

FORMAT ZORGPLAN HARTFALEN:

Wanneer in de palliatieve fase de zorgverlening zich richt op symptoombestrijding ipv bestrijding van de ziekte, worden er afspraken gemaakt op de volgende gebieden:

1. Aandacht voor en bestrijding van lichamelijke symptomen
2. Betekenis en gevolgen van klachten / symptomen voor het functioneren, zowel psychisch, sociaal als spiritueel
3. Aandacht voor de naasten

Deze afspraken worden vastgelegd in een individueel zorgplan. De zorg wordt afgestemd op de doelen, behoeften en wensen van patiënt en naasten. Aandacht is er voor de mogelijkheden van zelfmanagement van de patiënt en diens behoefte aan eigen regie. Het individuele zorgplan wordt opgesteld door patiënt en zorgverlener. Dit format zorgplan kan als onderlegger gebruikt worden om afspraken en beleid vast te leggen in het zorgdossier. In deze fase van de palliatieve zorg is de huisarts of de SOG hoofdbehandelaar. In samenspraak met patiënt wordt een centrale zorgverlener benoemd, in de thuissituatie zal dit de contactpersoon van de thuiszorgorganisatie zijn. Deze zorgverlener is aanspreekpunt voor patiënt, diens naasten en andere zorgverleners, en verantwoordelijk voor communicatie, coördinatie en continuïteit. Er is duidelijkheid over de bereikbaarheid van de zorgverleners en over de (on)geplande contacten met de zorgverleners. Zorg voor een overdracht naar de huisartsenpost en aanmelding bij LSP.

In ieder gesprek is er aandacht voor:

- begrip bij de patiënt over diagnose, prognose en mogelijk beloop
- de zorgvragen en problemen
- beloop sinds vorige contact
- wensen en doelen van patiënt, haalbaarheid van doelen
- resterende vragen en zorgen van patiënt en naasten

Het zorgplan bestaat uit de vier dimensies van palliatieve zorg: lichamenlijk, psychologisch, sociaal en spiritueel.

LICHAMELIJK:

Aandacht voor:

Zorgbehoefte in de thuissituatie: zelfzorg, zelfredzaamheid, extra hulp(middelen)
Mobiliteit, lopen, valgevaar, hulp(middelen)

Medicatie:

Patiënt en naasten hebben uitleg gekregen over noodmedicatie. De cardioloog heeft het recept voor de noodmedicatie getekend. De HA of SOG checkt of de noodmedicatie aanwezig is, en of patiënt uitleg gekregen en begrepen heeft met betrekking tot de noodmedicatie.

Korte termijn- en symptoomverlichtende medicatie:

- Diureticum verhogen
- Combineer lisdiuretica met thiazidediuretica (bij voorkeur tijdelijk en in uiterste geval) bij aanhoudende dyspneu en oedemen (passend bij hartfalen met overvulling) bij patiënten die niet reageren op verhoging van het lisdiureticum. Controleer hierbij de nierfunctie en elektrolyten (met name natrium en kalium). Contra-indicatie: symptomatische hypotensie < 100 mm Hg.
- Er is een mogelijkheid patiënten thuis te behandelen met diuretica iv. (PICC lijn of port à cath). Deze indicatie wordt gesteld door de behandelend cardioloog. Het betreft een beperkte categorie patiënten: regelmatige ziekenhuisopnames i.v.m.

decompensatio cordis, met therapieresistentie voor orale diuretica, en een goede reactie op intraveneuze diuretica.

- NTG-spray, NTG pleisters of langwerkend oraal
- Morfine starten/verhogen
 - 2dd 10-20mg slow release morfine per os, of
 - 6 dd 5-10mg snelwerkend morfine per os (Oramorph), of
 - 6dd 2,5-5mg morfine sc, of
 - 15mg morfine per 24 uur sc/iv (pomp)

Indien patiënt al morfine gebruikt: bij dyspnoe morfine verhogen met 25-50%

Indien patiënt reeds een ander opioïd gebruikt in verband met pijn: roteer naar morfine en geef daarbij de equi-analgetische dosis p.o.

Alternatief: hoog dosering van het huidige opioïd op met 25-50%

Beoordeel bij orale medicatie het effect op de dyspnoe na 24 uur. Bij snel gewenst effect of parenterale toediening na 4 uur. Hoog bij onvoldoende effect op in stappen van 25-50%.

OMREKENTABEL morfine, oxycodon en fentanyl, zie onderin dit document.

Kies bij een gestoorde nierfunctie (klaring <50 ml/min) voor intermitterende toediening van morfine (zo nodig, op geleide van de klachten) of voor onderhoudsbehandeling met fentanyl of hydromorfon. Morfine continu kan bij een gestoorde nierfunctie stapeling geven met veel bijwerkingen.

