

## BIJLAGE 16 Stappenplan palliatieve fase hartfalen

Bron: NVVC CONNECT 2017 ([http://www.nvvconnect.nl/images/PDF/HF-protocollen/Gorinchem/Protocol\\_4.1\\_Stappenplan\\_Palliatieve\\_fase\\_hartfalen.pdf](http://www.nvvconnect.nl/images/PDF/HF-protocollen/Gorinchem/Protocol_4.1_Stappenplan_Palliatieve_fase_hartfalen.pdf))

1. Patiënt met eindstadium hartfalen.
2. Gezamenlijke besluitvorming: patiënt, cardioloog en huisarts. Cardioloog voert slechtnieuwsgesprek 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
  - Patiënteninformatie 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
  - Nazorg naasten

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 hartfaalensymptomen met verslechterende levenskwaliteit ondanks beschikbare therapeutische behandeling
- Frequentie ziekenhuisopnames of andere ernstige episodes van hartfalen ondanks optimale behandeling
- Uitgesloten zijn van mogelijkheden van therapie zoals: harttransplantatie en ondersteunende mechanische circulatie
- Cardiale cachexie
- 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 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 hartfalenverpleegkundige 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: 088 123 24 51, werkdagen 09.00 – 17.00 uur.
- 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 (concept januari 2016) 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.