterales), colocar las pertenencias personales del paciente (ej. Teléfono móvil, libro, pasatiempos, etc.), vaso de agua, control remoto de llamada para asistencia médica al alcance. Proporcione detalles sobre la próxima actividad médica y el tiempo que queda hasta la próxima visita.			0 1 3
<b>Puntuación total: 200</b>		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

## Referencias selectivas

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## CONSPIRACIÓN DE SILENCIO – MANEJO DE LA COMPLICIDAD

### Protocolo médico



## PROTOCOLO MEDICO

Esde un punto de vista ético, los pacientes tienen derecho a recibir toda la información que deseen sobre su condición médica (diagnóstico, pronóstico, tratamiento,...). El hecho de conspirar o cooperar de modo secreto contra alguien es poco ético pero es un fenómeno que sucede en sociedades tanto occidentales como no occidentales. La conspiración implica que se retiene o no se comparte cierta información entre los individuos implicados (sobre el diagnóstico, el pronóstico, y los detalles médicos sobre la persona que está enferma). La conspiración también significa que se selecciona cierta información médica relevante o completa o no se revela en absoluto a los pacientes y/o parientes. Los equipos médicos confabulan a menudo con los familiares de los pacientes para mantenerles a éstos en la “oscuridad” (ej. Por favor no le cuente la gravedad de la enfermedad), o también conspiran con los pacientes (ej. Por favor no le cuente a mi esposa o familia sobre mi enfermedad), njo no informar a la familia sobre el diagnóstico o pronóstico del paciente. Entre otros grandes motivos para la conspiración está la práctica habitual de los médicos de retener el diagnóstico a los familiares, hasta revelarlo primero al paciente o también la infravaloración de los médicos sobre las necesidades de información de los pacientes.<sup>2,3</sup> Los doctores también consideran la conspiración como una opción más fácil que la de explicar la verdad ya que les reduce su propio estrés y ansiedad.<sup>4</sup>

<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	----------------------------------	-----------------------	---

1.	Preséntese a los miembros de la familia <b>Hola, soy el/la doctor/a....Y yo soy el/la enfermero/a...</b> <i>(se recomienda que haya dos miembros del equipo presentes en la conversación) ¿y usted es?</i> <i>(Permita que diga su nombre. Evite expresiones como “¿Es usted el/la Sr./Sra. García?” ya que puede generar una falsa confirmación debido a una respuesta errónea y automatizada del tipo “sí”).</i>	ESENCIAL		
2.	Estréchense las manos. (Si los miembros de la familia lo quieren).			0 1 3
3.	Averigüe quién es/son la/s persona/s y qué relación tienen con el paciente <b>Ha venido usted hoy para hablar sobre el/la Sr./Sra.... (diga el nombre del/de la paciente). ¿Puede decirme quién es usted y cuál es su relación con el/la paciente?</b> <i>(Evite hacer suposiciones como “¿Es usted su esposa?” – Puede ser la hija u otra persona y puede crear situaciones embarazosas).</i>			0 1 3
4.	Asegure un espacio privado para la conversación. - Cierre la puerta después de haber colocado un cartel indicando “reunidos” (u otro modo para indicar que se está realizando una reunión en dicha habitación) - Corra las cortinas alrededor de la cama del paciente <i>(Mediante una adecuada comunicación usted construye confianza y comienza por mostrar respeto a la persona que tiene ante usted).</i>			0 1 3
5.	Reduzca los factores que pueden molestar en el ambiente Apague la radio, TV, teléfono móvil (o pida a su asistente que le coja las llamadas). <i>(Eduque a su equipo y a otros pacientes para que no entren en la habitación cuando se está realizando una reunión).</i>			0 1 3
6.	Disponga y prepare el espacio a. Invite al paciente a sentarse (y al/a la cuidador/a). <b>¿Le importaría sentarse por favor?</b> <i>(Hay una marcada diferencia en la percepción del tiempo para el paciente si usted y él/ella estáis sentados. Se percibe más tiempo transcurrido si están sentados que si se</i>			0 1 3



	<i>encuentran de pie)</i>			
7.	<p>b. Siéntese. Si el paciente se encuentra en la cama, coja una silla y acérquese a la cama</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A una distancia cómoda del paciente (aprox. 1 m)</li> <li>- La altura de los ojos del doctor y el paciente debe ser la misma (excepción: cuando el paciente llora o está angustiado, la mirada del doctor debe quedar por debajo de la del paciente)</li> <li>- Si el paciente acude con un pariente o amigo/a siéntese de modo que pueda tratar cara a cara con el paciente, y a menos distancia que con el amigo/a o pariente.</li> </ul>			0 1 6
8.	<p>c. Retire las barreras entre ambos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mueva su silla para estar cerca del paciente (mejor junto a la esquina de la mesa que frente a la mitad de la mesa)</li> <li>- Limpie el área de la mesa cercana al paciente</li> </ul> <p>(No se siente detrás de la mesa o del ordenador, desde el punto de vista no verbal, esto bloquea la comunicación)</p>			0 1 3
9.	<p>d. Esté preparado con pacientes/familiares que lloran</p> <p>Tenga una caja de pañuelos cerca, sólo en caso que el paciente o los parientes comiencen a llorar; en tal caso, ofrézcales pañuelos</p>			0 1 3
10.	<p>Lenguaje corporal</p> <p>Tome una actitud neutral que le haga parecer calmado y no apresurado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pies planos en el suelo</li> <li>- Hombros relajados, ligeramente inclinado hacia delante</li> <li>- Expresión facial amistosa</li> <li>- Las manos en las rodillas</li> </ul> <p>(Cuando habla sobre temas difíciles como malas noticias, pronósticos, miedos de los pacientes, y demás, se sentirá incómodo, pero es importante que entrene su cuerpo para que su lenguaje no verbal muestre calma y ofrezca más seguridad al paciente).</p>			0 1 6
11.	<p>Comience la entrevista.</p> <p>Aclare los objetivos del miembro de la familia sobre la presente reunión.</p> <p><b>¿Puede por favor decirme por qué ha venido usted a verme hoy?</b></p> <p>(en este punto el miembro familiar le dirá algún contenido entre líneas: que él/ella sabe que el paciente tiene cáncer, pero “por favor no le diga a él/ella la verdad porque va a perder la esperanza y se va a rendir sin luchar contra la enfermedad....” )</p>			0 1 3
12.	<p>Agradézcale la complicidad o la conspiración y después averigüe los motivos</p> <p><b>Usted me ha dicho que no cree que el/la Sr./Sra. ... nombre al paciente... deba saber qué está sucediendo. ¿Por qué cree esto?</b></p>	ESENCIAL		
13.	<p>Averigüe todos los motivos para la conspiración</p> <p><b>¿Tiene otros motivos por los que usted cree que no se le debería explicar?</b></p>			0 1 3
14.	<p>Utilice habilidades de escucha</p> <p>a. Use preguntas abiertas (¿Qué...? ¿Cómo...? ¿Por qué...? Etc.) que pueden responderse de diversas maneras.</p> <p>b. Enfatique expresiones no verbales o frases cortas para que el familiar/amigo cercano prosiga en sus ideas mediante aserciones, pausas, sonrisas, usando respuestas como “sí”, “Dígame algo mas”</p> <p>c. manténgase en silencio y no interrumpa al paciente</p> <p>Escuche lo que dice el paciente con las palabras (contenido, tono) pero también con la comunicación no verbal (gestos, expresión facial, posición corporal...)</p> <p>d. Mantenga el contacto visual sin llegar a ser intrusivo</p>			0 1 6



	e. Aclare conceptos <b>Cuando dice..., ¿quiere decir que...?</b> <i>Le ofrece la oportunidad de extenderse en su afirmación anterior o enfatizar algunos aspectos de su discurso cuando el clínico muestra interés por el tema</i>		
15.	Explíqueme que comprende las razones para una conspiración y dé valor a los motivos. <b>Bueno, usted es quien mejor le conoce y puede estar en lo cierto.</b> Puede que si se le explica puede ocurrir que él/ella hagan.... Parece que tiene buenos motivos para que no se le explique.		0 1 3
16.	Determine el coste emocional de la conspiración con el familiar/amigo/allegado. <b>Ahora entiendo por qué le ha retenido usted la información, pero ¿qué efecto piensa que está teniendo esto en usted?</b>	ESENCIAL	
17.	Manténgase en silencio y escuche las preocupaciones del familiar/amigo/allegado. <i>(ansiedad, dificultad para mantener las mentiras, barreras en la comunicación con el paciente, etc.)</i>		0 1 3
18.	<b>¿Está teniendo algunos otros problemas por el hecho de no haberle explicado a él/ella la verdad?</b>		0 1 3
19.	Resuma y prosiga adelante <b>Entonces, hay buenas razones para intentar ver si podemos llevar esto de alguna otra manera,....</b> resuma estas razones (por ejemplo, esta situación le está estresando, hace difícil la comunicación entre su marido/esposa...). <b>Me gustaría proponerle cómo podemos hacer algo sobre este asunto</b>		0 1 6
20.	Solicite permiso para hablar con los pacientes <b>¿Puedo hablar con el paciente? Lo que me gustaría hacer es hablar con él/ella para ver qué piensa o comprende de la actual situación. Puede ser que él/ella quiera revelarnos que sabe que tiene cáncer (condición médica). En tal caso, no hay motivo para seguir fingiendo.</b>	ESENCIAL	
21.	Determine el nivel de conciencia del paciente. Si no conoce al paciente preséntese primero y después hágale una pregunta pertinente directa <b>Quería hablar con usted para ver cómo piensa que están yendo las cosas. O bien ¿Qué es lo que vislumbra que le está sucediendo?</b>		0 1 6
22.	Si el paciente sabe la verdad – vaya al paso 27 Si el paciente no sabe la verdad o comprende de manera incompleta su condición médica – continúe como sigue Averigüe su deseo de saber algo más sobre la enfermedad y deténgase ahí. <b>¿Está satisfecho con la información que ha recibido sobre su enfermedad?</b>		0 1 4
23.	Si la respuesta del paciente es SI esto indica que no es el momento para romper la conspiración Si al respuesta del paciente es NO – esto indica que el paciente quiere conocer más información – programe un próximo encuentro para hablar sobre el diagnóstico <b>Voy a mirar para usted los resultados de las pruebas y otra documentación médica que tiene usted y volveré la próxima vez con más información.</b>		0 1 4
24.	Explore otras necesidades del paciente <i>(dolor, apetito, movilidad, etc.)</i> y plantéele sugerencias para gestionarlás <b>¿Tiene algún otro problema relacionado con la enfermedad?</b>		0 1 4

25.	Explique a los familiares los deseos del paciente y propóngales hacer algo al respecto. <b>Su pariente quiere conocer el diagnóstico. Estoy preparado para darle la noticia con gentileza. ¿Está de acuerdo?</b>			0 1 4
26.	Explique al paciente el diagnóstico (utilice el algoritmo para anunciar malas noticias)			0 1 4
27.	Si el paciente sabe la verdad pero el familiar/amigo/allegado no es consciente (ejemplo: Siempre he sabido que lo que me han dicho que era una úlcera precancerosa era realmente cáncer), usted debe confirmarle que está en lo cierto “Me temo que está en lo cierto”.			0 1 5
28.	Pídale permiso para expresar que él/ella sabe y es consciente de su diagnóstico a los miembros de su familia/amigos/allegados. <b>¿Puedo contarle a su esposa/marido lo que usted sabe de la enfermedad? Ella/Él son conscientes de su situación médica.</b>			0 1 5
29.	Agradezca los sentimientos expresados por el paciente. <b>Parece como si usted sintiera que no hay por qué hablar de ello porque esto no va a cambiar en nada su situación.</b>			0 1 5
30.	Discuta su futura implicación en el cuidado <b>Puede facilitar las cosas que hablemos usted y yo sobre sus emociones y preocupaciones. Es bastante posible que yo pueda ayudarle tanto con su sufrimiento físico como con el sufrimiento emocional que está viviendo.</b>			0 1 5
31.	Póngase de acuerdo en la planificación de la gestión y escriba las instrucciones para el paciente. Revise que el paciente las comprende. <b>Aquí están las instrucciones escritas, dígame si las entiende perfectamente. ¿Puede repetirlas para mí por favor?</b>			0 1 5
32.	El cierre de la reunión. Una invitación al paciente para hacerle preguntas <b>¿Tiene usted otras preguntas adicionales?</b>			0 1 3
33.	Una cita precisa para un próximo encuentro <b>Sugiero que la enfermera llame para ver cómo ha funcionado el tratamiento en dos días y nosotros nos encontramos de nuevo en una semana. ¿Qué le parece? Entonces adiós, nos vemos la próxima semana.</b>			0 1 3
34.	Escriba el resumen/las conclusiones de su conversación con el paciente y su pariente en el expediente/historial médico (con esto todos los miembros del equipo permanecerán informados y podrán actuar adecuadamente).			0 1 3
<b>Puntuación total: 120</b>		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	<b>%</b>

## Referencias selectivas

Peter Maguire, Ann Faulkner Communicate with cancer patients: Handling uncertainty, collusion, and denial BMJ 1988 VOLUME 297 15 OCTOBER pg 972-974

Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. Palliat Med. 2002 Jul;16(4):297–303

Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth? J Clin Oncol. 2008 Mar 1;26(7):1175–7.

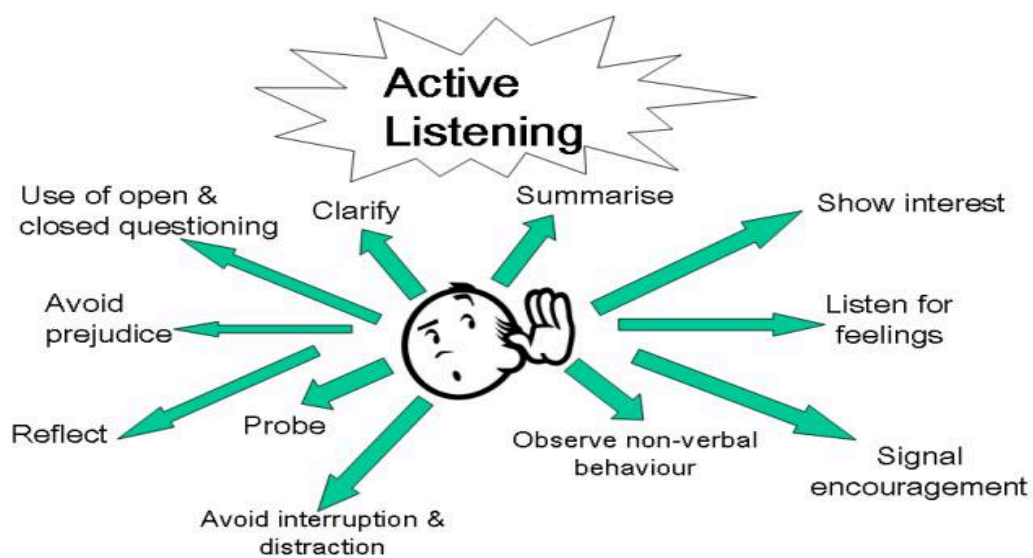
[James Alvin Low](#), [Sim Lai Kiow](#), [Norhisham Main](#), [Koh Kim Luan](#), [Pang Weng Sun](#), [May Lim](#), Reducing Collusion Between Family Members and Clinicians of Patients Referred to the Palliative Care Team Perm J. 2009 Fall; 13(4): 11–15.

[Santosh K. Chaturvedi](#), [Carmen G. Loiselle](#), [Prabha S. Chandra](#), Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective Indian J Palliat Care. 2009 Jan-Jun



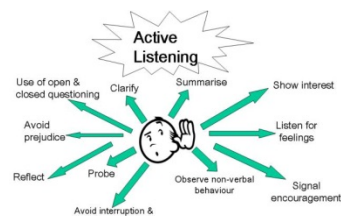
## ESCUCHA ACTIVA Y RESPUESTA EMPÁTICA

### Protocolo médico



## PROTOCOLO MÉDICO

La escucha activa es el proceso de escuchar a los demás para poder comprender sus ideas, opiniones y sentimientos y para demostrar que los has entendido. La escucha activa es una habilidad valiosa porque nos permite demostrar que entendemos lo que otra persona está diciendo, y mediante la empatía comprendemos cómo se siente respecto a esas ideas y opiniones.



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Preséntese al paciente <b>Hola, soy el doctor... y él/ella es mi colega, el/la enfermero/a.... ¿Y usted es?</b> Permita al paciente decir su nombre. <i>Evitar expresiones tales como "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" ya que pueden provocar una contestación errónea tipo "sí" que puede venir de un paciente distraído por sus síntomas o de una conversación que mantiene con el equipo médico.</i>	ESSENTIAL		
2.	Si el paciente viene con un pariente/amigo, averigüe quién es la persona y qué relación tiene con el paciente. <b>Está bien que venga usted hoy con el/la Sr./Sra. ....(diga el nombre del paciente). ¿puede decirme por favor quién es usted y cuál es la relación con el paciente?</b> <i>(evite hacer suposiciones tales como "¿es usted su esposa?" – Puede ser su hija u otra persona y puede causarle situaciones embarazosas).</i>			0 1 3
3.	Dense la mano (si el paciente quiere). <i>(Primero debe usted dar la mano al paciente, DESPUÉS, a la esposa o amiga – si está presente Esta comunicación no verbal demuestra que el paciente tiene prioridad)</i>			0 1 3
4.	Asegure un espacio privado para la conversación. - Cierre la puerta después de haber colocado un cartel indicando "reunidos" (u otro modo para indicar que se está realizando una reunión en dicha habitación) - Corra las cortinas alrededor de la cama del paciente <i>(Mediante una adecuada comunicación usted construye confianza y comienza por mostrar respeto a la persona que tiene ante usted).</i>			0 1 4
5.	Reduzca los factores que pueden molestar en el ambiente Apague la radio, TV, teléfono móvil (o pida a su asistente que le coja las llamadas). <i>(Eduque a su equipo y a otros pacientes para que no entren en la habitación cuando se está realizando una reunión).</i>			0 1 3
6.	Disponga y prepare el espacio a. Invite al paciente a sentarse (y al/a la cuidador/a). <b>¿Le importaría sentarse por favor?</b> <i>(Hay una marcada diferencia en la percepción del tiempo para el paciente si usted y él/ella estáis sentados. Se percibe más tiempo transcurrido si están sentados que si se encuentran de pie)</i>			0 1 3
7.	b. Siéntese. Si el paciente se encuentra en la cama, coja una silla y acérquese a la cama - <i>A una distancia cómoda del paciente (aprox. 1 m)</i> - <i>La altura de los ojos del doctor y el paciente debe ser la misma (excepción: cuando el paciente llora o está angustiado, la mirada del doctor debe quedar por debajo de la del paciente)</i>			0 1 5



	- Si el paciente acude con un pariente o amigo/a siéntese de modo que pueda tratar cara a cara con el paciente, y a menos distancia que con el amigo/a o pariente.			
8.	c. Retire las barreras entre ambos - Mueva su silla para estar cerca del paciente (mejor junto a la esquina de la mesa que frente a la mitad de la mesa) - Limpie el área de la mesa cercana al paciente (No se siente detrás de la mesa o del ordenador, desde el punto de vista no verbal, esto bloquea la comunicación)			0 1 5
9.	d. Esté preparado con pacientes/familiares que lloran Tenga una caja de pañuelos cerca, sólo en caso que el paciente o los parientes comiencen a llorar; en tal caso, ofrézcales pañuelos			0 1 3
10.	Lenguaje corporal: Tome una actitud neutral que le haga parecer calmado y no apresurado: Los pies planos en el suelo; Hombros relajados, ligeramente inclinado hacia delante; Expresión facial amistosa; Las manos en las rodillas. (Cuando habla sobre temas difíciles como malas noticias, pronósticos, miedos de los pacientes, y demás, se sentirá incómodo, pero es importante que entrene su cuerpo para que su lenguaje no verbal muestre calma y ofrezca más seguridad al paciente).			0 1 3
11.	Pida permiso para leer documentos/escribir en el cuadro del paciente durante la entrevista. <b>¿Le parece bien si yo tomo notas durante nuestra conversación?</b> (Puede tener el cuadro del paciente frente a usted, pero no hable con el paciente mientras lo está leyendo. Es mejor preparar antes la consulta leyendo el expediente/historial médico, pero algunas veces el paciente viene con documentos nuevos que usted tendrá que consultar más tarde durante la consulta).			0 1 3
12.	Comenzar la entrevista. Aclare el propósito del paciente para la entrevista. <b>¿Dígame por favor por qué ha venido usted a la consulta hoy?</b> (los estudiantes que practican sus habilidades de comunicación en equipos pueden utilizar casos reales de su propia experiencia o el escenario del caso propuesto al final)			0 1 3
13.	Habilidades de escucha: a. Use declaraciones abiertas/explicativas: <b>Por favor cuénteme algo más sobre su enfermedad/problema</b> (cualquier cosa que declare el paciente será la razón de la consulta)			0 1 3
14.	b. Use preguntas abiertas (¿Qué...? ¿Cómo...? ¿Por qué...? Etc.) que pueden ser respondidas de cualquier modo. Algunos ejemplos: <b>¿Cuál cree usted que es la causa de su dolor? ¿Cómo se sintió cuando el doctor le explicó lo de su diagnóstico/tratamiento? ¿Por qué ha estado evitando hablar con su familia sobre su enfermedad?....</b> (Partes obligatorias del diálogo terapéutico)			0 1 5
15.	La técnica más importante para facilitar el diálogo c. Manténgase en silencio y no interrumpa al paciente. Escuche lo que dice el paciente con las palabras (contenido, tono) pero también con la comunicación no verbal (gestos, expresión facial, posición corporal...)	ESENCIAL		
16.	d. Acepte breves pausas de silencio cuando el paciente se detiene para reorganizar sus pensamientos. Si necesita romper el silencio pregunte: <b>¿Qué es lo que le hace parar?</b> (El silencio también puede tener otros significados: el paciente está pensando o sintiendo algo muy intenso para poder expresarlo en palabras).			0 1 5
17.	e. Enfatice expresiones no verbales o frases cortas para que el familiar/amigo cercano prosiga en sus ideas mediante aserciones, pausas, sonrisas, usando respuestas como “sí”, “Dígame algo mas”			0 1 3

18.	Repetición y reiteración “Desde que he comenzado a tomar esas pastillas, me he sentido soñoliento”- “Así que se está quedando dormido con las nuevas pastillas?” Confirmará al paciente que usted ha estado escuchando lo que ha estado diciendo.			0 1 3
19.	Clarificación <b>Cuando dice..., quieres decir que...?</b> Le ofrece al paciente la oportunidad de extenderse en su afirmación anterior o enfatizar algunos aspectos de su conversación cuando el clínico muestra interés por el tema			0 1 4
20.	Mantenga el contacto visual sin ser intrusivo - Sea cuidadoso, no debe mirar fijamente al paciente, pero debe tampoco mirar hacia abajo o dejar de mirar muy a menudo - Es muy útil evitar el contacto visual cuando el paciente está angustiado o llora			0 1 5
21.	Reconocimiento de las emociones: respuesta empática e. Identificar la emoción que está experimentando el paciente <b>Veó que está furioso...</b> (nombre la emoción principal que está sintiendo el paciente) <i>La empatía se define como la capacidad para comprender racionalmente lo que el paciente está experimentando emocionalmente. Es diferente de la simpatía.</i>	ESENCIAL		
22.	f. Identifique el origen de esta emoción <b>....porque el diagnóstico fue retrasado (nombre la causa subyacente que genera la emoción)</b>	ESENCIAL		
23.	g. Responda en un modo que cuente al paciente que usted ha hecho una conexión entre el paso 21 y el 22. <b>Esto tiene que ser horrible para usted.</b> <i>Es importante aceptar ambas emociones negativa y positiva que expresan los pacientes como normales en el contexto de una enfermedad que limita la vida.</i>	ESENCIAL		
24.	NO utilice: “¡Comprendo cómo se siente!” <i>Nosotros no pasamos por la misma experiencia como hace la persona y por tanto esta expresión es una ¡reafirmación superficial!</i>			0 1 5
25.	Tocar: Puede tocar la mano o el hombro, pero tenga en cuenta: - Debe surgir natural desde dentro de usted - Los mismos pacientes pueden no sentirse cómodos con el contacto físico			0 1 3
26.	Gestionar la estrategia: Repase los principales aspectos/problemas a los que se estaban refiriendo los pacientes. <b>Permítame hacer un breve resumen sobre lo que he entendido como sus principales preocupaciones: El dolor que sufre en las piernas, la dificultad para respirar y su miedo a dormir porque piensa que puede dejar de respirar; los miedos hacia su hija a la hora de manejar las nuevas responsabilidades...</b> <i>(Incluya en el resumen todos los miedos físicos, emocionales, sociales, espirituales)</i>			0 1 5
27.	Revise su resumen con el paciente. <b>¿He recopilado todo lo que me ha explicado?</b>			0 1 3
28.	Si el paciente está satisfecho con su resumen, proponga una estrategia de gestión. <b>Le sugiero que hagamos lo siguiente: para el dolor vamos a tomar algunos analgésicos y masajes, nuestro trabajador social estará en contacto con su hija para asesorarle sobre recechos legales y demás....</b>			0 1 3
29.	Analice la respuesta y ajústela para incluir la perspectiva del paciente <b>¿Qué le parece todo esto? Veo que está usted preocupado/a porque la medicación le provoca sueño, vamos a comenzar con pequeñas dosis y vamos a ir aumentando gradualmente</b>			0 1 3
30.	Acuerde en la planificación terapéutica una serie de instrucciones para el paciente. Revise que el paciente las ha comprendido. <b>Aquí están las</b>			0 1 4

	<b>instrucciones escritas, dígame si las comprende. ¿Puede repetirlas por mí por favor?</b>			
31.	El cierre de la entrevista. Una invitación al paciente para realizar preguntas. <b>¿Tiene alguna otra pregunta adicional?</b>			0 1 4
32.	Acuerde de modo sencillo la próxima cita. <b>Sugiero que la enfermera llame para ver cómo ha funcionado el tratamiento en dos días y nosotros nos encontramos de nuevo en una semana. ¿Qué le parece? Entonces adiós, nos vemos la próxima semana.</b>			0 1 4
<b>Puntuación total: 100</b>		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	<b>%</b>

## Referencias selectivas

- Caspersz, Donella and Stasinska, Ania, Can we teach effective listening? An exploratory study, *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 12(4), 2015. Available at: <http://ro.uow.edu.au/jutlp/vol12/iss4/2>
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277(8):678-682.
- Fallowfield L. Jenkins V. - Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur. J. Cancer* 35(11) Oct. 1999 1592-1597
- Lam KK. Empathy - an essential tool for communication for palliative care doctors. *HKSPM Newsletter* 2006, Sep Issue 2, 13.
- Wittenberg-Lyles E. Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication. *Patient Educ Couns* 2012, 89(1), 31-37.
- Bylund CL, et al. Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center. *J Cancer Educ*. 2011, 26, 604-611.
- Brown RF. Patient centered communication skills training for oncologists: describing the content and efficacy of training. *Common Educ*. 2010, 59, 236-249.
- Leloirain S, et al. A systematic review of the association between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology* 2012, 21(12), 1255-64.
- Hack TF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 2005, 14(10), 831-845.
- Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med* 1994, 9, 222-226.
- Mosoiu D. Comunicarea in cancer. 2009, 31-35.
- Back LA, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005, 55, 164-177.

### Papel - doctor

**Usted es un doctor. Tiene un paciente de 45 años**, divorciada, con dos niños de 11 y 14 años. Ella ha sido operada de cáncer hace dos años, tratada citostáticamente e irradiada, actualmente bajo tratamiento de hormonas; sin síntomas especiales hasta hace poco; **dolor de huesos moderado desde hace meses y fatiga**; gammagrafía y tomografía del hueso hecha hace dos días, **viene al oncólogo para los resultados**.

Las pruebas muestran la evolución de la enfermedad (**ha ocurrido metástasis en hígado y en múltiples huesos**).

- Tiene que comunicar empáticamente con el paciente para ver qué es lo que entiende sobre su actual condición médica y para ver qué miedos tiene; usted no sabe si la paciente sospecha de la actual enfermedad, no ha hablado mucho con ella hasta las investigaciones de imagen.

### Papel - paciente

**Usted es una paciente de 45 años**, divorciada, con dos niños de 11 y 14 años. Le han diagnosticado cáncer de pecho, ha sido operada hace dos años, tratada citostáticamente e irradiada, actualmente está bajo tratamiento de hormonas; no ha tenido síntomas especiales hasta hace poco; **desde hace unos meses tiene dolor moderado en los huesos y fatiga**; ha hecho nuevas pruebas en el hospital hace dos días – una gammagrafía y una tomografía y **viene al oncólogo para conocer los resultados**.

- Sospecha que algo va mal, pero no sabe exactamente qué es.
- Está esperando la cita del doctor con miedo.
- Está preocupada por sus hijos (que no se conviertan en una carga) y tiene preocupaciones económicas.



## **COMUNICAR EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE (MALAS NOTICIAS)**

### **Protocolo médico**





## PROTOCOLO MEDICO

Comunicar malas noticias a los pacientes, y ofrecerles toda la información solicitada para facilitar los procesos de toma de decisiones en los cuidados paliativos. (Definición de malas noticias y ejemplos de malas noticias en cuidados paliativos)		○	◐	●	P
1	Entre/n y preséntese/preséntense educada y amablemente: <b>Buenos días. Soy el/la doctor/ra XXX, su YYY (hematólogo, oncólogo, o cualquier otro). ¿Cómo se encuentra hoy? (Dé tiempo a responder a sus preguntas)... ¿Le importa que hablemos un momento? En caso de respuesta negativa: ¿Cuándo preferiría que hablásemos? (Esto se realiza para comprender el estado anímico del paciente, y comprobar la idoneidad del momento para dar la información).</b>				0 1 3
2	Pregunte al paciente si prefiere estar solo o acompañado durante el encuentro. En este caso, pregunte por quién. Fije una fecha para entrevistarse que sea idónea para todos los miembros relevantes <i>(Esto se realiza para evitar crear ansiedad al paciente)</i>				0 1 3
3	Asegure un entorno privado y cómodo para el encuentro. <i>(De este modo garantiza la confidencialidad con el paciente y contribuye a crear un ambiente adecuado para el proceso informativo, evitando interrupciones y otros elementos molestos)</i>				0 1 3
4	Ponga especial atención a la comunicación no verbal durante la entrevista: elimine las barreras físicas; intente colocarse a la misma altura que el paciente. Si hay otras personas, favorezca y cree un espacio abierto de comunicación colocando, por ejemplo, sillas en círculo.				0 1 3
5	Conozca lo que sabe previamente el paciente <i>(es importante saber si el paciente comprende que su situación es seria, más allá del nombre técnico de su dolencia)</i> <b>¿Qué piensa sobre su dolor en el pecho? ¿y su pérdida de peso, etc.? ¿Qué le han explicado de su enfermedad? ¿Cómo cree que es de importante?</b> Ponga especial atención al estado emocional del paciente: <b>¿Hay alguna cosa que le preocupa? ¿Qué es lo que más le preocupa?</b>				0 1 3
6	Pregunte concretamente qué nivel de información está dispuesto a recibir el paciente: <b>¿Qué es lo que le gustaría saber de su enfermedad? ¿Le gustaría que le explicase...</b> (el diagnóstico, opciones de tratamiento, pronóstico, y todo lo concerniente al proceso informativo)? Dele al paciente la posibilidad de elegir <i>(Esto es necesario para respetar la autonomía del paciente y para favorecer una planificación terapéutica compartida)</i>	ESENCIAL			
7	Dé indicaciones al paciente, verbales y no verbales, sobre el hecho de que las noticias van a ser malas... <b>Los resultados de su TAC cerebral no son buenos. ¿Quiere que le hable de los resultados o del tratamiento?</b> <i>Esto permite al paciente decidir si él/ella está preparado para recibir la noticia.</i>				0 1 6
8	Proporcione al paciente la información gradualmente, comenzando por su situación actual. Resuma el proceso diagnóstico y planteele opciones de tratamiento o información del pronóstico si el paciente lo desea. Utilice un lenguaje sencillo y claro. Evite la jerga médica. <i>(EL proceso informativo gradual es importante para</i>				0 1 3

	respetar el deseo del paciente a saber toda la información disponible).				
9	Utilice la escucha activa y la respuesta empática... (Trate de comprender los deseos y valores del paciente)				0 1 3
10	Adapte su lenguaje al nivel educativo, y socio-cultural del paciente, mientras intercambia mensajes directos y comprensibles. (Así el paciente puede procesar la información y ser consciente de las consecuencias, riesgos y beneficios de la planificación terapéutica. Es importante una estrategia proactiva para favorecer la autonomía del paciente)				0 1 3
11	Permítale tiempo, incluso en silencio, si es necesario. Pregunte al paciente si quiere más tiempo para pensar en ello o para consultar estas cuestiones con otros miembros de su familia. Ponga atención para mantener una comunicación continua (mantenga contacto visual, muestre empatía, comprensión y respeto hacia las necesidades u opiniones del paciente). (Este aspecto juega un papel importante en el empoderamiento de la relación clínica y fortalece la confianza del paciente)				0 1 3
12	Revise si el paciente ha comprendido la información proporcionada. Ayúdele a resumirla. Pregunte si él/ella tiene preguntas o dudas adicionales. (De este modo examinamos la capacidad del paciente y valoramos si es necesario implicar un familiar cercano en los procesos de toma de decisiones con el paciente)				0 1 5
13	Pregunte al paciente si quiere compartir la información con alguien más (ej. alguien que aún no se encuentra en la habitación) (esto permitirá tener en cuenta ciertas preferencias del paciente e implicar a la persona adecuada en la planificación terapéutica)	ESENCIAL			
14	Muestra disponibilidad para que le pueda realizar cualquier pregunta posterior, e informe al paciente cómo puede contactarle de nuevo. El paciente debe percibir que hay continuidad en el cuidado.				0 1 3
15	Resume los puntos más importantes relativos a la futura planificación terapéutica del paciente. Éste debe ver que la situación está gestionada en modo serio y profesional.				0 1 3
16	Revise el estado emocional del paciente después de la entrevista: <b>¿Cómo se encuentra ahora?</b> Pregunte de nuevo si el paciente tiene alguna pregunta o preocupación final. (Permitirá añadir algo más o repetir alguna cosa)				0 1 3
17	Despídase amablemente.				0 1 3
Puntuación total: 50		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%	
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%	
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%	

## Referencias selectivas

Buckman R. Communication skills in palliative care. A practical guide. Neurologic Clinics 2001; 19(4): 989-1004

Finset A, Ekeberg O, et al. Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. Psycho-Oncology 2003; 12:686-693

Deschepper R, Vander Stichele R, et al. Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flandres, Belgium. British Journal of General Practice 2006; 56:14-19

Treece PD. Communication in the intensive care unit about the end of life. AACN Advanced Critical Care 2007; 18(4): 406-414



## EVALUACIÓN DEL BIENESTAR ESPIRITUAL

### Protocolo médico



## PROTOCOLO MEDICO

Las historias espirituales deberían tomarse como parte del historial regular durante la evaluación inicial de un paciente nuevo, aunque también pueden considerarse como parte de las visitas de seguimiento, según convenga. Esto permite comprender el sufrimiento del paciente en la dimensión religiosa/espiritual y sus modos de soportar y dar sentido y apoyo a través de la fe. La herramienta a utilizar durante la evaluación es la FICA (siglas en inglés de Fe, Creencias, Importancia, Comunidad y Dirección de los cuidados o las acciones). La herramienta de experiencias espirituales FICA fue desarrollada por el doctor Puchalski junto a un grupo de médicos de atención primaria para proporcionar a los médicos y otros profesionales de la salud una herramienta que evalúa los aspectos espirituales con los pacientes.

**F** *aith*  
**I** *mportance*  
**C** *hurch*  
**A** *pply/Address*

☐ ☒ ☐ P

1.	Preséntese al paciente <b>Hola, soy el doctor... y él/ella es mi colega, el/la enfermero/a.... ¿Y usted es?</b> Permita al paciente decir su nombre. <i>Evitar expresiones tales como "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" ya que pueden provocar una contestación errónea tipo "sí" que puede venir de un paciente distraído por sus síntomas o de una conversación que mantiene con el equipo médico.</i>	ESENCIAL		
2.	Si el paciente viene con un pariente/amigo, averigüe quién es la persona y qué relación tiene con el paciente. <b>Está bien que venga usted hoy con el/la Sr./Sra. ....(diga el nombre del paciente). ¿puede decirme por favor quién es usted y cuál es la relación con el paciente?</b> <i>(evite hacer suposiciones tales como "¿es usted su esposa?" – Puede ser su hija u otra persona y puede causarle situaciones embarazosas).</i>			0 1 3
3.	Dense la mano (si el paciente quiere). <i>(Primero debe usted dar la mano al paciente, DESPUÉS, a la esposa o amiga – si está presente Esta comunicación no verbal demuestra que el paciente tiene prioridad)</i>			0 1 3
4.	Asegure un espacio privado para la conversación. - Cierre la puerta después de haber colocado un cartel indicando "reunidos" (u otro modo para indicar que se está realizando una reunión en dicha habitación) - Corra las cortinas alrededor de la cama del paciente <i>(Mediante una adecuada comunicación usted construye confianza y comienza por mostrar respeto a la persona que tiene ante usted).</i>			0 1 6
5.	Reduzca los factores que pueden molestar en el ambiente Apague la radio, TV, teléfono móvil (o pida a su asistente que le coja las llamadas). <i>(Eduque a su equipo y a otros pacientes para que no entren en la habitación cuando se está realizando una reunión).</i>			0 1 3
6.	Disponga y prepare el espacio a. Invite al paciente a sentarse (y al/a la cuidador/a). <b>¿Le importaría sentarse por favor?</b> <i>(Hay una marcada diferencia en la percepción del tiempo para el paciente si usted y</i>			0 1 3



	él/ella estáis sentados. Se percibe más tiempo transcurrido si están sentados que si se encuentran de pie)		
7.	<p>b. Siéntese. Si el paciente se encuentra en la cama, coja una silla y acérquese a la cama</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A una distancia cómoda del paciente (aprox. 1 m)</li> <li>- La altura de los ojos del doctor y el paciente debe ser la misma (excepción: cuando el paciente llora o está angustiado, la mirada del doctor debe quedar por debajo de la del paciente)</li> <li>- Si el paciente acude con un pariente o amigo/a siéntese de modo que pueda tratar cara a cara con el paciente, y a menos distancia que con el amigo/a o pariente.</li> </ul>		0 1 6
8.	<p>c. Retire las barreras entre ambos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mueva su silla para estar cerca del paciente (mejor junto a la esquina de la mesa que frente a la mitad de la mesa)</li> <li>- Limpie el área de la mesa cercana al paciente (No se siente detrás de la mesa o del ordenador, desde el punto de vista no verbal, esto bloquea la comunicación)</li> </ul>		0 1 6
9.	<p>d. Esté preparado con pacientes/familiares que lloran</p> <p>Tenga una caja de pañuelos cerca, sólo en caso que el paciente o los parientes comiencen a llorar; en tal caso, ofrézcales pañuelos</p>		0 1 3
10.	<p>Lenguaje corporal</p> <p>Tome una actitud neutral que le haga parecer calmado y no apresurado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pies planos en el suelo</li> <li>- Hombros relajados, ligeramente inclinado hacia delante</li> <li>- Expresión facial amistosa</li> <li>- Las manos en las rodillas</li> </ul> <p>(Cuando habla sobre temas difíciles como malas noticias, pronósticos, miedos de los pacientes, y demás, se sentirá incómodo, pero es importante que entrene su cuerpo para que su lenguaje no verbal muestre calma y ofrezca más seguridad al paciente).</p>		0 1 6
11.	<p>¿Es este un buen momento para hacer una evaluación del bienestar espiritual?</p> <p><b>Antes de comenzar nuestra conversación quiero asegurarme que se encuentra cómodo/a. ¿Puede decirme si tiene algunos síntomas agudos, o tiene miedo, o alguna preocupación que le disturbe?</b></p> <p>Si <b>SI</b> posponga la evaluación espiritual y realice una evaluación focalizada de los síntomas, causas del sufrimiento y tratamiento adecuado.</p> <p>Si <b>NO</b> continúe la evaluación</p>		0 1 6
12.	<p>Pida permiso para realizar la evaluación</p> <p><b>Para poder evaluar el sufrimiento que le está causando la enfermedad a varios niveles voy a preguntarle varias cuestiones sobre su bienestar espiritual. ¿Puedo comenzar?</b></p> <p>Si <b>NO</b> pida permiso para volver más tarde</p> <p>Si <b>SI</b> continúe la evaluación</p>		0 1 6
13.	<p>Comience con una pregunta general.</p> <p><b>¿Se encuentra usted en paz?</b></p>	ESENCIAL	
14.	<p>Si la respuesta al paso 13 es NO</p> <p><b>¿Qué preocupaciones tiene?</b> Dígame por favor algo más</p>		0 1 6
15.	<p>Si la respuesta al paso 13 es SI</p>		0 1

	<b>Dígame por favor, ¿qué es lo que le aporta sentido y paz en su vida? Su trabajo, su familia, etc., qué mas?</b>		6
16.	Utilice técnicas para facilitar el diálogo ( <i>manténgase en silencio y no interrumpa al paciente</i> ). Escuche lo que dice el paciente con las palabras ( <i>contenido, tono</i> ) pero también con la comunicación no verbal ( <i>gestos, expresión facial, posición corporal...</i> )		0 1 3
17.	Acepte breves pausas de silencio cuando el paciente se detiene para reorganizar sus pensamientos. <b>¿Qué es lo que le hace parar?</b> ( <i>Si necesita romper el silencio. El silencio también puede tener otros significados: el paciente está pensando o sintiendo algo muy intenso para poder expresarlo en palabras</i> ).		0 1 6
18.	Enfatice expresiones no verbales o frases cortas para que el familiar/amigo cercano prosiga en sus ideas mediante aserciones, pausas, sonrisas, usando respuestas como “sí”, “Dígame algo mas”		0 1 3
19.	Repetición y reiteración <b>“Mi familia ha estado muy fuertemente unida y ahora que saben de mi enfermedad vienen permanentemente para ayudar con la casa”- “Así que su familia está ayudándole con la casa.”</b> <i>Confirmará al paciente que usted ha estado escuchando lo que ha estado diciendo.</i>		0 1 3
20.	Clarificación <b>Cuando dice..., quieres decir que...?</b> <i>Le ofrece al paciente la oportunidad de extenderse en su afirmación anterior o enfatizar algunos aspectos de su conversación cuando el clínico muestra interés por el tema</i>		0 1 6
21.	<b>¿Es la fe una cuestión importante en su vida? ¿Resulta un apoyo para usted en la actual situación?</b> <i>Esta pregunta permite al paciente no sólo poder discutir posibles tipos de asistencia, sino también preocupaciones existenciales</i>	ESENCIAL	
22.	<b>¿Pertenece usted a alguna comunidad creyente?</b> ( <i>los miembros familiares pueden proporcionar una valiosa información</i> ). <b>¿Cómo le podemos ayudar con su fe? ¿A quién podemos contactar que le sea de ayuda?</b> <i>Contacte la persona específica/adecuada (ejemplos: alguien de su comunidad creyente o su consejero moral).</i>	ESENCIAL	
23.	El cierre de la entrevista Realice un resumen de los puntos más importantes que ha tratado con el paciente y documéntelo en el expediente del paciente.		0 1 6
24.	<b>Si tiene cualquier consulta adicional, por favor, no dude en contactarnos.</b> ( <i>Una invitación al paciente para realizar preguntas</i> )		0 1 6
25.	Acuerde de modo sencillo la próxima cita.		0 1 4
<b>Puntuación total: 100</b>		<input type="radio"/> criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/> criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/> criterio completamente rellenado	%



## ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO

### Protocolo médico



## PROTOCOLO MÉDICO

Asegurar una adecuada ingesta de nutrientes y líquidos necesarios para el organismo del paciente encamado. La toma de nutrientes tiene como objetivo dar soporte al óptimo funcionamiento del cuerpo del paciente, y una mejor calidad de vida, en particular cada alimentación del paciente tiene un potencial terapéutico comparable a la medicación administrada. Esto debe realizarse de manera individualizada para ajustarse a las habilidades intelectuales, motivación, estilo de vida, cultura, o estatus económico. La familia del paciente y las personas cercanas a él/ella tienen que involucrarse en este proceso.


		Concepto:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
1.	Examine las condiciones vitales del paciente ( <i>consciencia, movimientos, habla, respiración</i> ): <i>funciones vitales preservadas</i> <input type="checkbox"/> ; <i>infarto cardiorrespiratorio</i> <input type="checkbox"/> ( <i>en tal caso, realice protocolo cardiorrespiratorio</i> ) <b>Buenos/as días/tardes. Mi nombre es ..... Soy su doctor/a enfermero/a y voy a examinarle hoy.</b>	- comienzo de conversación -				0 3 5
2.	<b>¿Puede decirme por favor su nombre?.....</b> <b>¿Y su fecha de nacimiento?.....</b> (o revise el ID del brazalete del paciente) <b>Gracias.</b> ( <i>Esto se realiza para evitar confundir un paciente con otro y realizar un procedimiento con el paciente que no tiene tal indicación. Evite expresiones como por ejemplo "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" para evitar recibir confirmación errónea de pacientes menos centrados en la conversación con el equipo médico</i> ).	Conformidad con la hoja de observación Nombre: <input type="checkbox"/> Fecha nacimiento: <input type="checkbox"/> Paciente correcto— CI	ESENCIAL			
3.	Utilice una gasa empapada en alcohol para desinfectar las partes de muebles que entran en contacto durante el procedimiento. Lavado de manos médico ± Póngase guantes médicos limpios ( <i>sólo si hay lesiones en la piel de las manos del examinador o un alto riesgo de desarrollar infecciones</i> ), como parte de las precauciones estándar.	- precauciones estándar -				0 1 3
4.	Asegure un espacio privado para la alimentación ( <i>sala con una sola cama, cortinas, biombo, etc.</i> ) Medición de la presión arterial, pulseometría, termometría – si no se ha revisado recientemente	Presión arterial: ...../..... mmHg; SaO2 ..... %; T ..... °C				0 3 6
5.	Examine cualquier aspecto inadecuado en la alimentación: • Procedimientos médicos programados que deben completarse en períodos inmediatos y que requieren la condición de “ayuno” del paciente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESENCIAL			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>La existencia de recomendación de ayuno total – nada por la boca NPO)</li> <li>Paciente comatoso</li> <li>Presencia de náuseas / vómitos</li> <li>La existencia de aparatos de aspiración gástrica</li> <li>Posiblemente, examen objetivo del abdomen: disminución/ausencia de sonidos de los intestinos</li> </ul>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
6.	Coloque al paciente en posición sentada, preferiblemente en posición Fowler alta (sentado con la espalda en 90°). Examen de la cavidad oral del paciente respecto de dientes, aspecto de las encías, existencia de heridas que pueden interferir con la alimentación.	<i>Si, por motivos médicos, la posición Fowler no es posible, el paciente puede ser colocado en posición decúbito lateral (tumbado a ambos lados), lo cual facilita la deglución en comparación con la posición supina (tumbado sobre la espalda).</i>		0 5 9
7.	<b>¿Siente que necesita orinar? ¿O hacer de vientre?</b>			0 3 5
8.	Examine la hoja de observación del paciente por si hay menciones de alteraciones de sabor o el gusto: <b>¿Ve usted bien? Por ejemplo la comida de su plato.</b> <b>¿Tiene gusto la comida? ¿O hay algún tipo de problemas?</b> <i>(los mayores, debido a la atrofia de las papilas gustativas, experimentan una disminución en la percepción del dulce o salado; para sentir el gusto, deben añadirse especies extra en su comida)</i> <b>¿Qué le parece el olor de la comida?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		0 3 5
9.	Examine en la hoja de observación del paciente de edad mayor (más de 65), diagnósticos de demencia; cualquier preocupación de disfagia; maniobras frecuentes de aspiración oro faríngea en el historial de intervenciones por sucesos similares. <b>¿Le ha sucedido toser cuando estaba comiendo, o atragantarse o ahogarse? ¿Alguna dificultad al tragar? ¿Algún dolor? ¿Ronquera repentina?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<i>Examen necesario para la prevención de aspiración por neumonía lo cual puede suceder en pacientes con disfagia. Si sucede tal situación debe hacerse un esfuerzo común por parte del nutricionista, el dietista, el doctor, el especialista en deglución, logopeda, doctor de familia ...</i>		0 5 9
10.	YES <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asegure un ambiente relajado, en silencio, sin elementos que pueden distraer al paciente de su momento de alimentación.</li> <li>Utilice música de fondo – una posibilidad en pacientes con demencia (reducción de los</li> </ul>			0 5 9



	<p>síntomas de comportamiento durante la alimentación – Liao et al. 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloque al paciente en posición lo más alto posible en la cama o silla.</li> <li>• Introduzca en su boca sólo pequeñas piezas de comida que pueda masticar fácilmente.</li> <li>• Mastique detenidamente antes de tragar.</li> <li>• Introduzca otra pieza de comida sólo después de haber tragado la anterior.</li> <li>• Después de haber terminado de comer, revise si ha quedado algún resto de comida en su boca sin tragar.</li> <li>• Mantenga la posición alta del cuerpo al menos 20-30 minutos después de la comida</li> <li>• Si aparecen signos clínicos de aspiración laríngeo-traqueo-bronquial (tos, disnea – ahogamiento, disfonía – ronquera, etc.) retire inmediatamente y completamente cualquier pieza restante de comida de la boca.</li> </ul>				
11.	¿Quiere volver a intentar comer?	Explique las ACCIONES QUE SE VAN A REALIZAR		0 1 3	
12.	Necesitará masticar y tragar bocados de comida. ¿Puede cortar usted mismo la comida o necesita mi ayuda? Beba los líquidos que le han preparado para usted, por favor.	Explique al paciente EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO		0 1 3	
13.	Es recomendable que se siente bien derecho o en posición lateral para prevenir que la comida vaya por el lado equivocado y le cause asfixia si lo inhala en los pulmones. Si tiene dificultad en cortar la comida, puedo ayudarlo. O verter líquidos en el vaso. Sólo dígame. O puedo ayudarlo con todos los platos si lo desea. Me sentaré en la silla a su lado y nos tomaremos el tiempo necesario para comer, de acuerdo? Podemos comenzar por el palto de su elección.	Digale al paciente cómo él/ella puede CONTRIBUIR a ejecutar la administración de alimentos		0 1 3	
14.	La alimentación proporciona a su cuerpo suficiente energía y recursos para funcionar correctamente.	Digale al paciente cómo él/ella puede CONTRIBUIR a ejecutar la administración de alimentos		0 1 3	
15.	¿Le he explicado bien el procedimiento? ¿Quiere preguntarme algo más?		ESENCIAL		
16.	En general, ¿tiene usted apetito?			0 1	

