



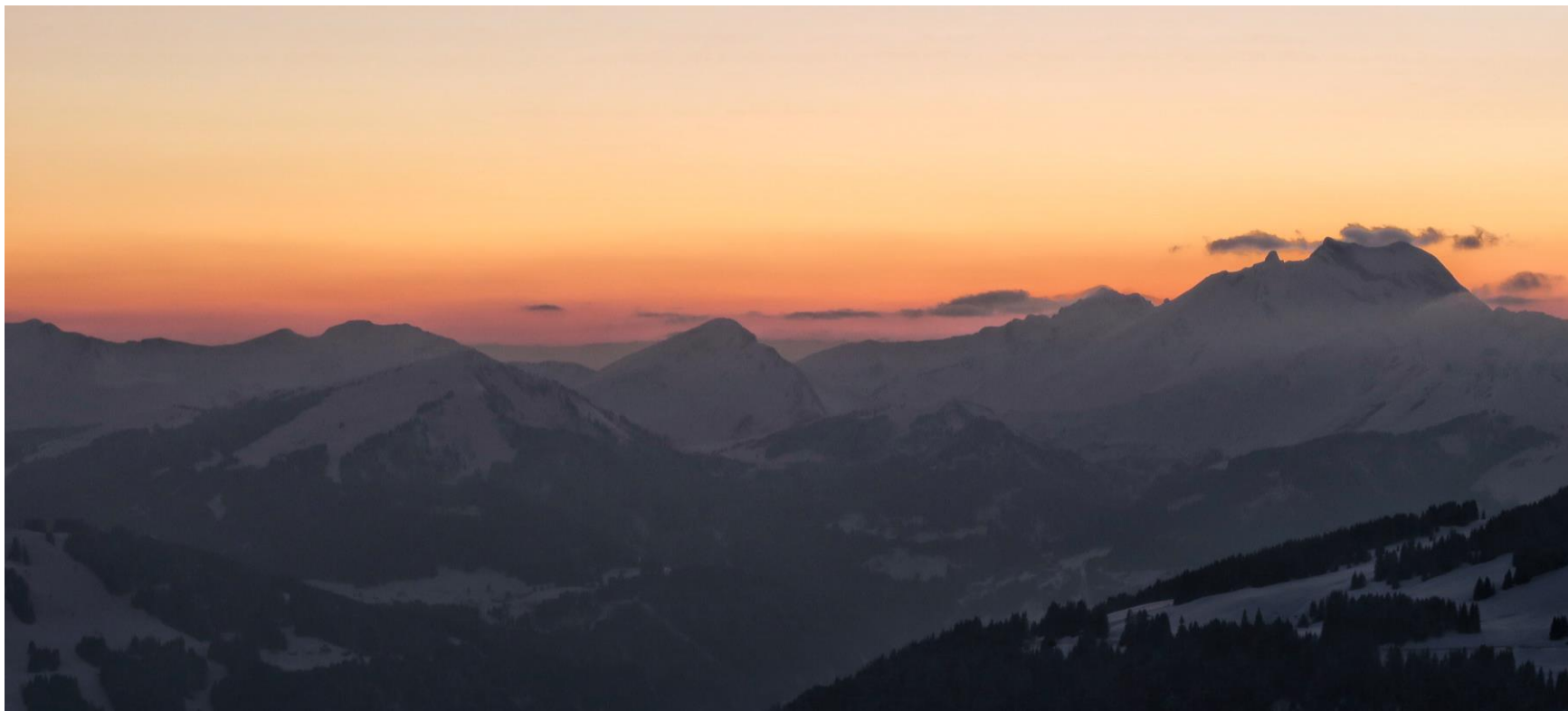
Markeren van de palliatieve fase bij COPD en hartfalen

Liesbeth Peters, longarts en kaderarts palliatieve zorg
7-11-2016

programma

1. Inleiding
2. Markeren palliatieve fase bij COPD
3. Markeren palliatieve fase bij hartfalen
4. Dyspnoe bestrijding
5. COP zorg

Inleiding



Palliatieve zorg---pallium



Palliatieve zorg voor COPD en hartfalen patienten

- Patienten zijn op de hoogte van hun ziekte
- Patienten zijn voorbereid op de toekomst
- De zorg
- De zorg
voorkom
nood
- De zorg
mogelijk



