



Beleidsplan

Terminale zorg gedurende avond-, nacht- en weekenduren

November 2009
Marjo van Bommel



Hedi ter Braak

Herzien nov. 2020
Mariëlle van Cromvoirt
Rob Besselink
Lucia van Iersel

Inhoudsopgave

1. Samenvatting afspraken in beleidsplan Terminale Zorg gedurende avond-, nacht- en weekenduren .	4
2. Inleiding	5
3. Medicatievoorziening gedurende ANW-uren in werkgebied HOV.....	5
4. Communicatie en overdracht over terminale patiënten	6
5. Triage in de terminale fase	8
6. Visites gedurende de ANW-uren bij terminale patiënten	8
7. Specifieke medische handelingen in de terminale fase en het zorgaanbod van de HOV-arts bij deze handelingen.....	9
8. Ondersteuning tijdens de ANW-uren	11
9. Tot slot.....	11
Bijlage 1: Memo LSP	13
Bijlage 2 Regiokaart.....	15
Bijlage 3: checklist palliatieve sedatie	16
Voorwaarden.....	16
Voorlichting en begeleiding aan patiënt en naasten	17
Uitvoering.....	18

1. Samenvatting afspraken in beleidsplan Terminale Zorg gedurende avond-, nacht- en weekenduren

Overdracht van huisarts naar HOV via memo in Topicus (zie bijlage 1) met daarin:

- informatie over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de eigen huisarts en thuiszorgorganisatie met telefoonnummer;
- inhoudelijke overdracht met daarin: de overdrachtsgegevens, diagnose, inschatting mantelzorg, relevante medicatie, behandelaafspraken;
- de eigen huisarts draagt er zorg voor dat het EPD is aangemeld bij het LSP zodat actuele wijzigingen van het beleid kunnen worden ingezien in Topicus.

Triage in terminale fase

- triagistes schakelen bij een telefoontje over een terminale patiënt indien nodig de regiearts in;
- de verpleegkundigen van de gespecialiseerde thuiszorgteams mogen, indien zij bellen over een terminale patiënt, de overleglijn van de HOV gebruiken.

Visites gedurende ANW-uren bij terminale patiënten

- binnen de HOV wordt bij terminale patiënten laagdrempelig een visite aanvraag gehonoreerd.

Dienstapotheken

- arts schrijft een volledig recept waarop is aangegeven hoeveel mg/24 uur of mg/uur gewenst is;
- apotheek gebruikt een duidelijk etiket op cassette dan wel ampul;
- de dienstapotheek Burchtplein Oss en apotheek Bernhoven hebben een medicatiecassette met een standaarddosering morfine 10mg/ml op voorraad;
- bij problemen en/of moeilijke receptuur kan altijd met de dienstdoende apotheker overlegd worden.

Specifieke medische handelingen in de terminale fase en het aanbod van de HOV-arts

- Euthanasie: geen handeling die door de HOV wordt overgenomen;
- Palliatieve sedatie: overgaan tot sedatie dient een weloverwogen besluit te zijn van de eigen huisarts. Zo mogelijk start de HOV-arts intermitterende sedatie. Continue sedatie kan als crisisinterventie worden toegepast door HOV-arts.
- Palliatieve pijnbestrijding: beleid dient in eerste instantie bepaald te worden door de eigen huisarts, aanpassingen hiervan door de dienstdoende arts vinden plaats volgens richtlijnen op Pallialine en Palliarts.
- Palliatieve symptoombestrijding: het is aan de dienstdoende arts om bij symptomatologie volgens de geldende richtlijnen Pallialine en Palliarts te handelen.

2. Inleiding

De Netwerken Palliatieve Zorg 's-Hertogenbosch-Bommelerwaard en Oss-Meierijstad-Uden hebben in 2002 in samenspraak met de huisartsenpost (HOV) en het Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ) de kwaliteit van de terminale zorg in de avond-, nacht- en weekenduren verbeterd. Aanleiding hiervoor waren de resultaten uit landelijke onderzoeken en signalen uit beide Netwerkgregio's dat de terminale zorg gedurende de avond-, nacht-, en weekenduren niet altijd goed verliep. Dit heeft geleid tot een beleidsplan waarin regionaal beleid ten behoeve van terminale zorg gedurende avond-, nacht- en weekenduren is geformuleerd.

In juni 2019 en 2020 zijn de afspraken geëvalueerd en geactualiseerd.

Palliatieve en terminale zorg vereist een continue, anticiperende en integrale benadering van patiënten en hun naasten. De huisarts en (wijk)verpleegkundige vervullen hierbij in de thuissituatie een essentiële en elkaar aanvullende rol. Voor patiënten en hun naasten zijn persoonlijke beschikbaarheid en aandacht van hulpverleners de belangrijkste kenmerken van goede palliatieve zorg.