		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				3
17	NO <input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>¿Es este un buen momento para comer para usted? ¿Tiene algún dolor o molestia que podemos tratar?</b> (analgésicos para el dolor, antipiréticos en caso de fiebre etc.)</li> <li>• <b>¿Hay algo con lo que esté particularmente preocupado? ¿Algo que quiere usted comentarnos?</b> (estrés fisiológico asociado con anorexia – falta de apetito del paciente)</li> <li>• <b>¿Qué come habitualmente?</b></li> <li>• Es preferible pequeñas porciones de comida. Esto no desanima a un paciente con pérdida de apetito.</li> <li>• Para los mayores, evite comidas secas, crujientes, pesadas o pegajosas (el plátano) ya que hay disminución de secreción de las glándulas salivales que se van haciendo mayores.</li> <li>• Justo inmediatamente antes o después de la nutrición del paciente, evite procedimientos médicos que pueden tolerarse con cierta dificultad.</li> <li>• Proporcione una comida con presencia agradable para la comida (fresco, bellamente presentado, sabroso).</li> </ul> <p><b>Antes de comer, un buen cuidado de su boca aumentará su apetito y hará que la comida sepa bien. ¿Lavamos los dientes, enjuagamos la boca? ¿Quiere lavarse la cara antes de comer? Puedo ayudarle con esto si lo desea.</b></p>		<p>Es posible implicar al cuidador del paciente, que puede proporcionar información sobre las preferencias de comida del paciente e incluso proveer cocinados apropiadamente.</p>		0 1 9	
130	Tome la referencia de la hoja de observación del paciente y seleccione el tipo apropiado de comida a administrar – Control I		Valide la conformidad de la medicina seleccionada con la prescripción de la hoja de medicación		ESENCIAL		
131	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valide el horario prescrito para la administración (<math>\pm 30</math> minutos)</li> <li>• Valide la vía de administración prescrita</li> </ul>		Momento correcto – C2				
132	(por ejemplo, sólo forma semisólida o líquida – carne picada; cocido adecuadamente – en patologías de alimentación está contraindicado exponer a la mucosa esofágica o faríngea a temperaturas extremas – caliente/frío, o servir simplemente a la temperatura deseada por el paciente y previamente revisado)		Vía correcta de administración – C3				
133	<ul style="list-style-type: none"> <li>• controle conformidad con fecha de</li> </ul>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

	caducidad		
134	Coloque la mesa a la altura de la cama para permitir al paciente ver fácilmente la comida ofrecida.		0 1 3
135	Consulte la referencia en la hoja de observación, saque la comida fuera de su envoltorio y colóquela en la mesa – Control II	Valide la conformidad con la alimentación escogida con la prescripción de la hoja de observación <input type="checkbox"/>	0 5 9
136	Presentación de la comida del menú. <b>Tiene como comida lo siguiente .....</b> (ej. sopa de tomate, puré de patata con pollo, zumo de naranja, agua sin gas, pudding de frambuesas) <b>¿Qué es lo que le gustaría que le sirva primero?</b>	COMIDA correcta – C5	0 2 5
137	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preparación de comida sólida y líquida según las cantidades prescritas</li> </ul>	DOSIS correcta – C4	ESENCIAL
138	<p>¿Puede conseguir comer usando cubertería normal? Revise el historial clínico del paciente sobre diagnósticos que impliquen temblor de manos, astenia extrema, impotencia funcional de las extremidades superiores (limitaciones del movimiento de las manos, muñeca, codo, hombro, cuello):</p> <p><b>¿le tiemblan las manos cuando sujeta la cuchara o tenedor y por ello le resulta difícil poder comer?</b></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>¿O le resulta difícil recostar su cabeza hacia atrás para beber de un vaso normal?</b></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>Le pregunto esto porque podemos ayudarlo con cubertería o vajilla adaptada de modo que haga menos esfuerzo manejar la comida.</b></p> <p><b>¿Le resulta difícil llevarse un tenedor o cuchara a la boca? ¿Dobla el puño o el codo adecuadamente?</b></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Use cubertería y vajilla apropiada</p> 	0 5 9
139	Revise en la hoja de medicación. Ponga los contenedores de la medicación extraída de nuevo en el armario de medicamentos – Control III	Valide la conformidad de la alimentación seleccionada con la prescripción de la hoja de observación <input type="checkbox"/>	0 5 9
140	Revise posibles intolerancias con la medicación administrada: <b>¿Es usted alérgico a los siguientes alimentos o nutrientes?</b> .....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESENCIAL
141	¿Hay alguna incompatibilidad de	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

	administración entre la comida prescrita y los parámetros vitales determinados previamente? (ej. presión arterial, frecuencia cardíaca, índice respiratorio)			
142	Revise la condición médica actual relativa a la sintomatología y la condición que ha generado la prescripción médica (presencia de edema, nivel de dolor, nivel de azúcar en sangre, etc.)	<b>CONTROL PRE-ALIMENTARIO</b>		0 5 9
143	<b>Ahora voy a pedirle que trague esta pieza de... ¿Le gustaría beber un poco de agua? ¿o zumo?</b> (ofrezca líquido tan a menudo como sea solicitado por el paciente o cada 3-4 tragos de comida)	<i>Si es necesario, ayude al paciente a elevar el vaso de medicación hasta su boca</i>		0 5 9
144	Escoja un tema de conversación cómodo con el paciente (en caso de pacientes con predisposición al diálogo, para crear un ambiente cómodo, favorable al proceso de alimentación) Nutrición del paciente			0 3 6
145	Escriba en el expediente médico del paciente:			0 3 6
146	• El nombre de la comida administrada			0 3 6
147	• La cantidad según la prescripción			0 3 6
148	• El método de administración (ej. triturado)			0 3 6
149	• La fecha, hora y minuto en que se ha administrado la comida (si hay un retraso de más de media hora según el tiempo de administración – mencione la razón del retraso)	<i>Si el paciente rechaza la comida o si la persona responsable omite administrarle la comida – tome nota de ello en el historial médico del paciente, explique la razón. Informe al doctor/jefe enfermero de la situación.</i>		0 3 6
150	• Parámetros clínicos y biológicos relevantes, examinados antes del tratamiento (ej. presión arterial, frecuencia cardíaca, intensidad del dolor, valores de glucosa)			0 3 6
	Marque las observaciones sobre la administración de la comida que ha tenido en el expediente médico del paciente.			
151	Retire la mesa de la cama con cualquier comida que quede.			0 1 3
152	<b>¿Necesita lavarse los dientes después de comer? ¿Lavarse las manos? ¿La cara?</b>			0 1 3
153	Después de un plazo realista, evalúe los parámetros clínicos y biológicos relevantes y/o efectos esperados (presión arterial, frecuencia cardíaca, intensidad del dolor, sueño, etc.)	<b>CONTROL POST-ALIMENTARIO</b>		0 1 3
154	Escriba en el expediente médico del paciente:			0 1 3
	• los parámetros clínicos y biológicos			

	relevantes y/o efectos esperados ( <i>presión arterial, frecuencia cardíaca, intensidad del dolor, sueño, etc.</i> )			
154	<ul style="list-style-type: none"> <li>los accidentes, incidentes o efectos esperados ocurridos (<i>nausea, vómitos, posible dificultad en masticar comida o tragar – dirigidos a ajustar futuros menús – por ejemplo, la preparación de comida en forma semisólida, uso de cubertería especial</i>)</li> </ul>			0 1 3
155	<ul style="list-style-type: none"> <li>cualquier mención que haga el paciente que pueda ser relevante para la terapia de administración (<i>aceptación de propuestas de menú, cómo se ha tolerado</i>)</li> </ul> Firme las observaciones sobre administración de comida que ha introducido en el expediente médico.			0 1 3
156	Recoloque al paciente en una posición cómoda bajando la cama a la altura mínima. Póngale un vaso de agua, los controles remotos de la sala ( <i>ej. el sistema de alarma para llamar al personal médico, el control remoto del tv, etc.</i> ), los objetos de uso personal ( <i>ej. vasos, teléfono móvil, libro, etc.</i> ) en la mesa al lado del paciente.			0 5 9
157	Lavado médico de manos ± uso de guantes médicos. Use una gasa empapada en alcohol para desinfectar las partes de los muebles que han entrado en contacto durante el procedimiento. Retírese los guantes usados previamente y arrójelos en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lávese las manos. <b>Voy a dejarle que repose un poco. Volveré en ..... (por ejemplo, 2 horas) y haremos ..... (por ejemplo, un tratamiento).</b> Retire cualquier comida restante y deje la sala.			0 5 9

**Puntuación total: 200**

<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%





## CUIDADO BUCAL

### Protocolo médico



CUIDADO BUCAL

## PROTOCOLO MEDICO

El cuidado oral integra la promoción, organización y, en pacientes incapacitados incluso la ejecución, de la higiene diaria de los dientes (limpieza con hilo dental, cepillado), las encías (estimulación mecánica), la boca (enjuague); la promoción y gestión regular de controles; la inspección del área bucal y, según los problemas identificados en el examen, la promoción/gestión de consultas posteriores con especialistas del cuidado oral (dentistas, cirujanos dentales, etc.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
1.	Examine las condiciones vitales del paciente ( <i>consciencia, movimientos, habla, respiración</i> ): <i>funciones vitales preservadas</i> <input type="checkbox"/> ; <i>infarto cardiorrespiratorio</i> <input type="checkbox"/> (en tal caso, realice protocolo cardiorrespiratorio) <b>Buenos/as días/tardes. Mi nombre es ..... Soy su doctor/a enfermero/a</b>				0 2 5
2.	<b>¿Puede decirme por favor su nombre?..... ¿Y su fecha de nacimiento?.....</b> ( <i>Esto se realiza para evitar realizar un procedimiento con el paciente equivocado, ya que puede haber varios pacientes con el mismo nombre. Tampoco pregunte por ejemplo "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" para evitar recibir confirmación errónea de pacientes distraídos por los síntomas u otras razones</i> ). O bien, especialmente con pacientes con dificultades de comunicación ( <i>confundidos, comatosos, etc.</i> ) verifique la correspondencia entre los datos de la hoja de evaluación con el brazalete ( <i>si el paciente lleva pulsera de identificación</i> ) para asegurar la identidad del paciente. Los pacientes confundidos, comatosos, depresivos, gravemente enfermos o en necesidad de tubos nasogástricos o terapia de oxígeno, o aquellos largo tiempo ingresados, tienen un riesgo mayor de padecer problemas bucales siendo los que más se benefician de tales procedimientos de higiene	ESENCIAL			
3.	Garantice un ambiente privado para el examen ( <i>habitación con una cama, cortinas, pantallas, etc.</i> ) <b>Lo que tenemos que hacer es lavar su boca y sus dientes.</b> ( <i>qué vamos a hacer</i> )				0 1 3
4.	<b>La ejecución implica inspeccionar su boca por si hubiera caries, depósitos en los dientes, mal olor, secreciones, y el aspecto de las encías .....</b> Vamos a lavar sus dientes y a pasarles el hilo dental, y enjuagar su boca. Es algo fácil de realizar, no implica cortes ni pinchazos, así que no le va a hacer daño. ( <i>en qué consiste la ejecución</i> )				0 1 3
5.	<b>Se le va a colocar en posición sentado (o recostado de lado). ¿Le va a resultar mantener dicha posición durante digamos 20 minutos? Es muy importante que esté relajado y calmado durante la realización. Cuando se lo pida, deberá escupir el líquido de la boca en un recipiente especial al alcance</b> ( <i>cómo colaborar en el procedimiento</i> )				0 1 3
6.	<b>Mantener una buena higiene bucal es un elemento importante de su condición médica. Si no se logra este objetivo puede aumentar el riesgo de infecciones locales asociadas o del tracto respiratorio, neumonía por ejemplo. Bien un retraso en su proceso de cura o incluso la imposibilidad de lograr dicha cura.</b> ( <i>el beneficio del proceso</i> )				0 1 3
7.	<b>Ahora, ¿tiene claro el procedimiento? ¿Quiere hacerme alguna otra pregunta?</b>	ESENCIAL			
8.	<b>¿Se ha sometido a procedimientos de higiene bucal anteriormente? ¿Puede decirme con qué frecuencia? ¿Cuándo y cómo limpia sus dientes y su boca? ¿Lo hace usted mismo/a?</b> ( <i>Evaluación de la percepción del paciente e implicación en sus propios asuntos de salud. La falta de conocimiento en el mantenimiento de la higiene bucal predispone a padecer problemas bucales</i> )				0 1 3

9.	<b>¿Su póliza sanitaria incluía cuidado dental? ¿Con qué frecuencia ha mantenido controles dentales en los últimos tres años?</b>		0 1 3
10.	<b>¿Tiene aún sabor la comida o prefiere los platos salados o dulces que recuerda? ¿cómo qué platos?</b> <i>(la alta ingesta de sal o azúcares refinados provocan una mayor causa de erosión del esmalte)</i>		0 1 3
11.	<b>¿Tiene frecuentemente sensación de sequedad en la boca? ¿Se levanta por la noche a beber agua?</b> <i>(la disminución de secreciones salivales conducen a tener una mucosa bucal delgada y seca que favorece heridas locales y aparición de lesiones)</i>		0 1 3
12.	<b>¿Cuántos líquidos toma diariamente? ¿Añadiendo sopa, té, u otro líquido, llega aun total de 2000 ml por día?</b> <i>(la disminución de la toma de líquidos causa una mucosa bucal fina y seca que favorece heridas locales y aparición de lesiones)</i>		0 1 3
13.	<b>¿Fuma tabaco? ¿Cuántos cigarrillos diarios? ¿Desde hace cuánto tiempo?</b> <i>(un fumador intensivo, considerado fumador aquél que reconoce fumar 20 cigarrillos o más al día o más de 20 paquetes al año [cálculo: número de paquetes diarios fumados multiplicado por los años que lleva fumando], conduce a mantener una mucosa bucal fina y seca que favorece las heridas locales y aparición de lesiones)</i>		0 1 3
14.	<b>¿Qué tipo de alcohol prefiere? ¿cognac, vino, cerveza, vodka...? ¿Qué cantidad por semana?</b> <i>(un bebedor de alcohol de riesgo, definido por un consumo de más de 14 unidades de alcohol por semana [una unidad es 10 ml o 8 gr de alcohol puro obtenidos en 25 ml de bebidas fuertes ≈ 40%-, 76 ml bebidas bajas como el vino ≈ 13,5%, 250 ml bebidas como cerveza ≈ 4% ], conduce a mantener una mucosa bucal fina y seca que favorece las heridas locales y aparición de lesiones)</i>		0 1 3
15.	Consulte la ficha de observación, verifique la medicación prescrita en lo relativo a medicamentos que pueden asociarse a sequedad en la boca como posible efectos adversos (ej. Diuréticos, laxantes, tranquilizantes principalmente si se utilizan en exceso) o antiguos tratamientos de radiación en el cuello o la cabeza <i>(debido a procesos de fibrosis de las glándulas salivales, producidas como resultado de radiación que conducen a insuficiente secreción. La saliva tiene propiedades antiinfecciosas)</i>		0 1 3
16.	Si no han sido examinadas recientemente: medición de la presión sanguínea, pulseoximetría, termometría: presión sanguínea..... mm Hg, SaO2 ..... %, T ..... °C. Lávese las manos. Colóquese guantes médicos como parte de las precauciones estándar.		0 1 3
17.	Use una gasa empapada en alcohol para desinfectar la superficie de cualquier mobiliario con el que habrá contacto durante el procedimiento de higiene.		0 1 3
18.	Examine el historial médico del paciente desde un punto de vista de posibles condiciones asociadas a una contraindicación bien de la posición recostada (ej. Síndrome de hipoperfusión cerebral) o la posición decúbito lateral (enfermedades ortopédicas / reumatológicas, condiciones locales)		0 1 3
19.	Deposite los guantes usados en el contenedor de basura infecciosa. Lávese las manos. Colóquese un nuevo par de guantes médicos como parte de las precauciones estándar. <i>(para evitar la expansión de infecciones desde y hacia el paciente)</i> . Coloque al paciente en posición recostado alto <i>(sentado en la cama con la parte superior del cuerpo en ángulo de 60° – 90° sobre la horizontal)</i> o si esto no es posible, utilice la posición decúbito lateral <i>(sentado en la cama de lado)</i> <i>(estas posturas previenen que el paciente aspire los líquidos utilizados para la higiene bucal y vayan al árbol bronquial)</i> . Eleve la cama del paciente al nivel de la cintura del profesional que realiza el cuidado		0 1 3

	bucal. (para evitar sobrecarga de los músculos paravertebrales, que, de cualquier otro modo, se sobrecargan con las actividades médicas que se realizan en la cama )		
20.	Consulta de la hoja de observación: <b>¿Tiene dentadura postiza, puentes, intervenciones dentales previas?</b> Con una luz flash, examine las cavidades orales por si hubiera caries, dientes rotos, denticiones parciales, depósitos en los dientes, mal olor, secreciones, aspecto de las encías, existencia de puentes, dientes postizos. (En caso de dentaduras artificiales, deben ser limpiadas regularmente y llevarse constantemente para mantener la conformación facial, prevenir atrofia gingival, permitir una buena potencia masticatoria... Para la limpieza, debe ser retirada de la boca del paciente por uno mismo, o si no es posible, con ayuda médica de profesionales del cuidado bucal; los dientes superiores de la dentadura frontal debe sujetarse con una gasa y retirar la placa del paladar bucal con movimientos pequeños de arriba abajo. Las dentaduras postizas de la parte inferior pueden desprenderse de las encías levantándola de un lado o del otro. Las dentaduras parciales pueden ser retiradas ejerciendo presión sobre los dientes artificiales evitando los soportes que no están hechos de un material tan fuerte como los dientes ).		0 1 3
21.	<b>¿Es alérgico a algo, productos mordedores, pasta dentífrica, productos de limpieza de dentaduras postizas, enjuagues bucales quizá?</b> (examinar posibles alergias a los materiales comunes utilizados en los procedimientos)	ESENCIAL	
22.	<b>¿Cuándo ha comido por última vez? Es aconsejable realizar una higiene bucal antes y después de cada comida</b> (según las condiciones bucales locales, la higiene bucal puede ser necesaria desde una frecuencia de tres veces al día hasta con intervalos de dos horas)		0 1 6
23.	Coloque un recipiente bajo la barbilla del paciente para retener líquidos que puedan resbalar de la zona bucal durante el proceso de higiene bucal (ej. toalla, tejido absorbente o gasa, pileta curva)		0 1 5
24.	Selección de los aparatos más adecuados para la higiene bucal <b>¿Está cómodo con el uso de un cepillo dental para la higiene de su boca o le resulta incómodo o incluso doloroso? ¿Han sangrado sus encías fácilmente cuando utiliza cepillo dental?</b> Consultar la hoja de observación, revise posibles problemas bucales que indiquen contraindicación en el uso de cepillos dentales (diagnósticos, intervenciones locales recientes o antiguas .....). <b>En tal caso, podemos utilizar uno de cerdas suaves o incluso sustituirlo por una gasa bucal, por ejemplo.</b> (las gasas impregnadas con glicerina con limón que pueden también usarse como opción para el cuidado bucal deben evitarse debido a las irritaciones que produce en la mucosa bucal ya que puede reseca o decalcificar los dientes)		0 1 5
25.	Usar agua corriente o salina, moje la cabeza del cepillo dental. Aplique pasta con bicarbonato sódico (la saliva ácida favorece el crecimiento de flora bucal; por tanto, la disminución de la acidez resulta en la disminución de la carga microbiana en la boca; también el bicarbonato sódico ayuda al proceso de limpieza, disolviendo la mucosa).		0 1 3
26.	<b>¿Prefiere lavarse usted los dientes, bajo mi guía, prefiere que lo haga por usted?</b>	ESENCIAL	
27.	Asegúrese que hay buena luz para el examen (el uso de luz de flash puede resultar adecuado)		0 1 3
28.	Colóquese a la derecha del paciente (o al lado izquierdo si el profesional es zurdo)		0 1 3
29.	<b>Por favor, abra ligeramente su boca retirando los labios para</b>		0 1



	<b>permitirme tener una buena observación de sus dientes e introducir un cepillo dental. No abra demasiado su boca ya que debe mantener esta postura durante varios minutos.</b>		3
30.	Coloque las cerdas del cepillo dental en contacto directo con dos o tres dientes, los de arriba desde el frente de la boca (incisivos) al nivel de inserción del diente en la encía (surco gingival) con un ángulo de 45° con la superficie de los dientes.		0 1 3
31.	Presione suavemente las cerdas del cepillo sobre el surco gingival y haga rotación sobre la cabeza del cepillo para cepillar la superficie de los dientes ( <i>el ángulo del cepillo con los dientes de 45° hacia abajo a una posición perpendicular y finalmente a 45° de nuevo pero hacia arriba</i> ) en un movimiento firme desde la base hasta su extremo ( <i>desde su inserción gingival hasta el borde</i> ) para retirar cualquier depósito dentro del surco gingival y también de la superficie.		0 1 3
32.	<b>En cualquier momento, cuando lo considere, háganos una señal, levantando la mano, si necesita aclarar su boca de pasta dentífrica.</b> ( <i>para esto puede usarse agua corriente, y también salina o productos de enjuague bucal como soluciones originales o diluidas con agua salina; peróxido de hidrógeno es una buena elección para aclarar la boca, sin embargo, los colutorios con alcohol pueden irritar y secar la mucosa bucal</i> ) <b>Un buen aclarado eliminará todas las partículas retiradas durante el proceso del cepillado.</b>		0 1 3
33.	Coloque de nuevo las cerdas del cepillo dental en el surco gingival en posición de 45° y repita el movimiento hasta que los dientes y la zona gingival tengan un aspecto limpio.		0 1 3
34.	<b>Por favor, aclare ahora su boca con este líquido.</b> Ofrezca al paciente un vasito con el líquido elegido o, en caso de que esté demasiado débil para beber del vaso o en posición de decúbito lateral, asístale con la ayuda de una pajita. <b>Si puede retirar el líquido de su boca en esta pileta, hágalo por favor.</b> Coloque una cubeta bajo la barbilla del paciente. <b>Escúpalo todo, por favor.</b> Los enfermos comatosos que deben ser colocados en posición de decúbito lateral, se les administrará el líquido colutorio con la ayuda de una jeringa de 10 ml y se le retirará con la ayuda de un aparato de extracción. ( <i>Para prevenir aspiración bronco alveolar debido a pérdidas al tragar refleje esta característica de condición comatosa</i> ). Retire la pileta del lado del paciente y colóquela al alcance de la mano.		0 1 3
35.	Muévase a continuación al lado derecho o izquierdo, a limpiar los siguientes conjuntos de dos o tres dientes y repita las maniobras de cepillado usando la misma técnica. Finalice toda la superficie externa de la mandíbula superior.		0 1 9
36.	Coloque una pileta curva debajo de la barbilla del paciente. <b>Aclare su boca de nuevo, por favor. Retírelo en la pileta. .... Gracias.</b> Retire la pileta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área dental y las encías que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas.		0 1 3
37.	<b>Por favor, ahora relaje sus labios y abra un poco más su boca para permitirme mirar mejor el interior de sus dientes e introducir el cepillo dental. No la abra aún demasiado porque tiene que mantener esta posición unos minutos.</b>		0 1 3
38.	Repita la maniobra de cepillado utilizando la misma técnica, pero ahora para la superficie interior de la mandíbula superior.		0 1 3
39.	Repita los movimientos hasta que los dientes logran un aspecto limpio. Termine		0 1



	el proceso de limpieza de la superficie interna de la mandíbula superior.		9
40.	Coloque la piletta bajo la barbilla del paciente. <b>Por favor, aclare su boca de nuevo. Deséchelo en la piletta. .... Gracias.</b> Retire la piletta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área dental y las encías que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas.		0 1 3
41.	<b>Ahora, por favor, retire sus labios y mantenga su boca ligeramente abierta. Voy a cepillar ahora el borde de sus dientes. No la abra aún demasiado porque tiene que mantener esta posición unos minutos.</b>		0 1 3
42.	<b>Coloque las cerdas en la punta de sus dientes (la parte de morder), los de arriba del frente de la boca, perpendicular a la arcada dental para mover el cepillo de dentro afuera y cepillar las puntas.</b>		0 1 3
43.	Muévase a continuación al lado derecho o izquierdo, a limpiar los siguientes conjuntos de dos o tres dientes y repita las maniobras de cepillado usando la misma técnica. Finalice toda la superficie externa de la mandíbula superior.		0 1 9
44.	Coloque la piletta bajo la barbilla del paciente. <b>Por favor, aclare su boca de nuevo. Deséchelo en la piletta. .... Gracias.</b> Retire la piletta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área dental y las encías que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas.		0 1 3
45.	<b>Por favor, abra ligeramente su boca retirando los labios para permitirme tener una buena observación de sus dientes e introducir un cepillo dental. No abra demasiado su boca ya que debe mantener esta postura durante varios minutos.</b>		0 1 3
46.	Coloque las cerdas del cepillo dental en contacto directo con dos o tres dientes, los de arriba desde el frente de la boca (incisivos) al nivel de inserción del diente en la encía (surco gingival) con un ángulo de 45° con la superficie de los dientes.		0 1 3
47.	Presione suavemente las cercas del cepillo sobre el surco gingival y haga rotación sobre la cabeza del cepillo para cepillar la superficie de los dientes ( <i>el ángulo del cepillo con los dientes de 45° hacia abajo a una posición perpendicular y finalmente a 45° de nuevo pero hacia arriba</i> ) en un movimiento firme desde la base hasta su extremo ( <i>desde su inserción gingival hasta el borde</i> ) para retirar cualquier depósito dentro del surco gingival y también de la superficie.		0 1 3
48.	Coloque de nuevo las cerdas del cepillo dental en el surco gingival en posición de 45° y repita el movimiento hasta que los dientes y la zona gingival tengan un aspecto limpio.		0 1 3
49.	Muévase a continuación al lado derecho o izquierdo, a limpiar los siguientes conjuntos de dos o tres dientes y repita las maniobras de cepillado usando la misma técnica. Finalice toda la superficie externa de la mandíbula superior.		0 1 9
50.	Coloque la piletta bajo la barbilla del paciente. <b>Por favor, aclare su boca de nuevo. Deséchelo en la piletta. .... Gracias.</b> Retire la piletta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área dental y las encías que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas.		0 1 3
51.	Repita la maniobra de cepillado utilizando la misma técnica, pero ahora para la superficie interior de la mandíbula. <b>Por favor, abra ligeramente su boca retirando los labios para permitirme tener una buena observación de sus dientes e introducir un cepillo. No abra demasiado su boca ya que debe mantener esta postura durante varios minutos.</b>		0 1 3
52.	Repita los movimientos hasta que los dientes logran un aspecto limpio.		0

	Termine el proceso de limpieza de la superficie interna de la mandíbula.		1 9
53.	Coloque la piletta bajo la barbilla del paciente. <b>Por favor, aclare su boca de nuevo. Deséchelo en la piletta. .... Gracias.</b> Retire la piletta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área dental y las encías que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas.		0 1 3
54.	<b>Ahora, por favor, retire sus labios y mantenga su boca ligeramente abierta. Voy a cepillar ahora el borde de sus dientes. No la abra aún demasiado porque tiene que mantener esta posición unos minutos.</b>		0 1 3
55.	Muévase a continuación al lado derecho o izquierdo, a limpiar los siguientes conjuntos de dos o tres dientes y repita las maniobras de cepillado usando la misma técnica. Finalice toda la superficie mordedora de la mandíbula.		0 1 9
56.	Coloque la piletta bajo la barbilla del paciente. <b>Por favor, aclare su boca de nuevo. Deséchelo en la piletta. .... Gracias.</b> Retire la piletta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área dental y las encías que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas.		0 1 3
57.	<b>Ahora, abra bien su boca. Vamos a limpiar la lengua. No la abra aún demasiado porque tiene que mantener esta posición unos minutos.</b>		0 1 3
58.	Coloque la cabeza del cepillo dental por el lado opuesto a las cerdas, diseñado especialmente para la limpieza de la lengua. <i>(Si no existe esa área puede usar las cerdas del cepillo)</i> . Suavemente cepille la parte superior de la lengua, tenga cuidado de no provocar náuseas. <i>(Si hay falta de eficacia en la limpieza de la lengua persistirán muchas bacterias en la cavidad bucal lo que mantendrá un alto riesgo de infección bucal y respiratoria y afectará también al mal aliento)</i> .		0 1 9
59.	Coloque la piletta bajo la barbilla del paciente. <b>Por favor, aclare su boca de nuevo. Deséchelo en la piletta. .... Gracias.</b> Retire la piletta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área de la lengua que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas. <i>(los depósitos sobre la lengua son causa de pobre higiene bucal, y también por reducción de la hidratación, infecciones por hongos o medicamentos,...)</i> .		0 1 3
60.	Utilice una toalla, limpie los labios del paciente. <b>Vamos a limpiar un poco su boca</b>		0 1 3
61.	<b>Es posible utilizar hilo dental para retirar los residuos que se han acumulado en el espacio entre sus dientes. No es parte de una higiene básica bucal <i>(no hay suficientes pruebas para probarlo)</i> pero es la única manera de limpiar esa zona y el área gingival.</b>		0 1 3
62.	Desenrolle 45 cm de hilo dental encerado <i>(mejor que el no encerado ya que se deshila menos y no retiene residuos de entre los dientes)</i> y enrosque los extremos sobre los terceros dedos de cada mano dos o tres vueltas para agarrar bien el hilo, deje 15 cm de hilo libre entre los dedos.		0 1 3
63.	Reduzca estos 15 cm de hilo a 2.5 cm y tense el hilo colocando los dedos pulgares de una mano apuntando hacia arriba y el dedo corazón de la otra mano apuntando también hacia arriba para una buena maniobrabilidad sobre los dientes de la mandíbula superior.		0 1 3
64.	Introduzca 2.5 cm de hilo entre el espacio de los incisivos superiores teniendo el borde del dedo corazón dentro de la boca y el del dedo pulgar fuera de la boca.		0 1 3
65.	A continuación, realice un movimiento hacia arriba con la ayuda del dedo corazón y pulgar, hasta que el hilo llega a la encía, con cuidado sin provocar		0 1 3

	daño. Coloque el hilo dental entre los dientes en el surco gingival alrededor de los lados de uno u otro diente desde el espacio de maniobra, realizando una forma de C.		
66.	Desde esta posición mueva el hilo hacia abajo procurando retirar los residuos del surco gingival y el lateral del diente intervenido desde fuera del espacio interdental.		0 1 3
67.	Repita esta operación, de movimiento del hilo de arriba abajo, varias veces, hasta obtener la higiene deseada. Después doble de nuevo el hilo dental sobre otro diente del espacio interdental, también en forma de C, para limpiar también la otra parte de ese espacio.		0 1 3
68.	Prosiga, de derecha a izquierda, repitiendo las maniobras con grupos de dientes usando la misma técnica. Finalice por completo el espacio interdental de la mandíbula superior.		0 1 9
69.	<b>Por favor, aclare ahora su boca con este líquido.</b> Ofrezca al paciente un vasito con el líquido elegido o, en caso de que esté demasiado débil para beber del vaso o en posición de decúbito lateral, asístale con la ayuda de una pajita. <b>Si puede retirar el líquido de su boca en esta pileta, hágalo por favor.</b> Coloque una cubeta bajo la barbilla del paciente. <b>Escúpalo todo, por favor.</b> Los enfermos comatosos que deben ser colocados en posición de decúbito lateral, se les administrará el líquido colutorio con la ayuda de una jeringa y se le retirará con la ayuda de un aparato de extracción. <i>(Para prevenir aspiración bronco alveolar debido a pérdidas al tragar refleje esta característica de condición comatosa).</i> Retire la pileta del lado del paciente y colóquela al alcance de la mano.		0 1 3
70.	Desenrolle 45 cm de hilo dental encerado y enrosque los extremos sobre los terceros dedos de cada mano dos o tres vueltas para agarrar bien el hilo, deje 15 cm libre entre los dedos.		0 1 3
71.	Reduzca estos 15 cm de hilo a 2.5 cm y tense el hilo colocando los dedos pulgares de una mano apuntando hacia arriba y el dedo corazón de la otra mano apuntando también hacia arriba para una buena maniobrabilidad sobre los dientes de la mandíbula.		0 1 3
72.	Introduzca 2.5 cm de hilo entre el espacio de los incisivos superiores teniendo el borde del dedo corazón dentro de la boca y el del dedo pulgar fuera de la boca.		0 1 3
73.	A continuación, realice un movimiento hacia arriba con la ayuda del dedo corazón y pulgar, hasta que el hilo llega a la encía, con cuidado sin provocar daño. Coloque el hilo dental entre los dientes en el surco gingival alrededor de los lados de uno u otro diente desde el espacio de maniobra, realizando una forma de C.		0 1 3
74.	Desde esta posición mueva el hilo hacia abajo procurando retirar los residuos del surco gingival y el lateral del diente intervenido desde fuera del espacio interdental.		0 1 3
75.	Repita esta operación, de movimiento del hilo de arriba abajo, varias veces, hasta obtener la higiene deseada. Después doble de nuevo el hilo dental sobre otro diente del espacio interdental, también en forma de C, para limpiar también la otra parte de ese espacio.		0 1 3
76.	Prosiga, de derecha a izquierda, repitiendo las maniobras con grupos de dientes usando la misma técnica. Finalice por completo el espacio		0 1 9

	interdental de la mandíbula.			
77.	<b>Por favor, aclare ahora su boca con este líquido.</b> Ofrezca al paciente un vasito con el líquido elegido o, en caso de que esté demasiado débil para beber del vaso o en posición de decúbito lateral, asístale con la ayuda de una pajita. <b>Si puede retirar el líquido de su boca en esta pileta, hágalo por favor.</b> Coloque una cubeta bajo la barbilla del paciente. <b>Escúpallo todo, por favor.</b> Los enfermos comatosos que deben ser colocados en posición de decúbito lateral, se les administrará el líquido colutorio con la ayuda de una jeringa y se le retirará con la ayuda de un aparato de extracción. <i>(Para prevenir aspiración bronco alveolar debido a pérdidas al tragar refleje esta característica de condición comatosa).</i> Retire la pileta del lado del paciente y colóquela al alcance de la mano.			0 1 3
78.	Aplique hidratante hidrosoluble sobre los labios del paciente <i>(la exposición a los pacientes de hidratante de tipo aceite mineral, en caso de aspiración dentro de los pulmones, a neumonía lipídica, en estos casos su uso está contraindicado)</i>			0 1 3
79.	Aplique sustitutos de la saliva en caso de sequedad de la boca debido a deficiente secreción salivar			0 1 3
80.	Deseche los guantes médicos en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lavado médico de las manos.			0 1 3
81.	<b>Es importante para su salud cepillarse los dientes al menos cuatro veces al día, después de las comidas y al irse a dormir, también pasar el hilo dental mínimo una vez al día. Si no es posible el cepillado o el hilo dental, al menos aclárese la boca con agua vigorosamente. No es lo mismo pero puede ayudar a mantener la higiene de su boca.</b>			0 1 3
82.	Use un limpiador con alcohol para desinfectar todas las superficies de los muebles que se han utilizado en el proceso de limpieza. Retírese previamente los guantes usados y deséchelos en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lávese las manos.			0 1 3
83.	Rellene el historial médico del paciente con todos los detalles relativos a la realización del procedimiento, incidentes, complicaciones – según el caso, fecha y hora.	ESENCIAL		
84.	Deben seguirse todos los pasos para preservar la seguridad del paciente <i>(ajustar la cama a una altura inferior y elevar las barreras laterales)</i> . Asegúrese que le paciente puede alcanzar con facilidad sus objetos personales <i>(ej. Teléfono móvil, libro, pasatiempos, puzzle etc.)</i> , el vaso de agua y el control remoto para llamar en caso de necesidad. Aporte detalles sobre el calendario médico a seguir y el momento en que el paciente será nuevamente examinado).			0 1 3

<b>Puntuación total: 300</b>	<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
	<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
	<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

## Referencias:

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Centers for Disease Control and Prevention. Overview of CDC Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections. Available at URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Guide/overview.htm>  
<http://www.smokingpackyears.com/>

UK Chief Medical Officers Low risk drinking guidelines, August 2016  
[www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545937/UK\\_CMOs\\_report.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf)

<http://www.cbsnews.com/news/a-big-problem-with-flossing/>, 2 August 2016

<https://www.youtube.com/watch?v=VVj-3R2Y9Ok>





## ASEO Y BAÑO DE UN PACIENTE EN CAMA CON AGUA Y JABÓN

### Protocolo médico




## PROTOCOLO MEDICO

El aseo es esencial para el bienestar de un paciente terminal encamado y constituye uno de los pilares de la práctica de los cuidados diarios. El baño clásico con agua y jabón es todavía hoy una práctica sistematizada. Sin embargo, los sets de baño de un solo uso que se preparan en unidades mono-dosis empaquetadas están normalizándose.

		Concepto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
<b>PREPARACIÓN</b>						
1	Revise el historial médico del paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Confirme el calendario indicado de cuidados higiénicos</li> <li>Controle cualquier contraindicación para un baño en cama y uso de jabón u otros productos higiénicos comunes (ej. alergia al jabón)</li> <li>Controle la presencia de cualquier catéter u otros aparatos que pudieran dificultar la ejecución de un baño en cama, o que requiera la asistencia de apoyo para garantizar la seguridad del paciente</li> </ul>					0 4 9
2	Lávese las manos y colóquese guantes médicos <i>(sólo en caso de enfermero/cuidadores con lesiones cutáneas en las manos o de alto riesgo potencial de infección del paciente)</i> , como parte de las precauciones comunes.	Precauciones estándar				0 1 3
3	Recopile todo el equipamiento necesario <i>(2 toallas, 2 toallas o sábanas para cubrir el cuerpo, alcohol para desinfección de las manos, una taza, pañales para incontinencia si es necesario, peine o cepillo, toallita, escudilla, 2 pares de guantes médicos limpios, utensilios de afeitado, cepillo de dientes, pasta dentífrica, palangana, jabón, sábanas limpias)</i> y llévelo con usted a la habitación del paciente.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 5 9
4	Cierre la puerta y asegure la privacidad del espacio para lavar al paciente <i>(cortinas, pantallas, señalización de habitación ocupada, etc.)</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
5	Evalúe rápidamente las constantes vitales <i>(consciencia, movimientos, habla, respiración)</i> <b>Hola. Mi nombre es .... Soy el/la enfermero/a que le va a realizar el baño.</b>	Constantes vitales preservadas <input type="checkbox"/> ; infarto cardiorrespiratorio <input type="checkbox"/> <i>(inicio medidas médicas, reanimación, -inicio conversación)</i>				0 2 5
6	<b>¿Puede por favor decirme su nombre.....? Y su fecha de nacimiento....? Gracias.</b>	Conformidad con hoja de observaciones: Nombre: <input type="checkbox"/> Fecha nacimiento: <input type="checkbox"/>	ESENCIAL			

7	Coloque la cama en posición de trabajo (altura adecuada) y baje las barreras laterales. <b>¿Se puede tumbar en posición supina sin problemas?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
8	<b>Ahora voy a lavarle</b>	<i>Explicamos al paciente LO QUE VAMOS A HACER. Dígale al paciente cómo puede COLABORAR en el baño encamado</i>	ESENCIAL			
EJECUCIÓN						
9	Ponga agua en la palangana, después de preguntar al paciente la temperatura del agua deseada	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
10	Si está disponible, coloque una silla a los pies de la cama	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
11	Coloque una toalla o sábana sobre el paciente, retire la sábana superior y colóquela a los pies de la cama o sobre la silla. Retire las almohadas y deje una almohada en su sitio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Retire la ropa del paciente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
13	Coloque una toalla sobre la almohada bajo la cabeza del paciente.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
14	Lave y seque los ojos del paciente, desde las orejas hasta la nariz. No utilice jabón.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESENCIAL			
15	Lave con agua y jabón, aclare y seque la cara, detrás de las orejas y el cuello del paciente.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESENCIAL			
16	Doble la sábana o toalla hacia abajo y coloque una toalla sobre el pecho del paciente; lave, aclare y seque el pecho y axilas del paciente y desdoble la sábana o toalla hacia arriba nuevamente.		ESENCIAL			
17	Coloque una toalla bajo el brazo más lejano, lave, aclare y seque desde el hombro hasta la mano, y entre los dedos.		ESENCIAL			
18	Coloque una toalla bajo el brazo más cercano, lave, aclare y seque desde el hombro hasta la mano, y entre los dedos.		ESENCIAL			
19	Cubra la parte superior del cuerpo con un nuevo paño y doble la sábana o toalla inferior cubriendo hasta las rodillas					0 4 9
20	Coloque la toalla para el lavado de las zonas íntimas debajo de la pierna más lejana, lave, aclare y seque desde la rodilla hasta el pie, y entre los dedos de los pies.		ESENCIAL			
21	Coloque una toalla debajo de la pierna más cercana, lave, aclare y seque desde la rodilla		ESENCIAL			

	hasta el pie, y entre los dedos de los pies.					
22	Rellene la palangana con agua fresca; tenga en cuenta la temperatura del agua que desea el paciente.					0 1 3
23	Doble hacia arriba la sábana o toalla y coloque una toalla sobre el abdomen y la zona púbica.					0 4 9
24	Desinfectese las manos ( <i>según el dibujo inferior; durante 30 segundos</i> )					0 1 3
 <p>Fuente: <a href="http://www.2care.be">www.2care.be</a></p>						
25	Póngase los guantes					0 1 3
26	Ponga jabón en cada lado del paño de lavado					0 5 9
27	Lavar, aclarar y secar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente femenino:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Primero parte inferior abdomen (ombligo), primero la entrepierna más lejana hasta la rodilla, la otra entrepierna y la ingle</li> <li>Doble el paño de lavado y lave la zona púbica, abra los labios y lave desde arriba hacia abajo con jabón</li> </ul> </li> <li>Paciente masculino:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Primero parte inferior abdomen (ombligo), primero la entrepierna más lejana hasta la rodilla, la otra entrepierna y la ingle</li> <li>Doble el paño de lavado y lave el escroto y el pene</li> <li>Retire hacia atrás la piel de la punta, lave y seque, después retroceda la piel hasta su sitio</li> </ul> </li> </ul>					0 4 9
28	Quítese los guantes					0 1 3
29	Desinfectese las manos ( <i>véase paso 24</i> )					0 1 3
30	Vuelva a colocar la barrera protectora de este					0 1

	lado de la cama					3
31	Coja agua limpia de nuevo					0 4 9
32	Gire al paciente hacia su lado					0 2 5
33	Doble la sábana hasta la espalda del paciente					0 1 3
34	Coloque la toalla de la parte superior del cuerpo por la espalda y la toalla de la parte inferior por la parte de atrás					0 1 3
35	Lave con el paño de lavado superior la espalda hacia abajo hasta la parte lumbar, aclare y seque.		ESENCIAL			
36	Desinfectese las manos ( <i>véase paso 24</i> )					0 1 3
37	Póngase los guantes					0 1 3
38	Ponga jabón en un lado del paño de lavado de la zona inferior y doble los laterales hacia un lado					0 4 9
39	Lave la parte lumbar, detrás de los muslos hasta la parte trasera de las rodillas, abra el pliegue de las nalgas con la otra mano y lave con los laterales del paño de lavado desde el ano hacia arriba, aclare y seque en el mismo orden.		ESENCIAL			
40	Quítese los guantes					0 1 3
41	Desinfectese las manos ( <i>véase paso 24</i> )					0 1 3
42	El paciente puede darse la vuelta, o ayudar al paciente a darse la vuelta					0 1 3
43	Vista al paciente y colóquelo en posición sentado (o semirecostado)					0 1 3
44	Coloque la toalla o sábana de la parte superior del cuerpo detrás de la cabeza y cepille su cabello. Después retire la toalla o sábana.					0 1 3
45	Coloque la escudilla, un vaso/taza con agua limpia, el cepillo de dientes, pasta dentífrica, utensilios de afeitado y una servilleta de papel sobre la mesa y acérqueselo al paciente. Si es necesario, ayude al paciente con el lavado de los dientes.					0 1 3
46	Retire los utensilios de nuevo, limpie y desinfecte la mesa otra vez.					0 1 3
<b>CUIDADOS POSTERIORES</b>						
47	Coloque al paciente en una posición cómoda					0 1 3
48	Baje la cama de nuevo					0 3 6
49	Asegúrese que puede alcanzar la campanilla o					0 1



	cualquier otro sistema de contacto					3
50	Arregle la habitación, abra las cortinas, retire las cubiertas o colchas					0 1 3
51	Retire la señalización de habitación ocupada					0 1 3
52	Arregle el carrito auxiliar de curas					0 1 3
53	Firme en la ficha del paciente la realización del baño en cama					0 1 3
54	Refleje su informe en la ficha del paciente					0 3 6
55	Informe verbalmente de su ejecución					0 1 3
<b>Puntuación total: 200</b>		<input type="radio"/>	criterio no rellenado			
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado			
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado			

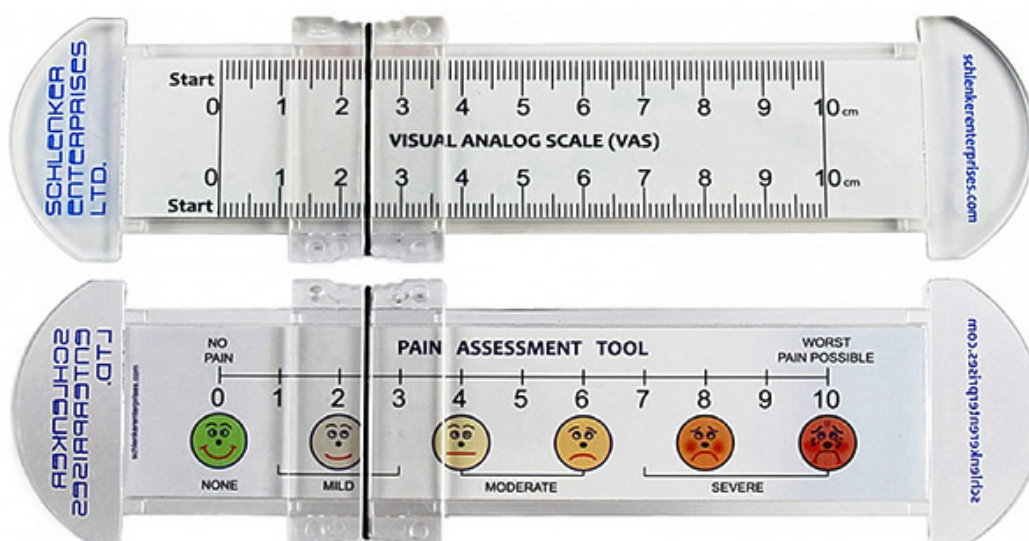
### Es posible el lavado sin agua:

Schoonhoven L, van Gaal B, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. Cost-consequence analysis of “washing without water” for nursing home residents: A cluster randomized trial. International Journal of Nursing Studies. January 2015 52(1):112-120. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001

Nøddeskou LH, Hemmingsen LE, Hørdam, B. Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomised controlled trial. Scandinavian Journal of Caring Sciences. June 2015, Vol. 29 Issue 2, p347-352. 6p. DOI: 10.1111/scs.12170.

## EVALUACIÓN DEL DOLOR – MEDICIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES ADULTOS CONSCIENTES MEDIANTE LA ESCALA ANALÓGICA VISUAL

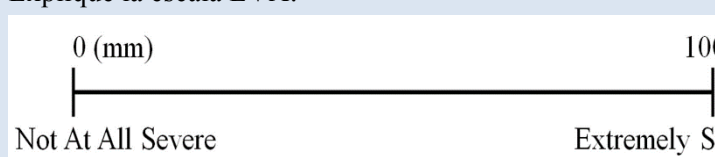
### Protocolo médico



**EVALUACIÓN DEL DOLOR – MEDICIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES ADULTOS CONSCIENTES MEDIANTE LA ESCALA ANALÓGICA VISUAL**

## PROTOCOLO MEDICO

La Escala Visual Analógica (EVA) es una herramienta de medida unidimensional de medición de la intensidad del dolor, que ha sido ampliamente utilizada en diversas poblaciones adultas [5].

		Concepto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
<b>PREPARACION</b>						
1	Revise el historial médico del paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Revise el informe sobre resultados de pruebas previas</li> <li>Revise cualquier medicación para el dolor</li> </ul>					0 1 3
2	Desiféctese las manos o póngase guantes médicos limpios ( <i>sólo en caso de enfermeros con lesiones cutáneas en las manos o con un alto riesgo de infección del paciente</i> ), como parte de las precauciones estándar.	<i>Precauciones estándar</i>				0 1 3
3	<i>Cierre la puerta y asegure un entorno privado para cambiar la posición del paciente, si es el caso (cortinas, pantallas, señalización de habitación ocupada, etc.)</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
4	Control rápido de los signos vitales ( <i>consciencia, movimientos, habla, respiración</i> ) <b>Hola. Mi nombre es .... Soy su enfermero/a y voy a medirle el dolor que padece</b>	<i>Funciones vitales preservadas <input type="checkbox"/>; infarto cardiorespiratorio <input type="checkbox"/> (inicio de medidas médicas - reanimación) - inicio de conversación)</i>				0 2 5
5	<b>¿Puede por favor decirme su nombre.....? Y su fecha de nacimiento ....</b> <b>Gracias.</b>	<i>Conformidad con la hoja de observación con:</i> <i>Nombre:</i> <input type="checkbox"/> <i>Fecha de nacimiento:</i> <input type="checkbox"/>	<b>ESENCIAL</b>			
6	Si es necesario, coloque la cama en posición de trabajo (altura apropiada) y baje las barreras laterales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>EJECUCIÓN DE LA MEDICIÓN DEL DOLOR</b>						
8	Explique la escala EVA: <div style="text-align: center;">  </div>	Explicamos al paciente QUÉ VAMOS A HACER Explicamos al paciente QUÉ TIENE QUE HACER	<b>ESENCIAL</b>			
9	Pregunte al paciente que puntúe su sensación de dolor actual con la escala EVA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
1	En caso necesario, reajuste la altura de la cama y las barreras	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0

0	laterales					1 3
<b>CUIDADOS POSTERIORES</b>						
1 1	Facilite el acceso y alcance del sistema de llamada o comunicación de petición de ayuda o alarma	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			0 1 3
1 2	Quite el cartel señalizador de habitación ocupada	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			0 2 5
1 4	Mida la calificación de la EVA, según la medición local en cm ó mm, y registre la calificación del dolor en el expediente médico del paciente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			0 4 9
1 5	Si la prueba se ha realizado por primera vez, y refleja dolor leve (5– 44 mm), dolor moderado (45–74 mm), o dolor severo/agudo (75– 100 mm), informe inmediatamente al médico asignado y solicítele que prescriba tratamiento para el dolor.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			0 2 5
1 6	En caso de evolución o cambio negativo en la calificación del dolor, informe inmediatamente al médico asignado y pídale que revise la gestión actual del dolor. Es recomendable utilizar el método SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación) para comunicar su mensaje.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			0 2 5

<b>Total score: 50</b>	<input type="radio"/>	criterio no rellenado		<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado		<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado		<b>%</b>

### Interpretación de la valoración de la escala EVA

A higher score indicates greater pain intensity. Based on the distribution of pain VAS scores in postsurgical patients (knee replacement, hysterectomy, or laparoscopic myomectomy) who described their postoperative pain intensity as none, mild, moderate, or severe, the following cut points on the pain VAS have been recommended: no pain (0 – 4 mm), mild pain (5– 44 mm), moderate pain (45–74 mm), and severe pain (75– 100 mm) [4].

## Referencias selectivas:

Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131

Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska and Melissa French. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 2011; Volume 63, Issue Supplement S11: Pages S240–S252. DOI 10.1002/acr.20543

Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *Br J Anaesth*, 2008; 101 (1): 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>

Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *J Pain*, 2003;4:407–14.

McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med* 1988;18:1007–19.





