



Advanced care planning en palliatieve zorg bij COPD

Petra Wielders en Willemien Thijs

Disclosure belangen sprekers



Petra Wielders en Willemien Thijs	GEEN

Introductie

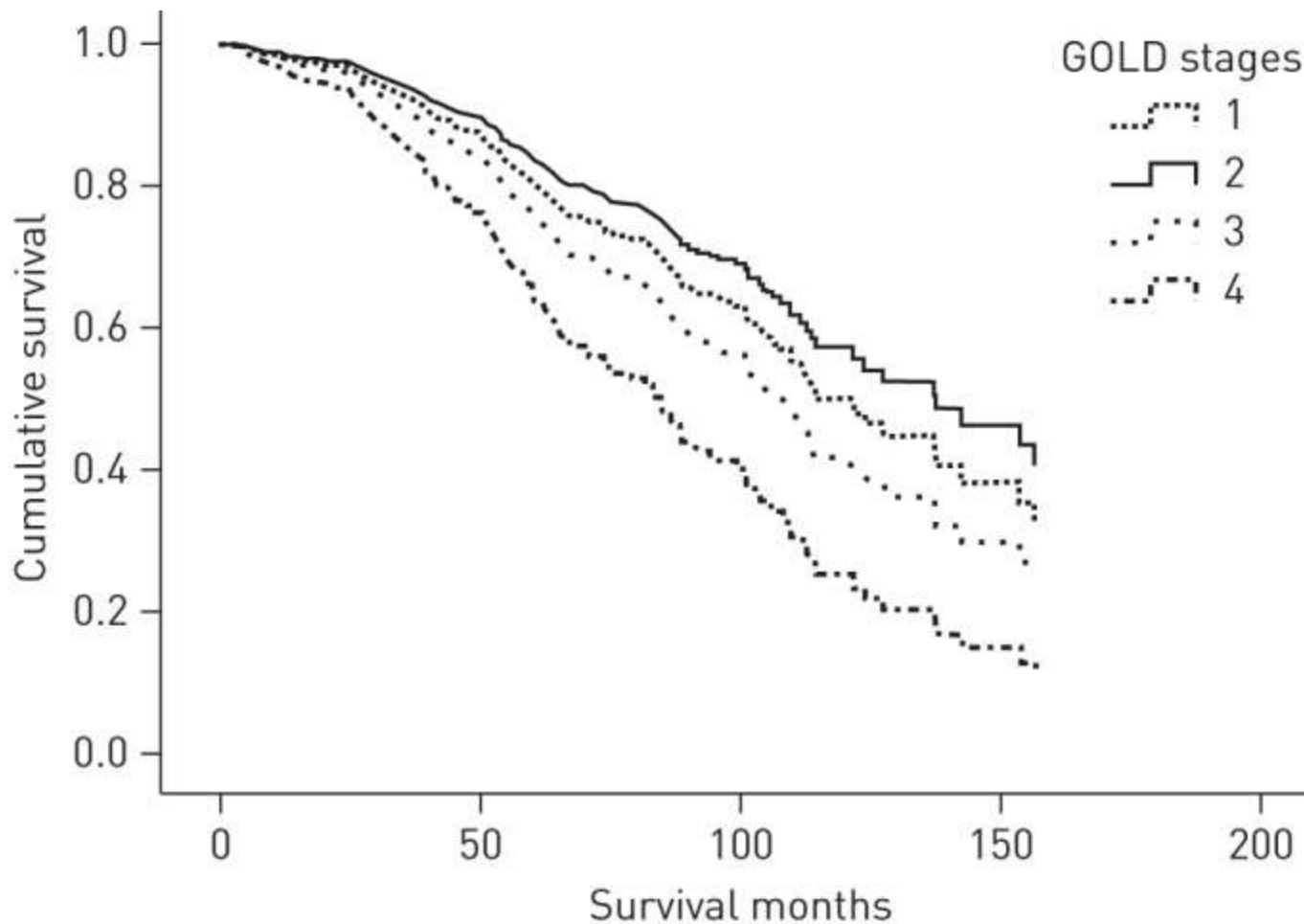


Bespreken de volgende onderwerpen met behulp van korte introductie, casus en discussie

- COPD in de laatste fase: wanneer?
- COPD palliatieve zorg
- COPD advanced care planning

COPD in de laatste fase

Wanneer?



COPD in de laatste fase

Wanneer?

