

Palliatieve zorg

Mariëtte Agterof, internist-oncoloog, lid palliatief advies team

St. Antoniusziekenhuis

Pallium

Pallium (latijn = mantel)

Palliatieve zorg moet aanvoelen als een warme mantel die beschermt tegen kou, pijn, ongemak en zielepijn.

Sint Martinus (316-397) scheurde zijn mantel en gaf de helft aan een bedelaar. De mantel staat symbool voor bescherming en verzachting van het leed, maar kan het leed zelf niet wegnemen



Definitie palliatieve zorg

Palliatieve zorg is een *benadering* die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het **voorkomen en verlichten van lijden** door middel van *vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling* **van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en levensbeschouwelijke aard.**

Palliatieve zorg, waar denk je aan als je de term hoort?

terminologie palliatieve zorg

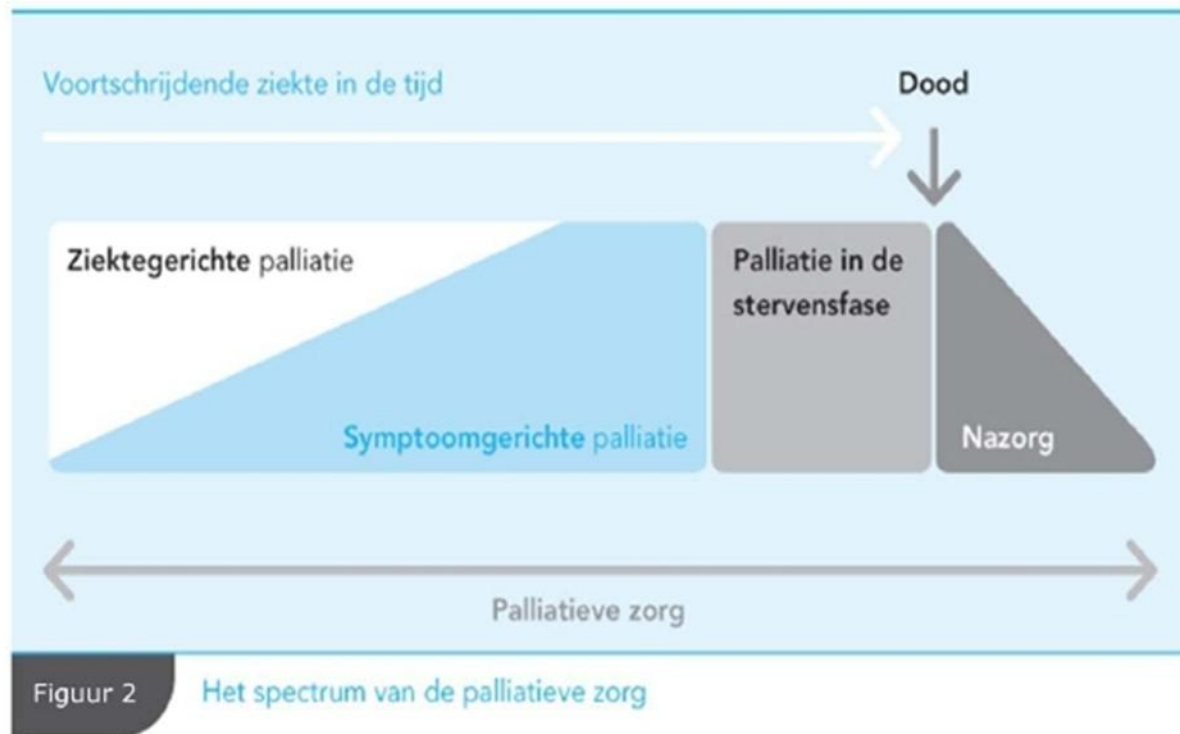


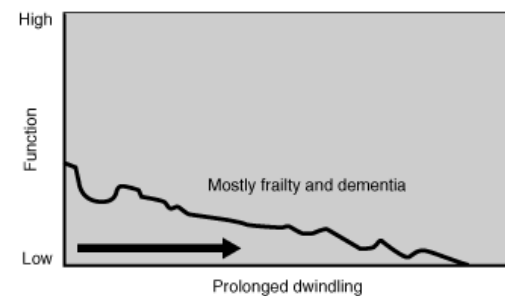
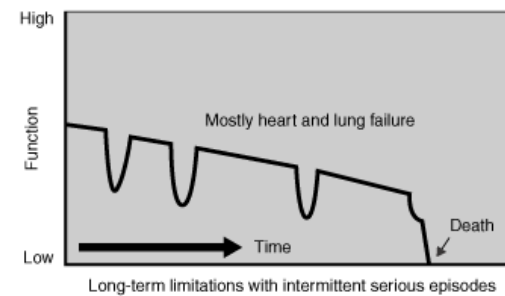
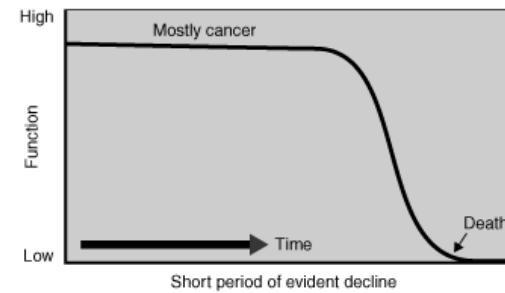
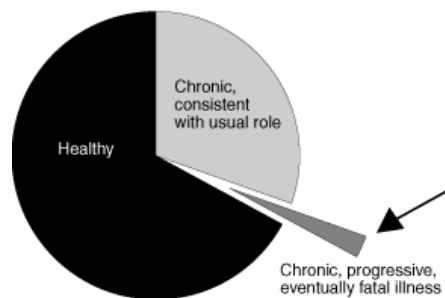
Wat komt er in je op als je denkt aan palliatieve zorg?
Bron: Ministerie VWS, flitspeiling palliatieve zorg, 2018

Aan wie verlenen we palliatieve zorg?

Zeker niet alleen in de stervensfase, maar juist ook in de periode daarvoor.

Ziekte en symptoomgerichte palliatie tegelijk toepassen: doel versterken elkaar





Surprise Question

***Zou ik verrast zijn als mijn patiënt
binnen één jaar is overleden?***

(2010) Prognostic significance of the 'Surprise-question' for imminent death

De SPICT is een handreiking om personen te identificeren die een verhoogd risico hebben achteruit te gaan of te overlijden. Inventariseer onvervulde behoeften aan ondersteunende en palliatieve zorg bij deze personen.

Ga na of algemene indicatoren met betrekking tot achteruitgaande gezondheid aanwezig zijn

- Ongeplande ziekenhuisopnames.
- Functionele status is laag of gaat achteruit met beperkt herstelvermogen; (overdag 50% of meer immobiel in bed of stoel).
- Afhankelijk van anderen voor meeste zorgbehoeften ten gevolge van fysieke of mentale problemen.
- De mantelzorger heeft meer ondersteuning nodig.
- Significant gewichtsverlies gedurende de afgelopen 3-6 maanden en/of een lage BMI.
- Persisterende symptomen ondanks optimale behandeling van elke onderliggende aandoening.
- De persoon of de familie vraagt om palliatieve zorg, afzien van (verdere) behandeling of een focus op kwaliteit van leven.

Ga na of er klinische indicatoren van een of meer gevorderde ziekte zijn

Kanker

Functionele achteruitgang ten gevolge van progressieve gemetastaseerde kanker.
Te kwetsbaar voor behandeling van de kanker, of de behandeling is gericht op symptoomcontrole.