## **PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN CONTRA EL DOLOR SEGÚN LA ESCALA DEL DOLOR**

### **Protocolo médico**



**PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN CONTRA EL DOLOR  
SEGÚN LA ESCALA DEL DOLOR**

## PROTOCOLO MEDICO

Los principios de cura del dolor en pacientes terminales están organizados según la Organización Mundial de la Salud en un modelo llamado la Escala del Dolor.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

### PREPARACIÓN

1.	Examine el historial medico del paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Revise los últimos informes de resultados de monitorización del dolor</li> <li>Revise el estado actual del dolor</li> <li>Revise cualquier reacción alérgica a medicación contra el dolor</li> </ul>	ESENCIAL				
2.	Desinfectese las manos					0 1 3
3.	Cierre la puerta de la habitación y asegure un entorno privado para realizar una evaluación del dolor ( <i>cortinas, pantalla, señales de habitación ocupada, etc.</i> )					0 1 3
4.	Valore rápidamente la presencia de signos vitales (consciencia, movimientos, habla, respiración) <b>Hola. Mi nombre es .... Soy su médico y voy a medir su nivel de dolor para poder prescribirle calmantes.</b>					0 1 3
5.	<b>Puede decirme primero su nombre por favor.....? Y su fecha de nacimiento .... Gracias.</b>					0 1 3
6.	Si es necesario, coloque la cama en posición de trabajo (altura apropiada) y baje las barreras laterales					0 1 3

### PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN PARA EL DOLOR

7.	Pregunte al paciente si tiene alguna alergia a medicamentos y regístrelo en su ficha médica: <b>En su experiencia hasta ahora, sabe si tiene alguna alergia a algún medicamento? (como enrojecimiento de la piel, irritación o sudoración ...)</b>	ESENCIAL				
8.	Determine si el paciente toma algún opiáceo = paciente no tratado con opiáceo anteriormente y relaciónelo con la respuesta del paciente con los datos según la ficha actual o el historial médico del paciente sobre medicación para el dolor (en caso de que exista) <b>Toma alguna medicación para el dolor?</b> ( <i>pueden ser opioides leves – Tramadol, Codeína opioides fuertes – Morfina, Metadona, Oxicodona, Fentanilo ...</i> ) Resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente no tratado anteriormente con opiáceos – continúe en el paso 10</li> <li>Paciente tratado con opiáceos – vaya al paso 16</li> </ul>	ESENCIAL				
9.	Valore la intensidad del dolor del paciente – <i>vea el protocolo “Medición del dolor en pacientes adultos con la Escala Visual Analógica (EVA)”</i>					0 1 3
10.	Categorice la intensidad del dolor según la longitud indicada en la escala					0 1

	EVA, como dolor leve, moderado o severo.		3
11.	<p>Establezca una medicación para el dolor acorde a la intensidad del dolor (<i>vea la Escala del dolor de la OMS</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve: no opiáceos (PASO 1)</li> <li>• Moderado: opiáceos leves (PASO 2)</li> <li>• Severo: opiáceos fuertes (PASO 3)</li> </ul> <p>Y prescriba la medicación teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alergias a medicamentos (si existen)</li> <li>- vía de administración</li> <li>- insuficiencia renal/hepática (si existen)</li> <li>- preferencias del paciente</li> <li>- factores socio-económicos (accesibilidad al medicamento, precio ...)</li> <li>- dosis máxima diaria (excepto para opiáceos fuertes que no tienen dosis máxima diaria, sino dosis óptima diaria – ejemplo: vea el algoritmo adjunto para la iniciación de tratamiento con morfina)</li> </ul>	ESENCIAL	
12.	<p>¡Monitorice cuidadosamente al paciente! (<i>observe signos de sedación, otros efectos secundarios, evaluación del nivel del dolor</i>) y ajuste adecuadamente el tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la/s primera/s dosis de opioides producen sedación - reduzca la dosis al 50% y realice una composición más baja</li> <li>• Si la/s primera/s dosis no produce analgesia, se incrementará la siguiente dosis al 50%</li> </ul> <p>Regularmente - se incrementa la dosis diaria de opiáceos (30-50-100%) para obtener una analgesia óptima</p>	ESENCIAL	
13.	Prescriba medicación para los efectos secundarios! ( <i>como: antieméticos, laxantes ...</i> )	ESENCIAL	
14.	<p>Puede combinar analgésicos según la escala de la OMS para analgésicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PASO 1 + PASO 2</li> <li>• PASO 1 + PASO 3</li> <li>• COANALGESICOS + cualquier PASO</li> </ul> <p>NUNCA proporcione: PASO 2 + PASO 3</p>	ESENCIAL	
15.	<p>Pacientes no tratados con opiáceos:</p> <p>Revise la medicación actual: tipo, dosis, frecuencia y vía de administración y valore el nivel del dolor del paciente; adaptese a las condiciones del paciente (ejemplo: cambie la vía de oral a subcutánea si sufre vómitos/náuseas o asfixia)</p>		0 1 3
16.	<p>Valore el dolor y ajuste la medicación en consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremente la dosis de no opiáceos y opiáceos leves hasta la dosis máxima diaria (para PASO 1 y PASO 2)</li> <li>• Cambie del PASO 2 a opiáceos fuertes (PASO 3) si existe dolor extremo – use tablas de conversión de opiáceos</li> <li>• Alterne opiáceos fuertes (PASO 3) si existe dolor extremo</li> </ul>	ESENCIAL	
17.	¡Prescriba medicación para efectos secundarios! ( <i>como: antieméticos, laxantes ...</i> )	ESENCIAL	
18.	<p>¡Monitorice cuidadosamente al paciente! (<i>observe signos de sedación, otros efectos secundarios, valore nivel del dolor</i>) y ajuste correspondientemente el tratamiento de opiáceos:</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la/s primera/s dosis de opiáceos provoca sedación moderada – reduzca la dosis al 50% y pruebe con una composición más baja</li> <li>• Si la/s dosis inicial/es no producen analgesia, puede incrementar la dosis en un 50%</li> </ul> <p>Regularmente - se incrementa la dosis diaria de opiáceos (30-50-100%) para obtener una analgesia óptima</p>	ESENCIAL
19.	<p>Puede combinar analgésicos según la escala de la OMS para analgésicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PASO 1 + PASO 2</li> <li>• PASO 1 + PASO 3</li> <li>• COANALGESICOS + cualquier PASO</li> </ul> <p>NUNCA proporcione: PASO 2 + PASO 3</p>	ESENCIAL
<b>MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR</b>		
20.	<p>Re-evalúe el dolor del paciente y sus condiciones y ajuste el tratamiento adecuadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por hora/o varias veces al día – para tratamientos de iniciación con opiáceos o para dolor extremo – hasta el control estabilizado del dolor</li> <li>• Diariamente – para pacientes hospitalizados</li> <li>• Semanal/Mensualmente – para pacientes en ambulatorio/o cuidados en entorno doméstico/pacientes estables</li> </ul> <p>Según necesidad (situaciones inesperadas; problemas de administración – falta de medicación,...)</p>	0 1 3
21.	<p>Una vez se consigue el control estabilizado del dolor mediante tratamiento de opiáceos, prescriba medicación (preferiblemente mismos opiáceos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para prescripciones de liberación rápida – para dolor repentino: 1/6 opiáceos (total) dosis diaria</li> <li>• Para prescripciones de liberación lenta – para medicación crónica o de largo plazo – de ser posible</li> </ul>	0 1 3
<b>Puntuación total: 30</b>		
	<input type="radio"/>	criterio no rellenado
	<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado
	<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado

#### Algoritmo para tratamiento de iniciación con morfina:

Edad	Función renal	Dosis
< 65	Normal	10 mg cada 4 horas
> 65	Normal	5 mg cada 4 horas
< 65	Baja	10 mg cada 6-8 horas
> 65	Baja	5 mg cada 6-8 horas



## **SÍNDROME DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL**

### **Protocolo médico**





## PROTOCOLO MEDICO

La consecuencia de la exposición crónica al estrés propio del trabajo (persona sufriente, pacientes críticos/agónicos) manifestada como reacción empática de agotamiento emocional abrumante, sentimientos de inutilidad y cuestionamiento personal, junto con la pérdida de interés por la realización de actividades profesionales.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

1.	<b>Buenos días/buenas tardes.</b> <b>Mi nombre es ..... Soy el doctor/a /enfermero/a....</b>				0 2 5
2.	<b>Puede decirme su nombre, por favor..... y su fecha de nacimiento..... Gracias.</b>	<b>ESENCIAL</b>			
3.	Asegure un ambiente privado para el examen <i>(oficina/habitación con ambiente silencioso y tranquilo, si distracciones/personal de la casa, etc.)</i> <b>Necesitamos determinar si su ambiente profesional es una fuente de agotamiento para usted y sus colegas de trabajo</b> <i>(qué vamos a hacer)</i>				0 1 3
4.	<b>Este análisis se concentrará en tres cuestiones: evaluar la presencia de factores de riesgo profesional y/o personal para desarrollar síndrome de agotamiento, cumplimentar el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP) para cuantificar el impacto negativo del síndrome de agotamiento, y encontrar estrategias posibles de asimilación del efecto de agotamiento</b> <i>(en qué consiste el análisis)</i>				0 2 5
5.	<b>Es muy importante que esté relajado y calmado durante la valoración. Por favor, responda con sinceridad.</b> <b>No hay respuestas incorrectas.</b> <b>Si tiene dudas, pregunte con toda libertad.</b> <b>Puede dejarlo en cualquier momento o puede también saltar preguntas que prefiere no responder.</b> <i>(cómo contribuir a la valoración)</i>				0 1 3
6.	<b>Antes de proceder a continuación, quédesse tranquilo que toda la información que proporcione será tratada como confidencial.</b> <b>No facilitaremos su información personal a terceras partes sin su consentimiento.</b>				0 1 3
7.	<b>¿Está de acuerdo con formar parte de este análisis?</b> <i>(la valoración de las ideas personales sobre el síndrome de agotamiento y la aceptación del consentimiento)</i>	<b>ESENCIAL</b>			
8.	Evalúe la condición profesional del/de la cuidador/a <b>¿Cuál es el cargo de su trabajo?</b> <b>¿Cuál es la especialidad de la unidad médica en la que realiza su trabajo?</b> <b>Describa brevemente sus tareas y responsabilidades en su actual trabajo</b> <b>¿Cuántos años lleva trabajando en su puesto actual?</b> <b>¿Sus trabajos anteriores formaban parte de la misma especialidad médica?</b>				0 4 9
9.	<b>¿Tiene un contrato de trabajo temporal o indefinido?</b> <i>(la contratación temporal puede conducir a la sobrecarga/inseguridad laboral y a la necesidad de completar las tareas para probar la valía personal)</i>				0 1 3

10.	¿Cuántas horas trabaja por semana? ¿Menos/Más de 40 horas a la semana?			0 2 5
11.	¿Cuántos pacientes se encarga de cuidar regularmente (por hoja/semana)?			0 2 5
12.	¿Está usted satisfecho/a con las actuales responsabilidades de su trabajo?			0 1 3
13.	¿Esta usted satisfecho/a con el desempeño de su trabajo hasta la fecha?			0 1 3
14.	¿Qué es lo que considera más frustrante en/de su trabajo? ¿Puede darme un ejemplo?			0 1 3
15.	¿Le resulta familiar el término “estrés postraumático secundario”? <i>(el estrés traumático experimentado por los pacientes en el cuidado tiene un impacto negativo en la salud y estado mental del cuidador)</i> ¿Cuánto le afecta la condición médica de sus pacientes? Por favor, ponga una situación de ejemplo			0 4 9
16.	¿Está satisfecho con sus actuales condiciones económicas de trabajo? <i>(Un desequilibrio entre esfuerzo-recompensa supone una posible causa de insatisfacción profesional)</i>			0 3 6
17.	¿Considera que los miembros del equipo/sus colegas le apoyan y ayudan?			0 1 3
18.	¿Existe algo que le gustaría cambiar en su trabajo?			0 1 3
19.	Analice las condiciones personales del/de la cuidador/a <i>(estado civil, número de hijos, tiempo desde las últimas vacaciones – el impacto del síndrome de agotamiento sobre la vida personal está ligada a estos aspectos)</i> ¿Está usted casado/a, divorciado/a, viudo/a? Si está casado/a, ¿desde hace cuánto?			0 1 3
20.	¿Tiene hijos? ¿Cuántos? ¿Tiene alguien que le ayude con su/s hijo/s?			0 1 3
21.	¿Considera que su trabajo está afectando negativamente el tiempo que dedica a su familia? <i>(el tiempo limitado con su familia, pensar constantemente en su trabajo y sus pacientes, no ser capaz de relajarse en su casa/no sentirse apreciado por los miembros de su familia)</i>			0 2 5
22.	¿Cuántas horas duerme cada noche? ¿Hay alguna cosa/alguien que le interrumpa constantemente el sueño? ¿Se despierta con la sensación de haber descansado?			0 1 9
23.	¿Considera que tiene hábitos de alimentación saludables? ¿Interfiere su trabajo con su horario regular de comidas?			0 1 3
24.	¿Son sus amigos y familiares una parte activa en su actual vida diaria? ¿Encuentra tiempo para poder quedar con ellos? <i>(el agotamiento social es un efecto colateral de excesiva exposición al estrés)</i>			0 1 3
25.	¿Cuándo fueron sus últimas vacaciones?			0 1 3
26.	¿Qué es lo que hace para distraerse del trabajo? ¿Puede darme varios ejemplos por favor?			0 1 3

27.	¿Puede ponerme ejemplos de situaciones/condiciones estresantes que no estén relacionadas con su trabajo y pueda encontrarse diariamente?		0 1 3
28.	¿Se ha sentido alguna vez deprimido o desmotivado?		0 1 3
29.	Para poder determinar la presencia de elementos de agotamiento se le van a realizar varias preguntas, todas ellas forman parte del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP)	ESENCIAL	
30.	Este cuestionario analizará tres características principales: nivel de sensibilidad ante el sufrimiento ajeno, agotamiento y estrés traumático secundario		0 4 9
31.	Las tres características reflejan el impacto de las situaciones críticas y de estrés que puede encontrar en su trabajo		0 1 3
32.	Debe elegir una respuesta simple entre 5 posibilidades, aquella que más se ajuste a su ambiente de trabajo diario		0 1 3
33.	Cada respuesta será anotada respectivamente Nunca – 1 punto Raramente – 2 puntos A veces – 3 puntos A menudo – 4 puntos Muy a menudo – 5 puntos		0 1 3
34.	Elija la puntuación que refleje honestamente la frecuencia con que experimenta situaciones indicadas en el cuestionario en los últimos 30 días		0 1 3
35.	No le llevará más de 15 minutos completar el cuestionario		0 1 3
36.	¿Le gustaría preguntarme algo más relacionado con esta evaluación?	ESENCIAL	
37.	Buena suerte. Regresaré en 15 minutos. Una vez termine el cuestionario, calcularemos la puntuación total y le daré el resultado final en unos diez minutos.	ESENCIAL	
38.	Si de acuerdo a la puntuación final tenemos un bajo nivel de agotamiento o estrés postraumático secundario, entonces no hay necesidad de seguir con la evaluación. <b>Gracias por su participación en esta evaluación.</b> <b>Sus respuestas tienen un gran valor para nuestro esfuerzo por mejorar la gestión apropiada de las personas que se encuentran en riesgo de padecer agotamiento o fatiga profesional.</b>	ESENCIAL	
39.	Si la puntuación confirma la presencia de agotamiento, continúe la evaluación y analice brevemente las condiciones patológicas médicas que		0 4 9

	<p>existen que pueden causarle manifestaciones clínicas similares al agotamiento o fatiga (perturbaciones del sueño/desórdenes psiquiátricos primarios/ medicación concomitante/ desórdenes de la tiroides)</p> <p><b>Por favor, indíqueme si ha sido diagnosticado previamente de alguna enfermedad?</b></p> <p><b>¿Está siguiendo algún tratamiento específico?</b></p> <p><b>En tal caso, por favor, indique el nombre del/los medicamento/s</b></p>			
40.	<p>Estudio de estrategias para liberar la sensación de agotamiento</p> <p><b>¿Piensa que necesita ayuda para controlar los efectos del estrés relacionado con el trabajo?</b></p> <p><b>¿Qué cree que sería más eficaz?</b></p>		0 1 6	
41.	<p><b>¿Consideraría útil conversar con colegas en las mismas situaciones/un psicólogo?</b></p> <p><b>¿Es usted una persona religiosa?</b></p> <p><b>Unirse a grupos de ayuda de trabajo, sociales, religiosos, puede ayudar a manejar experiencias negativas</b></p>		0 2 5	
42.	<p><b>¿Qué tipo de soluciones utiliza para manejar las experiencias estresantes?</b> (técnicas de relajación, medicación, alcohol, drogas ilegales)</p>		0 1 6	
43.	<p><b>¿Le parecen útiles los cursos y seminarios de formación de habilidades de comunicación?</b> (Encuentre técnicas eficaces para mejorar las habilidades de comunicación entre miembros del equipo o entre el/la cuidador/a y el/los paciente/s)</p>		0 1 3	
44.	<p><b>¿Cada cuánto le interrumpen durante sus actividades diarias?</b></p> <p><b>¿Cómo afecta esto a la calidad de su trabajo?</b> (Evite actividades que le hacen perder mucho tiempo y priorice las tareas según su importancia).</p>		0 4 9	
45.	<p><b>¿Qué medidas toma para mejorar su estado de salud físico y mental?</b></p> <p><b>¿La calidad del sueño, actividades sociales, actividad física, hábitos de alimentación saludables?</b></p>		0 4 9	
46.	<p><b>Gracias por participar en este análisis.</b></p> <p><b>Sus repuestas son muy útiles en nuestro esfuerzo para mejorar la gestión apropiada de personas que desarrollan fatiga o agotamiento laboral.</b></p>	<b>ESENCIAL</b>		
<b>Puntuación total: 180</b>		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	<b>%</b>

## Referencias selectivas

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, 2001 *Job Burnout* Annu. Rev. Psychol. 52:397–422

Professional Quality of Life Scale (PROQOL), Compassion Satisfaction and Compassion fatigue (PROQOL)  
Version 5 (2009). Available at URL: [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_English\\_Self-Score\\_3-2012.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf)





## **DISCUSIÓN SOBRE EL CUIDADO EN EL FINAL DE LA VIDA (LUGAR DEL CUIDADO, TRATAMIENTOS AGRESIVOS, RCP)**

### **Protocolo médico**



**DISCUSIÓN SOBRE EL CUIDADO EN EL FINAL DE LA VIDA (LUGAR DEL  
CUIDADO, TRATAMIENTOS AGRESIVOS, RCP)**

## PROTOCOLO MEDICO

La planificación terapéutica es uno de los aspectos mas importantes para el cuidado en el final de la vida para los pacientes, familiares y profesionales de la salud. Este procedimiento acuerda respetar los deseos y libertad del paciente y responde a las necesidades de los cuidadores.



P

1	Entre y preséntese amable y educadamente: <b>Buenos días, ¿cómo se siente hoy?</b> ( <i>Ofrezca tiempo para responder a sus preguntas</i> ) <b>¿Le importaría que hablásemos un rato?</b>		0 1 3
2	Asegure un espacio privado y cómodo para la realización de la entrevista. ( <i>La confidencialidad y la comodidad del paciente para discutir su planificación terapéutica debe ser garantizada. Compruebe si el tiempo y el lugar disponible son idóneos para este fin</i> )		0 1 3
3	Ponga especial atención a la comunicación no verbal durante la entrevista: elimine barreras físicas; trate de situarse a la misma altura del paciente. Si se encuentran otras personas, proporcione un espacio comunicativo abierto colocando sillas en círculo. ( <i>Este entorno permite implicar a todas las personas que participan en la planificación terapéutica</i> )		0 1 3
4	Pregunte al paciente cómo se encuentra: <b>¿Tiene algún dolor, queja o preocupación específica?</b> ( <i>identificar las necesidades de los pacientes y las circunstancias clínicas para planificar el cuidado</i> )		0 1 4
5	Pregunte al paciente si él/ella tiene alguna pregunta relativa a su enfermedad, tratamiento o diagnóstico general (por ejemplo, <b>¿Cuáles son sus planes después de su fecha de alta?</b> ) ( <i>Presentar las circunstancias donde hay una posible pérdida de autonomía y la necesidad de planificar por anticipado</i> )		0 1 3
6	Utilice la escucha activa y la comunicación empática ( <i>Procure la participación del paciente y los cuidadores en la planificación terapéutica</i> )		0 1 3
7	Adapte su lenguaje al nivel educativo y socio-cultural del paciente, mientras intercambia mensajes comprensibles y directos. ( <i>Tenga en cuenta los valores y deseos del paciente, y asegúrese que toda la información ha sido gestionada teniendo en cuenta las circunstancias del paciente</i> )		0 1 3
8	Explique los motivos de la entrevista: <b>Me gustaría hablarle hoy sobre sus futuro plan de tratamiento...</b> Implice al paciente en el proceso de toma de decisiones: <b>Como sabe, es muy importante para nosotros escuchar sus opiniones y preferencias, para poder tomar las mejores decisiones juntos. ¿Está de acuerdo?</b> ( <i>la práctica clínica debe ser compartida y consensuada</i> )	ESENCIAL	
9	Informe al paciente sobre las opciones que estarán disponibles y las que no desde este momento respecto al diagnóstico y el tratamiento. ( <i>La planificación terapéutica debe identificar todas las estrategias disponibles para garantizar la seguridad del paciente en función de su autonomía</i> )		0 1 3
10	Pregunte al paciente qué tipo de cuidado le gustaría, considerando la actual situación, diagnóstico y circunstancias. ( <i>Discuta los riesgos, beneficios y consecuencias para el paciente y los cuidadores</i> )		0 1 3

11	Si es relevante: pregunte al paciente dónde le gustaría que le cuidasen de ahora en adelante (cuidado en domicilio, unidad de cuidados paliativos, una institución, etc.), <i>(Es importante discutir estos aspectos con el paciente y los cuidadores, para poder entender la sostenibilidad de la planificación terapéutica)</i>		0 1 5
12	Asigne tiempo a las preguntas para que responda el paciente		0 1 3
13	Si así está regulado por la legislación nacional, informe sobre la posibilidad de recoger sus preferencias en el cuidado en un documento escrito (instrucciones previas) para que sean seguidas en caso de que no pueda expresar más adelante sus puntos de vista o sus deseos (por ejemplo, en lo concerniente a su elección sobre indicaciones de no RCP, o ingreso en UCI) <i>(De este modo habría todas las garantías para respetar la voluntad del paciente y habría un argumento sólido para discutir con los cuidadores en caso de diversidad de opiniones)</i>	ESENCIAL	
14	Proporcione tiempo, incluso en silencio, si es necesario. Pregunte al paciente si él/ella necesita más tiempo para pensar en ello o para consultar estas cuestiones con otros miembros de su familia. Ponga atención en mantener una comunicación continua (mantenga contacto visual, muestre empatía, comprensión y respeto hacia las necesidades o puntos de vista del paciente)		0 1 3
15	Pregunte al paciente si él/ella quisiera que usted compartiera la información con alguien más (por ejemplo, alguien que aún no se encuentra en la habitación)		0 1 5
16	Ofrezca su disponibilidad para cualquier consulta posterior, e informe al paciente cómo puede contactarle. El paciente debe percibir que hay continuidad en el cuidado. <i>(La planificación terapéutica puede cambiarse en todo momento si así lo solicita el paciente, el profesional de la salud está dispuesto a cambiar estrategias si no responden a los deseos del paciente)</i>		0 1 3
17	Sintetice los temas más importantes de la futura planificación terapéutica del paciente. Éste/Ésta debe ver que la situación se gestiona seria y profesionalmente. <i>(La incertidumbre y la complejidad de las circunstancias clínicas se gestionan de modo consecuente)</i>		0 1 5
18	Valore el estado emocional después de la entrevista: <b>¿Cómo se siente ahora?</b> Pregunte de nuevo si el paciente tiene preguntas o preocupaciones finales. <i>(Si es así, discuta todos los temas que le preocupan o crean ansiedad y plantee una estrategia para gestionarlos)</i>		0 1 5
19	Despídase amablemente.		0 1 3

**Puntuación total: 60**



criterio no rellenado

%



criterio parcialmente rellenado

%



criterio completamente rellenado

%

## Referencias selectivas

Thomas K, Lobo B. Advance care planning in end of life care. Oxford University Press, 2010

Randall F, Downie R. End of life choices. Oxford University Press, 2009



## FASE TERMINAL – TRATAMIENTO

### Protocolo médico





## PROTOCOLO MEDICO

Aunque no esté considerado como un diagnóstico preciso, la fase del final de la vida (los últimos días de vida) puede identificarse con una alta probabilidad en el seguimiento clínico de los pacientes. En tal situación, el cuidado principal que debe garantizarse en un modo multidisciplinar, es: proporcionar seguridad al paciente (higiene personal, control del dolor) y preservar su dignidad y auto-evaluación (procurando una perspectiva de mantenimiento del control incluso si las elecciones posibles son limitadas y las pérdidas deben aceptarse), minimizar la depresión, la soledad y el miedo.

<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	----------------------------------	-----------------------	---

1.	Evaluar la condición del paciente ( <i>consciencia, movimientos, discurso, respiración</i> ): <i>Funciones vitales preservadas; infarto cardiorrespiratorio (en tal caso, proceder con el protocolo cardiorrespiratorio)</i> <b>Buenos/as días/tardes. Mi nombre es ..... Soy su doctor/enfermero</b>				0 2 5
2.	<b>¿Puede decirme su nombre por favor?..... Y su fecha de nacimiento .....</b> <b>Gracias.</b> ( <i>Esto se hace para evitar realizar el procedimiento con el paciente equivocado ya que puede haber pacientes con el mismo nombre. Además, no pregunte por ej. "¿Es usted el/la señor/a García?" para evitar recibir una contestación de pacientes distraídos por sus síntomas u otras razones</i> ). Y especialmente con pacientes con dificultad de comunicación (confusos, comatosos, etc.), verifique la coincidencia entre los datos en la ficha de información y el brazalete (si es que el paciente lleva una en la muñeca) en lo relativo a la identidad del paciente.	ESENCIAL			
3.	Valore las capacidades de habla del paciente ( <i>debilidad y dificultad respiratoria asociadas al esfuerzo de hablar sugieren muerte clínica inminente</i> )				0 1 3
4.	Inspeccione posibles manchas en la piel y las extremidades del paciente por si hubiera cianosis o enfriamiento ( <i>la ralentización de la circulación sugiere muerte clínica inminente</i> )				0 1 3
5.	Valore signos vitales ( <i>Si no han sido recientemente revisados o si lo considera adecuado en vista de cambios en las condiciones clínicas</i> : ritmo cardíaco, medición de presión arterial ± pulseometría: HR ..... latidos/min, BP..... mm Hg ± SaO2 ..... %). ( <i>el pulso débil, baja presión de la sangre y disminución de la saturación de oxígeno sugieren muerte clínica inminente</i> ) Decida con el equipo si la administración de oxígeno es adecuada ( <i>mantener un buen nivel de oxigenación puede reducir los síntomas – ej. agitación</i> ) – consulte el protocolo de oxigenoterapia				0 1 3
6.	Evalúe las respiraciones del paciente ( <i>las superficiales / irregular / respiración ruidosa –estertor – sugiere muerte clínica inminente</i> )				0 1 3
7.	<b>¿Respira con dificultad?</b> ( <i>Colocar al paciente en la cama en posición sentada – agachado le ayuda a respirar mejor; colocarle de lado - decúbito lateral; favorecer el drenaje gravitacional de las secreciones orales fuera del cuerpo es preferible a que sean aspiradas por los pulmones</i> )				0 1 3
8.	Escuche las respiraciones del paciente y si oye respiración húmeda tranquilice a la familia indicando que no se está ahogando, pero que tiene dificultades para eliminar secreciones o, si es posible, pregunte al paciente: <b>¿Tiene dificultades para respirar debidas al exceso de secreciones y prefiere que se las quiten?</b> ( <i>los esfuerzos para la hidratación y alimentación de un paciente en la etapa final de su vida pueden generar una pérdida de la calidad de vida debido al exceso de secreciones bronquiales y, también, la anorexia vinculada a la fase terminal de la vida es, de hecho, un mecanismo de protección</i> ). <b>Le podemos ayudar a eliminarlas.</b> ( <i>Normalmente los doctores prescriben sustancias que ayudan a secar las secreciones y</i>				0 1 3

	<i>raramente es necesario retirarlas mecánicamente utilizando sondas de aspiración).</i>			
9.	Revise la cavidad bucal y controle la presencia de membranas mucosas ( <i>un signo indirecto de respiración bucal sugiere muerte clínica inminente</i> )			0 1 3
10.	<b>¿Desea que abramos la ventana o ventilemos la habitación para refrescar el aire un poco?</b> ( <i>Estas sencillas actuaciones pueden mejorar la calidad de vida del paciente en su etapa del final de la vida cuando se encuentra con dificultades respiratorias</i> )			0 1 3
11.	Revise la disponibilidad y capacidad del paciente para realizar movimientos en la cama ( <i>movimientos reducidos sugieren muerte clínica inminente</i> )			0 1 3
12.	Asegúrese que el paciente cambia de posición en la cama con frecuencia mínima cada dos horas, bien por sí mismo o con ayuda profesional. ( <i>con el fin de evitar desarrollar úlceras por presión</i> ) - consulte el protocolo de reposicionamiento del paciente en cama.			0 1 3
13.	Analice el proceso de ingestión durante la alimentación de comida sólida o de líquidos ( <i>desórdenes en la deglución sugieren muerte clínica inminente</i> )			0 1 3
14.	Evalúe manifestaciones digestivas tales como náuseas, pérdida de apetito, estreñimiento, distensión abdominal ( <i>la presencia de tales manifestaciones pueden sugerir muerte clínica inminente</i> )			0 1 3
15.	Asegure al paciente una experiencia nutricional agradable ( <i>ofreciéndole comida apetitosa, contrarreste las náuseas con antieméticos si es necesario</i> ) – Consulte el procedimiento de alimentación del paciente. Proporcione seguridad a la familia en las cuestiones nutricionales del paciente. ( <i>asegurándoles que en esta fase de la enfermedad la falta de alimentación no produce sufrimiento, al contrario, forzando a la alimentación se puede causar daño, ej. aumentando secreciones traqueobronquiales y, causando, por tanto, disnea y reduciendo la calidad de vida</i> )			0 1 3
16.	Valore si hay pérdidas fecales o urinarias ( <i>la incontinencia de los esfínteres anales o urinarios sugiere muerte clínica inminente</i> )			0 1 3
17.	<b>Le podemos ayudar con la higiene personal, si lo desea. Díganos por favor cuándo es el mejor momento del día para realizarle el baño.</b>			0 1 3
18.	<b>Siempre que lo considere adecuado díganoslo y le ayudaremos a mantener una buena higiene.</b> – consulte el procedimiento de baño al paciente, limpieza oral, aseo, cambio de sábanas en la cama, tratamiento de las heridas - ( <i>mantener la higiene del paciente le ayuda a sentirse más seguro en su condición de finalización de la vida al reforzar su dignidad</i> )			0 1 3
19.	Valore la presencia de posibles alteraciones sensoriales ( <i>las percepciones sensoriales se reducen progresivamente, siendo el oído el último sentido que se pierde, sugiere muerte clínica inminente</i> )			0 1 3
20.	Valore las necesidades religiosas o culturales del paciente			0 1 3
21.	Busque documentos legales que contengan instrucciones previas elaboradas por el paciente respecto del procedimiento a seguir ante el final de la vida ( <i>ej.: testamento vital, decisión subrogada, declaración sobre la donación de órganos</i> ). Incluya una copia de estas instrucciones junto con la ficha de información del paciente, de modo que esté localizable por el resto del personal implicado en el cuidado.			0 1 3
22.	Pregunte a los miembros de la familia ( <i>compruebe la comprensión de la familia y la necesidad de información suplementaria</i> ): <b>¿Ha tenido anteriormente alguna experiencia previa del fallecimiento de alguien cercano?</b> ( <i>preguntar a los familiares del paciente o allegados estas cuestiones puede ser un aspecto útil para mejorar el apoyo que reciban durante la fase del final de la vida del</i>			0 1 3

	<i>paciente)</i>			
23.	<b>¿Tiene alguna pregunta relacionada con lo que va a suceder durante esta fase o en el momento en que su pariente fallezca?</b>			0 2 5
24.	<b>¿Ha considerado que quizá deba despedirse de .....? ¿Cómo se imagina que va a suceder?</b> <i>(preguntar a los familiares del paciente o allegados estas cuestiones puede ser un aspecto útil para mejorar el apoyo que reciban durante la fase del final de la vida del paciente)</i>			0 1 3
25.	<b>Durante esta difícil etapa ¿ha tenido en cuenta cuidarse usted? ¿Cuenta con alguien con disponibilidad par ayudarle durante este duro momento?</b>			0 1 3
26.	<b>¿Existen en su familia rituales específicos que usted considere importantes para que los anotemos y tengamos en cuenta? ¿Puede delegar en alguna persona que pueda encargarse de todos los detalles deseables para que se organice un ritual final apropiado?</b> <i>(preguntar a los familiares del paciente o allegados estas cuestiones puede ser un aspecto útil para mejorar el apoyo que reciban durante la fase del final de la vida del paciente)</i>			0 1 3
27.	<b>Díganos, por favor, cuándo prefiere que le visiten sus familiares y amigos cercanos y quiénes específicamente. Si lo desea, podemos hacer que traigan aquí a su mascota.</b> <i>(preguntar al paciente que haga elecciones le proporciona poder de decisión, recuperando parte del control que ha perdido sobre su vida y, de este modo, refuerza su dignidad)</i>			0 1 3
28.	<b>¿Cuál piensa usted que es el mejor lugar para que le cuiden cuando tenga lugar? ¿En casa, en el hospital, en un hospital de cuidados paliativos? Depende de usted esta decisión.</b> <i>(Tratar con el paciente y la familia el lugar donde desea estar asistido más adelante le proporciona poder de decisión y elección, manteniendo su autonomía lo más posible y de este modo reforzando su dignidad)</i>			0 1 3
29.	Sitúese a la altura de los ojos del paciente y a distancia próxima. <i>(En comunicación no verbal dicha distancia anima al paciente a ser más abierto en las conversaciones).</i> <b>Parece preocupado. ¿Quiere que hablemos de ello? Me gustaría comprender mejor sus preocupaciones para poder ayudarle mejor.</b>			0 1 3
30.	<b>¿Le interesaría conversar un poco sus condiciones médicas conmigo o con alguna otra persona?</b>			0 1 3
31.	<b>Le podemos ayudar a controlar el dolor, si así lo desea. Por favor, díganos cuándo siente dolor y le proporcionaremos tratamiento adecuado.</b> – consulte el procedimiento para el control del dolor - <i>(el control del dolor le ayuda a sentirse más seguro con su condición en el final de la vida reforzando su dignidad)</i>			0 1 3
32.	Rellene el historial médico del paciente con todos los detalles relativos a la realización del procedimiento, fecha y momento.	ESENCIAL		
33.	Deben seguirse todos los pasos marcados para mantener la seguridad del paciente <i>(ajustar la altura de la cama a un nivel inferior y elevar las barreras laterales).</i> Cerciórese de que el paciente puede alcanzar fácilmente sus objetos personales <i>(ej. Teléfono móvil, libro, crucigrama, etc.),</i> el vaso de agua o el llamador remoto para pedir ayuda médica).			0 2 6
<b>Puntuación total: 100</b>		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

#### Referencias selectivas

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## PREVENCIÓN DE ÚLCERA ISQUÉMICA POR PRESIÓN - PRESIÓN - REPOSICIONAMIENTO

### Protocolo médico



**PREVENCIÓN DE ÚLCERA ISQUÉMICA POR PRESIÓN -  
REPOSICIONAMIENTO**



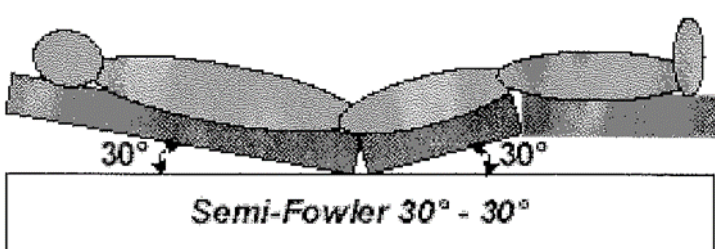
## PROTOCOLO MEDICO

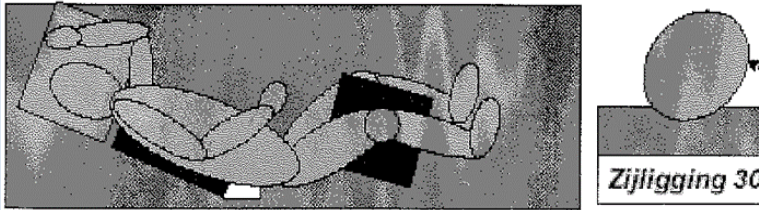
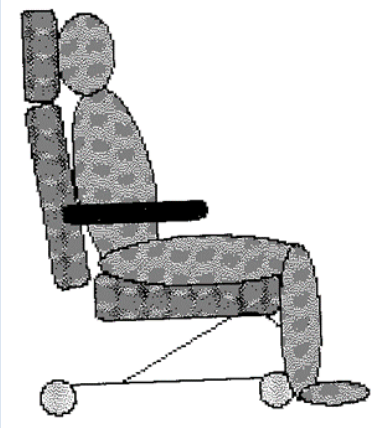
La prevención de las úlceras por presión es esencial para el bienestar de los pacientes paliativos encamados y constituye una de las piedras angulares del cuidado práctico diario. La prevención eficaz se dirige a la etiología de las úlceras por presión: presión y fuerza física. Resultan cuatro principios principales de prevención:

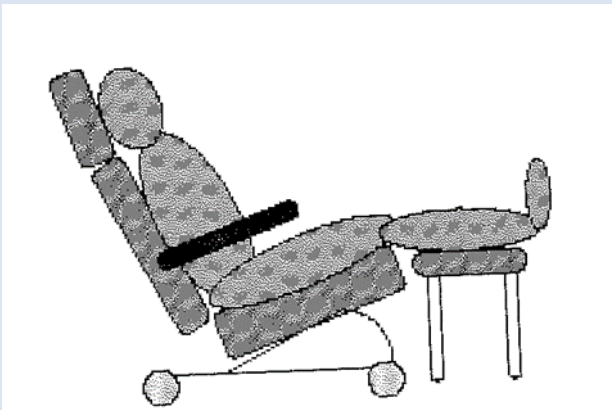
- Prevención por reducción de volumen de la presión y la fuerza física.
- Prevención por reducción de la duración de la presión y la fuerza física
- Aplicación de instrumentos y materiales para distribuir la presión
- Nutrición e hidratación

		Concepto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
<b>PREPARACIÓN</b>						
1	Examine el historial médico del paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle informes de riesgo de úlcera por presión: puntuación en escala de Braden o escala Norton<sup>1</sup></li> <li>• Valide el calendario prescrito para cambios de posición</li> <li>• Controle cualquier contraindicación para cambios de posición</li> <li>• Controle la presencia de cualquier catéter u otros aparatos que pueden complicar los cambios de posición, o que pueden requerir de la asistencia de personal suplementario para garantizar la seguridad del paciente</li> </ul>					0 4 9
2	Lávese las manos o póngase guantes médicos limpios ( <i>sólo en caso de lesiones tegumentarias en las manos de los enfermeros o por un alto riesgo de infección del paciente</i> ), como parte de los estándares de precaución.	<i>Estándares de precaución</i>				0 2 5
3	Cierre la puerta y asegure un entorno privado para el cambio de posición del paciente, si es pertinente ( <i>cortinas, pantallas, señalización de espacio ocupado, etc.</i> )	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5
4	Evalúe rápidamente los signos vitales ( <i>la evidencia de consciencia, movimientos, discurso, respiración</i> ) <b>Hola. Mi nombre es .... Soy el/la enfermero/a que le cambiará la posición en la cama (o en la silla)</b>	<i>Funciones vitales preservadas <input type="checkbox"/>; Infarto cardiorrespiratorio <input type="checkbox"/> (Iniciar medidas médicas de reanimación) - iniciar conversación</i>				0 2 5
5	<b>¿Puede, por favor, decirme cuál es su nombre.....? Y su fecha de nacimiento ....</b>	<i>Conformidad con la hoja de observaciones</i>	ESENCIAL			



	<b>Gracias.</b>	para: Nombre: <input type="checkbox"/> Fecha nacimiento: <input type="checkbox"/>	
6	Ponga la cama en posición de trabajo (altura adecuada) y baje las barreras laterales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	0 1 3
8	<b>Ahora voy a cambiar su posición para prevenir úlceras por presión.</b> EL posicionamiento para aliviar la presión debe realizarse cada 2 horas. El posicionamiento para aliviar la presión es útil sólo cuando se realiza sistemáticamente, día y noche, 7 días a la semana	Explicamos al paciente <b>QUÉ VAMOS A HACER</b>  Dígale al paciente cómo puede <b>CONTRIBUIR a la prevención</b>	0 2 5
<b>EJECUCIÓN DEL CAMBIO DE POSICIÓN EN CAMA</b>			
9 a	El posicionamiento de alivio a la presión debe combinarse con posturas donde la presión sea lo más baja posible. En la práctica esto significa que la posición supina o de espaldas sea la mejor, y la posición lateral sea lo menos posible. <sup>2</sup> Trate de evitar posiciones que incrementen la presión, como la posición lateral de 90° o semiacostado ya que incrementan la presión <sup>3</sup> <b>Coloque al paciente en posición supina:</b> Evite que la cabecera de la cama esté por encima de 30° y que el individuo se desplome cuando se sienta sobre la cama. Por tanto la mejor posición supina es <b>semiacostado</b> . Coloque la cabecera de la cama alzada en posición de 30° y asegúrese de que las rodillas están ligeramente dobladas (30°) <sup>3</sup>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESENCIAL
	 <p><b>Semi-Fowler 30° - 30°</b></p>		
9 b	<b>Paciente en posición lateral:</b> En posición lateral el paciente está inclinado 30° con el colchón y la espalda está apoyada sobre una almohada que hace un ángulo de 30°. Es importante que el pliegue interglúteo no descansa sobre el colchón. Las almohadas bajo el colchón evitan este efecto.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESENCIAL

	 <p>Un buen esquema de posición de alivio de presión es: posición semiacostado 30° - Posición lateral izquierda 30° – posición semiacostado 30° - posición lateral derecha<sup>2</sup></p>		
<b>EJECUCIÓN DE CAMBIO DE POSICIÓN EN SILLA</b>			
<p>9 c</p>	<p>La presión en posición sentada es bastante mayor que en una posición tumbada y por tanto el riesgo de úlcera es también mayor. (por distribución de la presión sobre una superficie más pequeña). Por lo tanto debe buscarse una posición de alivio de la presión mientras se encuentre sentado incluso con mayor frecuencia.</p> <p>No se ha investigado con qué frecuencia debe realizarse pero se recomienda mantener una frecuencia de reposicionamiento de cada hora<sup>2</sup>. Limitar el tiempo en posición sentado a aquellos pacientes con riesgo mayor de decúbitus.</p> <p>Coloque al paciente en una posición donde él/ella puedan realizar actividades con la menor presión o contacto físico con los tejidos que se encuentran por debajo. Asegúrese que las piernas se encuentran en ángulo de 90° con un apoyo máximo para las rodillas si se encuentra sentado y erguido. Coloque los pies en una plataforma para pies si no llegan a tocar el suelo<sup>3</sup>.</p>  <p>Cuando se recueste hacia atrás sentado asegúrese que las piernas están apoyadas y que los talones cuelgan<sup>3</sup>. Como la presión es la mínima en esta posición sentado reclinado hacia detrás, esta es la posición preferida<sup>2</sup>.</p>	<p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>ESENCIAL</p>

						
<p>El uso de almohadas para aliviar la presión pueden ser de ayuda, como los colchones que alivian la presión y permiten que el cambio de posición tenga que hacerse menos frecuentemente. Posibles almohadas que alivian la presión son las almohadas rellenas de aire, espuma y gel.<sup>2</sup></p>						
<b>POST-TRATAMIENTO</b>						
10	Asegúrese de que la campana (u otro método de llamada) es fácil de alcanzar	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
11	Arregle la habitación, abra las cortinas, retire los cubrecamas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Retire las señalizaciones de ocupado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
13	Marque la indicación de lavar y limpiar la cama en el expediente del paciente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
14	Haga el informe en el expediente del paciente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
15	Realice un informe verbal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
Puntuación final: 50		<input type="radio"/>	criterio no rellenado			%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado			%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado			%

### Referencias selectivas:

Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs. 2006 Apr;54(1):94-110.

Poot E, Mintjes-De Groot J, Weststrate J, Van Der Eerden, L. & Adriaansen M. Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen. 2008, Houten: Bohn stafleu van Loghum.

Beeckman, D., Mathei, C., Van Lancker, A., Van Houdt, S., Vanwalleghem, G., Gryson, L., Heyman, H., Thyse, C., Toppets, A., Stordeur, S. & Van den Heede, K. Een nationale richtlijn voor decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 2012, 193A.D/2012/10.273/95.



## VALORACIÓN DEL GRADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD

### Protocolo médico





## PROTOCOLLO MEDICO

“Comunicación no es aquello que se dice sino aquello que se comprende”, por esta razón no debería considerarse nunca como algo “de facto”, sino siempre como una evaluación progresiva. Los pacientes que afrontan su vida amenazada por las enfermedades, incluso si ya se les ha hablado de su situación, pueden no ser comprender totalmente la severidad de su enfermedad. Esto no se refiere únicamente al diagnóstico inicial, sino también al hecho de que es un proceso progresivo según va avanzando su enfermedad. Evaluar la conciencia sobre la enfermedad es importante para entender cómo el paciente está manejando la situación, sus preferencias, su capacidad para tomar decisiones y sus necesidades de información posterior para poder implicarse en su planificación terapéutica. Para que puedan llevarse a cabo estas conversaciones el paciente debe ser consciente y tener suficientes herramientas cognitivas para poder comprender la información y tener la visión necesaria para compartir la toma de decisiones.

1.	Analice la condición del paciente ( <i>consciencia, movimientos, discurso, respiración</i> ): <i>Funciones vitales aseguradas</i> <input type="checkbox"/> ; <i>infarto cardiopulmonar</i> <input type="checkbox"/> (en tal caso, proceda con el protocolo cardiorespiratorio)				0 2 5
2.	Preséntese al paciente <b>Hola, soy el/la doctor/ra... y ella/él es mi colega, la/el enfermera/ro ...</b> <b>¿Usted es?</b> Permita al paciente decir su nombre. <i>Evite expresiones como "¿Es usted el/la señor/ra García?", puede generar una falsa confirmación mediante una falsa respuesta automática de "sí" que puede surgir de un paciente distraído por sus síntomas de una conversación que esté manteniendo con los profesionales médicos.</i>	ESENCIAL			
3.	Garantice un entorno para la conversación seguro y privado ( <i>una habitación con una cama, cortinas, biombos, etc.</i> ) Use la comunicación empática – entendida como el proceso de escucha activa y comunicación empática.				0 1 3
4.	Evalúe las habilidades de comunicación del paciente ( <i>en caso de debilidad o dificultad respiratoria asociada al esfuerzo de hablar, reduzca lo más posible el esfuerzo que deba realizar el paciente para hablar, hablando en su lugar y pidiéndole sólo que nos confirme si le hemos entendido correctamente</i> )				0 1 3
5.	Analice las herramientas cognitivas del paciente <b>¿Puede decirme qué día es hoy?</b> <b>¿Qué hora es?</b> <b>¿Dónde estamos?</b> ( <i>La comprobación de las herramientas cognitivas del paciente es relevante para comprender si el paciente tiene una correcta percepción del tiempo, del espacio y de sí mismo/a. Estos puntos son relevantes para evaluar la capacidad del paciente y su consciencia sobre las consecuencias de sus circunstancias clínicas y el proceso de la toma de decisiones</i> )				0 2 5
6.	Evalúe las capacidades del paciente para tomar decisiones <b>Por favor, ¿puede decirme qué es lo que usted comprende sobre su enfermedad?</b> ( <i>Si una persona es capaz de explicar qué está sucediendo entonces su nivel de comprensión y memoria son suficientes para tomar decisiones</i> )				0 2 5
7.	Analice las actitudes del paciente <b>¿Entre las alternativas terapéuticas disponibles hay alguna que usted prefiera?</b>				0 2 5

	<i>(Esto significa evaluar la visión y comprensión de sus circunstancias clínicas, para comparar riesgos y beneficios, y para analizar las consecuencias del tratamiento a la hora de tomar decisiones)</i>			
8.	<b>En lo relativo a su condición médica actual ¿ha visitado a otros especialistas? ¿Qué le han informado acerca de su enfermedad?</b>			0 1 3
9.	<b>Por favor, describa aquí su diagnóstico utilizando sus propias palabras.</b>			0 1 3
10.	<b>¿Cree usted que necesita más información para comprender mejor su diagnóstico? Estoy dispuesto a proporcionarle la información necesaria.</b> – Utilice el protocolo de comunicación de diagnósticos de enfermedades severas (malas noticias).			0 1 3
11.	<b>¿Qué es lo que comprende acerca de cómo va a evolucionar su estado médico?</b>			0 1 3
12.	<b>En los últimos tres días cuál de las quejas actuales piensa que están relacionadas con el diagnóstico que escribió?</b>			0 1 3
13.	<b>¿Está usted preocupado o tiene algún miedo sobre una posible evolución del diagnóstico de su enfermedad?</b>			0 1 3
14.	Rellene el historial médico del paciente con todos los detalles relativos al protocolo, accidentes, complicaciones, - según vaya sucediendo, con fecha y hora.	<b>ESENCIAL</b>		
15.	Han de realizarse todos los pasos necesarios para la seguridad del paciente <i>(ajuste la cama a una altura inferior y levante las barreras laterales)</i> . Confirme que el paciente puede alcanzar fácilmente objetos personales <i>(ej. Teléfono móvil, libro, puzzle pasatiempos etc.)</i> , el vaso de agua, y el control remoto para solicitar ayuda médica. Ofrézcale detalles sobre el calendario médico que seguirán y el tiempo en que el paciente será examinado de nuevo).			0 3 6
<b>Puntuación total: 50</b>		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	<b>%</b>

## Referencias selectivas

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Baek SK, Kim S, et al. Effect of advanced cancer patient's awareness of disease status on treatment decisional conflict and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean perspective cohort study. Support Care Cancer 2012; 20:1309-1316

Tang ST, Liu T, et al. Physician-patient end-of-life care discussion: correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients- a cross-sectional survey study. Palliative Medicine 2014; 28(10): 1222-1230.

Scott Finlayson C, Chen YT, Fu MR. The impact of patients' awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997-2014. Palliative Care Review 2014;17(10): 1-11.

Wallace CL. Family communication and decision making at the end of life: a literature review. Palliative and Supportive Care 2015; 13:815-825



## ESTRUCTURAR LAS REDES DE LOS PACIENTES

### Protocolo médico



## PROTOCOLO MEDICO

Además de los estados físico y psicológico, las redes sociales constituyen un recurso importante para diseñar una planificación terapéutica y garantizar su sostenibilidad. Los profesionales de la salud, amigos y familiares pueden considerarse un importante apoyo para aplicar la estrategia terapéutica y lograr su éxito.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1	Entre y preséntese amable y educadamente: <b>Buenos días. ¿Cómo se siente hoy?</b> (Proporcione tiempo para responder a sus preguntas)			0 1 3
2	Asegure un espacio privado y cómodo para la realización de la entrevista. <i>(Es importante que pueda evitar interrupciones y garantizar y respetar la confidencialidad)</i>			0 1 3
3	Pregunte al paciente cómo se encuentra: <b>¿Tiene algún dolor, alguna queja o preocupación específica?</b> <i>(Identificar las necesidades del paciente ayudará a evaluar las redes sociales con que cuenta el paciente y su beneficio potencial)</i>			0 1 3
4	<i>(Para evitar confusiones por parte del paciente, introduzca al inicio los motivos del encuentro)</i> Explique los motivos de la entrevista: <b>Me gustaría saber algo más sobre su familia y amigos. ¿Le importa que hablemos un rato sobre estas y otras cuestiones sociales?</b>			0 1 3
5	Utilice la escucha activa y la comunicación empática <i>(La escucha activa y el enfoque dialógico son importantes para comprender las preferencias del paciente)</i>			0 1 3
6	Adapte su lenguaje al nivel educativo y socio-cultural del paciente, mientras intercambia mensajes comprensibles y directos. <i>(Los valores personales y su experiencia cultural son esenciales en el análisis de las redes sociales del paciente, porque ayudan a entender cómo pueden contribuir a la realización de la planificación terapéutica)</i>			0 1 3
7	Información relativa a su domicilio actual: <b>¿Dónde vive? ¿Con quién vive?</b> <i>(Esta respuesta será relevante para determinar ubicación terapéutica futura y mejorar la participación de las redes del paciente)</i>			0 1 3
8	Información relativa a su familia: <b>Por favor, hableme de los miembros de su familia, y su implicación y apoyo durante la enfermedad</b> (otras preguntas opcionales) <b>¿Tiene pareja? ¿Tiene hijos? ¿Dónde viven ellos? ¿Qué tipo de relación tiene con ellos?</b> <i>(Las relaciones sociales pueden ser extensivas a varias personas, el objetivo de la entrevista ayudarán a identificar dónde y quién puede encargarse del mejor cuidado para el paciente)</i>			0 1 6
9	<b>¿Quién es su cuidador principal?</b>	ESSENTIAL		
10	Información relativa a sus relaciones sociales: <b>¿Cuenta con buenos amigos? ¿Quiénes son? ¿Se siente apoyado por ellos en estos momentos?</b>			0 1 3
11	Información sobre su vida profesional: <b>¿Estaba trabajando cuando recibió el diagnóstico? ¿En qué trabajaba? ¿Desde cuándo? ¿Le gusta/disfrutaba con su trabajo? ¿Cómo le ha afectado la enfermedad a su seguridad financiera</b> <i>(Compruebe en contexto social del paciente y estudie opciones para incluir alguna actividad de</i>			0 1 3



	ocio a fin de construir confianza y relaciones significativas con otras personas)			
12	Información sobre hobbies: <b>¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?</b> (Puede ser un argumento para implicar a alguna nueva amistad y compartir alguna actividad lúdica)		0 1 3	
13	Información relativa a las creencias religiosas: <b>¿Cree usted o practica alguna religión?</b> (Las necesidades culturales y religiosas son un aspecto relevante en los cuidados paliativos tanto para el paciente como para su familia. Es importante tener en cuenta esta información para facilitar la asistencia a algún rito o estar en contacto con gente con los mismos valores y origen cultural que el paciente) Haga referencia a trámites de asesoramiento religioso		0 1 3	
14	Información sobre otros intereses: <b>¿Qué más le gustaría hacer o realizar?</b> (Muéstrese abierto a personalizar la planificación terapéutica)		0 1 3	
15	Información acerca del estado emocional de las personas más cercanas: <b>Por ejemplo, ¿cómo cree que su mujer está soportando su enfermedad en estos momentos?</b> (Facilitar la relación social del paciente significa explorar las necesidades de los familiares así como ayudar en la interacción comunicativa y empática entre los familiares y las personas cercanas)		0 1 3	
16	En su actual situación, <b>¿cree que cuenta con suficiente apoyo y asistencia en su vida diaria? En el objetivo de ser lo más autónomo posible, necesita alguna ayuda sobre equipamiento, adaptación del entorno en su domicilio?</b> (Evalúe la situación actual para mejorar la asistencia del paciente y buscar nuevas soluciones si es necesario)		0 1 3	
17	<b>¿Qué es lo que más le inquieta en estos momentos? ¿Cuál es su mayor preocupación en este momento?</b>	ESENCIAL		
18	<b>¿Se siente solo?</b> (Una vez terminada la conversación y ya con la información recogida, esta respuesta le ayudará a entender si se debe llevar a cabo alguna intervención planificada para mejorar la comodidad del paciente)		0 1 3	
19	Analice el estado emocional después de la entrevista: <b>¿Cómo se siente ahora?</b> Pregunte de nuevo si el paciente tiene alguna preocupación o pregunta final. (Esta cuestión ayuda a comprobar el grado de consciencia del paciente respecto de sus circunstancias)		0 1 3	
20	Escriba el resumen de su conversación incluyendo un árbol familiar o al menos mencionando el cuidador principal.		0 1 3	
21	Despídase amablemente.		0 1 3	
<b>Puntuación total: 60</b>		<input type="radio"/>	Criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

## Referencias selectivas

Jarret N, Porter K, et al. The networks of care surrounding cancer palliative care patients. *BMJ Supportive and Palliative Care* 2015; 5: 435-442.

Sallnow L, Richardson H, et al. The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review. *Palliative Medicine* 2015; 30(3): 200-211.



