



Palliatief-terminale zorg in het AMC

Voorwoord

Begin 2003 is het startsein gegeven aan de werkgroep Palliatieve Zorg om op geleide van de WHO definitie “palliatieve zorg” tot een werkzame richtlijn te komen voor de dagelijkse praktijk.

De resultaten van deze werkgroep, die bestond uit zeer betrokken collegae, zijn beschreven in het u voorliggende document.

Ik ben er van overtuigd dat dit document een betrouwbaar hulpmiddel zal zijn bij de palliatieve zorg voor die patiënten, die in een terminale levensfase zijn gekomen en in het AMC verblijven.

Het uitgangspunt is daarbij steeds geweest om vanuit de dagelijkse praktijk tot handzame richtlijnen te komen.

In het vertrouwen dat dit document u zal helpen en steunen bij de verzorging en behandeling van deze groep patiënten, dank ik allen die hieraan hun zeer gewaardeerde bijdrage hebben geleverd.

Dr. A. Wiegman
Directeur Concernstaf Patiëntenzorg

LEDEN WERKGROEP PALLIATIEVE ZORG

Calff, M.M., medisch psycholoog
Bakker, J.P.M., internist-oncoloog
Bokhoven van, R.F.M., projectcoördinator palliatieve zorg IKA
Hoogakker, M.J., beleidsmedewerker
Janmaat, A.C.M., beleidsmedewerker
Leeuwen- de Jong van, L., verpleegkundige
Simons, R., verpleegkundig bestuurder (voorzitter)
Smits, M.A.B. adjunct-directeur transmurale zorg
Vranken, J.H., anaesthesioloog
Willems, D.L., hoogleraar medische ethiek

ADVISEURS:

Casteelen, G., psychiater
Coenraads, A, hoofdverpleegkundige
Doornink, N., diëtiste
Fuhring, J.W., verpleegkundige
Giebner, B.J.C., humanistisch raadvrouw
Goes, I.M., verpleegkundige
Heijmenberg, S.A., verpleegkundige
Jansen, M.E.P., ziekenhuisapotheker in opleiding
Jorritsma, K.H., mondhygiëniste
Kleef van, M., beleidsmedewerker
Koolen, M.G.J., longarts
Lutgens, Y.H., decubitusverpleegkundige
Niekerk- Creemers van, M.H., mondhygiëniste
Oppenhuizen, A.R., hoofdverpleegkundige
Rie de, M.A., dermatoloog
Rooij de, S.E., internist-geriater
Wessels, M., verpleegkundige

Inhoudsopgave

Voorwoord

1. Inleiding	5
2. Palliatief-terminale zorg	7
3. Zingeving en levenseinde	10
4. Richtlijnen symptomatische en medicamenteuze behandeling	15
Angststoornissen	15
Ascites	16
Blaasretentie	17
Cachexie	18
Decubitus of doorliggen	19
Dehydratie	21
Delirium (acute verwardheid)	22
Depressie	24
Diarree	25
Droge, pijnlijke mond (xerostomie)	26
Dysfagie	28
Hik	29
Hoesten	30
Jeuk	32
Koorts	33
Kortademigheid	34
Misselijkheid en braken	36
Obstipatie	37
Pijn	38
Slaapstoornissen	41
Spierkrampen	42
Sufheid	43
Urine-incontinentie	44
Vermoeidheid	46
5. Overige richtlijnen	47
Continue Subcutane Infusie (CSI)	47
Morfinetoediening subcutaan continu	49
Verlichting van acute klachten in de stervensfase	54
Hypodermoclyse	55
6. Voedingszorg in de palliatief-terminale fase	57
7. Aandachtspunten palliatief-terminale zorg	61
8. Sociale kaart interne consulenten palliatieve zorg	64
9. Sociale kaart palliatieve zorg extern	66

1. Inleiding

Voor u ligt het document 'Palliatief-terminale zorg in het AMC'. Dit document is bestemd voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten in de palliatief-terminale fase van hun leven. Het document is tot stand gekomen door een werkgroep die is ingesteld door de directeur Concernstaf Patiëntenzorg. Getracht is om informatie te bundelen die directe betrokkenen voor het geven van goede zorg nodig hebben. Daarom zijn de verschillende disciplines met kennis over en ervaring met de zorg voor patiënten in de laatste fase van hun leven geraadpleegd. De geraadpleegde medewerkers evenals de deelnemers aan de focusgroepen worden bedankt voor hun bijdrage aan dit document. Daarnaast is gebruik gemaakt van de uitgave van het Integraal Kankercentrum Noord-Nederland en Amsterdam 'Richtlijnen voor palliatieve zorg in de huisartsenpraktijk'. Het doel is praktische handvatten te geven vooral toepasbaar voor klinische patiënten ouder dan 18 jaar.

In dit document wordt allereerst een toelichting gegeven op het begrip palliatief-terminale zorg en de mogelijkheden hiervoor in het AMC. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op zingeving bij het naderende levenseinde. Vervolgens is een groot deel ingenomen door richtlijnen voor symptomatische behandeling van klachten die veel voorkomen in de palliatief-terminale fase. Ten slotte volgt de zorg voor voeding in de palliatief-terminale fase.

Als hulpmiddel voor de praktijk is een lijst opgenomen met aandachtspunten; deze lijst is bedoeld als checklist in het verpleegkundig dossier en kan onder meer worden gebruikt tijdens het multidisciplinair overleg.

Als laatste zijn twee bereikbaarheidslijsten opgenomen met deskundigen intern en extern.

Vooralsnog dient dit document voor de duur van een jaar als een voorlopige versie te worden beschouwd. De gebruikers wordt gevraagd suggesties, vragen en dilemma's naar aanleiding van het gebruik bij de werkgroep kenbaar te maken. U kunt dit doen via het volgende e-mailadres palliatief@amc.uva.nl of AMC-adres J1-162.

2. Palliatief-terminale zorg

Palliatieve zorg wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie als volgt omschreven:

Palliatieve zorg is gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven van patiënten en families die te maken hebben met de problemen rond een levensbedreigende ziekte; palliatieve zorg voorkomt en verzacht het lijden door middel van vroege onderkenning en goede diagnostiek en door middel van behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard. (Sepulveda et al., 2002)

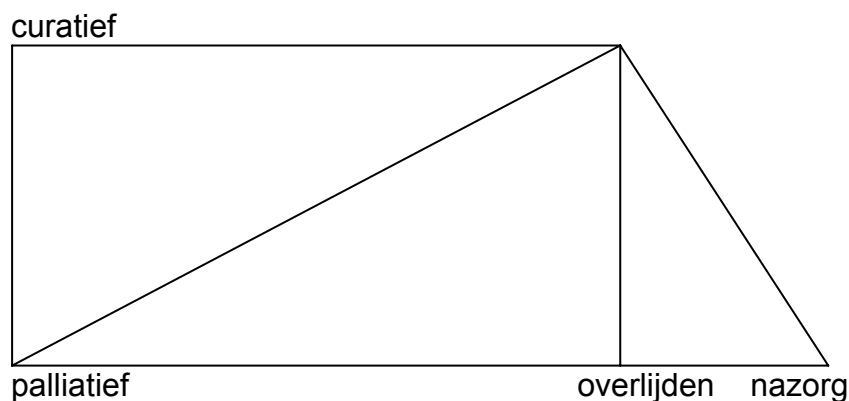
De zorg is daarmee niet gericht op genezing van de ziekte, en ook niet primair op verlenging van het leven, al kan een - meestal beperkte - levensverlenging wel een gevolg zijn van goede palliatieve zorg. Kwaliteit van leven van patiënten en hun naasten staat bovenaan.

Palliatieve zorg is sterk tot ontwikkeling gekomen bij de behandeling van patiënten met ongeneeslijke tumoren, maar is niet gebonden aan bepaalde ziekten. De meest voorkomende aandoeningen waarbij palliatieve zorg wordt verleend zijn kanker, neurologische aandoeningen, obstructief longlijden en hartfalen.

Terminale zorg is palliatieve zorg in de terminale fase. De terminale fase wordt meestal omschreven als de laatste drie maanden van het leven.

De informatie, adviezen en richtlijnen in dit document richten zich primair op de palliatieve zorg voor patiënten in de terminale fase, dus op palliatief-terminale zorg. Echter, de gegeven adviezen met betrekking tot symptoombestrijding hebben een bredere toepassing en zijn uitdrukkelijk ook bedoeld voor niet-terminale patiënten die palliatieve zorg nodig hebben.

Wanneer begint de palliatieve zorg?



Bron: WHO 1990

De overgang van primair op genezing gerichte zorg naar primair op kwaliteit van leven gerichte zorg is geleidelijk. Een exact beginmoment van palliatieve zorg is dus meestal niet aan te geven. Langzamerhand worden steeds meer behandelingen met een levensverlengende intentie achterwege gelaten en vervangen door optimale symptoombestrijding en psychologische en spirituele begeleiding. Daarbij wordt het eerst afgezien van de meer belastende behandelingen, zoals levensverlengende chemotherapie.

Van palliatief-terminale zorg spreken wij wanneer palliatieve zorg wordt verleend aan een patiënt met een prognose van minder dan drie maanden.

Kenmerken van palliatief-terminale zorg

De WHO noemt, als uitwerking van haar omschrijving van palliatieve zorg, de volgende kenmerken:

1. bestrijdt pijn en andere symptomen
2. benadrukt het leven en beschouwt sterven als een normaal proces
3. beoogt noch het verhaasten noch het uitstellen van de dood
4. integreert psychologische en spirituele aspecten van de zorg
5. biedt patiënten steun om zo actief mogelijk te leven tot hun dood
6. biedt familie steun bij de verwerking van de ziekte van de patiënt en bij hun eigen rouw
7. werkt met een multidisciplinaire benadering om de noden van patiënten en families te lenigen, inclusief rouwbegeleiding indien nodig
8. verbetert de kwaliteit van leven en kan ook het beloop van de ziekte in positieve zin beïnvloeden.

Psychologische en spirituele problemen en steun aan de familie verdienen speciale aandacht. Palliatief-terminale zorg is *anticiperende* zorg: er wordt voortdurend getracht om in te spelen op het verwachte beloop van de ziekte. Palliatief-terminale zorg kan spoedeisende zorg zijn: het kan gaan om crises die acuut ingrijpen verlangen. Maar ook buiten crisissituaties hebben patiënten nog maar kort te leven en dus geen tijd om lang te wachten of op een wachtlijst te worden geplaatst. De logistiek van de zorg moet, vooral bij poliklinische patiënten, gericht zijn op een snelle afhandeling van de noodzakelijke diagnostische en therapeutische procedures in één bezoek (de 'palliatieve busbaan'). Daarnaast is het voor deze patiënten cruciaal dat een eventuele overplaatsing naar huis of naar een andere zorginstelling tijdig geregeld wordt, zodat zij niet langer in het ziekenhuis verblijven dan nodig. De *plaats* van palliatief-terminale zorg is voor veel patiënten van groot belang. Hoewel veel patiënten die zorg het liefst in hun eigen huis ontvangen, geldt dat zeker niet voor iedereen. Een deel van de patiënten geeft de voorkeur aan een verblijf in een verzorgings- of verpleeghuis, een hospice of een ziekenhuis. Wel zal ook daar steeds gestreefd moeten worden naar een omgeving die de thuissituatie zo dicht mogelijk benadert.

Regie bij de patiënt

Omdat kwaliteit van leven het primaire doel van palliatief-terminale zorg is, zijn de wensen en behoeften van de patiënt en diens familie richtinggevend voor de zorg en blijven dat ook gedurende het gehele proces. Om dat mogelijk te maken, moeten patiënt en familie zoveel als mogelijk betrokken zijn bij het opstellen, bijstellen en uitvoeren van het zorgplan. Er zal voortdurend aandacht moeten zijn voor een open communicatie over het verloop van de zorg en de, vaak veranderende, behoeften van patiënt en familie.

Palliatief-terminale zorg in het AMC

Hoewel palliatief-terminale zorg niet tot de kerntaken van het AMC kan worden gerekend, worden op de meeste afdelingen en poliklinieken patiënten behandeld wier ziekte het leven uiteindelijk bedreigt en bij wie de zorg primair gericht is op de kwaliteit van leven. Veel patiënten zullen tijdens deze fase de bezoeken aan het ziekenhuis en de polikliniek verminderen of afgelasten, maar dat geldt niet voor iedereen. Wanneer van een opgenomen patiënt duidelijk wordt dat deze palliatief-terminale zorg behoeft, zal doorgaans gestreefd worden naar ontslag of

overplaatsing naar een van bovengenoemde instellingen. Maar dat is niet altijd mogelijk of gewenst, bijvoorbeeld bij een korte prognose.

Daaruit vloeit voort dat in het AMC palliatief-terminale zorg van uitstekende kwaliteit beschikbaar moet zijn, die voldoet aan de door de WHO gegeven omschrijving.

Het AMC is een onderzoeksziekenhuis. Er is grote behoefte aan wetenschappelijke onderbouwing van de palliatief-terminale zorg. Wetenschappelijk onderzoek in deze patiëntengroep moet in het AMC worden gestimuleerd. Daarbij moet de beperking in acht worden genomen dat in de *terminale* fase in principe geen trials (ook geen fase-I trials) meer worden uitgevoerd, behalve voor het verbeteren van de symptoombestrijding.

Het AMC is ook een opleidingsziekenhuis. In de medische en verpleegkundige opleidingen in ons land is behoefte aan meer aandacht voor palliatief-terminale zorg. Hierin kan het AMC een belangrijke rol vervullen.

Literatuur:

- WHO 1990. Technical Report series 804. Genève: World Health Organization.
- Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage 2002;24(2):91-6.

3. Zingeving en levenseinde

Sterven is een onderdeel van het leven. Alle hulpverleners zetten zich in om de kwaliteit van het leven te verbeteren en zorg te dragen voor de kwaliteit van het sterven.

Wat doet geestelijke verzorging?

Geestelijk verzorgers steunen mensen in hun laatste levensfase door met gerichte aandacht aanwezig te zijn. Zij laten de patiënt bijvoorbeeld zijn of haar levensverhaal vertellen, nemen moeilijke of juist vreugdevolle onderwerpen nog eens door en zoeken samen naar betekenis voor *deze* patiënt. Dit in relatie tot de overtuigingen, de levensbeschouwing of het geloof van de patiënt.

Verpleging en artsen kunnen geestelijk verzorgers inschakelen op verzoek van de patiënt, als zij de indruk hebben dat het een meerwaarde voor deze patiënt kan betekenen, als de patiënt eigenlijk veel te vertellen lijkt te hebben of mogelijkwijze iets heeft wat hem/haar bezig houdt, als de patiënt aangeeft naar persoonlijk contact te verlangen of over zijn/haar gevoelens en gedachtes ten opzichte van dood en leven wil nadenken. De laatste fase van het leven kan een chaos aan gevoelens met zich mee brengen. Het kan van grote betekenis zijn als men zich dan met zijn angst, verdriet, hoop, kwetsbaarheid aan iemand kan toe vertrouwen.

Zingeving

Geconfronteerd met het naderende levenseinde kan bij patiënten het besef van de eindigheid en de kwetsbaarheid van het bestaan toenemen. Existentiële en geloofsvragen kunnen meer op de voorgrond komen te staan. Zij hebben betrekking op datgene wat het bestaan zinvol maakt en waarde verleent. Men spreekt daarom ook wel van zingevingsvragen.

Zingeving heeft te maken met dat wat mensen de moeite waard vinden – met wat hen drijft of kwelt; wat hun energie geeft. Vaak zijn dat uiterst concrete zaken, zoals de herinnering aan bepaalde personen of dingen, muziek, geuren, een plek in de natuur; alles kan in principe verwijzen naar ervaringen die betekenisvol zijn of waren. Rituelen en symbolen geven expliciet vorm aan de existentiële inhoud. Zij kunnen een kader bieden om met de existentiële dimensie om te gaan.

Veel patiënten maken in hun laatste levensfase de balans op. Oud zeer kan weer boven komen: boosheid over gemiste kansen, twijfel over gemaakte keuzes. Er kan angst, bitterheid, wantrouwen en verdriet heersen. Elke gebeurtenis kan speciaal, mogelijk de laatste in zijn soort zijn. Tijd wordt anders ervaren en plannen moeten opgegeven of bijgesteld worden.

Soms wordt er door patiënten niet rechtstreeks om aandacht voor het gebied van zingeving en spiritualiteit gevraagd. Ook hulpverleners/behandelaars kennen de schroom om het gesprek over de betekenis van ziekte, lijden en sterven aan te gaan.

Voor een patiënt is het, zeker in de terminale fase van zijn leven, van groot belang als in het gesprek met de behandelaar de medische uitleg, beslissingen en verwachtingen mede in het licht gezien worden van de betekenis die de patiënt aan zijn leven geeft. Om een goede inschatting te kunnen maken hoe de patiënt met medische informatie en adviezen omgaat is voor de behandelaar aandacht voor de existentiële dimensie van het ziek zijn van deze patiënt van belang.

