



HAAST EN
SPOED
OP HET EINDE SOMS
GOED

Dr.B.Vantroyen
19/1/2016

Waarom komt iemand naar spoedgevallen?







- Snelle klinische diagnostiek
- Snel verkennend gesprek met de patiënt/familie
- Evt beperkte technische diagnostiek

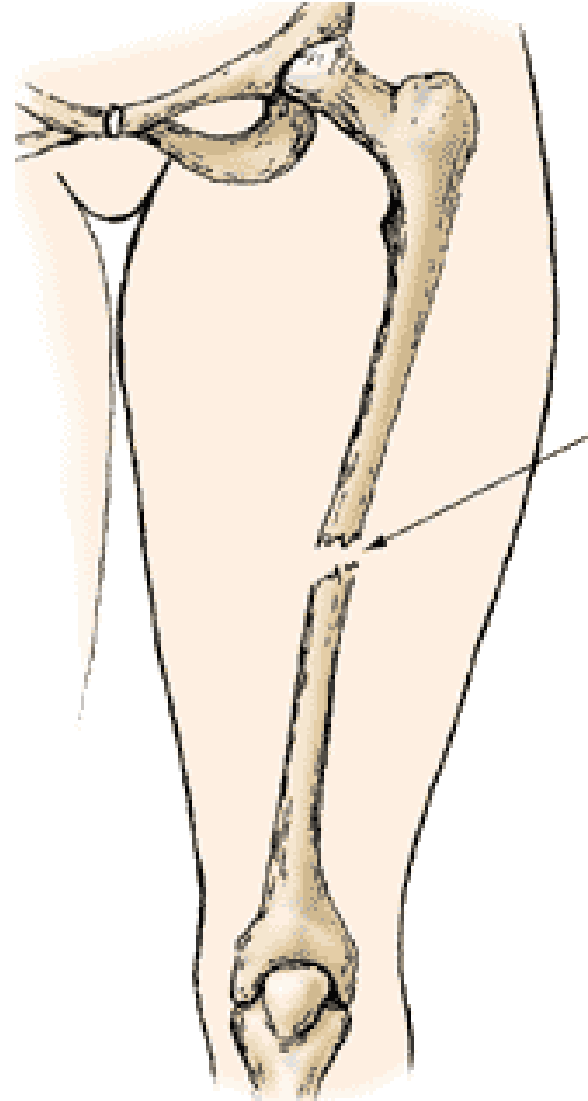
Weten wat er scheelt
= basis

Nadien therapie instellen

- Soms behandelend
- Soms louter symptomatisch

femurfractuur

Femur fracture



Conservatieve stabilisatie breuk NIET
mogelijk



Beslissingen nemen

- Dossier
- CBT-codering RH of ziekenhuis: loopt niet steeds door
- wilsbeschikking van pt

SAMEN met de patiënt

Niet steeds beschikbaar

Advance directives for older adults in the emergency department: a systematic review. *J Pall Med.* 2015;18(6): 500 – 511.

1-44% beschikbaar voor ED personeel
vaker bij: oudere leeftijd, specifiek geloof, partner overleden,
kinderen, slechte gezondheid, verblijvend in rusthuis, eigen
huisarts hebben.

End-of-life care during and after an acute hospitalization in older patients with cancer, end-stage organ failure, or frailty: a sub-analysis of a prospective cohort study. *Pall Med* 2016; 30(1):75-82

vaak geen planning in dossier terug te vinden

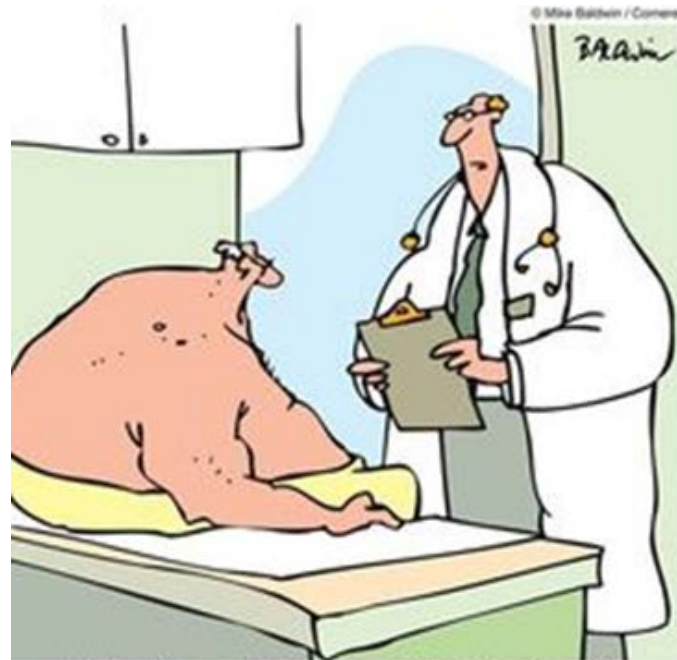
Vroegtijdige zorgplanning

minder agressieve zorg

lagere kost rond overlijden

vroeger verwijzen naar palliatieve zorg-eenheid

Association of early patient-physician care planning discussions and end-of-life care intensity in advanced cancer. *J Pall med.* 2015; 18(10): 841-848



"You've got six months, but with aggressive treatment we can help make that seem much longer."