Dementie/kwetsbaarheid

Niet in staat zichzelf aan te kleden, te lopen of eten zonder hulp.
Eet of drinkt minder; progressieve slikproblemen.
Incontinentie voor urine en ontlasting.
Niet langer in staat tot verbale communicatie.
Heupfractuur; frequent vallen.
Recidiverende koortsepisodes en/of infecties; aspiratiepneumonie.

Neurologische ziekte

Progressieve achteruitgang van fysiek en/of cognitief functioneren ondanks optimale behandeling.
Sprakeproblemen met toenemende communicatieproblemen en/of progressieve slikproblemen.
Recidiverende aspiratiepneumonie; dyspnoe of respiratoir falen.

Hart-/vaatziekte

NYHA klasse III/IV hartfalen, of uitgebreid, onbehandelbaar coronairlijden met:
• dyspnoe of pijn op de borst in rust of bij geringe inspanning.
Serius, inoperabel perifeer vaatlijden.

Respiratoire aandoening

Ernstige, chronische longziekte met:
• in de periode tussen exacerbaties: kortademigheid in rust of bij geringe inspanning.
Chronisch zuurstofafhankelijk.
Heeft beademing nodig gehad in verband met respiratoir falen, of beademing is gecontraïndiceerd.

Achteruitgang en risico op overlijden bij elke andere aandoening of irreversibele complicatie.

Nierziekte

Stadium 4 of 5 chronisch nierfalen (eGFR < 30 ml/min) met achteruitgaande gezondheid.
Nierfalen ten gevolge van andere levensverkortende ziekten of behandelingen.
Staken van dialyse.

Leverziekte

Gevorderde levercirrhose met één of meer complicaties in het afgelopen jaar:
• Diuretica-resistente ascites.
• Hepatische encefalopathie.
• Hepatorenale syndroom.
• Bacteriële peritonitis.
• Recidiverende varicesbloeding.
Levertransplantatie is gecontraïndiceerd.

Inventarisatie van huidige zorg en toekomstige zorgplanning.

- Beoordeel de actuele behandeling en medicatie kritisch zodat de persoon optimale zorg krijgt.
- Overweeg verwijzing naar specialistische palliatieve zorg of een andere deskundige wanneer symptomen en behoeften complex zijn en moeilijk hanteerbaar.
- Bepaal in gezamenlijke besluitvorming met de persoon en familie de huidige en toekomstige doelen van zorg en maak een zorgplan met hen. Leg het zorgplan vast, communiceer en coördineer het.
- Plan vooruit als de persoon kans heeft op verlies van wilsbekwaamheid.

Gelieve te registreren op de website SPICT (www.spict.org.uk) voor informatie en updates.

SPICT™, april 2016

Belangrijkste punten:

- Laatste verwachte levensjaar: herkenning en markeren belangrijk
- Denken in scenario's: wat kan er gebeuren, wat kan je dan doen en wat wil de patiënt
- Multidimensionale zorg: somatisch, psychisch, sociaal, existentieel
- dus meer dan alleen somatisch!
existentiële dimensie wordt vaak onderbelicht
- Vroegtijdig in gesprek-Advance Care-Proactieve zorgplanning
- Kwaliteit van sterven

Symptomen in de palliatieve fase

Kwaliteit van Leven in de palliatieve fase

Optelsom van vele symptomen beïnvloeden fors de kwaliteit van leven in de laatste fase

Prevalentie symptomen

symptoom	Prevalentie (%)
Vermoeidheid	74
Pijn	71
Geen eetlust	53
Depressie	39
Obstipatie	37
Slapeloosheid	36
Dyspneu	35
Misselijkheid	31
Angst	30
Verwardheid	16

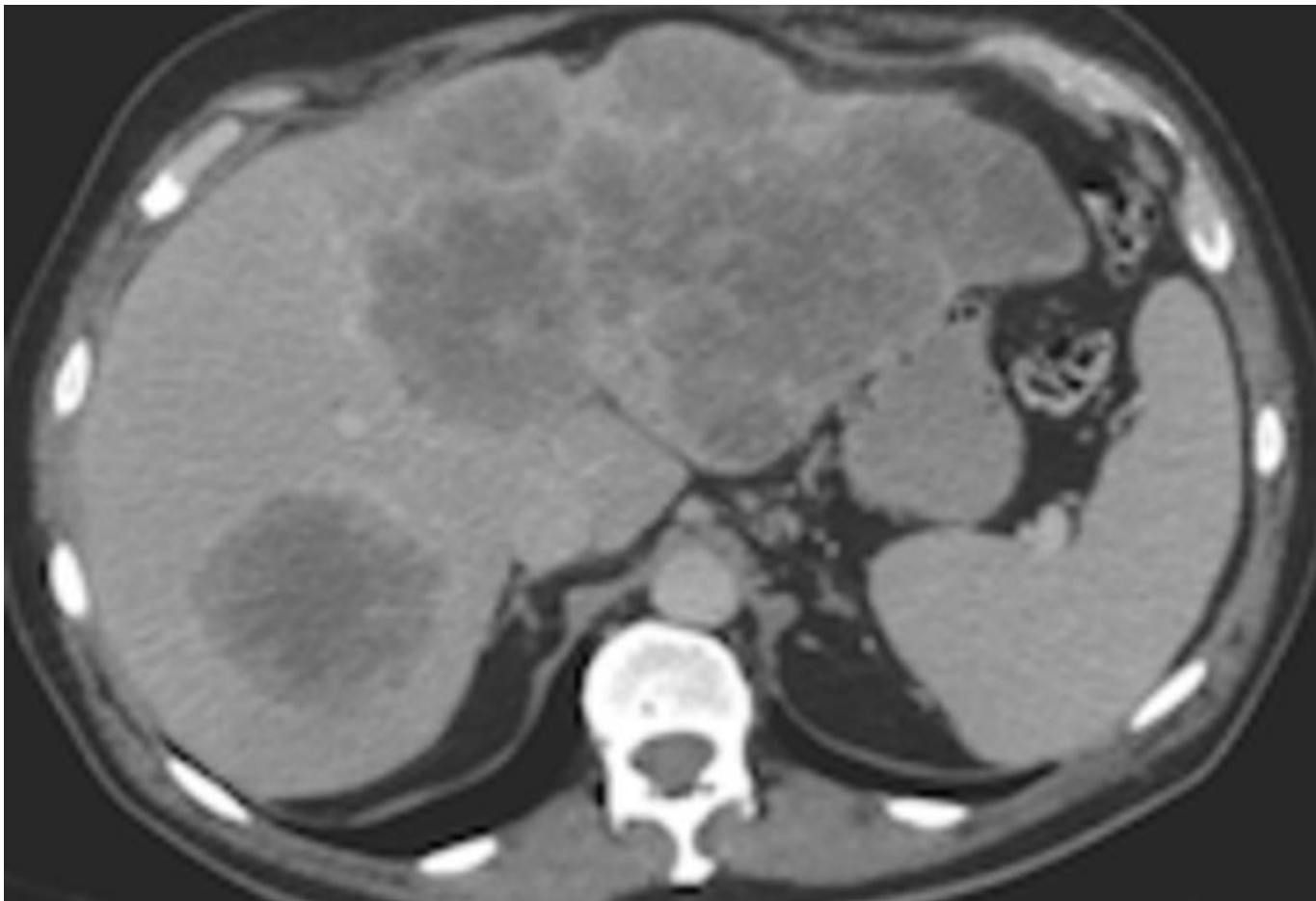
Casus 1.