Beleving rond het bestaanseinde

Ieder mens beleeft zijn levenseinde verschillend. Mensen die professioneel met een stervende te maken krijgen zullen tastend, onderzoekend en erkennend met zijn/haar beleving omgaan. Een - soms stil - contact geeft de patiënt de vrijheid om er gewoon 'te zijn' en het leven op zijn eigen manier af te ronden.

Verdriet en angst

De zekerheid dat het einde nadert maakt vaak verdrietig en angstig. Er moet zo veel losgelaten en van zo veel afscheid worden genomen. Ook is er verwarring: alles komt op losse schroeven te staan. Het gevoel van onkwetsbaarheid dat mensen vaak tegen beter weten in koesteren verdwijnt. Soms wordt een basale angst gevoeld, de angst voor eenzaamheid in ultieme vorm. Men gaat iets tegemoet dat niet mededeelbaar is, namelijk het moment van sterven. Wie erg angstig is, is moeilijk te bereiken en verkeert in een toestand van 'onverbondenheid'. Doodsangst is zowel manifestatie van als angst voor die onverbondenheid.

Doodsangst wordt soms niet herkend. Zij gaat dan bijvoorbeeld schuil achter geruzie met de verpleging, irritatie jegens medepatiënten, weigering van behandeling, apathie. Als de arts of verpleegkundige kan laten blijken begrip te hebben voor de gemoedstoestand van de patiënt kan dit de patiënt helpen zich minder alleen te voelen.

Schuld

In het oog met de dood kunnen gevoelens van gefaald te hebben, schuld te dragen opkomen. Angst en schuldgevoelens liggen in elkaars verlengde en versterken het isolement van de patiënt. Een open gesprek kan de spiraal doorbreken.

Gevoelens van schuld moeten niet ontkend of gebagatelliseerd worden. In gesprekken met geestelijk verzorgers kan soms de kwestie van 'schuld' onder ogen worden gezien. Eventueel kan na de erkenning van (reële) schuld naar een vorm gezocht worden voor gebaren van erkenning van eigen schuld, of van verzoening. Soms wordt er een ander perspectief gevonden om het verleden een plek te geven.

Zinloosheid en twijfel

Het gevoel van zinloosheid kan opkomen als de vraag naar verklaring of reden van de ziekte en dit sterven gezocht wordt. Mensen kunnen zich dan afvragen: waarom ik, waarom nu, waarom zo erg. Een verbijstering die gemakkelijk kan omslaan in wanhoop, cynisme of onverschilligheid. Alles lijkt dan nutteloos en onbelangrijk. Het is moeilijk de patiënt in deze situatie tegemoet te komen, laat staan steun of troost te bieden. Ondanks de eigen gevoelens van onmacht kan het van belang zijn de confrontatie met de patiënt of zijn naasten niet uit de weg te gaan.

Zinvolheid

Naast gevoelens van zinloosheid en twijfel kunnen mensen het einde van hun leven ook als een waardevolle tijd ervaren waarin zij zich bezig houden met wat wezenlijk is in het bestaan. Het kan leiden tot een grotere intensiteit van leven en beleven en tot de wens juist nu te doen en te laten zien wat men het hele leven had willen doen of gezegd heeft. Een innerlijk vertrouwen kan zich versterken. De beleving van de laatste fase kan leiden tot verdieping van het geloofsleven. Dankbaarheid en hoop kunnen op de voorgrond komen te staan, zelfs als de situatie medisch gezien uitzichtloos is.

Visies op sterven en dood

Visies over sterven en dood kunnen niet gegeneraliseerd worden. Steeds gaat het om individuele mensen die een eigen vorm willen geven aan de laatste levensfase en zich daarbij soms verbonden weten met een of andere geloofs- of levensbeschouwelijke achtergrond.

In de *christelijke visie* is de dood 'doorgang naar het eeuwige leven' waar men verenigd wordt in Christus.

Naast en voor een deel in samenhang met de christelijke visie treft men ook *andere voorstellingen* aan. Met name die van de natuurlijke dood als eindpunt en onverbreekbaar onderdeel van het leven. In andere gevallen wordt deze opvatting vergezeld door voorstellingen over een spiritueel voortbestaan in de kosmos en een cyclus van opgaan, verzinken en overgaan in een nieuwe bestaansvorm.

In varianten van het *Nieuwe Tijdsdenken* wordt deze gedachte verbonden met geloof aan reïncarnatie en de overtuiging dat het leven in het teken staat van het karma dat men heeft.

Het islamitische geloof ervaart de dood als onvermijdelijk: hij is de overgang van het tijdelijke naar het eeuwige leven. De volledige overgave aan de wil van Allah zorgt ervoor dat de stervende en de naasten het sterven accepteren en hopen dat de overlijdende in het paradijs terecht komt.

Humanisten verwachten vaak geen bestaan na de dood en willen wel zo goed en bewust mogelijk in het hier en nu leven.

Rituelen rondom sterven en dood

Rituelen zijn min of meer vastgelegde gedragingen of activiteiten, waarin door middel van symbolen uiting wordt gegeven aan gevoelens van mensen over wie zij zijn, wat zij doormaken, waar zij naar toe gaan.

Symbolen hebben meer dimensies en laten zien wat onzichtbaar is. Zij komen tegemoet aan het oerverlangen deel te krijgen aan een diepere betekenisvolle werkelijkheid. Zij zijn gemeenschapstichtend, geven vorm aan spirituele gevoelens, brengen het onzegbare tot uiting en markeren overgangssituaties.

Alle dingen kunnen als symbool gebruikt worden (b.v. ook gedichten en verhalen), maar ook handelingen kunnen symbolisch zijn en een lading bezitten die verder gaat dan het direct zichtbare.

In iemands laatste levensfase kunnen symbolen en rituelen een bijzondere betekenis krijgen omdat deze fase meer gevuld is met zoeken naar betekenis, vragen naar de zin en uiting geven aan diepe emoties. In de palliatieve zorg nemen zij een speciale plaats in omdat er uitgesproken aandacht besteed wordt aan het welbevinden op lichamelijk, psychisch en geestelijk gebied.

Overgangsrituelen hebben mensen in alle tijden geholpen om overgangen (geboorte, huwelijk, oud en nieuw) emotioneel te verwerken. Zij ondersteunen in het bijzonder ook mensen die met de laatste overgang, het sterven te maken hebben.

Het jodendom

Het jodendom kent weinig rituelen, maar wel veel gebeden. De rabbijn wordt tijdens of direct na het sterven geroepen. De aanwezigheid van familie en vrienden wordt belangrijk geacht. Rond het afleggen en verzorgen van de overledene kent men veel

gebruiken. Ze gebeuren door daartoe gekwalificeerde geloofsgenoten. Het lichaam wordt in witte kleding in een zeer eenvoudige kist gelegd. Men waakt bij een dode en er moet altijd licht of een kaars branden.

Het christendom

In de *protestantse* traditie kent men het bidden, het lezen van de Bijbel, het zegenende gebaar van het opleggen van de handen en het vergeving vragen. In *katholieke* kerken zijn er specifieke rituelen (sacramenten) die door een priester worden voltrokken, zoals b.v. de biecht en de 'ziekenzalving', ook wel 'laatste oliesel' of 'bediening' genoemd. In het ziekenhuis doet de geestelijk verzorger de ziekenzegening en brengt de communie. Tegenwoordig wordt dit sacrament al eerder ter ondersteuning bij ernstig zieken gegeven.

De islam

De stervende vindt steun in de aanwezigheid van al zijn dierbaren. Het is wenselijk de stervende zo neer te leggen dat zijn gezicht richting Mekka ligt. Hardop of in stilte wordt uit de koran gereciteerd. Op het moment van het sterven wordt de geloofsbelijdenis uitgesproken en wordt gehoopt dat de stervende dit herhaalt. Na het overlijden is er een uitgebreid ceremonieel van het rituele wassen dat door moslims gedaan wordt. De overledene wordt in witte doeken gewikkeld.

Creolen

Creolen, voor zover ze niet-christelijk zijn, maken soms gebruik van oude uit Afrika stammende rituelen. Zij staan in het verband met het bezweren van kwade geesten. Alleen ingewijden kennen de riten en woorden. Bij en na het sterven kunnen de emoties hoog oplopen en luidruchtig geuit worden.

Het boeddhisme

De dood betekent een bevrijding van het lijden en de pijn van het leven, maar er zal telkens een wedergeboorte plaats moeten vinden. Geloofsgenoten staan de stervende bij door teksten uit de heilige boeken (Sutras) te reciteren.

Het hindoeïsme

In het hindoeïsme wordt de dood als bevrijding gezien. Het eeuwige rad van het bestaan wentelt verder. De aanwezigheid van een pandit en de oudste zoon is belangrijk. De dood is met veel rituelen omgeven. Het is belangrijk dat het sterven pijnloos gebeurt en het lichaam zo ongeschonden mogelijk blijft.

Chinezen

In de Chinese bestaansvisie, steunend op elementen uit Tao, het boeddhisme en het confucianisme wordt alles beheerst door de tegengestelde krachten van yin en yang, waartussen een evenwicht gevonden moet worden. Het is een troost temidden van veel familie en vrienden te sterven.

Aanbevelingen

- Men hoeft niet alle kennis over de levensbeschouwelijke achtergrond en eventuele religieuze gebruiken van de patiënt en zijn familie precies paraat te hebben; vanuit een open houding kan er ook naar gevraagd worden.
- De zorg voor een intieme sfeer waarin zich patiënt en zijn naasten 'gezien' en zo veilig mogelijk voelen, verdiept de laatste fase van het leven.

- In deze sfeer voelen patiënt en familie zich het meest uitgenodigd om hun wensen en verwachtingen, ook op geestelijk gebied kenbaar te maken. Bespreek wat onder de gegeven omstandigheden mogelijk is.
- Betrek vroegtijdig de geestelijke verzorging bij de zorg voor de patiënt en ook de naasten.
- Directe nabijheid en presentie zijn belangrijk in deze afsluitende fase van het leven. Dit kan elke hulpverlener bieden, maar het is ook een van de specifieke taken van de geestelijke verzorging.

Geestelijke verzorging

Aan elke afdeling is een geestelijk verzorger als eerste contactpersoon verbonden. Naam en pieper/telefoonnummer van deze contactpersoon zijn bij de balie bekend. Hij of zij zal zo nodig of gewenst doorverwijzen naar een van zijn/haar collega's binnen of buiten het ziekenhuis.

De dienst geestelijke verzorging heeft een 24 uren bereikbaarheid.

Geestelijke verzorgers begeleiden op existentieel, zingevingsniveau en voeren daarvoor gesprekken met patiënten, naasten en personeel, waarbij *de hele mens* met zijn eigen kracht en inspiratie centraal staat.

Geestelijke verzorging is deskundig in het ondersteunen en begeleiden van mensen die zich erop willen bezinnen wat in hun leven van belang was en is, hoe het verhaal van hun leven verliep, waar zij kracht uit putten, waar hun bevlogenheid lag en ligt.

Geestelijke verzorging (van binnen of buiten het ziekenhuis) verzorgt traditionele rituelen en begeleidt bij persoonlijke overgangsrutuelen. Ook informeert en adviseert zij desgewenst over uitvaartrituelen.

Geestelijk verzorgers kunnen op verzoek nabestaanden begeleiden.

4. Richtlijnen symptomatische en medicamenteuze behandeling

Angststoornissen

DEFINITIE

Buitensporige of onevenredig lang aanhoudende angst (irreële angst), die aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden en belemmering in het dagelijks functioneren.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- overmatig gepieker en zorgen
- gespannenheid
- rusteloosheid
- paniek aanvallen met vasovegetatieve verschijnselen
- slaapstoornissen
- hyperventilatie

OORZAKEN

- angststoornis in de voorgeschiedenis / in het kader van depressie
- actualisatie eerdere problemen
- problematische verwerking ziekteproces / aanpassingsstoornis
- psychisch isolement
- organische oorzaken
 - tachycardie/angina pectoris
 - hyperthyreoïdie
 - bijwerking medicatie
 - onttrekking medicatie, alcohol, nicotine
 - pijn

BEHANDELING

- bespreekbaar maken met patiënt en naasten
- eventueel psycholoog
- ontspanningsoefeningen, fysiotherapie
- medicatie

○ oxazepam (Seresta)	5-10-20 mg	1-3 dd	oraal
○ lorazepam (Temesta)	0,5-1 mg	1-4 dd	oraal
○ venlafaxine (Efexor)	75 mg	1 dd	oraal

DIVERSEN

- angst en depressie gaan vaak samen
- angst kan een symptoom van een delier zijn
- angst van de patiënt reflecteert vaak de angst van de familie
- angst kan de beleving van elk symptoom verergeren

Ascites

DEFINITIE

Abnormale hoeveelheid vrij vocht in de buikholte.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- toename buikomvang
- verminderde eetlust, vol gevoel
- andere gastro-intestinale klachten
- kortademigheid
- gewichtstoename

OORZAKEN

- niet-maligne
 - pre-existente leverziekten met portale hypertensie
 - decompensatio cordis
 - nefrotisch syndroom
 - vena porta thrombose
- maligne
 - peritonitis carcinomatosa
 - compressie vena porta systeem
 - obstructie lymfebanen, chyleuze ascites

BEHANDELING

- medicamenteus:
 - spironolacton (Aldactone) start 100 mg maximaal 2 x 200 mg
 - furosemide (Lasix) start 40 mg maximaal 160 mg / dd
- ascites punctie

DIVERSEN

- bij twijfel over diagnose echografie of / en proefpunctie
- furosemide alleen in combinatie met spironolacton. Deze combinatie is het meest effectief bij ascites (cave ↑ kreatinine / hepatorenaal syndroom / hyponatriëmie)
- bij peritonitis carcinomatosa is de kans op reactie op spironolacton en furosemide gering
- bij een redelijke prognose (> 3 mnd) kan een peritoneo-veneuze shunt overwogen worden

Blaasretentie

DEFINITIE

Het onvermogen van de blaas om te ledigen.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- verminderde of afwezige urinelozing (hetero-anamnese)
- onrust en verwardheid
- een uitgezette blaas
- pijnlijke onderbuik

OORZAKEN

- obstipatie
- medicamenteus (morfine, antidepressiva, anticholinergica zoals antipsychotica/antidepressiva)
- prostaatvergroting
- innervatieproblemen door:
 - tumorgroei in kleine bekken en sacrale wortels
 - epidurale tumorgroei
- tumorgroei direct rond de blaas
- urineweginfectie
- verstopte blaascatheter
- epidurale en spinale pijnbestrijding met morfine

BEHANDELING

- blaascatheterisatie met catheter Ch 16 of Ch 18
- eventueel suprapubische catheter bij langere duur, alleen bij mannen!
- als er een verblijfskatheter nodig is, neem dan een silicone-katheter met ballon en verbind deze met een urinezak met aftapmogelijkheid -> 6 weken, daarna wissel
- obstipatie opheffen
- infectie bestrijden

DIVERSEN

- blaasretentie kan het eerste teken zijn van een dwarslaesie door myelumcompressie
- cave medicatie
- denk bij benigne prostaathypertrofie aan de mogelijkheid van een medicamenteuze behandeling met alpha-blokkers

Cachexie

DEFINITIE

Cachexie is een progressieve, lichamelijke achteruitgang en vermagering.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- patiënt is ernstig vermagerd
- extreme moeheid, gevoel van zwakte
- anorexie
- spieratrofie

OORZAKEN

- veranderd metabolisme bv. als paraneoplastisch verschijnsel/medicatiegebruik (HIV-remmers)
- malabsorptie, braken en diarree
- als gevolg van chirurgische, bestralings- of chemotherapie
- excessief eiwitverlies, bijvoorbeeld ulceratie of bloeding
- hyperglycaemie bij steroïdengebruik
- slikstoornissen
- gebitsproblemen

BEHANDELING

- waar mogelijk oorzaak behandelen
- overweeg een meer psychosociale aanpak: bv. aandacht besteden aan passende kleding om de patiënt zoveel mogelijk zelfrespect te laten houden, vermijd patiënt routinematig te wegen
- leg uit aan familie en patiënt dat gewichtsverlies bij kanker niet door calorische intake kan worden tegengegaan
- medicamenteus:
 - prednison 10-30 mg 1x dd oraal
 - megestrol acetaat (Megace) 160-320 mg 2x dd oraal
 - medroxyprogesteron acetaat (Farlutal) 500 mg 2x dd tabletten of suspensie
 - Cyproheptadine (periactin) 4 mg 2-3tabletten voor de nacht
- eventueel een borrel om de eetlust op te wekken

DIVERSEN

- consult diëtist
- behandel de misselijkheid
- maak kleine aantrekkelijke maaltijden
- voorkom etensgeur in kamer/huis
- zorg voor goede mondhygiëne en passend gebit

Decubitus of doorliggen

DEFINITIE

Decubitus is weefselversterf, veroorzaakt door de inwerking op het lichaam van druk-, schuif- en wrijfkrachten of een combinatie van deze factoren. (CBO 2002)

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

Roodheid en ulceraties en pijn op plekken waar een langdurig verhoogde druk op de huid wordt uitgeoefend: hielen, sacraalstreek, billen, ellebogen en oren.