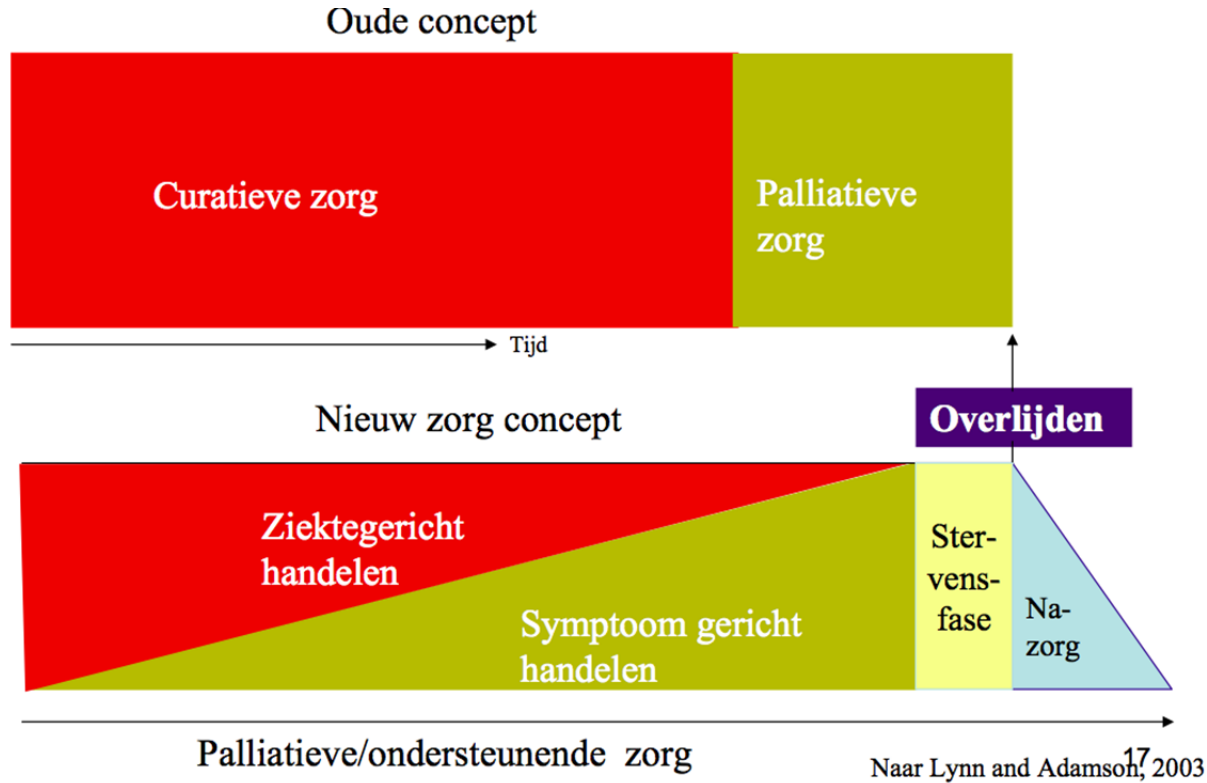
et
pirituele
zo goed

Wat is palliatieve zorg? WHO 2002

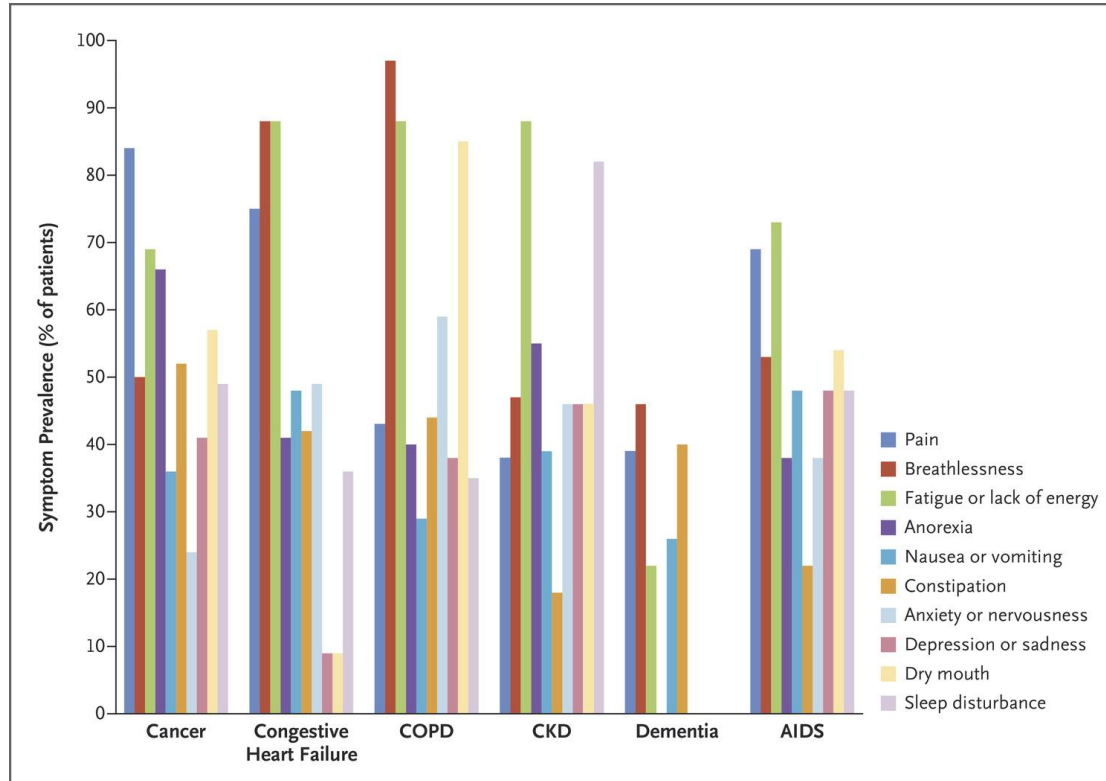
- Gericht op verbetering van kwaliteit van leven van patiënten en families die te maken hebben met de problemen rond een levensbedreigende ziekte.
- Voorkomt en verzacht lijden door vroege onderkenning, adequate diagnostiek. behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard

PALLIATIEVE ZORG IS NIET ALLEEN STERVENSZORG

Palliatief zorgmodel



symptoomlast



Wat is er nodig voor goede palliatieve zorg?