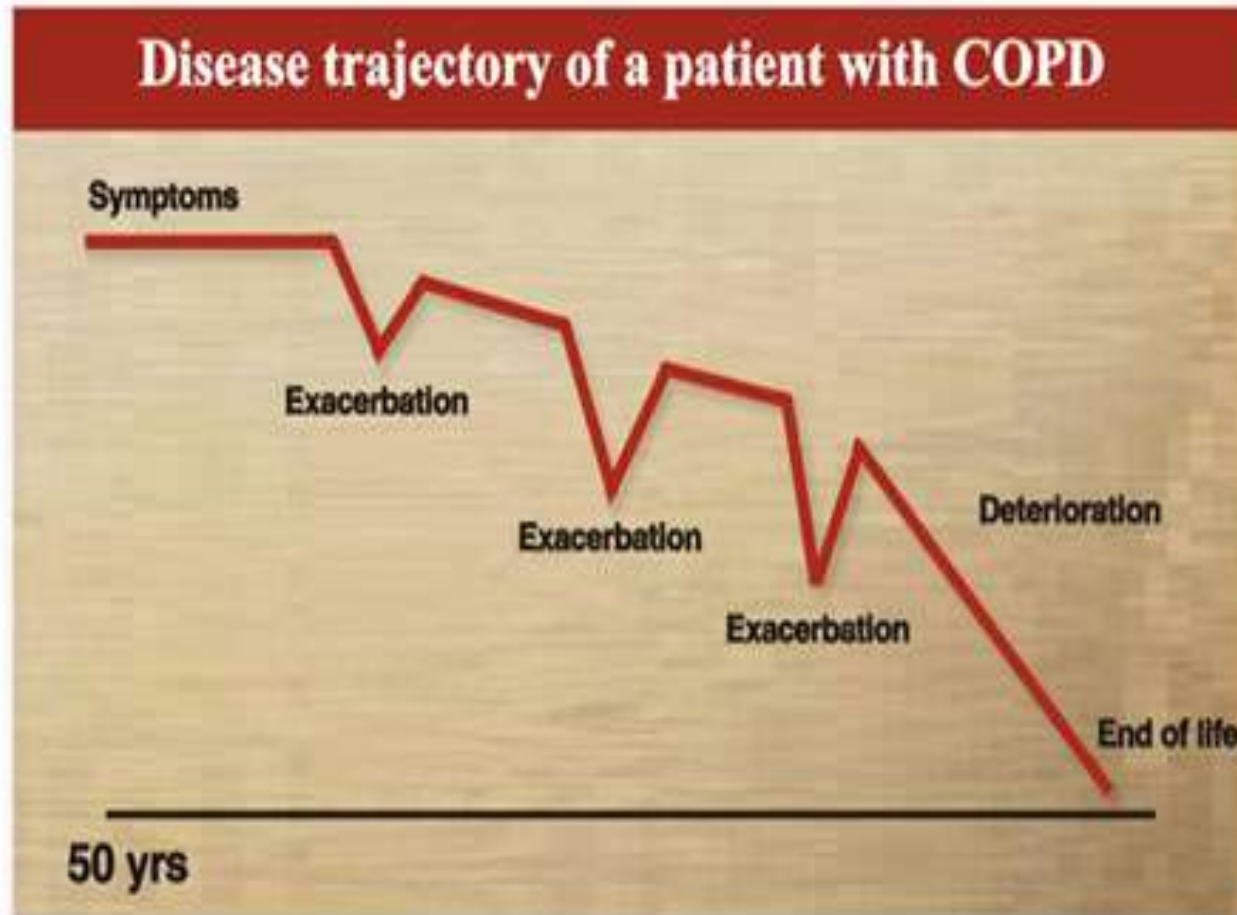




Table 1 Set of indicators for proactive palliative care

A patient hospitalized for AECOPD is eligible for proactive palliative care when meeting two or more criteria of the following set of indicators:

1. Hypoxaemia or hypercapnia at discharge
2. Treatment of the exacerbation with Non Invasive Ventilation (NM)
3. Patient needs professional home care service for personal care after discharge
4. Negative answer to the surprise question: 'Would I (as lung specialist) be surprised if this patient would have a subsequent readmission for AECOPD within 8 weeks and/or would die in the next year?
5. The diagnosis of a severe comorbidity such as:
 - a. Non-curable malignancy or
 - b. Cor pulmonale (proven or non proven) or
 - c. Proven Chronic Heart Failure (CHF) or
 - d. Diabetes mellitus with neuropathy or
 - e. Renal failure, clearance < 40 (GFR: in ml/min)
6. CCQ total, day version ≥ 3
7. MRC dyspnea = 5
8. FEV1 (measured before AECOPD) < 30% of predicted
9. BMI < 21 or unplanned weight loss (> 10% weight loss in last 6 months or > 5% in last month)
10. Previous hospital admissions for AECOPD (last 2 years ≥ 2 and/or last year ≥ 1)
11. Age > 70 years

O₂/CO₂

ADL

Ernstige exacerbatie
2 maanden of
overlijden 1 jaar?