Dit betekent dat waar mogelijk de zorg door dezelfde persoon wordt verleend. Het merendeel van de huisartsen in het werkgebied van de HOV is het eens met de stelling: *terminale zorg hoort bij de eigen huisarts, tenzij...*

In het werkgebied van de HOV is een groot gedeelte van de huisartsen zelf bereikbaar voor zijn/haar terminale patiënten, temeer als de dood nabij is. De bereikbaarheid van de eigen huisarts kan ook via de HOV verlopen.

3. Medicatievoorziening gedurende ANW-uren in werkgebied HOV

In de terminale fase zijn met name voor pijnbestrijding en palliatieve sedatie soms acuut (grotere) hoeveelheden medicatie nodig. Aan de huisartsen wordt geadviseerd hierop zoveel mogelijk te anticiperen en deze geneesmiddelen tijdig te bestellen bij de eigen apotheek van de patiënt. De dienstregeling van de apotheken is alleen bedoeld voor SPOED recepten, dat wil zeggen recepten die kort tevoren door de dienstdoende huisarts of specialist zijn uitgeschreven en absoluut niet kunnen wachten tot de normale openingstijden van de eigen apotheek.

Voor spoedgevallen buiten de openingstijden van de lokale apotheken zijn in het werkgebied van de HOV drie dienstapotheken actief, te weten:

➤ **Dienstapotheek Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ);**

Deze dienstapotheek is gevestigd in het JBZ ziekenhuis

Henri Dunantstraat 1, 5223 GZ 's-Hertogenbosch

Telefoon: 073-5535999

Fax: 073-5535995

Dagelijks 24 uur bereikbaar en geopend.

➤ **Regioapotheek in Bernhoven**

Deze dienstapotheek is gevestigd in ziekenhuis Bernhoven

Nistelrodeseweg 10, 5406 PT Uden.

Telefoon: 0413-408780

Fax: 0413-408786

e-mail: assistent.regioapotheek@ezorg.nl

Dagelijks 24 uur bereikbaar en geopend.

➤ **De Burchtapotheek in Oss**

Koornstraat 22, 5341 BR Oss

Telefoon: 0412-633837

Fax: 0412-634680

Dagelijks bereikbaar en geopend van 8.00 uur tot 23.00 uur

Met vertegenwoordigers van de dienstapotheken in de HOV-regio zijn in het kader van terminale zorg gedurende de ANW-uren de volgende afspraken gemaakt:

1. Het is van groot belang dat door de arts een volledig recept wordt ingediend. Dit houdt in dat op het recept is aangegeven hoeveel mg/24 uur of mg/uur toegediend moet worden en hoeveel ampullen en welke concentratie per ampul er wordt voorgeschreven. Bij het gebruik van een cassette dient ook de concentratie te worden vermeld.
2. Door de apotheek wordt een duidelijk etiket op de cassette dan wel de ampul aangebracht waarop te lezen is welke concentratie in de cassette dan wel de ampul zit.
3. Door de huisarts en/of de verpleegkundige dient geanticipeerd te worden op de te verwachten noodzakelijke medicatie tijdens de avond-, nacht- en weekenduren. Met andere woorden, medicatie dient tijdig besteld en gehaald te worden. Tijdens de avond-, nacht- en weekenduren wordt in overleg met de thuiszorgorganisatie besloten welke pomp beschikbaar is. Hierna worden ampullen dan wel een cassette besteld.
5. De dienstapotheek in Uden heeft een infuuszak met een standaarddosering morfine 10 mg/ml op voorraad. Ook 20mg/ml en 1mg/ml, midazolamcassettes en een ascites punctieset zijn voorradig. De andere dienstapotheken kunnen in noodsituaties een beroep doen op deze medicatiecassettes.
De dienstapotheek van het Jeroen Bosch ziekenhuis in 's-Hertogenbosch kan tot 20.00u alleen morfine en midazolam cassettes aanvragen, dus geen combinatie cassettes buiten kantoortijden.
De burcht-Apotheek Gilissen heeft zowel de medicatiecassettes van 1 als van 2 % op voorraad alsmede de cassettes met 0,5% midazolam die ook vaak in avonddienst verstrekt worden voor de regio.
6. Medicatie moet bij de apotheek worden opgehaald door naasten van de patiënt, er is in de avond-, nacht en weekenduren geen bezorgservice.
7. Bij problemen of moeilijke receptuur kan altijd met de dienstdoende apotheker overlegd worden.

4. Communicatie en overdracht over terminale patiënten

Een groot deel van de huisartsen ervaart een informatieprobleem als hij/zij visitearts is. Door het verbeteren van de patiëntenoverdracht zal de zorg in de laatste levensfase kwalitatief geoptimaliseerd worden en kunnen ongewenste spoedopnames voorkomen worden. Er wordt een beroep gedaan op de eigen huisarts om tijdig met Advance Care Planning aan de slag te gaan. Hulpmiddelen hiervoor kunnen zijn de surprise question of de SPICT vragenlijst. Hierdoor kan de patiënt de laatste levensfase doorbrengen op de door hem/haar gewenste locatie en op de door hem/haar gewenste wijze. Mantelzorgers zullen zich beter gehoord voelen en de multidisciplinaire samenwerking zal soepeler verlopen.

