

Connect Hartfalen Protocol 5C: Stappenplan palliatieve fase hartfalen*

1. Patiënt met eindstadium hartfalen
2. Gezamenlijke besluitvorming: patiënt, cardioloog en huisarts. Cardioloog voert slecht nieuwsgesprek met patiënt. In huisartspraktijk volgt dan een schakelconsult met bespreking van hoe thuis verder ondersteuning ingericht kan worden.
3. Besluitvorming: in principe geen ZH-opname
 - Medische overdracht naar HA
 - Verpleegkundige overdracht ZH naar verpleegkundige / POH
 - Patiënten informatie Terminaal Hartfalen
 - Toelichting uitschakelen ICD shockfunctie
4. Regie behandeling overgenomen door HA
 - Consultatie cardioloog/hartfalenverpleegkundige
 - Consultatie palliatief team
5. Aandachtspunten zorgplan
 - 5.1 Zorgplan opstellen tijdens huisbezoek
 - Folder 'Wensen voor het leven in de laatste fase'
 - 5.2 Bespreken en vastleggen wensen levenseinde
 - reanimatie
 - palliatieve sedatie
 - euthanasie
 - existentiële vragen
 - 5.3 Actueel medicatieoverzicht/noodmedicatie
 - 5.4 Zo nodig inschakelen en overdracht naar andere disciplines:
 - specialistisch verpleegkundig team/ wijkverpleegkundige/ fysiotherapie/ diëtist
 - 5.5 Informatie noteren in zorgdossier
 - 5.6 Overdracht huisarts naar huisartsenpost. Met duidelijke beleidslijnen.
6. Patiënt overleden
 - Reflectie

*www.netwerkpalliatievezorg.info

Toelichting stappenplan:

1. Patiënt met eindstadium hartfalen

De overgang van de curatieve naar palliatieve fase is bij hartfalen meestal niet duidelijk aan te geven. Soms gebeurt dit plotseling, soms heel geleidelijk. Factoren die het begin van deze fase inleiden zijn:

- Progressieve fysieke en/of mentale achteruitgang en ADL afhankelijkheid
- Ernstige hartfalen symptomen met verslechterende levenskwaliteit ondanks beschikbare therapeutische behandeling
- Frequente ziekenhuisopnames of andere ernstige episodes van hartfalen ondanks optimale behandeling
- Uitgesloten zijn van mogelijkheden van therapie zoals: harttransplantatie en ondersteunende mechanische circulatie
- Cardiale cachexia
- Klinische beoordeling van het naderend levenseinde

Ga tijdig in gesprek met de patiënt en diens naasten. De KNMG biedt artsen houvast met de handreiking 'Tijdig praten over het overlijden' (2011). Raadpleeg zo nodig de beschikbare richtlijnen en standaarden.

2. Besluitvorming: 'in principe geen ziekenhuisopname meer'

Het gaat om een gezamenlijke besluitvorming waar patiënt en zijn omgeving én cardioloog én huisarts (HA) / specialist ouderengeneeskunde (SOG) positief over moeten zijn. Na dit besluit goed met de patiënt besproken te hebben, volgt een telefonische én schriftelijke overdracht van ziekenhuis naar HA of SOG en een verpleegkundige overdracht.

Vooraf is door ziekenhuis gecheckt of de (zorg) omgeving thuis verantwoord is. Voor schriftelijke overdrachten wordt gebruik gemaakt van de ontwikkelde overdrachtsformulieren.

Bij patiënten met hartfalen of ritmestoornissen wordt steeds vaker een implanteerbare cardioverter-defibrillator (ICD) ingebracht. Bij bovengenoemde besluitvorming zal de ICD shockfunctie, in overleg met de patiënt, worden uitgezet alvorens de patiënt naar huis gaat (zie Bijlage: ICD bij terminaal hartfalen).