## TRATAMIENTO DE LAS NECESIDADES DE LOS CUIDADORES

### Protocolo médico



## PROTOCOLO MEDICO

Los cuidados paliativos se encargan de ofrecer el apoyo a los pacientes y sus familiares o seres queridos, durante la enfermedad y también a las familias en el transcurso de la pérdida. Por tanto, para poder ofrecer un apoyo eficaz deben analizarse las necesidades de los cuidadores. Normalmente los cuidadores son miembros de la familia, pero puede incluirse cualquier persona que un paciente considere relevante y de interés para él/ella.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1	Entre y preséntese de modo amistoso: <b>Buenos días. Soy el doctor. XXX, el YYY (hematólogo, oncólogo, o cualquier otro) de su pariente. ¿Puede decirme por favor quién es y cuál es su relación con el paciente?</b>				0 1 3
2	<b>¿Cómo se encuentra hoy?</b> (Proporcione tiempo suficiente para responder a sus preguntas) <i>(Si percibe desde el primer momento el estado de ánimo del cuidador ayuda a entender si es el momento adecuado para tratar el asunto)</i>				0 1 3
3	Haga preguntas con respuesta abierta para establecer un vínculo inicial con el cuidador: <b>Señor/Señora X, ¿le importa que hablemos un momento? ¿Tiene alguna preocupación específica que desea que tratemos ahora? (Si la respuesta es negativa): ¿Cuándo prefiere que hablemos?</b> <i>(Si es necesario dé opción a elegir otro momento para tratar el asunto. La conversación debe ser libre y voluntaria y la implicación del cuidador es esencial)</i>				0 2 5
4	Si se encuentra en un entorno doméstico o en un hospital con el paciente y el cuidador juntos observe el entorno del paciente, y su comportamiento con el cuidador: <b>¿Muestran una comunicación cercana? ¿Cómo interactúan entre ellos?</b>				0 1 3
5	Pregunte al cuidador cómo se siente, y si existieran preocupaciones específicas sobre el cuidado del paciente que le gustaría abordar ese día. <i>(Identifique un rol específico y asumible para el cuidador en la planificación terapéutica, evitando cargas excesivas desde un punto de vista físico, psicológico, social o económico. Las necesidades de pacientes y cuidadores son igual de importantes para la eficacia de la planificación terapéutica)</i>				0 2 5
6	Ofrezca al cuidador la oportunidad de tratar sus necesidades o preocupaciones en privado <i>(Les ofreceremos la opción de analizar objetivamente las circunstancias reales del cuidado, pensando en los recursos disponibles del cuidador para dar apoyo al paciente: físicos, psicológicos, sociales y económicos. En este sentido, la toma de decisiones en la planificación terapéutica tendrá en cuenta el papel activo del cuidador en el tratamiento que debe ser protegido y apoyado)</i>				0 2 5
7	Si el cuidador no desea hablar en privado, ofrezca su disponibilidad para tratar cualquier duda que él/ella pueda tener.				0 1 3
8	Si el cuidador está interesado en hablar en privado, garantice un lugar cómodo para la entrevista. <i>(Evite interrupciones, respete la confidencialidad y trate la planificación terapéutica en un espacio adecuado y cómodo)</i>				0 1 3

9	Utilice la escucha activa y la comunicación empática ( <i>proponga un proceso de toma de decisiones compartida en lo relativo a los valores del paciente, perfil cultural y ofrezca respuesta a peticiones psicológicas o culturales</i> )		0 3 6
10	<b>¿Cómo se siente cuidando al sr./sra. X?</b> ( <i>Compruebe si el cuidador precisa de apoyo psicológico o espiritual</i> )		0 1 3
11	<b>¿Hay algún asunto que pueda necesitar en el cual nosotros podamos ser de ayuda?</b> ( <i>Compruebe que los recursos disponibles en el sistema de salud son suficientes para dar apoyo al cuidador en el cuidado del paciente</i> )		0 1 3
12	<b>¿Cree usted que su domicilio está preparado para garantizar un cuidado apropiado para el paciente X? ¿Necesita algún cambio o adaptación (puertas, baño, barras en el pasillo, rampa de acceso...)?</b> ( <i>Compruebe que el domicilio particular es la solución posible y correcta para el paciente y su cuidador</i> )		0 1 3
13	<b>¿Está trabajando actualmente? ¿Cree que su trabajo actual es compatible con el cuidado del sr./sra. X? Si no es así, ¿qué sería necesario para hacerlo compatible?</b> ( <i>Las cargas a afrontar por los cuidadores pueden tener un impacto en términos de pérdidas económicas o entrar en conflicto con su vida profesional. Este aspecto es importante para evaluar la sostenibilidad de la planificación terapéutica desde el punto de vista del cuidador</i> )		0 1 3
14	<b>¿Cree usted que sus recursos económicos pueden ser suficientes para hacerse cargo del cuidado del sr./sra. X? ¿Tiene alguna duda o preocupación respecto del cuidado del sr./sra. X que pudiera comprometer sus recursos económicos?</b> ( <i>Este aspecto debe ser evaluado para poder incluir cualquier tipo de apoyo social disponible para el cuidador, o tomar decisiones teniendo en cuenta recursos limitados</i> )		0 1 3
15	Respecto del actual cuidado del sr./sra. X, <b>¿cree usted que podría recibir/recibiría mejores cuidados en otro lugar?</b> ( <i>Ingreso en hospital, hospital de cuidados paliativos, atendido por enfermeros/as en domicilio...</i> ) ( <i>Los recursos disponibles en el sistema de salud deben ser integrados para mejorar las dificultades de las demandas del cuidado en términos de tiempos de desplazamiento, asistencia social, la capacidad de los cuidadores para coordinar los cuidados en domicilio en los mejores intereses del paciente</i> )		0 1 3
16	<b>En caso de que el/la sr./sra. X requirieran de un cuidado de emergencia o un traslado a un centro especializado, ¿sabe usted qué pasos debería realizar?</b> ( <i>Este aspecto es un modo para evaluar si el cuidador puede gestionar cualquier cambio de la planificación terapéutica debido a la evolución de la enfermedad y cómo se puede adaptar este rol a la nueva situación</i> )		0 1 3
17	<b>¿Se siente capaz de cuidar del sr./sra. X? En caso contrario, ¿por qué? ¿de qué modo podríamos serle de ayuda?</b> ( <i>Los cuidadores deben tener toda la información necesaria para tomar decisiones y poder ofrecer el mejor cuidado al paciente. Deben contar con asistencia social y psicológica en caso de que se produzcan situaciones de dificultad. Además se deberán estudiar otras vías de acción opcionales y alternativas en caso de que al cuidador le surgiera cualquier duda</i> )		0 1 3
18	<b>¿Podemos ayudarle en cualquier asunto relativo al cuidado del sr./sra X?</b> ( <i>Ayuda a detectar cuestiones que no se han considerado previamente</i> )		0 1 3



19	<b>Teniendo en cuenta la evolución de la enfermedad del sr./sra X, y considerando cómo le encuentra ahora, ¿cree que sus necesidades pueden sobrepasarle en algún momento? Si es así, ¿cuáles son sus preocupaciones y por qué?</b> <i>(Una evaluación final de la entrevista puede ayudar a entender el grado de satisfacción del cuidador respecto de la planificación terapéutica y superar obstáculos y barreras)</i>			0 1 3
20	<b>Frente al suceso de que la muerte pueda acaecer en el domicilio, ¿se siente preparado? ¿Siente que cuenta con los recursos necesarios para proporcionarle cuidado bajo dichas circunstancias en el domicilio?</b> <i>(Es importante tener en cuenta el deseo y las motivaciones del cuidador para cuidar al paciente en el domicilio; en caso de duda, considere la asistencia de apoyo psicológico)</i>			0 1 3
21	<b>¿Se siente solo? ¿Tiene algún tipo de ayuda mientras cuida al sr./sra X?</b>	<b>ESENCIAL</b>		
22	Muestre disponibilidad para cualquier petición o solicitud posterior, e informe al cuidador cómo puede contactar con vd. Pregunte de nuevo si el cuidador tiene alguna pregunta o preocupación final.			0 2 5
23	Despidase amablemente.			0 1 3
24	Registre el resumen de su conversación en el archivo del paciente			0 1 3
<b>Puntuación final: 80</b>		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio totalmente rellenado	%

### Referencias específicas

Bee PE, Barnes P, Luker AL. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer. Journal of Clinical Nursing 2008; 18:1379-1393.

## BETOOG

### *Waarom MedLang? Waarom palliatieve geneeskunde? Waarom een interdisciplinaire MOOC?*

MedLang is ontstaan uit de behoeften die in een aantal Europese landen werden vastgesteld. Deze behoeften kwamen aan de oppervlakte door het gebrek aan een gestandaardiseerde en professionele aanpak van problemen die verband houden met palliatieve geneeskunde. Als gevolg daarvan hebben de partners in het Erasmus+ project 2014-1-RO01-KA203-002940 onderhandeld hoe ze deze uitdaging kunnen aangaan en hoe ze de resultaten van hun gezamenlijke werkzaamheden beter kunnen verspreiden aan de mogelijk geïnteresseerden binnen en buiten Europa.

Het continent Europa wordt geconfronteerd met een gestegen levensverwachting, waarbij een belangrijk deel van de medische inspanningen naar het verzorgen van de levenskwaliteit gaat. Dergelijke inspanningen richten zich steeds meer op de omgang met ouderdom in al zijn facetten. Dat omvat actieve veroudering, maar ook de waarborg voor een waardige en beschermde terminale zorg voor mensen. Steeds meer mensen moeten worden opgeleid om het hoofd te bieden aan al deze aspecten van de behoeften van de derde leeftijd, zoals onderwijs, media, maatschappelijk werk en geneeskunde. Het valt te verwachten dat heel wat mensen die in deze sectoren werken aan reconversie onderhevig zullen zijn om te voldoen aan de specifieke behoeften van een nieuwe categorie begunstigten, met name de senioren en de derde leeftijd.

Het strategische partnerschap tussen Roemenië, België, Italië en Spanje, dat bestaat uit medische en educatieve instellingen, zowel publiek als privaat, heeft het thema van palliatieve geneeskunde en aanverwante gebieden in hun specifieke institutionele context en binnen een bepaald tijdsbestek benaderd. De internationale auteurs van dit boek zijn er zich van bewust dat hun bijdragen slechts een perspectief bieden dat gelimiteerd is door de geografische omgeving en de specifieke noden van het ogenblik. Desalniettemin zijn ze er ook van overtuigd dat dit boek een lacune vult die te maken heeft met gestandaardiseerde aanpak die zich aansluit bij de bestaande infrastructuur, de behoeften van human resources, de medische en technologische ontwikkeling en de contextuele prioriteiten die gelinkt zijn aan nationale medische strategieën, culturele waarden en beleidslijnen.

Het geboden materiaal toont een geplande oriëntatie die de deelnemende partners in gezamenlijk overleg illustreren: een selectie van de meest representatieve basisprocedures in de palliatieve geneeskunde, afgestemd op de laatste updates in het werkveld, aangevuld met de communicatie die gerelateerd is aan deze procedures in zes talen en aan video's die de implementatie van deze procedures illustreren. Door onderling overleg werd de inventaris van vijftig procedures teruggebracht tot twintig interventies en types van communicatie die zowel de bestaande medische aanpak in de desbetreffende landen als de huidige trend in de dialogische geneeskunde omvatten. Daarbij werd ook aandacht besteed aan de waarden van interculturaliteit en de viering van de diversiteit van praktijken en overtuigingen.

Diepgaande discussie waren nodig om een idee te krijgen van het soort beslissingen en veralgemeningen dat moest worden genomen voor aanvang van de studie van de geselecteerde items. Het partnerschap en de auteurs moesten het probleem van lokale nieuwigheden aanpakken: in hoeverre moesten die worden opgenomen in deze generische inventaris van procedures en waarden. Een voorbeeld hierbij zijn de wetgeving en procedures in België in verband met euthanasie voor volwassenen en kinderen. Met onderwerpen die gaan van mondverzorging over een patiënt in bed stoppen of hem voeden tot het brengen van slecht nieuws of het burn-outsyndroom, wordt een aantal gesprekspartners overwogen: patiënten met thuisverzorging of in een ziekenhuis, familie, verzorgers, verpleegsters, dokters.

De publicatie stelt zich ook tot doel om actuele middelen aan te leveren voor de professionalisering van de palliatieve zorg in de geïnteresseerde landen, waaronder Roemenië als coördinator van dit project, en mogelijk elders binnen en buiten Europa, in systemen die minder

ervaring hebben om deze medische profielen formeel op te nemen in het hoger onderwijs of verpleegopleidingen.

De interdisciplinaire aanpak die het medisch veld, het zorgsysteem en de onderwijswereld verbindt, ondersteunt het huidige werk. De publicatie biedt met waardevolle onderwijsmiddelen voor medische professionals ook gedegen ondersteuning voor zowel de trainer als de student in verband met communicatie in verschillende talen (Engels, Frans, Spaans, Italiaans en Nederlands) over de geïdentificeerde topics. De behoefte aan een dergelijke specifieke aanpak werd gedurende de laatste tien jaar gesignaleerd door afgestudeerden aan medische universiteiten en verpleegsterscholen die dagelijks worden geconfronteerd met uitdagingen op het vlak van professionele communicatie, ongeacht of ze in het buitenland werken of net niet. De video-ondersteuning en de zelf- en peerevaluatie die het niveau van de medische skills en communicatiepraktijken controleren, helpen de student op weg naar zelfstandig leren.

Naast de publicatie is er ook specifieke technologische ondersteuning. Dit is vooral bedoeld voor de traditionele student die nog altijd een handboek verkiest. Toch willen we hen erop wijzen dat het materiaal integraal beschikbaar is op de projectsite [www.medlang.eu](http://www.medlang.eu). We zijn ervan overtuigd dat de gebruikers blended learners zullen worden en gebruik zullen maken van de digitale bronnen. De reden hiervoor is het pedagogisch principe dat een ander type van onderwijs op een MOOC mogelijk maakt: netwerk-, content- en taakgebaseerd. Samenwerken met personen aan een medische of communicatieve taak geeft betekenis aan die taak en checkt hoe efficiënt zijn/haar vaardigheden worden. Bovendien stimuleert de huidige strategie in modern onderwijs de ontwikkeling van vaardigheden en beklemtoont het belang van een competentiegebaseerd curriculum.

Bij het boek vind je cd's met video's en andere leerbronnen die basisoplossingen voor zo'n aanpak bieden. Leerders die geneigd zijn om een professionele opinie te uiten, hun argumentatie te documenteren en hun zelfevaluatievaardigheden te plannen, kunnen gebruik maken van het platform en actieve deelnemers worden van de discussiefora. De uitnodiging om in je eigen tempo te studeren volgens het gepland studiekader is inherent aan de publicatie en de MOOC. De zelfevaluatiecriteria zijn transparant en ze controleren de hogere cognitieve vaardigheden die betrekking hebben op vergelijking, analyse, aandacht en geheugen. De MOOC geeft voorrang aan samenwerkingsactiviteiten en peer- en student-trainerinteractie om ideeën uit te wisselen, te discussiëren en te argumenteren. Tegelijkertijd bieden sommige taken de mogelijkheid tot cocreatie van kennis, bijvoorbeeld voor wie gericht is op culturele en religieuze waarden. De kwaliteit van de verworven kennis wordt gemeten aan variabelen als originaliteit, documentatie, (n)etiquette in discussies, je beurt afwachten, het faciliteren van vaardigheden, succesmodellen die door de studenten werden gestemd, nauwkeurigheid van de simulatie.

Zowel het boek als de MOOC nodigt uit tot reflectie, video-opnames en werken met e-portfolio's. Individuele leerstijlen verkrijg je door lineair leren uit een boek, interactief leren, leren door te doen en via video's. De MOOC heeft een technologisch ontwerp die de verspreiding van de activiteiten via een of meerdere platforms in een open omgeving met vrije toegang en een uitnodiging tot massale deelname mogelijk maakt. Het heeft de studenten en trainers een gemeenschapsgevoel bij de praktijk met een duidelijke klemtoon op het leerproces. Toch biedt de MOOC een coherenter systeem voor evaluatie, kennisaccreditatie en ingebouwde vaardigheden die beter kunnen worden gebruikt in situaties van face-to-faceonderwijs als een leermiddel voor voortgezette beroepsontwikkeling en simulatiegebaseerde training.

Conclusie: de publicatie en de MOOC werken als onafhankelijke, maar aanvullende middelen om professionals, studenten en het grote publiek te helpen leren over palliatieve geneeskunde en de bijhorende communicatieprocessen. De materialen zijn het eindresultaat van pedagogische strategieën die het eerder traditionele leren combineren met nieuwe trends die gebruik maken van interactie, rollenspel en het opnemen van nieuwe verantwoordelijkheden voor trainer en student.

*Editors*



## **URETHROVESICALE KATHERISATIE UITVOEREN (FOLEY SONDE) -VROUWELIJK UROGENITAAL SYSTEEM**

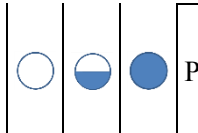
**Medische procedure**



**URETHROVESICALE KATHERISATIE UITVOEREN**

## MEDISCHE PROCEDURE

Het creëren van een directe verbinding met de inhoud van de urineblaas door middel van een speciaal ontworpen buis (Foley sonde) ingebracht via de urethra in de blaas.



1.	Beoordeel de gezondheidstoestand van de patiënt ( <i>bewustzijn, bewegingen, spraak, ademhaling</i> ) vitale functies behouden; cardiopulmonale arrestatie <b>Goede morgen/namiddag. Mijn naam is.... Ik ben jouw arts/verpleegkundige en ik zal je weldra onderzoeken.</b>				0 2 5
2.	<b>Kan je me jouw naam vertellen, a.u.b. ....</b> (of, indien aanwezig controleer het identificatiebandje van de patiënt) <b>En jouw geboortedatum ..... Bedankt.</b> (dit wordt gedaan om verwarring te voorkomen tussen patiënten met dezelfde naam. Vraag ook niet bijv. "Ben jij Mr Smith?", dit kan leiden tot een valse bevestiging door patiënten die afgeleid zijn door symptomen of andere redenen). Controleer dubbel in het medische dossier voor: Naam; Geboortedatum	ESSENTIEEL			
3.	Voorzie een private onderzoeksomgeving ( <i>éénpersoonskamer, gordijnen, paravents, etc.</i> ) <b>Wat ik moet doen is een sonde in jouw urineblaas steken opdat we het kunnen draineren in enkele speciale medische containers (wat we gaan doen)</b>				0 1 3
4.	<b>De procedure bestaat uit het plaatsen van een flexibele sonde in het gebied geassocieerd met urineren.</b> <b>Dit is normaal gemakkelijk om uit te voeren, houdt geen snijwonden of prikken in, dus zou het niet mogen pijn doen</b> ( <i>waaruit het procedure bestaat</i> )				0 1 3
5.	<b>Het is heel belangrijk dat je ontspannen en kalm blijft tijdens de procedure.</b> <b>Wanneer ik het jou zeg, beweeg niet a.u.b. en hou je benen op de plaats waar wij ze zetten zodat ik de sonde – zonder het omliggende gebied, dat misschien microben draagt, aan te raken – kan plaatsen.</b> <b>Alsook, wanneer ik het zeg, adem diep in en blaas het allemaal uit – adem verschillende keren, diep, traag en vrij</b> ( <i>hoe bijdragen aan de procedure</i> )				0 1 3
6.	<b>Je blaas leeg maken is een belangrijk element in jouw medische gezondheid.</b> <b>Hierop gebaseerd, zullen we beslissen welke medicatie we verder aanbevelen.</b> ( <i>het voordeel van de procedure</i> )				0 1 3
7.	<b>Nu, ben ik duidelijk over de procedure?</b> <b>Wil je me iets anders vragen?</b>	ESSENTIEEL			
8.	<b>Kan je me vertellen wanneer en hoeveel je de laatste keer hebt geürineerd?</b> ( <i>patiënt zijn perceptie en betrokkenheid in eigen gezondheidszaken beoordelen</i> )				0 1 3
9.	<b>Heb je hiervoor al een urinaire sondeplaatsing ondergaan?</b> <b>Voor voorgaande heelkunde, misschien?</b>				0 1 3




10.	<b>Ben je allergisch aan iets, rubberen producten, iodine, kleefbare tape misschien?</b> (evalueer mogelijke allergieën op het materiaal dat vaak gebruikt wordt in de procedure)	ESSENTIEEL
11.	<b>Ben je akkoord om een staal van jouw biologische producten af te leveren?</b> (evaluatie van persoonlijke overtuigingen betreffende het afstaan van biologische producten)	ESSENTIEEL
12.	<b>Wanneer heb je het laatst gegeten?</b> (indien mogelijk, vermijdt het uitvoeren van urethrovessicale katherisatie onmiddellijk voor of na de maaltijd van de patiënt)	0 1 6
13.	Selecteer de Foley sonde die in de gegeven klinische situatie gebruikt zal worden (indien nog niet gespecificeerd in het medische dossier van de patiënt).  Evalueer het medisch dossier van de patiënt als volgt: <i>Patiënt zijn leeftijd en geslacht:</i> - kind - gauge 8-10 sonde (externe referenties 2.7 ~ 3.4 mm), lengte van 30 cm, ballon van 3 ml; - volwassene - gauge 14-18 sonde (4.7 tot 6 mm), met een 5 ml volume voor de ballon (een kleiner ballon formaat laat het distale einde van de sonde – waar de drainage gaten zijn – het dichtst bij het urethraal punt in de blaas positionering toe, hierdoor resulteren in een meer complete evacuatie), 23-26 cm in lengte	0 1 9
14.	Evalueer het medische dossier van de patiënt met volgende bezorgdheden: <i>Patiënt zijn diagnoses die de indicatie van urethrovessicale katherisatie ondersteunen (reeds aanwezige urogenitale pathologie):</i> - in geval van urinaire retentie (vermoeden van onvermogen van het urethrovessicaalsysteem om voor evacuatie van urine geaccumuleerd in de blaas te zorgen) katheterisatie wordt uitgesteld totdat de bestaande hoeveelheid urine in de blaas wordt beoordeeld met behulp van een draagbare blaasechografie (het gedetecteerde volume is digitaal weergegeven met een nauwkeurigheid van 85% voor volumes van minder dan 1 liter: documentatie van een volume van 500-800 ml leidt tot de indicatie om het plasgevoel te triggeren; als een volume van minder dan 500 ml wordt gedetecteerd, wordt katheterisatie uitgesteld zodat verdere accumulatie van vloeistoffen op het niveau van de urineblaas kan gebeuren. Dit is te wijten aan het besmettelijke risico van katheterisatie verbonden aan de potentiële mobilisatie van micro-organismen - vaak voorkomend in het distale gedeelte van de urethra - die naar binnenin de urineblaas worden getransfereerd, een normaal niet-verontreinigde ruimte.) <b>Ik zal nu de kraan doen lopen en je kan je handen onder het water houden. Dit zal de nood om te urineren versnellen.</b> - in de drainage van klonters, dichte urine vlokken, hematurie – grotere sondes, gauge 20 (6.6 mm) - in pathologieën die continu of intermitterende irrigatie van de blaas nodig hebben – Foley sonde met 3 kanalen (één voor blaas drainage, de tweede voor vullen/ledigen van de ballon sonde, en de derde voor het introduceren van blaasirrigatievloeistof)	0 1 9
15.	Evaluatie van het medisch dossier van de patiënt als volgt: <b>Voorspelde duurtijd voor urethrovessicale katherisatie:</b> - tot 1 week – gebruik een Foley sonde van plastic (verminderde	0 1 3

	<p><i>flexibiliteit met toegenomen traumatische consequenties), PVC (verbeterde flexibiliteit bij lichaamstempatuur, vormt zich rond de contouren van de urethra) of latex (allergie-risico beoordeel altijd op voorhand; de hoge frequentie van allergieën op latex in de medische sector fungeert als afschrikmiddel voor actueel gebruik)</i></p> <p>- tot 4 weken – gebruik een Foley sonde van polytetrafluoroethyleen</p> <p>- tot 12 weken – gebruik een siliconen Foley sonde (<i>duurder</i>) optioneel geïmpregneerd met antibacteriële substanties (<i>nitrofurantoin, hydrogel, zilveretc.</i>)</p>			
16.	<p>Evaluatie van het medisch dossier van de patiënt als volgt: Geassocieerde diagnoses (<i>bijv. coagulopathie, etc.</i>), laboratorium parameters (<i>bijv. plaatjes &lt;150,000, INR&gt; 1.5, etc.</i>) en geassocieerde medicatie (<i>bijv. Sintrom, Trombostop, Aspirin, Plavix, etc.</i>) – om het risico op verlengde bloeding te beoordelen.</p>			0 1 5
17.	<p>Zodra de technische kenmerken van de sonde zijn geselecteerd, dienen vanaf het begin twee zo'n urethrovesicale sondes beschikbaar zijn om de sonde snel te vervangen in geval van besmetting of schade tijdens de procedure.</p>			0 1 3
18.	<p>Beoordeling van de bereidwilligheid van de patiënt om mee te werken aan de uitvoering van de procedure.</p> <p>Evaluatie van de patiënt zijn medisch dossier vanuit het oogpunt van de daaraan verbonden voorwaarden die de liggende positie contra-indiceert (<i>bijvoorbeeld ernstig hartfalen met decubitus dyspnoe</i>) of flexie van de knie / dij externe rotatie (<i>orthopedische / reumatologisch ziekten</i>)</p>			0 1 5
19.	<p><b>Je dient in je bed op je rug te liggen, met je knieën geplooid en uit elkaar voor ongeveer 15 à 30 minuten</b></p> <p>(<i>externe dijrotatie en flexie van de knie laten optimaal zicht van het perineum gebied toe, waar de urinaire meatus die gebruikt zal zijn voor de procedure is gevestigd</i>).</p> <p><b>Kan je het tonen, a.u.b.? En je knieën plooien. Goed. Doe je knieën nu nog verder uit elkaar en draai je dij naar buiten. Dank u. Kan je deze houding aanhouden?</b></p> <p>(<i>als de patiënt moeite met positionering heeft en zijn lichaamsdelen in de gewenste houding te houden, kan een collega gevraagd worden om de patiënt zijn knieën en heupen te ondersteunen. Als alternatief kan de patiënt lichtjes op één zijde of in de semi-liggende houding – Sim's – gezet worden</i>)</p>			0 1 3
20.	<p><b>Jouw genitaal gebied zal tijdens deze procedure blootliggen. Heb je liever dat alleen vrouwen dit uitvoeren, gezien de persoonlijke privacy hiervan?</b></p>			0 1 9
21.	<p>Als ze niet onlangs geëvalueerd zijn: BP meting, polsoximetrie, thermometrie: BP... mmHg, SaO2... %, T... ° C. Handen wassen. Doe propere medische handschoenen aan als onderdeel van standaard voorzorgsmaatregelen.</p>			0 1 3
22.	<p>Gebruik al wrijvend een in alcohol gedrenkt watje om enige meubeloppervlakten – dat gebruikt zal worden tijdens de procedure – te ontsmetten.</p>			0 1 3
23.	<p>Verwijder de gebruikte handschoenen in de niet-scherpe infectieuze afvalcontainer. Handen wassen.</p> <p>Doe een nieuw paar medische handschoenen als onderdeel van</p>			0 1 3



	standaardvoorzorgsmaatregelen aan.			
24.	<p><b>De procedure impliceert de voorafgaande reiniging van het genitale gebied met water en zeep. Ja ken dit zelf doen of wij kunnen het voor jou doen – wat verkies je?</b></p> <p>Reinig perineale regio met water en zeep – de meeste patiënten kiezen om het zelf te doen (<i>aangezien het het genitale gebied betreft</i>) en kunnen dit mits duidelijke aanwijzingen tot een redelijk goed einde brengen: <b>was en veeg altijd van het propere gebied naar het vuile, van voren naar achteren.</b> (<i>het anale gebied draagt een hoge microbiële belasting</i>)</p>			0 1 9
25.	Bedek de patiënt met een molton die in de vorm van een diamant werd gelegd, hoeken respectievelijk wijzend naar het hoofd, de benen en de randen van het bed.			0 1 3
26.	<b>Gebruik je handen om de hoek van de molton onder je kin vast te houden terwijl wij het linnen vanonder je uit trekken.</b> Zonder de patiënt onder de molton bloot te stellen, rol het laken en het deken naar het voeteinde van het bed op en sla het op in de ruimte tussen de patiënt zijn voeten en de voetplank.			0 1 3
27.	<b>Kleed je nu a.u.b. van je lende naar beneden uit, onder de molton. We zullen je kleren, tot de procedure voorbij is, voor je bijhouden. Bedankt.</b>			0 1 3
28.	<b>Plooi je knieën nu, a.u.b. Jouw voetzolen 60 cm uit elkaar. Zoals dit. Heel goed. Roteer nu je dijen lichtjes naar buiten.</b>			0 1 3
29.	Plaats het noodzakelijke materiaal op het niveau van je werktafel.			0 1 3
30.	Voorzie een goede verlichting voor het onderzoek en instrumentatie van het perinatale gebied ( <i>gebruik van een zaklamp is aangewezen</i> )			0 1 3
31.	Positioneer jezelf aan de rechterkant van de patiënt ( <i>of aan de linkerkant indien de werknemer die de procedure uitvoert linkshandig is</i> ). Verhoog het bed van de patiënt naar het lendeniveau van diegene die de urethrovesicale katherisatie zal uitvoeren.			0 1 3
32.	<p>Kruis de hoeken van de molton onder de patiënt zijn dijen, waardoor de hoek naar de voeten wijst zodat het perineale gebied als een tent gemaskeerd is.</p> <p>(<i>verminderde blootstelling van de privatieve delen beperkt het gevoel van schaamte terwijl het ook betere thermisch comfort tijdens urethrovesicale katheterisatie verstrekt</i>)</p>			0 1 3
33.	<p>Til de molton bij de hoek die naar de voeten van de patiënt wijst op en rol het op om toegang tot de patiënt zijn perineale gebied te verkrijgen.</p> <p>Plaats een absorberend handdoek onder de billen van de patiënt en daaronder, tussen de dijen van de patiënt (<i>ter voorkoming van het beddengoed nat te maken /te compromitteren</i>)</p>			0 1 3
34.	Pak de steriele kit - die de zak voor urinecollectie bevat - uit, anker het aan het bed met behulp van de speciaal ontworpen haak, ervoor zorgend dat het uiteinde van de buis die de urinezak met de Foley sonde verbindt binnen handbereik is.			0 1 9

35.	Pak de steriele kit voor urethrovesicale katherisatie uit en plaats het binnen handbereik, erop lettend om de inhoud niet onsteriel te maken.			0 1 3
36.	Doe antiseptische oplossingen (gewoonlijk van het betadine-iodine type) op 5 steriele kompressen die gebruikt zullen worden om het urinaire peri-meatus gebied te ontsmetten. Verwijder de lege verpakkingen voor de antiseptische oplossing in de niet-besmettelijke afvalcontainer.			0 1 6
37.	Verwijder de gebruikte handschoenen in niet-scherpe besmettelijke afvalcontainer. Medisch handen wassen. Doe een paar steriele handschoenen aan terwijl je het veld steriel houdt die tussen de benen van de patiënt geplaatst moet worden. <i>(op het steriele veld worden de steriele kompressen met antiseptische oplossing - die gebruikt worden om het gebied van de urethrale meatus te ontsmetten - geplaatst)</i>			0 1 6
38.	Haal de Foley sonde uit de verpakking en injecteer een volume van steriel gedistilleerd water, zoals aangegeven wordt, in de sonde <i>(met behulp van een steriele spuit - van passende volume dewelke met het speciaal ontworpen uiteinde van de Foley sonde verbonden is - stevig door de valve die op dit niveau bestaat in te voeren)</i> om te ballon te vullen en dus zijn integriteit en functionaliteit te controleren <i>(tijdig gedetecteerde disfuncties voorziet dat de sonde voor de werkelijke uitvoering van katheterisatie vervangen kan worden)</i> . Gebruik de spuit opnieuw, ledig volledig de ballon van de Foley sonde en ontkoppel vervolgens de spuit waarin nu het exacte volume steriel gedistilleerd water - die nodig was om de ballon te vullen - zit. Plaats de spuit op het steriele veld van de medische handschoenen die eerder gebruikt werden. Doe <i>(2,5-5 cm in lengte)</i> steriel glijmiddel op het uiteinde van de sonde, het uiteinde waar de ballon zich bevindt. Verbind steriel de sonde in de urine-collectiezak.			0 1 9
39.	Met de niet-dominante hand, ontbloot je het urethrale meatus gebied – verspreidt de labia majora met behulp van de vingers III en IV (deze zijn dan bijgevolg onsteriel!), <i>palm naar boven. Zorg dat de grote schaamlippen wijd uit elkaar blijven; ze mogen tijdens de procedure op geen enkel moment in contact komen met de urinaire maetus. Door dit te doen, komen vingers I en II vrij om een stabiele greep op het uiteinde van de buis en de valve van de ballon te verzekeren zodat de spuit beter geconnecteerd wordt wanneer de ballon met steriel gedistilleerd water wordt gevuld.</i>			0 1 9
40.	Door middel van het pincet uit de urethrovesicale katheterisatie kit en de antiseptische kompressen, veeg je stevig naar beneden met de dominante hand en ontsmet je het labiale gebied met bewegingen slechts in één richting, als volgt: de binnenkant van een grote schaamlippen in anterior-posterior richting <i>(van voren naar achteren)</i> ; de binnenkant van de tegenovergestelde grote schaamlippen in anterior-posterior richting; kleine schaamlippen in anterior-posterior richting; de tegenovergestelde kleine schaamlippen in anterior-posterior richting; de urinaire maetus in een anterior-posterior richting, met behulp van achtereenvolgens 5 antiseptische kompressen <i>(urethrovesicale katheterisatie is de medische procedure die het vaakst nosocomiale infecties veroorzaakt - infecties verworven in de medische omgeving - daarom dienen antiseptische regels strikt nageleefd worden)</i> . Gooi na elk gebruik het kompres in de besmettelijke			0 1 9



	afvalcontainer en op het einde ook het pincet. Identificeer op dit moment de anatomische structuren van het perineale gebied en detecteer de locatie van urethrale meatus <i>(soms moeilijk om bij vrouwelijke patiënten te identificeren)</i> .			
41.	Injecteer 10-15 ml glijmiddel op de urethrale meatus <i>(lidocaïne gel kan ook gebruik worden om het discomfort - geassocieerd met de passage van de sonde in de urethra - verminderen, maar het duurt nog een bijkomende 5 minuten voor het analgetisch effect bij het gebruik van lidocaïne plaats vindt).</i> Na gebruik gooi je de spuit met glijmiddel in de besmettelijke afvalcontainer.			0 1 9
42.	Hou het uiteinde van de Foley sonde <i>(met de kant van de geconnecteerde tubes)</i> in de dominante hand vast, met de sonde in een looping (om de lengte onder controle te houden) en hou het tegenovergestelde uiteinde - dat in de urthrale maetus wordt gebracht - op 5-7,5 cm van zijn uiteinde - zoals een pen tussen vinger I van één hand en vingers II en III van de andere - vast.			0 1 9
43.	Hou het gekatheriseerde gebied met de niet-dominante hand vast, ervoor zorgend dat de labia majora uit elkaar gespreid blijven. <i>(door middel van deze procedure, wordt de urethrale traject recht, waardoor het verder opschuiven van de sonde op dit moment wordt vergemakkelijkt)</i>			0 1 3
44.	Breng de Foley sonde in de urinaire meatus zonder de aangrenzende structuren aan te raken. <i>(indien zo'n incident zich voordoet, is de Foley sonde besmet en dient deze vervangen te worden; in het geval van accidenteel inbrengen in de vagina, wordt de sonde er tijdens de urethrovesicale katheterisatie erin gehouden, om te helpen bij het juist inbrengen van een nieuwe steriele sonde, via de urinaire meatus)</i>		ESSENTIEEL	
45.	<b>Adem nu enkele keren diep en traag.</b> <b>In en uit</b> <i>(schuif de sonde op tijdens de uitademhaling van de patiënt), traag....</i> <b>Alles. Ja, zoals dit... en nu terug opnieuw.</b>			0 1 6
46.	Schuif vervolgens de sonde in de urethra op tijdens dat de patiënt expireert.			0 1 3
47.	In geval van ontstane resistentie tijdens het opschuiven van de Foley sonde in de urethra sfincter, hou je een stevige, maar niet te stevige druk op de sonde <i>(de urethra sfincter wordt normaal ontspannen verwacht, zodat dit het opschuiven van de sonde toelaat of als alternatief kan de sonde herhaaldelijk van de ene kant naar de andere kant gedraaid worden om het te doen opschuiven).</i>			0 1 6
48.	Begeleidt de looping van de sonde tijdens de voortgang in de urethra en zoek naar het verschijnen van urine in de sonde.			0 1 3
49.	Hou het distale einde van de Foley sonde op het niveau van de urethrovesicale katherisatie zodat urine – die opgestapeld is in de blaas – kan aflopen.			0 1 3
50.	Plaats vanaf dit moment de sonde nog 5 cm verder <i>(om de kansen dat de ballon van de sonde voorbij de urethra zit te maximaliseren en in veilige blaaslocatie. Het vullen van de ballon op de urethrale locatie traumatiseert de urinebuis en leidt tot ongewenste complicaties).</i>			0 1 9
51.	Met behulp van de dominante hand, breng je het uiteinde van de Foley-sonde - waarin de ballon valve zit - op het niveau van de vingers van de			0 1 3



	niet-dominante hand, dit terwijl je de labia majora gespreid houdt (via de eerder genoemde positionering).			
52.	<p>Met behulp van de nu vrije dominante hand, neem je de spuit met steriel gedistilleerd water die binnen handbereik werd gelegd en sluit je deze aan op het uiteinde van de sonde met de valve van de ballon.</p>  <p>Met de valve ondersteund door de vingers van de niet-dominante hand, duw je het uiteinde van de spuit volledig door de valve en injecteer je het passende volume gedistilleerd water om de ballon volledig te vullen <i>(met behulp van zoutoplossingen werd in dit stadium verlaten nadat uit studies gebleken is dat door de gedeeltelijke neerslag van NaCl oplossingen - die na verloop van tijd ontstaat - het vullen van de ballon en impliciet zijn volume vermindert).</i></p>			0 1 3
53.	<p>In het geval van pijn of discomfort tijdens de procedure of tijdens het vullen van de ballon, is het verplicht om te stoppen met het injecteren van steriel water, ledig dan volledig de ballon en voer de sonde verder in de blaas in. Probeer dan opnieuw om de ballon te vullen, leidend door symptomen.</p>	ESSENTIEEL		
54.	Ontkoppel de spuit van de Foley sonde en gooit het weg in de niet-scherpe besmettelijk afvalcontainer.			0 1 3
55.	<p>Terwijl je het gebied van de urethrale meatus ver weg van elk contact met de omliggende structuren houdt, kan de dominante hand de Foley sonde zachtjes achterwaarts terugtrekken in de urinaire tractus tot er weerstand wordt gevoeld, veroorzaakt door het plaatsen van de ballon op het niveau van de urethrale opening in de blaas.</p> 			0 1 3
56.	<p>Trek je niet-dominante hand uit het niveau van de structuren die worden ondersteund tijdens de procedure en verplaats het naar het niveau van de urinedrainage afvoerslang.. Gebruik de dominante hand om de Foley sonde te verbinden met de slang van de urine- collectiezak. <i>(Dit stadium is daarom uitgevoerd met behulp van beide handen)</i></p>			0 1 3
57.	<p>Maak de afvoerslang van de Foley sonde vast op het niveau van de innerlijke dij van de patiënt zodat de slang uitgerekt is <i>(om te voorkomen dat de ballon in de blaas terug glijdt, met latere lekken van urine langs de sonde uit de blaas, wat op zijn beurt problemen met het handhaven van de patiënt zijn hygiëne geeft en een gesloten, steriele circuit in een open circuit transformeert)</i>, hoewel zonder spanning in de slang, zodat de patiënt gebruikelijke bewegingen kan uitvoeren <i>(speciale apparaten met een wetenschappelijk bewijs van beperking op het risico van urethrovessicale katheterisatie-gerelateerde infectie zijn sterk aanbevolen, in plaats van gewoon het traject met plakband vast te kleven).</i></p>			0 1 3
58.	<p><b>Je kan een prikkelend gevoel en de drang om te urineren ondervinden.</b> <b>Dit zal alleen duren totdat je aan de sonde gewend bent, het zou binnen een paar minuten moeten verdwijnen.</b></p>			0 1 3

59.	Veeg de perineale regio met in alcoholische oplossing gedrenkte kompressen <i>(om het eerder gebruikte betadine - die eerder in de ontsmetting werd gebruikt en die kan leiden tot lokale irritatie bij langdurige aanraking met de huid/slijmvliezen – te verwijderen).</i>				0 1 6
60.	Meet het volume van de verzamelde urine en evalueer zijn aspect.				0 1 3
61.	Pas de sonde aan om bochten te vermijden en zorg ervoor dat het bovenste niveau van de collectiezak ten allen tijde lager dan elk segment van de sonde hangt <i>(om geen situaties te doen ontstaan waarbij urine uit de zak terug naar de urinaire tractus vloeit – gevaar voor besmetting)</i>				0 1 3
62.	Gooi de overgebleven materialen van de procedure in de niet-scherpe besmettelijke afvalcontainer.				0 1 3
63.	Verwijder de gebruikte handschoenen en gooi ze in de niet-scherpe besmettelijke afvalcontainer. Was de handen met zeep en water.				0 1 3
64.	<b>Je kan je benen nu strekken en ontspannen. We hebben de procedure voltooid. Goed gedaan, gefeliciteerd.</b>				0 1 3
65.	Rol het bedlinnen op om de patiënt te bedekken <i>(onder de molton uitvoeren)</i> . Verwijder en gooi het bedlinnen in de besmettelijke afvalzak.				0 1 3
66.	Gebruik al wrijvend een alcohol watje om al de oppervlakken van het meubilair die in procedure gebruikt werden, te ontsmetten. Handen wassen.				0 1 3
67.	<b>De urinezak wordt elke 8 uur geledigd of zo vaak als nodig, niet om meer dan de helft gevuld te zijn.</b>				0 1 3
68.	<b>Ten minste dagelijks moet het genitale gebied met water en zeep gewassen worden om te voorkomen dat lokale irritatie of een infectie optreedt.</b>				0 1 3
69.	<b>Onder geen enkele reden moet de urinesonde uitgetrokken worden. Als iets over het urine-afvoersysteem je stoort, laat het ons weten en wij zullen het voor je uitzoeken.</b>				0 1 3
70.	<b>Wees voorzichtig dat de urinesonde niet buigt, noch gedraaid of geklemd wordt omdat dit de stroom van urine blokkeert.</b>				0 1 3
71.	<b>Je moet er ook voor zorgen dat de collectiezak altijd onder het niveau van de urineblaas en urethrovesicale sondes ligt.</b>				0 1 3
72.	<b>Jouw seksueel leven zal terwijl het dragen van de sonde veranderen. Je kan over deze kwesties geadviseerd worden, indien je dit wenst.</b>				0 1 3
73.	<b>Het is aangeraden om - tijdens dat je een katheter hebt - te douchen in plaats van een bad te nemen</b> <i>(langdurige onderdompeling zorgt meer voor het voorkomen van urinaire infecties)</i>				0 1 3
74.	<b>Kijk a.u.b. uit naar enige tekenen van infecties. Indien het prikkelt of indien je lage buikpijn hebt, een frequente nood om te urineren of zelfs slaperigheid of onverklaarbare vermoeidheid of als de urine troebel wordt, kan het zijn dat jouw urine geïnfecteerd is</b> <i>(om het risico te verminderen, is een dieet dat de urine verzuurt sterk aan te raden – bijv. cranberry sap).</i>				0 1 3

	Indien dat gebeurt, zal je gespecialiseerde medische zorg nodig hebben.			
75.	Opdat je de juiste hoeveelheid urineert, raden we aan dat je minstens 2 liter water per dag drinkt <i>(bij voorkeur, meer dan 3 liter – een indicatie die enkel gecommuniceerd wordt naar patiënten indien de bijhorende pathologieën het toelaten om zo'n volumes in te nemen)</i>			0 1 3
76.	Vul de patiënt zijn medische dossier in met alle details gerelateerd aan het realiseren van de procedure, ongevallen, complicaties – <i>in dit geval kan dit misschien volume of aspect of verkleurde urine, datum en tijdstip zijn.</i>	ESSENTIEEL		
77.	Alle stappen moeten worden genomen voor de veiligheid van de patiënt <i>(aanpassen van het bed op lagere hoogte en til de laterale sponen)</i> . Zorg ervoor dat de patiënt persoonlijke voorwerpen <i>(bijv. mobiele telefoon, boek, kruiswoordraadsel enz.)</i> , het glas water en de afstandsbediening - voor het bellen van medische hulp - gemakkelijk kan bereiken. Geef details over het medische schema dat volgt en wanneer de patiënt terug onderzocht zal worden).			0 1 3
<b>Totale score: 300</b>		<input type="radio"/>	onvoldaan criteria	%
		<input type="radio"/>	gedeeltelijk voldaan criteria	%
		<input type="radio"/>	volledig voldaan criteria	%

### Selectieve bronnen:

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## UITVOEREN VAN PARACENTESE

### Medische procedure



## MEDISCHE PROCEDURE

Creëren van een directe communicatie met de buikholte door een transcutane punctie.



P




1.	Beoordeel de toestand van de patiënt ( <i>bewustzijn, bewegingen, spraak, ademhaling</i> ): vitale functies aanwezig <input type="checkbox"/> ; cardiopulmonair arrest <input type="checkbox"/> bereid het nodige materiaal voor – de set <b>Goedemorgen/namiddag.</b> <b>Mijn naam is ..... Ik ben dokter / verpleegkundige</b>				0 2 5
2.	<b>Kan je me je naam vertellen aub ..... (of, controleer identificatiebandje van de patiënt, indien beschikbaar)</b> <b>En uw geboortedatum ..... .</b> <b>Bedankt.</b> (Dit wordt gedaan om te vermijden dat de procedure uitgevoerd wordt bij de verkeerde patiënt omdat verschillende patiënten dezelfde naam kunnen hebben. Vraag ook niet "Bent u Mr. Smith?" om te vermijden valse bevestiging te ontvangen van patiënten die afgeleid zijn door hun symptomen of andere redenen).	ESSENTIEEL			
3.	Voorzie een ruimte voor privé-onderzoek ( <i>salon met een enkel bed, gordijnen etc.</i> ) <b>Gaat u akkoord tot staalname van uw biologische producten?</b> ( <i>evaluatie van persoonlijke overtuigingen rond staalafname van biologische producten</i> )	ESSENTIEEL			
4.	Indien aanwezig, personen die de patiënt begeleiden worden vriendelijk gevraagd om de kamer te verlaten. Zij kunnen niet in de kamer blijven tijdens de procedure.				0 1 3
5.	Positioneer de patiënt comfortabel. ( <i>neerzetten in een zetel of liggend in bed</i> ). <b>We zullen een paracentese uitvoeren, dit is een medische procedure waarbij we de buikholte kunnen bereiken waar omwille van de ziekte grote hoeveelheden vloeistof zijn opgehoopt.</b> <b>Heb je al eens een paracentese gehad?</b>				0 1 3
6.	Het omvat het invoeren van een naald in de linker onderkant van uw buik, juist voldoende om de huid te doordringen en de buikholte te doordringen tot waar de vloeistof opstapelde door de ziekte. Om een makkelijke en veilige punctie te verkrijgen, zal je zachtjes op je linkerzijde op bed liggen zodat de vloeistof dicht bij de punctieplaats komt. Het is belangrijk dat je in een comfortabele positie bent, je zal volledig onbeweeglijk moet blijven tijdens de procedure. Een beweging kan resulteren in het aanprikken van andere structuren dan initieel voorgenomen. Daarom benadrukken we om niet te bewegen of te praten vooraleer je ons waarschuwt door je hand op te steken. Ook, zover mogelijk, niet te hoesten. De volledige procedure kan tot 30-45 minuten duren. Je zal wat druk voelen wanneer de naald ingevoerd wordt maar dit zal snel				0 1 3



	<b>verdwijnen, en dan zou er geen groot ongemak mogen zijn, behalve misschien omdat je voor een lange tijd onbeweeglijk bent. (wat de procedure inhoudt)</b>		
7.	<b>Het is erg belangrijk dat je ontspannen en kalm blijft tijdens het manoeuvre, en dat je kleding verwijdert die de buik bedekt en positioneer jezelf zoals ik eerder uitlegde. Ook heel belangrijk, maak geen onverwachte bewegingen wanneer de naald in uw directe nabijheid is. (hoe de patiënt kan bijdragen aan het uitvoeren van de procedure)</b>		0 1 3
8.	<b>De vloeistof die we verzamelen zal in het labo getest worden en dit zal ons veel info geven over uw medische status. Hierop gebaseerd zullen we beslissen welke medicatie we verder aanraden. (hoe de procedure nuttig is voor de patiënt)</b>		0 1 3
9.	<b>Nu, is alles duidelijk over de procedure? Wil je mij iets anders vragen?</b>	ESSENTIEEL	
10.	Evalueer het medisch dossier van de patiënt vanuit het standpunt van: geassocieerde diagnoses (e.g. coagulopathies, etc.), labo parameters (e.g. bloedplaatjes <150,000, INR> 1.5, etc.) en geassocieerde medicatie (e.g. Sintrom, Trombostop, Aspirin, Plavix, etc.) – om het risico op langdurige bloeding te beoordelen.		0 1 9
11.	<b>Ben je allergisch aan iets, rubberen producten, iodine, plakband misschien? (evalueren van mogelijke allergieën voor materiaal vaak gebruikt tijdens de procedure)</b>		0 1 9
12.	Indien niet recent beoordeeld: bloeddrukmeting, pulse-oximetrie, thermometrie: BP..... mmHg, SaO <sub>2</sub> ..... %, T ..... °C. Was handen. Doe propere medische handschoenen aan als onderdeel van standaard voorzorgsmaatregelen. Ontsmet met een tampon van alcohol de oppervlakten van de meubels die in aanraking komen tijdens het manoeuvre.		0 1 3
13.	Verwijder eerder gebruikte handschoenen in de infectieuze afvalcontainer. Handen wassen. Doe een nieuw proper paar medische handschoenen aan als onderdeel van standaard voorzorgsmaatregelen.		0 1 3
14.	Herbekijk indicaties voor paracentese, indien het geval indicaties voor volgende toedieningen van intra peritoneale medicatie (in de buik).		0 1 3
15.	<b>Wil je aub nu uw kleding verwijderen zodat uw buik volledig ontbloot is.</b> Breng het bed van de patiënt omhoog tot op heuphoogte van het personeel dat het manoeuvre uitvoert. Positioneer jezelf aan de linkerkant van het bed. Breng de bedsponden naar beneden.		0 1 3
16.	Inspecteer de huid van de buik voor signalen van lokale infecties (geassocieerde risico's voor intra peritoneale disseminatie van de infectieuze agent van huid laesies).		0 1 9
17.	Controleer het medisch dossier van de patiënt voor de diagnose die voor de opstapeling van peritoneale vloeistof geleid kan hebben (lokalisatie, type,		0 1 9

	<p><i>echografisch karakter</i>).</p> <p>Gebruik bedbeschutting (absorberend deken of ander waterdicht materiaal geplaatst onder het niveau van de abdominale regio en heup van de patiënt).</p> <p><b>Lig nu aub op uw linkerzijde zoals ik eerder uitlegde.</b></p>		
18.	Identificeer de locatie van de anterior superior iliac spina en de navel.		0 1 9
19.	<p>Identificeer het punt waar extern één derde met tweede derde intern van de rechte lijn die de anterior superior iliac spine met de navel verbindt, wat het exacte punt is om de buik aan te prikken voor paracentese  <i>(dit is de optimale positie voor paracentese omwille van: links is het colon meer naar de rug gepositioneerd; peritoneaal sereus membraan is glad waardoor de intestinale loops meer van de naald neigen weg te slippen, en de laterale decubitus helpt de buikvloeistof te plaatsen aan de punctieplaats)</i></p>	ESSENTIEEL	
20.	Markeer de punctieplaats met een X teken door middel van de top van de vingernagel.		0 1 9
21.	Beklop de buik om te bevestigen dat er vloeistof aanwezig is in het geselecteerd gebied <i>(het helpt om abdominale echografie te doen om een objectief klinisch onderzoek te doen om zo beter de punctieplaats voor paracentese te bepalen)</i> en voor de definitieve selectie van de punctieplaats		0 1 6
22.	<p>Maak een gebied van 5 cm<sup>2</sup> schoon door druk uit te oefenen op het huidoppervlak startend vanaf de geselecteerde punctieplaats voor paracentese op een spiraalvormig pad, gebruik makend van een tampon met iodine oplossing  <i>(dit zal resulteren in een chemische ontsmetting – d.w.z. de alcoholische iodine oplossing samen met een mechanische – maak het vlies schoon door spiraalvormig te wrijven).</i></p> <p>Verwijder de tampon in de infectieuze afvalcontainer.</p> <p>Herhaal het ontsmettingsmanoeuvre door een derde tampon met iodine oplossing te gebruiken, verwijder dan de gebruikte tampon in de infectieuze afvalcontainer.</p>		0 1 9
23.	Herhaal het ontsmettingsmanoeuvre door het gebruik van een derde in isobetadine gedrenkte tampon, verwijder dan de gebruikte tampon in de infectieuze afvalcontainer.	ESSENTIEEL	
24.	Was handen en doe steriele handschoenen voor enkelvoudig gebruik aan.		0 1 6
25.	<p>Connecteer de steriele spuit met de naald. Indien mogelijk: <b>20-gauge spuit, aub.</b>  <i>(Vraag assistentie van een medische collega om de steriele inhoud van het pakket ,welke naald en spuit bevat, te tonen ,d.w.z. openen en blootleggen, dit al dan meteen gebruikt worden door het personeel dat de procedure uitvoert door steriele handschoenen, om zo het risico op infectie door de procedure te verminderen)</i></p>		0 1 3
26.	Neem de hoes van de naald af. Positioneer de naald en spuit in een hoek van 90° tot het vlies, met de opening naar boven.		0 1 6
27.	<p><b>We gaan paracentese starten.</b></p> <p><b>Je gaat een kleine prik voelen.</b></p> <p><b>Beweeg aub niet.</b></p>		0 1 6
28.	De naald en spuit worden met een sterke en gecontroleerde beweging	ESSENTIEEL	

	gedrukt om de huid aan te prikken en de naald subcutaan in te brengen, 5-7 mm diepte.		
29.	Positioneer beide handen aan de spuit, breng de naald in tot de peritoneale ruimte in een hoek van 90° door de huid, terwijl je een negatieve druk in de spuit genereert door de stamper terug te trekken <i>(de negatieve druk die in de spuit gegenereerd wordt laat toe dat je het exacte moment van ingang tot de peritoneale ruimte kan identificeren doordat je plots een vloeistof ziet verschijnen in de spuit. Hierna is het belangrijk om de lengte van de insertie van de naald en de hoek van 90° tot de huid te behouden, om zo te beschermen tegen het risico op accidenteel aanprikken van abdominale structuren)</i>		0 1 9
30.	<b>Zeer goed. Nu zullen we wat van de vloeistof verwijderen die ademen voor u moeilijk maakt.</b> <b>Behoud uw positie nog een beetje langer aub, beweeg nu niet.</b>		0 1 3
31.	Aspireer de vooropgestelde hoeveelheid vloeistof <i>(meestal is bij het initiële onderzoek de focus op het onderscheiden van exudate en transudate door middel van biochemische exploraties – proteïnen, lacticdehydrogenase (LDH), cholesterol, waaraan glucose, amylase et al. toegevoegd zijn, plus cytologische en microbiologische onderzoeken)</i> . Personeel zal constant monitoren en verzekeren dat de lengte van de insertie en de hoek van 90° van de naald tot het vlies behouden blijft.		0 1 3
32.	Mogelijks het geval dat de punctienaald aangesloten is op een aspiratiesysteem (wanneer de vloeistof verzameld wordt in een fles met gradaties), wat gevolgd wordt door een makkelijkere verwijdering van de vooropgestelde hoeveelheid vloeistof <i>(als regel, verwijderen tot 5 liter ascites vloeistof veroorzaakt geen negatieve fysiologische consequenties – elektrolytisch of colloïdaal onevenwicht etc.)</i>		0 1 3
33.	<b>Zeer goed. We zijn bijna klaar, maar beweeg nog niet, net niet.</b>		0 1 3
34.	Plaats de tampon met iodine oplossing van de punctieplaats en verwijder voorzichtig de naald en spuit in een hoek van 90° tot het oppervlak, terwijl het stevig drukken van de iodine tampon op de aanprikplaats van zodra de naald eruit komt.		0 1 9
35.	<b>Het is voorbij nu, U deed het zeer goed.</b>		0 1 3
36.	Verwijder de naald in de infectieuze afvalcontainer voor scherpe voorwerpen en de spuit in de infectieuze afvalcontainer voor niet scherpe of stekende voorwerpen.		0 1 6
37.	<b>Rol nu op uw rechterkant.</b> <i>(positioneren van de patiënt op de rechterkant, helpt het verminderen van de druk van de vloeistof op het abdominale punctietraject en leidt zo tot het sluiten hiervan zonder complicaties)</i>		0 1 9
38.	Gebruik alcoholische tampons om de iodine oplossing van het abdominale tegument te vegen <i>(langdurige aanwezigheid van de iodine oplossing op het tegument is zowel onplezierig om naar te kijken en kan ook het risico op lokale irritatiereacties veroorzaken)</i>		0 1 9
39.	Doe de alcohol tampon op de punctieplaats om de tampon met iodine oplossing te vervangen, welke in de infectieuze afvalcontainer gegooid zal worden. Bevestig de tampon met kleefpleister.		0 1 6
40.	<b>We zullen de stalen verzenden voor testen.</b>		0 1

	<b>Zo zullen we meer weten over uw aandoening en wat we vervolgens moeten doen.</b>			6
41.	Vul in het medisch dossier van de patiënt, alle details over de realisatie van de procedure, ongevallen, complicaties – indien het geval, volume en aspect ( <i>kleur, helderheid etc.</i> ) van de verwijderde vloeistof, datum en tijd.	ESSENTIEEL		
42.	<b>Bedankt, we hebben de procedure beëindigd. Je mag je kleding terug aandoen.</b> Indien van toepassing, bevestig de patiënt ( <i>het bed aanpassen op een lagere hoogte, bedsponden omhoog brengen</i> ), Persoonlijke bezittingen van de patiënt plaatsen ( <i>zoals mobiele telefoon, boek, kruiswoordraadsels etc.</i> ), glas water, afstandsbediening voor het belsysteem in handbereik. <b>We moeten nog steeds een.....( zoals een elektrocardiogram) doen binnen ..... minuten.</b> ( <i>voorzien van details over de volgende medische activiteiten en de resterende tijd totdat het start</i> )			0 1 9
<b>Puntentotaal: 200</b>			criterium onvoldoende	%
			criterium gedeeltelijk voldoende	%
			criterium volledig voldoende	%

## Selective references

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

## SUBCUTANE AUTOMATISCHE SPUITPERFUSIE

Medische procedure





## MEDISCHE PROCEDURE

Het merendeel van de patiënten in de palliatieve zorg eenheden zullen moeilijkheden ondervinden bij het nemen van orale medicatie, in de loop van de ziekte. In dergelijke gevallen kunnen patiënten hun medicatie intrarectaal of parenteraal (intramusculaire, intraveneuze of subcutane toediening) ontvangen. Medicatie wordt vaak toegediend in het subcutaan weefsel, via inspuiting of continue perfusie. De continue perfusie kan gebruikt worden voor symptoombestrijding (opioïden anti-emetica, anxyolitica, corticosteroïden, anticholinergische medicatie, etc.). Sommige geneesmiddelen kunnen worden gemengd in dezelfde spuit en samen toegediend worden. Medicatie wordt langzaam geabsorbeerd door vetweefsel en het plasma-niveau van een geneesmiddel is stabiel en het geeft betere controle van symptomen. Subcutane perfusie is een minder pijnlijke procedure ten opzichte van intramusculaire inspuiting; het kan gemakkelijk bij de patiënt thuis worden uitgevoerd en het kan gecontroleerd worden door een mantelzorger, goed geadviseerd door het team van de palliatieve zorg. Aldus, is de procedure gemakkelijker geaccepteerd door de patiënt en zijn familie.