- Patienten moeten ziekte inzicht hebben en op de hoogte zijn van de prognose



Palliatieve trajecten

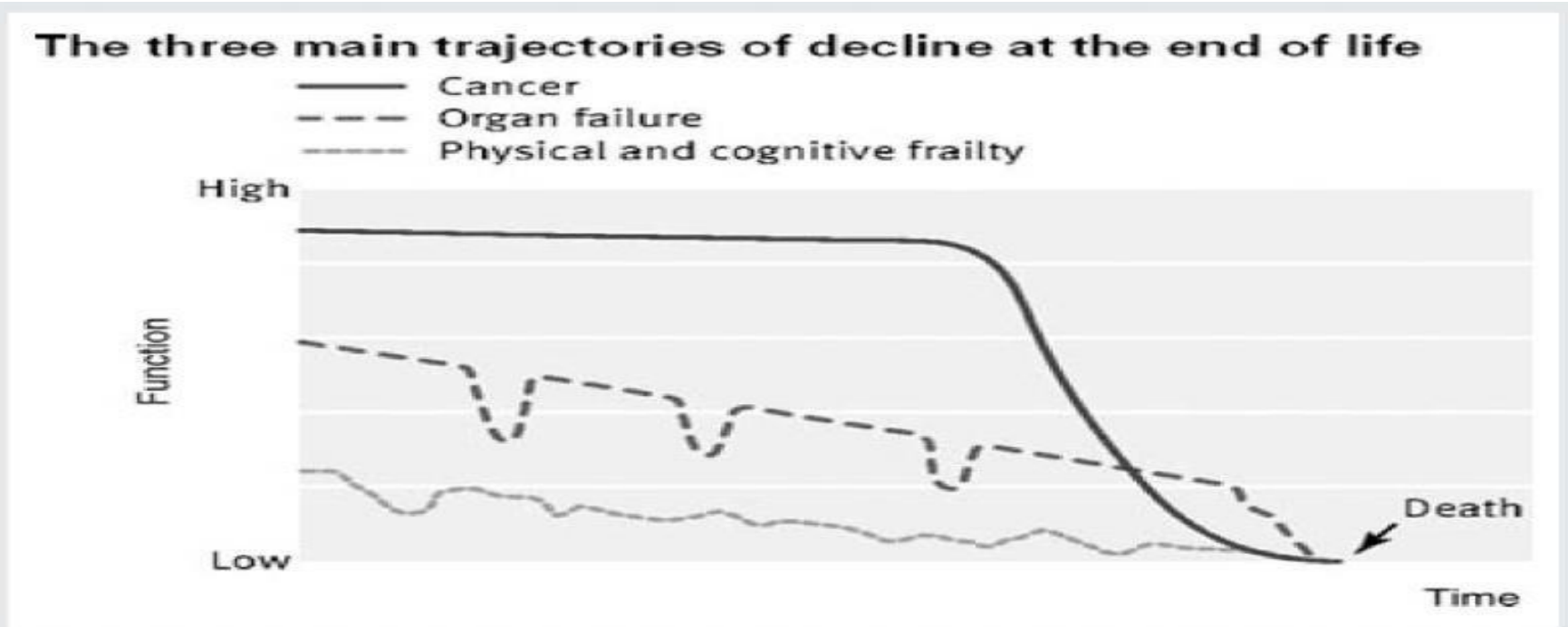
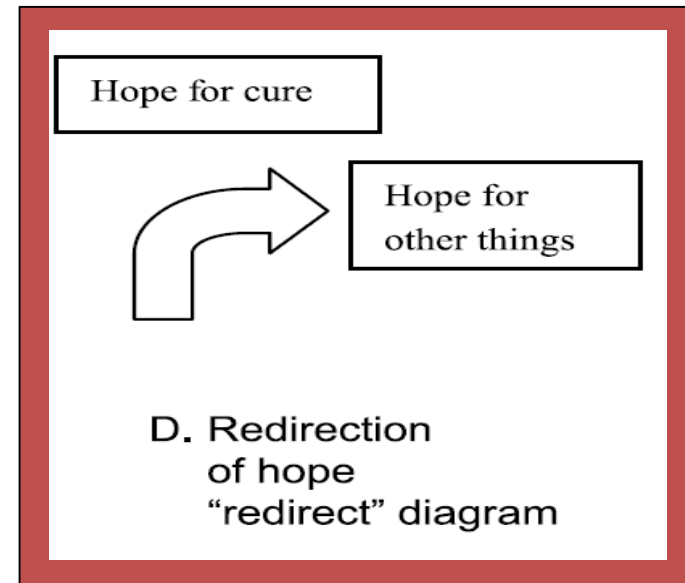


Figure 1 Trajectories of decline. (Reproduced with permission from BMJ Publishing Group Ltd., Murray and Sheikh.¹²)

Barrières artsen om de prognose te vertellen

- 64 % 'er is te weinig tijd om alles te bespreken'
- 30 % oncoloog overschat de prognose
- 21% 'de patiënt is er niet klaar voor om dit gesprek aan te gaan'
- 23 % 'ik ben bang dat ik hoop wegneem'
- Denken dat palliatieve zorg stervenszorg is

E. Knauff et al CHEST 2005; 127:2188–2196



Barrières patiënten met COPD en hartfalen

- Willen niet altijd spreken over prognose.
- Hebben weinig ziekte inzicht
- Spreken over reanimatie is bedreigend
- Gebrek aan medische kennis
- Verwachten dat arts gesprek initieert
- 'Positief blijven'
- Niet reanimeren = niet behandelen

Verschillen oncologische en niet oncologische aandoeningen

- Patienten geven de voorkeur aan zorg gericht op comfort ipv levensverlenging.
- Patienten zijn slecht op de hoogte van het verloop en de prognose van hun ziekte.
- Palliatieve zorg vaak veel te weinig aangeboden
- Krijgen minder opioïden en benzo's dan patiënten met kanker. Hebben meer klachten
- Sterven vaker op een IC

Surprise question

- Zou het mij verbazen als deze patient er niet meer is over een jaar?

Markeren palliatieve fase bij COPD



Wat is COPD?



Cijfers

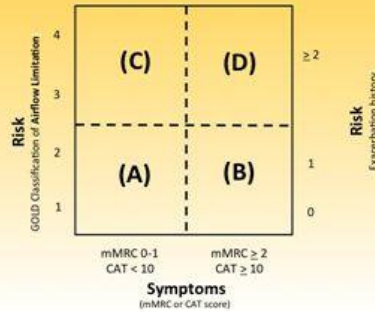
- 316.500 patiënten met de diagnose door de huisarts (onderschatting)
- Mannen 2,2% vrouwen 1,7%
- Mannen >75 jaar 16%
- Jaarlijks 34000 nieuwe patiënten
- 7000 doden per jaar
- Levensverwachting van een COPD patient 8,5 jaar



GOLD

GOLD KLASSE	ERNST VAN COPD	FEV1 (% voorspelde waarde)
I	Milde COPD	FEV1 > 80% (en FEV1/FVC < 70%)
II	Matig ernstige COPD	50% < FEV1 < 80% (en FEV1/FVC < 70%)
III	Ernstige COPD	30% < FEV1 < 50% (en FEV1/FVC < 70%)
IV	Zeer ernstige COPD	FEV1 < 30% (en FEV1/FVC < 70%)