3. Regie behandeling overgenomen door HA/SOG

Ter ondersteuning/consultatie kan gebruik gemaakt worden van onderstaande instanties/functies:

- Bij vragen over terminaal hartfalen kan de HA/SOG, indien patiënt daar bekend is, contact opnemen met de hartfalen verpleegkundige in het ziekenhuis. In spoedsituaties kan de huisarts of SOG contact opnemen met de dienstdoende cardioloog.
- Regionale Consultatievoorziening palliatieve zorg: ter ondersteuning van de behandeling van een patiënt met terminaal hartfalen kan gebruik gemaakt worden van de regionale consultatievoorziening. Dit team geeft telefonische ondersteuning aan artsen en verpleegkundigen/verzorgenden bij specifieke, patiëntgebonden vragen over palliatieve zorg. Telefoon: 088-1232451, werkdagen 09.00 – 17.00
- Voor de huisarts is het mogelijk bij kwetsbare ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie of in het verzorgingshuis gebruik te maken van de consultfunctie van een SOG. Vaak volstaat een telefonisch advies. In andere gevallen bezoekt een SOG de patiënt en stuurt daarna een advies over zorg en behandeling aan de huisarts. Voor consultatie van de SOG is geen CIZ indicatie nodig.

- Indien alleen een gespecialiseerde verpleegkundige handeling noodzakelijk is kan de huisarts het specialistisch verpleegkundig team in de regio inschakelen: dit team bestaat uit verpleegkundigen die kennis en ervaring hebben bij het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen o.a. op het gebied van de palliatieve zorg.
- Indien een thuiszorgorganisatie al zorg verleent aan een patiënt, overlegt de huisarts met deze organisatie over de uitvoering van gespecialiseerde verpleegkundige handelingen.

4. Aandachtspunten zorgplan

- Het medisch dossier van het ziekenhuis blijft een actief dossier tot het bericht van overlijden. Het overlijden wordt door de huisarts aan allen bekend gemaakt die in de keten werkzaam waren. Dan wordt het dossier gesloten.
- Het Zorgplan wordt opgesteld tijdens een huisbezoek.
- Bespreken en vastleggen wensen levenseinde: reanimatie, (palliatieve) sedatie, euthanasie, existentiële vragen.
- Actueel medicatieoverzicht / noodmedicatie: de huisarts checkt tijdens het eerste bezoek of noodmedicatie (diureticum, morfine) aanwezig is en of de uitleg over het gebruik begrepen is. In het verpleeghuis zorgt de SOG dat deze noodmedicatie voorhanden is.
- Zo nodig worden door de HA / SOG andere disciplines ingeschakeld zoals: specialistisch team / wijkverpleegkundigen / fysiotherapeut / diëtist.
- Relevante informatie wordt door de HA / SOG in het zorgdossier genoteerd
- De huisarts zorgt voor een overdracht naar de huisartsenpost met beleidsplan.
- Er is een format voor een zorgplan en een overdrachtsformulier voor de huisartsenpost ontwikkeld, dit kan door de HA worden gebruikt. De SOG gebruikt het zorgplan van de eigen organisatie.
- Er is aandacht voor de niet reanimeren verklaring.

5. Reflectie na overlijden

Na het overlijden is zorg voor naasten en (ver)zorgenden gewenst.

- Naasten: aandacht, ondersteuning en begeleiding, maar ook, informatie en (herhaalde) uitleg naasten zijn essentieel voor een goed beloop van het levenseinde en uiteindelijk een goed afscheid.
- Zorg voor (ver)zorgenden vraagt om goede communicatie, reflectie en begeleiding van hulpverleners onderling. Gezamenlijke aandacht en reflectie op het gehele proces werkt signalerend, verhelderend en kwaliteitsverhogend.
- HA / SOG koppelt schriftelijk dan wel telefonisch terug met de cardioloog hoe het verloop thuis / in verpleeghuis is verlopen.