1.	Beoordeel of de patiënt al of niet leeft ( <i>aanwezigheid van bewustzijn, bewegingen, spraak, ademhalingen</i> ) bewaard vitale functies <input type="checkbox"/> cardiopulmonair arrest <input type="checkbox"/>		0 1 3
2.	<b>Kunt u mij uw naam vertellen, alsjeblieft .....</b> (of, controleer de ID-armband van de patiënt, indien beschikbaar) <b>En uw geboortedatum .....</b> Dank je. ( <i>Dit is gedaan om te voorkomen dat de procedure op de verkeerde patiënt wordt uitgevoerd, aangezien er meerdere patiënten met dezelfde naam kunnen zijn. Vraagt u bijvoorbeeld niet 'Bent u de heer Smith?' Om te voorkomen dat u valse bevestiging ontvangt van patiënten die zijn afgeleid van hun symptomen of andere redenen</i> ). Dubbelklik in de medische dossiers voor: Naam; DOB	ESSENTIAL	
3.	Voorzie een private ruimte voor de procedure. Vertel de patiënt of de mantelzorger wat je gaat doen. <b>Ik ga een automatische subcutane perfusie uitvoeren.</b>		0 1 3
4.	Waaruit de procedure bestaat? <b>We dienen de vleugelnaald ergens te plaatsen, in jouw subcutaan weefsel; de canule van de vleugelnaald kan daar tot 14 dagen blijven zitten. De canule wordt aan de pomp bevestigd; bijgevolg wordt jouw medicatie automatisch toegediend, continu, gedurende 24 uur.</b>		0 1 3
5.	Hoe kan je bijdragen tot de realisatie van de procedure? <b>Het duurt niet lang om de canule te plaatsen. Blijf stil zitten, ontspannen, kalm. Je zal een kleine prik voelen. Je dient dan met je bewegingen voorzichtig te zijn, zodat de canule lange tijd blijft zitten.</b>		0 1 3
6.	Wat is het gebruik van deze manoeuvre? <b>Door het gebruik van deze procedure zal de medicatie die jou helpt op een constante en comfortabele manier in jouw lichaam toekomen. Zij zullen jouw symptomen voor een langere periode verlichten en niet doen verdwijnen. Indien je nog pijn of andere symptomen (misselijkheid, dyspnoe) ervaart, kunnen we jou op elk ogenblik</b>	ESSENTIAL	

	<b>nog bijkomende medicatie geven.</b>		
7.	Stel aan de patiënt en de mantelzorg volgende vragen: <b>Begrijp je wat de procedure inhoudt? Heb je nog andere vragen? Heb je deze procedure al eens ondergaan?</b>		0 1 3
8.	Controleer het medische dossier van de patiënt: <i>a. Situaties voor automatische subcutane perfusie: ongecontroleerde misselijkheid, braken, dysfagie, malabsorptie, gastro-intestinale obstructie, intolerantie voor orale medicatie, onvoldoende nakoming van orale medicatie, verminderd bewustzijn, ernstige zwakte, terminale patiënt, controle van multiple symptomen die een combinatie van medicatie vragen.</i> <i>b. medicatie, dosis, ritme van toediening.</i>		0 3 6
9.	<b>Heb je deze medicatie al ooit gebruikt? Ben je allergisch voor één van hen? Welke?</b> Deze vragen worden aan de patiënt/mantelzorger gesteld.	ESSENTIEEL	
10	De toestemming van de patiënt en de mantelzorg moet eerst onderzocht worden in het medisch dossier. <b>Ga je akkoord met deze procedure?</b>	ESSENTIEEL	
11	Vorbereiding van het materiaal: a. de automatische pomp b. de spuit -> een 20 ml Luer spuit c. de vleugelnaald (21 of 25 G naald) d. ampullen van medicatie e. 0,9% natrium chloride voor verdunning f. alcohol zwabbetjes g. occlusieve transparante dressing		0 1 3
12	Bereid de spuit voor: a. voorgeschreven medicatie controleren: 1. type en naam 2. dosis 3. vervaldatum 4. macroscopische uitstraling / conformiteit b. compatibiliteit van geassocieerde medicatie indien meerdere geneesmiddelen in de spuit moeten worden gecombineerd c. teken voorgeschreven medicatie ± verdunningsmiddel in de spuit, op voorgeschreven hoeveelheid	ESSENTIEEL	
13	Labelen: a. Volledige details van de medicatie; b. Verzekert dat de label niet interfereert met het mechanisme van de pomp; c. Verzekert dat de label geen visuele observatie hindert; d. Verzekert dat de label niet interfereert met de sensoren van de pomp		0 1 3
14	Vorbereiding van de pomp: a. Steek de batterij erin; b. Plaats de spuit correct in de pomp; c. Meet de inhoud van de spuit op de schaal van de pomp; d. Duidt het juiste volume in de spuit aan op het scherm van de pomp; e. Zodra de juiste spuit geselecteerd is, zal de ratio/uur en de duurtijd op het scherm staan. Druk JA om te bevestigen.		0 3 6

15	Duidt het volgende aan op de infusie check grafiek, alvorens te purgeren: a. medicatiennaam en dosissen; b. totaal volume in ml; c. ratio/uur		0 3 6
16	Bereidt de infusielijn, volg volgende stappen: Inspecteer de patiënt en kies de juiste plaats, overweeg de volgende principes: - <i>verzwakte patiënten, het abdomen is verkozen plaats, uitgezonderd ~3 cm periumbilicaal</i> - <i>bij patiënten met ascites, 'de plaats boven de borst van de bovenste anterieure borstregio' – weg van axilla</i> - <i>bij geagiteerde patiënten is de plaats het bovenste gedeelte van de rug rond de scapula</i> - <i>boven armen</i> - <i>buitenste gedeelte van de dijen</i> - <i>overweeg rotatie van de plaatsen</i> Plaatsen die NIET gebruikt mogen worden: - <i>gebieden aangetast door lymfoedeem (risico op infectie of verminderd absorptie)</i> - <i>plaatsen met benige uitsteeksels (verminderd subcutaan weefsel leidt tot verminderde absorptie)</i> - <i>plaatsen bij gewrichten (bewegingen kunnen de canule verplaatsen of ongemak veroorzaken)</i> - <i>huidinfecties</i> - <i>lokaal erythema, ulceraties, wonden</i> - <i>vroeger bestraalde huid (radiotherapie veroorzaakt sclerosis van de kleine bloedvaten die huidperfusie vermindert)</i> - <i>plaatsen van tumoren</i> - <i>huidplooien</i>		0 3 6
17	Was jouw handen. Doe steriele handschoenen aan.	ESSENTIEEL	
18	Ontsmet de huid met betadine, chloorhexidine of alcohol en wacht tot de huid droog is.		0 1 3
19	Sluit de vlinder aan op de spuit en plaats de oplossing om de lucht van de vlinder canule te verwijderen.		0 1 3
20	Neem de huid stevig vast om het subcutane weefsel omhoog te brengen. Breng de vleugelnaald in juist onder de epidermis. De graad van insertie dient voor een dunne persoon ongeveer 30 graden te zijn en voor een persoon met consistent subcutaan weefsel ongeveer rond 45 graden. Een diepere infusie verlengt het leven van de infusie regio.		0 1 3
21	Laat de huid los.		0 1 3
22	Vorm een looping met de canule van de vleugelnaald zodat accidentele verwijdering door bewegingen van de patiënt vermeden wordt.		0 1 3
23	Bedek de canule met een afsluitend transparant verband dat observatie van de insteekplaats om de 4 uur toelaat.		0 1 3
24	Connecteer de pomp aan het infuus. (OPGELET: Connecteer de spuit NIET aan de patiënt tot deze in de automatische pomp zit.		0 1 3

	Connecteer de spuit NIET alvorens het volgende te noteren: de medicatiennaam, de medicatiedosis, ratio per uur, het totaal volume, de tijd van purgeren, connecteer de pomp op de lijn)		
25	Start de infusie door op de ON/OFF knop te drukken. Let op het akoestisch signaal en het licht dat op het scherm verschijnt.		0 1 3
26	Doe de lege ampullen, de katoenen watjes, de handschoenen weg ( in de onherbruikbare afvalcontainer) en de verwijderde vleugelnaald (indien aanwezig) en gebruikte naalden in de juiste container.		0 1 3
27	Was jouw handen met zeep en water.		0 1 3
28	<b>Bewaar deze vlinder zoals het door ons is geplaatst.</b> (De patiënt of de mantelzorg zal geadviseerd worden om de canule niet te verwijderen).		0 1 3
29	<b>U kunt extra medicijnen aanvragen en ontvangen als uw symptomen niet goed worden gecontroleerd.</b>		0 1 3
30	Verzekert de veiligheid van de patiënt – pas het bed, zet de bedsponden omhoog.		0 2 4
31	Controleer de patiënt elke vier uur, door hem te observeren of, indien van toepassing, door een dialoog te starten: <b>Hoe voel je je? Voel je je comfortabel? Is jouw pijn onder controle? Heb je nog andere problemen?</b> Herbeoordeel of het nodig is. Controleer of de spuitchauffeur goed werkt en als er complicaties zijn (roodheid, bloed in de canule, enzovoort) op de injectieplaats		0 3 6
32	Verzekert dat de pomp werkt (het licht staat AAN, het geluid is hoorbaar).		0 1 3
33	Merk het nog toe te dienen volume in de spuit in verhouding tot het nog toe te dienen uur op.		0 1 3
34	Merk de aspecten van de inhoud van de spuit op (helderheid, verandering van kleur, bezinksels).		0 1 3
35	Controleer de aspecten van de infusieregio, merk het volgende op (indien aanwezig): <i>a. hematoom; b. lokale pijn; c. lokale zwelling; d. lokale roodheid</i> <i>e. lekkage aan de insteekplaats; f. aanwezigheid van bloed in de canule; g. verkeerde plaatsing van de canule</i> Elke complicatie dient in het medisch dossier van de patiënt genoteerd te worden.	ESSENTIEEL	
<b>Totale score: 300</b>		<input type="radio"/> onvoldaan criterium	%
		<input type="radio"/> gedeeltelijk voldaan criterium	%
		<input type="radio"/> volledig voldaan criterium	%

## Referenties:

NHS Trust Oxford Radcliffe Hospital Clinical protocol for the use of syringe drivers in palliative care (adults)  
<http://www.palliativedrugs.com/download/SDprotocol.pdf>

Ministry of Health. 2009. *Guidelines for Syringe Driver Management in Palliative Care in New Zealand*.  
Wellington: Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>

The State of Queensland, Queensland Health, 2010 *Guidelines for syringe driver management in palliative care*. Second edition 2010 [https://www.health.qld.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0029/155495/guidelines.pdf](https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0029/155495/guidelines.pdf)





## VERPLAATSSEN VAN DE PATIËNT VAN OPGELOPEN DORSALE DECUBITUS TOT OPGELOPEN LATERALE DECUBITUS

### Medische procedure



VERPLAATSSEN VAN DE PATIËNT VAN OPGELOPEN DORSALE DECUBITUS  
TOT OPGELOPEN LATERALE DECUBITUS

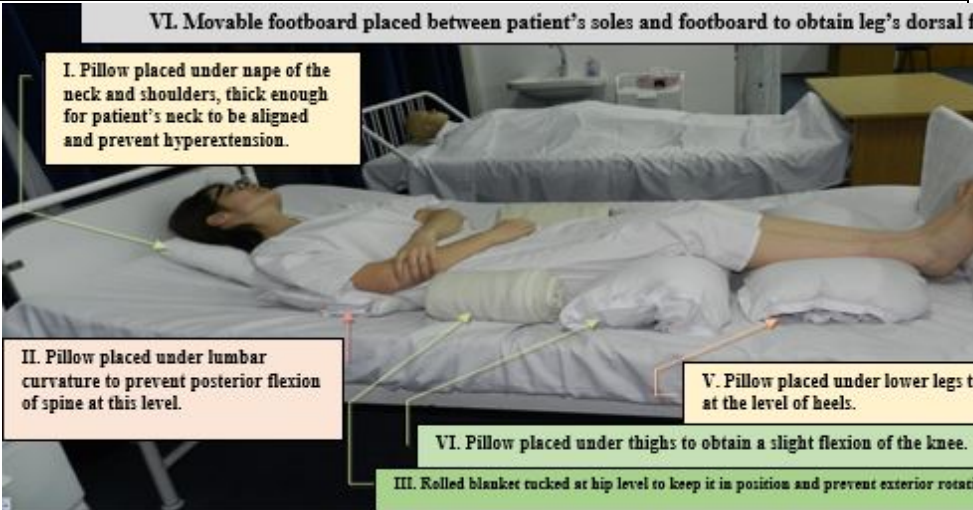
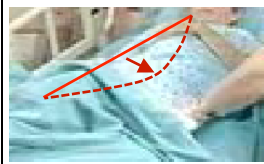
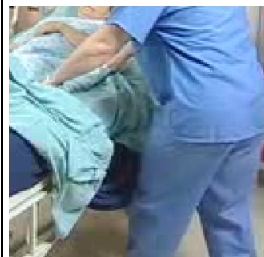
## MEDISCHE PROCEDURE

Voor bedlegerig patiënten, afwisseling in de gebieden gecompriemd tussen lichaamsgewicht en bed, niveau vertegenwoordigt één van de belangrijkste stappen in de preventie tegen het begin van bedzweren (verwondingen aan de huid en, eventueel, aan de onderliggende structuren; zij treden op als gevolg van een onderbroken bloedstroom en bijbehorende zuurstof en voedingsstoffen, als gevolg van letsels veroorzaakt aan zonale bloedvaten via verlengd ongewijzigd houding)


○ ● ● P

1.	Snel beoordeling van de aanwezigheid van vitale parameters (bewustzijn, bewegingen, spraak, ademhaling) <i>vitale functies behouden</i> <input type="checkbox"/> ; <i>cardiopulmonale arrestatie</i> <input type="checkbox"/> <b>Goede morgen/namiddag. Mijn naam is.... Ik ben jouw arts/verpleegkundige en ik zal je weldra onderzoeken.</b>				0 2 5
2.	<b>Kan je me jouw naam vertellen, a.u.b. .... En jouw geboortedatum..... Bedankt.</b> <i>(dit wordt gedaan om verwarring te voorkomen tussen patiënten en het uitvoeren van de procedure op een patiënt die niet de juiste indicatie heeft. Vermijdt ook vragen zoals "Ben jij Mr Smith?", dewelke kunnen leiden tot een valse bevestiging door een simpel 'ja' antwoord door een patiënt die insufficiënt aandacht heeft in het gesprek met het medisch personeel)</i> <i>Controleer dubbel in het medische dossier voor Naam: <input type="checkbox"/> Geboortedatum: <input type="checkbox"/></i>	ESSENTIEEL			
3.	<b>Nu ga ik jou helpen om van houding in bed te veranderen, en je op één zijde te draaien.</b> <i>(wat we gaan doen)</i>				0 1 3
4.	<b>Het manoeuvre bestaat eruit om eerst de kussens rond jou te verwijderen, dan jou met behulp van het laken naar één kant van het bed te verplaatsen en jou op één zijde te verplaatsen. We zullen dan vervolgens de kussens terug in hun plaats leggen om jouw nieuwe houding in bed te behouden. Geen snijwonden, geen prikken is nodig.</b> <i>(waaruit het manoeuvre bestaat)</i>				0 1 3
5.	<b>Volg a.u.b. voorzichtig mijn instructies zodat geen één van beiden tijdens het manoeuvre gekwetst raakt. Als je discomfort voelt, laat het me dan onmiddellijk weten en ik zal de noodzakelijke stappen nemen.</b> <i>(hoe de patiënt kan bijdragen in het uitvoeren van de procedure)</i>				0 1 3
6.	<b>Langdurige bedlegerigheid kan jouw medische gezondheid verslechteren. Wonden kunnen op dat gebied van jouw lichaam - dat jouw gewicht in bed draagt - ontstaan. Het is echt belangrijk dat je goed kan herpositioneren.</b> <i>(hoe de procedure zinvol kan zijn voor de patiënt)</i>				0 1 3
7.	<b>Is alles duidelijk over het manoeuvre? Is er iets dat je misschien wil vragen in verband met wat we gaan?</b>	ESSENTIEEL			
8.	<b>Ben je allergisch aan iets? Rubberen producten misschien?</b>				0 1 3
9.	Evalueer de nodige menselijke krachten en/of specifieke apparatuur voor de herpositionering van de patiënt: • Controleer het medische dossier van de patiënt voor potentiële A. diagnoses ( <i>hemiplegie – bijvoorbeeld beroertie/ CVAt; orthopedische condities - breuken; reumatologische condities – bijv. arthrose, arthritis etc.</i> ) B. medicatie dat de patiënt zijn motorische capaciteit beïnvloedt ( <i>sedatieven – bijv. Diazepam; antihistaminen – bijv. Romergan; kalmeringsmiddelen – bijv. Xanax etc.</i> )				0 1 6

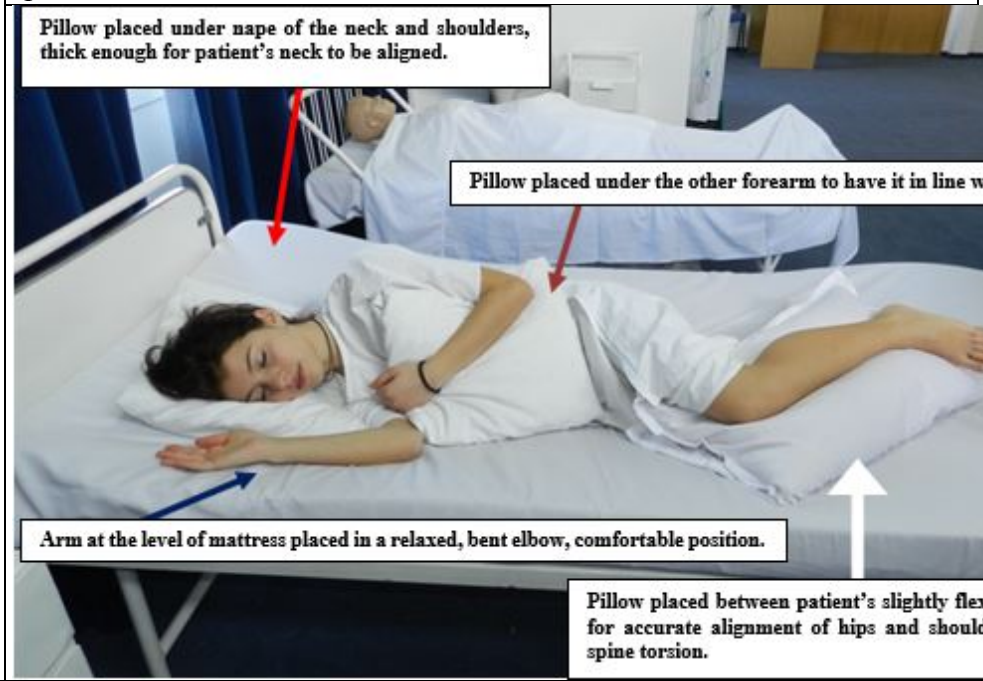
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Algemene controle om eventuele bewijs voor het gebruik van orthopedische hulpmiddelen door de patiënt (bijv. orthoses) of tekenen/markeerders van recente heelkundige interventies.</li> </ul> <p><i>Uit te voeren procedure: door mezelf <input type="checkbox"/>; met assistentie van een collega <input type="checkbox"/>; gemechaniseerd <input type="checkbox"/>.</i></p>		
10.	<p><b>Heb je momenteel pijn op de borst?</b> JA: verplaatsen wordt uitgesteld – NEE: ga verder met de procedure klinisch, elektrocardiografisch, enzymatische evaluatie – <i>volgens het lokale protocol voor acuut coronair syndroom</i></p>		0 1 6
11.	<b>Ademhalingsproblemen?</b>		0 1 6
12.	<p><b>Wat is jouw lichaamsgewicht, a.u.b.? Hoeveel kilo grof geschat?</b> (patiënten met overgewicht hebben meer dan één persoon nodig die mee met hun herpositionering helpt) <i>Uit te voeren procedure: door mezelf <input type="checkbox"/>; met assistentie van een collega <input type="checkbox"/>; gemechaniseerd <input type="checkbox"/>.</i></p>		0 1 6
13.	<p><b>Kan je gemakkelijk jouw armen en benen bewegen? Toon me. Hoe zit het met flexie/plooien van jouw knieën en ellebogen? Toon me, a.u.b. Bedankt.</b> <i>Uit te voeren procedure: door mezelf <input type="checkbox"/>; met assistentie van een collega <input type="checkbox"/>; gemechaniseerd <input type="checkbox"/>.</i></p>		0 1 6
14.	<p><b>Hoeveel dagen lig je al in bed? Voel je je zwak, uitgeput? Kan je jezelf verplaatsen in bed? Kan je misschien rechtop zitten of jezelf rechtop duwen vanaf de matras?</b> (evaluatie van de patiënt zijn anamnese betreffende vorige mobilisaties) patiënt kan bewegen op zijn eigen of heeft hulp nodig om te herpositioneren <i>Uit te voeren procedure: door mezelf <input type="checkbox"/>; met assistentie van een collega <input type="checkbox"/>; gemechaniseerd <input type="checkbox"/>.</i></p>		0 1 6
15.	<p><b>Knijp nu in mijn vingers, a.u.b.</b> (biedt vinger II en III of beide handen en dan terugtrekkend uit de patiënt zijn gebalde vuist – om eventuele aanwezigheid van asymmetrie in de patiënt zijn spierkracht te evalueren) <b>Welke van je armen is sterker? En welk been? Hoe zwak, verminderd in kracht voel je in jouw arm/been?</b></p>		0 1 6
16.	<p>Evalueer de patiënt zijn bereidheid om met de procedure mee te doen om te beoordelen of de procedure door: <i>mezelf <input type="checkbox"/>; met assistentie van een collega <input type="checkbox"/>; gemechaniseerd <input type="checkbox"/> uitgevoerd kan worden</i></p> <p><b>Voel je enige vorm van pijn nu?</b> (en eventueel pijnstillende medicatie toedienen)</p>		0 1 9
17.	Identificeer en positioneer dienoverkomstig enige medisch materiaal dat aan de patiënt geconnecteerd is (bijv. Bloedtubes, infusiepompen of urinaire katheter, kabels voor EKG registratie, ECG en polsoxymetrie monitoring, lichaamstemperatuur)	ESSENTIEEL	
18.	Gebruik al wrijvend een alcohol watje om enig meubilair dat in contact komt met het manoeuvre te ontsmetten.		0 1 3
19.	Verwijder eerder gebruikte handschoenen en gooi ze weg in de niet-scherpe besmettelijke afvalcontainer. Handen wassen. Doe nieuwe, propere medische handschoenen aan, als onderdeel van standaard voorzorgsmaatregelen.		0 1 9
20.	Verhoog het bed tot het taille niveau van de arts/verpleegkundige alvorens de procedure uit te voeren. (om overbelasting - door verlengde voorovergebogen		0 1 9

	positie naar de patiënt - van de art's/verpleegkundige's rugspieren te voorkomen) Verlaag de bijhorende laterale sponden.			
21.	<p>Verwijder kussen tussen het voeteinde en de patiënt zijn voeten (in het verleden geplaatst om ankylosis van het lager beengewricht ten gevolge van langdurige plantaire flexie te voorkomen)</p> 			0 1 3
22.	Verwijder kussen vanonder de onderste benen (in het verleden geplaatst om druk op het niveau van de hielen te verminderen)			0 1 3
23.	Verwijder vervolgens de rollen van elke heup (in het verleden geplaatst om exterieure rotatie van het onderste lidmaat te voorkomen)			0 1 3
24.	Verwijder kussen vanonder de dijen (in het verleden geplaatst om ankylosis van de knie ten gevolge van langdurige hyperextensie te voorkomen)			0 1 3
25.	Verwijder kussen of rollen vanonder de lumbale curvatuur (in het verleden geplaatst om posterieure flexie van de wervelkolom te voorkomen)			0 1 3
26.	Verwijder kussen vanonder het hoofd en de achterkant van de nek (in het verleden geplaatst om aanpassingen van de patiënt zijn nek te behouden en het voorkomen van hyperextensie, met name bij bolvormige thorax patiënten)			0 1 3
27.	<p>Verplaats het middelste 1/3 van het lichaam van de patiënt lateraal in bed door gebruik te maken van het steeklaken gevonden tussen patiënt en laken.</p>  <p>(positionering art's / verpleegkundige's benen: één been in de buurt van bedrand, tenen staan gericht naar de patiënt, gebogen knieën; de zool van het tweede been, loodrecht naar de zool van het been in de buurt van het bed, op enige afstand van het bed, knie in extensie; gebruik van dual grip op het bijna uiteinde van het steeklaken (dichtbij de arts/verpleegkundige), een paar keer eerder oprollen voor het verhogen van de weerstand en het toepassen van trekkracht op het steeklaken in de richting van de arts/verpleegkundige, door de overdracht van lichaamsgewicht van het been in de buurt van het bed naar het been verder weg van het bed: door extensie van de knie dichtbij het bed en daarmee gepaard gaande flexie van de tweede knie)</p> 			0 1 9
28.	Verhoog de bijhorende bedsponden.			0 1



				3
29.	Arts/verpleegkundige repositioneert zich aan de andere kant van het bed, op het niveau van de bedsponden.			0 1 3
30.	Verlaag de bijhorende bedsponden.			0 1 3
31.	Enkelhandige open grijp op het niveau van de patiënt contralaterale schouder en heup, respectievelijk <i>(die overeenkomen met de twee riemen-scapulohumeraal en coxofemoraal, respectievelijk – waardoor de patiënt efficiënter kan volhouden)</i>			0 1 9
32.	Verplaats de patiënt zijn lichaam door een tractiemanoeuvre in de richting van de arts/verpleegkundige op het niveau van beide aanklampingen. <i>(positionering art's / verpleegkundige's benen: één been in de buurt van bedrand, tenen staan gericht naar de patiënt, gebogen kniën; de zool van het tweede been, loodrecht naar de zool van het been in de buurt van het bed, op enige afstand van het bed, knie in extensie; gebruik een enkelhandige grip op het niveau van de patiënt zijn contralaterale schouder en heup en zet trachtie in de richting van de arts/verpleegkundige, door de overdracht van lichaamsgewicht van het been in de buurt van het bed naar het been verder weg van het bed: door extensie van de knie dichtbij het bed en daarmee gepaard gaande flexie van de tweede knie – door patiënt te verplaatsen op 'één zijde', met het gezicht naar de arts/verpleegkundige die de procedure uitvoert)</i>		ESSENTIEEL	
33.	Stabiliseer de huidige houding van de patiënt door een kussen op het niveau van zijn rug te plaatsen			0 1 9
34.	Verhoog de bedsponden.			0 1 3
35.	Arts/verpleegkundige repositioneert zich aan de andere kant van het bed, op het niveau van de rug van de patiënt. Verlaag de bijhorende bedsponden. Plaats het kussen stevig in de ruimte tussen het bed en de patiënt zijn rug.			0 1 3
36.	Verhoog de bedsponden.			0 1 3
37.	Arts/verpleegkundige repositioneert aan de andere kant van het bed, op het niveau van het gezicht van de patiënt. Verlaag de bijhorende bedsponden.			0 1 3
38.	Plaats een kussen onder het hoofd van de patiënt, dik genoeg om de nek in het verlengde te leggen en het voorkomen van laterale flexie en overbelasting van de nekspieren <i>(sternocleidomastodeius spieren)</i>			0 1 9
39.	Plaats de patiënt zijn arm op het niveau van de matras in een ontspannen, elleboogbuigende, comfortabele positie.			0 1 9
40.	Plaats een kussen onder de andere voorarm om het uit te lijnen met het lichaam <i>(dit faciliteert superieure amplitude voor ademhalingsbewegingen en vermijdt interne rotatie en schouderadductie, dewelke eventueel sublatere functionele beperkingen op het niveau van de schouder kan veroorzaken)</i>			0 1 9
41.	Plaats een kussen tussen de patiënt zijn licht gebogen onderste ledematen en controleer nauwkeurig de uitlijning van de heupen en de schouders om			0 1 9



	<p>spinale torsie te voorkomen (<i>secundair aan interne rotatie en dij adductie</i>)</p> 		
42.	Vul de details van het maneuver uitgevoerd in, eventuele ongevallen en de complicaties, de datum en het tijdstip in het medisch dossier van de patiënt		0 1 3
43.	Beveilig de patiënt (bed naar inferieure niveau verlagen, omhoog zetten van de bedsponden), plaats de patiënt zijn persoonlijke bezittingen (bijv. mobiele telefoon, boek, kruiswoordraadsels etc.), glas water, afstandsbediening om medische hulp te roepen binnen handbereik. Geef details over de aankomende medische activiteit en het tijdstip tot het volgende bezoek.		0 1 3
Totale score: 200		<input type="radio"/> onvoldaan criteria <input type="radio"/> deels voldaan criteria <input checked="" type="radio"/> criteria volledig voldaan	% % %

### Selectieve bronnen

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## OMGAAN MET COLLUSIE

Medische procedure



OMGAAN MET COLLUSIE

## MEDISCHE PROCEDURE

Collusie is een universeel fenomeen op te merken in westerse en niet westerse samenlevingen. Collusie houdt in het weerhouden van enige informatie (over de diagnose, prognose, en medische details over de persoon die ziek is) of het niet delen met betrokken individuen. Collusie betekent ook dat relevante of volledige medische informatie is selectief of niet onthuld aan patiënten en/of familieleden. Medische teams doen dit vaak met familieleden van de patiënt in het ‘duistere’ (e.g., vertel hem/haar aub niet over de Ernst van de ziekte), of de artsen weerhouden van de patiënten (e.g., vertel mijn partner of family aub niet over mijn ziekte), en de familie niet informeren over de diagnose of prognose van de patiënt. Belangrijke redenen voor collusie zijn de brede gebruik van artsen om een diagnose aan de familie van de patiënt te geven alvorens het aan de patiënt te onthullen en de onderschatting van artsen van de informatienoden van de patient.<sup>2,3</sup> artsen kunnen ook naar collusie kijken als een makkelijke optie dan de waarheid te vertellen omdat hun eigen stress en angst verminderd.<sup>4</sup>

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Stel jezelf voor aan de patiënt <b>Hallo, ik ben dokter... .... En u bent?</b> <i>Laat de patiënt zijn naam zeggen. Vermijd uitdrukkingen als ‘bent u Mr. Smith’, het kan een valse bevestiging geven door een automatisch fout antwoord “ja”</i>	ESSENTIEEL		
2.	Schud handen (indien het familielid wil).			0 1 3
3.	Vraag wie de persoon is en wat de relatie met de patiënt is <b>U bent vandaag gekomen om Mr/Mrs .....(naam patiënt) te bespreken. Kan u me aub vertellen wie u bent en wat u relatie tot de patiënt is?</b> <i>Vermijd om veronderstellingen te maken zoals “Bent u de echtgenoot?” – Ze kan een dochter of andere zijn en zo kan je beschamende situaties creëren.</i>			0 1 3
4.	Verzeker de privacy voor het gesprek. <b>Sluit de deur achter je en hang op de deur het teken consultatie bezig (of een andere manier dat aanduidt dat er een consultatie plaatsvindt in die kamer)</b> <i>Door een deftige communicatie zal je vertrouwen opbouwen en je start door respect te tonen aan de persoon voor je</i>			0 1 3
5.	Verminder storende omgevingsfactoren. <b>Zet de radio, TV, gsm uit (of vraag aan je secretaresse om telefoons niet door te geven).</b> <i>Leid je personeel op om andere patiënten niet te laten binnenkomen als er een consultatie plaatsvindt</i>			0 1 3
6.	<b>RUIMTELIJKE ORGANISATIE</b> Nodig het familielid uit om te zitten. <b>Wil u aub gaan zitten?</b> <i>Er is een verschillende perceptie van tijd bij de patiënt als hij/zij zit. Dezelfde hoeveelheid tijd wordt langer ervaren wanneer zittend in vergelijking tot staand</i>			0 1 3
7.	b. Ga zelf zitten. Indien de patiënt in bed ligt, neem een stoel en zit in de buurt van het bed <b>Op een comfortabele afstand van de patiënt (ongeveer 1m)</b> <b>De ogen van de arts moeten op hetzelfde niveau zijn als de ogen van de patiënt (uitzondering: wanneer de patiënt huult of woedend is, dan moeten de ogen van de arts op een lager niveau dan die van de patiënt zijn)</b>			0 1 6
8.	c. verwijder obstakels tussen jou en het familielid <b>- verplaats je stoel naar naast de patiënt ( beter om de hoek van de</b>			0 1

	<b>bureau dan over het hele bureau).</b> <i>Zit niet achter het bureau, computer- non verbaal blokkeert dit communicatie</i>				3
9.	d. wees voorbereid op familieleden die huilen <b>Heb een doos zakdoeken dichtbij, voor het geval de patiënt of de familieleden beginnen te huilen, indien het geval, bied zakdoeken aan</b>				0 1 3
10.	LICHAAMSTAAL. Neem een neutrale positie in die je ongehaast en relaxed laat lijken - <b>Voeten plat op de grond</b> - <b>Schouders ontspannen en licht voorovergebogen</b> - <b>Vriendelijke gezichtsuitdrukking</b> - <b>Handen op de knieën</b> <i>Wanneer je over moeilijke onderwerpen praat zoals slecht nieuws, prognose, angsten van de patiënt, enzovoort dan zal je je oncomfortabel voelen maar het is belangrijker om je lichaam te trainen zodat non verbale communicatie rustig lijkt en bevestiging bij de patiënt verkrijgt</i>				0 1 6
11.	START VAN HET GESPREK. Verduidelijk het doel van de consultatie met de patiënt. <b>Kan je me aub vertellen waarom je vandaag naar mij komt?</b> <i>(op dit moment zal het familielid je iets tussen de lijntjes vertellen: dat hij/zij weet dat de patiënt kanker heeft maar "vertel het hem aub de waarheid niet dokter omdat hij de hoop zal verliezen en op te geven om te vechten tegen de ziekte")</i>				0 1 3
12.	ERKENNING VAN DE COLLUSIE EN VERKEN DAN DE BEWEEGREDEKENEN <b>Je hebt me verteld dat je voelt dat meneer/mevrouw ..Naam patiënt.. zou moeten weten wat er aan de hand is. Waarom voel je dat?</b>	ESSENTIEEL			
13.	OPBRENGEN VAN ALLE REDENEN VOOR COLLUSIE <b>Heb je nog andere redenen waarom je vindt dat het hem niet verteld moet worden?</b>				0 1 3
14.	GEBRUIK LUISTERVAARDIGHEDEN b. gebruik open vragen (Wat...?, Hoe...?, Waarom...? etc.) die in elke zin beantwoord kunnen worden b. <b>Moedig non verbaal aan</b> of met een korte zin om de patiënt te laten verder gaan met zijn ideeën <b>knikken, pauzeren, glimlachen, antwoorden als "ja", "vertel me meer"</b> c. <b>WEES STIL EN ONDERBREEK DE PERSOON NIET</b> <i>Luister naar wat de patiënt zegt met woorden (inhoud, toon) maar ok de non verbale communicatie (houding, gezichtsuitdrukking, lichaamspositie...)</i> d. <b>Onderhoud OOGCONTACT</b> zonder doordringend te zijn e. verduidelijk <b>"Als je zegt...bedoel je dat..?"</b> <i>Geef de patiënt de mogelijkheid om uit te breiden op een vorige stelling of om een bepaalde aspect uit de stelling te benadrukken wanneer de arts interesse toont in het onderwerp</i>				0 1 6
15.	TOON AAN DAT DE REDEN VOOR COLLUSIE BEGRIJPT EN DE REDENEN ERVOOR VALIDEERT <b>U kent hem het beste en je kan juist zijn. Het kan zijn dat als hij het</b>				0 1 3



	verteld wordt dat ...u een goede reden heeft voor het hem niet te vertellen			
16.	VERWEZENLIJK DE EMOTIONELE ZWAARTE VAN DE COLLUSIE OP HET FAMILIELID <b>Ik begrijp nu waarom u informatie voor hem hebt weerhouden, maar welf effect heeft dit op u gehad?</b>	ESSENTIEEL		
17.	Wees stil en luister naar de bezorgdheden uitgedrukt door het familielid (angst, moeilijkheden om leugens te houden, barrière in communicatie met patiënt etc)			0 1 3
18.	<b>Ervaart u enige andere problemen omdat u haar/hem het niet verteld?</b>			0 1 3
19.	VAT SAMEN EN GA VERDER Dus er zijn X .( hier kan je het aantal bezorgdheden zeggen die geïdentificeerd werden tijdens het gesprek ) <b>goede redenen voor het proberen te overwegen of er een andere manier is</b> ..maak een samenvatting van deze redenen ( bijvoorbeeld deze situatie zet u onder druk, maakt de communicatie met uw echtgenoot moeilijk...). <b>Ik zou voorstellen willen doen hoe we hier misschien iets aan kunnen doen</b>			0 1 6
20.	VRAAG TOESTEMMING OM MET PATIENTEN TE PRATEN <b>Laat me benadrukken dat ik niet de intentie heb om het hem te vertellen. Wat ik zou willen doen is met hem praten om te kijken wat hij over de huidige situatie denkt. Het kan dat hij zal onthullen dat hij weet dat hij kanker heeft. Indien dit het geval is dan zal er geen reden meer zijn om te doen alsof.</b>	ESSENTIEEL		
21.	STEL HET BEWUSTZIJNSNIVEAU VAN DE PATIENT VAST. Indien je de patiënten niet kent stel jezelf dan eerst voor en vraag nadien een geschikte sturende vraag wat zijn visie op wat er gebeurt naar voren brengt <b>Ik wou een gesprek hebben om te zien hoe u voelt dat de zaken gaan? Of Wat maakt u op uit wat er met u gebeurt ?</b>			0 1 6
22.	<b>INDIEN DE PATIENT DE WAARHEID NIET KENT</b> EXPLOREER ZIJN BEREIDHEID OM MEER TE WETEN TE KOMEN OVER DE ZIEKTE EN STOP DAAR <b>Bent u tevreden over de informatie die u ontvangen over uw ziekte?</b>			0 1 6
23.	Indien de patiënt <b>JA</b> antwoordt betekent dit <b>dat nu niet het juiste moment is om de collusie te doorbreken</b>			
24.	Indien de patiënt <b>NEE</b> antwoordt –dat betekent dat de patiënt meer informatie wil – <b>plan een afspraak in de toekomst om de diagnose te bespreken</b> <b>Ik zal voor u naar de test resultaten en andere medische documentatie die u heft kijken en zal u de volgende keer meer informatie geven</b>			0 1 3
25.	EXPLOREER ANDERE NODEN <i>die de patiënt heeft ( pijn, eetlust, mobiliteit etc)</i> en <i>bied suggesties voor het management aan</i> <b>Heeft u problemen gerelateerd aan uw ziekte?</b>			0 1 3
26.	INFORMEER FAMILIELEDEN OVER DE WENSEN VAN DE PATIENT EN BIED AAN OM HIERNAAR TE HANDELEN <b>Uw familielid wil de diagnose kennen. Ik ben bereid om stilaan hem</b>			0 1 3



	<b>het nieuws te onthullen. Zou u akkoord gaan?</b>			
27.	VERTEL DE DIAGNOSE AAN DE PATIENT <i>Gebruik het slechtnieuwsgesprek algoritme</i>			0 1 6
28.	INDIEN DE PATIENT DE WAARHEID KENT <i>Bijvoorbeeld: Ik heb altijd geweten dat wat ze me zeiden dat een prekanker ulcer was dat het kanker was Nu moet je bevestigen dat hij gelijk heeft "Ik ben bang dat u gelijk heeft"</i>			0 1 3
29.	VRAAG TOESTEMMING OM ZIJN BEWUSTZIJN OVER TE BRENGEN NAAR ZIJN VROUW, AANGEVEND DAT ZIJ DE DIAGNOSE KENT. <b>Kan ik uw vrouw vertellen over uw begrip van de ziekte? Ze kent uw diagnose</b>			0 1 3
30.	HERKEN DE GEVOELENS DIE DE PATIENT UIT <b>Het klinkt alsof u voelt dat het niet uithaalt om het te bespreken omdat het geen verschil zal maken aan uw situatie.</b>			0 1 6
31.	BESPREEK UW TOEKOMSTIGE BETROKKENHEID IN DE ZORG <b>Het kan helpen als we praten over hoe u zich voelt en waarover u zich zorgen maakt. Het is zeer goed mogelijk dat er iets is dat ik kan doen om u te helpen zowel voor het fysieke als emotionele lijden dat u ervaart.</b>			0 1 3
32.	Ga akkoord over een management plan, schrijf instructies neer voor de patiënt. Check het begrip van de patient <b>"Hier zijn uw geschreven instructies, vertel me of u ze begrijpt. Kan u ze aub herhalen voor me".</b>			0 1 6
33.	AFSLUITEN VAN HET GESPREK Een uitnodiging naar de patiënt om vragen te stellen <b>"Heb je nog verdere vragen?"</b>			0 1 3
34.	Een duidelijke afspraak voor een volgend contact <b>Ik stel voor dat de verpleegkundige je in 2 dagen belt om te zien hoe de behandeling werkt en we zien elkaar terug binnen 1 week.. Hoe klinkt dit voor u?</b> ... <b>Dag en tot volgende week!</b>			0 1 3
<b>Total score: 93</b>		<input type="radio"/>	niet voldaan criterium	%
		<input type="radio"/>	gedeeltelijk voldaan criterium	%
		<input type="radio"/>	volledig voldaan criterium	%

## Selectieve referenties

Peter Maguire, Ann Faulkner Communicate with cancer patients: Handling uncertainty, collusion, and denial BMJ 1988 VOLUME 297 15 OCTOBER pg 972-974

Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. Palliat Med. 2002 Jul;16(4):297-303

Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth? J Clin Oncol. 2008 Mar 1;26(7):1175-7.

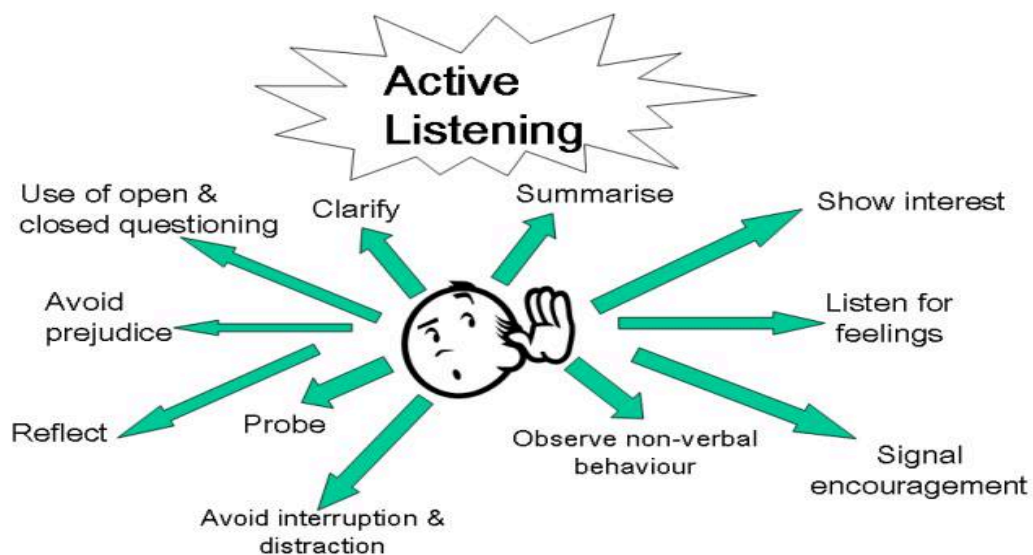
[James Alvin Low](#), [Sim Lai Kiow](#), [Norhisham Main](#), [Koh Kim Luan](#), [Pang Weng Sun](#), [May Lim](#), Reducing Collusion Between Family Members and Clinicians of Patients Referred to the Palliative Care Team Perm J. 2009 Fall; 13(4): 11-15.

[Santosh K. Chaturvedi](#), [Carmen G. Loiselle](#), [Prabha S. Chandra](#), Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective Indian J Palliat Care. 2009 Jan-Jun



## ACTIEF LUISTEREN EN EMPATHISCHE REACTIE

### Medische procedure



## MEDISCHE PROCEDURE

Actief luisteren is het proces van luisteren naar anderen om hun ideeën, opinies en gevoelens te begrijpen en te tonen dat je ze begrepen hebt. Actief luisteren is een waardevolle vaardigheid omdat het je in staat stelt om aan te tonen dat we begrijpen wat de andere persoon zegt, en door empathie begrijpen hoe hij of zij zich hierbij voelt.