OORZAKEN

- immobilisatie
- cachexie
- algehele slechte conditie in combinatie met immobilisatie
- verminderde pijnsensatie
- vochtige huid door transpiratie, incontinentie van urine en/of ontlasting
- slecht matras, geen gladde ondergrond

VERSCHEIJNINGSVORMEN

Graad 1

Niet wegdrukbaar roodheid van de intacte huid. Verkleuring van de huid, warmte, oedeem en verharding (induratie) zijn andere mogelijke kenmerken.

Graad 2.

Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid (epidermis), al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder (lederhuid of dermis). Het defect manifesteert zich als een blaas of oppervlakkige ontvelling.

Graad 3

Huiddefect met schade of necrose van huid en onderhuids weefsel (subcutis). De schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefselvlies (fascie).

Graad 4

Uitgebreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels, met of zonder schade aan opperhuid (epidermis) en lederhuid (dermis).

DECUBITUSPREVENTIE

- de patiënt om de 4 uur wissellegging geven
- voorkom onderuitglijden in bed
- regel een antidecubitusmatras
- stimuleren tot mobilisatie
- de patiënt in rolstoel niet langer dan 2 uur laten zitten of anders laten 'verzitten'
- geef informatie en instructie aan de patiënt
- inspecteer dagelijks de huid
- zorg voor voldoende intake van vocht, eiwit en energie
- zorg voor evt. scheiding faeces/urine

DECUBITUSBEHANDELING

Graad 1

Starten/intensiveren van de preventieve maatregelen. Geef wisselgigging. Goede huidverzorging en huidbescherming. Bij een droge huid anti-decubitus crème 1 en bij vochtige huid anti-decubitus crème 2. Bij roodheid huid beschermen met transparante folie. Adviseer het dragen van badstof sokjes in bed.

Graad 2

- Blaardak intact: de blaar afplakken met een folie of dun hydrocolloïd (bv. Tegaderm of Duoderm).
- Blaardak niet intact: bij het sneuvelen van het blaardak resteert een oppervlakkige wond: verbinden met vet gaas op de wond en zinkoxidesmeersel op de wondranden daaroverheen een gaaskompres. Alternatieven zijn afplakken met een semi-permeabele wondfolie, een dun hydrocolloïd verband of een schuimverband.
- Bij zeer oppervlakkige ontvellingen alleen zinkoxidesmeersel of barrièrespray.

Graad 3 en 4

- Wond met ontstekingsverschijnselen en necrose, na necrotectomie verbinden met EUSOL-paraffine. In latere fase, nadat granulatieweefsel verschijnt, kunnen producten gebruikt worden die een vochtig wondklimaat creëren zoals NaCl glazen, hydrogel, hydrofiber, alginaten.
- Wond zonder ontstekingsverschijnselen. Kies producten die een vochtig wondklimaat creëren. Bij een vochtige wond hydrogel, schuimverband of hydrocolloïd bij exsudaat hydrofiber of alginaat.

DIVERSEN

- zorg voor goede pijnstilling tijdens de verbandwisseling
- eventueel consult decubitusverpleegkundige

LITERATUUR

- CBO, Decubitus, tweede herziening, 2002.

Dehydratie

DEFINITIE

Watertekort, resulterend in een vermindering van zowel het intracellulaire als het extracellulaire vocht.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- hoofdpijn
- dorst (bij ouderen ↓)
- verminderde huid-turgor
- pijnlijke, droge mond (xerostomie)
- gewichtsverlies
- oligurie
- tachycardie

In vergevorderd stadium kunnen er volgen:

- hallucinaties
- delier
- coma

OORZAKEN

Te weinig opname bij:

- verminderde dorstprikkel
- algehele zwakte/dysfagie
- bewustzijnsstoornissen (door sederende medicatie)
- oesofagusstenose en darmobstructie

Te veel verlies bij:

- transpireren (koorts)
- diarree
- braken (e.v. verlies via een maagsonde)
- ontregelde diabetes mellitus (insipidus)
- hypercalcaemie
- diuretica

BEHANDELING

- bij voorkeur ORS Indien niet mogelijk minimaal 1,5-2 liter vocht per dag intraveneus afhankelijk van oorzaak. Alternatief hypodermoclyse (zie onder 'Overige: Hypodermoclyse')
- oorzaak behandelen

Delirium (acute verwardheid)

ANAMNESE

Is door geheugenstoornis vaak onbetrouwbaar, heteroanamnese is van groot belang: vaak acuut begin van symptomen, aanwijzingen voor koortsende ziekte, diuretica, (nieuwe) medicatie (starten/stoppen), perioden van dehydratie (diarree).

SYMPTOMEN

- fluctuerend beloop van het beeld
 - wisselend bewustzijn
 - aandachts- en concentratiestoornis
 - cognitieve stoornissen (anders dan reeds bestaande)

OORZAKEN

De aanleiding is altijd een somatische ziekte ('hersenfalen') maar het ontstaan van een delirium wordt multifactorieel bepaald:

1. predisponerende factoren: CVA, bestaande dementie, psychische ziekte, sensorische stoornis (ernstige gehoor- of visusklachten)
2. luxerende factoren: infectie, metabole- en elektrolytstoornis, (bijwerking) medicatie, longembolie, (stil) myocardinfarct, urineretentie van de blaas, denk aan (nieuw) CVA, gastrointestinale bloeding, gedekte maag/darmporotie, rhabdomyolysis (zeldzaam: maligne neurolepticasyndroom of serotonerg syndroom)

LICHAMELIJK ONDERZOEK

Symptomen infectie of sepsis, blaasdemping

LABORATORIUMONDERZOEK/ AANVULLEND ONDERZOEK

Bloed: BSE, hemoglobine, leucocyten + differentiatie, zonodig trombocyten, APTT en PTT

Chemie: natrium-, kalium-, glucose-, ureum- en kreatinineconcentratie, zonodig CPK, leverenzymen, spiegels van digoxine, antidepressiva, anticonvulsiva

Urine: sediment

Op indicatie: bloedkweken, arteriele bloedgas, echo abdomen, ECG; X-Thorax, X-BOZ met horizontale stralengang

BELEID

1. behandelen van de oorzaak delirium
2. behandelen van de symptomen
 - medicamenteus
 - modificeren omgevingsfactoren: zie verpleegplan delirium
3. systematisch vervolgen effect beleid: Delirium Observation Scale (DOS)

MEDICAMENTEUS BEHANDELINGSALGORITME

Haloperidol (Haldol) is het middel van eerste keus behandeling van (de meeste gevallen van) een delirium bij somatisch zieke patiënten behalve voor delirante patiënten met een hypokinetisch rigide syndroom (zoals bv de ziekte van Parkinson) en bij patiënten met een Lewy lichaampjes dementie.

Bij oudere patiënten en bij patiënten met een dementie is het advies met de laagste dosering haloperidol te starten. De nieuwe, atypische antipsychotica kunnen overwogen worden als alternatief voor haloperidol, raadpleeg zonodig delier@amc.uva.nl

Bijwerkingen van haloperidol zijn: extrapyramidale verschijnselen: parkinsonisme, akathisie (bewegingsonrust) en acute dystonie; hyperthermie en maligne neuroleptica syndroom; bronchiale hypersecretie en vooral in hoge doseringen een verlenging QTc interval met torsade des points, ventriculaire tachycardie en aritmie

Ernst delirium / specifieke omstandigheden	Dosering haloperidol per 24 uur	Co medicatie
licht tot matig ernstig delirium of delirium bij oudere patiënt	0,5 – 2,5 mg per os, 1-2x daags bij onrust in de namiddag overweeg 16:00 en 22:00	temazepam 10 mg (Normison), zonodig nog eenmaal herhalen (oraal of rectaal)
ernstig delirium	2,5 tot 5,0 mg im of iv, 1-2x daags herhalen	bij onvoldoende sedatie kan lorazepam (oraal, im of iv) 0,5 mg tot 2 mg per dag (Temesta) worden bijgegeven
delirium met extreme angst en onrust, interfererend met de medische behandeling	5 mg haloperidol intraveneus, ieder uur 2,5 mg herhalen tot maximaal 20 mg per dag	bij onvoldoende sedatie kan lorazepam (oraal, im of iv) 0,5 mg tot 2 mg per dag (Temesta) worden bijgegeven
bij verbetering: dosering in 3 dagen verminderen en stoppen	controleer dagelijks op extrapyramidale bijwerkingen en wees beducht op urineretentie en/of obstipatie	cave slikstoornissen, aspiratie en andere nadelige effecten sedatie

Aanvraag consult: delier@amc.uva.nl (indien delirium na 3 dagen niet is verminderd)

LITERATUUR

- CBO richtlijn Delirium, 2003
- Delirium Observation Scale, M. J. Schuurmans, thesis 2001

Depressie

DEFINITIE

Minimaal 14 dagen durende somberheid of lusteloosheid gepaard gaande met negatief zelfbeeld en schuldgevoel.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- somberheid
- lusteloosheid
- prikkelbaarheid
- nergens meer van kunnen genieten
- in- en doorslaapstoornissen
- dagschommelingen in stemming ('s ochtends meer klachten dan in de loop van de dag)
- preoccupatie met de dood of doodswens

BEHANDELING

- steunende gesprekken, eventueel verwijzing psycholoog/psychiater
- medicamenteus:
 - venlafaxine (Efexor) 75 mg mg 1x dd oraal
 - citalopram (Cipramil) 20-40 mg 1x dd oraal
 - amitriptyline (Tryptizol) 50-100 mg 1-3 dd oraal
 - methylfenidaat (Ritalin) 5-20 mg s morgens (nooit na 16.00 uur) na overleg met psychiater

DIVERSEN

- depressie kan moeilijk te herkennen zijn en dient onderscheid te worden van verdriet en rouw
- bij onduidelijke symptomatologie of atypische klachten consult psychiater (cave psychotische depressie)

Diarree

DEFINITIE

Een voor de patiënt abnormaal toegenomen defaecatie frequentie en/of waterige ontlasting.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- toegenomen defaecatie frequentie
- dunne faeces
- incontinentie voor faeces
- bij rectaal toucher harde faeces in rectum (alleen bij paradoxale diarree)

OORZAKEN

- infectieus
 - viraal
 - bacterieel, salmonella, campylobacter, giardia
 - candida
- medicamenteus
 - laxantia overdosering
 - antacida
 - antibiotica
 - NSAID's
 - Misoprostol (hoge dosis)
 - cytostatica
- obstructie
 - paradoxale diarree bij obstipatie
- malabsorptie
 - pancreascarcinoom
 - ileumresectie ("short bowel")
 - colectomie
 - bestralingsenteritis
- tumoractiviteit
 - carcinoïd
 - laagzittend coloncarcinoom
 - rectumcarcinoom
 - melaena / tr-dig bloeding

BEHANDELING

- dieetmaatregelen
- rehydratie bij voorkeur ORS
- medicamenteus:

○ loperamide (Imodium)	2-4 mg		oraal
	<i>max. dagdosis 16 mg</i>		
○ codeïne	10-40 mg	6 dd	oraal
○ octeotride	0,3-0,6 mg	24 uur	sc
(bij ernstige diarree als loperamide geen resultaat geeft)			
○ metamucil bij short bowel			

DIVERSEN

Denk aan rectaal toucher ter uitsluiting van paradoxale diarree.

Droge, pijnlijke mond (xerostomie)

DEFINITIE

Een pijnlijke irritatie van het mondslijmvlies door onvoldoende speekselproductie.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- pijn, spontaan of bij eten, drinken en slikken, moeite met slikken
- droge mond en atrofie van de tong
- smaakveranderingen
- onaangenaam ruikende uitademingslucht
- bij inspectie
 - witte of rode verkleuringen
 - pseudomembraanvorming
 - ulcera of/
 - niets te zien in de mond

OORZAKEN

- radiotherapie
- chemotherapie
- chirurgie postoperatief
- lokale tumorgroei
- medicamenteus
 - opioïden
 - antidepressiva
 - antihistaminica
 - anticholinergica
- dehydratie, algemeen of lokaal
 - koorts
 - diarree
 - mondademhaling
 - zuurstoftoediening zonder extra vocht
- stomatitis aphtosa
- infectieus
 - bacterieel
 - viraal: herpes simplex
 herpes zoster
 cytomegalovirus
 - schimmel: candida albicans
- hypercalciëmie
- diabetes mellitus

BEHANDELING

- orale hygiëne
 - tandenborstel met kleine borstelkop
 - gebruik van fluoride tandpasta
 - reinigen van slijmvliezen, evt met mondspoelmiddelen (kamille) chloorhexidine 0,12% of NaCl 0,9%, natte gazen of dentaswabs, (groene sponsjes) (geen lemon swabs!)
- vochtige lucht, stoom, sprayen met plantenspuit
- water met limoen en/of citroen
- kunstspeeksel (oralbalance gel)
- zuigen op ijs, ananas
- suikervrije kauwgom
- Kenacort in orabase

- lidocaïne-gel
- pijnmedicatie

DIVERSEN

- bij candida albicans
 - fluconazol 50-100 mg 1 dd tablet/suspensie
(Diflucan)
 - itraconazol 100-200 mg 1 dd
(Trisporal)
 - amfotericine B 4 x 500 mg tablet/suspensie
(Fungizone)
- een droge pijnlijke mond kan slikklachten veroorzaken
- bij verminderde voedsel intake consult diëtiste
- een pijnlijke mond veroorzaakt problemen met het kunstgebit
- slikken van medicatie: slikken met kin op de borst i.p.v. hoofd in de nek/achterover gooien

Dysfagie

DEFINITIE

Problemen met het doorslikken.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- slikken is pijnlijk of echt onmogelijk, verslikken met name in vloeibaar voedsel
- bij mechanische obstructie ontstaat er eerst een probleem met het vaste voedsel en later met het vloeibare
- bij neuromusculaire stoornissen ontstaat het slikprobleem min of meer tegelijkertijd bij vloeibaar en vast voedsel
- verschijnselen zijn afhankelijk van de lokalisatie van de slikstoornis:
 - is deze in de mond gelokaliseerd dan ontstaat er 'kwijlen'
 - bij oorzaken in de pharynx kan de patiënt zich erg verslikken
 - bij oorzaken in de oesofagus ontstaat het gevoel van voedsel of vocht dat blijft steken, gepaard met een retrosternale pijn of oesofagusspasmen

OORZAKEN

- tumorgroei in mondholte, pharynx of oesofagus
- uitwendige tumorcompressie (mediastinum)
- vagus en sympathicus laedering
- intracraniële oorzaken (pseudobulbair)
- candida van mondholte, pharynx of oesofagus
- psychische factoren
- stricturen ten gevolge van bestralingsbeschadiging
- chirurgie in de mondholte
- stenosering ten gevolge van chronische reflux oesofagitis
- zwakte/cachexie
- mondproblemen geven vaak aanleiding tot slikklachten

BEHANDELING

- eventueel diëtiste en/of logopediste consulteren
- overweeg tijdig het plaatsen van een stent/PEG-sonde
- bij verdenking op refluxoesophagitis: protonpompremmers
- frequente kleine maaltijden
- gebruik thickening powder bij neurologische oorzaken

Hik

DEFINITIE

Aanhoudende samentrekkingen van het middenrif.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- intermitterende, onwillekeurige, abrupte, snelle ademhalingsinspiraties
- uitputtingsverschijnselen

OORZAKEN

- maagdilatatatie (95%)
- gastritis
- diafragma-/n. phrenicusprikkeling (bronchusca.)
- subphrenisch abces/tumor
- mediastinale tumor
- intracraniële/cervicale tumor
- hersenstamafwijkingen
- uraemie
- psychogeen

BEHANDELING

- maatregelen:
 - rechtopzittende houding (vooral bij voedsel- en vochtinname)
 - vermijd koolzuurhoudende dranken
 - snel doorslikken van 2 theelepels suiker
- medicamenteus:

○ chloorpromazine (Largactil)	10-25 mg 25 mg	2-3 dd 2-3 dd	oraal i.m.
○ metoclopramide (Primperan)	10 mg 10-20 mg	3-4 dd 3 dd	oraal rectaal
○ nitroglycerine (Cedocard)	5 mg	1 dd	oraal
○ baclofen (Lioresal)	5-20 mg	2-3 dd	oraal
○ cisapride (Prepulsid)	5-10 mg	3-4 dd	oraal
○ nifedipine (Adalat)	10-20 mg	3 dd	oraal
○ dimeticon (Aeropax)	10 mg 5 ml	3-4 dd 3-4 dd	oraal emulsie/oraal

DIVERSEN

- nervus phrenicusblokkade
- eventueel inbrengen maagsonde

Hoesten

DEFINITIE

Een mechanisme waarbij door middel van een onwillekeurige, snelle uitademingsmanoeuvre de luchtwegen zoveel mogelijk gereinigd worden, al of niet gepaard gaande met sputumproductie. Er zijn vele oorzaken van hoest die, indien mogelijk, oorzakelijk behandeld moeten worden.