Dyspnoe score

BMI < 21 / afvallen

Patiënt 1. – Dhr Lansen 57 jaar



Voorgeschiedenis:

-MGUS

Anamnese:

- Twee maanden dyspnoe en hoesten
- Gewicht stabiel
- Rookt 40 sig/dag vanaf 12e
- Werkzaam als beveiligiger

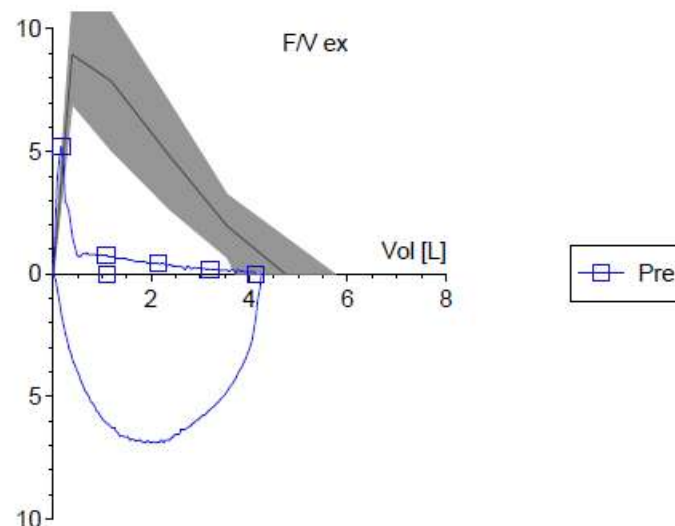
SpO2 93% zonder O2



Spirometrie, Flowvolume, Residu, Diffusie, Bloedgassen

		Pred	LLN	Pre	%Pred
Meas date				14.12.15	
Meas time				08:37	
Substance					
Dose					
VC IN	L	4.92	4.00	4.24	86
ERV	L	1.28	1.28	1.40	109
FVC	L	4.72	3.72	4.12	87
FEV 1	L	3.73	2.89	1.09	29
FEV 1 % VC MAX	%	76.95	65.16	25.69	33
PEF	L/s	8.94	6.94	5.22	58
MMEF 75/25	L/s	3.80	2.09	0.36	9
FIV 1	L			4.22	
FIV 1 % VC MAX	%			99.46	
FRCpleth	L	3.71	2.72	6.43	174
ERV	L	1.28	1.28	1.52	119
RV	L	2.42	1.75	4.91	203
VC	L	4.92	4.00	4.24	86
TLC	L	7.54	6.39	9.15	121
RV % TLC	%	36.19	27.21	53.65	148
R tot	kPa/(L/s)	0.30	0.30	0.50	167
sR tot	kPa*s	1.18	1.18	3.50	297
sG tot	1/(kPa*s)	0.85	0.85	0.29	34
DLCO_SB	mmol/(min*kPa)	10.54	8.22	4.44	42
DLCOcSB	mmol/(min*kPa)	10.54	8.22	4.25	40
KCO_SB	mmol/(min*kPa*L)	1.40	1.02	0.69	49
KCOc_SB	mmol/(min*kPa*L)	1.40	1.02	0.66	47
VA Single Breath	L	7.39	7.39	6.43	87
Cap=1/art=2				1.00	
Hb	mmol/L			10.10	
pH				7.41	
pCO2	kPa			5.21	
pO2	kPa			7.60	
BE	mmol/L			0.00	
act.bic	mmol/L			24.90	
CoHb	%				
SpO2	%			95	

Age: 57 Years
Height: 183.0 cm
Weight: 95.6 kg
BMI: 29
Gender: male
Smoking: Ja, 60 sig/d



COPD in de laatste fase

Wanneer?



- Is dhr Lansen in de palliatieve/laatste fase?
- Meer dan 2 punten?
- Denken wij dat dat klopt?

Patiënt 2 Mw Lansink 53 jaar



Voorgeschiedenis:
hypertensie, COPD

Anamnese:

Toename dyspnoe sinds 6 maanden heeft
meerdere kuren prednison gehad

ADL taken moeizaam, weinig actief

Goede eetlust, afgevallen

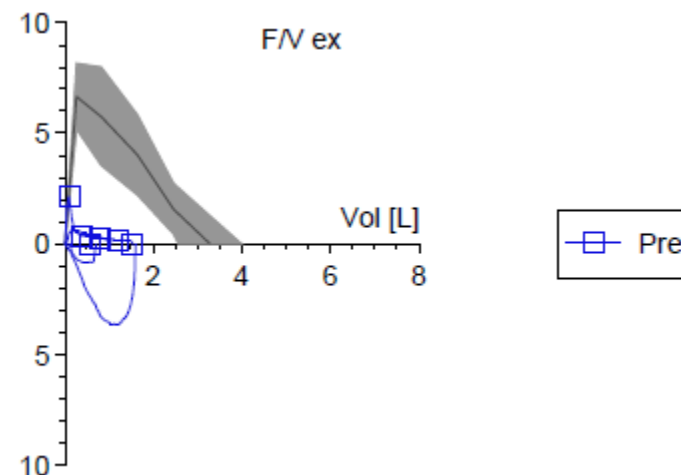
25 PY gerookt, 3 jaar gestopt

Sat 89%

Age: 53 Years
Height: 170.0 cm
Weight: 38.0 kg
BMI: 13
Gender: female
Smoking: Ex



		Pred	LLN	Pre	%Pred
Meas date				27.10.15	
Meas time				10:29	
Substance					
Dose					
VC IN	L	3.37	2.68	1.57	46
ERV	L	0.94	0.94	0.86	92
FVC	L	3.26	2.56	1.50	46
FEV 1	L	2.79	2.16	0.55	20
FEV 1 % VC MAX	%	79.03	68.32	34.92	44
PEF	L/s	6.65	5.17	2.16	32
MMEF 75/25	L/s	3.24	1.84	0.25	8
FIV 1	L			1.55	
FIV 1 % VC MAX	%			99.16	
FRCpleth	L	2.86	2.04	7.28	255
ERV	L	0.94	0.94	0.86	92
RV	L	1.92	1.35	6.42	334
VC	L	3.37	2.68	1.57	46
TLC	L	5.43	4.44	7.99	147
RV % TLC	%	36.98	27.39	80.00	216



COPD in de laatste fase

Wanneer?