○ ○ ● P

1.	Stel jezelf voor aan de patiënt <b>Hallo, ik ben dokter... en zij is mijn collega, verpleegkundige .... En u bent?</b> <i>Laat de patiënt zijn naam zeggen. Vermijd uitdrukkingen als 'bent u Mr.Smith', het kan een valse bevestiging geven door een automatisch fout antwoord of "ja" dat komt van een patiënt die afgeleid is van het gesprek met medisch personeel door zijn symptomen.</i>	ESSENTIEEL			
2.	Indien de patiënt met een familielid/vriend komt, vraag wie de persoon is en wat de relatie met de patiënt is <b>Het is goed te zien dat u vandaag meekomt met Mr/Mrs .....(naam patiënt). Kan u me aub vertellen wie u bent en wat u relatie tot de patiënt is?</b> <i>Vermijd om veronderstellingen te maken zoals "Bent u de echtgenoot?" – Ze kan een dochter of andere zijn en zo kan je beschamende situaties creëren.</i>				0 1 3
3.	Schud handen (indien de patiënt wil). <b>Eerst zou je handen moeten schudden met de patiënt, Dan met de wederhelft of vriend (indien aanwezig).</b> <i>Deze non-verbale communicatie toont aan dat de patiënt voorrang heeft</i>				0 1 3
4.	Verzeker de privacy voor het gesprek. - <b>Sluit de deur achter je en hang op de deur het teken consultatie bezig (of een andere manier dat aanduidt dat er een consultatie plaatsvindt in die kamer)</b> - <b>Patiënt in bed- sluit de gordijnen rond het bed.</b> <i>Door een deftige communicatie zal je vertrouwen opbouwen en je start door respect te tonen aan de persoon voor je</i>				0 1 4
5.	Verminder storende omgevingsfactoren <b>Zet de radio, TV, gsm uit (of vraag aan je secretaresse om telefoons niet door te geven).</b> <i>Leid je personeel op om andere patiënten niet te laten binnenkomen als er een consultatie plaatsvindt.</i>				0 1 3
6.	<b>RUIMTELIJKE ORGANISATIE</b> Nodig de patiënt ( en verzorger) uit om te zitten. <b>Wil u aub gaan zitten?</b> <i>Er is een verschillende perceptie van tijd bij de patiënt als hij/zij zit. De zelfde hoeveelheid tijd wordt langer ervaren wanneer zittend in vergelijking tot staand</i>				0 1 3
7.	b. Ga zelf zitten. Indien de patiënt in bed ligt, neem een stoel en zit in de buurt van het bed <b>Op een comfortabele afstand van de patiënt (ongeveer 1m)</b> <b>De ogen van de arts moeten op hetzelfde niveau zijn als de ogen van de patiënt (uitzondering: wanneer de patiënt huult of woedend is, dan moeten de ogen van de arts op een lager niveau dan die van de patiënt zijn)</b> <b>Indien de patiënt met een familielid/vriend komt, plaats jezelf dan zo zodat je de patiënt aanziet. Op een kortere afstand van de patiënt</b>				0 1 5

	<b>dan de vriend/familielid</b>			
8.	c. verwijder obstakels tussen jou en de patiënt - verplaats je stoel naar naast de patiënt ( beter om de hoek van de bureau dan over het hele bureau). <b>-Ruim de bureau op in het gebied rond de patiënt</b> <i>Zit niet achter het bureau, computer- non verbaal blokkeert dit communicatie</i>			0 1 5
9.	d. wees voorbereid op familieleden die huilen <b>Heb een doos zakdoeken dichtbij, voor het geval de patiënt of de familieleden beginnen te huilen, indien het geval, bied zakdoeken aan</b>			0 1 3
10.	<b>LICHAAMSTAAL.</b> Neem een neutrale positie in die je ongehaast en relaxed laat lijken: <b>Voeten plat op de grond; Schouders ontspannen en licht voorovergebogen; Vriendelijke gezichtsuitdrukking; Handen op de knieën</b> <i>Wanneer je over moeilijke onderwerpen praat zoals slecht nieuws, prognose, angsten van de patiënt, enzovoort dan zal je je oncomfortabel voelen maar het is belangrijker om je lichaam te trainen zodat non verbaal communicatie rustig lijkt en bevestiging bij de patiënt verkrijgt</i>			0 1 3
11.	Vraag toestemming om documenten te lezen, te schrijven in het patiëntendossier tijdens het gesprek <b>-Is het OK voor jou dat ik notities maak tijdens ons gesprek?</b> <i>Je hebt het dossier mogelijks voor je, maar praat niet met de patiënt terwijl je erin schrijft. Het is beter om je voor de consultatie voor te bereiden door medische dossiers/documenten van de patiënten te lezen maar soms komt de patiënt met nieuwe documenten die j later tijdens de consultatie moet bekijken.</i>			0 1 3
12.	<b>START VAN HET GESPREK.</b> Verduidelijk het doel van de consultatie met de patiënt. <b>Kan je me aub vertellen waarom je vandaag op consultatie komt?</b> <i>(voor studenten die hun communicatievaardigheden in teams oefenen, ze kunnen ook een levensechte casus gebruiken vanuit hun eigen praktijk of de casus die op het einde voorzien is)</i>			0 1 3
13.	<b>LUISTERVAARDIGHEDEN</b> a. Gebruik brede openings/explorerende stellingen <b>Vertel me aub meer over je ziekte/probleem ( eender wat de patiënt zegt is de reden voor de consultatie)</b>			0 1 3
14.	b. gebruik open vragen (Wat...?, Hoe...?, Waarom...? etc.) die in elke zin beantwoord kunnen worden. Enkele voorbeelden: <b>Wat denk je dat de oorzaak van je pijn was? Hoe voelde je je wanneer de arts je vertelde over je diagnose/behandeling? Waarom ontweek je om met je familie te praten over je ziekte?....</b> <i>Verplichte onderdelen van de therapeutische dialoog</i>			0 1 5
15.	de meest belangrijke techniek om dialoog te faciliteren <b>c. WEES STIL EN ONDERBREEK DE PATIENT NIET</b> <i>Luister naar wat de patiënt zegt met woorden (inhoud, toon) maar ok de non verbale communicatie (houding, gezichtsuitdrukking, lichaamspositie...)</i>	<b>ESSENTIEEL</b>		
16.	<b>d. Tolereer korte periodes van stilte</b> wanneer de patiënt pauzeert om zijn denken te reorganiseren. <b>Indien je de pauze moet doorbreken vraag dan: “Wat maakt dat je pauzeert”</b> <i>Stilte kan ook andere betekenissen hebben: de patiënt denkt of voelt iets erg intens om uit te drukken in woorden</i>			0 1 5



17.	e. Moedig non verbaal aan of met een korte zin om de patiënt te laten verder gaan met zijn ideeën <b>knikken, pauzeren, glimlachen, antwoorden als “ja”, “vertel me meer”</b>			0 1 3
18.	HERHALING - Sinds dat ik gestart ben met die tabletten te nemen, heb ik me slaperig gevoeld- Dus je wordt slaperig van de nieuwe tabletten? Zal aan de patient bevestigen dat je gehoord hebt wat er gezegd is.			0 1 3
19.	VERDUIDELIJKING Als je zegt...bedoel je dat..? Geeft de patiënt de mogelijkheid om uit te breiden op een vorige stelling of om een bepaalde aspect uit de stelling te benadrukken wanneer de arts interesse toont in het onderwerp			0 1 4
20.	Onderhoud OOGCONTACT zonder doordringend te zijn <b>Wees voorzichtig, je moet ook niet naar de patient staren, je moet niet te vaak naar beneden en weg kijken</b> <b>Het is nuttig om oogcontact met de patient te vermijden wanneer de patient woedend is of huult</b>			0 1 5
21.	HERKENNING VAN EMOTIES:EMPATHISCHE REACTIE h. Identificeer de emotie die de patiënt ervaart <b>Ik zie dat je woedend bent...( benoem de voornaamste emotie die de patiënt ervaart)</b> <i>Empathie is gedefinieerd als de capaciteit om rationeel te begrijpen wat de patiënt emotioneel ervaart. Het verschilt van sympathie.</i>	ESSENTIEEL		
22.	i. Identificeer de oorsprong van die emotie. <b>Omdat de diagnose vertraagd was (benoem de onderliggende oorzaak die de emotie teweegbrengt)</b>	ESSENTIEEL		
23.	j. Antwoord op een manier die de patiënt vertelt dat je de verbinding hebt gemaakt tussen stap 21 en 22. <b>Dit moet verschrikkelijk voor je zijn.</b> <i>Het is belangrijk om allebei de negatieve en positieve emoties te aanvaarden die de patiënt uitdrukt aangezien het normaal is in de context van een levensverkortende ziekte.</i>	ESSENTIEEL		
24.	<b>Gebruik niet: Ik begrijp hoe je je voelt!Wij gaan niet door dezelfde ervaring als de persoon dus dit is oppervlakkige geruststelling!</b>			0 1 5
25.	AANRAKEN <b>Je mag de hand of de voorarm aanraken maar hou in het achterhoofd:</b> <b>Dit moet natuurlijk van jou komen</b> <b>Sommige patiënten voelen zich niet comfortabele met fysiek contact</b>			0 1 3
26.	MANAGEMENT STRATEGIE Recapituleer de belangrijke aspecten/problemen waarnaar de patiënten verwijzen <b>Laat me een korte samenvatting maken van wat ik begrepen heb dat je voornaamste bezorgdheden zijn: de pijn in je benen, moeilijkheden met ademhaling en de angst om te slapen omdat je ademhaling kan stoppen; de bezorgdheden van je dochter zijn omgaan met nieuwe verantwoordelijkheden...”</b> <i>Includeer in de samenvatting als fysieke, emotionele, sociale en spirituele bezorgdheden</i>			0 1 5
27.	Bevestig je samenvatting met de patiënt <b>Heb ik alles benoemd dat je me verteld hebt?”</b>			0 1 3
28.	Indien de patiënt tevreden is met je samenvatting, stel dan een			0 1

	management strategie voor <b>Ik stel voor dat we het volgende doen: voor de pijn nemen we pijnstillers en massage, onze sociaal werker zal u contacteren om u met uw dochter te adviseren over uw legale rechten....</b>				3
29.	Onderzoek de reactie van de patiënt en pas aan om het perspectief van de patiënt te includeren <b>Hoe klinkt dit voor u? Ik zie dat je bezorgd bent dat de medicatie je slaperig zal maken, we zullen met een kleine dosis starten en geleidelijk ophogen</b>				0 1 3
30.	Kom tot een akkoord over het management plan en schrijf instructies voor de patiënt neer, check het begrip bij de patiënt <b>Hier zijn geschreven instructies, vertel me of je deze begrijpt. Kan je het aub voor mij herhalen.</b>				0 1 4
31.	<b>AFSLUITEN VAN HET GESPREK</b> Een uitnodiging naar de patiënt om vragen te stellen. <b>Heb je nog verdere vragen?</b>				0 1 4
32.	Een duidelijke afspraak voor een volgend contact <b>Ik stel voor dat de verpleegkundige je in 2 dagen belt om te zien hoe de behandeling werkt en we zien elkaar terug binnen 1 week.. Hoe klinkt dit voor u?</b> <b>...Dag en tot volgende week!</b>				0 1 4
<b>Total score: 100</b>		<input type="radio"/>	onvoldaan criterium		<b>%</b>
		<input type="radio"/>	gedeeltelijk voldaan criterium		<b>%</b>
		<input type="radio"/>	volledig voldaan criterium		<b>%</b>

## Selectieve bronnen

- Caspersz, Donella and Stasinska, Ania, Can we teach effective listening? An exploratory study, *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 12(4), 2015. Available at: <http://ro.uow.edu.au/jutlp/vol12/iss4/2>
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277(8):678-682.
- Fallowfield L, Jenkins V. - Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur. J. Cancer* 35(11) Oct. 1999 1592-1597
- Lam KK. Empathy - an essential tool for communication for palliative care doctors. *HKSPM Newsletter* 2006, Sep Issue 2, 13.
- Wittenberg-Lyles E. Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication. *Patient Educ Couns* 2012, 89(1), 31-37.
- Bylund CL, et al. Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center. *J Cancer Educ*. 2011, 26, 604-611.
- Brown RF. Patient centered communication skills training for oncologists: describing the content and efficacy of training. *Common Educ*. 2010, 59, 236-249.
- Leloirain S, et al. A systematic review of the association between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology* 2012, 21(12), 1255-64.
- HackTF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 2005, 14(10), 831-845.
- Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med* 1994, 9, 222-226.
- Mosoiu D. Comunicarea in cancer. 2009, 31-35.
- Back LA, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005, 55, 164-177.



## DE DIAGNOSE VAN EEN SERIEUZE ZIEKTE COMMUNICEREN (SLECHT NIEUWS)

### Medische procedure



DE DIAGNOSE VAN EEN SERIEUZE ZIEKTE COMMUNICEREN  
(SLECHT NIEUWS)

## MEDISCHE PROCEDURE




Zorgen voor transmissie van informatie van de professional naar de patiënt, alsook het verkrijgen van informatie van de patiënt – essentiële aanpak in de benadering van patiënten in palliatieve zorg. Professionals dienen bewust te zijn van het niveau aan informatie dat de patiënt kan ontvangen en dienen de communicatie aan te passen aan de patiënt zijn educatief en cultureel niveau.



P

1	Ga binnen en stel jezelf opgeleid en vriendelijk voor: <b>Goede morgen. Ik ben Dr. XXX, jouw YYY (hematoloog, oncoloog, of andere). Hoe voel je je vandaag? (geef tijd om te antwoorden) Zou je het erg vinden als we even praten? In geval van een negatief antwoord: wanneer past het voor jou om te praten? (Dit is gedaan om de stemming van de patiënt te begrijpen en te beoordelen of de timing geschikt is voor het informatieproces).</b>				0 1 3
2	<b>Vraag de patiënt of hij tijdens dit interview liever alleen of in gezelschap wil zijn.</b> Indien wel, door wie. Bepaal een datum voor het interview dat voor alle relevante betrokkenen past. Zorg voor een gerustellende en ontspannen sfeer.				0 1 3
3	Zorg voor een private, comfortabele ruimte voor het interview. <i>(Op deze manier beschermen wij de vertrouwelijkheid van de patiënt en dragen zij bij tot het creëren van een adequate instelling voor het informatieproces, het vermijden van onderbrekingen en andere storende factoren)</i>				0 1 3
4	Let speciaal op non-verbale communicatie tijdens het interview: verwijder fysieke barrières, probeer op dezelfde hoogte te blijven als de patiënt. Als er andere personen zijn, zorg voor een open communicatieruimte door comfortabele stoelen in een cirkel te plaatsen.				0 1 3
5	Leer wat de patiënt weet over zijn situatie <i>(het is belangrijk om te weten hoe serieus de patiënt denkt dat zijn situatie is, over de technische naam van zijn behandeling)</i> . <b>Wat vind je van jouw borstpijn, gewichtsverlies, etc.? Wat hebben ze jou verteld over jouw ziekte? Hoe belangrijk/serieus denk je dat het is? Let speciaal op de emotionele status van de patiënt: maak je je ergens zorgen over? Waar ben je het meeste over bezorgd?</b>				0 1 3
6	Ask specifically about the amount of information the patient is willing to receive: <b>What would you like to know about your illness? Would you like me to explain...?</b> (diagnosis, treatment options, prognosis, and all contents related to the information process) Give patient the possibility to choose <i>(This is required in order to respect patient autonomy and promote a shared care plan)</i>	ESSENTIEEL			
7	Geef de patiënt gradueel informatie, start bij zijn actuele positie. <b>Vat het diagnoseproces samen en biedt - indien de patiënt dit wil - behandelopties of prognose informatie aan.</b> <i>(Hierdoor kan de patiënt</i>				0 1 6



	beslissen of hij / zij emotioneel bereid is om de nieuwe te ontvangen)			
8	Gebruik empathische en deliberatieve communicatie.			0 1 3
9	Pas jouw taalgebruik aan naargelang het sociale, culturele en educatieve niveau van de patiënt, terwijl je ware en begrijpbare boodschappen geeft.			0 1 3
10	Geef - indien nodig - tijd, ook bij stiltes. Vraag de patiënt of hij graag meer tijd heeft om erover na te denken of om andere familieleden te consulteren over deze kwesties. Let op continue communicatie (oogcontact, empathie tonen, begrip en respect naar de patiënt zijn noden of visies)			0 1 3
11	Laat genoeg tijd, zelfs stille tijd, indien nodig. Vraag de patiënt of hij / zij meer tijd nodig heeft om te denken of te raadplegen met familieleden over deze problemen. Let op de voortdurende communicatie (blijf oogcontact, toon empathie, begrip en respect voor de behoeften of standpunten van de patiënt). (Dit aspect speelt een belangrijke rol in het versterken van de klinische relatie en het versterken van het vertrouwen van de patiënt)			0 1 3
12	Controleer of de patiënt de gegeven informatie heeft begrepen. Help hem om te recapituleren. Vraag of hij nog vragen of twijfels heeft. (Op deze manier kunnen we de capaciteit van patiënten beoordelen en overwegen of het nodig is om hun naaste familie in besluitvormingsprocessen te betrekken)			0 1 5
13	Vraag de patiënt of hij graag de informatie met iemand anders wil delen (bijvoorbeeld iemand die nog niet in de kamer is). (Dit wordt gedaan om de voorkeuren van de patiënt goed te overwegen en de juiste persoon (en) in het zorgplan te betrekken)	ESSENTIEEL		
14	Toon dispositie voor verder onderzoek, en licht de patiënt in hoe hij jou terug kan contacteren. De patiënt moet de continuïteit van de zorg zien.			0 1 3
15	Recapituleer de belangrijkste kwesties met betrekking tot het toekomstige zorgplan van de patiënt. Hij moet zien dat de situatie serieus en professioneel wordt aangepakt.			0 1 3
16	Evalueer de emotionele status na het interview: hoe voel je je nu? Vraag nogmaals of de patiënt laatste vragen of zorgen heeft.			0 1 3
17	Verlaat vriendelijk de ruimte.			0 1 3
Total score: 50			onvoldaan criterium	%
			gedeeltelijk voldaan criterium	%
			volledig voldaan criterium	%

## Selectieve bronnen

Buckman R. Communication skills in palliative care. A practical guide. Neurologic Clinics 2001;  
Finset A, Ekeberg O, et al. Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. Psycho-Oncology 2003; 12:686-693  
Deschepper R, Vander Stichele R, et al. Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flandres, Belgium. British Journal of General Practice 2006;  
Treece PD. Communication in the intensive care unit about the end of life. AACN Advanced Critical Care 2007; 18(4): 406-414



## SPIRITUELE BEOORDELING

Medische procedure



SPIRITUELE BEOORDELING

## MEDISCHE PROCEDURE

Spirituele geschiedenis moet worden genomen als onderdeel van de reguliere geschiedenis tijdens de eerste beoordeling van een nieuwe patiënt maar kan ook worden genomen als onderdeel van de follow-up bezoeken, zo nodig. Dit laat toe om patiënten die lijden in het geestelijke/religieuze domein te begrijpen en zoeken naar betekenis en ondersteuning door geloof. Het instrument voorgesteld om te worden gebruikt voor de beoordeling is FICA. De FICA spirituele geschiedenis instrument is ontwikkeld door Dr. Puchalski en een groep van eerstelijnszorg artsen om artsen en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg een instrument om spirituele problemen bij patiënten te voorzien.

**F** aith  
**I** mportance  
**C** hurch  
**A** pply/Address

☐ ☒ ☐ P

1.	<p>Stel jezelf voor aan de patiënt</p> <p><b>Hallo, ik ben dokter... En u bent?</b></p> <p><i>Laat de patiënt zijn naam zeggen.</i></p> <p><i>Vermijd uitdrukkingen als 'bent u Mr. Smith', het kan een valse bevestiging geven door een automatisch fout antwoord of "ja" dat komt van een patiënt die afgeleid is van het gesprek met medisch personeel door zijn symptomen.</i></p>	ESSENTIEEL		
2.	<p>Indien de patiënt met een familielid/vriend komt, vraag wie de persoon is en wat de relatie met de patiënt is</p> <p><b>Het is goed te zien dat u vandaag meekomt met Mr/Mrs ....(naam patiënt). Kan u me aub vertellen wie u bent en wat uw relatie tot de patiënt is?</b></p> <p><i>Vermijd om veronderstellingen te maken zoals "Bent u de echtgenoot?" – Ze kan een dochter of andere zijn en zo kan je beschamende situaties creëren.</i></p>			0 1 3
3.	<p>Schud handen (indien de patiënt wil).</p> <p><b>Eerst zou je handen moeten schudden met de patiënt, dan met de wederhelft of vriend (indien aanwezig)</b></p> <p><i>Deze non-verbale communicatie toont aan dat de patiënt voorrang heeft</i></p>			0 1 3
4.	<p>Verzekeren de privacy voor het gesprek.</p> <p><b>- Sluit de deur achter je en hang op de deur het teken consultatie bezig (of een andere manier dat aanduidt dat er een consultatie plaatsvindt in die kamer)</b></p> <p><b>- Patiënt in bed- sluit de gordijnen rond het bed</b></p> <p><i>Door een deftige communicatie zal je vertrouwen opbouwen en je start door respect te tonen aan de persoon voor je</i></p>			0 1 6
5.	<p>Verminder storende omgevingsfactoren</p> <p><b>Zet de radio, TV, gsm uit (of vraag aan je secretaresse om telefoons niet door te geven).</b></p> <p><i>Leid je personeel op om andere patiënten niet te laten binnenkomen als er een consultatie plaatsvindt.</i></p>			0 1 3
6.	<p><b>RUIMTELIJKE ORGANISATIE</b></p> <p>a. Nodig de patiënt ( en verzorger) uit om te gaan zitten.</p> <p><b>Wilt u aub gaan zitten?</b></p> <p><i>Er is een verschillende perceptie van tijd bij de patiënt als hij/zij zit. Dezelfde hoeveelheid tijd wordt langer ervaren wanneer zittend in vergelijking tot staand</i></p>			0 1 3

7.	<p>b. Ga zelf zitten. Indien de patiënt in bed ligt, neem een stoel en zit in de buurt van het bed</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Op een comfortabele afstand van de patiënt (ongeveer 1m)</b></li> <li>- <b>De ogen van de arts moeten op hetzelfde niveau zijn als de ogen van de patiënt (uitzondering: wanneer de patiënt huilt of woedend is, dan moeten de ogen van de arts op een lager niveau dan die van de patiënt zijn)</b></li> <li>- <b>Indien de patiënt met een familielid/vriend komt, plaats jezelf dan zo zodat je de patiënt aanziet. Op een kortere afstand van de patiënt dan de vriend/familielid</b></li> </ul>			0 1 6
8.	<p>c. Verwijder obstakels tussen jou en de patiënt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>verplaats je stoel naar naast de patiënt ( beter om de hoek van de bureau dan over het hele bureau).</b></li> <li>- <b>Ruim de bureau op in het gebied rond de patiënt</b></li> </ul> <p><i>Zit niet achter het bureau, computer- non verbaal blokkeert dit communicatie</i></p>			0 1 6
9.	<p>d. wees voorbereid op familieleden die huilen</p> <p><b>Heb een doos zakdoeken dichtbij, voor het geval de patiënt of de familieleden beginnen te huilen, indien het geval, bied zakdoeken aan</b></p>			0 1 3
10.	<p><b>LICHAAMSTAAL.</b></p> <p>Neem een neutrale positie in die je ongehaast en ontspannen laat lijken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Voeten plat op de grond</b></li> <li>- <b>Schouders ontspannen en licht voorovergebogen</b></li> <li>- <b>Vriendelijke gezichtsuitdrukking</b></li> <li>- <b>Handen op de knieën</b></li> </ul> <p><i>Wanneer je over moeilijke onderwerpen praat zoals slecht nieuws, prognose, angsten van de patiënt, enzovoort dan zal je je oncomfortabel voelen maar het is belangrijker om je lichaam te trainen zodat non verbaal communicatie rustig lijkt en bevestiging bij de patiënt verkrijgt.</i></p>			0 1 6
11.	<p>Is dit het juiste moment om een spirituele beoordeling te doen?</p> <p><b>‘Alvorens jouw gesprek te starten wil ik zeker zijn dat je comfortabel bent. Kan je me vertellen of er ernstige symptomen of angst of bezorgdheden zijn dat jou dwars zit?’</b></p> <p>Indien <b>JA</b> stel de spirituele beoordeling uit en beoordeel stelselmatig de symptomen... oorzaak van lijden en behandel adequaat</p> <p>Indien <b>NEE</b> ga verder met je beoordeling</p>			0 1 6
12.	<p>Vraag toestemming om de beoordeling uit te voeren</p> <p><b>‘Om het lijden dat de ziekte jou veroorzaakt te beoordelen ga ik enkele vragen omtrent jouw spiritueel welzijn vragen. Mag ik verder gaan?’</b></p> <p>Indien <b>NEE</b> vraag toestemming om later terug te komen</p> <p>Indien <b>JA</b> ga verder met je beoordeling</p>			0 1 6
13.	Start met een algemene vraag <b>Ben je in vrede?</b>	<b>ESSENTIEEL</b>		
14.	Indien het antwoord op vraag 13 <b>NEE</b> is <b>Welke zorgen heb je?</b> Vertel me aub meer.			0 1 6
15.	Indien het antwoord op vraag 13 <b>JA</b> is <b>‘Vertel me aub wat betekenis en vrede in jouw leven brengt? Jouw werk, jouw familie, iets anders?’</b>			0 1 6



16.	Gebruik technieken om dialoog te faciliteren <b>WEES STIL EN ONDERBREEK DE PATIENT NIET</b> <i>Luister naar wat de patiënt zegt met woorden (inhoud, toon) maar ook de non verbale communicatie (houding, gezichtsuitdrukking, lichaamspositie...)</i>			
17.	<b>Tolereer korte periodes van stilte</b> wanneer de patiënt pauzeert om zijn denken te reorganiseren. <b>Indien je de pauze moet doorbreken vraag dan: “Wat maakt dat je pauzeert”</b> <i>Stilte kan ook andere betekenissen hebben: de patiënt denkt of voelt iets erg intens om uit te drukken in woorden</i>			0 1 6
18.	Moedig non verbaal aan of met een korte zin om de patiënt te laten verder gaan met zijn ideeën <b>knikken, pauzeren, glimlachen, antwoorden als “ja”, “vertel me meer”</b>			0 1 3
19.	<b>HERHALING</b> ‘Mijn familie hangt sterk aan elkaar en nu dat ze over de ziekte weten komen ze permanent helpen in het huishouden’ – ‘Dus, jouw familie helpt jou in het huishouden’ <i>Zal aan de patiënt bevestigen dat je gehoord hebt wat er gezegd is</i>			0 1 3
20.	<b>CLARIFICATIE</b> ‘Wanneer je dat zegt... wat betekent dat...?’ <i>Geeft de patiënt de opportuniteit om voorgaande stellingen uit te breiden of om bepaalde aspecten van de stelling te benadrukken wanneer de clinicus interesse toont in het topic</i>			0 1 6
21.	<b>‘Is geloof belangrijk in jouw leven?’ ‘Is het een steun voor jou in de huidige situatie?’</b> <i>Deze vraag laat de patiënt toe om over zijn ondersteunend netwerk maar ook over zijn existentiële zorgen te praten</i>	ESSENTIEEL		
22.	<b>‘Behoor je tot een geloofsgemeenschap?’ ‘Hoe kunnen we jou ondersteunen in jouw geloof?’</b>	ESSENTIEEL		
23.	Afsluiten van het gesprek Maak een samenvatting van de voornaamste topics die jullie besproken hebben			0 1 6
24.	Een uitnodiging naar de patiënt om vragen te stellen <b>“heb je nog verdere vragen?”</b>			0 1 6
25.	<b>Een duidelijke afspraak voor een volgend contact</b>			0 1 3
<b>Total score: 100</b>		<input type="radio"/>	onvoldaan criterium	%
		<input type="radio"/>	gedeeltelijk voldaan criterium	%
		<input type="radio"/>	volledig voldaan criterium	%



## VOORZIEN BED SIDE VOEDING VOOR DE PATIENT

Medische procedure



VOORZIEN BED SIDE VOEDING VOOR DE PATIENT

## MEDISCHE PROCEDURE


Het waarborgen van een adequate inname van nutriënten en vloeistoffen noodzakelijk voor een patiënt beperkt tot een bed. Deze bijdrage beoogt de optimale werking van het lichaam van de patiënt te creëren maar vooral een betere kwaliteit van zijn leven. Elke patiënt zijn voeding heeft een vergelijkbare therapeutisch potentieel met de medicatietoediening. Dit moet worden geïndividualiseerd om te voldoen aan de intellectuele capaciteiten, motivatie, levensstijl, cultuur, economische status. Dit proces moet worden geïntegreerd in de familie van de patiënt en personen dicht bij hem.

		Concept:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
1.	Snel beoordelen van de aanwezigheid van vitale parameters (bewustzijn, bewegingen, spraak, ademhaling) vitale functies behouden ; cardiopulmonale arrestatie <b>Goede morgen/namiddag. Mijn naam is.... Ik ben jouw arts/verpleegkundige. Goede middag. Mijn naam is.... Ik ben jouw arts/verpleegkundige die jou vandaag zal onderzoeken.</b>	- Inleiding van het gesprek -				0 3 5
2.	<b>Kan je me jouw naam bevestigen, a.u.b. .... En jouw geboortedatum, a.u.b., ..... (of, controleer het identificatiebandje van de patiënt, indien beschikbaar)</b> <b>Bedankt.</b> (dit voorkomt verwarring tussen patiënten en uitvoeren van de patiënt in plaats van een andere indicatie. Vermijdt vragen zoals "Ben jij Mr Smith?", dewelke kunnen leiden tot een valse bevestiging door automatisch 'ja' antwoorden door een patiënt die minder betrokken is met het gesprek met medisch personeel).	Overeenstemming met het observatieblad Naam: <input type="checkbox"/> Geboortedatum: <input type="checkbox"/> <b>JUISTE PATIËNT – CI</b>	ESSENTIEEL			
3.	Gebruik een pad gedipt in alcoholische oplossingen voor het ontsmetten van de stukken van meubilair die we tijdens de procedure gaan gebruiken. Medisch handenwassen ± doe propere, medische handschoenen aan (alleen als er letsels van de huid op de handen van de onderzoeker zijn of een hoog risico op het ontwikkelen van infecties), als onderdeel van de standaard voorzorgsmaatregelen.	- standaard voorzorgen -				0 1 3
4.	Voorzie een private en een ruime ruimte voor voeding (éénpersoonskamer, gordijnen, schermen, etc.) Meten van arteriële bloeddruk, polsoxymetrie, thermotrie – indien er geen recente evaluatie is gebeurd	Arteriële bloeddruk: ...../..... mmHg; SaO2 ..... %; T ..... °C				0 3 6
5.	Evalueer een mogelijke ongepastheid voor orale voeding: • Medische procedures die in een onmiddellijk volgende periode gepland staan waarvoor de patiënt 'nuchter' dient te staan • de aanwezigheid van NPO-aanbevelingen (nihil per os – niets per os) • Comateuze patiënt • De aanwezigheid van misselijkheid / braken • De aanwezigheid van een gastrisch aspiratietoestel • Mogelijke, een objectieve beoordeling van het abdomen: verminderde / afwezige darmgeluiden	JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>	ESSENTIEEL			

6.	Plaats de patiënt in een zittende positie, bij voorkeur in een hoge Fowler positie (zittend met de rug recht). Evalueer de patiënt zijn mondholte inzake de tanden, het tandvlees aspect, de aanwezigheid van kwetsuren dat met voeden kan interfereren. <i>Als, om medische redenen, positionering Fowler niet mogelijk is, kan de patiënt worden geplaatst in de positie van de laterale decubitus (zijwaarts liggend), positie waar slikken (de mond) voor liggend wordt vergemakkelijkt (liggend op de rug)</i>				0 5 9
7.	<b>Voel je de noodzaak om te urineren? Of defecatie, stoelgang verwijderen?</b>				0 3 5
8.	Evalueer de patiënt zijn observatieblad ivm vermeldingen over geur of smaak vermeldingen: <b>Zie je goed?? Bijvoorbeeld, het eten op je bord Smaakt het voedsel? Of zijn er problemen?</b> (bij ouderen, door atrofie van de smaakpapillen ervaren ze een afname van de perceptie van zoet en zout; de smaak proeven, extra kruiden moeten aan hun eten toegevoegd worden) <b>Hoe zit het met de geur?</b>	JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>			0 3 5
9.	Evalueer de patiënt zijn observatieblad ivm termen zoals leeftijd (ouder dan 65 jaar), diagnose van dementie; enige waarschuwing voor dysfagie; geschiedenis van interventie in geval, frequente orofaryngeale aspiratie manoeuvres maken. <b>Dien je toevallig te hoesten wanneer je eet, stikken in voedsel of verslikken?</b> Heb je moeilijkheden met slikken? Pijn? Een plotseling verschijnende hese stem? <i>Evaluatie noodzakelijk ter preventie van aspiratie-pneumonie, die bij patiënten met dysfagie kan optreden. Bij een dergelijke situatie, moet er een gemeenschappelijke inspanning van de voedingsdeskundige, diëtist, arts, specialist in slikbeweging, logopedist, huisarts...zijn</i>	JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>			0 5 9
10.	JA <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzie een ontspannen omgeving, rustig, zonder elementen die tijdens de etensactiviteit de patiënt kan afleiden.</li> <li>• Gebruik achtergrond muziek – een mogelijk om in overweging te nemen bij patiënten met dementia (vermindering van gedrags symptomen tijdens eten - Liao et al. 2004)</li> <li>• Positioneer de patiënt in de hoogste plaats in bed of stoel</li> <li>• <b>Plaats slecht kleine stukken van voedsel in de mond om per keer op te kauwen.</b></li> <li>• <b>Kauw grondig alvorens door te slikken, a.u.b.</b></li> <li>• <b>Introduceer nog een stuk voedsel enkel nadat het voorgaande is doorgeslikt.</b></li> <li>• <b>Nadat je gedaan hebt met eten, controleer a.u.b. of er nog stukken van niet-doorgeslikt voedsel in de mond zit.</b></li> <li>• <b>Hou deze hoge positie van het lichaam aan tot zelfs 20-30 minuten na de maaltijd</b></li> <li>• Indien klinische symptomen van laryngo-tracheo-bronchiale aspiratie zich voordoet (hoesten, dyspneu – verstikking, dysphonie - heesheid etc.) verwijder onmiddellijk en volledig de stukken voedsel uit de mond</li> </ul>				0 5 9
11.	<b>Wil je proberen om te eten?</b>	Verduidelijk de ACTIES DIE			0 1

		UITGEVOERD DIENEN TE WORDEN		3
12.	Je zal moeten kauwen en kleine stukken voedsel inslikken. Kan je het eten alleen snijden of heb je mijn hulp nodig? Drink de vloeistoffen die voor jou bereid zijn, a.u.b.	LEG AAN DE PATIËNT WAT DE PROCEDURE INHOUD uit		0 1 3
13.	Het is voor jou aangewezen dat je in een rechtopzittend of laterale positie zit om te voorkomen dat het voedsel een verkeerde route neemt of verslikken te veroorzaken, inhaleer het in de longen. Als je moeilijkheden hebt met het snijden van je voedsel kan ik helpen. Of om vloeistoffen in je glas te schenken. Vertel het me gewoon en ik zal je met plezier helpen. Of zal ik je met al je schotels bedienen. Zoals je wenst. Ik zal op de stoel naast je zitten en we hebben geen andere taak dan te eten. Is dit OK? We starten met de schotel die je verkiest.	Vertel de patiënt hoe hij/zij kan BIJDRAGEN tot het uitvoeren van de toediening		0 1 3
14.	Jezelf voederen, je lichaam voldoende energie en hulpmiddelen geven om goed te kunnen functioneren. Vertel de patiënt hoe hij/zij kan BIJDRAGEN tot het uitvoeren van de toediening			0 1 3
15.	Ben ik erin geslaagd om de procedure goed uit te leggen? Misschien wil je me er iets meer over vragen?		ESSENTIAL	
16.	In het algemeen, heb je een goede eetlust?	JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>		0 1 3
17.	<p>NEE <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Is nu een goed moment om te eten? Heb je pijn of ander discomfort die we dienen te behandelen? (pijnstillers, anti-pyretica in geval van koorts, etc..)</li> <li>Is er iets in het bijzonder waarover je bezorgd bent? Iets dat je misschien over wil praten? (psychologische stress geassocieerd met anorexia – verminderde eetlust voor de patiënt)</li> <li>Wat vind je normaal lekker om te eten?</li> <li>Kleine porties genieten de voorkeur. Dit zal een patiënt zonder eetlust niet ontmoedigen</li> <li>Bij ouderen, vermijdt droog voedsel, crunchy of taai en plakkerig (bij. bananen) gezien de verminderde secretie van de speekselklieren geassocieerd met het ouder worden.</li> <li>Vermijdt onmiddellijk voor of na de patiënt zijn nutritie medische procedures die moeilijk getolereerd kunnen worden.</li> <li>Creëer een aangename omgeving voor het voedingsproces (fris, mooi gearrangeerd, welriekend)</li> <li>Alvorens te eten, verhoogt een betere zorg van jouw mond de eetlust en helpt het jou om het voedsel dat je eet beter te proeven. Tandenvoetsen, mondspoeling? Wil je je gezicht voordat je eet wassen?</li> <li>Ik kan je – indien gewenst - hierbij helpen.</li> </ul>	Het is aanbevolen om de patiënt zijn mantelzorgers te betrekken, deze kunnen informatie verschaffen over de patiënt zijn voedselvoorkeur en zelfs die schotels, goed gekookt voorzien.		0 1 9
158.	Refereer naar het observatieblad en selecteer, van het rek, de aangewezen type voeding dat toegediend dient te worden – Check	Valideren van de conformiteit van de geselecteerde	ESSENTIEEL	



	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>valideer het voorgeschreven tijdschema voor toediening (<math>\pm 30</math> minuten)</li> </ul>	medicatie met het voorschrift van het medicatieblad			
159.			JUIST moment – C2			
160.		<ul style="list-style-type: none"> <li>valideer de voorgeschreven toedieningsweg</li> </ul>	JUISTE TOEDIENINGSWEG – C3			
161.		<ul style="list-style-type: none"> <li>controleer gebruik met de vervaldatum</li> </ul>				
162.		Positioneer de tafel op het niveau van de patiënt zijn bed om gemakkelijk eten aan te bieden.				0 1 3
163.		Refereer naar het observatieblad, neem de voedingswaren uit hun verpakking en plaats ze op de tafel – Check II <i>Valideren van de conformiteit van de geselecteerde voeding met het voorschrift van het medicatieblad</i> □				0 5 9
164.		Presenteer het voedsel van de menu. <b>Je hebt als eten het volgende .....</b> <b>Welke schotel had je graag als eerste geserveerd?</b>	JUISTE VOEDING – C5			0 3 6
165.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Vorbereiding van vast en vloeibare voeding volgens de voorgeschreven hoeveelheden</li> </ul>	JUISTE DOSIS – C4	ESSENTIEEL		
166.		Lukt het om met gewoon bestek te eten? Evalueer het klinische dossier van de patiënt betreffende de diagnose die misschien bevende handen bevat, extreme asthenie, impotentie van de bovenste ledenmatenfunctie: <b>Jouw handen beven wanneer je een lepel of een vork vasthoudt dus is het moeilijk om hierdoor te eten?</b> JA □ NEE □ <b>Of is het moeilijk om je hoofd achterover te tillen wanneer je van een gewoon glas drinkt?</b> JA □ NEE □ <b>Ik vraag dit zodat we jou – indien nodig – kunnen hepen bij het bestek of aardewerk fijn af te stellen zodat jouw inzet om voedsel te bedienen vergemakkelijkt.</b> <b>Is het misschien moeilijk om een lepel of een vork naar je mond te brengen?</b> JA □ NEE □	Gebruik gespecialiseerd bestek en aardewerk 			0 5 9
167.		Refereer naar het medicatieblad, zet de receptiënten die gebruikt werden om de medicatie te verwijderen terug in de medicijnenkast – Check III				0 5 9
168.		Evalueer een mogelijke intolerantie op de toegediende medicatie: <b>Ben je allergisch voor volgende voedingsstoffen?</b>	JA □ NEE □	ESSENTIEEL		
169.		Is er een incompatibiliteit in toediening tussen het voorgeschreven voedsel en de vooraf bepaalde vitale parameters?	JA □ NEE □			
170.		Evalueer de patiënt zijn huidige medische gezondheid voor zover de symptomen en de gezondheid die nodig zijn voor de voorgeschreven toediening van voedsel	PRE-VOEDEN EVALUATIE			0 5 9
171.		<b>Ik ga je nu vragen om de stukken van ..... door te slikken. Wil je een beetje water drinken? Of sap?</b>				0 5 9
172.		Benader een comfortabel topic voor de patiënt ( <i>in het geval van patiënten met bereidheid tot dialoog, om een aangenaam klimaat te creëren, met voorkeur tot voedingsproces</i> ) Patiëntennutritie				0 3 5
173.		Schrijf in het medische blad van de patiënt: <ul style="list-style-type: none"> <li>de naam van de toegediende voedingsmiddelen</li> </ul>				0 3 6

174.	• de kwantiteit van toediening, volgens het voorschrift			0 3 6
175.	• de methode van toediening ( <i>puree</i> )			0 3 6
176.	• de datum, uur en minuut wanneer het voedsel werd toegediend			0 3 6
177.	• Relevante klinische en biologische parameters, geëvalueerd voor de behandeling Teken de observaties die je hebt neergeschreven in het medisch blad van de patiënt af, betreffende de toediening van voedsel.			0 3 6
178.	Verwijder van het bed de tafel met het niet opgegeten voedsel.			0 1 3
179.	<b>Heb je hulp nodig met jouw tanden te poetsen na de maaltijd? Om je handen te wassen? Of misschien je gezicht, mond?</b>			0 1 3
180.	Evalueer, na het gecommuniceerde tijdspanne, de relevante klinische en biologische parameters en/of het te verwachten effect ( <i>arteriële bloeddruk, hartritme, pijnintensiteit, naar bed gaan, enzoverder</i> )	POST-VOEDEN EVALUATIE		0 1 3
181.	Schrijf neer in het medische blad van de patiënt: De relevante klinische en biologische parameters, het te verwachten effect, geëvalueerd na het voeden			0 1 3
182.	Het optreden of het niet-optreden van incidenten, ongevallen of bijwerkingen			0 1 3
183.	Verwijzingen die de patiënt maakt, die misschien relevant zijn voor de toedieningstherapie ( <i>aanvaarding van voorgesteld menu, hoe werd het getolereerd</i> ) Teken de observaties die je hebt neergeschreven in het medisch blad van de patiënt af, betreffende de toediening van voedsel.			0 1 3
184.	Plaats de patiënt in een lage zitpositie. Plaats het glas water, de afstandsbediening, hulpmiddelen voor het gebruik van de afdelingsvoorwerpen ( <i>bijv. het alarmsysteem voor het waarschuwen van de medische staf, de TV-afstandsbediening, etc.</i> ), de voorwerpen voor persoonlijk gebruik ( <i>bijv. glazen, mobiele telefoon, boek, etc.</i> ) op het nachtkastje van de patiënt			0 5 9
185.	Medisch handen wassen ± Gebruik propere medische handschoenen. Gebruik een pad gedipt in alcoholische oplossingen voor het ontsmetten van de stukken van meubilair die we tijdens de procedure hebben gebruikt. Verwijder eerder gebruikte medische handschoenen door ze in de besmettelijke, niet-scherpe afvalcontainer te gooien. Medisch handen wassen. <b>Hallo. Ik zal je nu even laten rusten. Ik kom terug over.... (bijvoorbeeld 2 uur) wanneer ben je ..... (bijvoorbeeld voor de behandeling).</b> Verlaat de kamer, verwijder niet-opgegeten voedsel.			0 5 9
<b>Total score: 200</b>		<input type="radio"/>	unfulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	partially fulfilled criterion	%
		<input type="radio"/>	completely fulfilled criterion	%



## ORALE VERZORGING

Medische procedure



ORALE VERZORGING

## MEDISCHE PROCEDURE

<p>Het betrekken bevorderen, organiseren en, bij rechtsonbekwame patiënten, zelfs bij hen het uitvoeren van dagelijkse hygiëne aan de tanden (flossen, poetsen), het tandvlees (mechanische stimulatie), de mond (spoelen); het promoten/regelen van reguliere tandheelkundige controles; het inspecteren van het mondgebied en overeenkomstig aan de problemen die zijn vastgesteld in de evaluatie het bevorderen/regelen van verdere consultaties met mondverzorgingsspecialisten (tandartsen, mondchirurgen enz.).</p>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
1.	<p>Beoordelen van de toestand van de patiënt (<i>bewustzijn, bewegingen, spraak, ademhaling</i>): vitale functies behouden; cardiopulmonale arrestatie (zo ja, gaat u verder met cardiorespiratoire protocol)</p> <p><b>Goede morgen/namiddag. Mijn naam is.... Ik ben jouw arts/verpleegkundige</b></p>				0 2 5
2.	<p><b>Kan je me jouw naam vertellen, a.u.b. .... En jouw geboortedatum .....</b> Bedankt.</p> <p>(Dit wordt gedaan om te voorkomen dat je de procedure uitvoert op de verkeerde patiënt omdat er mogelijk meerdere patiënten met dezelfde naam zijn. Ook vraag je bijvoorbeeld niet "Ben jij Mr Smith?" om te voorkomen dat je een valse bevestiging ontvangt van patiënten die afgeleid zijn door hun symptomen of andere redenen).</p> <p>Of, vooral bij patiënten met moeilijk communicatie (verward, comateuze, etc.) controleer je de conformiteit tussen de gegevens van het observatieblad en het identificatiebandje (indien deze op de pols van de patiënt bestaat) in termen van identiteit van de patiënt.</p> <p>Verwarde, comateuze, depressieve, ernstig zieke of die gewoon noodzakelijk nasogastrische sondes of zuurstoftherapie hebben of in lange termijn zorginstellingen zitten, hebben een verhoogd risico op mondgezondheidsproblemen baten het meest met mondhygiëne procedures.</p>	ESSENTIEEL			
3.	<p>Zorg voor een private onderzoeksomgeving (<i>éénpersoonskamer, gordijnen, paravents etc.</i>).</p> <p><b>Wat we moeten doen is jouw mond wassen en jouw tanden poetsen. (wat we gaan doen)</b></p>				0 1 3
4.	<p><b>De procedure bestaat uit het inspecteren van jouw mond op cariës, tand deposito's, geur, secreties, tandvleesaspecten .....</b></p> <p><b>We zullen jouw tanden poetsen en flossen, de mond spoelen.</b></p> <p><b>Dit is normaal gemakkelijk om uit te voeren, houdt geen snijwonden of prikken in, dus het zou jou geen pijn mogen doen. (waaruit de procedure bestaat)</b></p>				0 1 3
5.	<p><b>Je zal in een zittende positie gebracht worden (of liggend op een zijde). Het zal moeilijk voor je zijn om deze positie te behouden?, voor laten we zeggen ongeveer 20 minuten?</b></p> <p><b>Het is heel belangrijk dat je ontspannen en kalm blijft tijdens de procedure. Wanneer ik het je vraag, dien je de vloeistof uit je mond in een speciale container - dat binnen handbereik zal staan -, te spuwen (hoe bijdragen tot de procedure)</b></p>				0 1 3
6.	<p><b>Het uitvoeren van een goede tanghygiëne is een belangrijk element in jouw medische conditie. Het niet behalen hiervan, resulteert in hoger risico's op geassocieerde lokale en ook respiratoire tractus infecties, bijvoorbeeld pneumonie. Een verlenging van jouw genezingsproces of zelfs het falen in het verkrijgen ervan. (het voordeel van de procedure)</b></p>				0 1 3

7.	<b>Nu, is de procedure duidelijk? Zou je mij iets anders willen vragen?</b>	ESSENTIEEL	
8.	<b>Heb je soms vroeger een mondverzorgingsprocedure ondergaan? Kan je mij vertellen hoe vaak, wanneer en hoe je je tanden en mond poets, door jezelf?</b> <i>(beoordeling van de patiënt zijn perceptie en betrokkenheid bij de eigen gezondheid. Gebrek aan kennis bij het handhaven van de mondhygiëne maakt men vatbaarder voor orale problemen)</i>		0 1 3
9.	<b>Dekte jouw gezondheidsverzekering ook tandverzorging? Hoe vaak heb je in de afgelopen 3 jaar tandcontroles gehad?</b>		0 1 3
10.	<b>Heeft voedsel nog smaak of – terugdenkend – verkies je zoute of zoete dingen. Zoals?</b> <i>(hoge inname van zout, geraffineerde suikers zijn meer vatbaar om glazuurerosie te veroorzaken)</i>		0 1 3
11.	<b>Heb je vaak droge sensaties in de mond? Word je 's nachts wakker om water te drinken?</b> <i>(verminderd speekselsecreties leiden tot droog en dun mondmucosa dat lokale verwondingen bevorderen en letsels doen verschijnen)</i>		0 1 3
12.	<b>Hoeveel vloeistoffen drink jij op een dag? Inclusief soep, thee, enige vorm van vloeistof, is het een totaal van 2000 ml per dag? Of minder?</b> <i>(verminderd vloeistofinname leidt tot droog en dun mondmucosa dat lokale verwondingen bevordert en letsels doet verschijnen)</i>		0 1 3
13.	<b>Rook jij Tobacco? Hoeveel sigaretten per dag? Voor hoelang?</b> <i>(veel roken, gedefinieerd door een roker die 20 sigaretten of meer per dag consumeert of door &gt; dan 20 pakjes per jaar ☞ berekening: aantal pakjes per dag gerookt vermenigvuldigt met het aantal jaar van roken ☞, leidt tot droog en dun mondmucosa dat lokale verwondingen bevordert en letsels doet verschijnen)</i>		0 1 3
14.	<b>Welke soort alcohol verkies je, cognac, wijn, bier, wodka .....? In welke hoeveelheid per week?</b> <i>(risicodrinkers, gedefinieerd door een verbruik van &gt; 14 alcohol units per week ☞ één unit is 10 ml of 8g van pure alcohol ontvangen uit 25 ml sterke drank ≈ 40%-, 76 ml wijnachtige dranken ≈ 13,5%, 250 ml bierachtige dranken ≈ 4% ☞, leidt tot droog en dun mondmucosa dat lokale verwondingen bevordert en letsels doet verschijnen)</i>		0 1 3
15.	Consulteer het observatieblad, verifieer de voorgeschreven medicatie in termen van medicatie dat geassocieerd kan worden met een droge mond als neveneffect (ex. diuretica, laxatieve, kalmeringsmiddelen voornamelijk indien excessief gebruikt) of hoofd en nek radiatie behandeling in het verleden <i>(vanwege het speekselklierenfibroseproces, ontwikkeld als gevolg van straling, wat leidt tot secretoire insufficiëntie. Speeksel heeft anti-infectieuze functies)</i>		0 1 3
16.	Als ze niet onlangs geëvalueerd zijn: BP meting, polsoximetrie, thermometrie: BP... mmHg, SaO2... %, T... ° C. Handen wassen. Doe propere medische handschoenen aan als onderdeel van standaard verzorgingsmaatregelen.		0 1 3
17.	Gebruik een in alcohol gedrenkt watje om meubeloppervlakten – dat gebruikt zal worden tijdens de procedure – al wrijvend te ontsmetten.		0 1 3
18.	Evaluatie van het medische dossier van de patiënt vanuit het oogpunt van de daaraan verbonden voorwaarden die hoge Fowler positie contra-indiceert (bijvoorbeeld cerebrale hypoperfusie syndroom) of laterale decubitus (orthopedische / reumatologisch ziekten, lokale omstandigheden)		0 1 3
19.	Verwijder de gebruikte handschoenen in de niet-scherpe infectieuze afvalcontainer. Handen wassen. Doe een nieuw paar medische handschoenen als onderdeel van standaardverzorgingsmaatregelen aan. <i>(om het verspreiden van infecties van en naar</i>		0 1 3



	de patiënt te voorkomen) Zet de patiënt in de hoge Fowler positie ( <i>rechtzittend in bed met het bovenste deel van het lichaam in een hoek van 60 – 90 graden vanaf horizontaal</i> ) of indien dit niet mogelijk is, gebruikt laterale decubitus ( <i>zittend in bed op één zijde</i> ) (deze houdingen voorkomen dat de patiënt de vloeistoffen - die in de mondhygiëne procedure worden gebruikt - aspireert in de bronchiale tractus). Verhoog het bed van de patiënt tot het lende niveau van de werknemer die de orale verzorging zal uitvoeren ( <i>om overbelasting van de paravertebrale spieren te voorkomen, anders overgebruikt in medische activiteiten uitgevoerd aan het bed</i> )		
20.	<p><b>Consulteer het observatieblad: heb je een kunstgebit, kunsttanden uit vorige tandheelkundige ingrepen.</b></p> <p>Gebruik een zaklamp, examineer de mond op cariës, gebroken tanden, gedeeltelijke deuken, tand deposito's, geur, secreties, tandvleesaspecten, aanwezigheid van kunsttanden, kunstgebit. In het geval van een artificieel kunstgebit, dient dit regelmatig proper gemaakt te worden en moet dit continu gedragen worden om faciale confirmatie te behouden, gingival atrofie voorkomen, goede kauwpotentie toe te laten... Om te kunnen poetsen dienen deze uit de mond verwijderd te worden</p> <p>(<i>door de patiënt allen of indien hij niet in staat is, door medische professionals die orale verzorging toedienen; de bovenste tanden van het kunstgebit dienen door een gaas vastgenomen te worden en de plaat komt door korte op en neer bewegingen los van het gehemelte. De onderste tanden van het kunstgebit kunnen van het kauwtandvlees losgemaakt worden door één van de zijde of de andere op te tillen. Gedeeltelijke kunstgebitten kunnen verwijderd worden door druk op de artificiële tanden – vermijd de beugels die niet van zulk een hard materiaal, zoals de tanden zijn</i>).</p>		0 1 3
21.	<p><b>Ben je allergisch aan rubberen producten, tandpasta, kuisproducten voor kunstgebitten, mondspoelingen misschien?</b></p> <p>(<i>evalueer eventuele allergieën op materiaal dat regelmatig gebruik worden tijdens de procedure</i>)</p>	ESSENTIEEL	
22.	<p><b>Wanneer heb je het laatst gegeten? Het is aangeraden om mondhygiëne voor en na elke maaltijd uit te voeren</b></p> <p>(<i>volgens lokale mond condities, mondhygiëne dient misschien van 3 keer per dag tot elke 2-uurs-interval noodzakelijk zijn</i>)</p>		0 1 6
23.	Plaats een apparaat onder de patiënt zijn kin om vloeistoffen - die uit het mondgebied tijdens de mondhygiëneprocedure kunnen vloeien - op te vangen (bijvoorbeeld handdoek, absorberende doek of pad, gebogen nierbekken)		0 1 5
24.	<p>Selectie van de apparaten die meer bruikbaar zijn bij mondhygiëne.</p> <p><b>Ben je comfortabel met het gebruik van een tandenborstel voor de hygiëne van je mond?</b></p> <p><b>Of is dit onprettig of zelfs schadelijk voor je?</b></p> <p><b>Heeft je tandvlees gemakkelijk gebloed bij het gebruik van een tandenborstel?</b></p> <p>Consulteer het observatieblad, controleer op orale problemen dat het gebruik van een tandenborstel contra-indiceert (diagnoses, oude of recente lokale interventies....)</p> <p><b>Indien ja, dan kunnen we een zachte borstelharen gebruiken of het zelfs vervangen door een oraal propje, van schuim bijvoorbeeld.</b></p> <p><b>Maar in dat geval zullen we het tandsteen niet van de oppervlakten van de tanden kunnen verwijderen.</b></p> <p><b>Hetzelfde bij het gebruik van een gaas gedrenkt in een zoutoplossing, wat een ander mogelijk apparaat is om te gebruiken bij orale verzorging.</b></p> <p>(<i>propjes gedrenkt in citroen glycerine - die ook gebruikt kunnen worden als een optie voor orale verzorging - dienen door het irritatie effect op de mondmucosa – dat droog</i></p>		0 1 5

	en tot ontkalkte tanden kan leiden - vermeden te worden)			
25.	Gebruik kraantjeswater of zoutoplossing, maak het hoofd van de tandenborstel nat. Doe op de borstelharen natriumbicarbonaat tandpasta. <i>(orale flora zal worden bevorderd door een zuur speeksel; dus het zuurgehalte doen afnemen, zal resulteren in een afname van de microbiële belasting op het niveau van de mond; ook zal natriumbicarbonaat helpen het proces van reiniging door ontbinding van slijm).</i>			0 1 3
26.	<b>Ver kies je om zelf jouw tanden onder mijn begeleiding te poetsen of verkies je dat ik het voor jou doe?</b>	ESSENTIEEL		
27.	Voorzie goede belichting om te onderzoeken <i>(het gebruik van een zaklamp kan aangewezen zijn)</i>			0 1 3
28.	Positioneer jezelf aan de rechterkant van de patiënt <i>(of aan de linkerkant indien de werknemer die de procedure zal uitvoeren linkshandig is)</i>			0 1 3
29.	<b>Open lichtjes jouw mond a.u.b. en spreidt de lippen zodat ik jouw tanden goed kan bekijken en een tandenborstel kan inbrengen.</b> <b>Open het niet te ver gezien je deze houding voor enkele minuten dient aan te houden.</b>			0 1 3
30.	Positioneer de borstelharen in nauw contact met 2 of 3 tanden, de bovenste van de voorste kant van de mond (snijtanden) op het niveau van invoeging van de tand in het tandvlees ('gingival sulcus') onder een hoek van 45 graden met het oppervlak van de tanden.			0 1 3
31.	Druk zachtjes de borstelharen in de 'gingival sulcus' en roteer het hoofd van de tandenborstel om het oppervlak van de tanden te poetsen <i>(door dit te doen zal de hoek van de borstelharen met de tanden van een 45 graden naar beneden naar een loodrechte hoek en tot slot naar een hoek van 45 graden naar boven veranderen)</i> in een stevige beweging van de basis van de tand naar het uiteinde <i>(van zijn gingival insertie tot de kronen)</i> met de bedoeling om de resten die in de gingival sulcus aanwezig te zijn te verwijderen en ook de resten die op de oppervlakte van de tanden zitten.			0 1 3
32.	<b>Op elk moment, wanneer je het overweegt, signaleer het ons, door een hand op te steken, om je mond van de tandpasta te spoelen.</b> <i>(voor dit doel kan leidingwater gebruikt worden, evenals zoutoplossing of mondwater producten als originele oplossingen of in verdunning met zoutoplossing; waterstofperoxide vertegenwoordigen een goede keuze voor het spoelen van de mond in mondverzorging maar alcoholische mondspoelingen kunnen irriteren en drogen de orale mucosa uit)</i> <b>Een goede spoeling zal alle partikels tijdens het poetsproces uit jouw mondholte verwijderen.</b>			0 1 3
33.	Verplaats de borstels van de tandenborstel op de 'gingival sulcus', onder een hoek van 45 graden en herhaal de beweging tot, voor het gebied dat is verwerkt, de tanden en het gingival gebied een proper aspect hebben.			0 1 3
34.	<b>Gelieve je mond nu met een beetje van deze vloeistof te spoelen.</b> Bied de patiënt een kopje met de gekozen spoelvloeistof aan of, in het geval dat hij te zwak is om te drinken uit de beker of in een laterale decubitus ligt, biedt het dan aan met behulp van een rietje. <b>Je kan de vloeistof uit jouw mond in dit bekken verwijderen, a.u.b.</b> Plaats een gebogen nierbekken onder de kin van de patiënt. <b>Spuw het allemaal uit, a.u.b.</b> Voor comateuze patiënten die moeten worden geplaatst in een laterale decubitus, worden spoelvloeistoffen toegediend met behulp van een 10 ml spuit en verwijderd met het gebruik van een zuig-apparaat. <i>(om bronchoalveolaire</i>			0 1 3