Oorzaken	Behandeling
obstructie in de luchtwegen <ul style="list-style-type: none"> • COPD/Astma • maligniteit 	bronchus verwijders/corticosteroïden radiotherapie/chemotherapie/stent plaatsing
lymfangitis carcinomatosa	chemotherapie/corticosteroïden
pneumonitis	corticosteroïden
luchtweginfecties	antibiotica
aspiratie <ul style="list-style-type: none"> • oesofageale reflux • speeksel • verslikken • postnasale drip • tracheo-oesofagale fistel 	Pantozol/Primperan inhalatiecorticosteroïden stentplaatsing
roken	
links decompensatio cordis	diuretica
medicamenteus <ul style="list-style-type: none"> • ACE-remmers • vernevelingen 	omzetten angiotensine-2-antagonist omzetten medicament
overige <ul style="list-style-type: none"> • prikkeling door rook-, koude-, hete-, of droge lucht • stembandparalyse 	

BEHANDELING

- bij een productieve hoest allereerst geen antitussiva
- bij verdenking op pleuravocht: punctie, drainage, pleurodese
- bij verdenking op endobronchiale stenose consult longarts voor endobronchiale stent of radiotherapie

Niet-medicamenteuze therapie

- hoestondersteuning en techniek ('huffen'), houdingsdrainage (fysiotherapeut)
- stoppen met roken heeft pas na 2-4 weken resultaat
- hoestdrankjes werken niet

Medicamenteuze therapie

- expectorantia:
 - stoominhalaties
 - 2-5% NaCl oplossing (vernevelaar)
 - mucolytica (bv. Acetylcysteïne per vernevelaar)

Bronchusverwijders

- Bèta-2 mimetica inhalatie:
 - Salbutamol (Ventolin)
 - Terbutaline (Bricanyl)
 - Anticholinergica inhalatie: ipratropiumbromide (Atrovent)
(toediening bij voorkeur met gebruikmaking van voorzetkamer)

Antitussiva

- | | | | |
|----------------|----------|--------|-------|
| • codeïne | 10-40 mg | 4-6 dd | oraal |
| • promethazine | 25 mg | 3-4 dd | oraal |

Morfine (retard vorm) (MS Contin, Oxycontin)	10-20 mg	dd	oraal
---	----------	----	-------

Morfinedrank (1 mg/ml)	5 mg	4 dd	oraal
------------------------	------	------	-------

Corticosteroiden

- | | | | |
|---------------|----------|------------|-------|
| • prednisolon | 30-60 mg | startdosis | oraal |
|---------------|----------|------------|-------|

Jeuk

DEFINITIE

Jeuk is een continue, onplezierige sensatie in de huid die aanleiding tot krabben geeft.

OORZAKEN

- primaire huidziekten
- uitdroging van de huid
- radiotherapie kan erytheem, oedeem en desquamatie van de huid geven
- uraemie
- icterus door cholestasis
- diabetes (vaak gepaard met candidiasis) en andere stofwisselingsziekten zoals b.v. jicht
- anaemie (vooral ijzergebrek)
- schildklierafwijkingen
- bijwerking van geneesmiddelen (epiduraal morfine)
- polyneuropathie
- paraneoplastische syndromen
- parasitaire infecties
- verouderde huid/ven. insufficiëntie
- AIDS

BEHANDELING

- oorzaak bestrijden
- algemene maatregelen:
 - b.v. nagels kortknippen (vicious cirkel van jeuk en krabben doorbreken). Geen heet bad, zweten vermijden en zachte handdoek gebruiken. Bij voorkeur katoenen kleren dragen
 - denk aan omgevingstemperatuur en luchtvochtigheid
 - bij droge huid:
 1. unguentum cetomacrogolis of unguentum leniens
 2. mentholzalf
 - bij nattende dermatosen: linimentum zinci oxydi oleosa FNA (= zinkoxide).
- medicamenteus:
 - anti-histaminica
 - Cetirizine (Zyrtec) 5-10 mg 1 dd oraal
 - fexofenadine (Telfast) 120 mg 1 dd oraal
 - alimemazine (Nedeltran) 5 mg 1-4 dd oraal
 - hydroxyzine (Atarax) 10-25 mg 2-4 dd oraal
 - SSRI
 - paroxetine (Seroxat) 20 mg 1 dd oraal
 - opioïd antagonisten (alleen bij jeuk door nierinsufficiëntie)
 - naltrexon (Nalorex) 25 mg 2 dd oraal

DIVERSEN

- naltrexon (een opioïdantagonist) niet samen met morfinepreparaten gebruiken
- let op steroïd diabetes bij dexamethason gebruik
- anti-histaminica zijn bij jeuk door icterus niet werkzaam, SSRI en 5 HT3 antagonisten wel

LITERATUUR

- Sillevius Smitt JH, van Everdingen JJE, de Haan M. Dermatovenereologie voor de eerste lijn (Bohn Stafleu Van Loghum Houten)

Koorts

DEFINITIE

Temperatuur boven de 38°C.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- warmtegevoel
- transpireren
- intermitterende temperatuursverhoging
- rillingen, hypotensie, tachycardie of verschijnselen van ernstig ziek zijn

OORZAKEN

- infectieus (bacterieel, viraal, mycotisch)
- geneesmiddelen allergie
- bijnierinsufficiëntie (na plotseling staken steroïd gebruik)
- tumoractiviteit, proceskoorts
- afwijkingen in het centraal zenuwstelsel

BEHANDELING

Afhankelijk van oorzaak (oorzaak behandelen: zie hierboven)

bij tumorkoorts :

- | | | | |
|-------------------------|-------------|--------|-------|
| ○ naproxen (Naprosyne) | 250-500 mg | 2 dd | oraal |
| ○ diclofenac (Voltaren) | 50-100 mg | 2-3 dd | oraal |
| ○ paracetamol | 500-1000 mg | 3-4 dd | oraal |
- (2^e keus, minder effectief)

Kortademigheid

DEFINITIE

Een op een onaangename wijze bewust zijn van de ademhaling. Met name de subjectieve gewaarwording van de kortademigheid staat op de voorgrond en gaat bijna altijd gepaard met angst. In de terminale fase komt het bij 45-70% van alle patiënten voor.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- toegenomen frequentie
- oppervlakkige ademhaling
- afname A.D.L.-functies

Oorzaken	Behandeling
pulmonaal <ul style="list-style-type: none"> • mechanische obstructie door tumor, lymfklieren en/of slijm • littekenvorming • infectie • COPD/astma • pleuritis carcinomatosa • lymfangitis carcinomatosa • longembolie • deviatie of compressie van de trachea • pneumonitis na radiotherapie • pneumothorax 	chemo-, radiotherapie; stentplaatsing antibiotica luchtwegverwijders; inhalatiecorticosteroïden pleurapunctie; pleurodese chemotherapie; corticosteroïden anticoagulantia stent corticosteroïden drainage
bloedtoevoer <ul style="list-style-type: none"> • anemie • vena cava sup. syndroom • decompensatio cordis • pericarditis carcinomatosa • cardiale ischemie • ritmestoornissen 	bloedtransfusie radio- of chemotherapie diuretica drainage; pericardvenster nitraten; bèta-blokkers afhankelijk van stoornis
thoraxwand/diafragma functie <ul style="list-style-type: none"> • ascites • hepatomegalie • pijn • frenicus paralyse • cachexie spierzwakte • medicamenteus: corticosteroïden 	ontlastende punctie radio-of chemotherapie pijnstillers
psychologische factoren <ul style="list-style-type: none"> • angst, frustraties, boosheid • isolatie, depressie 	angst bespreekbaar maken, uitleggen aan patiënt + familie eventueel antidepressiva

BEHANDELING

Algemene maatregelen

- ontspanningsoefeningen eventueel m.b.v. een fysiotherapeut
- bespreekbaar maken van angstcomponent
- zuurstof (bij hypoxie)
- soms ascitespunctie

Bloedtransfusie bij Hb minder dan 4 mmol/l

Medicamenteus

- bronchusverwijders: -salbutamol (Ventolin) -terbutaline (Bricanyl)
- anticholinergica inhalatie: ipratropiumbromide (Atrovent: toediening bij voorkeur met gebruik van voorzetkamer of vernevelingen)
- corticosteroiden:
 - Prednisolon tot 60 mg dd oraal
- morfine 5-10 mg 1-6 dd oraal s.c. of i.m. of i.v.
- sedativum:
 - oxazepam 5 mg-10 mg 1 dd oraal
 - lorazepam (Temesta) 0,5-2 mg 1 dd sublinguaal, i.m. , oraal, i.v.
(zo nodig herhalen)

Misselijkheid en braken

DEFINITIE

Misselijkheid is een gevoel te moeten overgeven, terwijl braken de feitelijke regurgitatie van het maaginhoud is door samentrekking van het middenrif en buikspieren.

OORZAKEN

- verhoogde intracranieële druk
- angst en spanning
- metabole ontregeling (o.a. uraemie en hypercalcaemie)
- medicatie/intoxicatie
- levermetastasen
- gastro-intestinale afwijkingen (maagontledigingsstoornissen en darmobstructie)
- vestibulaire prikkeling
- gastritis
- reflectoir

BEHANDELING

- metabole oorzaak, radiotherapie, chemotherapie
 - 5HT₃ antagonisten

Ondansetron (Zofran)	8 mg	1-2 dd	oraal/rectaal
Granisetron (Kytril)	2 mg	1 dd	oraal
 - metoclopramide (Primperan)

10-20 mg	3-4 dd	oraal/s.c.
----------	--------	------------
- intracraniale drukverhoging
 - evt. cyclizine

50-100 mg	1-2 dd	oraal/rectaal
-----------	--------	---------------
 - dexamethason

4-16 mg	24 uur	oraal/s.c.
---------	--------	------------
- maagontledigingsstoornissen
 - metoclopramide

10-20 mg	3-4 dd	oraal/rectaal/s.c.
----------	--------	--------------------
 - domperidon (Motilium)

10-20 mg	3-4 dd	oraal
----------	--------	-------
- indien onvoldoende reactie op bovenstaande medicatie 'het breedspectrum' anti-emetikum
 - levomepromazine (Nozinan)

6,25-25 mg	24 uur	oraal/s.c.
------------	--------	------------
- angst
 - oxazepam

5 à 10 mg	3-4 dd	oraal
-----------	--------	-------

DIVERSEN

- in 30% is een combinatie van anti-emetica noodzakelijk
- enkele dagen na de chemo- en radiotherapie hebben 5HT₃ antagonisten geen anti-emetische werking meer

Obstipatie

DEFINITIE

Een voor de patiënt abnormale retentie van faeces. Onder normale omstandigheden is een defaecatie frequentie van 3 maal per week nog normaal.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- verminderde defaecatie frequentie
- harde faeces
- krampende buikpijn
- opgezette buik
- specifieke symptomen
 - flatulentie
 - paradoxale diarree
 - misselijkheid/anorexie
 - vermoeidheid/delier
 - blaasretentie
- colon descendens palpabel
- harde faeces in rectum

OORZAKEN

- dehydratie
- inactiviteit
- depressie
- hypercalcaemie, hypothyreoïdie
- darmobstructie
- medicamenteus
 - analgetica, m.n. opioïden en anti-cholinergica (zoals antipsychotica, antidepressiva, calcium antagonisten)
 - psychofarmaca
 - cytostatica

BEHANDELING

- optimaliseren van vochtopname, start met klysma
- laxantia:

1^e keuze

1) Movicolon	sachets	1-2 dd	
2) Lactulose	15-30 ml	1-2 dd	oraal
3) Prunacolon	8-15 ml	1 dd	oraal

2^e keuze als alle andere hebben gefaald

- Magnesium oxide 3 x 500 mg
- rectale laxantia
 - fosfaat klysma FNA

DIVERSEN

Bij gebruik van morfine heeft een één op één combinatie van sennapreparaat en lactulose (Duphalac) de voorkeur.

Pijn

DEFINITIE

Pijn is een onaangename zintuiglijke en emotionele reactie ten gevolge van een dreigende of feitelijke weefselbeschadiging, of wordt beschreven in termen van weefselbeschadiging (definitie van de International Association for the Study of Pain).

Pijn is pijn wanneer de patiënt zegt dat het pijn doet.

Voor de behandeling is het zinvol onderscheid te maken tussen nociceptieve pijn en neuropathische pijn.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

Nociceptieve pijn (weefselbeschadiging):

- stekend
- trekkend
- borend
- kloppend
- zeurend
- drukkend
- meestal goed te lokaliseren

Neuropathische pijn (chronische beschadiging van zenuwvezels):

- brandend
- schietend
- stekend
- knagend
- elektrisch
- veranderde sensibiliteit

OORZAKEN

Nociceptieve pijn:

- botmetastase(n)
- infiltratie/afsluiting van bloedvaten
- obstructie van holle organen/afvoersystemen
- rek van orgaankapsel
- weke delen infiltratie
- lymfoedeem
- infiltratie/ulceratie van slijmvliezen
- verhoogde intracranieële druk
- myopathie
- spierspasmen
- benigde afwijkingen (bv. osteoporose, hernia, etc.)

Neuropathische pijn:

- compressie/infiltratie van zenuwweefsel
- neuropathieën (chemotherapie)
- postthoracotomie pijn
- postmastectomie pijn
- herpes zoster
- fantoom pijn

BEHANDELING

Behandeling nociceptieve pijn:

Hierbij wordt een fasering I-IV aanbevolen, afhankelijk van de ernst van de pijn.

Fase 1: niet-opioïde analgetica

- | | | | |
|-------------------------|-------------|--------|---------------|
| • paracetamol | 500-1000 mg | 3-4 dd | oraal/rectaal |
| • ibuprofen (Brufen) | 400-600 mg | 4 dd | oraal |
| | 500 mg | 4 dd | rectaal |
| • naproxen (Naprosyne) | 500 mg | 4 dd | oraal/rectaal |
| • diclofenac (Voltaren) | 50-100 mg | 3 dd | oraal/rectaal |

Fase 2: niet-opioïde analgetica met zwakwerkende opioïden

- | | | | |
|-----------------------------|-------------|--------|---------------|
| • paracetamol | 500-1000 mg | | |
| + codeïne | 20-40 mg | 3-4 dd | oraal |
| • tramadol | 50-100 mg | 2-4 dd | oraal/rectaal |
| (Tramal Retard, Tramagetic) | | | |

Fase 3: opioïde analgetica (oraal, transdermaal)

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|--------------|
| • morfine | 20-500 mg | 1-2 dd | oraal |
| (Kapanol, MS Contin, Noceptin) | | (geen bovengrens) | |
| • oxycodon (Oxycontin) | 10-160 mg | 2 dd | oraal |
| • morfine: | | | |
| 1 mg/ml FNA drank | 5 mg | 6-8 dd | oraal |
| tablet (Sevredol) | 10-20 mg | 4-6 dd | oraal |
| zetablet | 10-20 mg | 4-6 dd | rectaal |
| • fentanylpleisters (Durogesic) | 25,50,75,100 µg | om de 2-3 dg | transdermaal |
| • methadon (Symoron) | 5-20 mg | 1-4 dd | oraal |

Fase 4: parenterale analgetica

subcutaan

intramusculair

intraveneus

epiduraal

intrathecaal

Behandeling neuropathische pijn:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------|-------|
| • amitriptyline (Tryptizol) | 10-75 mg | 1 dd | oraal |
| • venlafaxine (Efexor) | 75-225 mg | 3 dd | oraal |
| • tramadol (Tramal) | 25-100 mg | 3 dd | oraal |
| • gabapentine | 300-1200 mg | 3 dd | oraal |
| (Neurontin) | (beginnen met 1 capsule) | | |
| • clonazepam (Rivotril) | 0,5-2 mg | 2-3 dd | oraal |
| • carbamazepine (Tegretol) | 100-200 mg | 2-4 dd | oraal |

Bij compressie neuropathie:

- | | | | |
|----------------|---------|------|------------|
| • dexamethason | 4-16 mg | 1 dd | oraal/s.c. |
|----------------|---------|------|------------|

DIVERSEN

Pijn bij kanker is vaak zowel nociceptief als neuropathisch. Een combinatietherapie zal vaak overwogen worden.

Geef een cijfer voor de pijn, (subjectief), vervolg dit cijfer (2x over de dag) per dag in combinatie met evaluatietherapie.

Fase I:

- bij de rectale toediening van paracetamol moet de dosering verdubbeld worden
- tijdens het gebruik van NSAID's wordt maagprotectie met misoprostol (gecombineerd met diclofenac: Arthrotec) of protonpompremmer (Losec, Pantozol) aanbevolen
- de NSAID's zijn vooral effectief bij botmetastasen
- het kan de moeite waard zijn om nog een andere NSAID te kiezen alvorens naar Fase 2 of 3 te gaan
- overweeg fysiotherapie bij pijnlijke spierkrampen
- denk aan radiotherapie bij botmetastasen en pijnlijk ulcera
- denk aan angstcomponent!!!

