



Beleidsplan

Palliatieve terminale zorg gedurende avond-, nacht- en weekenduren

Herziening april 2021, augustus 2022 herziening n.a.v. richtlijn palliatieve sedatie 2022
Mariëlle van Cromvoirt
Rob Besselink
Lucia van Iersel

Inhoud

1. Samenvatting afspraken in beleidsplan Terminale Zorg gedurende avond-, nacht- en weekenduren	3
2. Inleiding.....	4
3. Medicatievoorziening gedurende ANW-uren in werkgebied HOV	4
4. Communicatie en overdracht over terminale patiënten	5
5. Triage in de terminale fase.....	7
6. Visites gedurende de ANW-uren bij terminale patiënten.....	7
7. Specifieke medische handelingen in de terminale fase en het zorgaanbod van de HOV-arts bij deze handelingen.....	8
8. Ondersteuning tijdens de ANW-uren.....	11
9. Tot slot	11
Bijlage 1: Memo LSP	12
Bijlage 2: checklist palliatieve sedatie	14
Bijlage 3: Regiokaartje.....	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, behandelafspraken;
- 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. Tel.nr.: 088-8765027

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 Netwerkregio'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:

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

Deze dienstapothek 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 dienstapothek is gevestigd in ziekenhuis Bernhoven

Nistelrodeseweg 10, 5406 PT Uden.

Telefoon: 0413-408780

Fax: 0413-408786 e-mail: assistent.regioapothek@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

- **Medique (APO)**
- Telefoonnummer 085-9023880
- Buiten kantoortijden: 06-22738420
- Emailadres: infuustherapie@appo.nl

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.
4. 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.
8. Bij Medique kan contact worden opgenomen voor het leveren van een medicatie cassette of pomp. Men heeft dan een recept en de betreffende gegevens nodig. Een spoedlevering kan binnen 4 uur worden geleverd bij de cliënt thuis.

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 vertrekkend 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 gebeurd 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-Meierijstad-Maashorst 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 2)

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-Maashorst 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 mantelzorgers 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.*
- *Vrijwilligers stichting Nabij Boxtel tel: 06-13101376*

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:

- *Centrum voor levensvragen Oost-Brabant tel. 06-22 72 71 10*
- *Welzijn De Meierij: 073 544 1400*
- *Stichting Nabij: 06-13 10 13 76*

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. Zie voor regionaal kaartje van beschikbare teams **bijlage 3**.

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-Maashorst 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 patiënt 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: checklist palliatieve sedatie (JUNI 2022)

- 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) of 's-Hertogenbosch-Bommelerwaard tel 06-23 48 53 68.

Veel voorkomende problemen zijn onduidelijkheid of een symptoom refractair is (of er andere behandel mogelijkheden zijn), onduidelijkheid over levensverwachting korter dan twee weken, en onduidelijkheid of continue sedatie in de stervensfase nog ingezet moet worden.

In juni 2022 is er een nieuwe versie verschenen van de richtlijn palliatieve sedatie.

Belangrijke wijzigingen hierin zijn:

- de bolusdosering van de midazolam aangepast wordt bij het stijgen van de continue hoeveelheid midazolam die wordt toegediend.
- Er in geval van palliatieve sedatie bij pijn, onrust en/of misselijkheid er eerder in het proces een indicatie bestaat om te starten met levomepromazine sc. dan voorheen werd geadviseerd.
- Bij onvoldoende effect op midazolam en levomepromazine ook in de thuissituatie overgegaan kan worden naar stap 3 (met behulp van fenobarbital). Raadpleeg in dit geval altijd het palliatief adviesteam.
- Er bestaat een duidelijkere richtlijn met betrekking tot acute sedatie.
- Het lijden hoeft niet alleen lichamelijk van aard te zijn, existentieel lijden speelt ook een rol.

Voor meer details kijkt u op: www.pallialine.nl

Voorwaarden

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

	De arts van de HAP 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:
<input type="checkbox"/>	de patiënt niet per definitie (diep) in slaap wordt gebracht
<input type="checkbox"/>	het effect wordt afgemeten aan de hand van het comfort van de patiënt;
<input type="checkbox"/>	het soms enige tijd kan duren voordat het gewenste effect is bereikt;
<input type="checkbox"/>	de sedatie soms enkele dagen of zelfs langer kan duren;
<input type="checkbox"/>	de mate van bewustzijnsdaling in de loop van de tijd kan veranderen;
<input type="checkbox"/>	enterale of parenterale toediening van vocht of voeding wordt gestaakt c.q. niet gestart en dat dit niet tot dorst of honger gevoel leidt.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	het wachten zwaar kan worden (adviseer voor het waken een roulatieschema)