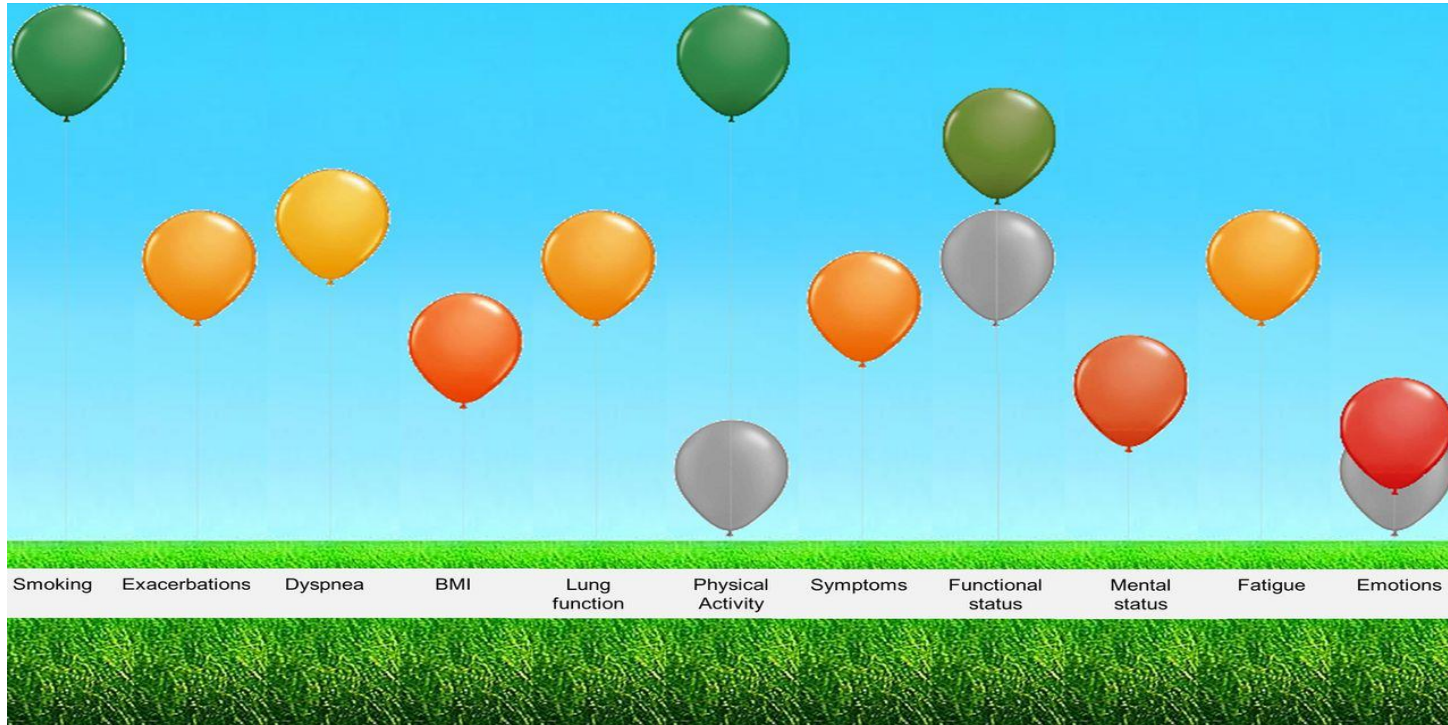
Classificatie van COPD vlgS GOLD



Voor ernstclassificatie, kies de hoogste categorie van FEV₁ en exacerbaties

Patient	Kenmerken	spirometrie	Aantal exacerbaties	MRC	CAT
A	Laag risico weinig symptomen	GOLD 1-2	≤ 1	0-1	< 1
B	Laag risico veel symptomen	GOLD 1-2	≤ 1	≥ 2	≥ 1
C	Hoog risico weinig symptomen	GOLD 3-4	≥ 2	0-1	< 1
D	Hoogrisico veel symptomen	GOLD 3-4	≥ 2	≥ 2	≥ 1

COPD lastmeter



Lopende onderzoeken:

- Onderzoek Geneve:
- Onderzoek Nederland Prolong
- Review BMJ: prognostic variables and scores identifying the last year of life in COPD: a systematic review protocol