Risico op overlijden binnen de 31 dagen:

- Gewichtsverlies
- Deshydratatie
- Kortademigheid
- Vallen

Death in long-term care: a brief report examining factors associated with death within 31 days of assessment. Pall Care research and treatment. 2015;9:1-5

Opvolgen performantiescores tijdens opvolgraadplegingen geeft meer informatie over risico op overlijden dan gebruik van baseline performantiestatus.

Do repeated assessments of performance status improve predictions for risk of death among patients with cancer? A population-based cohort study. Pall Med. 2015; 29(6): 547-553.

Kortademigheid

- eerder subjectief
- reactie van pt op een gevoel (cfr pijn)
- neurofysiologie niet goed gekend -

The brain and breathlessness: understanding and disseminating a palliative care approach. Pall Med. 2015; 29(5): 396-398.

Dyspnoe = verzameling van meerdere somatische gewaarwordingen

- Tekort aan lucht
- Moeite om te ademen
- Druk op de borst
- Snelle ademhaling
- Gevoel van onvolledige uitademing
- Verstikkingsgevoel



- Dyspnea is altijd multidimensioneel:
 - Affectieve aspecten
 - Fysische aspecten

Dyspnoe is moeilijk in te schatten

- Geen specifieke testen
- Geen specifieke klinische tekens

We moeten er naar vragen!

Vaak relatief korte episodes, maar wel frequent: dagelijks.

Characteristics of episodic breathlessness as reported by patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: results of a descriptive cohort study. Pall Med. 2015; 29(5): 420-428.

Voorkomen van dyspnoe

- Zeer vaak bij terminale kanker in de 6 laatste levensmaanden
- Bij >50% van alle terminale ptn (van gelijk welke aandoening: kanker, nierfalen, AIDS, COPD, hartfalen,...)
- Wordt vaak erger in de loop van de tijd

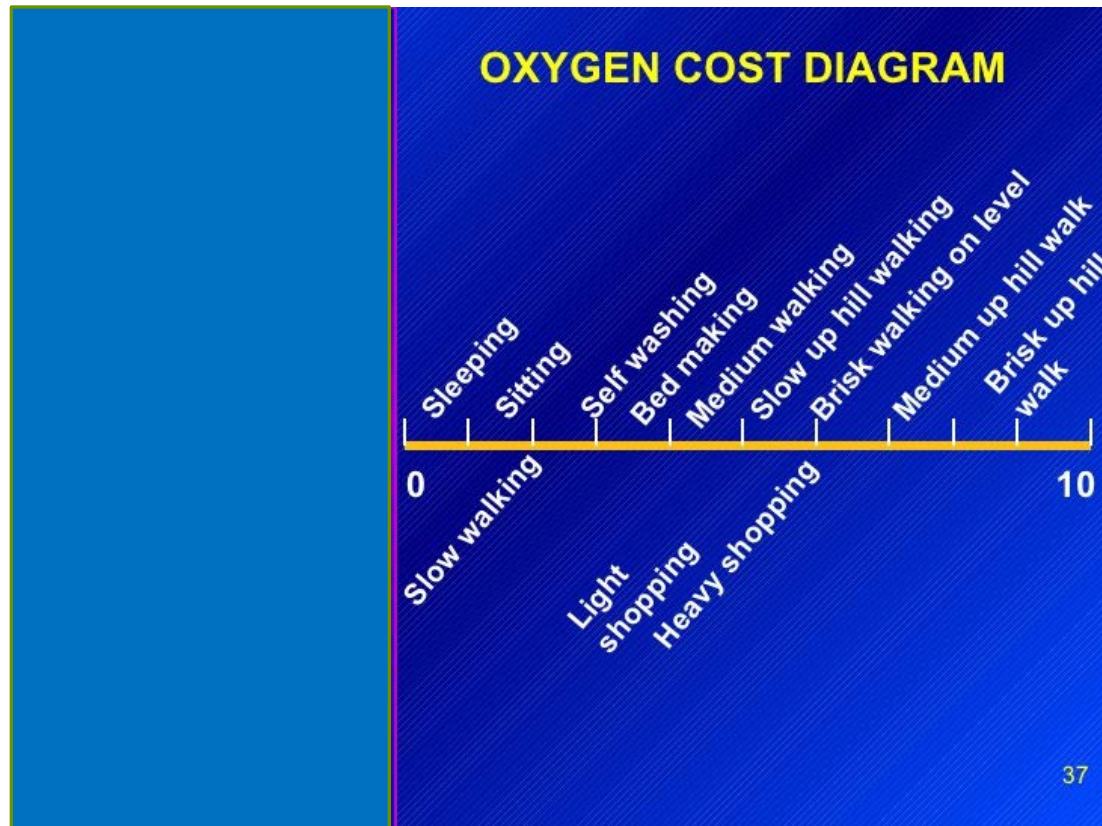
- Enorme weerslag op levenskwaliteit
- Beïnvloedt wil om te leven
- Beïnvloedt vraag naar palliatieve sedatie