	<i>aspiratie te voorkomen ten gevolge van een verminderd slikreflex die kenmerkend is voor een comateuze toestand).</i> Verwijder het bekken van de patiënt zijn kant en plaats het binnen handbereik.			
35.	Ga dan naar de volgende, linker- of rechterkant, aansluitende twee – drie tanden die gepoetst moeten worden en herhaal de manoeuvres van borstelen met behulp van dezelfde techniek. Rond het gehele buitenoppervlak van de bovenste maxilla af.			0 1 9
36.	Plaats een gebogen nierbekken onder de patiënt zijn kin. <b>Spoel a.u.b opnieuw jouw mond. Spuw het uit in het nierbekken ..... Dank u.</b> Verwijder het bekken van de patiënt zijn kant en plaats het binnen handbereik. Inspecteer het gebied van het gebit en tandvlees dat net werd gepoetst. Blijven poetsen indien het resultaat niet voldoet aan de verwachtingen.			0 1 3
37.	<b>Ontspan a.u.b. je lippen nu en open je mond een beetje meer zodat ik beter naar de binnenkant van jouw tanden kan kijken en een tandenborstel kan inbrengen. Opgelet, open het niet te ver gezien je deze houding enkele minuten dient aan te houden.</b>			0 1 3
38.	Herhaal de manoeuvres van het borstelen met behulp van dezelfde techniek, maar nu voor de binnenzijde van de bovenste maxilla.			0 1 3
39.	Herhaal de bewegingen tot, voor het gebied dat is verwerkt, de tanden een proper aspect hebben. Finaliseer de hele binnenkant van de bovenste maxilla.			0 1 9
40.	Plaats een gebogen nierbekken onder de patiënt zijn kin. <b>Spoel a.u.b opnieuw jouw mond. Spuw het uit in het nierbekken ..... Dank u.</b> Verwijder het bekken van de patiënt zijn kant en plaats het binnen handbereik. Inspecteer het gebied van het gebit en tandvlees dat net werd gepoetst. Blijven poetsen indien het resultaat niet voldoet aan de verwachtingen.			0 1 3
41.	<b>A.u.b spreidt je lippen terug, je mond slechts een beetje open. We zullen nu het uiteinde van jouw tanden poetsen. Open het niet te ver gezien je deze houding enkele minuten dient aan te houden.</b>			0 1 3
42.	<b>Positioneer de borstels van de tandenborstel op het uiteinde van de tanden (de bijtkant van de tand), de bovensten aan de voorkant van de mond, loodrecht met de tandarcade om zo de tandenborstel binnen en buiten de mond te bewegen om ze top te poetsen.</b>			0 1 3
43.	Ga dan naar de volgende, linker- of rechterkant, aansluitende tanden die gepoetst moeten worden en herhaal de manoeuvres van borstelen met behulp van dezelfde techniek. Rond het gehele bijtoppervlak van de bovenste maxilla af.			0 1 9
44.	Plaats een gebogen nierbekken onder de patiënt zijn kin. <b>Spoel a.u.b. opnieuw jouw mond. Spuw het uit in het nierbekken ..... Dank u.</b> Verwijder het bekken van de patiënt zijn kant en plaats het binnen handbereik. Inspecteer het gebied van het gebit en tandvlees dat net werd gepoetst. Blijven poetsen indien het resultaat niet voldoet aan de verwachtingen.			0 1 3
45.	<b>Open je mond een beetje door je lippen te spreiden zodat ik goed naar jouw tanden kan kijken en een tandenborstel kan inbrengen. Open het niet te ver gezien je deze houding enkele minuten dient aan te houden.</b>			0 1 3
46.	Positioneer de borstelharen in nauw contact met 2 of 3 tanden, de inferieure van de voorste kant van de mond (snijtanden) op het niveau van invoeging van de tand in het tandvlees ('gingival sulcus') onder een hoek van 45 graden met het			0 1 3

	oppervlak van de tanden.		
47.	Druk zachtjes de borstelharen in de 'gingival sulcus' en roteer het hoofd van de tandenborstel om het oppervlak van de tanden te poetsen ( <i>door dit te doen zal de hoek van de borstelharen met de tanden van een 45 graden naar beneden naar een loodrechte hoek en tot slot naar een hoek van 45 graden naar boven veranderen</i> ) in een stevige beweging van de basis van de tand naar het uiteinde ( <i>van zijn gingival insertie tot de kronen</i> ) met de bedoeling om de resten die in de gingival sulcus aanwezig te zijn te verwijderen en ook de resten die op de oppervlakte van de tanden zitten.		0 1 3
48.	Verplaats de borstels van de tandenborstel op de 'gingival sulcus', onder een hoek van 45 graden en herhaal de beweging tot, voor het gebied dat is verwerkt, de tanden en het gingival gebied een proper aspect hebben.		0 1 3
49.	Ga dan naar de volgende, linker- of rechterkant, aansluitende twee – drie tanden die gepoetst moeten worden en herhaal de manoeuvres van borstelen met behulp van dezelfde techniek. Rond het gehele buitenoppervlak van de mandibula af.		0 1 9
50.	Plaats een gebogen nierbekken onder de patiënt zijn kin. <b>Spoel a.u.b opnieuw jouw mond. Spuw het uit in het nierbekken ..... Dank u.</b> Verwijder het bekken van de patiënt zijn kant en plaats het binnen handbereik. Inspecteer het gebied van het gebit en tandvlees dat net werd gepoetst. Blijven poetsen indien het resultaat niet voldoet aan de verwachtingen.		0 1 3
51.	Herhaal de manoeuvres van het borstelen met behulp van dezelfde techniek, maar nu voor de binnenzijde van de mandibula. <b>Ontspan a.u.b. je lippen nu en open je mond een beetje meer zodat ik beter naar de binnenkant van jouw tanden kan kijken en een tandenborstel kan inbrengen.</b> <b>Opgelet, open het niet te ver gezien je deze houding enkele minuten dient aan te houden.</b>		0 1 3
52.	Herhaal de beweging tot, voor het gebied dat is verwerkt, de tanden een proper aspect hebben. Rond het gehele binnenoppervlak van de mandibula af.		0 1 9
53.	Plaats een gebogen nierbekken onder de patiënt zijn kin. <b>Spoel a.u.b opnieuw jouw mond. Spuw het uit in het nierbekken ..... Dank u.</b> Verwijder het bekken van de patiënt zijn kant en plaats het binnen handbereik. Inspecteer het gebied van het gebit en tandvlees dat net werd gepoetst. Blijven poetsen indien het resultaat niet voldoet aan de verwachtingen.		0 1 3
54.	<b>Ontspan a.u.b. nu terug je lippen, open je mond slechts een beetje.</b> <b>We poetsen nu het uiteinde van je tanden.</b> <b>Open het niet te ver gezien je deze houding enkele minuten dient aan te houden.</b>		0 1 3
55.	Ga dan naar de volgende, linker- of rechterkant, aansluitende tanden die gepoetst moeten worden en herhaal de manoeuvres van borstelen met behulp van dezelfde techniek. Rond het gehele bijtoppervlak van de mandibula af.		0 1 9
56.	Plaats een gebogen nierbekken onder de patiënt zijn kin. <b>Spoel a.u.b opnieuw jouw mond. Spuw het uit in het nierbekken ..... Dank u.</b> Verwijder het bekken van de patiënt zijn kant en plaats het binnen handbereik. Inspecteer het gebied van het gebit en tandvlees dat net werd gepoetst. Blijven poetsen indien het resultaat niet voldoet aan de verwachtingen.		0 1 3



57.	<b>Open je mond nu wijd. We gaan jouw tong poetsen. Opgelet, open het niet te ver gezien je deze houding enkele minuten dient aan te houden.</b>			0 1 3
58.	Plaats het hoofd van de tandenborstel met de tegenovergestelde kant van de borstelharen – dat speciaal hiervoor werd ontworpen – op de tong. <i>(indien dit niet aanwezig is, kunnen de borstelharen ook gebruikt worden)</i> Poets zachtjes het bovenvlak van de tong, opgelet om misselijkheid met braken niet uit te lokken. <i>(bij gebrekkige poetsefficiëntie van de tong zal veel bacteria in de mondholte aanwezig blijven wat een hoger risico op orale en respiratoire infectieuze complicaties en een slechte adem inhoudt)</i>			0 1 9
59.	Plaats een gebogen nierbekken onder de patiënt zijn kin. <b>Spoel a.u.b opnieuw jouw mond. Spuw het uit in het nierbekken ..... Dank u.</b> Verwijder het bekken van de patiënt zijn kant en plaats het binnen handbereik. Inspecteer het gebied van de tong dat net werd gepoetst. Blijven poetsen indien het resultaat niet voldoet aan de verwachtingen. <i>(een rest op het tongoppervlak kan veroorzaakt worden door slechte orale hygiëne maar ook door verminderde hydratatie, schimmelinfecties, medicatie....)</i>			0 1 3
60.	Gebruik een handdoek, veeg de lippen van de patiënt af. <b>Laten we jouw mond een beetje afvegen.</b>			0 1 3
61.	<b>Om het debris te verwijderen dat in de kleine ruimte tussen je tanden geaccumuleerd kan zijn, is het mogelijk om te flossen. Het is geen onderdeel van een basis mondhygiëne (door het niet hebben van de benodigde hoeveelheid voor dit) maar is logisch de enige manier om die kant van de tand en het aanverwante gingival gebied proper te maken.</b>			0 1 3
62.	Pak 45 cm van waxed floss <i>(beter dan de niet gewaxede die is meer vatbaar voor rafelen en residu tussen de tanden hechten)</i> en zet de randen twee of drie ronden rond de derde vinger van elke hand om de floss goed te kunnen vasthouden, laat ongeveer 15 cm floss ertussen vrij.			0 1 3
63.	Verminder deze 15 cm vrije lengte van floss tot ongeveer 2,5 cm en span de floss door de duim van één hand omhoog te plaatsen en het indexcijfer van de andere, ook omhoog te wijzen voor een goede instrumentatie op de bovenste maxilla tanden.			0 1 3
64.	Voeg de 2,5 cm van floss in de ruimte tussen de bovenste snijtanden, met de kant met de index geplaatst in de mond en het gedeelte door de duim ondersteunend buiten de mond.			0 1 3
65.	Ga verder, met een opwaartse beweging met behulp van de index en de duim, tot de floss het tandvlees raakt, voorzichtig zonder schade eraan te berokkenen. Plaats de floss tussen de tanden in de ‘gingival sulcus’ en buig het rond de laterale kant van één of andere tand vanuit de ruimte die geïnstrumenteerd is, in de vorm van een C.			0 1 3
66.	Verplaats vanuit deze positie de floss naar beneden om de potentiële residuen uit de ‘gingival sulcus’ en de laterale zijde van de geïnstrumenteerde tand buiten van de intergebitsruimte trachten op te ruimen.			0 1 3
67.	Herhaal deze handeling, van op en neer beweging van floss, verschillende malen, totdat de gewenste hygiëne wordt verkregen. Vervolgens buig de floss naar de andere tand van de intergebitsruimte, ook in de vorm van een C om ook de resterende kant van die ruimte, schoon te maken.			0 1 3
68.	Ga dan naar de volgende, linker- of rechterkant, aansluitende tanden die			0 1



	gepoetst moeten worden en herhaal de manoeuvres van borstelen met behulp van dezelfde techniek. Rond het gehele intergebitsruimte van de bovenste maxilla af.			9
69.	<b>Gelieve je mond nu met een beetje van deze vloeistof te spoelen.</b> Bied de patiënt een kopje met de gekozen spoelvloeistof aan of, in het geval dat hij te zwak is om te drinken uit de beker of in een laterale decubitus ligt, biedt het dan aan met behulp van een rietje. <b>Je kan de vloeistof uit jouw mond in dit bekken verwijderen, a.u.b.</b> Plaats een gebogen nierbekken onder de kin van de patiënt. <b>Spuw het allemaal uit, a.u.b.</b> Voor comateuze patiënten die moeten worden geplaatst in een laterale decubitus, worden spoelvloeistoffen toegediend met behulp van een spuit en verwijderd met het gebruik van een zuig-apparaat. <i>(om bronchoalveolaire aspiratie te voorkomen ten gevolge van een verminderd slikreflex die kenmerkend is voor een comateuze toestand).</i> Verwijder het bekken van de patiënt zijn kant en plaats het binnen handbereik.			0 1 3
70.	Pak nog 45 cm van waxed floss en zet de randen twee of drie ronden rond de derde vinger van elke hand om de floss goed te kunnen vasthouden, laat ongeveer 15 cm floss ertussen vrij.			0 1 3
71.	Verminder deze 15 cm vrije lengte van floss tot ongeveer 2,5 cm en span de floss door de duim van één hand omlaag te plaatsen en het indexcijfer van de andere, ook omlaag te wijzen voor een goede instrumentatie op de mandibula tanden.			0 1 3
72.	Voeg de 2,5 cm van floss in de ruimte tussen de onderste snijtanden, met één kant in de mond geplaatst en de andere kant buiten de mond.			0 1 3
73.	Ga verder, met een neerwaartse beweging door op beide duimen te drukken, tot de floss het tandvlees raakt, voorzichtig zonder schade eraan te berokkenen. Plaats de floss tussen de tanden in de 'gingival sulcus' en buig het rond de laterale kant van één of andere tand vanuit de ruimte die geïnstrumenteerd is, in de vorm van een C.			0 1 3
74.	Verplaats vanuit deze positie de floss naar beneden om de potentiële residuen uit de 'gingival sulcus' en de laterale zijde van de geïnstrumenteerde tand buiten van de intergebitsruimte trachten op te ruimen.			0 1 3
75.	Herhaal deze handeling, van op en neer beweging van floss, verschillende malen, totdat de gewenste hygiëne wordt verkregen. Vervolgens buig de floss naar de andere tand van de intergebitsruimte, ook in de vorm van een C om ook de resterende kant van die ruimte, schoon te maken.			0 1 3
76.	Ga dan naar de volgende, linker- of rechterkant, aansluitende tanden die gepoetst moeten worden en herhaal de manoeuvres van borstelen met behulp van dezelfde techniek. Rond het gehele intergebitsruimte van de mandibula af.			0 1 9
77.	<b>Gelieve je mond nu met een beetje van deze vloeistof te spoelen.</b> Bied de patiënt een kopje met de gekozen spoelvloeistof aan of, in het geval dat hij te zwak is om te drinken uit de beker of in een laterale decubitus ligt, biedt het dan aan met behulp van een rietje. <b>Je kan de vloeistof uit jouw mond in dit bekken verwijderen, a.u.b.</b> Plaats een gebogen nierbekken onder de kin van de patiënt. <b>Spuw het allemaal uit, a.u.b.</b> Voor comateuze patiënten die moeten worden geplaatst in een laterale decubitus, worden spoelvloeistoffen toegediend met behulp van een spuit en verwijderd met het gebruik van een zuig-apparaat. <i>(om bronchoalveolaire aspiratie</i>			0 1 3

	te voorkomen ten gevolge van een verminderd slikreflex die kenmerkend is voor een comateuze toestand). Verwijder het bekken van de patiënt zijn kant en plaats het binnen handbereik.			
78.	Smeer hydrosoluble crème over de patiënt zijn lippen (moisturizer op basis van minerale olie stelt patiënten bloot, in het geval van aspiratie in de longen, aan lipide pneumonie, dus is het gebruik gecontra-indiceerd)			0 1 3
79.	Gebruik speekselvervangende middelen in geval van een droge mond ten gevolge van gebrekkig speekselsecretie deficiënt			0 1 3
80.	Verwijder de gebruikte handschoenen in de niet-scherpe besmettelijke afvalcontainer. Handen wassen.			0 1 3
81.	<b>Het is voor jouw gezondheid belangrijk dat je minstens vier keer per dag, voor maaltijden en bij bedtijd, je tanden poets en minstens één keer per dag flost.</b> <b>Indien tanden poetsen of flossen niet beschikbaar is, spoel dan tenminste krachtig jouw mond met water.</b> <b>Het is niet hetzelfde maar het kan helpen om jouw hygiëne in stand te houden.</b>			0 1 3
82.	Gebruik een alcohol watje om al wrijvend alle meubilaire oppervlakken - die gebruikt zijn bij de procedure - te ontsmetten. Verwijderen eerder gebruikte handschoenen en gooi ze in de niet-scherpe besmettelijke afvalcontainer. Handen wassen.			0 1 3
83.	Vul in het medisch dossier van de patiënt alle details die betrekking hebben tot het realiseren van de procedure, ongevallen, complicaties – indien het geval, datum en tijd.	ESSENTIEEL		
84.	Alle stappen moeten worden genomen voor de veiligheid van de patiënt (aanpassen van het bed op lagere hoogte en til de laterale sponden). Zorg ervoor dat de patiënt persoonlijke voorwerpen (bijv. mobiele telefoon, boek, kruiswoordraadsel enz.), het glas water en de afstandsbediening - voor het bellen van medische hulp - gemakkelijk kan bereiken. Geef details over het medische schema dat gevolgd dient te worden en wanneer de patiënt terug onderzocht zal worden).			0 1 3
<b>Totale score: 300</b>		<input type="radio"/>	onvoldaan criterium	%
		<input type="radio"/>	gedeeltelijk voldaan criterium	%
		<input type="radio"/>	volledig voldaan criterium	%

## Selectieve bronnen

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Centers for Disease Control and Prevention. Overview of CDC Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections. Available at URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Guide/overview.htm>

<http://www.smokingpackyears.com/>

UK Chief Medical Officers Low risk drinking guidelines, August 2016

[www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545937/UK\\_CMOs\\_report.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf)

<http://www.cbsnews.com/news/a-big-problem-with-flossing/>, 2 August 2016

<https://www.youtube.com/watch?v=VVj-3R2Y9Ok>



## **BEDBAD - WAS EEN BEDRIDDEN PATIËNT DOOR WATER EN GEMEENSCHAPPELIJK ZAP**

### **Medische procedure**



**BEDBAD - WAS EEN BEDRIDDEN PATIËNT DOOR WATER EN  
GEMEENSCHAPPELIJK ZAP**

## MEDISCHE PROCEDURE

Huidzorg is essentieel voor het welbevinden van (bedlegerige) palliatieve patienten en vormt een van de hoekstenen van de dagdagelijkse verpleegkundige praktijk. Traditioneel wassen met water en zeep is nog steeds de standaard. Maar het wassen met voorverpakt wegwerpmateriaal, zonder gebruik van water, en dat verwarmd wordt voor gebruik, wint aan belangstelling.

		Concept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
<b>VOORBEREIDING</b>						
1	Raadpleeg het verpleegdossier: <ul style="list-style-type: none"> <li>Raadpleeg de planning voor het toedienen van hygiënische zorgen</li> <li>Ga na of er contra indicaties zijn voor een bedbad of het gebruik van zeep of elk ander gewoon hygiënisch product (bijvoorbeeld allergie voor zeep)</li> <li>Ga na of er katheters of andere materialen aanwezig zijn die het geven van een bedbad bemoeilijken, of die de inzet van extra personeel vereisen om de veiligheid van de patiënt te vrijwaren</li> </ul>					0 4 9
2	Was je handen en doe wegwerphandschoenen aan (enkel in geval van letsels aan de handen van de verpleegkundige of bij een mogelijk besmettelijke patiënt), als onderdeel van standaard voorzorgsmaatregelen.	<i>Standaard voorzorgsmaatregel</i>				0 1 3
3	Verzamel het benodigde materiaal (zie bijlage) en neem het mee naar de kamer van de patiënt	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 5 9
4	Doe het beletsignaal aan en doe de kamerdeur dicht. Voorzie, indien relevant, de nodige privacy om een bedbad te geven (gordijn, scherm, enz.)	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 4 9
5	Doe een snelle controle van vitale functies (bewustzijn, beweging, spreken, ademhaling). Stel jezelf voor en verwoordt wat je komt uitvoeren: <b>Goedendag. Mijn naam is .... Ik ben verpleegkundige en kom u een bedbad geven.</b>	<i>Vitale functies bewaard</i> <input type="checkbox"/> <i>Hartstilstand</i> <input type="checkbox"/> <i>(start basic life support)</i> <i>- start gesprek</i>				0 2 5
6	<b>Wat is uw naam?... Wat is uw geboortedatum? ... Dank u.</b>	<i>Controleer de juistheid van:</i> <i>Naam:</i> <i>Geboortedatum:</i>	ESSENTIEEL			
7	Breng het bed op werkhoogte ( <i>doe de bedsponden omlaag</i> )	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 4 9
8	<b><i>Ik ga u nu wassen</i></b>  <b><i>Is het mogelijk om op uw rug liggen?</i></b>	We leggen uit aan de patiënt WAT WE GAAN DOEN. We vertellen hoe de patiënt kan bijdragen	ESSENTIEEL			

		tot de uitvoering van het bedbad				
<b>UITVOERING</b>						
9	Neem waswater nadat je de patiënt bevraagd hebt omtrent de temperatuur van het water	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
10	Plaats een stoel (indien beschikbaar) aan het voeteneinde van het bed	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
11	Leg de molton aan onder de bovenlaag, verwijder de bovenlaag, plooi deze en leg op de stoel	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Verwijder kledij van de patiënt	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
13	Leg de handdoek van het boventoilet onder het hoofd van de patiënt	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
14	Was en droog de ogen van buiten naar binnen					ESSENTIEEL
15	Was het gezicht, de oorschelpen, achter de oren en de hals. Spoel af in dezelfde volgorde					ESSENTIEEL
16	Plooi de molton naar onder en leg de handdoek op de thorax; was, spoel en droog de thorax en de oksels en plooi de molton terug naar boven.					ESSENTIEEL
17	Leg de handdoek onder de verst verwijderde arm, was, spoel en droog van de bovenarm naar de hand, en tussen de vingers.					ESSENTIEEL
18	Leg de handdoek onder de dichtstbijzijnde arm, was, spoel en droog van de bovenarm naar de hand, en tussen de vingers					ESSENTIEEL
19	Dek het bovenlichaam af met de molton en plooi het onderste deel van de molton tot aan de knieën omhoog	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 4 9
20	Leg de handdoek van het benedentoilet onder het verst verwijderde been, was, spoel en droog van de knie tot de voet en tussen de tenen.					ESSENTIEEL
21	Leg de handdoek onder het dichtstbijzijnde been, was, spoel en droog van de knie tot de voet en tussen de tenen.					ESSENTIEEL
22	Neem vers water; hou rekening met de gewenste temperatuur.	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
23	Plooi de molton naar boven en leg de handdoek over de onderbuik en schaamstreek	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 4 9
24	Ontsmet uw handen, volgens afbeelding gedurende 30 seconden	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3



Bron: [www.2care.be](http://www.2care.be)



25	Doe handschoenen aan	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
26	Zeep het washandje in aan elke zijde	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 5 9
27	Was, spoel en droog: • Bij een vrouw: - eerst de onderbuik (navel) nadien de verst verwijderde dij tot aan de knie, de andere dij en liesplooien, - draai het washandje om en was vulva, spreidt de schaamlippen en was met de ingezepte zijkant de vulvaspleet van boven naar onder • Bij een man: - eerst de onderbuik (navel) nadien de verst verwijderde dij tot de knie, de andere dij en liesplooien, draai het washandje om en was het scrotum en de penis - de voorhuid wordt naar achter geschoven, de eikel meegewassen en na het drogen wordt de voorhuid terug over de eikel geschoven	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 4 9
28	Doe handschoenen uit	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
29	Ontsmet de handen (zie stap 24)	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
30	Zet beide bedsponden omhoog	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
31	Neem opnieuw zuiver water	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 4 9
32	Doe bedsponde aan uw zijde van het bed omlaag en draai de patiënt op zijn/haar zijde in de richting van de bedsponde die omhoog is.	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 2 5
33	Plooi het steeklaken tot tegen de rugzijde van de patiënt	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
34	Leg de handdoek van het boventoeilet ter hoogte van de bovenrug – de handdoek van het benedentoeilet ter hoogte van de stuit.	ESSENTIEEL				
35	Was met het washandje van het boventoeilet ter hoogte van de bovenrug tot in de lenden, spoel en droog	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
36	Ontsmet de handen	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
37	Doe handschoenen aan	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 4 9
38	Zeep het washandje van het benedentoeilet in langs één kant en één zijkant	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
39	Was de onderrug, achterkant van de dijen tot aan de knieholte, trek met de andere hand de bilplooï open en was deze met de ingezepte zijkant van de anus naar boven toe, spoel en droog in dezelfde volgorde	ESSENTIEEL				

40	Doe handschoenen uit	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
41	Ontsmet handen	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
42	Laat patiënt terug draaien, of help de patiënt terug te draaien	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
43	Kleedt de patiënt terug aan en geef hem/haar een zittende (of halfzittende) houding	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
44	Leg de handdoek van het boven toilet achter het hoofd van de patiënt en kam de haren. Neem vervolgens de handdoek weer weg.	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
45	Zet een nierbekken, glas/beker met zuiver water, tandenborstel, tandpasta, scheergerei en een papieren handdoekje op het eettafeltje en schuif dit in bereik van de patiënt. Assisteer de patiënt indien nodig bij het poetsen van de tanden	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
46	Neem het materiaal weer weg en maak de eettafel zuiver/droog en ontsmet.	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>NA ZORG</b>						
47	Installeer de patiënt in een aangename, comfortabele houding	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
48	Plaats het bed terug in laagstand	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 3 6
49	Geef bel (of ander oproepsysteem) binnen handbereik	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
50	Ruim de kamer op, open gordijnen, verwijder schermen	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
51	Doe het beletsignaal weer uit	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
52	Ruim materiaal op in de verpleegpost	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
53	Signeer de uitvoering van het bedbad in het patiëntendossier	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
54	Rapporteer in het patiëntendossier	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 3 6
55	Rapporteer mondeling	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>Total score: 200</b>		<input type="radio"/>	criterium niet behaald	<b>%</b>		
		<input type="radio"/>	criterium gedeeltelijk behaald	<b>%</b>		
		<input type="radio"/>	criterium volledig behaald	<b>%</b>		

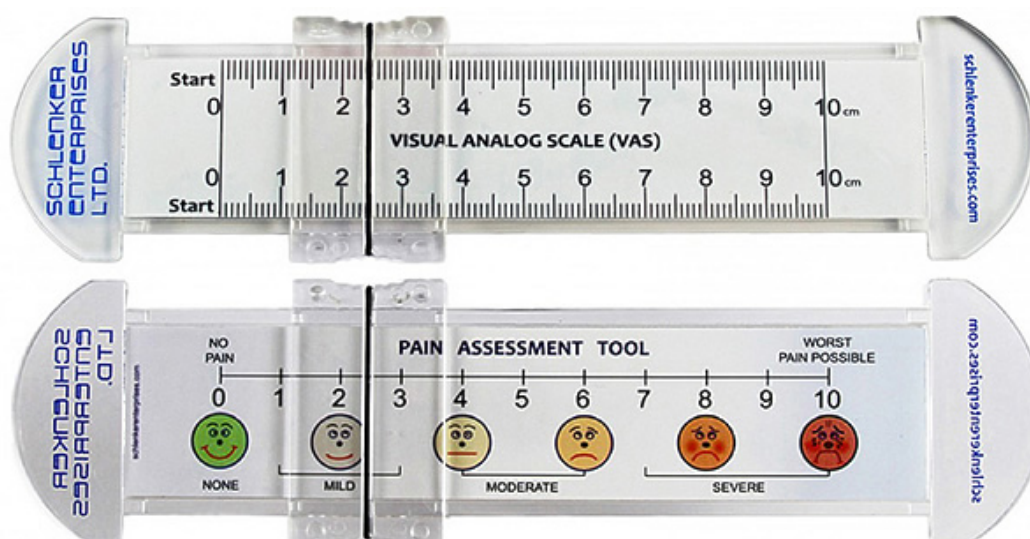
**Wassen zonder water is mogelijk:**

Schoonhoven L, van Gaal B, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. Cost-consequence analysis of “washing without water” for nursing home residents: A cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*. January 2015 52(1):112-120. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001

Nøddeskou LH, Hemmingsen LE, Hørdam, B. Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. June 2015, Vol. 29 Issue 2, p347-352. 6p. DOI: 10.1111/scs.12170.

## PIJN METEN BIJ NORMAAL BEWUSTE EN VOLWASSEN PATIËNTEN AAN DE HAND VAN DE VISUEEL ANALOGE SCHAALE (VAS)




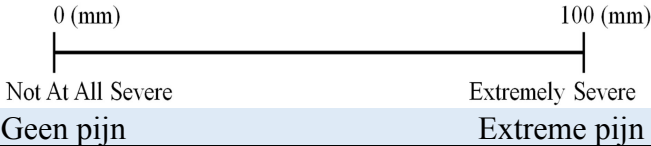
### Medische procedure



PIJN METEN BIJ NORMAAL BEWUSTE EN VOLWASSEN PATIËNTEN  
AAN DE HAND VAN DE VISUEEL ANALOGE SCHAALE (VAS)

## MEDISCHE PROCEDURE

De Visueel Analoge Schaal (VAS) is een een-dimensionele maat voor de pijnintensiteit, die algemeen gebruikt wordt in diverse volwassen patiëntenpopulaties [5].

		Concept				P
<b>VOORBEREIDING</b>						
1	Controleer het patiëntendossier: <ul style="list-style-type: none"> <li>Check vorige screening resultaten</li> <li>Check pijnmedicatie</li> </ul>					0 1 3
2	Was je handen en doe wegwerphandschoenen aan (enkel in geval van letsels aan de handen van de verpleegkundige of bij een mogelijk besmettelijke patiënt), als onderdeel van standaard voorzorgsmaatregelen.	Standaard voorzorgsmaatregelen				0 1 3
3	Doe het beletsignaal aan en doe de kamerdeur dicht. Voorzie, indien relevant, de nodige privacy om wisselhouding te geven (gordijn, scherm, enz.)	JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>				0 1 3
4	Doe een snelle controle van vitale functies (bewustzijn, beweging, spreken, ademhaling). Stel jezelf voor en verwoordt wat je komt uitvoeren: <b>Goedendag. Mijn naam is .... Ik ben verpleegkundige en kom uw pijn meten</b>	Vital functies behouden <input type="checkbox"/> Cardiorespiratoire arrestering <input type="checkbox"/> (Initiatie van medische maatregelen - basis levensonderhoud) - de discussie starten				0 2 5
5	<b>Wat is uw naam?... Wat is uw geboortedatum? ... Dank u.</b>	Conformiteit met de observatievel voor: Naam: <input type="checkbox"/> Geboortedatum: <input type="checkbox"/>	ESSENTIEEL			
6	Indien relevant, breng het bed in werkpositie (aangepaste hoogte) en doe de bedsponden naar beneden	JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>UITVOERING VAN DE PIJNMETING</b>						
8	Explain the VAS-scale: <div style="text-align: center;">  </div>	Wij verklaren aan de patiënt wat we zullen doen Vertel de patiënt wat hij / zij moet doen	ESSENTIEEL			
9	Vraag aan de patient om zijn huidige pijn te scoren op de VAS-schaal	JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>				0 1 3
10	Indien relevant, breng het bed terug in d vorige positive, en doe de bedsponden omhoog.	JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>NAZORG</b>						
11	Geef bel (of ander oproepsysteem) binnen handbereik	JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Doe het beletsignaal weer uit	JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>				0 2



					5
14	Meet de VAS-score met een meetlat, afhankelijk van het plaatselijk gebruik in cm of mm, en documenteer de score in het patiëntendossier.	JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>			0 4 9
15	Indien de meting voor het eerst wordt uitgevoerd, en de score geeft milde pijn (5-44 mm), gemiddelde pijn (45-74 mm) of zeer erge pijn (75-100 mm) aan, verwittig dan onmiddellijk de dienstdoende arts en vraag om pijnbehandeling voor te schrijven. Het is aan te raden dit te communiceren met de SBAR methode	JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>			0 2 5
16	Indien de pijnscores een negatieve evolutie vertonen, verwittig dan onmiddellijk de dienstdoende arts en vraag om het huidige pijnbeleid te herzien. Het is aan te raden om dit te communiceren met de SBAR-methode.	JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>			0 2 5
<b>Total score: 50</b>		<input type="radio"/>	onvoldaan criterium		%
		<input type="radio"/>	gedeeltelijk voldaan criterium		%
		<input type="radio"/>	volledig voldaan criterium		%

### Interpretatie van de VAS score

Hoe hoger de score hoe groter de pijnintensiteit. Gebaseerd op de verdeling van de VAS-scores bij postoperatieve patiënten (knieprothese, hysterectomie, of laparoscopische myomectomie) die de postoperatieve pijnintensiteit beschreven als geen, mild, gemiddeld, of onuitstaanbaar, werden volgende afkappunten voor de VAS-pijnschaal aanbevolen:

Geen pijn (0 – 4 mm), milde pijn (5– 44 mm), gemiddelde pijn (45–74 mm), en onuitstaanbare pijn (75– 100 mm) [4].

## Selectieve bronnen

Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131

Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska and Melissa French. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 2011; Volume 63, Issue Supplement S11: Pages S240–S252. DOI 10.1002/acr.20543

Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *Br J Anaesth*, 2008; 101 (1): 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>

Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *J Pain*, 2003;4:407–14.

McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med* 1988;18:1007–19.



## VOORSCHRIJVEN VAN PIJN MEDICATIE VOLGENS DE WHO-PIJN LADDER

### Medische procedure



## MEDISCHE PROCEDURE

De principes om pijn bij palliatieve patiënten te behandelen worden door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) in een model voorgesteld, de WHO-pijnladder genoemd.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

### VOORBEREIDING

22.	Raadpleeg het medisch dossier van de patiënt: <ul style="list-style-type: none"> <li>Controleer de screeningsresultaten voor pijn</li> <li>Controleer het huidige pijnbeleid</li> <li>Controleer gedocumenteerde allergieën voor medicatie</li> </ul>	ESSENTIEEL
23.	Ontsmet de handen zoals op de afbeelding, gedurende 30 seconden	0 1 3
24.	Doe het beletsignaal aan en doe de kamerdeur dicht. Voorzie, indien relevant, de nodige privacy om de patiënt te onderzoeken ( <i>gordijn, scherm, enz.</i> )	0 1 3
25.	Doe een snelle controle van vitale functies ( <i>bewustzijn, beweging, spreken, ademhaling</i> ). Stel jezelf voor en verwoordt wat je komt uitvoeren: <b>Goedendag. Mijn naam is .... Ik ben uw arts en kom uw pijn meten zodat ik u pijnmedicatie kan voorschrijven</b>	0 1 3
26.	<b>Wat is uw naam?... Wat is uw geboortedatum? ... Dank u.</b>	0 1 3
27.	Indien dit relevant is, breng het bed op werkhoogte (doe de bedsponden omlaag)	0 1 3

### PIJN MEDICATIE VOORSCHRIJVEN

28.	Vraag de patiënt of hij/zij allergisch is aan een medicament, en documenteer dat in het patiëntendossier: <b>Bent u allergisch voor een bepaald medicament? (met reacties zoals roodheid ter hoogte van de huid, jeuk of zwellingen ...)</b>	ESSENTIEEL
29.	Stel vast of de patiënt reeds een opiaat neemt zonder het te beseffen = “opiaat naïeve patiënt”: Vergelijk de antwoorden van de patiënt met de gegevens over de huidige én vroegere pijnmedicatie (als deze er is) in het patiëntendossier. <b>Neemt u enige pijnmedicatie?</b> ( <i>kan een zwak opiaat zijn – Tramadol, Codeine of een sterk opiaat – Morphyne, Metadone, Oxycodone, Fentanyl ...</i> ) Resultaat: <ul style="list-style-type: none"> <li>“Opiaat naïeve patiënt” – ga naar stap 10</li> <li>Niet “Opiaat naïeve patiënt” – ga onmiddellijk naar stap 16</li> </ul>	ESSENTIEEL
30.	Meet de pijnintensiteit bij de patiënt – zie protocol “Pijn meten bij bewuste volwassen patiënten met de Visuele Analoge Schaal”	0 1 3
31.	Plaats de pijnintensiteit in de categorie die overeenkomt met de gemeten lengte op de VAS-schaal (milde, gemiddelde of onuitstaanbare pijn).	0 1 3
32.	Bepaal de gepaste pijnmedicatie die overeenkomt met de pijnintensiteit (zie WGO-pijn ladder): <ul style="list-style-type: none"> <li>Mild: geen opiaat (STAP 1)</li> <li>Gemiddeld: zwak opiaat (STAP 2)</li> </ul>	ESSENTIEEL

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Onuitstaanbaar: sterk opiaat (STAP 3)</li></ul> En schrijf deze voor, rekening houdende met: <ul style="list-style-type: none"><li>- Allergie voor medicatie (zo deze er is)</li><li>- Toedieningsweg</li><li>- nier/lever insufficiëntie (zo deze er is)</li><li>- voorkeuren van de patiënt</li><li>- socio-economische factoren (beschikbaarheid medicatie, prijs ...)</li><li>- maximale dagelijkse dosis (behalve voor sterke opiaten; deze kennen geen maximale dagelijkse dosis, maar wel een optimale dosis</li><li>– bijvoorbeeld: zie bijgevoegd algoritme voor het starten van orale Morfine behandeling)</li></ul>	
33.	Monitor de patient zorgvuldig! <i>(observeer tekens van sedatie, andere nevenverschijnselen, meet de pijn-intensiteit)</i> en pas de opiatenbehandeling overeenkomstig aan: <ul style="list-style-type: none"><li>• Als de eerste dosis/dosissen van een opiaat intense sedatie veroorzaakt – verminder dan de dosis met 50% en maak een tragere verdunning.</li><li>• Als de eerste dosis/dosissen van een opiaat geen pijnstilling geeft, verhoog de volgende dosis dan met 50%.</li></ul> Normale opbouw van dagelijkse dosis voor een opiaat (30-50-100%) om optimale pijnstilling te bekomen.	ESSENTIEEL
34.	Schrijf medicatie voor om de nevenverschijnselen van de pijnmedicatie aan te pakken! <i>(zoals: anti-emetica, laxativa ...)</i>	ESSENTIEEL
35.	Je kan analgetica combineren volgens de WHO-ladder: <ul style="list-style-type: none"><li>• STAP 1 + STAP 2</li><li>• STAP 1 + STAP 3</li><li>• COANALGETICA + elke STEP</li></ul> Geef NOOIT: STAP 2 + STAP 3	ESSENTIEEL
36.	Niet-“Opiaat naïeve” patiënt: Controleer huidige medicatie: type, dosis, frequentie en toedieningsweg; meet de patient zijn/haar pijn en pas dit aan aan de toestand van de patiënt: (bijvoorbeeld: schakel over van orale toediening naar subcutane toediening bij nausea/braken of totale dysphagie)	0 1 3
37.	Meet de pijnintensiteit en pas de medicatie overeenkomstig aan: verhoog de dosis voor niet-opiaten en zwakke opiaten tot de maximale dagelijkse dosis (voor STAP 1 en STAP 2) <ul style="list-style-type: none"><li>• Schakel van STAP 2 naar sterke opiaten (STAP 3) bij onbeheersbare pijn – met gebruik van conversietabellen voor opiaten</li><li>• Wissel sterke opiaten af (STAP 3) bij niet-beheersbare pijn</li></ul>	ESSENTIEEL
38.	Schrijf medicatie voor om de nevenverschijnselen aan te pakken! <i>(zoals: anti-emetica, laxativa ...)</i>	ESSENTIEEL
39.	Monitor de patient zorgvuldig! <i>(observeer tekens van sedatie, andere nevenverschijnselen, meet de pijn-intensiteit)</i> en pas de opiatenbehandeling overeenkomstig aan: <ul style="list-style-type: none"><li>• Als de eerste dosis/dosissen van een opiaat intense sedatie</li></ul>	ESSENTIEEL



	<p>veroorzaakt – verminder dan de dosis met 50% en maak een tragere verdunning.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Als de eerste dosis/dosissen van een opiaat geen pijnstilling geeft, verhoog de volgende dosis dan met 50%.</li> </ul> <p>Normale opbouw van dagelijkse dosis voor een opiaat (30-50-100%) om optimale pijnstilling te bekomen.</p>	
40.	<p>Je kan analgetica combineren volgens de WHO-ladder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>STAP 1 + STAP 2</li> <li>STAP 1 + STAP 3</li> <li>COANALGETICA + elke STEP</li> </ul> <p>Geef NOOIT: STAP 2 + STAP 3</p>	ESSENTIEEL
<b>MONITORING PAIN TREATMENT</b>		
41.	<p>Herhaal de pijnmetingen en bepaal de toestand van de patient en pas de pijnmedicatie overeenkomstig aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Per uur/of meerdere keren/dag – bij startbehandeling opiaat of voor onbeheersbare pijn – tot stabiele pijnbeheersing bekomen wordt</li> <li>Dagelijks – bij gehospitalizeerde patiënten</li> <li>Wekelijks/maandelijks – bij patiënten in ambulante zorg/of thuiszorg/of stabiele patiënten</li> </ul> <p>Of telkens wanneer het nodig blijkt (onverwachte situaties; administratieve kwesties – gebrek aan medicatie,...)</p>	0 1 3
42.	<p>Eenmaal stabiele pijnbeheersing bekomen werd met een opiaat behandeling, schrijf dan medicatie voor (bij voorkeur hetzelfde opiaat):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>snel vrijkomende vormen - voor “doorbraak” pijn: 1/6 van de (totale) dagelijkse dosis van het opiaat -</li> <li>traag vrijkomende vormen – als lange termijn/chronische medicatie – indien mogelijk</li> </ul>	0 1 3
<b>Total score: 30</b>		
	<input type="radio"/>	criterium niet behaald
	<input type="radio"/>	criterium gedeeltelijk behaald
	<input type="radio"/>	criterium volledig behaald

#### Algoritme voor het starten van orale Morfine behandeling:

Leeftijd	Nierfunctie	Dosis
< 65	Normaal	10 mg om de 4 uren
> 65	Normaal	5 mg om de 4 uren
< 65	Laag	10 mg om de 6-8 uren
> 65	Laag	5 mg om de 6-8 uren



## PROFESSIONEELL BURNOUT SYNDROOM

Medische procedure



## MEDISCHE PROCEDURE

Gevolg van chronische blootstelling aan werk gerelateerde stress (lijdende personen, kritische / stervende patiënten) gemanifesteerd als een empathische reactie van overweldigende uitputting, gevoelens van incompetentie en zelftwijfel, samen met het verlies van interesse voor de uitoefening van beroepsactiviteiten.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Goede morgen/namiddag. Mijn naam is.... Ik ben jouw arts/verpleegkundige				0 2 5
2.	Kan je me jouw naam vertellen, a.u.b. .... En jouw geboortedatum ..... Bedankt.	ESSENTIEEL			
3.	Zorg voor een private onderzoeksomgeving ( <i>bureau/kamer met een stil, kalme omgeving, zonder afleidingen / gepersonaliseerd huis etc.</i> ) <b>Wat we moeten doen is vaststellen of jouw professioneel werkomgeving een oorzaak is voor een burn-out bij jou en jouw collega's (wat we gaan doen)</b>				0 1 3
4.	Deze evaluatie zal zich richten op drie hoofdstappen: beoordeling van de aanwezigheid van persoonlijke en/of beroepsbekwaamheid risicofactoren voor het ontwikkelen van burn-out syndroom, voltooiing van de professionele kwaliteit van het leven vragenlijst (PROQOL) om het kwantificeren van de negatieve gevolgen van de burn-out syndroom en het vinden van mogelijke debriefing burn-out strategieën ( <i>waar de evaluatie uit bestaat</i> )				0 2 5
5.	Het is erg belangrijk dat je ontspannen en kalm blijft tijdens de evaluatie. Antwoord a.u.b. met alle echtheid. Er zijn geen onjuiste antwoorden. Bij twijfel, voel je vrij om vragen te stellen. Je mag ten alle tijden je weerhouden en je mag vragen die je liever niet beantwoord overslaan. ( <i>hoe bedragen tot de evaluatie</i> )				0 1 3
6.	Alvorens verder te gaan, dien je ervan verzekerd te zijn dat alle informatie die je voorziet confidentieel blijft. We zullen jouw persoonlijke informatie niet zonder jouw toestemming aan de derden doorgeven.				0 1 3
7.	Ga je akkoord met dit gedeelte van deze evaluatie?	ESSENTIEEL			
8.	Beoordeel zorgverlener's professionele conditie <b>Wat is jouw functie? Wat is de specialiteit van de medische eenheid waar je je activiteit in uitvoert? Korte beschrijving van uw taken en verantwoordelijkheden in je huidige job. Hoeveel jaren werk je in jouw huidige positie? Jouw vorige banen vormden deel van hetzelfde medisch specialisme?</b>				0 4 9
9.	Heb jij een tijdelijk of een vast werkcontract?				0 1 3
10.	Hoeveel uur werk je per week? </> 40-uur werkweek?				0 2 5
11.	Hoeveel patiënten verzorg je normaal (per shift/week)?				0 2 5
12.	Ben je tevreden met je huidige werkverantwoordelijkheden?				0 1 3

13.	Hoe tevreden ben je tot hiertoe over jouw prestaties op het werk?			0 1 3
14.	Wat vind je het meest frustrerend op jouw werk/over je werk? Kan je me een voorbeeld geven?			0 1 3
15.	Ben je bekend met de term van 'secundaire traumatische stress'? Hoeveel voel je je getroffen door de medische toestand van patiënten? Verduidelijk a.u.b. één situatie			0 4 9
16.	Ben je tevreden met je huidige loon?			0 3 6
17.	Vind je dat jouw teamgenoten/collega's jou ondersteunen?			0 1 3
18.	Is er iets dat je op jouw werk zou willen veranderen?			0 1 3
19.	Beoordeel zorgverleners persoonlijke conditie ( <i>burgerlijke stand, aantal kinderen, tijdstip van laatste vakantie – de impact van het burn-outsyndroom op het persoonlijke leven wordt in verband gebracht met deze aspecten</i> ) Ben je getrouwd/gescheiden/weduw(e)? Indien getrouwd, hoelang?			0 1 3
20.	Heb je kinderen? Hoeveel? Heb je iemand die jou helpt met jouw kind (kinderen)?			0 1 3
21.	Vind je dat jouw job jouw tijd met jouw familie negatie beïnvloed?			0 2 5
22.	Hoeveel uren slaap je per nacht? Is er iets/iemand dat jou constant onderbreekt in jouw slaap? Wordt je uitgerust wakker?			0 1 9
23.	Vind je dat je een gezond eetpatroon hebt? Komt werk tussen in jouw tijdstip van maaltijden?			0 1 3
24.	Vormen jouw vrienden en kennissen een actieve deel in jouw huidig leven? Vind je tijd om met hen af te spreken?			0 1 3
25.	Wanneer was jouw laatste vakantie?			0 1 3
26.	Wat doe je om jezelf af te leiden van het werk? Kan je me enkele voorbeelden geven, a.u.b.?			0 1 3
27.	Kan je me voorbeelden geven van dagelijkse stressvolle situaties/condities die niet aan jouw werk gerelateerd zijn?			0 1 3
28.	Heb je je al ooit depressief of niet gemotiveerd gevoeld?			0 1 3
29.	Teneinde de aanwezigheid van elementen van de burn-out wordt u enkele vragen gesteld, ze maken allemaal deel uit van de professionele kwaliteit van het leven vragenlijst (PROQOL)	ESSENTIEEL		
30.	Deze vragenlijst zal drie hoofdkenmerken beoordelen: mededogen tevredenheid, burn-out en secundaire traumatische stress			0 4 9
31.	Al de drie karakteristieken reflecteren de impact van stressvolle en kritische situaties die je misschien tegenkomt op het werk			0 1 3
32.	Je dient één enkel antwoord van 5 mogelijkheden te selecteren, datgene dat het meeste op jouw dagelijkse werkomgeving van toepassing is			0 1 3
33.	Elk antwoord zal als volgt genoteerd worden: Nooit – 1 punt, Zelden			0 1

	– 2 punten, Soms – 3 punten, Vaak – 4 punten, Heel vaak – 5 punten			3
34.	Selecteer het cijfer dat eerlijk weerspiegelt hoe vaak je de situaties in de vragenlijst in de afgelopen 30 dagen ervaren hebt			0 1 3
35.	Je hebt 15 minuten om de vragenlijst te voltooien			0 1 3
36.	Wil je me iets anders vragen betreffend deze evaluatie?	ESSENTIEEL		
37.	Veel succes: ik kom binnen 15 minuten terug. Nadat je de vragenlijst hebt voltooid, zullen we de totale score berekenen en geven we jou het finale resultaat in ongeveer 10 minuten.	ESSENTIEEL		
38.	Dank je voor jouw deelname aan deze evaluatie. Jouw antwoorden zijn zeer waardevol in onze inspanningen ter verbetering van het beheer van personen die een risico op het ontwikkelen van burn-out hebben.	ESSENTIEEL		
39.	Als het scoren de aanwezigheid van burn-out bevestigt, zet de evaluatie verder en beoordeel kort bestaande medische pathologische condities die verantwoordelijk zijn voor klinische manifestaties vergelijkbaar met burn-out Volg je een specifieke behandeling? Zo ja, gelieve de naam van de medicatie te zeggen			0 4 9
40.	Beoordelingen van debriefing burn-out strategieën Geloof je dat je hulp nodig hebt om de effecten van jouw werk gerelateerde stress onder controle te houden? Wat geloof je dat het meest efficiënt zou zijn?			0 1 6
41.	Zou je een zinvol gesprek met collega's in vergelijkbare situaties/psychologen overwegen? Ben je een gelovige persoon?			0 2 5
42.	Welke vorm van remedies heb je gebruikt om met stressvolle ervaringen om te gaan?			0 1 6
43.	Het vinden van efficiënte technieken voor het verbeteren van de communicatievaardigheden tussen teamleden of tussen zorgverleners en patiënt(en) Vind je nuttige communicatievaardigheden training cursussen en seminars?			0 1 3
44.	Vermijd tijd-vretende activiteiten en prioriteer taken volgens hun belangrijkheid. Hoe vaak ben tijdens de dagelijkse activiteiten onderbroken? Hoe beïnvloedt dit de kwaliteit van jouw werk?			0 4 9
45.	Maatregelen voor de verbetering van iemands lichamelijke en geestelijke gezondheid (kwaliteit van de slaap, sociale activiteiten, lichaamsbeweging en gezonde eetgewoonten)			0 4 9
46.	Dank u voor uw deelname aan deze evaluatie. Uw antwoorden zijn zeer waardevol in onze inspanningen ter verbetering van het beheer van personen die burn-out ontwikkelen.	ESSENTIEEL		
Totale score: 180		<input type="radio"/>	onvoldaan criterium	%
		<input type="radio"/>	gedeeltelijk voldaan criterium	%
		<input type="radio"/>	volledig voldaan criterium	%

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, 2001 *Job Burnout* Annu. Rev. Psychol. 52:397–422  
Professional Quality of Life Scale (PROQOL), Compassion Satisfaction and Compassion fatigue (PROQOL)  
Version 5 (2009). Available at URL: [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_English\\_Self-Score\\_3-2012.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf)