- Is mw Lansink in de palliatieve/laatste fase?
- Meer dan 2 punten?
- Denken wij dat dat klopt?

- Wanneer start de palliatieve/laatste fase?
- Discussie en vragen



COPD palliatieve zorg: Angst

- Angst is veel voorkomend bij COPD (10-50%)
- Nagaan of er sprake is van een angststoornis en/of een depressieve stoornis, delier of insomnia
- Angst en stemmingsstoornissen hebben een negatieve invloed op dyspnoe, functioneren en kwaliteit van leven



Angst en COPD

Gezien de beperkte literatuur betreffende antidepressiva en COPD is hier geen uitspraak over te doen

Benzodiazepines voor angst bij COPD:

- Oxazepam 3 dd 5-10 mg
- Lorazepam 1-3 dd 0,5-4 mg
- Diazepam 1-2 dd 2-10 mg

Mogelijke effecten van benzodiazepines op ademhaling dienen besproken te worden.



COPD palliatieve zorg: dyspnoe

- Opioiden bestrijden kortademigheid (oraal of parenteraal) worden
- starten met morfine wanneer luchtwegmedicatie geen verlichting van de kortademigheid meer geeft
- Proportioneel toegediende opioiden geven geen versnelling van de dood en geen toename van sufheid bij mensen met ernstig COPD.



Behandeling van dyspnoe met opioïden

Bij ernstige dyspneu kan morfine worden gegeven in de volgende doseringen bij een opioïd naïeve patiënt:

- Startdosis: 4-6 dd 5 mg oraal/4-6 dd 2,5-5 mg subcutaan

Bij onvoldoende effect de uitgangsdosering met 50% verhogen

- Onderhoudsdosis: 24-uursbehoefte:
dagdosis in preparaten met vertraagde afgifte (pleister)

Zuurstoftherapie



- Geen bewijs dat zuurstoftherapie in de palliatieve fase effectief is ter bestrijding van dyspnoe
- individuele patiënt kan er wel baat bij hebben
- belang te communiceren met de patiënt en diens omgeving dat het effect van zuurstoftherapie beperkt is en er geen relatie bestaat tussen de ervaren dyspnoe en zuurstofsaturatie
- Zuurstoftherapie kan worden overwogen in de palliatieve fase zijn daarbij qua vergoeding doorgaans geen belemmeringen



Patiënt 2 Mw Lansink 53 jaar

Voorgeschiedenis:
hypertensie, COPD

Anamnese:

Toename dyspnoe sinds 6 maanden, heeft meerdere kuren prednison gehad is angstig en woont alleen

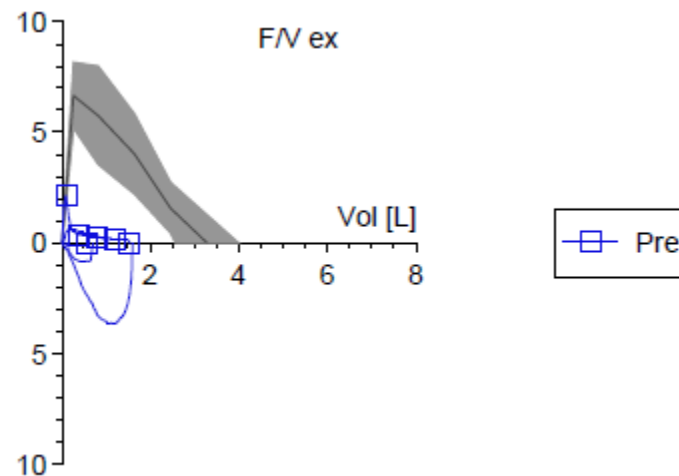
ADL taken moeizaam benauwd en uitgeput na aankleden, weinig actief
Goede eetlust, afgevallen

25 PY gerookt, 3 jaar gestopt
Sat 89%

Age: 53 Years
Height: 170.0 cm
Weight: 38.0 kg
BMI: 13
Gender: female
Smoking: Ex



		Pred	LLN	Pre	%Pred
Meas date				27.10.15	
Meas time				10:29	
Substance					
Dose					
VC IN	L	3.37	2.68	1.57	46
ERV	L	0.94	0.94	0.86	92
FVC	L	3.26	2.56	1.50	46
FEV 1	L	2.79	2.16	0.55	20
FEV 1 % VC MAX	%	79.03	68.32	34.92	44
PEF	L/s	6.65	5.17	2.16	32
MMEF 75/25	L/s	3.24	1.84	0.25	8
FIV 1	L			1.55	
FIV 1 % VC MAX	%			99.16	
FRCpleth	L	2.86	2.04	7.28	255
ERV	L	0.94	0.94	0.86	92
RV	L	1.92	1.35	6.42	334
VC	L	3.37	2.68	1.57	46
TLC	L	5.43	4.44	7.99	147
RV % TLC	%	36.98	27.39	80.00	216



COPD palliatie?