De taakopvatting van de eigen huisarts voor terminale zorg buiten kantooruren kan variëren.

Bijvoorbeeld:

- De zorg buiten praktijken wordt volledig overgedragen aan de HOV
- De huisarts is buiten praktijken alleen bereikbaar voor telefonisch overleg.
- Het gedeeltelijk overdragen van de zorg. De HOV levert in eerste instantie de zorg en alleen bij vooraf aangegeven situaties wordt de eigen huisarts geraadpleegd of gaat de huisarts zelf op visite (HOV als voorwacht).
- De huisarts doet de zorg volledig zelf, alleen in bijzondere situaties en bij overmacht wordt een beroep op de HOV gedaan (HOV als achterwacht).

Door de eigen huisarts dient een patiënt gemarkeerd te worden als zijnde terminaal. Voor goede terminale zorg is het van belang dat van **alle** terminale patiënten informatie beschikbaar is op de HOV. Voor de overdracht aan de HOV wordt gebruik gemaakt van de palliatieve memo zoals die in Topicus beschikbaar is. Daarnaast draagt de eigen huisarts er zorg voor dat het digitale dossier beschikbaar is voor inzage middels het aanmelden van de patiënt bij het Landelijk schakelpunt van de zorg (LSP).

De dienstdoende huisarts mag verwachten dat de eigen huisarts er voor gezorgd heeft dat deze zorgafspraken bekend zijn bij de patiënt. De eigen huisarts geeft uitleg wat de patiënt en diens naasten van zijn/haar bereikbaarheid en wat ze van de HOV-artsen kunnen verwachten.

De overdracht van de huisarts naar de HOV dient te bestaan uit:

1. Informatie over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de eigen huisarts. Er zijn in de regio varianten in bereikbaarheid en beschikbaarheid, dus informatie hierover is van groot belang!
2. Inhoudelijke overdracht, tenminste bestaande uit:
 - medische Overdrachtsgegevens;
 - huidige medicatie;
 - behandelafspraken, bijvoorbeeld ten aanzien van reanimatie, beademing, ziekenhuisopname, palliatieve sedatie, euthanasie.

Zie bijlage 1 memo-Topicus

Er zal gestreefd moeten worden naar een overdracht die volledig is maar ook beknopt genoeg zodat de dienstdoende huisarts snel een overzicht heeft van de problematiek. Het is aan de eigen huisarts om patiënt en naasten te instrueren wat te doen bij voorspelbare symptomen, met daarbij afspraken wanneer de HOV gebeld moet worden. In de terminale fase lijkt het van groter belang dat de eigen huisarts zelf voor telefonisch overleg bereikbaar is.

Indien er gedurende de ANW-uren inzet geweest is van een HOV-arts, wordt digitaal via de gebruikelijke wegen teruggekoppeld aan de eigen huisarts van de patiënt welke interventies zijn gedaan en welke afspraken gemaakt zijn met de patiënt.

Wanneer de verpleegkundigen niet aanwezig kan zijn tijdens de visite is het wenselijk dat door de visitearts schriftelijk informatie wordt achtergelaten voor thuiszorg en/of familie om vragen te beantwoorden en beleid en evaluatie af te stemmen. In geval van opeenvolgende visitedienst draagt de vertrekkende arts belangrijke informatie over terminale patiënten over aan de arts die de dienst overneemt.

5. Triage in de terminale fase

Indien een terminale patiënt door de eigen huisarts is gemarkeerd als terminaal/palliatief, is het wenselijk dat dit op de HOV bij een telefoontje van/over deze patiënt meteen zichtbaar is op het scherm. Dit gebeurt wanneer er een memo via Topicus is aangemaakt. De triagistes zullen bij een telefoontje van/over een terminale patiënt in de meeste gevallen de regiearts inschakelen. Het is dan ook van groot belang dat de markering van een terminale patiënt altijd door de eigen huisarts gebeurt en wordt doorgegeven aan de HOV in Topicus.

6. Visites gedurende de ANW-uren bij terminale patiënten

Terminale zorg vraagt om een andere benadering en een andere tijdsinvestering dan acute zorg. Er is uitgebreider contact nodig dan de veelal korte 'overbruggingszorg' die voor de meeste HOV-contacten geldt.

Bij terminale patiënten zal veelal laagdrempelig een visiteaanvraag worden gehonoreerd. Dit voorkomt veel misverstanden en is op den duur tijdbesparend. Ook als er schijnbaar alleen een medicatievraag is kan het goed zijn een visite aan te bieden. Visites bij een terminale patiënt vragen in veel gevallen extra tijd en dat kan knellen met andere acute vragen. Planning en logistiek zijn van groot belang om deze zorg goed te laten verlopen.

Aanbevelingen zijn:

- De eigen huisarts is bereikbaar voor overleg over de terminale patiënt met de dienstdoende arts op de HOV.
- Bij evaluatie van ingezet beleid is een telefonische controle een mogelijkheid.
- Een goede afstemming met de verpleegkundige zorg gedurende de ANW-uren. Overweeg om afspraken schriftelijk vast te leggen bij de patiënt.
- Professionals kunnen bij vragen over een terminale patiënt gebruik maken van de overleglijn van de HOV 088-87 65 027.
- In geval van opeenvolgende visitedienst draagt de vertrekkend arts belangrijke informatie over terminale patiënten over aan de arts die de dienst overneemt.