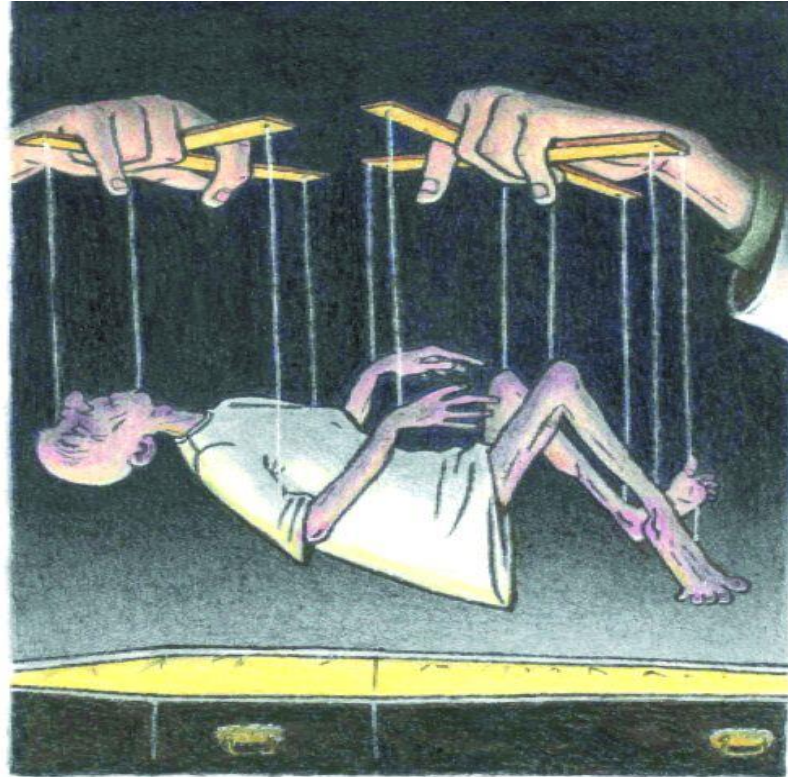
Identificeren palliatieve fase bij COPD

Screening indicatoren i.v.m. pro-actieve palliatieve begeleiding		Datum uitvoering	paraaf
Door: Arts/PA/VS			
		Ja	Nee
1) Leeftijd > 70?			
2) Comorbiditeiten? (Specifiek, zie hieronder)			
		Ja	Nee
a	Niet curabele maligniteit of		
b	Cor pulmonale (bewezen of niet- bewezen) of		
c	Bewezen hartfalen of		
d	Diabetes Mellitus met neuropathie of		
e	Nierfalen, klaring < 40 (GFR: in ml/min)		
f	Somberheid/aanw depressie (HADS)		
MRC dyspneu schaal = 5			
CCQ score (dag) > 3?			
FEV1 (gemeten voor AECOPD) < 30% v?			
BMI < 21, of > 10% gewichtsverlies afgelopen 6 mnd of 5% afgelopen mnd?			
Ziekenhuisopname ivm AECOPD (afgelopen 2 jaar: ≥ 2, en/of ≥ 1 afgelopen jaar)?			
Hypoxemie of hypercapnie bij ontslag? -> MISSCHIEN NIET NODIG ALS INDICATOR			
Patiënt heeft hulp nodig bij de ADL na ontslag			
Behandeling van deze AECOPD met NIV?			
Negatief antwoord op: zou het mij verbazen als deze patiënt: - weer wordt heropgenomen met een AECOPD < 8 weken? - komt te overlijden < 1 jaar?			
→ Bij > 2 vragen beantwoord met ja, wordt behoefte aan COP-gesprek (consult ondersteuning palliatieve zorg) besproken door arts/PA/VS en indien gewenst door patiënt, ingepland.			

Wat merken we hiervan

- Patienten zeggen eindelijk erkenning te krijgen voor hun ziekte.
- Krijgen meer hulp, long wijk vpk vroeg ingeschakeld.
- Er wordt aandacht aan hun dyspnoe besteed en behandeld.
- Er wordt aandacht aan hun angst en depressie besteed en behandeld.
- Zijn beter op de hoogte van hoe hun toekomst eruit kan komen te zien.

Markeren palliatieve fase bij hartfalen



hartfalen



Hartfalen

- Hartfalen is een complex aan verschijnselen en symptomen als gevolg van een tekortschietende pompfunctie van het hart.
- Kernsymptomen zijn kortademigheid en/of moeheid en/of oedeem.

Palliatieve zorg bij hartfalen

Grote uitdaging bij patiënten met hartfalen:

- Gecompliceerde trajecten
- Onzekere prognoses
- Soms onverwachts overlijden
- Palliatieve zorg is minder bekend bij hartfalen

cijfers

- 142200 patienten (61500 mannen en 80200 vrouwen)
- Prevalentie neemt sterk toe met de leeftijd
- 7000 doden per jaar
- Mortaliteit na 1 jaar 40%. Na 5 jaar 75% van de mannen en 62% van de vrouwen

Palliatieve zorg bij hartfalen wanneer?

Alle richtlijnen streven naar vroege inschakeling palliatieve zorg

- Misschien al meteen vanaf diagnose?
- Advance care planning gesprekken
- Palliatieve zorg afhankelijk van frequentie opnames en exacerbatie

Palliatieve zorg richtlijnen

- Richtlijnen erkennen de noodzaak van communicatie arts/patiënt over de moeilijke prognose voorspelling
- Meeste richtlijnen geven aan dat palliatieve zorg moet starten in de laatste zes maanden??
- Idee dat palliatieve zorg alleen hoort bij “end of life care”

Tool

Heart Failure Risk Calculator

MAGGIC

Meta-Analysis Global Group in
Chronic Heart Failure

Patient Information

[Return to terms and conditions](#)

Patient Reference

Age

Gender

Diabetes Yes No

COPD Yes No

Heart failure diagnosed within the last 18 months Yes No

Current smoker Yes No

NYHA Class

Receives beta blockers Yes No

Receives ACEi/ARB Yes No

BMI kg/m²
calculate BMI

Systolic blood pressure mmHg

Creatinine μmol/L

Ejection fraction %

Calculate Risk

Clear the data

ESC guideline heart failure

Patients in whom palliative care should be considered:

- Frequent admission to hospital or other serious episodes of decompensation despite optimized treatment
- Heart transplantation and mechanical circulatory support ruled out
- Chronic poor quality of life with NYHA class IV symptoms
- Cardiac cachexia/low serum albumin
- Dependence in most activities of daily living
- Clinically judged to be close to the end of life