Mevrouw Lansink heeft al inhalatiemedicatie

- Behandelen met antidepressiva, benzodiazepines, morfine?
- Zuurstof aanvragen?
- Vragen en discussie

COPD advanced care planning (ACP)



Advance care planning is het proces van communicatie tussen artsen en patiënten en hun naasten over:

- prognose, wensen en doelen**
- voorkeuren voor levensverlengende behandelingen (reanimeren/beademen)**
- zorg tot aan en in de laatste levensfase**



Wie? Wanneer

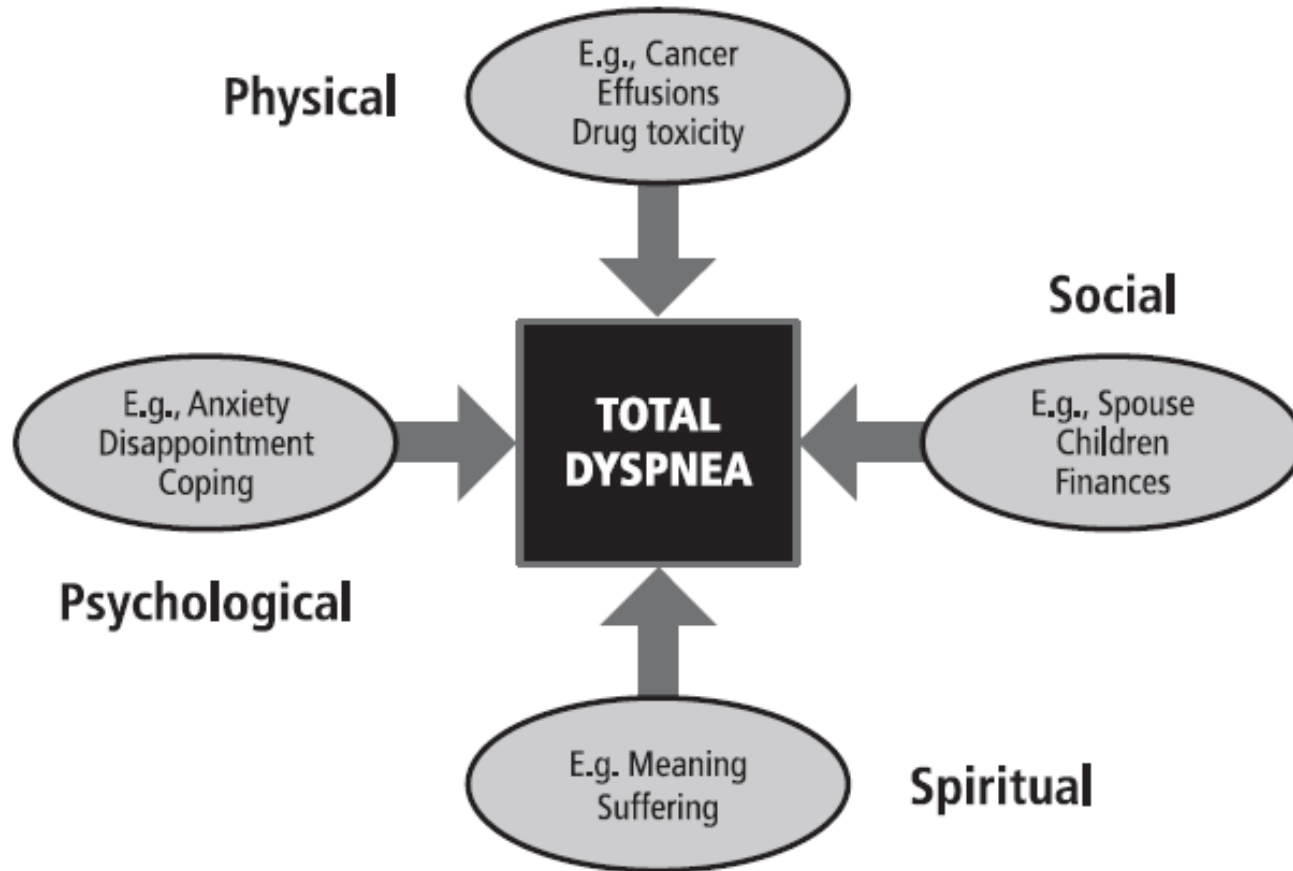
Wie?

- De longarts, de huisarts of eventueel een longverpleegkundige

Wanneer?

- Indien er sprake is van ernstig COPD en of ernstige comorbiditeit waardoor de patiënt richting palliatieve fase gaat, is ACP op zijn plaats.
- Patiënt 1 Dhr Lansen: al plannen? wie?
- Patiënt 2 Mw Lansink: al plannen? wie?