De huisarts, regiearts of visitearts kan bij complexe problematiek een palliatief consulent raadplegen:

Er is een landelijke consultatielijn beschikbaar, welke automatisch doorschakelt naar de consulent in de regio: T 088-605 14 44.

Ook zijn de palliatieve teams bereikbaar als voorheen:

In regio Oss-Meierijstad-Uden :

het transmuraal Palliatief Advies Team (PAT) regio Oss-Uden-Meierijstad raadplegen voor ondersteuning. Het PAT is bereikbaar op tel.nr. 0413-40 22 29.

In regio 's-Hertogenbosch-Bommelerwaard :

het transmuraal Palliatief Advies Team (PAT) regio 's-Hertogenbosch-Bommelerwaard raadplegen voor ondersteuning. Het PAT is bereikbaar op tel.nr. 06-23 48 53 68.

7. Specifieke medische handelingen in de terminale fase en het zorgaanbod van de HOV-arts bij deze handelingen

Wanneer met de patiënt gesproken is over palliatieve sedatie en/of over maatregelen die het levenseinde mogelijk kunnen bespoedigen, zoals het achterwege laten of staken van de behandeling, het staken of afzien van kunstmatige toediening van voedsel en/of vocht, of euthanasie, is het van belang dat alle betrokken hulpverleners van de wensen van de patiënt en de gemaakte afspraken op de hoogte zijn. Wanneer de huisarts vermoedt dat de patiënt binnen enkele dagen zal overlijden, stelt hij de andere hulpverleners daarvan op de hoogte.

a. Euthanasie

Euthanasie is het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de cliënt en op uitdrukkelijk verzoek van de cliënt.

Zorgaanbod HOV

Euthanasie is geen handeling die door de HOV wordt overgenomen tijdens de ANW-uren. Indien met een patiënt afspraken zijn gemaakt over euthanasie dan wordt dit wel in de memo doorgegeven aan de HOV.

b. Palliatieve sedatie

In navolging van de KNMG wordt de term palliatieve sedatie gebruikt, welke als volgt wordt gedefinieerd:

Palliatieve sedatie is het opzettelijk en proportioneel verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase. Doel is het lijden te verlichten. Het bewustzijn verlagen is een middel om dat te bereiken. Het is van groot belang dat de palliatieve sedatie bij de juiste indicatie, proportioneel en adequaat wordt toegepast. Niet de mate van bewustzijnsverlaging, maar de mate van symptoomcontrole bepaalt de dosering, de combinatie en de duur van de inzet van de medicamenten.

De evaluaties en de besluitvormingsprocessen moeten gericht zijn op het adequaat verlichten van het lijden van de patiënt, waardoor een rustige en aanvaardbare situatie ontstaat. Palliatieve sedatie is aan de orde in de laatste levensfase, als de dood op korte termijn (maar uiterlijk binnen 2 weken) verwacht wordt.

Vormen van sedatie

De mate van sedatie kan uiteenlopen van oppervlakkig tot diep. In het eerste geval is communicatie nog mogelijk, in het laatste geval zal communicatie veelal niet meer mogelijk zijn. Palliatieve sedatie kan ook kortdurend als crisisinterventie worden toegepast. Dit kan ofwel intermitterend overdag als “middagslaap” en/of ‘s nachts worden toegepast (bijvoorbeeld bij extreme moeheid, benauwdheid, angst, onrust, delier, nachtelijke onrust). Met name als crisisinterventie kan het kortdurend diep sederen aan het behandelend team de ruimte geven om het beleid te evalueren en bij te stellen en de mantelzorgers en patiënt een escape te geven om even tot rust te komen alvorens te besluiten wat er verder moet gebeuren.

Het al dan niet starten met oppervlakkige of diepe continue sedatie in de laatste levensfase blijkt een lastig dilemma te zijn met culturele, levensbeschouwelijke, juridische en ethische aspecten. Bij de besluitvorming rondom palliatieve sedatie staat het bestaan van één of meer onbehandelbare (refractaire) symptomen centraal naast de prognose, waarbij het vaststellen van wat refractair is veel vaardigheid en vakkennis vereist.

Het verdient aanbeveling de KNMG checklist palliatieve sedatie te raadplegen voor aanvang van de sedatie (bijlage 3)

Zorgaanbod HOV

Het overgaan tot continue diepe sedatie dient een weloverwogen besluit te zijn van de eigen huisarts en is in principe geen behandeling die door de HOV-arts wordt ingezet.

Palliatieve sedatie wordt bij voorkeur ingezet op een tijdstip waarop de eigen huisarts nog enkele uren beschikbaar is en de sedatie zelf tot het gewenste niveau met het gewenste effect op de symptomen kan instellen. Het is van belang dat begin en doel van palliatieve sedatie door de eigen huisarts wordt doorgegeven aan de HOV. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de memo in Topicus.