Fase II:

- codeïne geeft obstipatie. Geef altijd een laxans
- tramadol kan goed gecombineerd worden met Fase I
- tramadol dosering langzaam opbouwen, vooral bij ouderen

Fase III (kan goed met Fase I gecombineerd worden):

- de opioïden variëren per individu in werkzaamheid en bijwerkingen. Daarom is het aan te bevelen te beginnen met ('immediate release') morfinedrank FNA (1 mg/ml) 5 ml of morfinesulfaat (Sevredol tabl. 10-20 mg) om de 4 uur met een dubbele dosis voor de nacht, om vervolgens de patiënt te laten beslissen of de dosis per gift verhoogd moet worden tot de pijn acceptabel is.
Daarna kan worden overgegaan op dezelfde dosering 'slow release' morfine of een equi-analgetische dosis fentanylpleister
- geef altijd een anti-emeticum de eerste dagen
- geef altijd een sir. Lactulose / X-praep (of ander sennapreparaat) 1:1
- methadon heeft een lange halfwaardetijd, cave cumulatie: verlaag de 24 uur dosering tijdig, overleg met anesthesist of consulent
- houd rekening met de trage opbouw van de analgesie bij het gebruik van fentanylpleisters.
- gebruik bij doorbraakpijn kortwerkende morfine, 1/6 van de 24 uur dosering
- er is geen bovengrens aan de dosering van de morfinepreparaten
- het is een hardnekkig bijgeloof dat morfine bij kankerpatiënten verslaving veroorzaakt.

Naast de symptomatische behandeling van pijn moet ook een causale benadering overwogen worden, zoals vermindering van tumor-ontstekingsreactie en oedeem.

Equi-analgetische doseringen:

oraal morfine	90 mg/24 uur
transdermaal fentanyl	25 µg/24 uur
subcutaan morfine	30-40 mg/24 uur
iv morfine	30 mg/24 uur
epiduraal morfine	10 mg/24 uur
intra thecaal morfine	1 mg/24 uur

NB: bij conversie van 100 µg fentanyl of hoger naar morfine wordt een aangepaste, lagere dosering morfine gebruikt. Overleg hiervoor met de pijnconsulent.

Slaapstoornissen

DEFINITIE

Onvermogen om in slaap te komen en/of 's nachts vaak wakker worden.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- slaaptekort
- slechte kwaliteit van de slaap
- onuitgeslapen gevoel
- moe, depressie
- gespannenheid
- pijn
- kortademigheid (pulmonaal of cardiaal)
- urineretentie
- mictiestoornissen
- nycturie
- verwardheid in het kader van een (pre)delier
- bijwerking geneesmiddelen (steroiden/amfetamines)
- metabole ontregeling
- misselijkheid
- angst

BEHANDELING

- maatregelen
 - op dezelfde tijd naar bed
 - 's avonds geen overmatige inspanning
 - overdag niet slapen
 - geen overdadige maaltijden
 - 's avonds geen koffie
 - ontspanningsoefeningen
 - bespreken angst
- medicamenteus:

○ temazepam (Normison)	10-20 mg	AN	oraal/rectaal/s.l.
○ zopiclon (Imovane)	3,75-15 mg	AN	

bij heftige angst toevoegen

- lorazepam 0.5 tot 2 mg

DIVERSEN

- denk bij hardnekkige doorslaapstoornissen aan een onderliggende depressie
- nachtelijke onrust is vaak een uiting van een delier
- de inhoud van een capsule temazepam kan onder de tong toegediend worden

Spierkrampen

DEFINITIE

Onwillekeurige aanvalsgewijze samentrekkingen van spieren. De krampen gaan vaak gepaard met pijn.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- pijnlijke samentrekkingen van de dwarsgestreepte spiervezels

OORZAKEN

- perifeer en centraal zenuwstelsel
- myopathie
- electrolytstoornissen
- medicamenteus
 - diuretica
 - chemotherapeutica
 - steroïden
- secundair aan botmeta's

BEHANDELING

- corrigeren electrolytstoornis
- fysiotherapie
 - massage, ontspanningsoefeningen, rek- en strekoefeningen
 - lokale applicatie van warmte
- medicamenteus

○ diazepam (Valium)	5-30 mg	3 dd	oraal/rectaal
○ baclofen (Lioresal)	5-30 mg	3 dd	oraal
○ tizanidine (Sirdalud)	2-8 mg	3 dd	oraal

DIVERSEN

- denk bij spastische paresen aan een centrale oorzaak
- pijnlijke spierspasmen zijn relatief opioïd-ongevoelig
- opioïdintoxicatie kan leiden tot myocloniën, behandel deze met
 - clonazepam (Rivotril) 0,5 mg elke uur s.c. gevolgd door 1-2 mg 24 uur via s.c. infuus

Sufheid

DEFINITIE

Een toestand van verminderde attentie en gedaald bewustzijn.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- moeilijk wakker
- moeilijk wakker blijven
- moeite met communiceren
- slaperigheid
- dufheid
- bewustzijnsdaling

OORZAKEN

- medicamenteus (o.a. morfine de eerste dagen)/intoxicatie
- dehydratie
- hersenmetastasen/CVA
- hypoglycaemie
- hypercalcaemie
- hyponatriaemie
- nierinsufficiëntie
- leverinsufficiëntie
- infectieus
- stil delirium

BEHANDELING

- op indicatie rehydreren
- bij hyponatriaemie afhankelijk van oorzaak: bij SIADH vochtbeperking en eventueel desmopressine (Minrin) neusspray 20 µg of tabletten
- bij hypercalcaemie: hydreren en bisfosfanaten (b.v. APD intraveneus)
- bij hersenmetastasen (eventueel overleg met neuroloog)
 - dexamethason 4-16 mg 1 dd oraal/s.c.

Urine-incontinentie

DEFINITIE

Het ongecontroleerd aflopen van urine.

Onderverdeeld in:

- A. urethrale incontinentie
- B. overloopblaas
- C. urineverlies via fistels
- D. stressincontinentie

A. Urethrale incontinentie

DEFINITIE

Onbeheerst en ongewild urineverlies

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

Urine loopt zichtbaar uit de urethra.

OORZAKEN

- door directe tumoringroei
- innervatiestoornissen door tumoringroei in het kleine bekken en sacrale wortels
- na chirurgische interventie
- radiotherapie
- gynaecologische oorzaken
- prostaatlijden

BEHANDELING

Catheter à demeure; eventueel supra-pubische catheter of incontinentie materiaal.

DIVERSEN

Let op neurologische uitval die op een ruggenmergbeschadiging wijst (cave dwarslaesie).

B. Overloopblaas

DEFINITIE

Een uitgezette blaas door urineretentie met ongecontroleerd verlies van kleine beetjes urine.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

Zie hoofdstuk 'Blaasretentie'.

OORZAKEN

Zie hoofdstuk 'Blaasretentie'.

BEHANDELING

Zie hoofdstuk 'Blaasretentie'.

C. Urineverlies via vesicale fistulae

DEFINITIE

Er is sprake van ongecontroleerd urineverlies via een verbinding tussen de blaas en vagina of darm of tussen de blaas en de huid.

KLACHTEN EN BEVINDINGEN

- foetor
- huidmaceratie door de urine (decubitus)

OORZAKEN

- door lokale tumoringroei
- weefselschade na radiotherapie (vaak rectovesicaal)
- infecties

BEHANDELING

- douchen of spoelen, verschonen
- stomahulpmiddelen
- incontinentiemateriaal
- bestrijding van de nare geur door het gebruik van sprays of metronidazolgelei rondom aanbrengen
- huidverzorging

DIVERSEN

- eventueel consult stomaverpleegkundige

Vermoeidheid

DEFINITIE

Een overweldigend en aanhoudend gevoel van uitputting dat nauwelijks gecorrigeerd kan worden.

KLACHTEN EN BEVINDEN

Vermoeidheid is een van de meest voorkomende symptomen in de palliatieve fase. Het is moeilijk te behandelen. Door vermoeidheid zijn veel patiënten afhankelijk en bedlegerig.

OORZAAK

- anemie, electrolytstoornissen
- verstoorde energiebalans, door veranderd metabolisme
- medicatie (o.a. opioïden, psychofarmaca, anti-emetica)
- psychosociale factoren (overweeg depressie)
- co-morbiditeit, al dan niet in samenhang met de tumor of de behandeling
- anti-tumortherapie
- slechte voedingstoestand
- hypothyreoïdie na bestraling van de bovenste thoraxhelft
- slecht slapen

BEHANDELING

- Identificeer behandelbare oorzaken (anemie, electrolytstoornissen, depressie).
- Allereerst de vermoeidheid bespreekbaar maken. Patiënten zich gesteund laten voelen door het begrip van artsen en verpleegkundigen.
- Zoeken naar gedragsregels waardoor de patiënt energie kan sparen voor zaken die de patiënt belangrijk vindt.
- Medicamenteus:
 - prednison 20-30 mg 1 dd oraal
 - methylfenidaat 10 mg 2-3 dd oraal
(Ritalin) laatste gift om 16.00 uur

DIVERSEN

- de Visueel Analoge Schaal (VAS) is de simpelste test voor het meten van de vermoeidheid
- vermoeidheid komt bij 90% van alle kankerpatiënten voor

5. Overige richtlijnen

Continue Subcutane Infusie (CSI)

INDICATIE

Een patiënt komt voor CSI in aanmerking wanneer

- behandeling (van de pijn) onvoldoende resultaat heeft
- enterale medicatie onmogelijk is, omdat
 - er teveel bijwerkingen zijn (b.v. obstipatie, misselijkheid, sufheid) en/of er sprake is van onvoldoende resorptie mogelijkheid door malabsorptie, obstructie of bloeding in de tractus digestivus
- transdermale pijnbehandeling niet voldoet, omdat
 - naast de pijn ook andere symptomen behandeld moeten worden
 - een onvoldoende constante bloedspiegel wordt bereikt door overmatige transpiratie
 - de pleister snel loslaat

POMPEN

Er zijn verschillende soorten pompen in de omloop (cassettepompen en spuitpompen).

Aangeraden wordt om overleg te plegen met (wijk)verpleging c.q. gespecialiseerd verpleegkundig team of helpdesk palliatieve zorg. Bij pijn altijd een pomp met PCA knop (bolusknop) vragen.

MEDICATIE

Piekconcentratie wordt na 30-60 minuten bereikt. Voor omzetting van orale morfine naar CSI geldt een omrekeningsfactor van 3 naar 1 en van rectale naar CSI van 4 naar 1 (zie ook aantekeningen bij "combinaties van medicijnen").

INSTEELPLAATS SUBCUTANE NAALD

Voorzijde van de buik, thorax, bovenarm. Niet inbrengen in gebied met oedeem, ascites, huidmetastasen en in bestraald gebied.

ORGANISATIE

- kan thuis in opdracht van huisarts gestart worden
- pomp en toebehoren worden vergoed door zorgverzekeraar (na machtigingsverzoek)
- pomp en toebehoren worden geleverd door facilitaire bedrijven waar de zorgverzekeraar afspraken mee heeft
- medicatie op basis van recept bij openbare apotheek
- de thuiszorg (spec. medisch technisch team) is toegerust om CSI uit te voeren op basis van uitvoeringsverzoek

Combinaties van medicijnen bij CSI									
	morfine	halo- peridol	meto- clopramide	levome- promazine	midazolam	butyl- scopalamine	dexa- methason	ranitidine	prome- thazine
Morfine	V	N	V	V	V	V	V	V	N
Haloperidol	N	V	N	N	N	N	N	N	N
metoclo- pramide	V	N	V	V	V	V	V	V	V
levome- promazine	V	N	V	V	V	V	N	N	N
Midazolam	V	N	V	V	V	V	N	N	V
butylsco- palamine	V	N	V	V	V	V	N	V	V
Dexamethason	V	N	V	N	N	N	V	V	N
Ranitidine	V	N	V	N	N	V	V	V	V
Promethazine	N	N	V	N	V	V	N	V	V

Van belang bij het samenstellen van de spuit is de onderlinge compatibiliteit. In bovenstaand schema is dit uitgezet.

Hier geldt

V = verenigbaar

N = niet verenigbaar

Bij gebruik van meerdere stoffen moet elk paar verenigbaar zijn. Het gebruik van de infusiepomp is hetzelfde als bij intraveneuze toediening. De frequentie waarmee van infusieplaats gewisseld moet worden is m.n. afhankelijk van de gebruikte medicatie, gemiddeld kan de naald gedurende 3 dagen op dezelfde plaats blijven. Echter bij dexamethason is dit korter.

Bij alleen morfine kan de naald vaak twee tot drie weken blijven zitten.

Morfinetoediening subcutaan continu

DOEL

- Optimale symptoombestrijding bij pijn of dyspneu in de (terminale) palliatieve fase.
- Eenduidigheid in medisch beleid rondom continue subcutane morfinetoediening.

INDICATIES

Symptomatische behandeling van morfinegevoelige pijn of dyspneu.

- Wanneer orale toediening onmogelijk of ineffectief is:
 - door aanhoudende misselijkheid en braken
 - door slikklachten (dysfagie)
 - door ernstige vermagering en verzwakking (cachexie)
 - door enterale absorptiestoornis of obstructie (ileus)
- Wanneer transdermale toediening niet effectief of gecontra-indiceerd is:
 - patiënt is (pre)-terminaal cachectisch (<50 kg)
 - snellere titratie is gewenst
 - pijnniveau is niet stabiel
 - patiënt is overgevoelig voor fentanylpleister
 - patiënt heeft (dreigende) huiddefecten of oedemen

N.B. het proces van indicatiestelling voor behandeling met morfine wordt hier inhoudelijk niet verder uitgewerkt; dit gaat vooraf aan de indicatie voor de toedieningswijze.

CONTRA-INDICATIES VOOR MORFINE C.q. CONTINUE SUBCUTANE TOEDIENING

Absolute contra-indicatie voor morfine:

- vastgestelde allergie voor morfine.

Relatieve contra-indicaties voor morfine (niet of beperkt geldend in terminale palliatieve situaties):

- Ten aanzien van de in het Farmacotherapeutisch Kompas genoemde contra-indicaties zal per individuele patiënt, zo mogelijk in overleg, een afweging gemaakt worden.
 - Astma/COPD: de startdosering aan de voorzichtige kant kiezen.
 - Terminale respiratoire insufficiëntie: starten met morfine kan levensverkortend werken.
 - Dreigende ileus die mogelijk nog verholpen kan worden: overweeg middelen met minder obstiperende werking zoals diclofenac, fentanyl of eventueel levomepromazine.

Relatieve contra-indicaties voor continue subcutane toediening:

- Niet-reversibele verwardheid en onrust (dementie); dit kan er toe leiden dat de patiënt de infuuslang steeds lostrekt (al is dit risico kleiner dan bij een iv-infuus in de arm): een pompje is dan niet effectief.
- Problematiek bij de mantelzorg (verslaving of psychische labiliteit) welke kan leiden tot risico op oneigenlijk gebruik van apparatuur en/of morfine kan een reden zijn om af te zien van een pompje.
- Oedeem: dit kan de opname van de morfine zodanig belemmeren dat in plaats van subcutaan beter op intraveneuze toediening kan worden overgegaan.

MEDICATIE- EN DOSERINGSBELEID

Wanneer overgegaan wordt van orale op parenterale medicatie is het raadzaam om het totale medicatiebeleid te herzien.

Werkwijze bij het vaststellen van het nieuwe medicatiebeleid:

1. Inventarisatie en beoordeling klacht.
2. Mogelijke scenario's voor het verdere beloop van de ziekte cq. symptomen inventariseren.
3. Medicatiebeleid opnieuw vaststellen met opties; wat te doen per scenario.
 - Co-analgetica overwegen
 - Anti-emetica beleid optimaliseren (metoclopramide, haloperidol).

- Laxeerbeleid optimaliseren (lactitol/lactulose of Mg-oxide)+(bisacodyl of sennosiden) of eenmaal per drie dagen een klysma (Na-docusaat+sorbitol) als oraal laxeren niet mogelijk is.
 - Morfinebeleid (zie 4)
 - en daarnaast
 - beleid overige medicatie optimaliseren/saneren
 - overweeg zonodig een tweede subcutane canule voor co-medicatie (d.m.v. bolus injecties of tweede pomp).
4. Morfine doseringsbeleid opstellen.