Aandacht bij ACP



COPD advanced care planning (ACP)



Vragen/discussie bespreken praktijk:

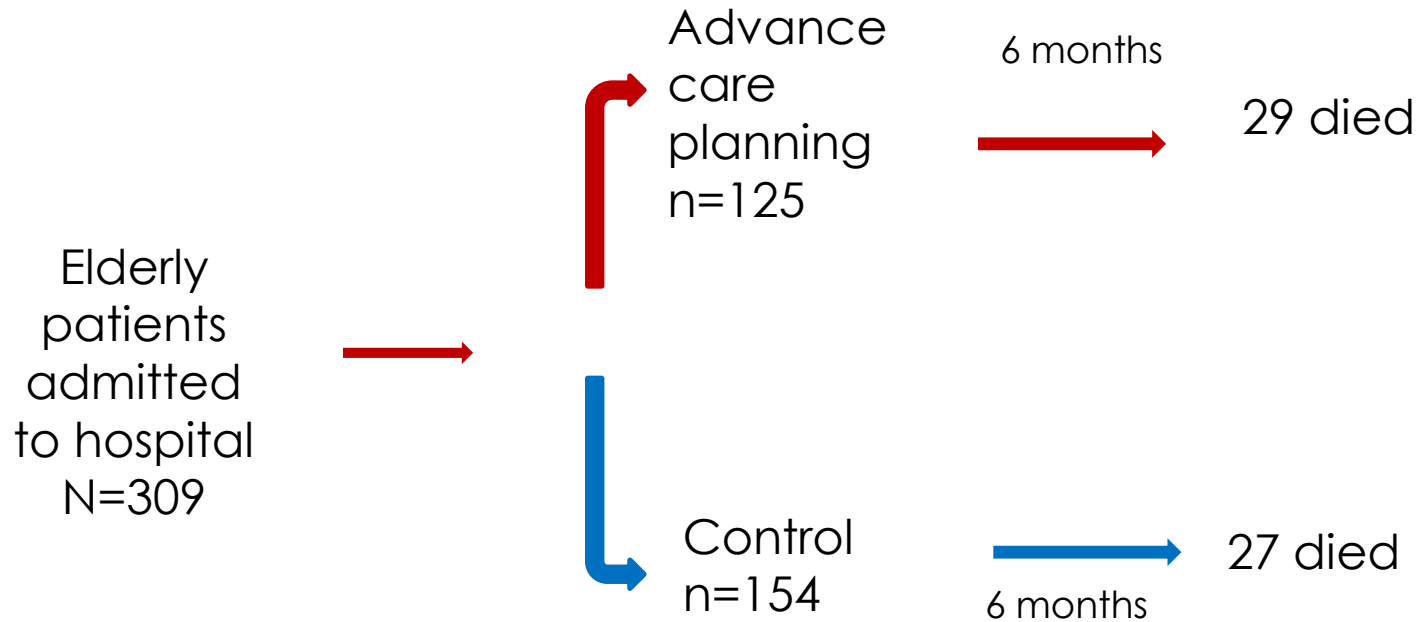
- hoe doen we het nu?
- hoe bespreken we prognose-angsten-doelen
voorbeelden uit praktijk

Voorbeeldzinnen



- stel ik ben een oude vriend die u na jaren weer tegen komt, hoe zou u uitleggen wat U mankeert
- zou het lukken mij duidelijk te maken wat zo'n ziekte met u en uw omgeving doet
- ik zou hartstikke bang zijn om te stikken, heb je dat ook?
- Bij moeilijke momenten: wat hielp je om verder te komen bij moeilijke momenten in je leven? Zou dat je ook kunnen helpen als je moeilijke momenten hebt met je COPD