- Leidt tot sociale isolatie (door o.a. verminderde activiteit)
- Kan teken zijn van nakend levenseinde (ontwikkelen dyspnoe bij kanker)

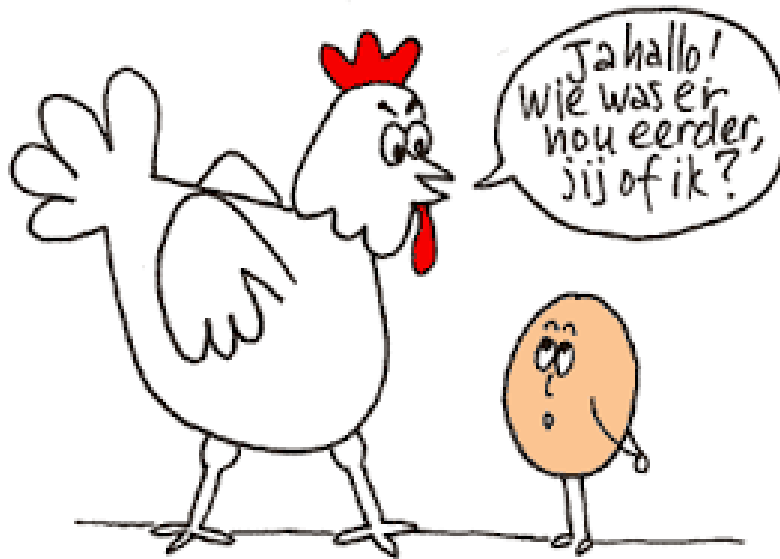
- Geen duidelijke “gouden standaard” manier om de pt na te kijken
 - Ernst?
 - Functioneel impact?
 - Graad distress?

Functioneel impact

- Vragen naar beperkingen in uitvoeren bepaalde activiteiten



- Psychologische factoren kunnen gevoel van dyspnoe beïnvloeden. (angst, depressie)



- Labo en onderzoeken NIET nuttig om ernst dyspnoe te bepalen
- WEL nuttig om oorzaak te zoeken en behandeling te sturen.

zuurstof

- Therapeutische trial zuurstof bij ptn met hypoxie
 - Niet steeds bewezen nut
- Niet nodig indien geen hypoxie



- Ptn zonder hypoxemie: geen duidelijk voordeel van zuurstof

Pharmacologische behandelingen

- Opiaten eerste keuze
- Indien erg angstig: lage dosis benzodiazepines (niet routinematig)

- Bronchodilatatie
- Corticoiden
- Diuretica

- Op indicatie

Niet-pharmacologische behandeling

- Relaxatietechnieken en psychosociale ondersteuning
- Activiteiten aanpassen (gebruik rolstoel, ...)
- Ventilator
- Percussie thorax als pt secreties moeilijk kan ophoesten
- (Respiratoire revalidatie)

- Niet-invasieve ventilatie (NIV) is controversieel in de behandeling van dyspnoe bij het levenseinde.
- Ziekenhuisopname nodig (intensieve zorgen)
- Verlengt leven – niet steeds verbeteren levenskwaliteit
- Kan een optie zijn met een specifiek doel
 - Wakker willen blijven voor een bepaalde reden en anders sedatieve dosissen opiaten nodig
 - Dan nood aan duidelijk plan
 - Duur
 - Tijdstip herevaluatie
 - Afspraak ivm stoppen NIV



- Palliatieve sedatie
 - Laatste manier om comfort te bieden

Terminale bloeding

- praktische guideline in : Terminal hemorrhage preparation and management. J Pall Med. 2015;18(12):1074-1075.