Aangezien palliatieve sedatie een normale medische handeling is, kan in crisissituaties door de HOV-arts wel worden besloten over te gaan tot palliatieve sedatie als crisisinterventie, maar dan liefst kortdurend om het beleid bij te kunnen stellen. Soms kan de huisarts voorzien dat de patiënt refractaire symptomen kan ontwikkelen (longbloeding, gevaar te stikken, doorgroei van tumor in bloedvat, delier ten gevolge van hersenmetastasen, status epilepticus bij hersenmetastasen etc.). Dan zou de huisarts bij eigen afwezigheid toch de HOV-arts kunnen vragen de continue sedatie in te zetten.

Sedatie hoeft niet perse te starten met een pomp, het optitreren kan gebeuren met subcutane injecties via een ingebracht subcutaan naaldje tot het gewenste niveau van sedatie is bereikt, waarna zo nodig in tweede instantie een pomp aangesloten kan worden.

Goede verslaglegging is bij sederen essentieel. De relevante gegevens over de patiënt en diens situatie moeten in het medisch en indien aanwezig in het verpleegkundig/zorg dossier worden opgenomen: waarom tot palliatieve sedatie is besloten, hoe deze wordt uitgevoerd, hoe het effect wordt geëvalueerd en wat de criteria zijn om de dosering van de sedativa aan te passen.

Zowel in de regio 's-Hertogenbosch-Bommelerwaard als in de regio Oss-Meierijstad-Uden zijn regionale samenwerkingsafspraken rondom palliatieve sedatie gemaakt, deze afspraken zijn ook door de HOV onderschreven, zie voor deze afspraken Palliarts en www.netwerkpalliatievezorg.info

c. Palliatieve pijnbestrijding

Voor meer informatie over de regionale samenwerkingsafspraken wordt verwezen naar Palliarts. Onderdeel van deze samenwerkingsafspraken zijn de protocollen met betrekking tot het inzetten van een subcutane pomp.

Zorgaanbod HOV

Het beleid rondom palliatieve pijnbestrijding dient bij voorkeur bepaald en uitgezet te worden door de eigen huisarts van de patiënt. De belangrijke informatie over dit beleid wordt in de Topicus-memo van de HOV gezet. Indien beschikbaar wordt in het zorgdossier bij de cliënt thuis opgeschreven hoe het beleid rondom palliatieve pijnbestrijding met de patiënt is afgesproken. Indien tijdens de ANW-uren een HOV-arts bij een patiënt is geweest wordt in Topicus genoteerd wat is afgesproken met de patiënt.

d. Vocht en voeding

Het hoort bij de taak van de eigen huisarts om voorlichting te geven met betrekking tot het (parenteraal) toedienen van vocht en/of voeding. Hierbij overweegt de eigen huisarts eveneens de optie te bespreken om bewust te stoppen met eten en drinken.

e. Palliatieve symptoombestrijding

Naast afspraken over pijnbestrijding en over al dan niet inzetten van palliatieve sedatie als behandeling, zijn er nog andere symptomen waarvoor patiënt en familie de HOV kunnen bellen.

Onder andere: angst, slaapproblemen, onrust, delier, benauwdheid, uitdroging, misselijkheid en braken.

Zorgaanbod HOV

Het is aan de dienstdoende arts om bij symptomatologie volgens de bestaande richtlijnen te handelen, zie Pallialine en/of Palliarts. Indien de eigen huisarts dit goed heeft voorbereid

moet dit voor de dienstdoende arts geen probleem zijn. Het vooraf vastleggen van de afspraken in een proactief zorgplan dat is opgesteld door de eigen huisarts en dat overgedragen is naar de HOV zal daarbij een goed hulpmiddel zijn.

f. Psychosociale ondersteuning

Het is van groot belang dat patiënt en zijn/haar naasten gedurende het palliatieve traject goed worden voorgelicht en ondersteund. Uitleg over ondersteuningsmogelijkheden behoort door de eigen huisarts te worden gegeven.

Voor de ondersteuning van mantelzorger kan het inschakelen van vrijwillige thuiszorg gewenst zijn:

- *Regio 's-Hertogenbosch VPTZ 's-Hertogenbosch e.o. tel: 085-00 25 310*
- *Regio Bommelerwaard VPTZ Bommelerwaard tel: 06-10 49 41 20*
- *Regio Oss VPTZ/Oase tel: 0412 – 66 80 00*
- *Regio Uden-Veghel VPTZ Uden/Veghel tel: 0413 – 82 03 05.*

Geestelijke verzorging:

Contact met een geestelijk verzorger voor een patiënt en/of naasten over de wensen in de laatste levensfase in relatie tot levensvisie, zingevingvragen en omgaan met gevolgen van sedatie en afscheid van het leven kan gewenst zijn. Ondersteunende organisaties op dit terrein zijn:

- *Stichting van Mens tot Mens 's-Hertogenbosch e.o. tel: 06 – 46 43 13 45*
- *BWI Het Palet, Steunpunt palliatieve zorg Schijndel tel: 073 – 544 14 13*
- *Stichting Palliatief Spiritueel Team Boxtel tel: 06 – 13 10 13 76.*
- *Centrum voor levensvragen Noordoost-Brabant tel. 06-22 72 71 10*

8. Ondersteuning tijdens de ANW-uren

Inzet van gespecialiseerde technische thuiszorg teams bij specifieke verpleegtechnische zorg kan gewenst zijn bij het starten van een pomp, het plaatsen van een maagsonde of andere medisch technische taken.