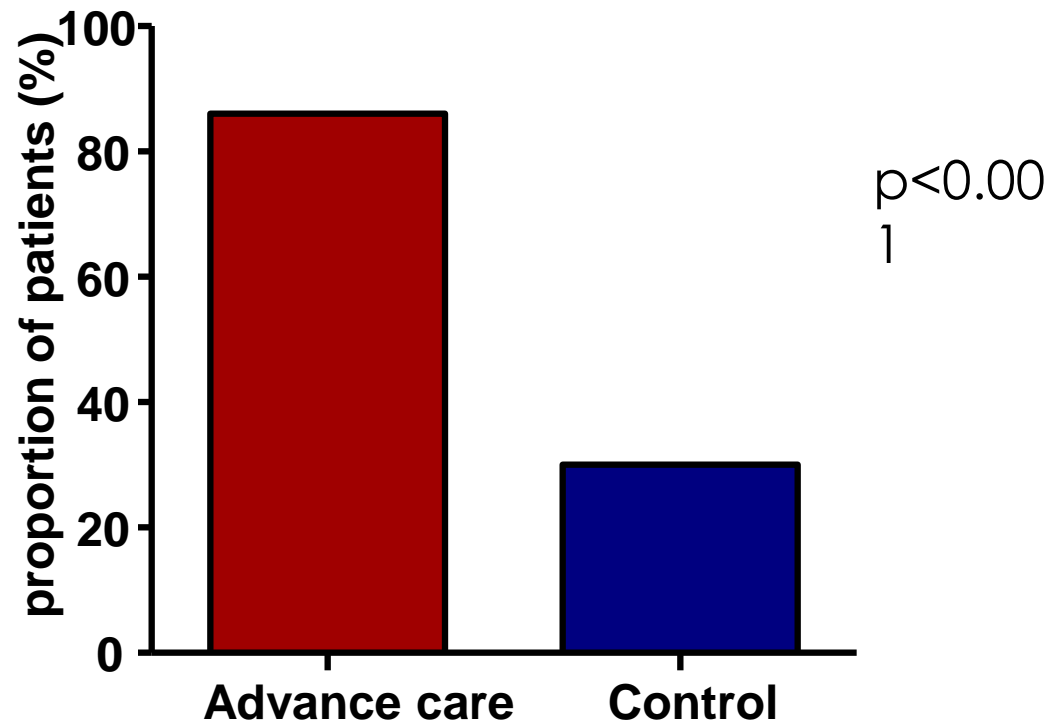
Waarom?: Impact Advance care planning





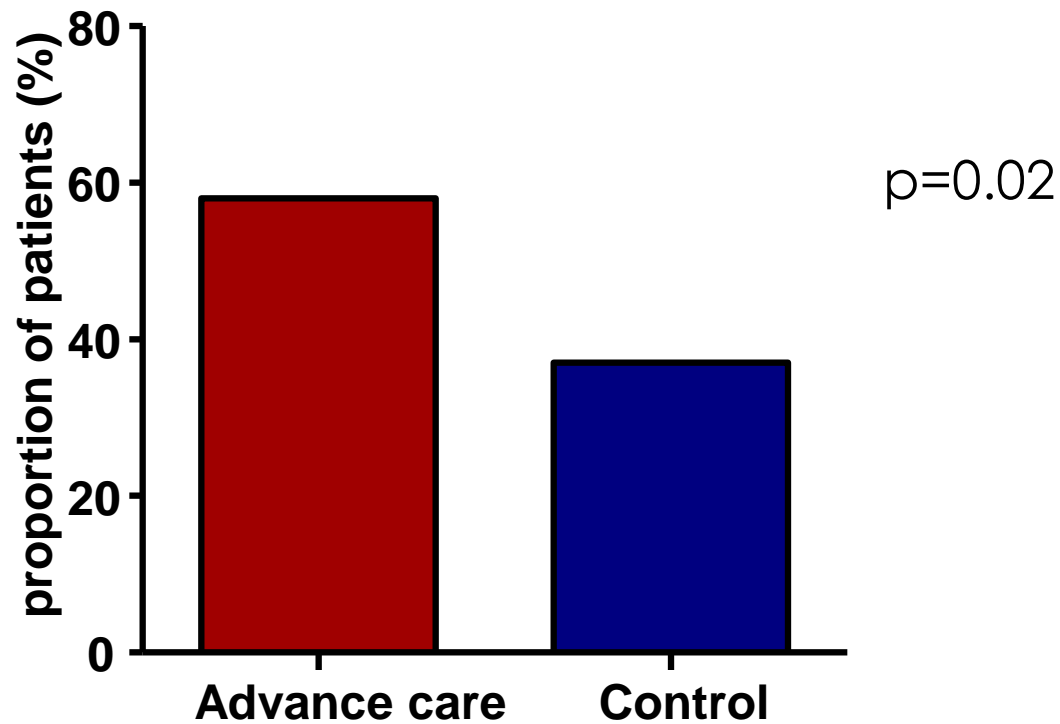
Waarom ACP?

