

FORMAT ZORGPLAN COPD:

Een moment om een gesprek over het naderend levenseinde aan te gaan is wanneer steeds vaker opnames vanwege exacerbaties nodig zijn, met steeds kortere tussentijd, bij een beperkte vooruitgang na opname en bij inschatting van patiënt en zorgverlener dat het levenseinde nadert. Dit is ook het moment van bespreken van reanimatie en beademen. (KNMG Handreiking Tijdig spreken over het levenseinde)

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.

Zorg voor duidelijkheid over de taakverdeling en bereikbaarheid van de zorgverleners. Zorg voor voldoende afstemming en communicatie tussen huisarts of specialist ouderengeneeskunde en longarts en doe dit zo vroeg mogelijk in het behandeltraject. Zorg dat het voor de patiënt op ieder moment duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is (centrale zorgverlener). In de thuissituatie kan dit de huisarts of de longverpleegkundige of de contactpersoon van de thuiszorgorganisatie zijn. Deze zorgverlener (coördinator van zorg) is aanspreekpunt voor patiënt, diens naasten en andere zorgverleners, en verantwoordelijk voor communicatie, coördinatie en continuïteit. Belangrijke gegevens uit het medisch dossier zijn bij de patiënt (kopie). Draag er zorg voor dat patiënt is aangemeld bij LSP en maak een overdracht voor de huisartsenpost (memo). Vraag bij moeilijk behandelbare symptomen en/of complexe problemen hulp van deskundigen, bijvoorbeeld van een palliatief team.

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)
Ademhalings- en ontspanningsoefeningen, inschakelen fysiotherapeut

Medicatie:

Patiënt en naasten hebben uitleg gekregen over medicatie bij verslechtering. De uitleg is genoteerd in het zorgdossier, of in het longaanval plan dat vanuit het ziekenhuis meegekregen is. De medicijnen die nodig zijn bij verslechtering zijn in huis.

- Stap 1: opnieuw starten van bronchusverwijders, of verdubbelen dosis, of combineren van twee soorten, of via voorzetkamer (controleer correct gebruik en techniek)
- Stap 2: toevoegen van prednisolon 40 mg 5-14 dagen (vgl NHG)
- Stap 3: antibioticum bij koorts én FEV1 < 30% of onvoldoende verbetering na 4 dagen (of eerder op grond van ervaring met exacerbaties bij ernstig COPD)

Verdere verlichting van benauwdheid door:

Morfine starten/verhogen

- 4-6 dd snelwerkend morfine per os (Oramorph), startdosering 2,5-5 mg, of
- 2dd 10-20mg slow release morfine per os, 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 opioïd op met 25-50%

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

Link naar omreken tabel staat niet in stroomschema

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. 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)

<https://www.netwerkpalliatievezorg.info/Oss-Meierijstad-Uden/Zorgverleners/Samenwerkingsafspraken/Palliatieve-Sedatie>

Zuurstof: zuurstof per neussonde kan palliatie geven bij dyspnoe bij COPD maar de toegevoegde waarde is gering. Er is een sterke variatie in interindividuele respons. Bij een saturatie van $\geq 90\%$ hoeft er geen zuurstof gestart te worden. Vanwege de gevaren wordt er bij rokers niet met zuurstof gestart. Bij goed ingestelde zuurstoftoediening is geen controle bloedgas nodig, tenzij er sprake is van CO₂ stapeling. De indicatie voor zuurstoftoediening wordt door de longarts gesteld.

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

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 COPD, zijn te vinden op www.pallialine.nl

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

PSYCHOLOGISCH:

- er is gesproken over de (on)wenselijkheid van opname in het ziekenhuis. Ook is gesproken over de laatste levensfase, verwachtingen zijn uitgesproken, handelen is gericht op comfort en verlichten van lijden
- wensen van patiënt en naasten tijdens ziekte en ten aanzien van overlijden zijn besproken (euthanasie, palliatieve sedatie), zo mogelijk 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
- er is aandacht voor stemming en angst. Angst is een gevolg van de dyspnoe en is van grote invloed op de beleving van de dyspnoe. Het confronterende en soms levensbedreigende karakter van dyspneu kan ook leiden tot existentiële vragen en problemen.

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) via Centrum-Levensvragen Noordoost-Brabant <https://www.netwerkpalliatievezorg.info/Centrum-Levensvragen>