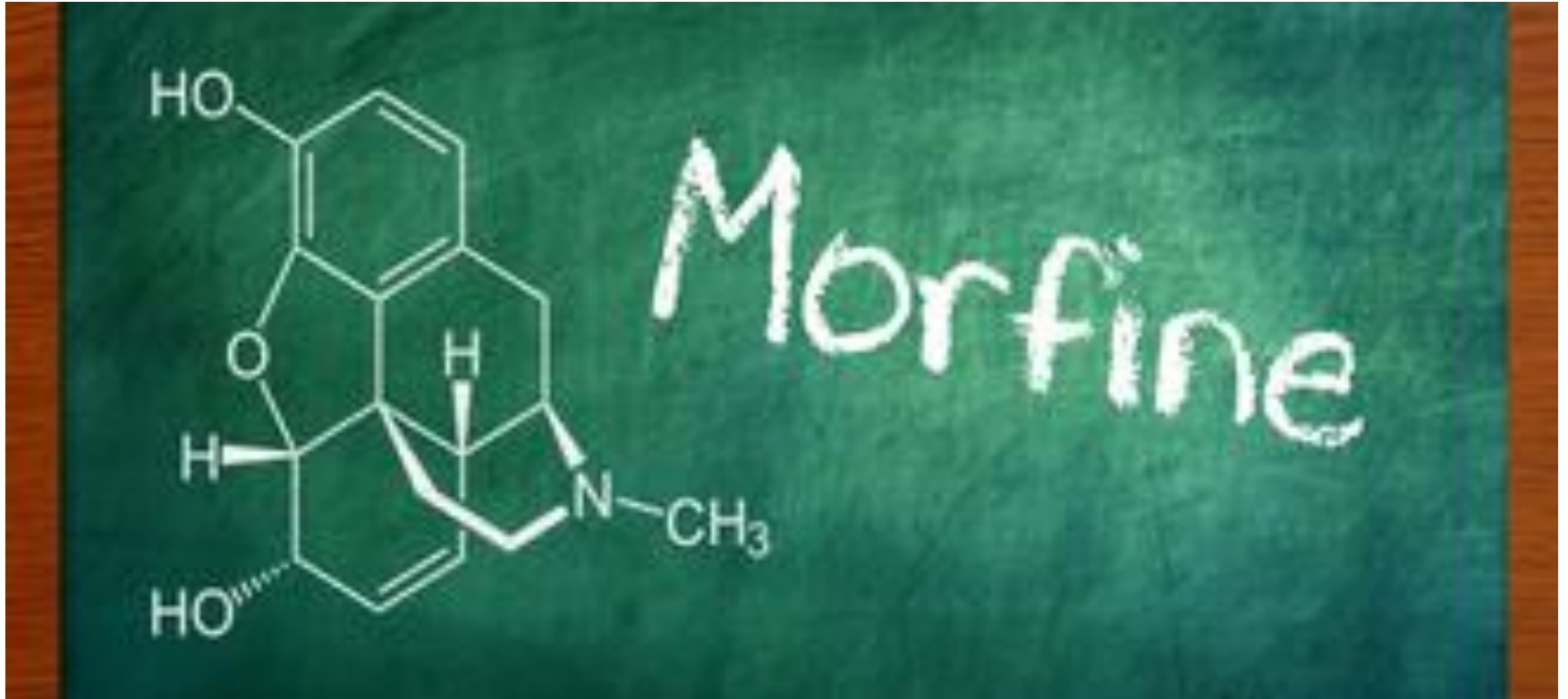
Welke palliatieve zorg is er nodig?

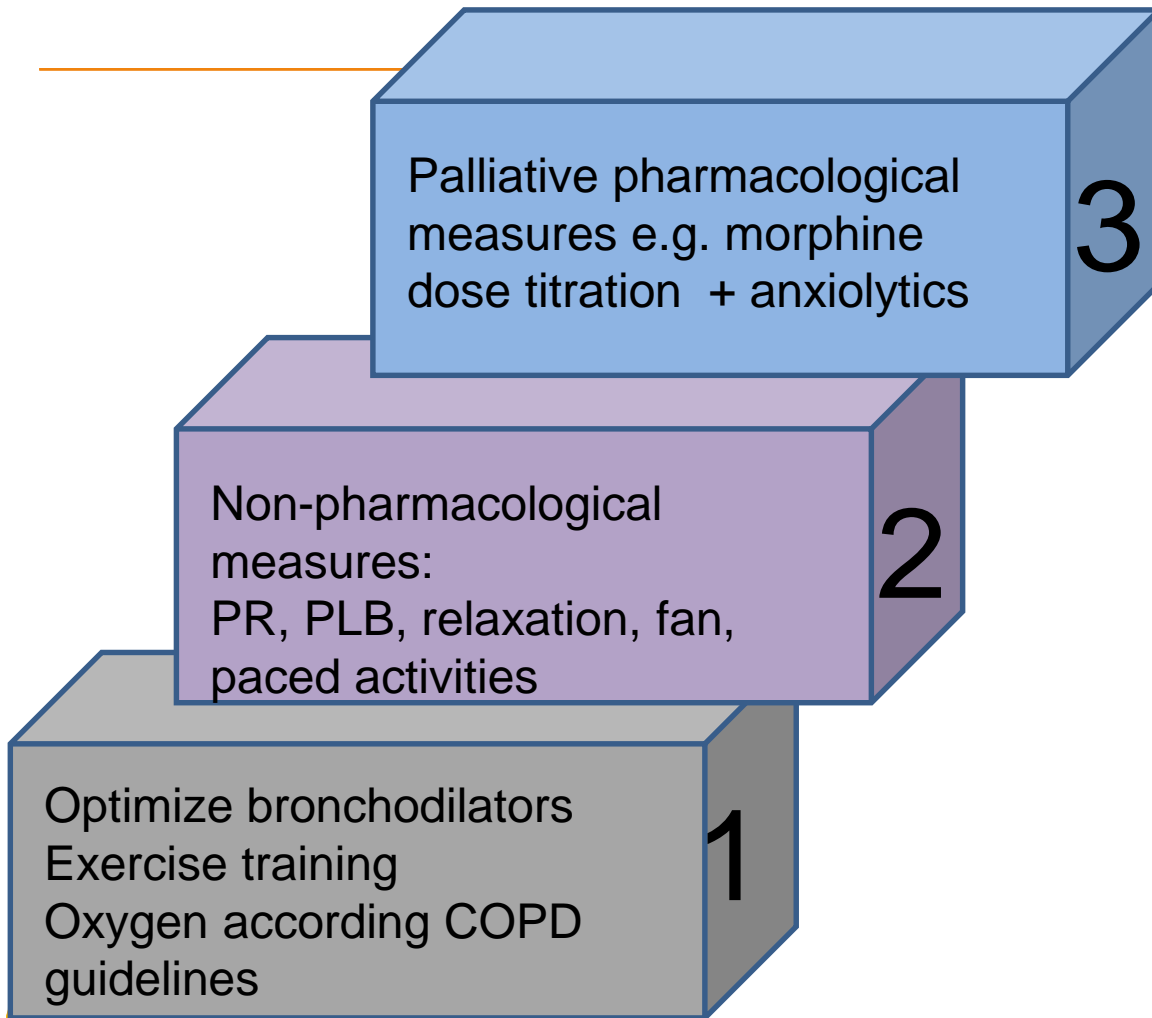
- Symptoom management
- Voorzien van goede medicatie t.a.v. bijv. dyspnoe (lage dosering morfine vlgs de richtlijn)
- Prognose en behandelbeleid (NR/NB) bespreken
- Psychische ondersteuning
- Spirituele en existentiële begeleiding
- Wensen tav heropname/laatste levensfase