Wensen bekend en gevolgd



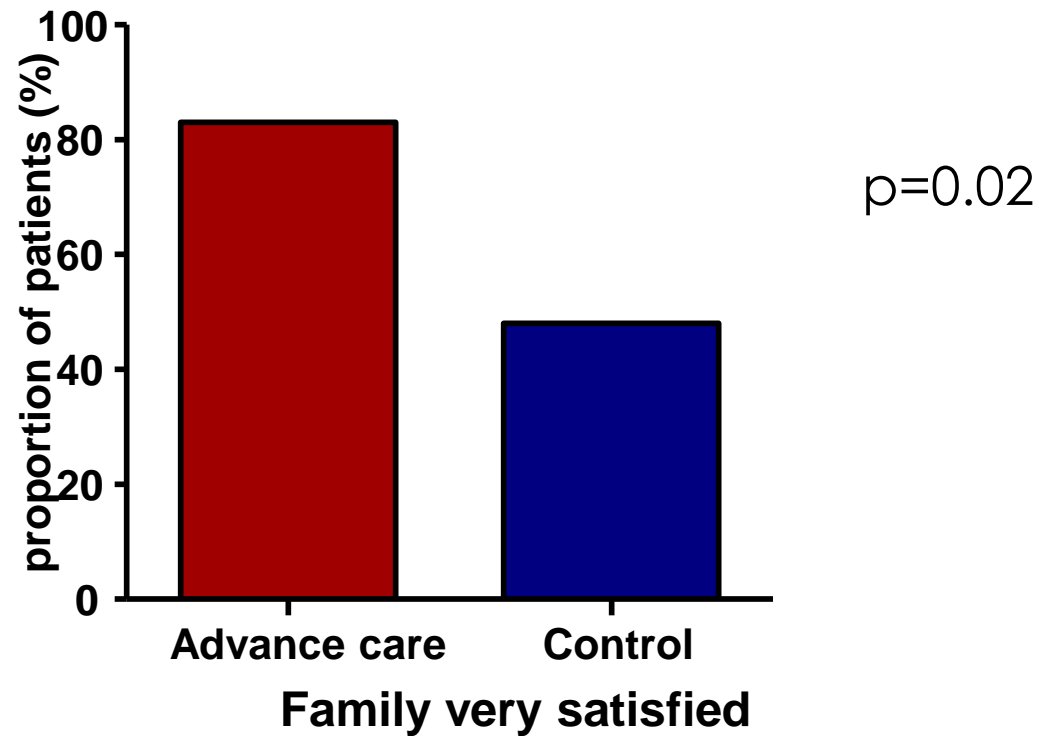


Waarom ACP? Betrokken bij besluitvorming



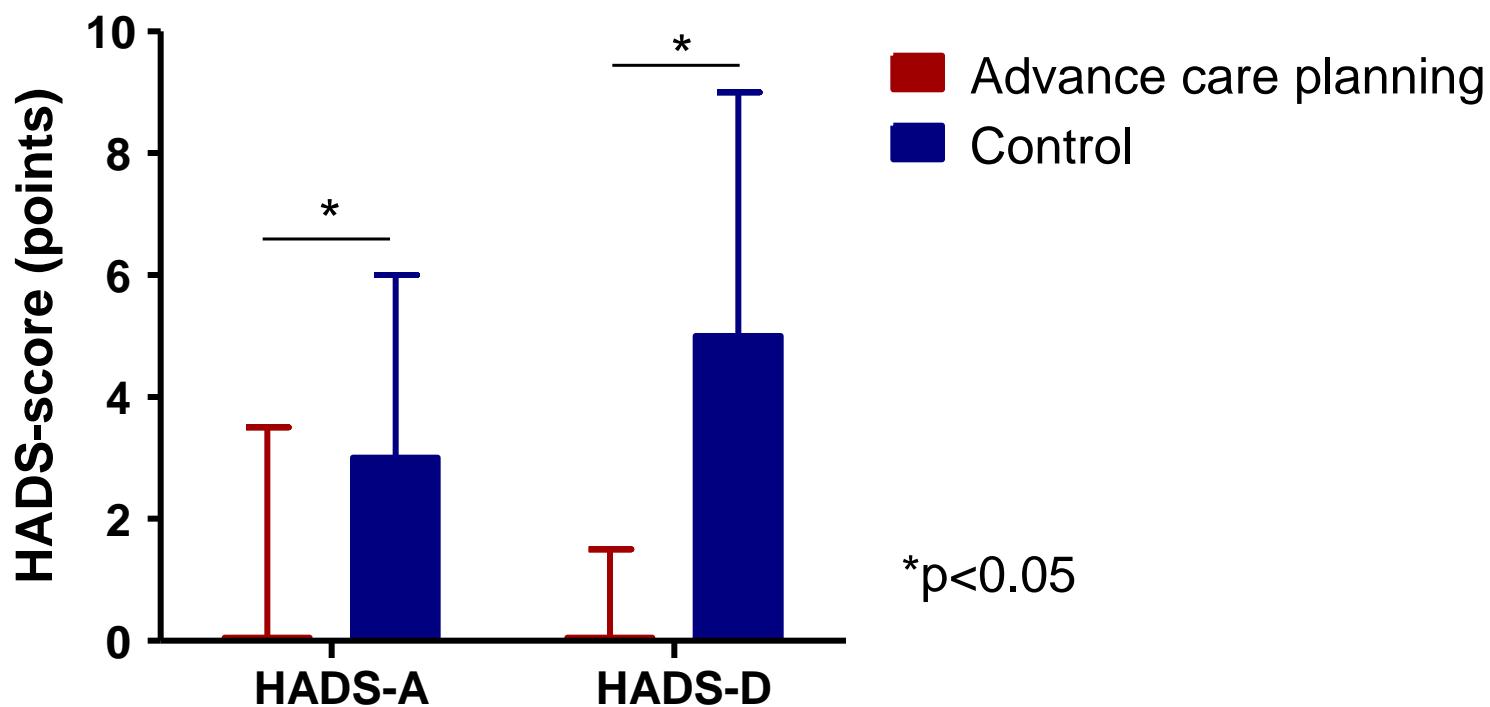


Waarom ACP? Tevredenheid sterfbed





Waarom ACP: Angst en depressie bij naasten



Hoe?



- 1^e gesprek: wat en waarom van ACP
- 2^e gesprek: emoties en angsten
- 3^e gesprek: afspraken maken
- In volgende gesprekken wordt hierop teruggekomen

Belang prognostische informatie en het behouden van hoop is van belang

COPD advanced care planning (ACP)



Vragen/discussie bespreken praktijk:

- hoe doen we het nu?
- hoe zou het moeten?
- is er tijd voor?