## **ZORG MET BETREKKING TOT HET EINDE VAN HET LEVEN – DISCUSSIE OVER (PLAATS VAN ZORG, AGRESSEIVE BEHANDELING, DNR)**

### **Medische procedure**



## MEDISCHE PROCEDURE

Zorgplanning is een van de belangrijkste aspecten bij het einde van de zorg voor patiënten, familieleden en zorgverleners. Deze procedure draagt bij tot het respecteren van de wensen en vrijheid van de patiënt en reageert op de behoeften van de verzorger.		<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	P
1.	Ga binnen en stel jezelf opgeleid en vriendelijk voor: “ <b>Goede morgen. Hoe voel je je vandaag? (geef tijd om te antwoorden)</b> <b>Zou je het erg vinden als we even praten?</b>		0 1 3
2.	Zorg voor een private, comfortabele ruimte voor het interview.		0 1 3
3.	Let speciaal op non-verbale communicatie tijdens het interview: verwijder fysieke barrières, probeer op dezelfde hoogte te blijven als de patiënt. Als er andere personen zijn, zorg voor een open communicatieruimte door comfortabele stoelen in een cirkel te plaatsen.		0 1 3
4.	Vraag hoe de patiënt zich voelt: <b>heb je pijn, klachten of specifieke zorgen?</b>		0 1 4
5.	<b>Vraag de patiënt of hij vragen omtrent zijn ziekte, behandelplan of algemene prognose heeft</b> (bijvoorbeeld wat zijn jouw plannen na ontslag?)		0 1 3
6.	<b>Gebruik empathische en deliberatieve communicatie.</b>		0 1 3
7.	<b>Pas jouw taalgebruik aan naargelang het sociale, culturele en educatieve niveau van de patiënt, terwijl je ware en begrijpbare boodschappen geeft.</b>		0 1 3
8.	<b>Leg de doelen van het interview uit:</b> ‘Ik wil vandaag graag over jouw toekomstig behandelplan praten ...’ <b>Betrek de patiënt bij het beslissingsproces:</b> ‘Zoals je weet, is het voor ons erg belangrijk dat we jouw opinie en voorkeuren weten zodat we samen de beste beslissing kunnen maken. Ben je akkoord?’	ESSENTIEEL	
9.	<b>Informeer de patiënt over welke diagnose mogelijkheden en behandelopties er vanaf nu beschikbaar (kunnen) zijn of welke niet.</b>		0 1 3
10.	<b>Vraag de patiënt welke vorm van zorg hij wil, gezien de huidige situatie/diagnose/omstandigheden.</b>		0 1 3
11.	Indien relevant: <b>de patiënt vragen waar hij graag - vanaf nu - verzorgd wil worden - thuiszorg, de palliatieve zorg eenheid, instelling,...-</b>		0 1 5

12	Geef tijd voor vragen van de patiënt zijn kant uit.			0 1 3
13	<b>Informeer over de mogelijkheid van het verklaren van zijn voorkeuren van zorg in een schriftelijk document (geavanceerde richtlijnen) dat gebruikt kan worden in het geval dat hij niet langer kan spreken of zijn wensen kan uitdrukken</b> (bijvoorbeeld met betrekking tot zijn keuze over DNR of opname op een intensieve éénheid)	<b>ESSENTIEEL</b>		
14	Geef - indien nodig - tijd, ook bij stiltes. Vraag de patiënt of hij graag meer tijd heeft om erover na te denken of om andere familieleden te consulteren over deze kwesties. Let op continue communicatie (oogcontact, empathie tonen, begrip en respect naar de patiënt zijn noden of visies)			0 1 3
15	Vraag de patiënt of hij graag de informatie met iemand anders wil delen (bijvoorbeeld iemand die nog niet in de kamer is)			0 1 5
16	<b>Toon dispositie</b> voor verder onderzoek, en licht de patiënt in hoe hij jou terug kan contacteren. <b>De patiënt moet de continuïteit van de zorg zien.</b>			0 1 3
17	Recapituleer de belangrijkste kwesties met betrekking tot het toekomstige zorgplan van de patiënt. Hij moet zien dat de situatie serieus en professioneel wordt aangepakt.			0 1 5
18	Evalueer de emotionele status na het interview: hoe voel je je nu? <b>Vraag nogmaals of de patiënt laatste vragen of zorgen heeft.</b>			0 1 5
19	Verlaat vriendelijk de ruimte.			0 1 3
<b>Total score: 60</b>		<input type="radio"/>	onvoldaan criterium	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	gedeeltelijk voldaan criterium	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	volledig voldaan criterium	<b>%</b>

### **Referenties:**

Thomas K, Lobo B. Advance care planning in end of life care. Oxford University Press, 2010

Randall F, Downie R. End of life choices. Oxford University Press, 2009



## TERMINALE FASE – MANAGEMENT

### Medische procedure





## MEDISCHE PROCEDURE

Hoewel niet beschouwd als een nauwkeurige diagnose, kan het einde van het leven (onder 7 dagen nog te leven) worden geïdentificeerd met hoge waarschijnlijkheid in het proces van medisch toezicht op patiënten. In een dergelijke situatie, zijn de belangrijkste medische zorg verzekerd op een multidisciplinaire manier: bieden van patiëntcomfort (persoonlijke hygiëne, controle van pijn en respiratoire nood) en het behoud van zijn waardigheid en zelf waardering (bevordering van een perspectief om controle te houden, zelfs al zijn de keuzen beperkt en verliest aanvaard moet worden), tot een minimum beperken van depressie, eenzaamheid en angst

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Beoordelen van de toestand van de patiënt ( <i>bewustzijn, bewegingen, spraak, ademhaling</i> ): vitale functies behouden; <i>cardiopulmonale arrestatie (zo ja, gaat u verder met cardiorespiratoire protocol)</i> <b>Goede morgen/namiddag. Mijn naam is.... Ik ben jouw arts/verpleegkundige</b>				0 2 5
2.	<b>Kan je me jouw naam vertellen, a.u.b. .... En jouw geboortedatum .....</b> <b>Bedankt.</b> ( <i>Dit wordt gedaan om te voorkomen dat je de procedure uitvoert op de verkeerde patiënt omdat er mogelijk meerdere patiënten met dezelfde naam zijn. Ook vraag je bijvoorbeeld niet "Ben jij Mr Smith?" om te voorkomen dat je een valse bevestiging ontvangt van patiënten die afgeleid zijn door hun symptomen of andere redenen</i> ). Of, vooral bij patiënten met moeilijk communicatie (verward, comateuze, etc.) controleer je de conformiteit tussen de gegevens van het observatieblad en het identificatiebandje (indien deze op de pols van de patiënt bestaat) in termen van identiteit van de patiënt.	ESSENTIEEL			
3.	Evalueer de patiënt zijn spraakvaardigheden ( <i>zwakte en moeilijk ademen geassocieerd met de moeite om te spreken geeft naderende klinische dood aan</i> )				0 1 3
4.	Inspecteer de patiënt zijn huid op vlekken en de ledematen op cyanose en kou ( <i>vertraging van de circulatie geeft naderende klinische dood aan</i> )				0 1 3
5.	Als ze niet onlangs geëvalueerd zijn: BP meting, polsoxymetrie, thermometrie: BP... mmHg, SaO2... %, T... ° C. ( <i>een zwakke pols, een lage bloeddruk en een verminderde oxygenatie geeft naderende klinische dood aan</i> ). Dien zuurstof toe indien SaO2 lager is dan 89% ( <i>het behoud van een goede oxygenatie niveau kan symptomen minderen – bijv. agitatie</i> ) – verwijst naar de procedure van oxygenotherapie				0 1 3
6.	Evalueer de patiënt zijn ademhalingen ( <i>oppervlakkige ademhalingen/ onregelmatig / luidruchtige ademhalingen - doodsreutel - geeft naderende klinische dood aan</i> )				0 1 3
7.	<b>Vind je ademen moeilijk?</b> ( <i>positioneer de patiënt in een rechtopzittende houding in bed – Fowler, maakt het ademen gemakkelijker, positioneer hem op een zijde – laterale decubitus, voorkeur voor graduele drainage van orale secreties uit het lichaam in plaats van aspiratie in de longen</i> )				0 1 3
8.	Evalueer het orale gebied in termen van aanwezigheid van slijmvliesen ( <i>een indirect teken voor mondademhaling dat naderende klinische dood aangeeft</i> )				0 1 3
9.	<b>Houden jouw ademhalingsmoeilijkheden verband met overvloedige afscheidingen die je kan verkiezen om je ervan te ontdoen?</b> ( <i>inspanningen van hydratatie en voeding van een patiënt in deze einde-van-leven-periode kan leiden tot verlies van kwaliteit van leven als gevolg van buitensporige bronchiale secreties en anorexia gekoppeld aan terminal fasen van het leven is in feite een beschermend mechanisme</i> ). <b>We kunnen proberen om ze mechanisch uit je mond, keel te verwijderen met behulp van aspiratiesondes, of we kunnen proberen om te je atropine of soortgelijke stoffen die afscheidingen uitdrogen toe te dienen.</b>				0 1 3

10.	<b>Heb je graag dat we een raam openen of de kamer ventileren om de lucht een beetje te verfrissen?</b> <i>(deze simpele interventies kan de kwaliteit van het leven van een patiënt met respiratoire problemen in zijn eind-van-leven-periode verbeteren).</i>			0 1 3
11.	Evalueer de patiënt zijn beschikbaarheid en capaciteit voor lichaamsbewegingen in bed <i>(verminderde bewegingen geeft naderende klinische dood aan)</i>			0 1 3
12.	Zorg ervoor dat ten minste om de twee uur interval de patiënt zijn positie in bed wijzigt, door hemzelf of met medische hulp. <i>(om te voorkomen dat er drukwonden ontwikkelen)</i> - verwijzen naar de procedure van transfer tussen verschillende posities van de patiënt in bed. Indien mogelijk, zorg ervoor dat de patiënt wandelingen in de kamer maakt of transfer / buiten loopt - verwijzen naar de procedure voor ambulante patiënten.			0 1 3
13.	Evalueer slikproces tijdens eten van vast voedsel of drinkbare vloeistoffen <i>(slikstoornissen geeft naderende klinische dood aan)</i>			0 1 3
14.	Evalueer de aanwezigheid van spijsverteringsproblemen zoals misselijkheid, verlies van eetlust, constipatie, abdominale uitzetting <i>(aanwezigheid van dergelijke manifestaties geeft naderende klinische dood aan)</i>			0 1 3
15.	Voorzie voedingscomfort voor de patiënt <i>(door hem het gewenste voedsel aan te bieden, het tegengaan van misselijkheid met anti-emetica indien nodig)</i> - verwijzen naar de procedure van patiëntennutritie. Voorzie familiecomfort met betrekking tot voeding van de patiënt.			0 1 3
16.	Evalueer of er urine of faeces verlies is <i>(anale incontinentie of urinaire sfincters geeft naderende klinische dood aan)</i>			0 1 3
17.	<b>We kunnen jou helpen met persoonlijke hygiëne, indien je dit wenst. Laat ons a.u.b. weten wanneer in de dag het beste is om jou in bad te zetten.</b>			0 1 3
18.	<b>Wanneer je 'dit is het moment' overweegt, vertel het ons en wij zullen je helpen om een goede hygiëne te handhaven. -verwijzen naar de procedures om patiënt in bad te zetten, mondverzorging, uiterlijke verzorging, vervanging beddengoed, wond management</b>			0 1 3
19.	Evalueer aanwezigheid van sensorische stoornissen			0 1 3
20.	Evalueer patiënt zijn culturele en religieuze aanhorigheid <i>(deze aspecten kunnen oriënteren op: wie de meest geaccepteerde persoon is die over de medische toestand van de patiënt wordt geïnformeerd, die daarna geleidelijk ook de patiënt en andere familieleden kan informeren, bijzonderheden van het rouwende proces; overtuigingen over begravenis / crematie, verlengen van leven door middel van medische hulpmiddelen, lijkschouwing, orgaandonatie, last rituelen praktijken)</i>			0 1 3
21.	Zoeken naar wettelijke documenten met instructies eerder uitgewerkt door de patiënt betreffende het einde van het leven management. Plaats een kopie van deze instructies in het observatieblad van de patiënt, bereikbaar voor ander gezondheidszorgmedewerkers.			0 1 3
22.	<b>Heb je een eerdere ervaring met iemand - dichtbij jou - die sterft?</b> <i>(vraag familieleden van de patiënt of naasten deze aspecten kan bruikbaar zijn in het optimaliseren van hun ondersteuning tijdens de patiënt zijn einde-van-het-leven-periode)</i>			0 1 3
23.	<b>Heb je enige vragen betreffende wat er tijdens deze periode zal gebeuren of op het moment van jouw naaste zijn sterfte?</b> <i>(vraag familieleden van de patiënt of naasten deze aspecten kan bruikbaar zijn in het optimaliseren van hun ondersteuning tijdens de patiënt zijn einde-van-het-leven-periode)</i>			0 1 3
24.	<b>Misschien overweeg je om vaarwel te zeggen tegen .....? Hoe stel je dit gebeuren voor?</b> <i>(vraag familieleden van de patiënt of naasten deze aspecten kan</i>			0 1 3

	bruikbaar zijn in het optimaliseren van hun ondersteuning tijdens de patiënt zijn einde-van-het-leven-periode)			
25.	<b>Heb je tijdens deze moeilijke periode jezelf kunnen verzorgen? Heb je in deze moeilijke tijd iemand beschikbaar om je te helpen?</b> (vraag familieleden van de patiënt of naasten deze aspecten kan bruikbaar zijn in het optimaliseren van hun ondersteuning tijdens de patiënt zijn einde-van-het-leven-periode)			0 1 3
26.	<b>Zijn er in jouw familie specifieke rituelen die je als belangrijk overweegt zodat we er nota van kunnen nemen? Kan je een persoon delegeren die in staat is om voor alle gewenste aspecten - die betrekking hebben op de gewenste rituelen - te zorgen?</b> (vraag familieleden van de patiënt of naasten deze aspecten kan bruikbaar zijn in het optimaliseren van hun ondersteuning tijdens de patiënt zijn einde-van-het-leven-periode)			0 1 3
27.	<b>Vertel ons a.u.b. wanneer je bezoek van je naasten wenst te ontvangen en door wie specifiek. Indien gewenst, kunnen we bezoek van jouw huisdier regelen.</b> (vraag patiënten om keuzes te maken om hen beslissingsmacht te geven, beetje verlies van controle terug te herstellen en door zijn waardigheid terug te versterken)			0 1 3
28.	<b>Waar vind je het beste dat jouw zorg plaatsvindt? Huis, ziekenhuis, hospice? Het is aan jou om te beslissen als je het overweegt.</b>			0 1 3
29.	<b>Plaats jezelf op dezelfde ooghoogte met de patiënt en op een afstand binnen handbereik. Je lijkt bezet. Wil je erover praten? Ik zou graag jouw zorgen beter begrijpen om je te kunnen helpen.</b>			0 1 3
30.	<b>Wat weet je over jouw medische gezondheid? Ben je geïnteresseerd om dit verder met mij of met iemand anders te bespreken?</b>			0 1 3
31.	<b>Heb je een speciaal testament waar wij of iemand anders van de naasten bij kunnen helpen? Heb je sommige prioriteiten bepaald die je wenst te behandelen?</b> (vraag patiënt over prioriteiten, help hem de zin van het einde- van-leven-periode te vinden, zijn waardigheid versterken)			0 1 3
32.	<b>We kunnen jou helpen om de pijn te beheersen, indien gewenst. Vertel ons a.u.b. wanneer je pijn voelt en we zullen jou de adequate behandeling geven.</b> - verwijzen naar de procedure van pijnbeheersing - (pijncontrole helpt hem om comfortabeler te zijn met zijn einde van leven conditie, zijn waardigheid versterken)			0 1 3
33.	<b>Vul in het medisch dossier van de patiënt alle details die betrekking hebben tot het realiseren van de procedure, ongevallen, complicaties – indien het geval, volume en aspect (kleur, helderheid etc.) van urineverlies, datum en tijdstip.</b>	ESSENTIEEL		
34.	<b>Alle stappen moeten worden genomen voor de veiligheid van de patiënt (aanpassen van het bed op lagere hoogte en til de laterale sponen). Zorg ervoor dat de patiënt persoonlijke voorwerpen (bijv. mobiele telefoon, boek, kruiswoordraadsel enz.), het glas water en de afstandsbediening - voor het bellen van medische hulp - gemakkelijk kan bereiken. Geef details over het medische schema dat gevolgd dient te worden en wanneer de patiënt terug onderzocht zal worden).</b>			0 1 5
<b>Totale score: 300</b>		<input type="radio"/>	onvoldaan criterium	%
		<input type="radio"/>	gedeeltelijk voldaan criterium	%
		<input type="radio"/>	volledig voldaan criterium	%

#### Selectieve bronnen

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## PREVENTIE VAN DOORLIGWONDEN - WISSELHOUDING




### Medische procedure



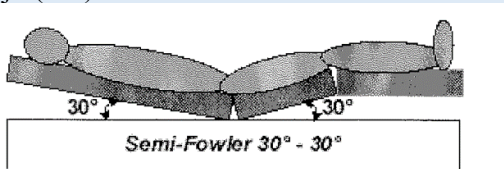
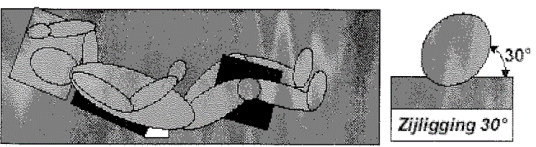
## MEDISCHE PROCEDURE

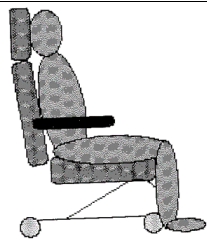

Preventie van doorligwonden is essentieel voor het welbevinden van (bedlegerige) palliatieve patiënten en is een van de hoekstenen van de dagelijkse verpleegkundige zorgverlening. Effectieve preventie is gericht op de oorzaken van doorligwonden: druk en schuifkrachten. Dit leidt tot vier algemene principes van preventie:

- Preventie door vermindering van druk en schuifkrachten
- Preventie door vermindering van de duur van de druk en schuifkrachten
- Toepassen van drukverdelende materialen en hulpmiddelen
- Voeding en hydratatie

	Concept				P
<b>PREPARATION</b>					
1	Raadpleeg het dossier van de patiënt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controleer het risico op doorligwonden: scores van de BRADEN-schaal of NORTON schaal <sup>1</sup></li> <li>• Raadpleeg de geplande tijdstippen voor wisselhouding</li> <li>• Ga na of er contra-indicaties zijn om wisselhouding toe te passen</li> <li>• Ga na of er katheters of andere materialen aanwezig zijn die het geven van wisselhouding bemoeilijken, of die de inzet van extra personeel vereisen om de veiligheid van de patiënt te vrijwaren</li> </ul>				0 4 9
2	Was je handen en doe wegwerphandschoenen aan ( <i>enkel in geval van letsels aan de handen van de verpleegkundige of bij een mogelijk besmettelijke patiënt</i> ), als onderdeel van standaard voorzorgsmaatregelen.	<i>standaard voorzorgsmaatregel</i>			0 2 5
3	Doe het beletsignaal aan en doe de kamerdeur dicht. Voorzie, indien relevant, de nodige privacy om wisselhouding te geven ( <i>gordijn, scherm, enz.</i> )	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>			0 2 5
4	Doe een snelle controle van vitale functies ( <i>bewustzijn, beweging, spreken, ademhaling</i> ). Stel jezelf voor en verwoordt wat je komt uitvoeren: <b>Goedendag. Mijn naam is .... Ik ben verpleegkundige en kom u wisselhouding geven in bed (of in de zetel).</b>	<i>Vitale functies bewaard Hartstilstand (start basic life support) - start gesprek</i>			0 2 5
5	<b><i>Wat is uw naam?... Wat is uw geboortedatum? Dank u.</i></b>		ESSENTIEEL		
6	Breng het bed in werkpositie (aangepaste hoogte) en doe de bedsponden naar beneden	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>			0 1 3
8	<b><i>Ik ga u nu in een andere positie/houding leggen om drukletsels te voorkomen</i></b> wisselhouding dient om de 2 uur plaats te vinden. Wisselhouding is echter zinvol indien deze stipt wordt toegepast, dag en nacht, zeven dagen per week! <i>We explain to the patient WHAT WE WILL DO</i> <i>We leggen uit aan de patiënt WAT WE GAAN DOEN.</i> <i>We vertellen hoe de patiënt kan BIJDRAGEN tot de uitvoering van de wisselhouding</i>				0 2 5



UITVOERING VAN WISSELHOUDING IN BED			
9a	<p>Wisselhouding moet gecombineerd worden met lichaamshoudingen waarin de druk zo laag mogelijk is. In praktijk wil dit zeggen dat men best zo veel mogelijk rugligging kan inbouwen en zo weinig mogelijk zijligging.<sup>2</sup></p> <p>Vermijd zeker houdingen die de druk verhogen, zoals de 90° zijlig of de half zittende houding in bed. Dit verhoogd immers de druk<sup>3</sup></p> <p><b>Patiënt in rugligging brengen:</b></p> <p>Vermijd dat het hoofdeinde van het bed hoger dan 30° geplaatst wordt en dat het individu onderuitzakt bij het rechtop zitten in bed. De beste houding in rugligging is daarom de <b>semi-fowlerhouding</b>. Plaats hierbij het hoofdeinde in een 30° positie en zorg ervoor dat de knieën licht geplooid zijn (30°)<sup>3</sup></p>  <p>Semi-Fowler 30° - 30°</p>	<p>JA <input type="checkbox"/></p> <p>NEEN <input type="checkbox"/></p>	ESSENTIEEL
9b	<p><b>Patiënt in zijligging brengen:</b></p> <p>In zijligging wordt de patiënt gedraaid in een hoek van 30° met de matras en wordt de rug gesteund met een kussen dat een hoek van 30° maakt. Belangrijk is dat de bilnaad niet rust op de matras. Kussens onder de matras geven dit effect niet.</p>  <p>Zijligging 30°</p> <p>Een goed wisselhoudingsschema is: semi-fowlerhouding 30° zijligging links30° links – semi-fowlerhouding 30° - zijligging rechts<sup>2</sup></p>	<p>JA <input type="checkbox"/></p> <p>NEEN <input type="checkbox"/></p>	ESSENTIEEL
UITVOERING WISSELHOUDING IN DE ZETEL			
9c	<p>In zittende houding is de druk veel hoger dan in liggende houding en is het risico op decubitus veel groter dan tijdens liggen. (verdeling van de druk over een kleiner oppervlakte). Wisselhouding dient dan ook te gebeuren tijdens het zitten en zelfs met een hogere frequentie.</p> <p>Hoe frequent dit dient te gebeuren, is niet onderzocht, maar aanbevolen wordt om een wisselhoudingfrequentie van om het uur aan te houden<sup>2</sup>. Beperk bij patiënten met een verhoogd risico op decubitus, de tijd dat ze opzitten.</p> <p>Positioneer een patiënt in een houding waarbij hij /zij de activiteiten kan uitvoeren met een minimum aan druk- of schuifkracht ter hoogte van de onderliggende weefsels. Zorg er bij het rechtop zitten voor dat de benen in een hoek van 90° zijn met een maximale ondersteuning van de knieën. Plaats de voeten op een voetbankje indien ze de grond niet zouden raken<sup>3</sup>.</p>	<p>JA <input type="checkbox"/></p> <p>NEEN <input type="checkbox"/></p>	ESSENTIEEL

	 <p>Zorg er, bij een achteroverzittende houding, voor dat de benen ondersteuning krijgen en dat de hielen zweven<sup>3</sup>. Aangezien de druk het laagst is bij de achterover liggende zittende houding, geniet deze houding de voorkeur<sup>2</sup>.</p>  <p>Het gebruik van drukverlagende kussens zou, net als bij drukverlagende matrassen, het mogelijk moeten maken patiënten minder frequent wisselhouding te geven. Mogelijke druk verlagende kussens zijn luchtkussens, foamkussens, gelkussens.<sup>2</sup></p>	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>	
--	---	--	--

#### AFTERCARE

10	Geef bel (of ander oproepsysteem) binnen handbereik	JA NEEN				0 1 3
11	Ruim de kamer op, open gordijnen, verwijder schermen	JA NEEN				0 1 3
12	Doe het beletsignaal weer uit	JA NEEN				0 1 3
13	Signeer de uitvoering van de wisselhouding in het patiëntendossier	JA NEEN				0 1 3
14	Rapporteer in het patiëntendossier	JA NEEN				0 1 3
15	Rapporteer mondeling	JA NEEN				0 1 3

<b>Total score: 50</b>	<input type="radio"/>	criterium onvoldoende	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criterium gedeeltelijk voldoende	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criterium volledig voldoende	<b>%</b>

#### Selectieve referenties

Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs. 2006 Apr;54(1):94-110.

Poot E, Mintjes-De Groot J, Weststrate J, Van Der Eerden, L. & Adriaansen M. Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen. 2008, Houten: Bohn stafleu van Loghum.

Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Van Houdt, S., Vanwalleghe, G., Gryson, L., Heyman, H., Thyse, C., Toppets, A., Stordeur, S. & Van den Heede, K. Een nationale richtlijn voor decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 2012, 193A.D/2012/10.273/95.



## **EVALUEREN VAN HET NIVEAU VAN BESEF VAN DE PATIËNT OVER ZIJN/HAAR AANDOENING EN ZIEKTE**

### **Medische procedure**



## MEDISCHE PROCEDURE

'Communicatie is niet wat wordt verteld, maar wat het begrepen wordt', daarom moet nooit beschouwd worden als iets 'factief', maar altijd een progressieve evaluatie. Patiënten die levend bedreigende ziekten tegenkomen, zelfs als ze hun conditie hebben verteld, kunnen de ernst van hun ziekte niet goed begrijpen. Dit verwijst niet alleen naar de eerste diagnose maar het is ook een ononderbroken proces als hun ziekte vordert. Het beoordelen van de bewustwording over de ziekte is belangrijk om vast te stellen hoe de patiënt de situatie heeft, zijn voorkeuren en capaciteit voor besluitvorming en zijn verdere behoefte aan informatie om betrokken te zijn bij zijn zorgplan. Voor de besprekingen moet de patiënt bewust zijn en voldoende cognitieve vaardigheden hebben om informatie te verwerken en het nodige inzicht te hebben om besluitvorming te delen.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Beoordelen van de toestand van de patiënt ( <i>bewustzijn, bewegingen, spraak, ademhaling</i> ): <i>vitale functies behouden</i> <input type="checkbox"/> ; <i>cardiopulmonale arrestatie</i> <input type="checkbox"/> (zo ja, gaat u verder met cardiorespiratoire protocol) <b>Goede morgen/namiddag. Mijn naam is.... Ik ben jouw arts/verpleegkundige</b>				0 2 5
2.	<b>Kan je me jouw naam vertellen, a.u.b. .... En jouw geboortedatum ..... Bedankt.</b> ( <i>Dit wordt gedaan om te voorkomen dat je de procedure uitvoert op de verkeerde patiënt omdat er mogelijk meerdere patiënten met dezelfde naam zijn. Ook vraag je bijvoorbeeld niet "Ben jij Mr Smith?" om te voorkomen dat je een valse bevestiging ontvangt van patiënten die afgeleid zijn door hun symptomen of andere redenen</i> ). Of, vooral bij patiënten met moeilijk communicatie (verward, comateuze, etc.) controleer je de conformiteit tussen de gegevens van het observatieblad en het identificatiebandje (indien deze op de pols van de patiënt bestaat) in termen van identiteit van de patiënt.	ESSENTIEEL			
3.	Zorg voor een private onderzoeksomgeving ( <i>éénpersoonskamer, gordijnen, paravents etc.</i> ) <b>Wat we willen doen is jouw diagnose bespreken.</b> ( <i>wat we gaan doen</i> )				0 1 3
4.	<b>Dit bestaat uit enkele vragen die we vragen om te beantwoorden. Dit is normaal gemakkelijk om uit te voeren, houdt geen snijwonden of prikken in en het zal ons ongeveer 20 minuten duren.</b> ( <i>waaruit de procedure bestaat</i> )				0 1 3
5.	<b>Antwoord a.u.b. met maximale echtheid op de vragen. Het is belangrijk voor ons dat je tijdens dit gesprek jou comfortabel voelt.</b> ( <i>hoe bedragen tot de evaluatie</i> )				0 1 3
6.	<b>Evalueer hoe je jouw ziekte waarneemt, helpt ons je beter te helpen in het omgaan ermee. In tegendeel, het falen in het bereiken van het zal leiden tot hogere risico's op de bijbehorende complicaties.</b> ( <i>het voordeel van de procedure</i> )				0 1 3
7.	Evalueer de patiënt zijn spraakvaardigheden ( <i>bij zwakte of moeilijk ademen geassocieerd met de moeite om te spreken reduceer dan zo veel mogelijk de spraakspanning van de patiënt doordat wij voor hem praten en door te vragen om te bevestigen of we hem juist hebben verstaan</i> )				0 2 5

8.	Als ze niet onlangs geëvalueerd zijn: BP meting, polsoximetrie, thermometrie: BP... mmHg, SaO2... %, T... ° C.			0 1 3
9.	<b>Denk je dat je meer informatie nodig hebt om jouw diagnose te verstaan?</b>			0 1 3
10.	<b>A.u.b., schrijf hier in jouw eigen woorden jouw diagnose.</b>			0 1 3
11.	<b>Wat versta je over jouw aandoening en zijn evolutie?</b>			0 1 3
12.	<b>Welke van jouw klachten overweeg je in de afgelopen drie dagen die geassocieerd zijn met jouw ziekte?</b>			0 1 3
13.	<b>Maak je je zorgen over of heb je angsten met betrekking tot de mogelijke evolutie die verband houdt met jouw ziektediagnose?</b>			0 1 3
14.	Vul in het medisch dossier van de patiënt alle details die betrekking hebben tot het realiseren van de procedure, ongevallen, complicaties – indien het geval, datum en tijd.	ESSENTIEEL		
15.	Alle stappen moeten worden genomen voor de veiligheid van de patiënt ( <i>aanpassen van het bed op lagere hoogte en til de laterale sponden</i> ). Zorg ervoor dat de patiënt persoonlijke voorwerpen ( <i>bijv. mobiele telefoon, boek, kruiswoordraadsel enz.</i> ), het glas water en de afstandsbediening - voor het bellen van medische hulp - gemakkelijk kan bereiken. Geef details over het medische schema dat volgt en wanneer de patiënt terug onderzocht zal worden).			0 3 6
<b>Totale score: 50</b>		<input type="radio"/>	onvoldaan criterium	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	gedeeltelijk voldaan criterium	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	volledig voldaan criterium	<b>%</b>



## Selectieve bronnen

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Baek SK, Kim S, et al. Effect of advanced cancer patient's awareness of disease status on treatment decisional conflict and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean perspective cohort study. Support Care Cancer 2012; 20:1309-1316

Tang ST, Liu T, et al. Physician-patient end-of-life care discussion: correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients- a cross-sectional survey study. Palliative Medicine 2014; 28(10): 1222-1230.

Scott Finlayson C, Chen YT, Fu MR. The impact of patients' awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997-2014. Palliative Care Review 2014;17(10): 1-11.

Wallace CL. Family communication and decision making at the end of life: a literature review. Palliative and Supportive Care 2015; 13:815-825



## **PATIËNT ZIJN NETWERK IN KAART BRENGEN**

**Medische procedure**



## MEDISCHE PROCEDURE

Gelijktijdig met andere aspecten, zoals fysiek en psychologisch, sociaal netwerk vormt een belangrijke hulpbron om zorgplannen te ontwerpen en de duurzaamheid ervan te beoordelen. Gezondheidswerkers, collega's en familieleden zouden kunnen worden beschouwd als belangrijke ondersteuning voor de implementatie en het succes van de therapeutische strategie.



P

1.	<b>Ga binnen en stel jezelf opgeleid en vriendelijk voor::</b> <i>“Goede morgen. Hoe voel je je vandaag? (geef tijd om te antwoorden)”</i>			0 1 3
2.	<b>Zorg voor een private, comfortabele ruimte voor het interview.</b>			0 1 3
3.	<b>Vraag hoe de patiënt zich voelt:</b> heb je pijn, klachten of specifieke zorgen?			0 1 3
4.	<b>Leg de doelen van het interview uit:</b> <i>‘Ik zou graag meer over jouw familie en vrienden leren. Zou je het erg vinden als we hierover en andere sociale aspecten praten?’</i>			0 1 3
5.	<b>Gebruik empathische en deliberatieve communicatie.</b>			0 1 3
6.	<b>Pas jouw taalgebruik aan naargelang het sociale, culturele en educatieve niveau van de patiënt, terwijl je ware en begrijpbare boodschappen geeft.</b>			0 1 3
7.	<b>Informatie over zijn huidige thuis:</b> <i>Waar woon je? Met wie woon je?</i>			0 1 3
8.	<b>Informatie met betrekking tot zijn familie:</b> <i>Vorm je een koppel? Heb je kinderen? Waar woon je? Welke soort van relatie heb je met hen? Wie is jouw belangrijkste zorgverlener?</i>			0 1 6
9.	<b>Wie is je belangrijkste zorgverlener?</b>	ESSENTIËLE		
10.	<b>Informatie met betrekking tot zijn sociale relaties:</b> <i>Heb jij goede vrienden? Wie zijn ze? Voel je je door hen in deze momenten gesteund?</i>			0 1 3
11.	<b>Informatie met betrekking tot het professionele leven:</b> <i>Was je aan het werk ten tijde van de diagnose? In welke sector werk je? Sinds wanneer? Vind je jouw werk leuk/geniet je van jouw werk?</i>			0 1 3
12.	<b>Informatie met betrekking tot hobby's:</b> <i>Wat doe je graag in jouw vrije tijd?</i>			0 1 3

13.	<b>Informatie met betrekking tot spirituele overtuigingen:</b> <i>Geloof je in of voer je enige vorm van religie uit?</i>			0 1 3
14.	<b>Informatie met betrekking tot andere interesses:</b> <i>wat doe je nog graag?</i>			0 1 3
15.	<b>Informatie met betrekking tot de emotionele status van zijn naasten:</b> <i>bijvoorbeeld, hoe zie je jouw echtgenote in deze momenten? Hoe denk je dat zij zich voelt tijdens jouw ziekte?</i>			0 1 3
16.	Vind je dat je in jouw huidige situatie voldoende ondersteuning en bijstand krijgt in jouw dagdagelijks leven?			0 1 3
17.	<b>Hoe voel je je op dit moment?</b>	ESSENTIAL		
18.	<b>Waar maak je momenteel de meeste zorgen om? Wat is jouw grootste zorg op dit moment?</b>			0 1 3
19.	Voel je je alleen?			0 1 3
20.	Evalueer de emotionele status na het interview: hoe voel je je nu? <b>Vraag nogmaals of de patiënt laatste vragen of zorgen heeft.</b>			0 1 3
21.	Verlaat vriendelijk de ruimte.			0 1 3
<b>Totale score: 60</b>		<input type="radio"/>	onvoldaan criterium	%
		<input type="radio"/>	gedeeltelijk voldaan criterium	%
		<input type="radio"/>	volledig voldaan criterium	%

## Selectieve bronnen

Jarret N, Porter K, et al. The networks of care surrounding cancer palliative care patients. *BMJ Supportive and Palliative Care* 2015; 5: 435-442.

Sallnow L, Richardson H, et al. The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review. *Palliative Medicine* 2015; 30(3): 200-211.








## **NODEN VAN DE MANTELZORGER AANPAKKEN**




**Medische procedure**



## NODEN VAN DE MANTELZORGER AANPAKKEN

<p>Palliatieve zorg gaat over de ondersteuning van patiënten en hun gezinnen of significante anderen, tijdens de ziekte en voor gezinnen ook in de tijd van berouw. Om efficiënte ondersteuning te bieden, moeten de behoeften van de zorgverleners worden beoordeeld. Caregivers zijn meestal familieleden, maar ze kunnen elke persoon bevatten die de patiënt als belangrijk noemt.</p>					P
1	<p>Ga binnen en stel jezelf vriendelijk voor:</p> <p><b>“Goede morgen. Ik ben Dr. XXX, jouw YYY (hematoloog, oncoloog, of andere). Hoe voel je je vandaag? (geef tijd om te antwoorden)</b></p>				0 1 3
2	<p><b>Hoe voel je je vandaag?</b>  <i>(Perceive the caregiver's mood from the first moment it helps to understand if is the right moment to talk about the subject)</i></p>				0 1 3
3	<p>Stel open vragen om te bouwen aan de initiële verstandhouding tussen patiënt en mantelzorger:</p> <p><b>‘Zou je het erg vinden als we even praten? Zijn er specifieke bezorgdheden dat je op dit moment wil bespreken? In geval van een negatief antwoord: wanneer past het voor jou om te praten?’</b></p>				0 2 5
4	<p>Observeer de patiënt zijn omgeving en zijn/haar gedrag tegenover zijn/haar mantelzorger(s):</p> <p>Is er sprake van nauwe communicatie? Hoe is de interactie tussen hen?</p>				0 1 3
5	<p>Vraag de mantelzorger hoe hij/zij zich voelt, en of dat hij/zij misschien graag vandaag specifieke bezorgdheden met betrekking tot de zorg van de patiënt wil bespreken.</p>				0 2 5
6	<p>Biedt de mantelzorg de kans om zijn bezorgdheden/noden privé te bespreken</p>				0 2 5
7	<p>Als de mantelzorger jou niet privé wil spreken, biedt dan jouw beschikbaarheid aan om eventuele bezorgdheden dat hij/zij heeft te bespreken.</p>				0 1 3
8	<p>Als de mantelzorger jou wel privé wil spreken, zorg dan voor een comfortabele ruimte voor het interview.</p>				0 1 3
9	<p>Gebruik empathische en deliberatieve communicatie.</p>				0 3 6
10	<p>Hoe voel je om te zorgen voor patiënt X?</p>				0 1 3

11	Is er iets dat je eventueel nodig hebt waarin we jou kunnen helpen?		0 1 3
12	Denkt je dat jouw huis aangepast is om goede zorg voor patiënt X te faciliteren? Moet je iets veranderen/aanpassingen kunnen noodzakelijk zijn (deuren, badkamer, gang balustrades, hellingbaan voor ingang...)?		0 1 3
13	Werk je momenteel? Denk je dat jouw huidige baan compatibel is met de zorg voor Mr. X? Als dat niet zo is, wat is er nodig om het compatibel te maken?		0 1 3
14	Denk je dat jouw huidige economische middelen passend zijn om voor Mr. X te zorgen? Heb je bezorgdheden over hoe de zorg voor Mr. X misschien jouw huidige economische middelen onder spanning kunnen zetten?		0 1 3
15	Verwijzend naar Mr. X zijn huidige zorg, denk je dat hij betere zorg op een andere plaats zou/kan ontvangen? (opname in een ziekenhuis, ziekenhuis faciliteit, verzorgingstehuis...)		0 1 3
16	In het geval dat Mr. X spoedeisende zorg of opname in een andere instelling meer opportuun wordt, weet je dan welke stappen je moet ondernemen?		0 1 3
17	Voel je je capabel om voor Mr. X te zorgen? Indien neen, waarom? Hoe kunnen we jou helpen?		0 1 3
18	Kunnen we jou in een specifiek aspect van de zorg voor Mr. X helpen?		0 1 3
19	Gezien je Mr. X doorheen zijn ziekte en nu kent, denk je dat de noden van Mr. X op een bepaald moment overweldigend kunnen zijn? Indien ja, wanneer vrees je daar voor en waarom?		0 1 3
20	In het geval dat het einde van Mr. X eventueel thuis komt, voel je je voorbereid? Heb je het gevoel dat je voldoende middelen hebt om de zorg – onder die omstandigheden – thuis op te nemen?		0 1 3
21	<b>Voel je je alleen?</b> <b>Heb je enige vorm van ondersteuning terwijl je voor Mr. X zorgt?</b>	ESSENTIEEL	
22	Toon dispositie voor verder onderzoek, en licht de patiënt in hoe hij jou terug kan contacteren. Vraag nogmaals of de mantelzorger nog finale vragen of zorgen heeft.		0 2 5
23	Verlaat vriendelijk de ruimte.		0 1 3
24	Document de samenvatting van het gesprek in het bestand van de patiënt		0 1 3

<b>Totale score: 80</b>		onvoldaan criterium	<b>%</b>
		gedeeltelijk voldaan criterium	<b>%</b>
		volledig voldaan criterium	<b>%</b>

### Selectieve bronnen

Bee PE, Barnes P, Luker AL. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer. Journal of Clinical Nursing 2008; 18:1379-1393

## MedLang Classroom Experiences and Student Feedback

In 2017, I was able to use MedLang language units and video simulations in some of my English seminars for 1st year medical students. At the time, the MedLang courses were still being developed, so I adapted available contents for classroom use and I also invited my students to provide detailed feedback whenever possible. Here are some examples.

In the classroom, I found different approaches were needed depending on the students' level of general English. With the (false) beginners (levels A2 +/-), I used the language units to create collaborative classroom exercises such as word-definition matching games, before moving on to the videos and engaging more with the subtitles in order to set up our own role play. With the advanced groups (levels B2-C1), we watched video simulations and engaged in free discussions and student-lead activities.

One example of the latter was a puzzle game designed and delivered by a group of volunteer students based on a previously viewed simulation. At home, they prepared print screens of key stages in the simulation and cut out lines from the script. In class, they invited their colleagues to collaboratively match the scenes to what was being said and place the sets in chronological order. After the group negotiated what they thought was the correct order, the procedure was reviewed and the inaccuracies discussed. In other seminars and groups, student teams had their colleagues work through simpler versions of crosswords and matching exercises based on the project topics, as a way to review relevant knowledge and terminology.

All the students expressed positive interest in the videos, appreciating how useful they can be especially in the case of sensitive procedures such as the urethrovessical catheterization. The fact that the then available videos closely matched the procedures being taught and learned in practical medical skills classes was immediately noticed and appreciated. This highlights the importance of horizontal curricular transfers from one discipline to another, helping students perceive their studies as an integrated, coherent approach developed for them by collaborating rather than competing faculty staff. It also provides additional opportunities for reviewing, clarifying and consolidating recent acquisitions.

The students also appreciated the international aspect of the MedLang approach, not only the approach itself. The fact that the procedures had been reviewed and developed internationally helped them (re)frame their understanding of their practical medical skills classes and foreign language classes fit in with the medical curriculum and the professional world.

Because content development was still in progress when I was running these seminars, I invited my students to share both their positive and their critical remarks in class and via email, so that the MedLang and university team could learn and do better next time. While MedLang was unanimously praised, the students also made pertinent observations and suggestions for improvement (some technical problems were thus spotted and ironed out). In class, they commented on the somewhat stiff and artificial role-play in some simulations which were missing the kinds of off topic things people often say to each other. These make an interaction feel... well... human. Such small talk, they thought, would be very useful in building rapport with the patient and helping the patient avoid discomfort and anxiety, which is why it should be part of the script.

*I think that MedLang Project represents the perfect chance for students to improve their medical communication skills. It is also important for us to see how both the medical*



*personnel and patients cope with difficult situations (taking care of terminal phase patients, communicating an incurable diagnosis). Getting next to different theorized medical procedures is a notable advantage for students in order not ignore or underestimate procedures such as patient bath, spiritual assessment or transfer in bed. (Călin, 1st year medical student, C1-C2 level in English)*

*I think it is an excellent and helpful idea. The short movies now posted on the MedLang channell are a bit forced, a bit too much theatre, but this is understandable given the situation. Each patient is different and we must adapt – the patient is the most important. We must give the patient our full attention and take care not only of the physical side but also the psychological one, because in many cases patients crack psychologically. I cannot criticize the videos since they were done by doctors or nurses or future doctors and not actors, and it is very difficult to behave like a patient. I believe everyone involved in the project is doing a very good job and should continue it, because we, the “little” ones, need examples like these to motivate us to go through with what we started, and do it with a smile on our faces and happiness in our souls.<sup>1</sup> (Teodora, Romanian 1st year medical student, B1-B2 level of English)*

*I watched two videos from MedLang: transferring the patient from sustained dorsal decubitus to sustained lateral decubitus and paracentesis. In the first video, I think the whole procedure has been done correctly. First, the assistant makes sure he is the patient and there is no confusion and explains to the patient what will happen to him. He also explains how the patient can contribute to this procedure. Moving the patient from the dorsal decubitus to the lateral decubitus is done with care, in order not to cause injuries to some of them.*

*Also, the second video has been done correctly, but here I would have a few things to say. I think that the hand washing has been very fast compared to the time allocated for the five hand rubs more precisely, 20-30 seconds each Also, taking gloves was done incorrectly. The assistant touched with his right hand (with the glove taken) the inside of the left hand glove and thus compromised its sterility. Otherwise, I think the other maneuvers in the procedure are correctly done. (Diana 1, Romanian 1st year medical student, B1-B2 level of English)*

*The project is very well thought out and very useful for students. It is an opportunity to learn because the videos help a lot with memorizing and the topics of the units are all things we will encounter during our careers. Also, the project opens us new language learning perspectives for us and this is very important, as we can get used to the medical terms in these languages. Another major advantage is the ease of access, the online platform being available 24/7. I have never come across such a project before and it seems to me like a big step forward for students.<sup>2</sup>*

*Ioana Crețu*  
*“Grigore T. Popa” University of Medicine and Pharmacy, Iași – Romania*

---

<sup>1</sup> Translated from Romanian.

<sup>2</sup> Also translated from Romanian. This is one of several similar final remarks at the end of a piloting session with a mixed group of 2<sup>nd</sup> year medical students (Romanian and international, their English levels ranging from A2 to B2). This time, we had online platform fully functional and we reviewed more videos, some with real patients.

## SELECTIVE REFERENCES

1. Back LA, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA. **Approaching difficult communication tasks in oncology.** *CA Cancer J Clin* 2005; **55**, 164-177.
2. Baek SK, Kim S, et al. **Effect of advanced cancer patient's awareness of disease status on treatment decisional conflict and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean perspective cohort study.** *Support Care Cancer* 2012; **20**:1309-1316
3. Bee PE, Barnes P, Luker AL. **A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer.** *Journal of Clinical Nursing* 2008; **18**:1379-1393
4. Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Van Houtdt, S., Vanwalleghem, G., Gryson, L., Heyman, H., Thyse, C., Toppets, A., Stordeur, S. & Van den Heede, K. **Een nationale richtlijn voor decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).** KCE Reports 2012, 193A.D/2012/10.273/95.
5. Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – **Skills in clinical nursing, 6-th ed.**, Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009
6. Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina **Skills in clinical nursing, 6-th ed -** Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009
7. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. **Assessment of pain.** *Br J Anaesth*, 2008; **101** (1): 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>
8. Brown RF. **Patient centered communication skills training for oncologists: describing the content and efficacy of training.** *Common Educ.* 2010, **59**, 236-249.
9. Buckman R. **Communication skills in palliative care. A practical guide.** *Neurologic Clinics* 2001; **19**(4): 989-1004
10. Bylund CL, et al. **Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center.** *J Cancer Educ.* 2011, **26**, 604-611.
11. Caspersz, Donella and Stasinska, Ania, **Can we teach effective listening? An exploratory study,** *Journal of University Teaching & Learning Practice*, **12**(4), 2015. Available at: <http://ro.uow.edu.au/jutlp/vol12/iss4/2>
12. Centers for Disease Control and Prevention. **Overview of CDC Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections.** <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Guide/overview.htm>
13. Deschepper R, Vander Stichele R, et al. **Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flandres, Belgium.** *British Journal of General Practice* 2006; **56**:14-19



14. Fallowfield L, Jenkins V. - **Effective communication skills are the key to good cancer care.** Eur. J. Cancer 35(11) Oct. 1999 1592-1597
15. Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. **Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care.** Palliat Med. 2002 Jul;16(4):297–303
16. Finset A, Ekeberg O, et al. **Long term benefits of communication skills training for cancer doctors.** Psycho-Oncology 2003; 12:686-693
17. Ghețu N., Huțanu I, Perțea Mihaela, Petriș O., Poroș V., Sîrbu P., Tamaș Camelia, Turliuc Dana Mihaela, **Abilități chirurgicale fundamentale.** Ed. "Gr. T. Popa" UMF Iași 2014,(editura acreditată CNCIS cod 229), (ISBN 978-606-544-272-6)
18. Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska and Melissa French. **Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP).** Arthritis Care & Research, 2011; Volume 63, Issue Supplement S11: Pages S240–S252. DOI 10.1002/acr.20543
19. HackTF, Degner LF, Parker PA. **The communication goals and needs of cancer patients: a review.** Psychooncology 2005, 14(10), 831-845.
20. <http://www.cbsnews.com/news/a-big-problem-with-flossing/> 2 August 2016
21. <http://www.smokingpackyears.com/>
22. <https://www.youtube.com/watch?v=VVj-3R2Y9Ok>
23. Huskisson, E. C. **Measurement of pain.** 1974, Lancet, 2, 1127-1131
24. James Alvin Low, Sim Lai Kiow, Norhisham Main, Koh Kim Luan, Pang Weng Sun, May Lim, **Reducing Collusion Between Family Members and Clinicians of Patients Referred to the Palliative Care Team** Perm J. 2009 Fall; 13(4): 11–15.
25. Jarret N, Porter K, et al. **The networks of care surrounding cancer palliative care patients.** BMJ Supportive and Palliative Care 2015; 5: 435-442.
26. Jensen MP, Chen C, Brugger AM. **Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain.** J Pain, 2003;4:407–14.
27. Lam KK. **Empathy - an essential tool for communication for palliative care doctors.** HKSPM Newsletter 2006, Sep Issue 2, 13.
28. Lelorain S, et al. **A systematic review of the association between empathy measures and patient outcomes in cancer care.** Psychooncology 2012, 21(12), 1255-64.
29. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, **Job Burnout** Annu. Rev. Psychol. 2001 52:397–422
30. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. **Clinical applications of visual analogue scales: a critical review.** Psychol Med 1988;18:1007–19.

31. Ministry of Health. **Guidelines for Syringe Driver Management in Palliative Care in New Zealand. Wellington:**  
<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>  
 2009
32. Mosoiu D. **Comunicarea in cancer.** 2009, 31-35.
33. NHS Trust Oxford Radcliffe Hospital **Clinical protocol for the use of syringe drivers in palliative care ( adults)** <http://www.palliativedrugs.com/download/SDprotocol.pdf>
34. Nøddeskou LH, Hemmingsen LE, Hørdam, B. **Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomised controlled trial.** Scandinavian Journal of Caring Sciences. June 2015, Vol. 29 Issue 2, p347-352. 6p. DOI: 10.1111/scs.12170.
35. Oleg Codreanu, Svetlana Plămădeală, Ovidiu Petriș **Ghid de manopere practice – Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, Chișinău, 2013, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu;** (ISBN 978-9975-113-93-9)
36. Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. **Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth?** J Clin Oncol. 2008 Mar 1;26(7):1175–7.
37. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. **Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review.** J Adv Nurs. 2006 Apr;54(1):94-110.
38. Peter Maguire, Ann Faulkner **Communicate with cancer patients: Handling uncertainty, collusion, and denial** BMJ 1988 VOLUME 297 15 OCTOBER pg 972-974
39. Petriș Ovidiu Rusalim **Ghid de studiu - protocoale, evaluări – Abilități Clinice Fundamentale - Ed. a 2-a, rev. și adăug. –Ed. Gr. T. Popa, 2014;** (ISBN 978-606-544-276-4)
40. Petriș Ovidiu Rusalim **Guide d'étude - protocoles, évaluations: habiletés cliniques fondamentales,** Ed. Gr. T. Popa, 2012 (ISBN 978-606-544-103-3)
41. Petriș Ovidiu Rusalim **Note de curs. Modul integrativ pentru studiul rinichiului.,** Ed. "Gr. T. Popa" U.M.F. Iași, 2013, (editura acreditată CNCSIS cod 229), pg. 134-154,(ISBN 978-606-544-167-5).
42. Petriș Ovidiu Rusalim, **Study guide - protocols, assessments : basic clinical skills** Ed. Gr. T. Popa, 2012 , (ISBN 978-606-544-104-0),
43. Platt FW, Keller VF. **Empathic communication: a teachable and learnable skill.** J Gen Intern Med 1994, 9, 222-226.
44. Poot E, Mintjes-De Groot J, Weststrate J, Van Der Eerden, L. & Adriaansen M. **Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen.** 2008, Houten: Bohn stafleu van Loghum.
45. **Professional Quality of Life Scale (PROQOL), Compassion Satisfaction and Compassion fatigue (PROQOL) Version 5** (2009). Available at URL: [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_English\\_Self-Score\\_3-2012.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf)



46. Randall F, Downie R. **End of life choices**. Oxford University Press, 2009
47. Sallnow L, Richardson H, et al. **The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review**. Palliative Medicine 2015; 30(3): 200-211.
48. Santosh K. Chaturvedi, Carmen G. Loiselle, Prabha S. Chandra, **Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective Indian J Palliat Care**. 2009 Jan-Jun; 15(1): 2–9
49. Schoonhoven L, van Gaal B, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. **Cost-consequence analysis of “washing without water” for nursing home residents: A cluster randomized trial**. International Journal of Nursing Studies. January 2015 52(1):112-120. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001
50. Scott Finlayson C, Chen YT, Fu MR. **The impact of patients’ awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997-2014**. Palliative Care Review 2014;17(10): 1-11.
51. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB. **A model of empathic communication in the medical interview**. JAMA 1997; 277(8):678–682.
52. Tang ST, Liu T, et al. **Physician-patient end-of-life care discussion: correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients- a cross-sectional survey study**. Palliative Medicine 2014; 28(10): 1222-1230.
53. The State of Queensland, Queensland Health, **2010 Guidelines for syringe driver management in palliative care’. Second edition 2010**  
[https://www.health.qld.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0029/155495/guidelines.pdf](https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0029/155495/guidelines.pdf)
54. Thomas K, Lobo B. **Advance care planning in end of life care**. Oxford University Press, 2010
55. Treece PD. **Communication in the intensive care unit about the end of life**. AACN Advanced Critical Care 2007; 18(4): 406-414
56. UK Chief Medical Officers **Low risk drinking guidelines**, August 2016  
[www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545937/UK\\_CMOs\\_report.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf)
57. Wallace CL. **Family communication and decision making at the end of life: a literature review**. Palliative and Supportive Care 2015; 13:815-825
58. Wittenberg-Lyles E. **Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication**. Patient Educ Couns 2012, 89(1), 31-37.