- **Brabantzorg:** regionaal verpleegkundig team: 088-9985555
- **Pantein:** verpleegkundigtechnisch team west: 0900-8803

Op de HOV en tijdens visites is voor artsen en waar nodig voor triagistes gemakkelijk toegankelijke informatie aanwezig, zoals:

- De kaart met regionale samenwerkingsafspraken betreffende oncologische en palliatieve pijn en palliatieve sedatie van zowel de regio 's-Hertogenbosch – Bommelerwaard als de regio Oss-Meierijstad-Uden zijn te vinden op www.netwerkpalliatievezorg.info en Palliarts.
- Meer informatie over de richtlijnen is te vinden op www.oncoline.nl of www.pallialine.nl
- Vanuit beide Netwerken in de regio van de HOV is een sociale kaart gevuld, deze zijn te bekijken op <https://www.netwerkpalliatievezorg.info/>
- Ook in de gratis app Palliarts zijn deze (regionale) afspraken terug te vinden.

9. Tot slot

Alleen door een goede samenwerking mét elkaar kan de terminale zorg ook in de avond-, nacht- en weekenduren van goede kwaliteit zijn! Dat vereist respect, kennis en communicatieve vaardigheden.

Bij het ervaren van knelpunten in dit beleidsplan of in de zorg voor terminale patiënten in ANW-uren rondom communicatie, overdracht en het volgen van de genoemde richtlijnen worden betrokken zorgverleners aangemoedigd contact op te nemen met:
Mariëlle van Cromvoirt mvcromvoirt@poolster.info ; huisarts en kaderarts palliatieve zorg
Rob Besselink r.besselink@ezorg.nl huisarts en kaderarts palliatieve zorg

Bijlage 1: Memo LSP

Overdracht palliatieve/terminale zorg

Naam eigen arts

Telefoonnummer eigen arts

Bereikbaarheid/beschikbaarheid eigen huisarts

☐ ik draag de zorg volledig over aan de huisartsenpost

☐ ik ben bereikbaar voor overleg indien dienstdoende huisarts twijfelt over behandeling/beleid

☐ ik ben bereikbaar voor overleg en rijd zonodig zelf visite

☐ ik doe de zorg in principe zelf, als de patiënt de HOV belt, contact met eigen huisarts opnemen.

Bereikbaarheidstijden

☐ bereikbaar overdag

☐ avond

☐ nacht (na 23.00 uur)

Bereikbaarheid bij overlijden

☐ overdag

☐ avond

☐ nacht (na 23.00 uur)

☐ niet

Is het dossier aangemeld bij het LSP?

☐ ja

☐ nee

☐ geweigerd

Beschrijving huidige probleem en relevante voorgeschiedenis

--

Afgesproken beleid

Beleid m.b.t. medicatie

Beleid m.b.t. verwijzing/opname

Reanimatiebeleid/ behandelbeperkingen

- ☐ volledig beleid
- ☐ niet reanimeren
- ☐ niet reanimeren, niet beademen

Gewenste plaats van overlijden

- ☐ thuis
- ☐ ziekenhuis
- ☐ hospice
- ☐ anders nl

Beleid t.a.v. palliatieve sedatie/euthanasie

Beschikt patient over een donorcodicil?

- ☐ ja
- ☐ nee
- ☐ weet niet

Behandelend specialist/ziekenhuis

Is er thuiszorg betrokken? Zo ja wat is de naam van de betreffende organisatie

Is er een specialistisch team betrokken? Zo ja welk team?

Betrokken mantelzorgers/contactpersonen (naam en telefoonnummer)

Bijlage 2 Regiokaart

Dienstapothek Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ)

Deze dienstapothek is gevestigd in het JBZ ziekenhuis

Telefoon: 073-5535999

Dagelijks 24 uur bereikbaar en geopend.

Dienstapothek Bernhoven Meierijstad-Uden

Deze dienstapothek is gevestigd in ziekenhuis Bernhoven

Telefoon: 0413-408780

Dagelijks 24 uur bereikbaar en geopend.

De Burchtapothek in Oss

Telefoon: 0412-633837

Dagelijks bereikbaar en geopend van 8.00u tot 23.00u

Transmuraal Palliatief Advies Team (PAT) regio Oss-Uden-Meierijstad: tel.nr. 0413-40 22 29.

Transmuraal Palliatief Advies Team (PAT) regio 's-Hertogenbosch-Bommelerwaard tel.nr:
06-23485368.