Vrouw 60

Juni 2018 pT3N2 mammacarcinoom. ER+Her2- wv NAC, resectie, RT en AHT

Nu enorme vermoeidheid, kan deur niet meer uit, trap op hijsen

Huisarts doet lab : leverfunctiestoornissen



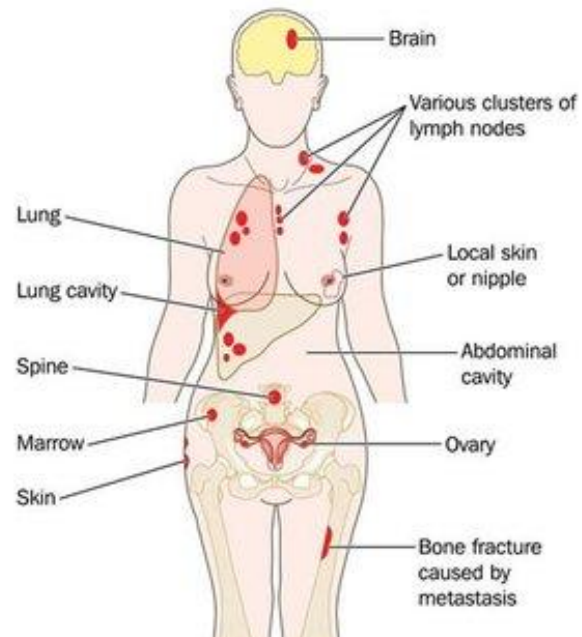


TABLE 2. Organ Involvement of Metastatic Breast Cancer³⁴

Site	Initial Presentation (%)	Autopsy (%)
Bone	40-75	44-71
Lung	5-15	59-79
Pleura	5-15	23-51
Liver	3-10	56-65
Brain	<5	9-20
Pericardium	<5	19-21
Intestine	<5	18
Adrenal glands	<5	31-49

Vermoeidheid bij kanker

Aanhoudend subjectief gevoel van uitputting dat interfereert met dagelijks leven

- Onvoorspelbare momenten
- Reageert niet op rust/slappen
- Overweldigend
- Niet altijd zichtbaar

Oorzaken van vermoeidheid

- tumorerelateerd (uitgebreidheid, labwaarden, trombose, infectie enz)
- Andere onderliggende ziekte
- Psychosociaal (angst, depressie, slaapstoornis)
- Factoren van buitenaf (behandeling, medicatie)
- Lichamelijke klachten (pijn, benauwdheid)

Behandelingen vermoeidheid bij kanker

- Tumor gerichte behandeling
- Staken/dosis verminderen van anti-kankerbehandeling
- laboratoriumonderzoek
- Andere onderliggende ziektes behandelen
- Transfusie
- Gewichtsverlies behandelen
- Behandelen depressie, slaapstoornissen
- Medicatie aanpassen
- Voorlichting en ondersteuning (ziekte inzicht)

Behandelingen vermoeidheid bij kanker

- Balans tussen inspanning en rust (dagboek, vaste tijden opstaan en slapen, prioriteiten stellen, aandacht voor wat wel kan)
- Training, revalidatieprogramma
- Ontspanning (massage, afleiding, hobby), er goed uit zien
- Muziektherapie
- Psychosociale ondersteuning
- Werk
- Medicatie

Medicatie bij vermoeidheid bij kanker

Medicatie:

corticosteroiden:

Prednison 20-30 mg of dexamethason 4 mg

Methylfenidaat (ritalin)

Start 2-3 dd 5 mg

Eventueel ophogen tot max 2x 30 mg

Niet bij hartfalen

Vervolg casus

Patiënte krijgt pijn in bovenbuik en in onderrug. Op de Ct van de rug worden wervelmetastasen gezien. Beoordeling door orthopeed: stabiel

Ze neemt tot nu toe paracetamol 3x 500 mg.

Wat zou je doen tav de pijn in leverregio en pijn rug?

Onderscheid nociceptief en neuropathisch

Nociceptieve pijn

Pijn veroorzaakt door een inflammatoire of niet-inflammatoire respons op een duidelijke of mogelijke weefselbeschadigende prikkel¹

Visceraal/orgaanschade: dof, snijdend, knagend
Somatisch/huid, spier, botten schade: scherp, stekend of kloppend

Neuropathische pijn

Pijn veroorzaakt door een primaire laesie in of disfunctie van het perifere of centrale zenuwstelsel²

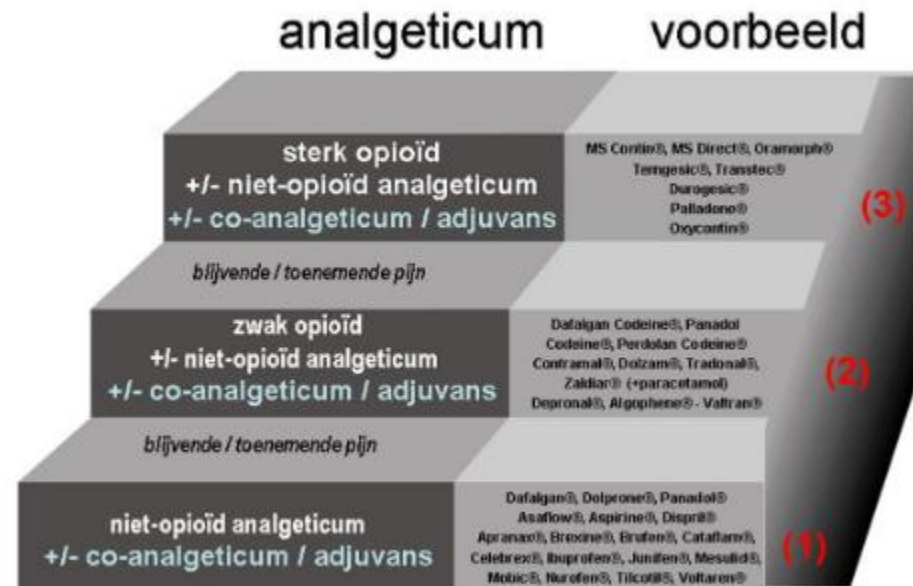
Stekend/brandend/schietend
Electrisch, prikkels, doof gevoel

WHO analgetische ladder

stap 1: paracetamol +/- NSAID

stap 2: stap 1 + zwak opioïd
(codeïne/ tramadol)

stap 3: stap 1 + sterk opioïd
(morfine, fentanyl, oxycodon, hydromorfon, methadon)



stap 2 wordt bij oncologische/palliatieve patiënt overgeslagen

Pijn in de palliatieve fase

STELLING:

Bij een oncologische patiënt met neuropathische pijn is de eerste keus een opioïd:

- Waar
- Niet waar



Antwoord stelling : waar

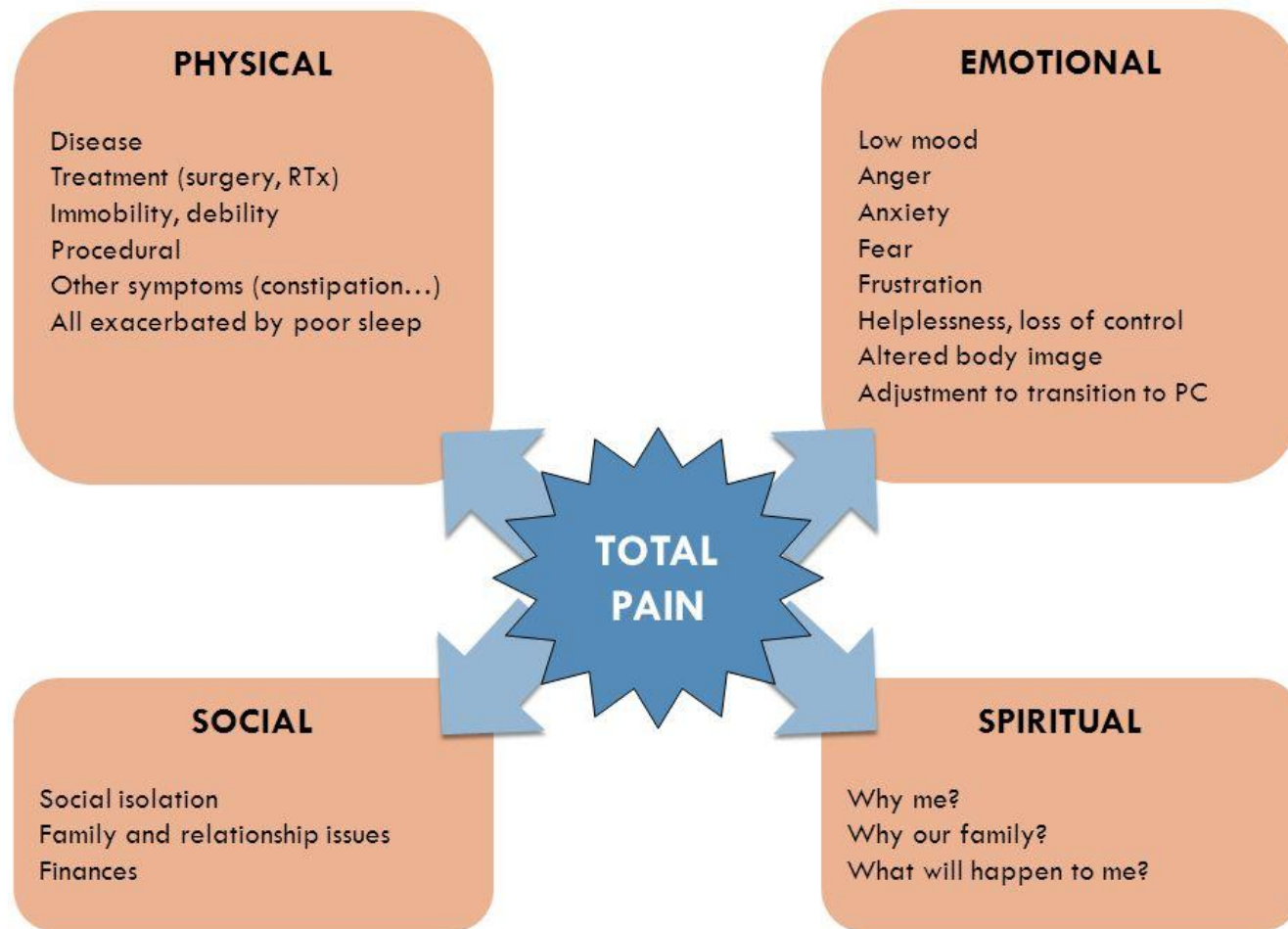
Bij 35% van de patiënten met pijn bij kanker komt neuropathische pijnen voor.

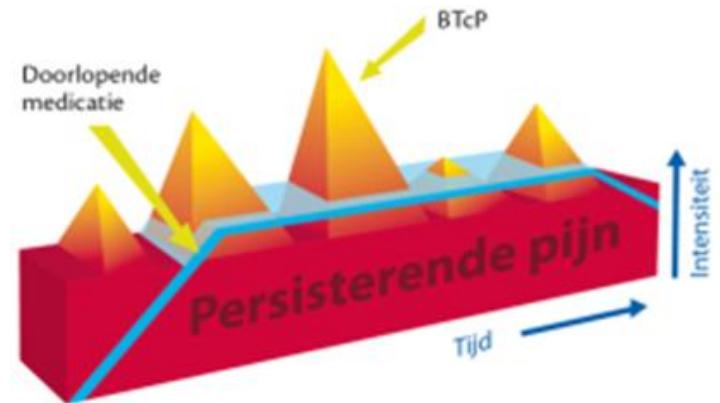
In de meeste gevallen is het onderdeel van een “gemengde” pijn.

Daarom is de eerste keus een opioïd.

Blijf vragen naar aspect van de pijn!: voeg zonodig een anti – neuropathisch middel (TCA, SRI, anti-epilepticum) toe.

Pijn is multidimensioneel





Voorspelbare doorbraakpijn -> een IR opioïd. Inwerktijd 20 minuten (bijv. voor verzorging).

Dus je geeft naast de slow release opioïd een kortwerkende opioïd voor de doorbraakpijn.

Onvoorspelbare doorbraakpijn -> een snelwerkend fentanylpreparaat (Rapid Onset Opioïd, ROO).

Schrijf een immediate release (IR) opioïd voor als het effect van het snelwerkend fentanylpreparaat onvoldoende lang aanhoudt

Karakteristieken IR opioïden en snelwerkende fentanyl preparaten

	Immediate-release opioïd	Begin van analgesie (onset)	Duur effect	Voordelen (V) / Nadelen (N)
	Morfine IR (oraal)	Bennett D, et al. P&T. 2005;30:354-361. 30–40 min	4 uur	V – verschillende doseringen, vloeibare vorm N – langzame onset
	Oxycodon IR (oraal)	30 min	4 uur	Hetzelfde als morfine
	Hydromorfon IR (oraal)	30 min	4 uur	V – geen vloeibare vorm, langzame onset
	Fentanyl (snelwerkend)	~ 5–10 min	1–2 uur	V – snelle onset N – actieve inzet van patiënt

Pijn in de palliatieve fase, vervolgcasus

casus1:

Onze patiënte bekend met bot- en levermetastasen van een mammacarcinoom heeft nierfunctiestoornissen met een creatinine klaring van 25 ml/min. Zij heeft pijn. Ze gebruikt nu paracetamol. Welke pijnstiller tegen de achtergrondpijn kiest u?

- Fentanyl
- Morfine



Antwoord casus : FENTANYL

Fentanyl is het middel van eerste keuze.

SR oxycodon, SR hydromorfon, zijn alternatieven.

Het gebruik van morfine wordt afgeraden i.v.m. nierfunctie
(houdt rekening met prognose)

Pijn in de palliatieve fase, casus vervolg

De patiënte is goed ingesteld op fentanyl 75Ug/h. De pijn is onder controle , behalve rondom de zorg veel pijn. Welke pijnstiller en in welke dosering geeft u?

- Fentanyl neusspray 50ug
- Oxycodon 20 mg IR



Antwoord casus vervolg: oxycodon

Voorspelbare doorbraakpijn

Hangt ook af van duur van de ADL zorg.

Stelregel:

Dosering is $\frac{1}{6}$ deel van de 24 uurs dosering van het langwerkend opioïd

Maak gebruik van de omrekentabel/ Omrekenapp

Omrekentabel

Morfine		Fentanyl	Oxycodon		Hydromorfon		Tramadol	Buprenorfine
oraal	s.c./i.v.	pleister	oraal	s.c./i.v.	oraal	s.c./i.v.	oraal	pleister
mg/24 uur	mg/24 uur	µg/uur	mg/24 uur	mg/24 uur	mg/24 uur	mg per 24 uur	mg/24 uur	µg/uur
30	10	12	20	10	6	2	150	-
60	20	25	40	20	12	4	300	-
120	40	50	80	40	24	8	-	52,5
180	60	75	120	60	36	12	-	-
240	80	100	160	80	48	16	-	105
360	120	150	240	120	72	24	-	-
480	160	200	320	160	96	32	-	-

Bijwerkingen:

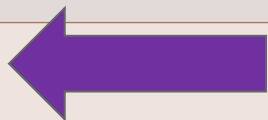
Neem 75% van de berekende equi-analgetische dosering

Onvoldoende effect:

Neem 100% van de equi-analgetische dosering

Meest voorkomende bijwerkingen van opioïden

Bijwerkingen	Incidentie	Mechanisme
CZS		
Respiratoire depressie ^{1,2}	1%	Werking op ademhalingscentrum hersenstam
Misselijkheid en braken ^{1,3}	20%–60%	Werking op braakcentrum hersenstam
Sedatie ^{1,2}	<5%	Gegeneraliseerde suppressie CZS
PERIFEER		
Obstipatie ⁶	50%–87%	Werking op μ receptoren tractus gastro-intestinalis
Overig		
Urinaire retentie ^{3,4}	4%–23%	Onbekend
Pruritus ⁵	1% (PO, SC, IV) 10%–90% (spinaal)	Histamine release (SC) CZS mechanismen (overig)



1 Freye E, Levy JV. Use of potent opioids for chronic pain management. In: Freye E, Levy JV. *Opioids in medicine: A comprehensive review on the mode of action and the use of analgesics in different clinical pain states*; 2008; 2. Inturrisi CE. *Clin J pain*. 2002;(4)18:s3-s13; 3. Wells N, Paseo C, McCaffery M. Improving the quality of care through pain assessment and management. In: Hughes RG ed. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD: agency for healthcare research and quality, 2008; 4. Benyamin R et al. *Pain physician*. 2008; 11(suppl 2):S105-S120; 5. Twycross R et al. *Q J med*. 2003;96(1):7-26. 6. Farmer AD, Holt CB, Downes TJ et al. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2018;3: 203-212



Botmetastasen, naast pijnstilling overige behandelmogelijkheden:

- dexamethason**
- bisfosfonaten**
- Radiotherapie (meestal 1x 8Gy)**
- Nucleaire behandeling (samarium, strontium bv)**
- Chirurgie**
- pijnblokkade**

Casus 2

Vrouw 53 jaar

Gemetastaseerd triple negatief mammacarcinoom wv carboplatin gemcitabine
pembrolizumab

A/ sinds 1 dag koorts 38,9, 2 dg misselijk, hoofdpijn, 1 x gebrakt , duizelig

LO/ zieke vrouw, T38,4 RR 95/57 p 111. later 82/50 p 94 lichamelijk onderzoek gda

Lab/ Hb 6 Leuco 1 trombo 130 segm 0,01

AF 150 GGt 196 ASAT ALAT bili norm

En nu??

Patiënt met neutropene koorts zonder focus op SEH. Wat doe je naast anamnese en lichamelijk onderzoek volgens SWAB richtlijn (2022)

- A. Bloedkweek
- B. X thorax
- C. Urinesed
- D. Bloedkweek+urinesed
- E. Bloedkweek+ X th + urinesed

Antwoord

Anamnese+ LO+ BK (perifeer + centrale lijn)

Indien kliniek van pneumonie < 24 uur beeldvorming thorax (liefst CT)

Niet routine X th indien geen kliniek

Urine (+kweek) enkel bij klachten of bij VG van recidiverende UWI's

Neutropene koorts

- Temperatuur oraal $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ (USA 101°F) of $2 \times T \geq 38$ met minimaal 2 uur ertussen
- In praktijk $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$
- Neutro's $< 0,5 \times 10^9/\text{l}$
- Onderscheid hoog risico (neutropenie > 7 dg)
 standaard risico (max 7 dg neutropenie); geen profylactische AB

MASCC score (multinational association for supportive care in cancer)

Characteristics	Score
Burden of illness: no or mild symptoms	5
Burden of illness: moderate symptoms	3
Burden of illness: severe symptoms	0
No hypotension (systolic BP > 90 mmHg)	5
No chronic obstructive pulmonary disease	4
Solid tumour/lymphoma with no previous fungal infection	4
No dehydration	3
Outpatient status (at onset of fever)	3
Age <60 years	2

21 of meer-> laag risico

20 of minder-> hoog risico op complicaties-> opname

Hoge MASCC 21 of meer= laag risico

< 11% verwekker aangetoond

Meestal viraal of cytokine gestuurd bij bv mucositis

Meestal gram pos bacterie (2-6%)

Of gram neg bacterie (2-4%)

(pseudomonas <1,3%, S aureus , <1.2%)

behandeling

MASCC 21 of hoger = laag risico

AB po, poliklinisch

Augmentin+ ciproxin

Moxifloxacin 1x 400 mg (geen dekking P.aeroginosa, QTc verlenging). Maar 1dd

MASCC 20 of lager= hoog risico

AB iv klinisch

Geen trials, wat zijn de verwekkers?

Dekking gram + en – conform protocol comm acquired sepsis

Ceftriaxon of cefuroxim ,soms met genta

Behandeling. Duur van AB?

Geen evidente literatuur indien geen focus

Indien koortsvrij, negatieve bloedkweek en stabiel:

Data beperkt. Overweeg stop AB 48 uur na afname bloedkweek

Bij persisteren van koorts en neg BK

- geen data bij solide oncologie

- overweeg na 48 uur te stoppen en diagnostiek uit te breiden

Indien focus in (bloed)kweek: AB en duur aanpassen

Terug naar de casus

Avonddienst:

Vrouw 53 jaar

Gemetastaseerd triple negatief mammacarcinoom wv carboplatin, gemcitabine pembrolizumab.

A/ sinds 1 dag koorts 38,9, 2 dg misselijk, hoofdpijn, 1 x gebrakt, duizelig

LO/ zieke vrouw, T38,4 RR 95/57 p 111. later 82/50 p 94 lichamelijk onderzoek gda

Lab/ Hb 6 Leuco 1 trombo 130 segm 0,01

AF 150 GGt 196 ASAT ALAT bili norm

AO/ BK+urinesed

B/ vulling en ceftriaxon

Terug naar de casus

Avonddienst:

Vrouw 53 jaar

Gemetastaseerd triple negatief mammacarcinoom wv carboplatin gemcitabine pembrolizumab

A/ sinds 1 dag koorts 38,9, 2 dg misselijk, hoofdpijn, 1 x gebraakt , duizelig

LO/ zieke vrouw, T38,4 RR 95/57 p 111. later 82/50 p 94 lichamelijk onderzoek gda

Lab/ Hb 6 Leuco 1 trombo 130 segm 0,01

AF 150 GGt 196 ASAT ALAT bili norm

AO/ BK+urinesed

B/ vulling en ceftriaxon

Echter ondanks vulling 1,5 liter nog krappe tensies....en nu??