Symptoommanagement

- Dyspnoe
- Angst
- Vermoeidheid, niet slapen
- Depressie: gebruik van HADS vragenlijst
- The prevalence of clinically significant depression in patients with HF is more than 20% and mortality rates are increased in HF patients suffering depression

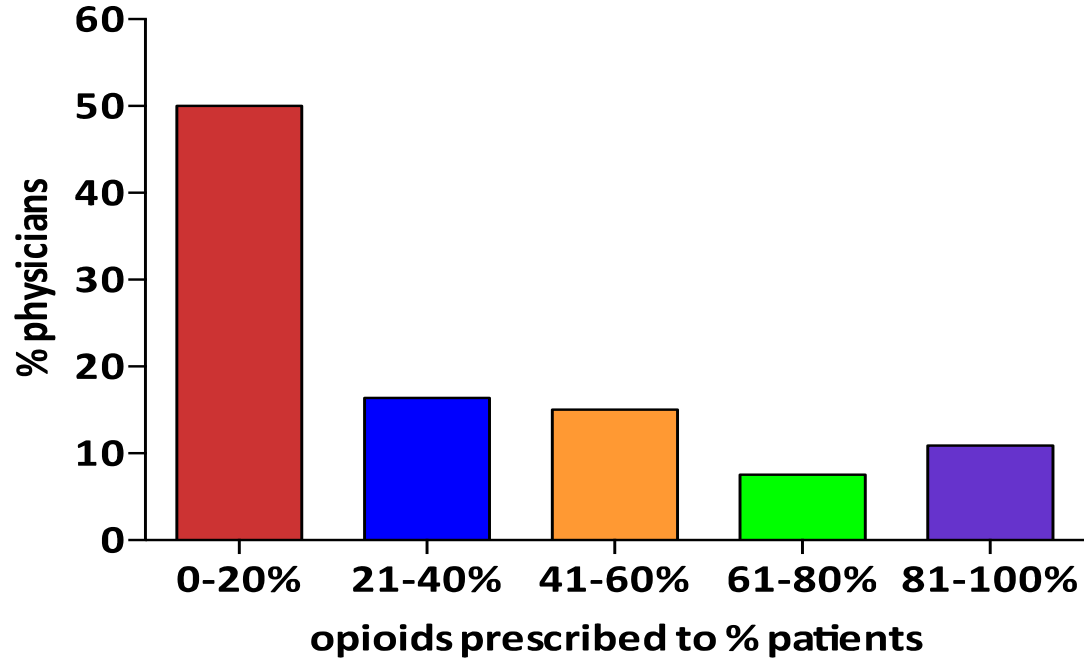
Dyspnoe bestrijding





Dyspnea Ladder

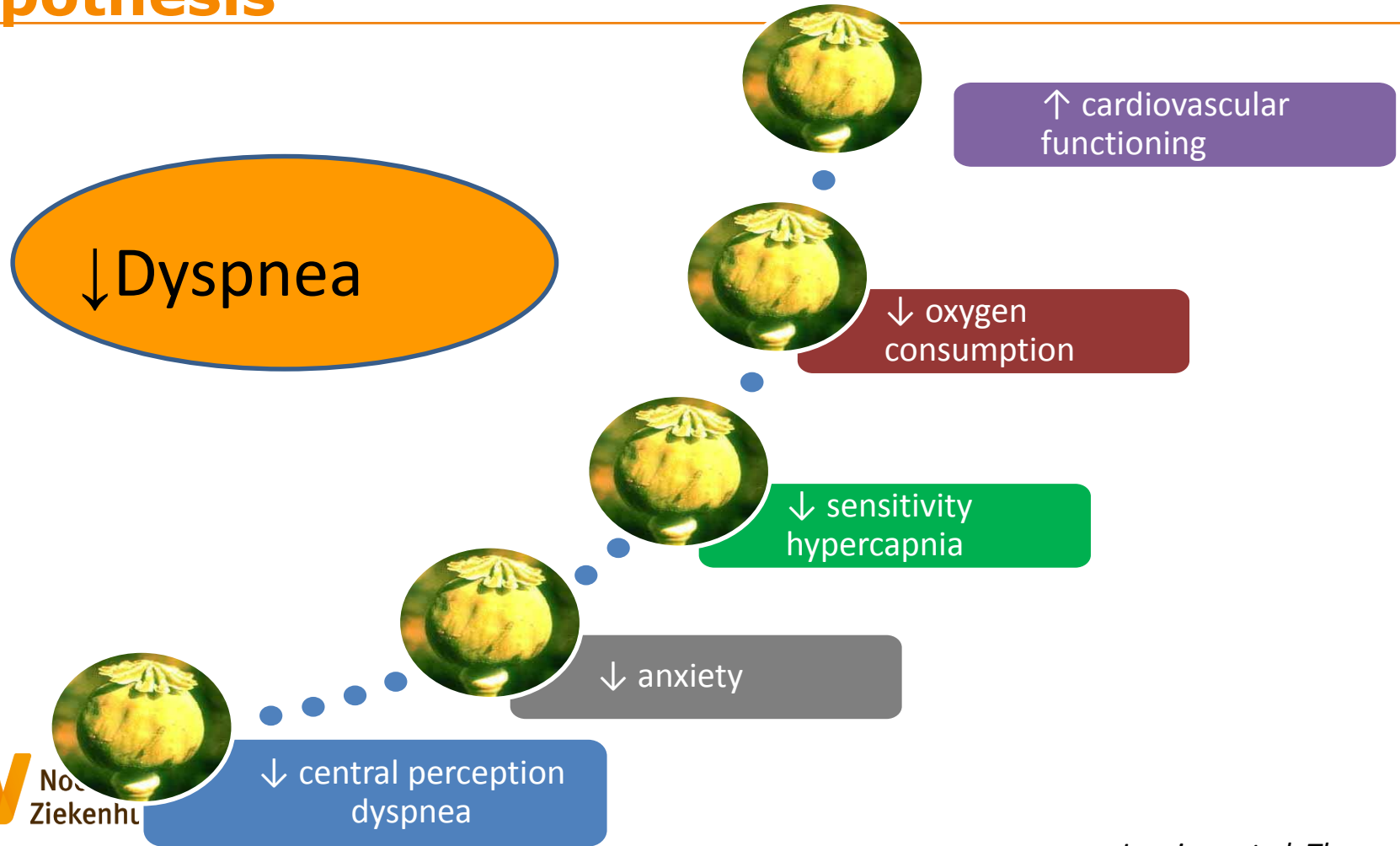
Houding Nederlandse longartsen.