Bijlage 3: checklist palliatieve sedatie

Definitie: Het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase. Palliatieve sedatie kan intermitterend of continu worden toegepast.

Deze checklist gaat over continue palliatieve sedatie tot aan het overlijden.

Doel: Het verlichten van het lijden van de patiënt.

Indicatie: Het bestaan van 1 of meer onbehandelbare ziekteverschijnselen (refractaire symptomen), die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt.

Voorwaarden: Het overlijden wordt binnen 1 tot 2 weken verwacht.

Expertise en consensus van de behandelaar of het behandelend team.

Overeenstemming met de wens van de patiënt en/of naasten.

Palliatieve sedatie is een medische interventie. De verantwoordelijkheid voor indicatiestelling, besluitvorming en uitvoering berust bij de behandelend arts.

In verband met ervaren problemen in de praktijk is het advies tijdig contact op te nemen met het Palliatief Advies Team Oss-Meierijstad-Uden tel 0413-40 22 29 (ANW uren via portier 0413-40 40 40). Veel voorkomende problemen zijn onduidelijkheid of een symptoom refractair is (of er andere behandelmogelijkheden zijn), onduidelijkheid over levensverwachting korter dan twee weken, en onduidelijkheid of continue sedatie in de stervensfase nog ingezet moet worden.

Voorwaarden

☐	De inhoud van de KNMG richtlijn is bekend bij betrokken hulpverleners / behandelteam
☐	1 of meer refractaire symptomen zijn aanwezig.
☐	Levensverwachting is korter dan 2 weken.
☐	Bij onvoldoende expertise in het behandelteam betreffende continue palliatieve sedatie wordt een consult aangevraagd bij het consultatie team uit de regio/in het ziekenhuis.
☐	De continue palliatieve sedatie is in overeenstemming met de wensen van patiënt en/of naasten.
☐	De besluitvorming is vastgelegd in het medisch/verpleegkundig dossier.
☐	Betrokken hulpverleners zijn geïnformeerd.

☐	In het dossier is aangegeven wie de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt is.
☐	De behandelend arts heeft voorlichting gegeven aan patiënt en/of naasten over de overwegingen betreffende de continue palliatieve sedatie en de uitvoering. Hierbij wordt altijd aangegeven dat: ☐ de patiënt niet per definitie (diep) in slaap wordt gebracht; ☐ het effect wordt afgemeten aan de hand van het comfort van de patiënt; ☐ het soms enige tijd kan duren voordat het gewenste effect is bereikt; ☐ de sedatie soms enkele dagen of zelfs langer kan duren; ☐ de mate van bewustzijnsdaling in de loop van de tijd kan veranderen;

	- o enterale of parenterale toediening van vocht of voeding wordt gestaakt c.q. niet gestart en dat dit niet tot dorst of hongergevoel leidt. - o palliatieve sedatie het moment van overlijden niet vervroegt en in dat opzicht geen alternatief voor euthanasie is. de mogelijkheid bestaat dat de patiënt wakker wordt. - o het wachten zwaar kan worden (adviseer voor het waken een roulatieschema).
--	---

Voorlichting en begeleiding aan patiënt en naasten

o	Een verslag van het gesprek tussen arts en patiënt en/of naasten is vastgelegd.
o	De informatie is herhaald en gecheckt of het begrepen is.
o	Mogelijkheden tot nemen van afscheid zijn gegeven, inclusief (culturele / religieuze) rituelen.
o	Symptomen die kunnen optreden bij een stervende patiënt zijn besproken: - o snurkgeluiden /reutelen - o Cheyne Stokes ademhaling - o spontane bewegingen
o	Met de naasten is besproken wat zij eventueel zelf kunnen doen: - o aanwezig zijn o voorlezen/muziek - o mondverzorging - o hand vasthouden / voeten masseren
o	De naasten is duidelijk verteld dat patiënt omgevingsgeluiden kan horen.
o	De IKNL folder palliatieve sedatie is gegeven.

Organisatie en coördinatie van zorg

o	Het tijdstip om te starten met de sedatie is met alle betrokkenen besproken.
o	Multidisciplinaire afspraken zijn gemaakt over de evaluatie van het effect: - o <u>hoe</u> het effect van palliatieve sedatie wordt vastgesteld; - o <u>wie</u> het effect van de palliatieve sedatie vaststelt; - o <u>wanneer</u> het effect van de sedatie wordt vastgesteld. De afspraken zijn vastgelegd in het patiëntendossier en alle betrokken zorgverleners zijn hierover geïnformeerd.
o	De benodigde medicatie en de materialen voor toediening zijn beschikbaar.
o	Voldoende voorraad midazolam en levomeprozine is thuis of op de afdeling aanwezig.
o	Afgesproken is dat de behandelend arts aanwezig is bij start sedatie.
o	Multidisciplinaire afspraken zijn gemaakt over wie wat uitvoert (arts, verpleegkundige)
o	Multidisciplinaire afspraken zijn gemaakt over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de behandelend arts en deze zijn vastgelegd.
o	De behandelend arts heeft heldere afspraken gemaakt en vastgelegd, en een overdracht voor de waarneming van collega's en/of huisartsenpost (HAP)
o	De vervangend arts die besloten heeft tot palliatieve sedatie zorgt voor een adequate overdracht aan de behandelend arts.
o	Multidisciplinaire afspraken over lichamelijke verzorging zijn gemaakt en deze zijn vastgelegd.
o	Multidisciplinaire afspraken zijn gemaakt over wat te doen bij eventuele veranderingen in dosering en gebruikte middelen en deze zijn vastgelegd.
o	Afgesproken is wanneer de behandelend arts de patiënt bezoekt (minimaal eenmaal daags).