Aanvullend lab

TSH 1,8 v T4 10.6. cortisol 32

. dd bijnierinsufficiëntie bij pembrolizumab

Volgende ochtend (dag 2) geen koorts, wel moe en misselijk en diarree

Nuchter cortisol 41 ACTH <0.4

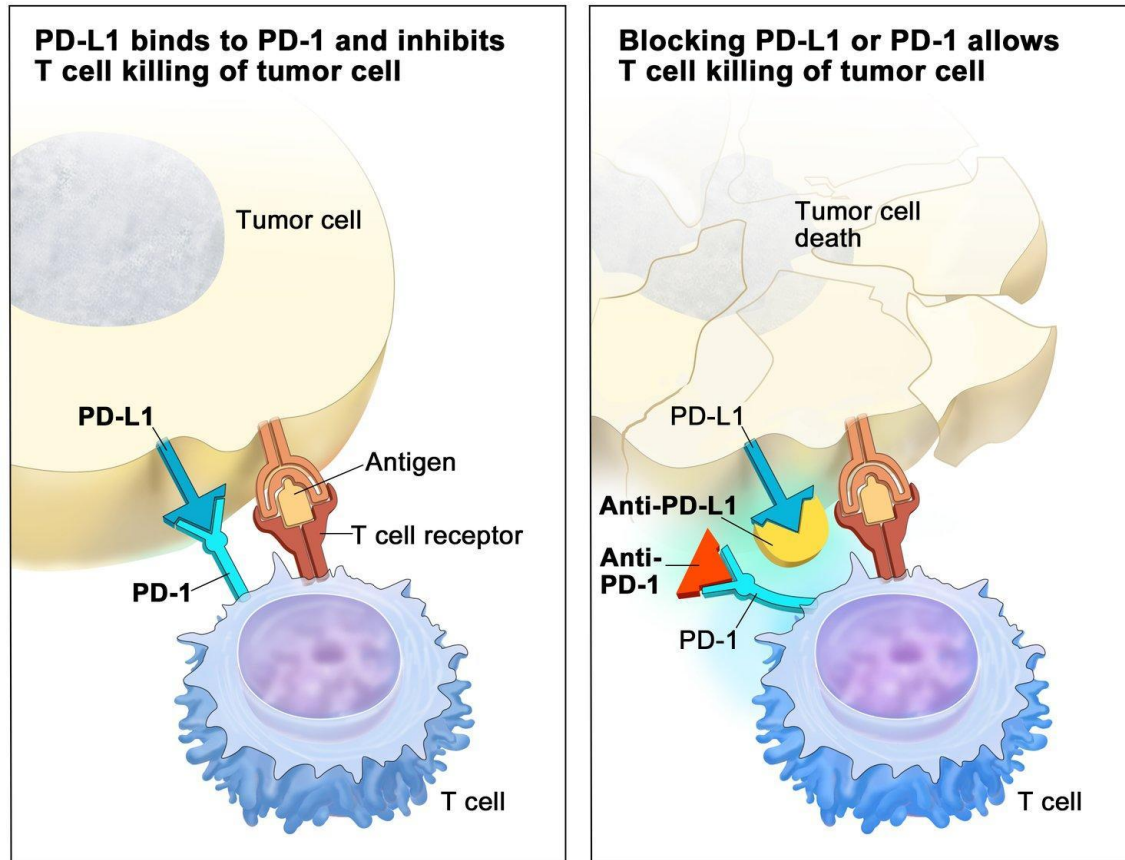
C/ secundaire bijnierinsufficiëntie

B/ gestart met hydrocort 20-20-20

Immunotherapie: checkpoint inhibitors

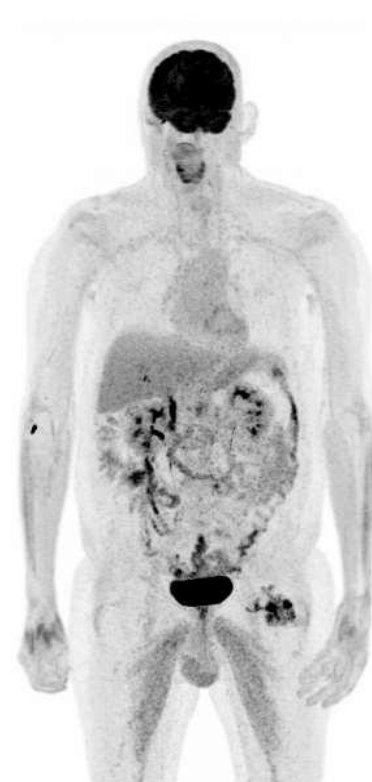
Target	Agent
PD1	nivolumab
	pembrolizumab
PDL1	atezolizumab
CTLA4	ipilimumab

immunotherapie



© 2015 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

Het kan fantastisch werken

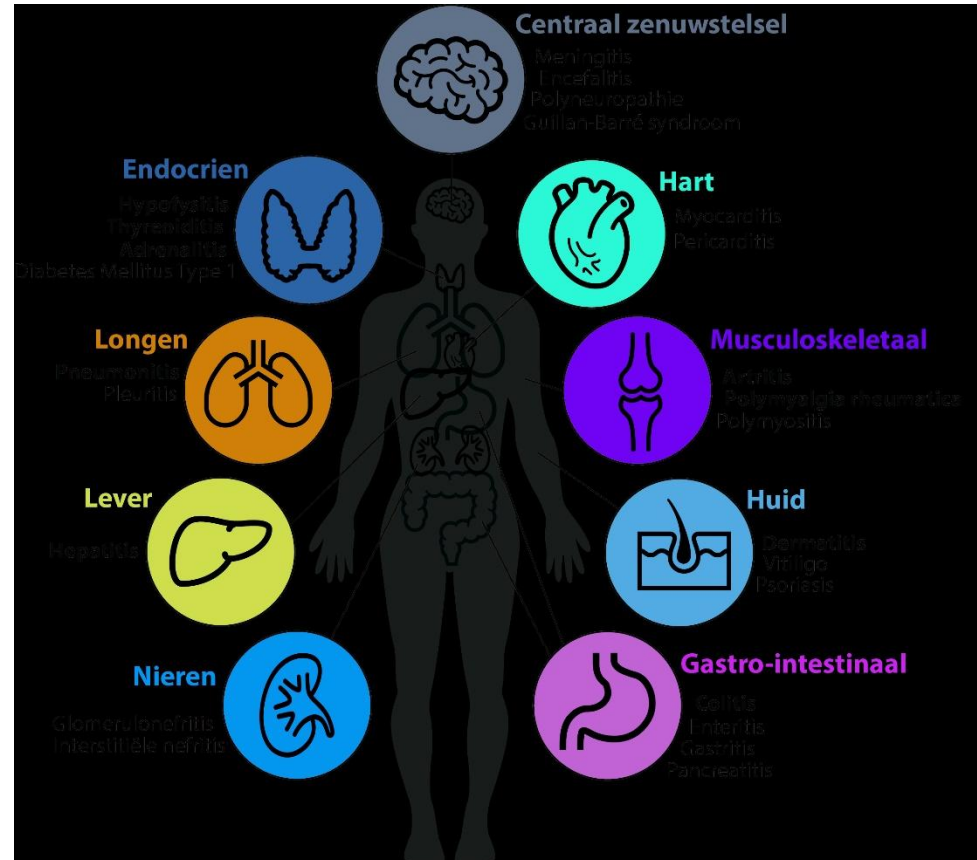




CTLA-4 blokkade	PD-1 blokkade	PD-1+CTLA4 blokkade
25% matig-ernstig	10% matig -ernstig	55% matig-ernstig
Colitis	Colitis	Colitis
hypophysitis	hypophysitis	hypophysitis
hypothyreoidie	hypothyreoidie	hypothyreoidie
bijnierinsufficiëntie	bijnierinsufficiëntie	bijnierinsufficiëntie
Dermatitis	Dermatitis	Dermatitis
Uveitis	Uveitis	Uveitis
Hepatitis	Hepatitis	Hepatitis
Pneumonitis	Pneumonitis	Pneumonitis
Carditis	nefritis	nefritis
beenmergfalen	Diabetes type I	Diabetes type I
Sarcoidose	Artralgie	artralgie
Guillain barre	vermoeidheid	pancreatitis