Overweeg bij onvoldoende effect van morfine, zeker als angst en spanning een rol lijken te spelen, toevoeging van een benzodiazepine: oxazepam 3dd 10 mg of lorazepam 2dd 0,5 mg

Bij benauwdheid die niet te bestrijden is met bovenstaande maatregelen (refractair symptoom en een levensverwachting van < 2 weken) kan midazolam sc gestart worden (bolus 10 mg, infuus start 1,5-2,5 mg sc per uur)

Zuurstof: zuurstof per neussonde kan palliatie geven vooral bij hypoxie bij COPD en/of centrale of obstructieve slaapstoornissen. Bij een normale saturatie ($\geq 92\%$) geeft zuurstof geen verlichting van de kortademigheid.

Denk aan: laxans bij morfinegebruik
Uitvoeringsverzoek voor toedienen noodmedicatie of subcutane pomp door thuiszorg

Middellange termijn medicatie:

Betablokkers, ACE-remmers en ARB's handhaven, eventueel overleg met cardioloog. Bij hartfalen is het belangrijk om middellange termijn medicatie te handhaven om verslechtering te voorkomen, in tegenstelling tot andere terminale aandoeningen.

Bij stoppen: als eerste de betablokker (afbouwen ivm kans of reflaxtachycardie.) ACE of ARB wordt gestopt bij een klaring < 20 of een serumkreatinine > 310. Wees terughoudend met het afbouwen van de betablokker bij AF

Ook diuretica worden gehandhaafd tot orale inname niet meer mogelijk is.

Langetermijn medicatie:

- Overige medicatie beoordelen en onnodige medicatie staken
- Uitschakelen ICD; pacemaker(funcitie) intact houden voorkomt verslechtering .

Overige somatische klachten:

Er is een beleid afgesproken voor al dan niet behandelen van intercurrente aandoeningen als bijvoorbeeld luchtweginfecties. Verder is er aandacht en zo nodig beleid afgesproken voor de volgende symptomen: pijn, decubitus, sufheid verwardheid, mictie- en defecatieproblemen, cachexie/malnutritie, dorst/mondverzorging, andere co-morbiditeit. Beoordeel de aard en de ernst van de klachten en de betekenis voor het functioneren.

De richtlijnen die betrekking hebben op bovenstaande klachten, waaronder de palliatieve behandeling van hartfalen zijn te vinden op www.pallialine.nl

De regionale samenwerkingsafspraken zijn na te lezen op: www.netwerkpalliatievezorg.info

PSYCHOLOGISCH:

- wensen van patiënt en naasten tijdens ziekte en ten aanzien van overlijden zijn besproken (euthanasie, palliatieve sedatie), wilsverklaring in dossier.
- er is aandacht voor zaken die van betekenis zijn voor de patiënt, wat deze nog wil en kan bereiken
- NR beleid is besproken en genoteerd, de NR verklaring is opgenomen in het zorgdossier
- het is patiënt en naasten duidelijk dat er in principe geen opname in het ziekenhuis meer zal zijn, er is gesproken over de laatste levensfase, verwachtingen zijn uitgesproken, handelen is gericht op comfort en verlichten van lijden
- er is aandacht voor stemming en angst

SOCIAAL:

- draagkracht en veerkracht patiënt en naasten:
- praktische regelzaken: financieel, werk, testament, uitvaart
- vastleggen wie patiënt vertegenwoordigt als de situatie onverwachts verslechtert

SPIRITUEEL:

- gesprekken over omgaan met ziekte en levenseinde
- let op signalen van existentiële of psychosociale problemen (ruzies, klachten over zinloosheid)
- nagaan behoefte aan ondersteuning (geestelijke verzorging)

Omreken tabel morfine, oxycodon en fentanyl¹:

(bron: Palliatieve zorg; richtlijnen voor in de praktijk van IKNL, www.pallialine.nl. 2016)

morfine		fentanyl	oxycodon		hydromorfon		tramadol	buprenorfine
mg per 24 uur		microgram/h	mg per 24 uur		mg per 24 uur		mg per 24 uur	mg per 24 uur
30	10	12	20	10	6 ²	2	150	-
60	20	25	40	20	12	4	300	-
120	40	50	80	40	24	8	- ³	52,5
180	60	75	120	60	36	12	-	-
240	80	100	160	80	48	16	-	105
360	120	150	240	120	72	24	-	- ⁴
480	160	200	320	160	96	32	-	-

¹ Bij het overgaan van het ene opioïd naar het andere (opioïdrotatie) vanwege bijwerkingen wordt geadviseerd om 75% van de equianalgetische dosis te geven.

¹ Deze dosering kan in de praktijk niet gegeven worden omdat de laagste dagdosering van het slow releasepreparaat 4 mg is en het middel 2x per dag moet worden gegeven.

¹ Hogere dosis dan 400 mg/dag worden niet geadviseerd.

¹ Hogere doseringen van 140 µg per uur worden niet geadviseerd.

¹ Bij het overgaan van het ene opioïd naar het andere (opioïdrotatie) vanwege bijwerkingen wordt geadviseerd om 75% van de equianalgetische dosis te geven.

² Deze dosering kan in de praktijk niet gegeven worden omdat de laagste dagdosering van het slow releasepreparaat 4 mg is en het middel 2x per dag moet worden gegeven.

³ Hogere dosis dan 400 mg/dag worden niet geadviseerd.

⁴ Hogere doseringen van 140 µg per uur worden niet geadviseerd.