Barriers among chest physicians

- resistance of the patient to receive opioids
 - fear for possible adverse effects
 - fear for respiratory depression
 - Unpredictable which patients will respond to opioids
 - Insufficient expertise to prescribe opioids
-
- Overweeg consultatie van een palliatief team!!

Hypothesis



Respiratory depression?

American College of Chest Physicians consensus statement

Of 11 studies that provided information on arterial blood gases or oxygen saturation, only one study reported any significant changes in oxygenation after opioid administration

- Consultteam ondersteunende en palliatieve zorg

**WAAROM
MOEILIK DOEN
ALS
HET SAMEN KAN**

Loesje

Doelgroepen

Patiënten met een levensverwachting korter dan een jaar:

- Oncologische ziekten
- Chronische longziekten
- Hartfalen
- Neurologische aandoeningen
- Nierfalen

Surprise Question

- Zou het mij verbazen als deze patient binnen een jaar overlijdt?
- Sensitiviteit 14% tot 81%; de specificiteit 61%-96%

Doel COP-zorg

- Ondersteunen en adviseren van het behandelteam bij het optimaliseren van de palliatieve zorg, bij klinische en poliklinische patiënten.
- Het geven van zorgvuldige aanvullende begeleiding van de patiënt en naasten.
- COP-zorg geeft gericht advies en multidisciplinaire ondersteuning bij medische, sociale, psychische en existentiële vraagstukken.

HET TEAM NEEMT DE PATIENT NIET OVER

Wat doet het team

- Verrichten van consulten
- Adviseren en op tijd inschakelen van huisartsen en overige zorgverleners (wijkvpk)
- Geven van onderwijs intra- en transmuraal (onbewust onbekwaam)
- Ontwikkelen van zorgpaden en protocollen
- In de toekomst aansluiten bij een op te richten transmuraal palliatief team
- Deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek

Multidisciplinair overleg

Wekelijks MDO:

- Kernteam(1^e schil): medisch specialisten en verpleegkundig specialisten, geestelijk verzorger, psycholoog, apotheker.
- Op uitnodiging betrokken zorgverleners (aanvrager consult, huisarts, wijkzorg etc.)
- Op indicatie(2^e schil): maatschappelijk werk, psychiater, pijnteam etc.

Het consult

- Consult klinisch en poliklinisch duurt gemiddeld een uur
- Consult bij voorkeur in bijzijn van naasten
- Rapportage terug te vinden in X-care EPD onder multidisciplinaire verslaglegging
- Definitief verslag met adviezen en scenario's aan zorgverleners volgt na het MDO. De patient krijgt dit verslag ook.

Domeinen palliatieve zorg

1. Lichamelijke aspecten
2. Psychologische en psychiatrische aspecten
3. Sociale aspecten
4. Culturele aspecten
5. Spirituele en existentiële aspecten
6. Laatste 24-72 uur
7. Legale en juridische aspecten
8. Verdriet, verlies en rouw
9. Structuur en organisatie

Voordelen COP-zorg

- Betere kwaliteit van palliatieve zorg met aandacht voor specifieke problemen (pijn, angst, depressie, zingeving, woonsituatie).
- Eerdere voorbereiding op de palliatieve fase vergroot keuzemogelijkheden patiënt.
- Nauwere samenwerking met de eerste lijn in eerdere fase (waardering huisartsen).
- Lagere behandelkosten door minder onnodige behandelingen in de laatste levensfase.

Wie zitten erin

Van links naar rechts:
Hein Visser,
Liesbeth Peters,
Funda Yurd,
Marina van Gaans,
Albert Olijve,
Marije van der Rhee,
Marije Houmes,
Mira Jong,
Martine Heijblok



Ontbreken:
Diederik ten Oever,
Orla Smit

Vroegtijdig inzetten palliatieve zorg/ team

- Draagt bij aan een hogere kwaliteit van leven en minder psychische klachten in het laatste levensjaar.
- Vroegtijdige begeleiding door een palliatief team leidt tot minder belastende behandelingen en ziekenhuisopnames en verhoogt de kans op overlijden op de plaats van wens.
- Vroegtijdige begeleiding door een palliatief team leidt tot levensverlenging bij oncologische en niet oncologische aandoeningen.
- Palliatieve zorg is complexe, multidisciplinaire zorg en vereist goede transmurale samenwerking. (huisartsen, verpleegkundige thuis/hospice etc aanwezig bij het MDO)

“Ergens tussen al dat medische geweld dat men vooruitgang noemt, zwerft de mens op zoek naar kwaliteit van leven.”