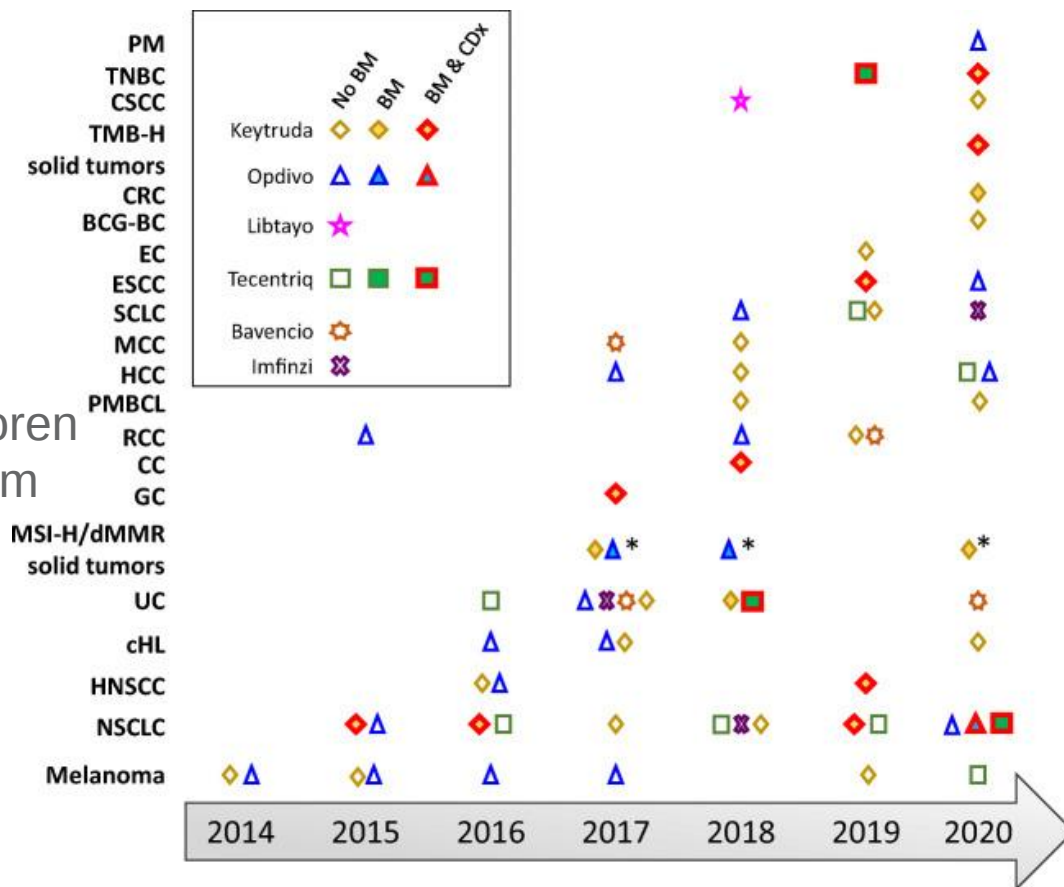
bijwerkingen

- Ontstaan meestal in eerste 12 weken
- Kan tot 1 jaar ná staken behandeling nog optreden
- Soms blijvend



Indicaties breiden zich heel snel uit

Melanoom (st III/IV)
 NSCLC, mesotheliom
 Hoofd-hals carcinoom
 Niercelcarcinoom
 Blaascarcinoom
 Merkelcelcarcinoom
 Cutaan plaveiselcelcarcinoom
 Mismatch repair deficiënte tumoren
 Tripel negatief mammacarcinoom
 Cervixcarcinoom
 Endometriumcarcinoom
 Oesofaguscarcinoom
 Hepatocelluair carcinoom
 PMBCL, cHL



Terug naar de casus

Dag 3 enorm opgeknapt geen diarree meer

Dag 4 kweken negatief. AB gestaakt

Hydrocort 10-5-5

Ontslag

Controle schildklier 2 wk

Kuren continueren

Casus 3

- 49 jarige man
- Klachten: malaise, verminderde eetlust en 8 kg gewichtsverlies, extreem misselijk
- X th 2.5 cm massa in linker bovenkwab en infiltraat
- Lab: Calcium 3.44 mmol/l, Normaal eiwitspectrum, Albumine 40 mmol/l
- CT longcarcinoom, klier- lever en bijniermetastasen

Hypercalciemie

- 20-30% van de patienten met kanker
- Meeste bij: mammacarcinoom (20-40%), bronchuscarcinoom (12-35%), MM.
- Klachten : anorexia, misselijkheid, braken, obstipatie, polyurie, polydipsie moeheid, algehele malaise, uitdroging, ileus, spierzwakte, sufheid tot coma, hartritmestoornissen
- Belangrijke prognostische factor: mediane overleving 64 dg

Oorzaken bij oncologische patient

- PTHrP (80%) gemaakt door tumorcellen, verhoogde activiteit osteoclasten
- Botmetastasen: cytokines stimuleren osteoclasten, remmen osteoblasten
- Benigne oorzaak: primaire hyperparathyreoidie
- Overige oorzaken

Behandeling van calcium > 3.0 mmol/l

- Overweeg geen behandeling bij zeer korte levensverwachting

- Initieel vocht: 3-4 l/dag

- Bisfosfonaten (remt osteoclast gemedieerde botresorptie)

Zoledronaat, 4 mg in 15 min: 1e keus, normalisering in 88%

APD, 90 mg in 2 uur: Calcium normaliseert na 4 dgn, max effect 7 dgn. Normalisering in 70%

- Eventueel nog calcitonine (remt botresorptie door osteoclasten)

- Behandeling onderliggende maligniteit

Vervolg casus

Dhr herstelt van zijn hypercalciemie en het gaat het aantal maanden goed onder palliatieve chemotherapie, maar dan wordt dhr toenemend kortademig.

Koorts- hoesten soms



dyspnoe

25-75% van patiënten met kanker

Terminale patiënt 45-55%

longcarcinoom 75%

Subjectief begrip

Dyspnoe staat niet gelijk aan O₂ gebrek

multiple oorzaken



Oorzaken dyspnoe

Maligniteit(metastasen, pleuritis, VCSS, lymfangitis, endobronchiaal enz)

Pneumonie

Pneumothorax

Longembolie

Anemie

Cardiaal

Toxisch medicamenteus bv pneumonitis

COPD ed



Maligne pleuravocht

Long 36%

Mamma 25%

Lymfoom 10%

Ovarium 5%



Draineren:

+/- verblijfcatheter

+/- talkage

Pleuroperitoneale shunt

Behandeling dyspnoe bij kankerpatiënt

- opiaat: zeer effectief

vooral data morfine, codeïne

- O2 niet effectiever dan kamerlucht. (placebo/verkoeling/ventilator)
- Corticosteroiden (30/60 mg/dg of dexamethasone 4-8 mg) (lymfangitis, VCSS, pneumonitis, COPD)
- Benzodiazepines bij angst en spanning
- Indien refractair symptoom: palliatieve sedatie

Palliatieve sedatie

‘I am not afraid of dying.
I just don’t want to be there when it happens.’

Woody Allen



Palliatieve sedatie

Stelling 1:

Een patiënt kan zelf kiezen voor palliatieve sedatie.

Waar

Niet waar



Palliatieve sedatie

Stelling 2:

Mw R. heeft gemetastaseerd longcarcinoom en tegen de pijn 100 mcg fentanyl pleister. Verwacht wordt dat ze nog ongeveer 2 maanden te leven heeft. Nu heeft ze ondraaglijke pijn.

Mag je palliatieve sedatie starten?

Ja

Nee



Palliatieve sedatie

Stelling 3:

Een patiënt waarbij palliatieve sedatie is gestart, is wakker en ligt rustig te luisteren naar zijn familie die naast zijn bed zit.

Dit is een voorbeeld van effectieve palliatieve sedatie.