Literatuurlijst:

VIKC Richtlijn palliatieve zorg bij chronisch hartfalen

<http://www.oncoline.nl/hartfalen>

Regionale samenwerkingsafspraken palliatieve zorg bij terminaal hartfalen

<http://www.netwerkpalliatievezorg.info/regio/den-bosch-bommelwaard/samenwerkingsafspraken/hartfalen/>

NHG standaard hartfalen 2010

<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-hartfalen>

CBO Multidisciplinaire Richtlijn Hartfalen 2010

https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/96/MDR_Hartfalen_definitieve_versie_7juni2010.pdf

Landelijke transmurale afspraak Hartfalen 2015:

<https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/185/20151026%20LTA%20Hartfalen%20DEF.pdf>

Bijlage 1: deactiveren ICD en pacemaker

ICD (implantable cardioverter defibrillator) bij eindstadium hartfalen

Inleiding

De afgelopen jaren wordt bij patiënten met hartfalen of ritmestoornissen steeds vaker een implanteerbare cardioverter-defibrillator (ICD) ingebracht.

In een voorlichtingsgesprek voor de implantatie van de ICD wordt standaard verteld dat de ICD shockfunctie uitgezet kan worden als in de toekomst de ICD-therapie niet meer zinvol is, zoals bij terminaal hartfalen. Door de ICD shockfunctie uit te schakelen wordt voorkomen dat er onnodige en onaangename shocks optreden, soms nadat patiënt al is overleden. Piep- of alarmtonen die normaliter dienen om de patiënt contact te laten opnemen met de pacemakertechnicus worden uitgeschakeld en zijn niet meer hinderlijk tijdens of na het overlijden. Deactivering geeft op het moment van de deactivering geen toename van cardiale klachten.

De patiënt kan nu soms plotseling overlijden door ventrikelfibrilleren.

Werkwijze

In het (pre) terminale stadium wordt het uitzetten van de ICD shockfunctie door de hoofdbehandelaar of de hartfalenverpleegkundige met de patiënt en de familie besproken.

Deactivatie wordt vastgelegd in het dossier van de patiënt.

Mocht de ICD shockfunctie niet uitgezet zijn in het ziekenhuis, dan kan in een noodsituatie dit ook op een andere locatie plaatsvinden. De huisarts of SO kan op het ICD-PM pasje van de patiënt informatie vinden of het ICD of een pacemaker betreft, tevens staat de naam van het ziekenhuis en de firmanaam op dit pasje.

Na het overlijden wordt de batterij door de begrafenisondernemer verwijderd met een geïsoleerde tang (CEI norm 900), dit om een mogelijke 800 volt shock te voorkomen. De redenen om de ICD te verwijderen zijn explosiegevaar bij crematie en milieuschade; dit laatste geldt ook voor pacemakers. Zijn er vragen van de familie m.b.t. het overlijden dan kan de ICD na verwijdering worden uitgelezen.

CRT (Cardiale Resynchronisatie Therapie)

Als hartfalenpatiënten een 'Cardiac Implantable Electronic Device' (CIED) hebben, betreft dit meestal een ICD of een ICD-CRT-combinatie. Een klein gedeelte van de patiënten heeft een 'gewone' pacemaker.

Een functionerende pacemaker (bradytherapie) of biventriculaire pacing (CRT) zal het overlijdensproces niet verstoren. Een functionerende pacemaker of CRT kan belangrijk zijn voor het comfort van de patiënt. Deactivering van de pacemakerfunctie of CRT kan cardiale klachten veroorzaken of toename van cardiale klachten geven. Dit is niet altijd goed te voorspellen.

Deactivering van de pacemakerfunctie of CRT is daarom niet wenselijk. Als een patiënt of behandelend arts de pacemakerfunctie van een CIED wil laten deactiveren, moet deze goed op de hoogte zijn van de gevolgen van deactivering.

De ICD kan apart van de CRT uitgezet worden.