PIJNBEHANDELING

- Oplaaddosis:
 - bij een patiënt die niet eerder morfine heeft gebruikt (opioïd naïeve patiënt): 5 mg subcutaan, voorafgaand aan het starten van de pomp.
- Startdosering bij pijnbehandeling:
berekening van hoeveelheid in mg/uur, waarmee de patiënt gaat starten als continue infusie:
 - omzetten van orale/rectale op subcutane toediening oraal: s.c.= 3:1 tabel A (blz. 53)
 - bij overgaan van transdermale op subcutane toediening: tabel A
 - bij omzetting van ander opioïd op morfine subcutaan: tabel B en A
 - bij "opioïd-naïeve" patiënt: starten met 0,5 mg/uur (voorafgegaan door de oplaaddosis)
- PCA-bolus:
te gebruiken naast de continue basisdosering bij aanhoudende pijn, incidentpijn of voorafgaand aan verzorging/(wond-)behandeling; maximaal effect na 20-45 min.
 - bolusgrootte: globaal 1/8 maal de 24 uur dosis, minimaal 5 mg
 - bij een basisdosering van 30 t/m 90 mg per 24 uur: 5 tot 10 mg
 - bij een basisdosering van 90 t/m 240 mg per 24 uur: 10 tot 20 mg
 - bij een basisdosering hoger dan 240 mg per 24 uur: 20 tot 30 mg
 - lockout tijd; wachttijd tot de volgende dosis genomen kan worden één uur
 - maximaal aantal per 24 uur: 4 tot 6; is dit ontoereikend dan de continue dosis ophogen
- Ophoging advies:
 - Bij blijvende of toenemende pijn de continue dosis met 50% tot 100% ophogen, afhankelijk van de intensiteit van de pijn en de tot dan toe gevraagde/gebruikte bolussen.
Niet vaker dan driemaal per 24 uur verdubbelen.

Wanneer dosisophoging/bolustoediening geen enkel effect heeft, is er mogelijk sprake van niet-morfinegevoelige pijn, (na uitsluiting van technische storing of gestoorde resorptie). Consultatie van een pijnspecialist of palliatief consulent is dan een optie.

DYSPNEU

- Oplaaddosis:
 - 5 mg subcutaan, voorafgaand aan het starten van de pomp.
- Startdosering bij symptoombestrijding dyspneu:
 - bij "opioïd naïeve" patiënt starten met 0,5 mg/uur (voorafgegaan door de oplaaddosis)
 - bij patiënt die al opioïden gebruikt voor pijnbestrijding: 1 mg/uur toevoegen aan huidige dosis.
- Ophoging advies:
 - verhoog zonodig de continue dosis iedere 4 uur met 0,5 mg/uur.
 - verhoog maximaal twee keer: bij onvoldoende effect geeft toevoeging van de optie van PCA-bolussen een betere respons dan verdere ophoging van de continu-dosis.
- PCA-bolus

- PCA-bolus: 5 tot 10 mg per keer met een lockout tijd van een uur.
- Wanneer bij de dyspneu een grote angstcomponent een rol speelt, wordt bij voorkeur gestart met een mengsel van morfine en midazolam (1:1) met een concentratie van 2 mg morfine en 2 mg midazolam per ml.
- Start met 0,6 mg van beide middelen per uur (= pompstand 0,3 ml/uur bij bovengenoemde concentratie) na een oplaaddosis van 5 mg morfine en 5 mg midazolam subcutaan (= 2,5 ml. van bovengenoemd mengsel).

CONTROLE, EVALUATIE EN CONTINUÏTEIT VAN DE BEHANDELING

- De volgende observaties zijn wenselijk; 4 uur en 8-12 uur na start en na ophoging; daarna om de 12 uur tot stabiele situatie is bereikt.
De arts is eindverantwoordelijk voor evaluatie en bijstelling van de behandeling.
Leg alle gemaakte afspraken, handelingen en observaties schriftelijk vast in het zorgdossier.
 - pijnscore met behulp van een meetinstrument
 - hoeveelheid gevraagde en hoeveelheid toegediende bolussen
 - bijwerkingen: sufheid, nausea, onrust, (visuele) hallucinaties.
 - algemeen welbevinden
- Werking van pomp en toedieningssysteem.
- Overweeg bij verbruik van >2ml/uur om op een sterkere concentratie over te gaan.
Er is geen evidence based richtlijn te geven voor het maximaal s.c. toe te dienen aantal ml/uur. Dit is afhankelijk van de toestand van de patiënt; in de praktijk wordt ongeveer max. 4 ml/uur aangehouden.

COMPLICATIES EN BIJWERKINGEN

De volgende bijwerkingen en complicaties van morfine en van de continue subcutane toedieningswijze kunnen zich voordoen:

- Bijwerkingen:
 - misselijkheid
 - obstipatie
 - droge mond
 - sufheid, sedatie (teken van mogelijke overdosering)
 - verwardheid, hallucinaties, onrust (teken van mogelijke overdosering)
 - urineretentie
 - jeuk
 - myoclonieën
- Overdosering:
Wees hier met name op bedacht op bij terminale patiënten als gevolg van verminderde nierfunctie
- Complicaties bij toedieningswijze:
 - pijn/roodheid insteekplaats
 - infectie/infiltraat insteekplaats
 - dislocatie, disconnectie of occlusie/afknikken van resp. de canule of het systeem
 - pompdefect of lege batterij

UITVOERING

De uitvoering van de behandeling; aansluiten, instellen en verzorgen van het infuuspompe + insteekopening:

- De behandeling wordt meestal geheel, volgens verpleegkundig uitvoeringsprotocol, uitgevoerd door verpleegkundigen die hiertoe bekwaam en bevoegd zijn.
In de thuissituatie zijn dit bijv. verpleegkundigen van een "specialistisch team" in de betreffende regio.
- De voorkeursplaats voor het inbrengen van de canule is in het subcutane vetweefsel op de thorax (infraclaviculair of ventraal of lateraal); ook de buik, bovenarm of bovenbeen kunnen gebruikt worden, maar hebben in de terminale fase en bij immobiliteit een verminderde doorbloeding.

ZORGORGANISATIE EN COMMUNICATIE

Zorgorganisatie en communicatie met patiënt, naasten en hulpverleners.

Bij het starten van continue subcutane toediening zijn er drie hoofdzaken die geregeld moeten worden: de zorg, het pompje, de medicatie.

Ten aanzien van dit proces volgen hier een aantal adviezen en zorgvuldigheidseisen:

- Bespreek tijdig en uitvoerig de consequenties van toediening met een pompje met de patiënt en mantelzorgers/naasten en ga in op bezwaren of vooroordelen omtrent morfinegebruik.
Morfine als pijnbehandeling is niet verslavend en leidt niet tot spoedig overlijden.
- Bespreek het gebruik van de PCA optie bij doorbraakpijn en voorafgaand aan verzorging.
- In de thuissituatie wordt een pompje gestart in samenwerking met het specialistisch team van de thuiszorg; neem als eerste contact op met de transferverpleegkundige, tst 64072.

TABELLEN EN DOSERING

tabel A

omreken tabel morfine/fentanyl			
morfine per os mg/24 uur	fentanyl transdermaal <i>mcg/u</i>	morfine subcutaan of i.v. mg/24 uur	= mg/uur
30-90	25	12-36	0,5-1,5
90-150	50	36-60	1,5-2,5
150-210	75	60-84	2,5-3,5
210-300	100	84-120	3,5-5
360-540	150	168-192	7-8
540-720	200	216-240	9-10

tabel B

omreken tabel opioïden per os		
codeïne	100 mg per os	= 15-30 mg morfine per os
tramadol	100 mg per os	= 30-60 mg morfine per os
buprenorfine	0,2 mg sublinguaal	= 7,5-15 mg morfine per os
methadon	10 mg per os	= 15-30 mg morfine per os (sterk dosisafhankelijk)
oxycodon	20 mg per os	= 40 mg morfine per os
pethidine	100 mg intramusculair	= 15-40 mg morfine per os

Morfine is o.a. verenigbaar (Y-site) met: atropine, butylscopolamine, dexamethason, fentanyl, metoclopramide, midazolam, ondansetron, ranitidine

tabel C

omreken tabel van medicatie van oraal naar subcutaan (equivalente doseringen)		
medicament	per os	subcutaan
dexamethason	1 mg	1 mg
haloperidol	2,5 mg	1,5 mg
metoclopramide	10 mg	6-10 mg
midazolam	1 mg	0,5 mg
levomepromazine	25 mg	12,5 mg

N.B.

- bovenstaande tabellen gebruiken van links naar rechts; andersom gelden andere waarden
- de waarden zijn afgerond, passend bij instelmogelijkheden van een pompje per uur
- de medicatie moet altijd individueel getitreerd worden; goede observatie is dus noodzakelijk
- er bestaan grote individuele verschillen in gevoeligheid voor verschillende opioïden
- bij cachexie en/of gestoorde nierfunctie bij terminale patiënten kan gemakkelijk overdosering ontstaan
- bij een lipofiele stof als fentanyl moet bij ernstige cachexie met 50% van de dosis gestart worden; de pleister wordt dan versneld opgenomen en moet vaak al na 48 uur verwisseld. (ook bij koorts)
- bij omzetting van het ene opioïd in een ander opioïd maakt het groot verschil of de omzetting geschiedt omdat de pijn niet onder controle is, of omdat de bijwerkingen onacceptabel zijn
- houd rekening met nawerking/interactie van het gestopte medicijn i.v.m. bijwerkingen; bij fentanylpleisters ontstaat een depot in het subcutaan vet
- bij omzetting kunnen incidenteel ook onttrekkingsverschijnselen optreden

LITERATUUR

- Handleiding gebruik Durogesic, 2002
- Informatorium medicamentorum, 2002

Verlichting van acute klachten in de stervensfase

PIJN

De meeste patiënten staan in de terminale fase vaak al op een opioïd. Plotselinge heftige toename en/of optreden van een nieuwe pijn kan opgevangen worden door toedienen van 15-50% van de dagdosis opioïd.

DYSPNOE

Dyspnoe ten gevolge van trachea compressie/massieve tracheabloeding etc. kan behandeld worden met:

- 5-15 mg midazolam (Dormicum) i.v. of s.c. tot patiënt buiten bewustzijn is.
NB. Dit kan lethaal zijn, maar valt juridisch niet onder euthanasie! Het effect van i.v. is direct s.c. werkt binnen 10 minuten.
- 10 mg morfine in een spuit, waarvan direct 2 mg i.v. spuiten en na 1 minuut zo nodig 1 mg bijspuiten en zo nodig steeds herhalen. Indien reeds morfine de dagdosis verdubbelen.
- Alternatieven:
 - 20 mg diazepam (Valium) of 50 mg clorzepaat (Tranxene) i.v./i.m.
 - 45 mg midazolam (Dormicum) i.v./i.m. waarna
 - 50 mg morfine via aparte spuit.

REUTELEN

Te voorkomen door toediening van 0,4/1,0 mg atropine s.c./i.m. elke 4-12 uur in combinatie met 10 mg oxazepam (Seresta) 1-3 dd p.o.

Alternatief is hyoscine hydrobromide (Scopolamine) 0,4 mg mg s.c. of scopolamide (Scopoderm) 2 pleisters, maar ook kan hyoscine butylbromide (Buscopan) gegeven worden 20 mg ineens, 20-40 mg in 24 uur.

LUIDRUCHTIGE TACHYPNOE

20-30 mg morfine i.v. of indien reeds opioïd gebruik, tweemaal de laatst gegeven dosis opioïd eventueel gecombineerd met 10-20 mg midazolam (Dormicum).

MISSELIJKHEID EN BRAKEN

Vaak gaat het om multifactorieel braken en is een combinatie van middelen vaak aangewezen. Bij braken door een acute intestinale obstructie kan het beste een continue s.c. infuus gegeven worden met octreotide 200-1200 uur. Indien octreotide niet beschikbaar, kan ook worden volstaan met hyoscine butylbromide (Buscopan) 60-120 mg/24 uur.

DELIER

Haloperidol (Haldol) 5-20 mg/24 uur i.m./s.c.

NB. Patiënt kan hierdoor helder worden, indien dit niet gewenst is, kan als alternatief 1-4 dd 12,5-25 mg levopromazine (Nozinan) of 30-120 mg midazolam (Dormicum))/24 uur s.c. gegeven worden.

(MULTIFOCAL) MYOCLONUS

Midazolam (Dormicum) 5-10 mg s.c. tot de rust is weergekeerd, gevolgd door 10-30 mg/24 uur via s.c.infuus. Als alternatief kan gekozen worden voor diazepam (Valium) 5-10 mg rectiole p.a. gevolgd door 2 dd 10 mg rectaal of clonazepam (Rivotril) 0,5 mg s.c. elk uur gevolgd door 1-2 mg/24 uur via s.c. infuus.

GRAND MAL INSULT

Diazepam(Valium) 10 mg per rectiole, na 15 en 30 minuten herhalen indien nodig. Alternatief is midazolam (Dormicum) 10 mg s.c. eventueel na 15 minuten herhalen.

Hypodermoclyse

DEFINITIE

Met Hypodermoclyse wordt bedoeld: subcutane infusie van infuusvloeistoffen.

Hypodermoclyse volgens moderne methodiek is een patiëntvriendelijke, eenvoudige, doelmatige en veilige methode om in de geriatrie of de palliatieve fase een (dreigende) lichte tot matige dehydratie te behandelen of symptomen van de dehydratie te bestrijden.

DOELGROEP

- Dreigend vochttekort ten gevolge van reversibele oorzaken als koorts, braken of diarree, als orale rehydratie ontoereikend is.
- Gewenste optimalisering van de lichamelijke conditie c.q. levensverlenging bij onvoldoende (mogelijkheid tot) enterale vochtopname.
- Behandeling van symptomen veroorzaakt door uitdroging of gestoorde elektrolytenbalans, bijv. delier, sufheid, algehele zwakte, dorstgevoel ten gevolge van hypernatriëmie.

CONTRA-INDICATIES

- Hypodermoclyse is niet geschikt voor het behandelen van acute problemen zoals hypovolemisch shock, ernstige elektrolytstoringen en ernstige uitdrogingsverschijnselen (serum Na^+ van >150 mMol/l, serum osmolaliteit >300 mOsmol/kg).
- Stollingsstoornissen of therapeutische antistollingstherapie (met coumarinederivaten).
- Oedemen ten gevolge van hypo-albuminemie of andere oorzaken.
- Ernstig hartfalen
- Nierinsufficiëntie

INFUSIEBELEID

- Infuusvloeistof:
Bij vochtsuppletie ter voorkoming van verdere (isotone) dehydratie of ter optimalisering van de conditie wordt bij voorkeur een NaCl 0,9% oplossing gegeven. Ook Ringerlactaat is een optie. Bij bestrijding van symptomen ten gevolge hypernatriëmie (hypertone dehydratie) wordt Gluc 5% of NaCl 0,45%/Gluc 2,5% gebruikt.
- Hoeveelheid:
Per infusieplaats 0,5 liter tot 1 liter, waarbij een totale hoeveelheid van meer dan 1 liter dus over twee locaties wordt verdeeld (bijv. beide bovenbenen).
Als maximum wordt 2 liter totaal aangehouden, waarbij aangetekend dient te worden dat voor palliatieve toepassingen zelden meer dan 1 liter gegeven hoeft te worden; grotere hoeveelheden kunnen in de palliatieve fase zelfs tot meer problemen aanleiding geven, bijv. oedemen of hartfalen.
- Infusiesnelheid:
De inloopsnelheid is enigszins afhankelijk van de subcutane resorptie en dient afgestemd te worden op de individuele patiënt. Ongeveer 100 tot 200ml/uur is meestal adequaat; als maximum geldt 250 ml/uur voor een 500 ml infuus.

COMPLICATIES

Bij hypodermoclyse welke volgens moderne richtlijnen wordt gegeven, zijn hoogst zelden complicaties van betekenis te verwachten. Hypodermoclyse geeft zelden pijnklachten. Lokaal kan wat (reversibel) oedeem of erytheem ontstaan. Ook kan een hematoom, een lokale infectie of ecchymose ontstaan.

BENODIGDHEDEN (*PER DAG)

- *kunststof infuuscanule 24G (20 tot 24G) heeft voorkeur boven metalen canules/naalden
- *een of twee infuussystemen of hypodermoclysesysteem (=dubbelloops)
- *enkele steriele gaasjes
- eventueel desinfectans
- *infuusfixatie folie of hechtpleister
- *zak(ken) infuusvloeistof 500 tot 1000 ml
- ophangmogelijkheid cq. Infuuspaal

INBRENGEN VAN EEN SUBCUTANE CANULE

Geschikte inbrengplaatsen zijn:

- Bovenbeen aan voor- of zijkant
- Buikstreek rond de navel
- Thorax, subclaviculaire regio links of rechts van het sternum in het gebied tussen sleutelbeen en borst of lager dan de borst.
Bij het inbrengen van de canule bij ernstig vermagerde patiënten, de naald niet te diep evenwijdig aan de tussenribspieren steken, zodat er geen long aangeprikt kan worden
- Rugzijde inter- of subscapulaire regio
- Bovenarm aan zij-, voor- of achterkant.

De thoraxregio blijft bij terminale patiënten het langst goed doorbloed.

Zorg verder dat de canule en het verloop van de slang van de patiënt zo min mogelijk hindert bij beweging en verzorging.