Waar

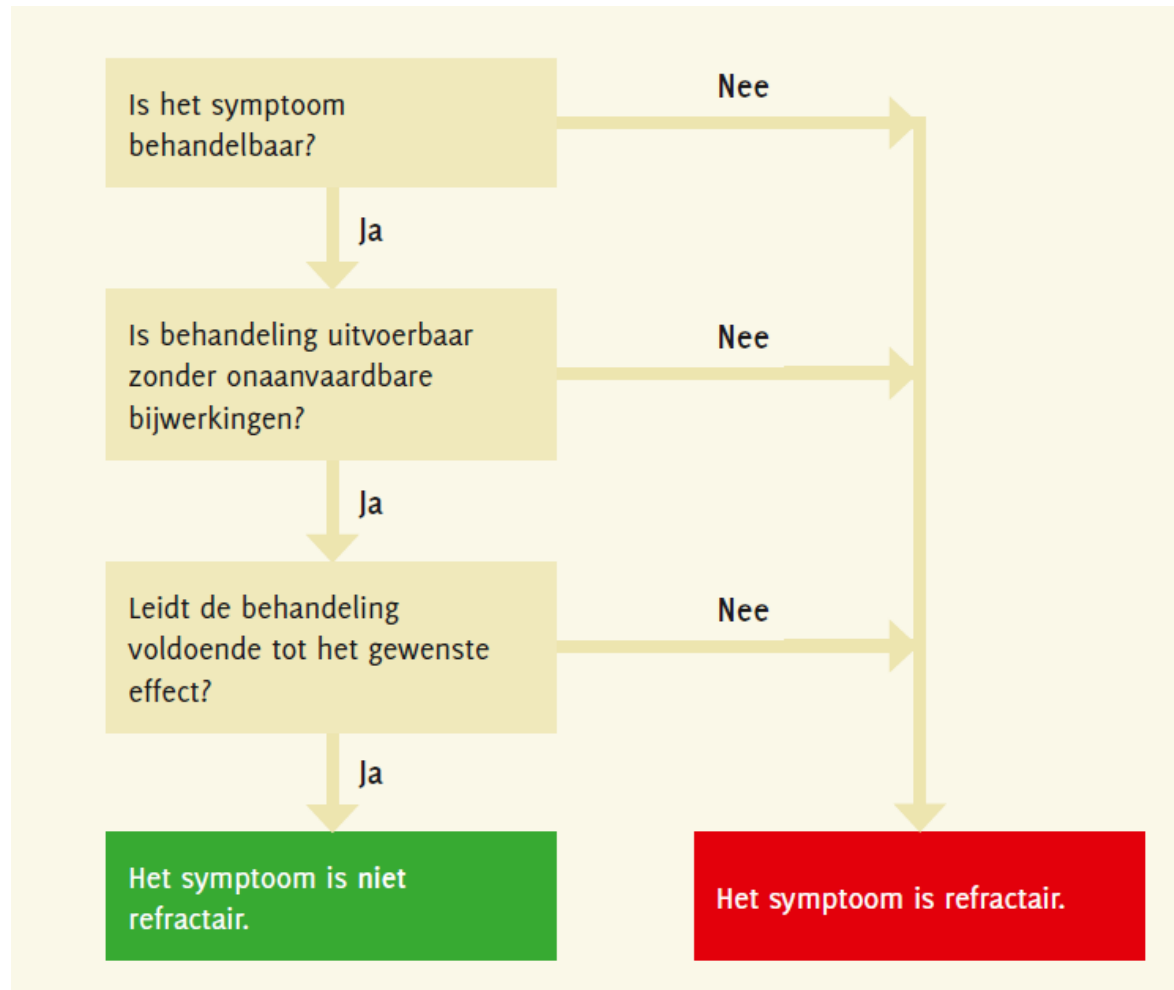


Niet waar

Indicatie palliatieve sedatie

- Er is sprake van één of meer refractaire (onbehandelbare) symptomen, die een ondraaglijk lijden veroorzaken.
- Soms is de indicatie een optelsom van meerdere symptomen (inclusief uitputting).
- Korte levensverwachting van minder dan 2 weken.
- Indicatie is altijd een medische beslissing en geen vrije keus van de patiënt en/of familie.

Beslisboom refractair symptoom



Palliatieve sedatie

jaar	% pall sedatie bij overlijden
2005	8,2
2010	12,3
2015	18,3

Refractaire symptomen

In Nederland meest genoemde redenen voor palliatieve sedatie:

- Pijn 51%
- Delier/onrust in terminale fase 38%
- Dyspnoe (kortademigheid) 38%
- Angst 11%
- Overig 29%

Continue sedatie

	Middel	Bolus	Continue toediening
Stap 1	Midazolam	Bij start sedatie 10 mg midazolam s.c. zo nodig bij onvoldoende effect na 2 uur 5 mg midazolam 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, altijd in combinatie met een bolus van 5 mg midazolam s.c. Houd rekening met risicofactoren. Bij doseringen >20 mg/uur doorgaan naar stap 2.
Stap 2	Levomepromazine	25 mg s.c./i.v., zo nodig na 2 uur 50 mg levomepromazine sc	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, doorgaan naar stap 3.
Stap 3	Propofol	20-50 mg i.v.	20 mg/uur i.v., bij onvoldoende effect per 15 minuten met 10 mg/uur ophogen. Toediening onder supervisie van een anesthesioloog in het ziekenhuis.

'Laten we praten over de dood'



© MATTHIAS DIESEN / COMICHOUSE NL

Proactieve zorgplanning

Waarom

Wat

Wanneer

Wie

Hoe

PZP-Waarom

Goede passende zorg bieden

Zorg afstemmen op persoonlijke context, wensen, waarden en behoeften:
streven naar juiste zorg op juiste plek

PZP –Wat is het

Proactieve zorgplanning (PZP) /Advance care planning (ACP)

In gesprek met palliatieve patiënt

Vooruitdenken, plannen en organiseren van passende zorg

4 dimensies (fysiek, psychisch, sociaal, zingeving)

Gezamenlijke besluitvorming

Continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar bij past

PZP –Wat is het

Thema's;

- (niet) behandelafspraken
- ziekenhuisopnames
- plaats van zorg en sterven
- crisissituaties
- wettelijke vertegenwoordiging



PZP- Wanneer

- bij aangeven door patiënt
- markeren van de palliatieve fase
- surprise question of dubbele surprise question of SPICt
- als pt wilsonbekwaam kan worden of er communicatieproblemen komen

PZP-Wie

-regie/hoofdbehandelaar heeft regie

Goede relatie

Kennis van ziekte en van behandelopties

Zorgverleners vullen elkaar aan

Verpleegkundigen spelen essentiële rol

Pro-actief gegevens delen



PZP-Hoe

Tips van patiënten federatie:

Neem initiatief

Wees duidelijk

Neem de tijd

Doseren

Wees open en eerlijk



PZP-Hoe

Mogelijke vragen:

- hoe staat u in het leven
- hoe ervaart u uw gezondheid
- wat weet u van uw situatie en uw ziekte
- hoe ziet u de toekomst
- heeft u wensen of doelen
- ik wil goede zorg bieden, daarvoor wil ik weten hoe u goede zorg ziet en wat bij u past
- denkt u wel eens na over welke zorg u in de toekomst wel of niet wilt
- denkt u wel eens na over wat als uw gezondheid verslechtert
- wie mag er namens u spreken als u dat zelf niet meer kan

Mogelijke afspraken

- crisissituatie
- behandelgrenzen (NRNBNIC, ziekenhuisopnames)
- AB, bloed, operatie, SoVo
- wanneer levensverlengende handelingen te stoppen bv infuus, ICD, SoVo
- plaats van overlijden
- refractair symptoom-pall sedatie
- eventuele wensen zelfgekozen levenseinde
- gewenste rituelen
- wensen na overlijden

Vragen?



Meer weten?

www.pallialine.nl

App: PalliArts