Voorlichting en begeleiding aan patiënt en naasten

<input type="checkbox"/>	Een verslag van het gesprek tussen arts en patiënt en/of naasten is vastgelegd.
<input type="checkbox"/>	De informatie is herhaald en gecheckt of het begrepen is.
<input type="checkbox"/>	Mogelijkheden tot nemen van afscheid zijn gegeven, inclusief (culturele / religieuze) rituelen.
	Symptomen die kunnen optreden bij een stervende patiënt zijn besproken:
<input type="checkbox"/>	snurkgeluiden /reutelen
<input type="checkbox"/>	Cheyne Stokes ademhaling
<input type="checkbox"/>	spontane bewegingen
<input type="checkbox"/>	Met de naasten is besproken wat zij eventueel zelf kunnen doen: <ul style="list-style-type: none">- aanwezig zijn of voorlezen/muziek- mondverzorging- hand vasthouden / voeten masseren
<input type="checkbox"/>	De naasten is duidelijk verteld dat patiënt omgevingsgeluiden kan horen.
<input type="checkbox"/>	<i>Er is verwezen naar de folder palliatieve sedatie op de website van IKNL.</i>
<input type="checkbox"/>	Organisatie en coördinatie van zorg
<input type="checkbox"/>	Het tijdstip om te starten met de sedatie is met alle betrokkenen besproken.
<input type="checkbox"/>	Multidisciplinaire afspraken zijn gemaakt over de evaluatie van het effect: <ul style="list-style-type: none">- hoe het effect van palliatieve sedatie wordt vastgesteld;- wie het effect van de palliatieve sedatie vaststelt;- wanneer het effect van de sedatie wordt vastgesteld. De afspraken zijn vastgelegd in het patiëntendossier en alle betrokken zorgverleners zijn hierover geïnformeerd.
	De benodigde medicatie en de materialen voor toediening zijn beschikbaar.
	Voldoende voorraad midazolam en levomeprozine is thuis of op de afdeling aanwezig.
	Afgesproken is dat de behandelend arts <i>bij voorkeur</i> aanwezig is bij start sedatie <i>en bij de inzet van de pomp</i> .
	Multidisciplinaire afspraken zijn gemaakt over wie wat uitvoert (arts, verpleegkundige) <i>Zie regionale samenwerkingsafspraken palliatieve sedatie</i>
	Multidisciplinaire afspraken zijn gemaakt over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de behandelend arts en deze zijn vastgelegd.
	De arts van de HAP heeft heldere afspraken gemaakt en vastgelegd, en een overdracht voor de waarneming van collega's en/of huisartsenpost (HAP)
	De arts van de HAP die besloten heeft tot palliatieve sedatie zorgt voor een adequate overdracht aan de behandelend arts.
	Multidisciplinaire afspraken zijn gemaakt over wat te doen bij eventuele veranderingen in dosering en gebruikte middelen en deze zijn vastgelegd.
	Afgesproken is wanneer de behandelend arts de patiënt bezoekt (minimaal eenmaal daags).

Uitvoering

<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	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).
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	De actuele medicamenteuze symptoombestrijding (m.n. opioïden of haloperidol) wordt in principe voortgezet via de buccale, transdermale, subcutane of intraveneuze toedieningsweg.
<input type="checkbox"/>	Alle orale medicatie is gestaakt. Gebruik opioïden alleen voor pijnbestrijding of benauwdheid, niet als sedativum.
<input type="checkbox"/>	Eventuele kunstmatige toediening van vocht of voeding is gestaakt.
<input type="checkbox"/>	Een verblijfskatheter is zo nodig ingebracht nadat patiënt is gesedeerd.
<input type="checkbox"/>	De zorg wordt dagelijks conform de gemaakte afspraken geëvalueerd en vastgelegd in het dossier.
<input type="checkbox"/>	Observeer draaglast / draagkracht naasten.
<input type="checkbox"/>	Zorgen en angsten van naasten worden bespreekbaar gemaakt.

Nazorg

<input type="checkbox"/>	HAP arts draagt na het einde van de nachtdienst telefonisch de sedatie met medicatie over aan de eigen huisarts.
--------------------------	---

Overzicht medicatieoverzicht

Raadpleeg voor het medicatieschema de app PalliArts en de richtlijn palliatieve sedatie.

Bijlage 3: Overzicht VTT

Brabantzorg regio 's Hertogenbosch

VVT Regio Oss 06-13223673

VVT Regio Veghel 06-11038375

VVT Regio Den Bosch 06-10964212

VVT Regio Uden 06-13111152

E-mail denboschregionaalverpleegkundigteam@brabantzorg.eu (voor niet-spoedeisende vragen) □

Cura Excellent regio 's Hertogenbosch-Bommelerwaard

Telefoonnummer 073-888 5623

E-mail (voor niet-spoedeisende vragen) oncologie@curaexcellent.nl

Pantein regio Oss-Meierijstad-Maashorst en Rosmalen Boxtel

Telefoonnummer Technisch Thuiszorg team west (TTV west) 06-13179675

E-mail (voor niet-spoedeisende vragen) ttvwest@pantein.nl □

Santé Partners

Telefoonnummer Technisch Team 088-0017790

E-mail (voor niet-spoedeisende vragen) TTV@santepartners.nl □

Vivent regio 's Hertogenbosch-Bommelerwaard

Telefoonnummer VTT team 088 163 8826 dit nummer is 22juli

E-mail VTT team (voor niet-spoedeisende vragen) backofficevtt@vivent.nl □

Zorggroep Elde Maasduinen

Telefoonnummer VTT team 0411-745180

E-mail (voor niet-spoedeisende vragen) vtt@zgem.nl

Laverhof

Telefoonnummer verpleegkundig team 073-5443220

Email Verpleegkundig.Team@laverhof.nl