Contra-indicaties zijn oedeem, huidlaesies of bestraald gebied, verminderde doorbloeding, verlamde ledematen en lastige plaatsen voor het verwisselen van kleding.

Verdere aandachtspunten:

- Breng de infuusvloeistof voor toediening op warme kamertemperatuur voor het comfort van de patiënt.
- Geef de hypodermoclyse bij voorkeur 's nachts, tenzij de patiënt dan onrustig is.
- Verwijder in principe de canule als de infusie is toegediend.
- Wissel zo mogelijk dagelijks van locatie ; eventueel kan de canule enkele dagen achter elkaar gebruikt worden.
- Verminder de inloopsnelheid als lokaal oedeem ontstaat dat klachten veroorzaakt.
- Als het infuus niet loopt, zit de canule niet goed in de subcutane ruimte of is de canule of het systeem ergens afgeknikt.
- Verwijder de canule als de punctieplaats erg pijnlijk wordt of rond/ontstoken raakt (een lichte, niet pijnlijke roodheid is geen probleem).

COLOFON

Dit protocol is opgesteld door het Ondersteuningspunt Palliatieve Zorg Nijmegen, onder eindredactie van R. Krol, consulent thuiszorgtechnologie.

LITERATUUR

- Frühwald Th, Ist die subcutane Infusion eine praktische Alternative in der Geriatrie? Journal für Ernährungsmedizin, 2001; 3 (3): 16-18 (overzichtsartikel)
- Olde Rikkert M. Hypodermoclyse, een ondergewaardeerde rehydratiemethode in de geriatrie. Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie, 1994; 25: 197-204 (overzichtsartikel)
- Graeff A de, Oncologieboek IKMN deel 2 – richtlijnen palliatieve zorg 2002, Utrecht, IKMN

AANBEVOLEN LITERATUUR

Handboek palliatieve zorg

Redactie : dr. C. Spreeuwenberg, dr. D.J. Bakker, dr. J.M. Dullmann

Uitgeverij: Kluwer 2002

6. Voedingszorg in de palliatief-terminale fase

Voeding- en dieetadvies door de diëtist is doorgaans gericht op verbetering van de gezondheidssituatie van de individuele patiënt. Als basis wordt in het AMC daarbij uitgegaan van de richtlijn 'optimaal voeden' ontwikkeld door de afdeling diëtetiek in samenwerking met het voedingsteam. Uitgangspunt daarbij is het optimaal aanbieden van voedingsstoffen aan het lichaam, vooral eiwit en energie, gericht op handhaven en/ of herstel van vetvrije massa in het lichaam met als doel het optimaliseren van de mogelijkheid tot herstel. Voedingsadvies aan patiënten met een beperkte levensverwachting stelt de diëtist, net als andere hulpverleners, voor dilemma's. Indien de levensverwachting echter zeer beperkt is en het overlijden dichterbij komt, is het uitgangspunt van het optimaliseren van de mogelijkheid tot herstel niet relevant en zal het voedingsbeleid daarop moeten worden aangepast.

In toenemende mate vraagt de voedingszorg voor mensen met een beperkte levensverwachting de aandacht. Voor goede onderlinge communicatie van diëtisten met andere hulpverleners is het van belang dat eenduidige terminologie wordt gehanteerd, zodat het voor iedereen duidelijk is welke behandeldoelen met de gekozen voeding worden beoogd. In het boek 'leidraad voor voedingsdeskundigen bij kanker' (Doornink 2003), wordt een systematische beschrijving van de voedingszorg gegeven en zijn de volgende begrippen gedefinieerd:

- **Adequate voeding:** voldoende levering van voedingsstoffen om de voedingstoestand te handhaven voor het dagelijks functioneren. De voeding is gericht op de actuele situatie. De voeding is echter niet gericht op de gezondheidsbevordering op de lange termijn zoals het geval is bij 'goede voeding', hierbij hebben preventie van ziekten, zoals hart- en vaatziekten, diabetes en kanker prioriteit.
- **Voeding in de palliatief-terminale fase:** deze voeding is primair gericht op het maximale welbevinden en het oplossen of kunnen omgaan met klachten. Hierbij staan de effecten op korte termijn voorop; het handhaven van de voedingstoestand en het leveren van voldoende voedingsstoffen voor het dagelijks functioneren heeft geen prioriteit, maar is niet uitgesloten.

De in de praktijk al lang bestaande term 'wensdieet' voldoet niet. Niet dat er iets op tegen is om de wensen van de patiënt te honoreren, in tegendeel zelfs. Maar van de professionele hulpverlener (diëtist) wordt meer verwacht dan het regelen van gewenste hapjes en drankjes. Niet alleen een passief afwachten of en welke wensen de patiënt uit, maar een actief voedingsbeleid dat tegemoet komt aan de specifieke zorgbehoefte in deze fase van de ziekte. 'Wensdieet' is ook een enigszins wrange term, omdat lekker eten en daarvan genieten door de storende factoren van de ziekte voor de patiënt vaak niet meer is weggelegd. Er is bovendien in de laatste fase geen sprake meer van een 'dieet' (een om medische redenen voorgeschreven voeding). Om deze redenen is het goed als basis voor de palliatief-terminale zorg de bovenstaande terminologieën adequate en voeding in de palliatief-terminale fase te gebruiken.

Niveau van klachten

Door het ziekteproces ontstaan veel bijkomende klachten. In de palliatieve fase heeft 70% van de kankerpatiënten veelal vier of meer klachten (Kaye 1994). Een aantal klachten zoals vermoeidheid, pijn, anorexie, obstipatie, benauwdheid, droge/pijnlijke mond, misselijkheid, braken, heeft invloed op de inname van voedsel. Alvorens tot

een voedingsadvies over te gaan worden de klachten dan ook in kaart gebracht met een gerichte anamnese. Negatieve en positieve effecten van voeding bij de klachten moeten hierbij overwogen worden. Het gebruik van medicatie en de effecten daarvan op de klachten hebben invloed op de keuze. Bij obstipatie veroorzaakt door opiaten kan bijvoorbeeld slechts een gering effect worden verwacht van vezel- en vochtrijke voeding. Een natriumbepanking bij vochtcollectie beïnvloedt de smaak van het eten en heeft veelal slechts een gering effect op de uitscheiding van vocht. Hypercalciëmie veroorzaakt door botmetastasen kan niet verholpen worden door een calciumbepanking in de voeding maar moet door het aanbieden van veel vocht (hydratie), gecombineerd met medicatie (bifosfonaten) verminderd worden.

Lekker eten is vaak niet meer voor de patiënt weggelegd als malaiseklachten het innemen van voeding verstoren. Op het verzoek 'zeg maar wat u lekker vindt', kan een patiënt over het algemeen niet adequaat reageren. De inspanningen van de verzorgers om lekker eten klaar te maken, leidt tot extra teleurstellingen en irritatie tussen patiënt en verzorgers. Het is beter om verschillende producten zonder aandrang te blijven aanbieden en bij afwijzing ook weer weg te nemen. Ook is het zinvol uit te leggen dat het gewichtsverlies wordt veroorzaakt door de overheersende invloed van de ziekte en dat meer voeding dit niet kan tegengaan. Wegen is in die situatie belastend, bedreigend en geen zinvolle handeling meer en moet achterwegen worden gelaten. Dit lijkt heel logisch maar als in het voorafgaande traject regelmatige gewichtsevaluatie heeft plaats gevonden moet dit goed worden besproken.

Rol van voeding in de palliatief-terminale fase

Complicaties en voedingszorg beïnvloeden elkaar in hoge mate in de palliatieve fase. Elke complicatie werkt negatief op het vermogen van de patiënt om voeding te gebruiken. Een slechte voedingstoestand bevordert omgekeerd ook de ernst van de optredende complicaties, een ondervoede patiënt heeft meer klachten, deze zijn moeilijker te bestrijden en duren ook langer. Systematische bewaking van de voedingstoestand is van belang. Belemmeringen moeten worden weggenomen. Klachten kunnen heel wisselend zijn, perioden van slechte eetlust kunnen worden afgewisseld met goede tijden. Als de orale voeding, eventueel aangevuld met drinkvoeding niet voldoende is, is ondersteuning met sondevoeding doorgaans alleen zinvol als er een redelijke levensverwachting (3 – 6 maanden) is. Sondevoeding kan bijdragen aan rust rondom voeding, de druk rondom het eten valt weg. Er zijn aanwijzingen dat bij onbehandelbaar pancreascarcinoom voldoende inname van drink- of sondevoeding verrijkt met EPA (visolie) beter is dan een vergelijkbare voeding zonder EPA; deze voeding kan bijdragen aan gewichtsstabilisatie, verbetering van de eetlust, behoud van de spiermassa en afremming van het ontstaan van cachexie. Helaas ontbreekt momenteel nog voldoende wetenschappelijk bewijs om dit ook bij andere vormen van kanker voor te schrijven. Deze voeding is om deze reden dan ook niet opgenomen in het AMC-assortiment. Gerichte medicatie (progestativa, corticosteroiden) kan de eetlust verbeteren, hierbij neemt het gewicht toe door verhoging van de vetmassa, de juist belangrijke vetvrije massa neemt echter niet of nauwelijks toe.

Voedingszorg in de palliatief-terminale fase omvat meer dan alleen aandacht voor de voedingstoestand. Aandacht voor het zingevingaspect is ook belangrijk. Het perspectief van de voeding verandert.

De voedingszorg in de praktijk

Mensen eten om in leven te blijven maar zeker ook omdat eten lekker is. Voeding draagt bij aan de gezondheid, een optimale conditie en welbevinden. Voeding en vocht hebben dan ook bij ziekte een grote symbolische waarde in de zorg rond de patiënt. Wanneer het ziekteproces vordert, gaat de ziekte steeds meer overheersen en zal voeding, van welke aard dan ook, niet meer bijdragen aan de conditie, gezondheid en duur van de overleving. Patiënten en naasten kunnen de overtuiging hebben dat voeding (synoniem voor 'goed eten!!!') goed is en iets kan veranderen aan de sombere prognose en de slechte conditie. De spanning bij patiënten en familie rond het eten kan daardoor heel groot zijn. Het is niet eenvoudig te aanvaarden dat voeding, dieetpreparaten, vitamines en andere supplementen steeds minder kunnen bijdragen aan gezondheid en conditie en dat goede voedingszorg in de laatste fase ook kan bestaan uit het bewust afzien van voeding- en vochtinname. De diëtist heeft een taak ook in de klinische situatie om die emotionele omschakeling rond voeding bespreekbaar en hanteerbaar te maken voor de patiënt en naasten. Een veelvoorkomend probleem is daarbij dat de patiënt en naasten zich in een verschillend traject kunnen bevinden en andere waarden aan voeding toekennen. De patiënt heeft bijvoorbeeld al aanvaard dat het leven snel eindigt en daarom een beetje drinken en eten voldoende is terwijl de familie eiwitrijke voeding en preparaten blijft aandragen. Het is goed om duidelijk te maken dat de ziekte de achteruitgang en de dood van de patiënt veroorzaakt, én niet het gebrek aan voeding en vocht. Het 'hij moet eten anders sterft hij syndroom' moet worden ontmoedigd.

Vochttoediening en voeding tijdens de laatste levensfase.

Het niet aandringen op voeding- en vochtinname en het afzien van kunstmatige toediening kan een goede keus zijn.

Dehydratie wordt vaak geassocieerd met pijnlijke en menssonwaardige symptomen. Bij de beslissing dehydratie te behandelen dan wel er van af te zien, dient onderscheid gemaakt te worden tussen twee vormen van dehydratie:

- Algemene dehydratie: vocht en/ of zouttekort
- Terminale dehydratie: gevolg van veranderde stofwisseling in de laatste levensfase, het dorstgevoel neemt snel af en er zijn weinig klachten. Terminale dehydratie geeft weinig klachten en het afzien van kunstmatige voeding- en vochttoediening kan bijdragen aan een betere kwaliteit van het sterven.

Op geleide van de klachten (dorstgevoelens) wordt besloten de dehydratie wel of niet te behandelen.

Bij klachten zoals een droge mond zie hoofdstuk 'richtlijnen symptomatische en medicamenteuze behandeling'.

De opvatting van de patiënt over wat bijdraagt aan de kwaliteit van zijn resterende leven speelt een belangrijke rol. Dat kan het gebruik van vocht en voeding zijn, zonodig per sonde of infuus. Maar ook de keuze hiervan af te zien kan de patiënt ervaren als kwaliteitsverhogend.

Beleid van de diëtist

De diëtist is als voedingsdeskundige bij uitstek degene die de vragen over voeding

naar tevredenheid kan beantwoorden. Geen wensdieet meer, maar een gericht advies gebaseerd op de mogelijkheden en onmogelijkheden van voeding in de palliatief/ terminale fase. Voedingszorg is nooit uitbehandeld: voedingszorg is aan de orde zolang de patiënt leeft.

Literatuur

- Doornink N, Vogel J, Wipkink A, Beijer S. Leidraad voor voedingskundigen bij kanker. 3^e druk. De Toorts 2003.
- Doornink N, Vogel J, Wipkink A, Beijer S. Van wensdieet naar palliatieve voeding. Ned Tijdschr Dietisten 55 – 12 – 2000, pp 262-7.
- Graaf de et al. Oncologieboek deel II, richtlijnen palliatieve zorg. Integraal kankercentrum Midden Nederland. Uitg. drukkerij van Wijland BV, Laren 2002.
- Kaye P. Pocketbook of symptom control. Northampton, ELP Publicers 1994.
- Zakboekje palliatieve zorg, 2001, uitgave van diverse integrale kankercentra

7. Aandachtspunten palliatief-terminale zorg

Naam Patiënt:		Ponsplaatje:
Arts:		
EVV:		
Datum:		

Aandachtspunten Palliatief-terminale zorg

1	ALGEMENE AFSPRAKEN
	De lijst met aandachtspunten dient als ondersteuning van het MDO en is aan het verpleegkundig dossier toegevoegd.
	Er is met de patiënt gesproken over een scala van (on)mogelijkheden rond het levenseinde.
	De arts heeft een code vastgesteld en de patiënt is op de hoogte.
	Besproken is wie, wanneer de patiënt informeert over de verschillende mogelijkheden van terminale zorg: <ul style="list-style-type: none"> - Naar huis - Naar een hospicevoorziening - In AMC blijven (is niet altijd mogelijk) .
	Er is gemeld dat de patiënt brochures over de verschillende instellingen en/ of over (intensieve) thuiszorg en vrijwillige terminale zorg gekregen heeft om de keuze te vergemakkelijken.
	Besproken is wie de huisarts op de hoogte brengt van de gezondheidstoestand en de te ondernemen acties.
	Het transferpunt (bij overplaatsing of ontslag) is ingeschakeld nadat de ontslagdatum bekend is (ga door naar 3)
	Er is nagegaan welke disciplines betrokken moeten worden bij de zorg (dit is in het dossier opgenomen): <ul style="list-style-type: none"> - geestelijke verzorging - maatschappelijk werk - psycholoog - diëtiste - pijnteam -
2	REGELEN BIJ:VERBLIJF IN HET ZIEKENHUIS
	Communicatie
	Met de patiënt is besproken wat de wensen t.a.v. de omgang van de medewerkers met de patiënt zijn (bijv. alleen behoefte aan lichamelijke zorg en verder met rust laten of juist regelmatig binnenlopen etc.).
	Met de patiënt zijn de verwachtingen ten aanzien van zijn verloop besproken.
	Met de patiënt en zijn familie zijn de effecten/ bijwerkingen van de medicatie doorgesproken.
	Er zijn twee contactpersonen aangewezen. De naasten weten dat alle contacten en afspraken via deze personen lopen.
	De contactpersoon is op de hoogte dat altijd mag worden gebeld hoe het met de patiënt is.
	De naasten zijn geïnformeerd over wie de eerst aanspreekbare verpleegkundige voor de patiënt is (de EVV).
	Met de patiënt zijn duidelijke afspraken gemaakt en op schrift gezet m.b.t. roken enz.
	Het aanleggen van een logboek ter bevordering van de communicatie van de naasten is als mogelijkheid besproken met de patiënt en zijn naasten (vooral nuttig bij verwarde patiënten).
	De patiënt is gevraagd (indien mogelijk) of naasten mogen worden geïnformeerd, en/ of deze het verpleegplan mogen inzien.
	In het geval de patiënt verslechtert, is het bekend of naasten ook 's nachts gebeld