Uitvoering

o	Bij de uitvoering van de palliatieve sedatie wordt de stapsgewijze benadering conform het medicatieschema uit de KNMG richtlijn palliatieve sedatie gehanteerd. De dosering en de keuze van de middelen wordt aangepast aan de hand van het comfort van de patiënt en niet aan de hand van de mate van bewustzijnsdaling.
o	Het effect van de sedatie wordt aanvankelijk iedere 2 uur geëvalueerd totdat voldoende comfort van de patiënt is bereikt. Dit is van belang voor het geven van bolussen (iedere 2 uur) en de noodzaak voor ophogen van de onderhoudsdosering (iedere 4 uur).
o	Indien de bestaande medicatie continu parenteraal gegeven wordt, heeft het de voorkeur om de medicatie ter sedatie via een afzonderlijke pomp toe te dienen om ongewenste verhoging van de bestaande medicatie te voorkomen wanneer de dosering van de sedativa wordt opgehoogd.
o	De actuele medicamenteuze symptoombestrijding (m.n. opioïden of haloperidol) wordt in principe voortgezet via de buccale, transdermale, subcutane of intraveneuze toedieningsweg.
o	Alle andere medicatie is gestaakt. Gebruik opioïden alleen voor pijnbestrijding of benauwdheid, niet als sedativum.
o	Eventuele kunstmatige toediening van vocht of voeding is gestaakt.
o	Een verblijfskatheter is zo nodig ingebracht nadat patiënt is gesedeerd.
o	De zorg wordt dagelijks conform de gemaakte afspraken geëvalueerd en vastgelegd in het dossier.
o	Observeer draaglast / draagkracht naasten.
o	Zorgen en angsten van naasten worden bespreekbaar gemaakt.

Evaluatie/Nazorg

o	Achteraf is geëvalueerd met betrokken zorgprofessionals.
o	De naasten is de mogelijkheid tot een nazorggesprek geboden.

Schema continue palliatieve sedatie*

	Middel	Bolus	Continue toediening *
Stap 1	Midazolam	Bij start sedatie 10 mg s.c. Z.n. iedere 2 uur 5 mg s.c.	Startdosering 1,5-2,5 mg/uur s.c./i.v., bij onvoldoende effect na minimaal 4 uur de dosering met 50% ophogen, <u>altijd</u> in combinatie met een bolus van 5 mg s.c. Bij risicofactoren (patiënten >60 jaar, gewicht <60 kg, ernstige nier- of leverfunctiestoornissen, sterk verlaagd serumalbumine en/of co-medicatie die kan leiden tot versterkte sedatie): - lagere startdosis (0,5-1,5 mg/uur) en - langer interval (6-8 uur) voordat de onderhoudsdosering wordt

			opgehoogd Bij doseringen >20 mg/uur zie stap 2.
Stap 2	Levomepromazine	25 mg s.c./i.v., evt. na 2 uur 50 mg	0,5-8 mg/uur s.c./i.v. in combinatie met midazolam. Na 3 dagen dosering i.v.m. stapeling halveren. Bij onvoldoende effect midazolam en levomepromazine staken, zie stap 3.
Stap 3	Propofol	20-50 mg i.v.	20 mg/uur i.v., per 15 minuten met 10 mg/uur ophogen. Toediening onder supervisie van een anesthesioloog raadzaam. Kan in het ziekenhuis ook als stap 2 worden overwogen.

De startdoseringen zijn gebaseerd op de gemiddelde patiënt. De arts moet zich laten leiden door het effect van de medicatie. Bij een extreme risicofactor, zoals een patiënt die een hoog (bijv. 100 kg) of laag (40 kg) gewicht heeft, kunnen de start- en vervolgdosering naar verhouding worden aangepast c.q. opgehoogd of verlaagd. Bij twijfel over doseringen dient te worden overlegd met een consulent palliatieve zorg.

Nozinan (levomepromazine) wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar. Daardoor wordt de extra pomp voor de Nozinan ook niet vergoed. Een alternatief voor continue toediening Nozinan is dan sc toediening Start bolus 25 mg sc à 8 uur. Zo nodig na 2 uur een bolus van 50 mg s.c. 3 dd 25 mg sc a 8 uur continueren. Na 3 dagen evalueren of dosering verlaagd kan worden i.v.m. stapeling.

* Bron: KNMG-richtlijn palliatieve sedatie 2009.