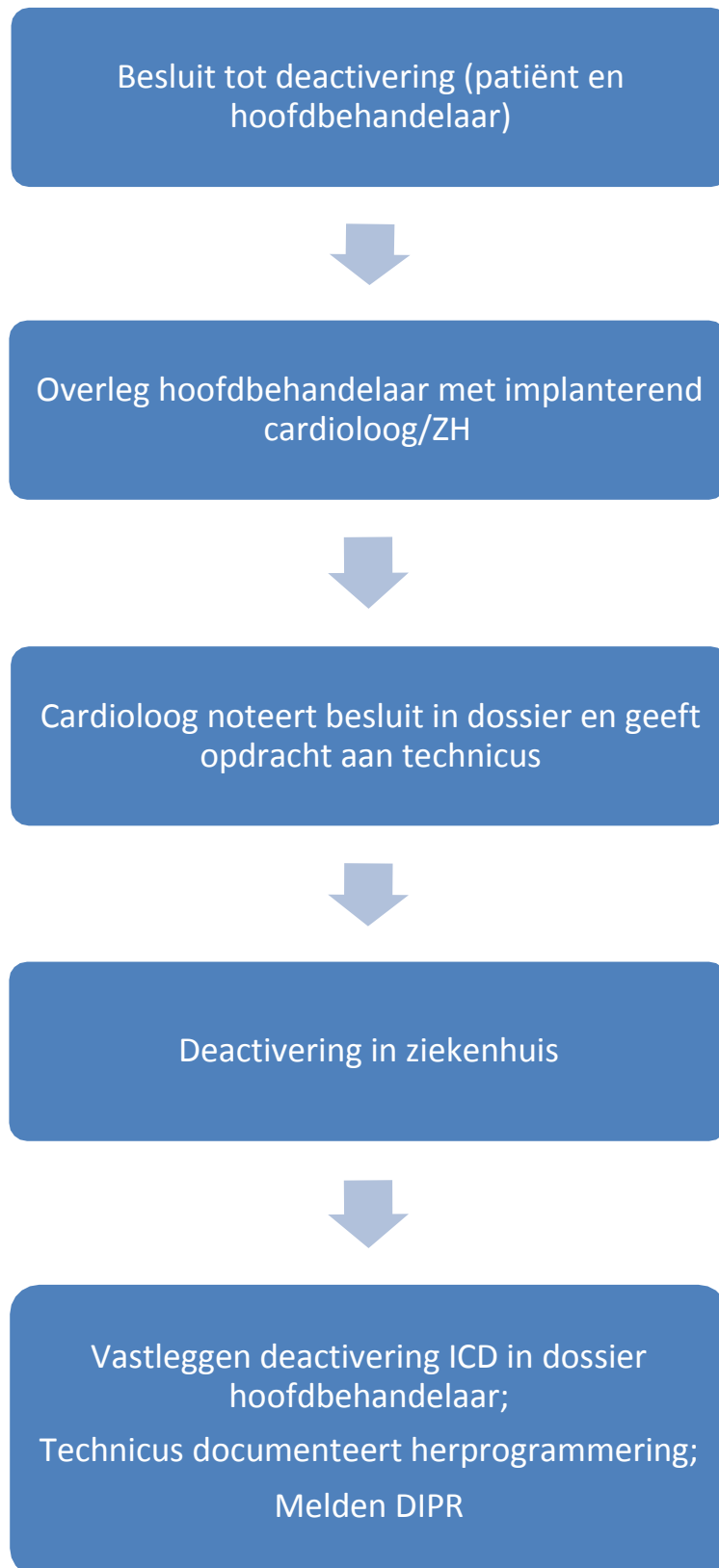
Literatuur:

Richtlijn ICD/Pacemaker in de laatste levensfase

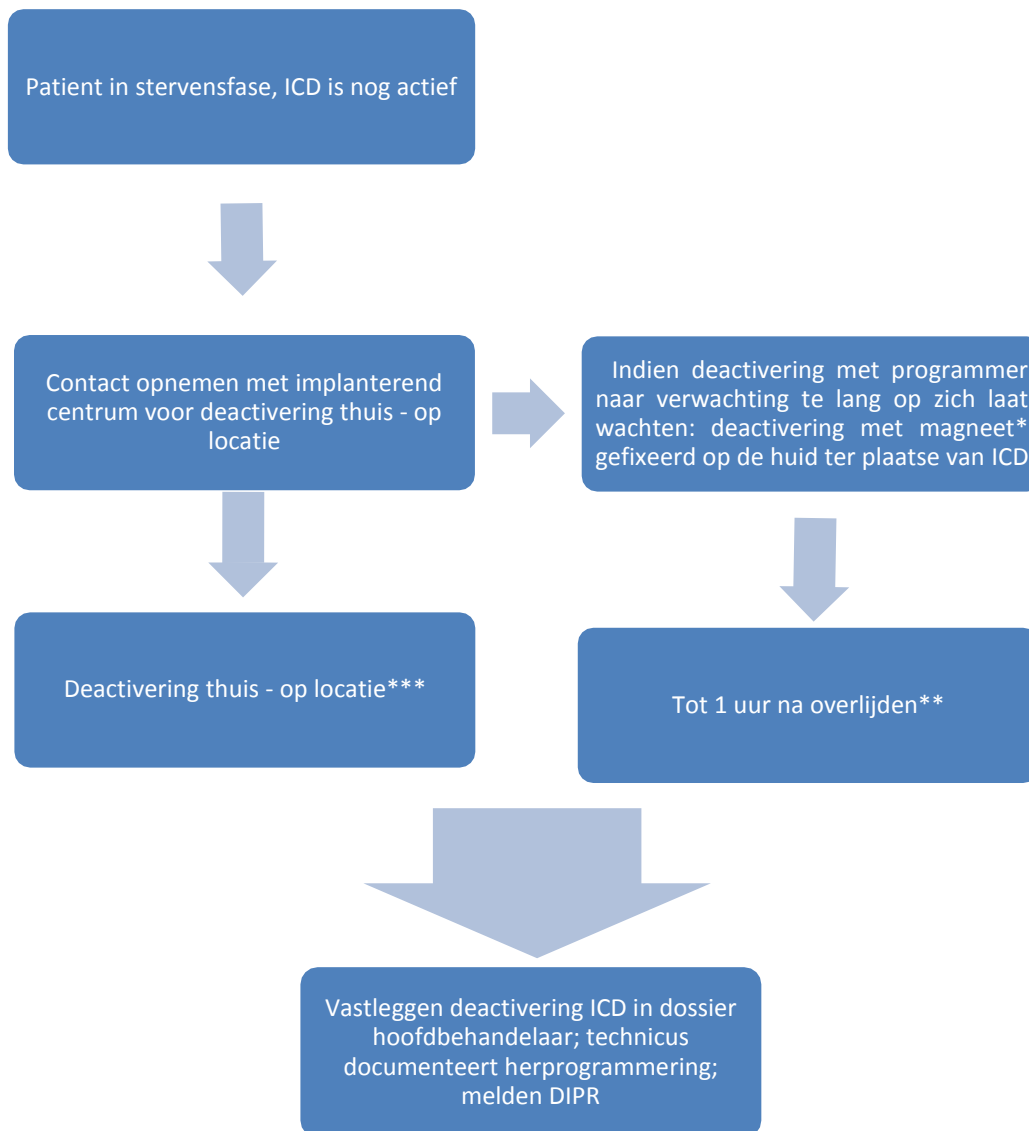
<https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/153/Richtlijn%20ICD-Pacemaker%20in%20de%20laatste%20levensfase.pdf>

Onderstaande stroomdiagrammen zijn overgenomen uit deze richtlijn.

Stroomdiagram: Procedure deactivering ICD (shockfunctie)



Stroomdiagram: Noodprocedure deactivering ICD (shockfunctie)



* De hoofdbehandelaar dient een speciale magneet tot zijn beschikking te hebben.

** Bij ICD's van Biotronik schakelt de shockfunctie 8 uur na opleggen magneet automatisch weer aan. Daarom bij ICD's van dit merk elke uur kortdurend (enkele minuten) verwijderen. Het merk ICD is af te lezen aan het ICD-pasje dat elke patiënt in zijn bezit heeft. Anders zo nodig te bevragen bij het implanterend centrum.

*** Voor deactivering op locatie (verblijfplaats patiënt waar geen programmer beschikbaar is) overlegt de hoofdbehandelaar met het ICD-implanterend/controlerend centrum. Dit centrum draagt zorg voor deactivering, waarbij als termijn 2-3 werkdagen in acht genomen dient te worden.

Stroomdiagram: Procedure deactivering pacemakerfunctie