	willen worden.
	De patiënt is op de hoogte van het feit dat er altijd een mogelijkheid bestaat tot het wisselen van EVV.
	De patiënt en naasten zijn geweest op de mogelijkheid van lotgenotencontact.
	Inrichting kamer
	De leefomgeving is georganiseerd en aan de persoonlijke wensen zal geprobeerd worden tegemoet te komen zoals: <ul style="list-style-type: none"> - gewoonten - bezigheden - zorg door naasten - inrichting kamer - muziek - voeding/ eetgewoonten patiënt (zonodig eten van huis meenemen) - eventuele huisdieren - (directe en indirecte) verlichting.
	Er is hulp aangeboden bij het regelen van praktische zaken, zoals het opmaken van een testament,
	De naasten zijn geïnformeerd over: <ul style="list-style-type: none"> - de 24-uurs bezoektijden - de afdeling en de ruimtes waar men zich terug kan trekken (zoals de familiekamer en stiltecentrum G0) - het gebruik van het oproepsysteem in noodsituaties - de mogelijkheid tot rooming-in, zoals het plaatsen van een bijzetbed of het slapen in de familiekamer - de mogelijkheid om gebruik te maken van de patiëntenkoelkast en de magnetron - een maximum aantal personen dat 'waakt' (vlak voor het overlijden kunnen meer personen aanwezig zijn).
3	REGELEN BIJ: ONTSLAG
	Met de patiënt en naasten is de ontslagdatum besproken en het transferpunt is ingeschakeld.
	Patiënt en naasten is verteld dat er altijd een beroep op het ziekenhuis gedaan kan worden en een heropname mogelijk is, indien er (voldoende) plek is.
	Huisarts en/ of thuiszorg, overige disciplines of hospicevoorziening zijn waar nodig geïnformeerd of ingeschakeld.
	De benodigde papieren zijn meegegeven.
	De naasten zijn geweest op de mogelijkheid tot lotgenotencontact.
4	REGELEN BIJ: OVERLIJDEN IN AMC
	Met de naasten is overlegd: <ul style="list-style-type: none"> - of zij samen met de verpleegkundige de overledene willen verzorgen - of zij zelf de kleding en kostbaarheden van de overledene willen inpakken of dat zij de voorkeur hebben dat verpleegkundigen dit doen - hoelang de overledene op de afdeling blijft (binnen bepaalde grenzen) - of de overledene als donor geregistreerd is - dat een mogelijkheid tot obductie bestaat.
	De naasten zijn geweest op de mogelijkheid tot lotgenotencontact.
	Een condoleancekaart is naar de naasten gestuurd vanuit de afdeling.
	De naasten is een aanbod gedaan over een nazorggesprek m.b.v. een brief.
	EVV heeft de afspraak met de arts gemaakt voor het nazorggesprek en heeft dit genoteerd in de afdelingsagenda en heeft contact opgenomen met de naasten.
	De EVV en arts hebben de overige bij de zorg betrokken disciplines geïnformeerd over het overlijden.
	De leidinggevende heeft het nagesprek van de betrokken professionals geregeld en treedt eventueel op als gespreksleider. Doel is: <ul style="list-style-type: none"> - door het delen van heftige emoties de arbeidssatisfactie te behouden/vergroten

- verhogen kwaliteit van zorg door te inventariseren wat goed is/kan verbeteren

8. Sociale kaart interne consulenten palliatieve zorg

Decubitusverpleegkundigen:

Naam	Sein	Toestel	E-mailadres
R. Hoogendoorn	58890	68234	decubitusconsulent@amc.uva.nl
D. Nielsen	58890	68234	decubitusconsulent@amc.uva.nl

Diëtisten:

Voor specifieke vragen omtrent de voedingszorg in de palliatief-terminale fase, kunt u zich wenden tot de diëtiste van de afdeling. Mocht deze uw vraag niet kunnen beantwoorden, dan kunt u contact opnemen met de contactpersoon van de diëtetiek.

Naam	Sein	Toestel	E-mailadres
N. Doornink	58138	62073	n.doornink@amc.uva.nl

Geestelijke verzorging:

Naam	Religie	Sein	Toestel	E-mailadres
ds. D.H. Kuiper	Gerefor. Dominee	63452	63452	d.h.kuiper@amc.uva.nl
ds. M. van Gilst	Ned. Hervormde dominee	63525	63525	m.vangilst@amc.uva.nl
L.T. Raymakers	RK pastor	63526	63526	l.t.raymakers@amc.uva.nl
R.E.M.G. van Rijen	RK pastor	62619	62619	r.m.vanrijen@amc.uva.nl
M.G.F. vd Wal	Humanistisch raadvrouw	64023	64023	m.g.vanderwal@amc.uva.nl
B.J.C. Giebner	Humanistisch raadvrouw	68794	68794	b.j.giebner@amc.uva.nl
A. Kose	Imam	63425	63425	a.kose@amc.uva.nl

Geriatricie:

Naam	Functie	Sein	Toestel	E-mailadres
S.E. de Rooij	Internist-geriater	58957	65991	s.e.derooij@amc.uva.nl
T.F. vd Kruk	Vpk. Spec. geriatrie		65991	t.f.vanderkruk@amc.uva.nl

Maatschappelijk werk:

Divisie A: Inwendige Specialismen

Afdeling	Naam	Sein	Toestel	E-mailadres
F6-N/Z, poli onc./hem	M. Beukelman	66017	66017	m.e.beukelman@amc.uva.nl
F5-N, G5-ZL	Y. Lanting	58498	64379	y.c.lanting@amc.uva.nl
Poli HIV/Aids/ Diabetes	M. Muurling	63361	67391	m.muurling@amc.uva.nl
F7-N/Z	Y. Jenniskens	63162	62476	j.a.j.jenniskens@amc.uva.nl

Divisie B: Chirurgische Specialismen

Afdeling	Naam	Sein	Toestel	E-mailadres
G6-N/Z	H.Hofman	64565	64565	h.i.hofman@amc.uva.nl
G7-Z	I. Hesselink	62955	62955	i.h.hesselink@amc.uva.nl
G5-N/Z, G7-N	D. Brocke	66729	66729	d.g.brocke@amc.uva.nl

Divisie D: Neurozintuigen

Afdeling	Naam	Sein	Toestel	E-mailadres
Audiologie	L.Tromp	63523	63523	e.c.tromp@amc.uva.nl
G5-N	M. Versfelt	62484	62484	h.w.versfelt@amc.uva.nl
H7-Z	I. Schmidt	62758	62758	i.schmidt@amc.uva.nl
H6-Z, H7-NO	R. Hees	63661	63661	r.a.hees@amc.uva.nl

Divisie E: Gynaecologie en Verloskunde

Afdeling	Naam	Sein	Toestel	E-mailadres
Poli Gynaecol./ Endocrinologie	M. Visser	58296	64385	ma.visser@amc.uva.nl
H5-Z	A. Lenglet	58502	63568	a.e.lenglet@amc.uva.nl
Poli Verloskunde	L. Dietz	58294	62591	l.e.dietz@amc.uva.nl
Zorgmanager HIV/Aids	M. Kreyenbroek	58293	64557	m.e.kreyenbroek@amc.uva.nl

Medische psychologie:

Contactpersoon met betrekking tot specifieke vragen omtrent de palliatief-terminale fase:

Naam	Sein	Toestel	E-mailadres
M. M. Calff	58348	64621	m.m.calff@amc.uva.nl

Mondhygiënisten:

Naam	Sein	Toestel	E-mailadres
K. H. Jorritsma	59116	63798	k.h.jorritsma@amc.uva.nl
M.H. van Niekerk- Creemers	59116	63798	m.h.creemers@amc.uva.nl

Pijnteam:

Naam	Functie	Sein	Toestel	E-mailadres
M.R. Kruis	Pijnconsulent	58329	62631	m.r.kruis@amc.uva.nl

Psychiatrie:

Naam	Functie	Sein	Toestel	E-mailadres
G. Casteelen	Psychiater	59016	62785	g.casteelen@amc.uva.nl

Transferpunt:

Naam	Toestel	E-mailadres
Transferpunt	68662	transferpunt@amc.uva.nl

9. Sociale kaart palliatieve zorg extern

Hospices en Bijna-thuis-huizen

Thuis sterven, in een vertrouwde omgeving, vindt iedereen waardevol. Maar soms is het onmogelijk om thuis te sterven. Familieomstandigheden of een ongeschikte woning kunnen dit in de weg staan. Een hospice biedt aan de mensen in de terminale fase de mogelijkheid om in een huiselijke omgeving 24 uur per dag alle zorg te krijgen die men wenst, zowel lichamelijk, sociaal als geestelijk. De cliënt staat hierbij centraal.

De hospices spannen zich in om de wensen van de cliënten in vervulling te doen gaan en een menswaardig leven tot het laatst toe mogelijk te maken. De zorgverlening, technische mogelijkheden en het levensbeschouwelijk karakter verschillen per instelling. Daarnaast verlenen de hospices zorg aan terminale patiënten, zodat de mantelzorg even rust kan krijgen. Bijna-thuis-huizen lijken op een hospice, maar doen wat betreft de verpleegkundige zorg een beroep op de thuiszorg. Veelal is dit, in tegenstelling tot de high-care hospices, geen 24-uurs zorg.

Amsterdam en Diemen		
Hospice Kuria, Amsterdam	020-6790797	www.kuria.nl
Hospice Veerhuis, Amsterdam (Bijna-thuis-huis)	020-6700935	www.hospiceveerhuis.nl
Kinderhospice Lindenhofje i.o., Amsterdam	020-5398278	
Amstelland en Meerlanden		
Thamer-Thuis, De Kwakel (Bijna-thuis-huis)	0297-540536	www.thamerthuis.nl
Hospice Bardo, Hoofddorp	023-5571142	www.hospicebardo.nl
Kinderhospice Biezenwaard, Uithoorn	0297-353800	www.onstweedethuis.nl
Midden en Zuid Kennemerland		
Hospice groep Midden Kennemerland, Beverwijk (Bijna-thuis-huis)	0251-218316	
Hospice groep Haarlem (Bijna-thuis-huis)	023-5320030	
Stichting Vrijwillige Terminale Zorg IJmond, IJmuiden (Bijna-thuis-huis)	0255-511365	
Gooi en Vechtstreek		
Hospice Kajan, Hilversum	035-6728760	www.hospicekajan.nl
Noord West Utrecht		
Johannes Hospitium de Ronde Venen, Wilnis	0297-230290	www.johanneshospitium.nl
Hospice De Mantelmeeuw (Bijna-thuis-huis), Woerden	0348-423784	www.demantelmeeuw.nl

Zorgcentra

Verschillende verpleeghuizen en zorgcentra beschikken over units voor terminale zorg. Mensen kiezen hiervoor, omdat ze dan nog bij het geheel van een zorgcentrum kunnen wonen en mee kunnen doen aan de activiteiten daar. Soms wordt tijdelijk

voor een zorgcentrum gekozen om de mantelzorgers even op adem te laten komen. De zorgverlening, technische mogelijkheden en het levensbeschouwelijk karakter verschillen per instelling.

Amsterdam en Diemen		
Zorgcentrum Sint jacob	020-6254962	www.fontis.org
Zorgcentrum Slotervaart	020-3462111	www.verenigdeamstelhuizen.nl
Zorgcentrum Buitenhof	020-6442022	www.verenigdeamstelhuizen.nl
Centrum voor verpleeghuiszorg De Die	020-6370507	
Woon-zorgcentrum Eduard Douwes Dekkerhuis (voor psycho-geriatrische patiënten)	020-6318333	
Amstelland en Meerlanden		
Woonzorgcentrum Theresia, Ouderkerk aan de Amstel	020-4963451	
Midden en Zuid Kennemerland		
Zorgcentrum de Molenburg, Stichting Hervormde diaconale Huizen, Haarlem	023-5430300	
Huis in de Duinen, Stichting Zorgcontract, Zandvoort	023-5741500	
Gooi en Vechtstreek		
Stichting Nusantara, locatie Patria, Bussum	035-6926111	
Verpleeghuis Zonnehoeve, Hilversum	035-6233208	
Flat Kerkelanden, Hilversum	035-6214242	
Gooizicht, Hilversum	035-6256411	
De Marke- De Meenthoek, Huizen	035-5248070	
Hervormd Wooncentrum Voor Anker, Huizen	035-5256044	
Woonzorggroep De Emtinckhof, Loosdrecht	035-5888200	
Verpleeghuis De Beukenhof, Loosdrecht	035-5888555	
Woonzorgcentrum Florisberg, Muiderberg	0294-263351	
Zorgcentrum De Veste, Naarden	035-6944012	
Vivium zorggroep Naarderheem	035-6954411	
Noord West Utrecht		
Verpleeg- en zorgcentrum Snavelenburg, Maarssen	0346-584584	www.zuwe.nl/snavelenburg.htm
Zorgcentrum Woerden	0348-573911	

Thuiszorg

Wanneer het mogelijk is om thuis te sterven, maar men heeft wel zorg nodig, dan kan de thuiszorg worden ingeschakeld. De huisarts is dan verantwoordelijk voor de medische zorg en de wijkverpleegkundige kan meerdere malen per dag verpleegkundige hulp bieden. De thuiszorg biedt waar nodig zelfs nachtopvang.

Tevens is ondersteuning in de huishouding mogelijk. De zorg wordt vooral gestuurd door de problemen en vragen die de mensen zelf aangeven.

Amsterdam en Diemen		
Amsterdam Thuiszorg	020-5606360	
Amstelland en Meerlanden		
Thuiszorg Amstelring, Amstelveen	0900-8806	
Midden en Zuid Kennemerland		
Thuiszorg IJmond, Beverwijk	0251-287777	
Thuiszorg Zuid Kennemerland, Haarlem	023-8918918	
Gooi en Vechtstreek		
Christelijke Thuiszorg, Huizen	035-5232611	
Thuiszorg Gooi en Vechtstreek, Huizen	035-6924924	
Noord West Utrecht		
Thuiszorg Organisatie Weidesticht, Maarssebroek	0346-581400	www.weidesticht.nl

Mantelzorg en de Vrijwilligers

Om te voorkomen dat de mantelzorgers overbelast raken en om hun draagkracht te vergroten zijn steunpunten voor mantelzorgers ontstaan. Het steunpunt biedt mantelzorgers informatie, advies en emotionele, praktische ondersteuning en verschillende cursussen. Eén van de doelgroepen zijn de mantelzorgers van terminaal zieken.

De vrijwilligers zijn een aanvulling op de professionele zorg. De vrijwilligers kunnen de zorg van de mantelzorgers kortdurend overnemen, zodat deze even tijd hebben voor zichzelf. De vrijwilligers kunnen voor enkele uren, één of meerdere dagdelen per week worden ingezet.

In geheel Nederland zijn plaatselijke vrijwilligersorganisaties voor ondersteuning van terminale patiënten en hun naasten in de thuiszorg. Deze organisaties zijn aangesloten bij het Landelijk Steunpunt VTZ (vrijwillige terminale zorg). Een plaatselijke organisatie kan worden ingeschakeld via medewerkers van het **transferpunt, tel. 68662.**

Amsterdam en Diemen		
Vrijwilligersorganisatie Markant	020-4898909	www.markant.org
Amstelland en Meerlanden		
Steunpunt Mantelzorg	020-5454273	
Midden en Zuid Kennemerland		
Steunpunt Mantelzorg, Beverwijk	0251-287733	
Meldpunt vrijwilligershulp Zuid Kennemerland, Haarlem	023-5440240	
Steunpunt Mantelzorg, Haarlem	023-5100462	

Gooi en Vechtstreek		
Steunpunt Mantelzorg Gooi en Vechtstreek, Hilversum	035-6970050	www.mantelzorggooi.nl
Stichting samenwerkende Organisaties Vrijwilligers Terminale Zorg 't Gooi, Naarden	035-6942111	
Noord West Utrecht		
Vrijwillige Terminale Zorgorganisaties Abcoude	0294-284824	St-senior@hetnet.nl
Vrijwillige Terminale Zorgorganisaties Breukelen	06-50531454	
Vrijwillige Terminale Zorgorganisaties De Ronde Venen, Mijdrecht	06-51451130	
Vrijwillige Terminale Zorgorganisaties Maarssen	0346-564698	

Helpdesk palliatieve zorg Amsterdam

De Helpdesk adviseert huisartsen, verpleeghuisartsen, wijkverpleegkundigen of transferverpleegkundigen over symptoomverlichting op lichamelijk en psychisch gebied en bij vragen op levensbeschouwelijk en sociaal terrein. Ook medewerkers in ziekenhuizen kunnen gebruik maken van de helpdesk.

De helpdesk wordt bemand door vijf gespecialiseerde verpleegkundigen, die een grote ervaring hebben in palliatieve zorg. Zij staan rechtstreeks in contact met een team van huisartsen, verpleeghuisartsen en medisch specialisten die ieder in deze vorm van hulpverlening zijn gespecialiseerd. De Helpdesk verstrekt alleen telefonisch advies.

De Helpdesk is op werkdagen van 9.00 tot 19.00 uur bereikbaar. De gespecialiseerde verpleegkundige brengt, telefonisch, samen met de hulpvrager het probleem in kaart. De verpleegkundige overlegt vervolgens met een consulent uit het team, waarna direct wordt teruggebeld met een advies. Het advies wordt tevens per fax verzonden.

Helpdesk Palliatieve Zorg, Amsterdam	0900-2021745	
--------------------------------------	--------------	--