Vaak een kleinere “voorbloeding” voor de levensbedreigende arteriële bloeding

- 3 stappen
 - De gebeurtenis voorbereiden
 - De gebeurtenis het hoofd bieden. The ABC algorithm:
 - A – Assurance;
 - B – Be There;
 - C – Comfort and Calm
 - achteraf

De gebeurtenis voorbereiden

- Risico op bloeding inschatten
 - Hoofd/halstumoren
 - Hematologische maligniteiten
 - Tumor rond/ingegroeid in grote bloedvaten
- Bloed verdunners stoppen/antagoniseren
- Actieplan opmaken:
 - Behandelingsopties
 - CBT-codering
 - Contactpersonen
- Actieplan bespreken met pt/familie/andere zorgverleners

○ Zorg voor een “crisispakket”

- Sedativa en analgetica reeds opgetrokken en bedside
- Donkere handdoeken, opvangbakjes, handschoenen
- Aspiratietoestel
- Warme dekens
- Wasgerief/vochtige doekjes
- Vuilniszakken

○ De gebeurtenis het hoofd bieden

- Pt verzekeren dat hij niet alleen zal gelaten worden
- Evt reeds opgetrokken medicatie geven
- Aandacht voor familie:
 - Dicht bij patiënt
 - Indien mogelijk geen rechtstreeks zicht op de hevige bloeding

o achteraf

- o Aandacht voor familie
- o Aandacht voor hulpverleners

Traumatische ervaring

Kenmerken van een goede dood

- Bereaved carers' accounts of the end of life and the role of care providers in a "good death": a qualitative study. Pall Med. 2015; 29(9): 834-841.
Clergy views on a good versus a poor death: ministry to the terminally ill. J Pall Med. 2015; 18(12): 100-109
- Dying in the living room...or not. J Pall Med. 2015; 18(1):

o goede dood:

- o conflicten opgelost
- o gevoelen dat leven betekenisvol geweest is
- o financiën in orde
- o iemand zijn voorkeuren gevolgd
- o mentaal bewust zijn
- o aanwezigheid van familie
- o in vrede zijn met God
- o geen pijn hebben
- o thuis overlijden
- o Nooit "helemaal goed"

o Slechte dood:

- o Afgescheiden zijn
- o Twijfel
- o eenzaamheid

Dying in the hospital setting: a systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important. Pall Med 2015; 29(9): 774-796.

Wat vinden familie en ptn belangrijk bij het levenseinde:?

- (1) effectieve communicatie en samen beslissen
- (2) zorg van hoog niveau
- (3) respectvol en met medeleven behandeld worden
- (4) vertrouwen in zorgverleners
- (5) financiële rust

Aandacht voor de jonge/onervaren collega

- Opleiden van artsen in beslissingen rond het levenseinde is essentieel
 - samen met de pt
 - juiste taalgebruik
 - opties duidelijk stipuleren,

The language of end-of-life decision making: a simulation study. *J Pall Med.* 2015; 18(9): 746-753.

- Houding tov stervenden verbetert na opleiding

Student nurses' experience of and attitudes towards care of the dying: a cross-sectional study. Pall Medicine 2016; 30(1): 83-88.

- Debriefing van personeel is heel belangrijk

Vanuit het standpunt van de familie: 4 reflecties:

- Nemen van beslissingen onder tijdsdruk
- “wie ben ik” dat ik mag beslissen
- Afzien van zeggen “laat haar sterven”
- Omgaan met onverwachte veranderingen.

Life-and-death decision-making in the acute phase after a severe stroke: interviews with relatives. Pall Med 2015. 29(5): 451-457.

aandacht voor de familie

- Zowel tijdens het stervensproces
- Onmiddellijk na het overlijden
- Achteraf: rouw programma
“ nabestaandengesprekken ”

- Vooral het persoonlijk contact met arts en verpleegkundige worden geapprecieerd



Lichtpuntjes

Soms zijn ze groot

Soms zijn ze klein

Je hoeft ze niet te zoeken

want je kunt ze ook zijn

INSPIRE.nl

- 1. De palliatieve pt op spoedgevallen
- 2. Femurfractuur
- 3. Beslissingen nemen
- 3 CBT-beleid en early care planning
- 4. Kortademigheid
- 5 Terminale bloeding
- 9 Kenmerken van een goede dood
- 11 Houding tov stervenden/scholing
- 10 Debriefing
- 12. Bereavement program

- Palliatieve thuiszorg vermindert spoedopnames bij dementie.
- Community-based palliative care is associated with reduced emergency department use by people with dementia in their last year of life: a retrospective cohort study. *Pall Med* 2015; 29(8): 727-736.

- 3 categorieën van beslissingen:
 - Sociodemografisch: vaker bij RH-ptn (zowel op vraag arts als op vraag familie)
 - Gezondheids- of behandelings-afhankelijke factoren: comateus, pt niet in staat zelf beslissingen te nemen, "terminaal of stervend"
 - Voorkeur pt + rol familieleden

Decisions about limiting treatment in cancer patient: a systematic review and clinical ethical analysis of reported variables. J Pall Med 2015; (18(10): 892-901

