

Door het voorleggen van casuïstiek wil het IKA de mogelijkheid van consultatie onder uw aandacht brengen. Wanneer u deze nieuwsbrief (niet meer) wilt ontvangen graag een e-mail naar [info@ikca.nl](mailto:info@ikca.nl). Uw reacties zijn welkom bij [m.klinkenberg@ikca.nl](mailto:m.klinkenberg@ikca.nl).



**Yvonne van Ingen**  
Arts-consulent palliatieve zorg  
en SCEN-arts

Informatie over het IKA en de netwerken palliatieve zorg in uw regio: [www.ikcnet.nl/ika](http://www.ikcnet.nl/ika)

## Casus

65-jarige man met een niet-kleincellig longcarcinoom met ernstige dyspoe. Hij heeft een euthanasieverklaring.

## Diagnose en prognose

Sinds 4 maanden is deze diagnose bekend.

Patiënt is met palliatieve chemotherapie gestart. De eerste kuur leidde tot een opname wegens dehydratie. Tweemaal was er sprake van longembolieën.

Patiënt heeft aan de specialist te kennen gegeven af te zien van verdere behandeling.

Bij huisarts en specialist heeft hij een euthanasieverklaring achtergelaten. Zowel de huisarts als de specialist hebben hun bereidheid hiertoe aangegeven.

## Medicatie

MS Contin 10 mg 2 dd 1

Burinex 1 mg 2 dd 2

Pariet 20 mg 1dd 1

Primperan sup 20 mg, zo nodig tot max. 3x / 24 uur

Temazepam 20 mg 1 x 1 zo nodig a.n.

Oxazepam 10 mg zo nodig tot 3 dd 10 mg

## Exploratie

Dienstdoend huisarts wil graag ruggespraak houden en overlegt met arts-consulent palliatieve zorg Yvonne van Ingen. De huisarts voelt zich onder druk gezet door familie om een opname te regelen. Familie vindt dat het te lang duurt en kan het lijden niet aanzien, patiënt is te benauwd. Patiënt heeft met zijn huisarts een afspraak over euthanasie, maar de huisarts is nu, in het weekend, niet bereikbaar. Patiënt wil niet meer naar het ziekenhuis, maar wil wel van zijn benauwdheid af, of euthanasie.

De afgelopen weken thuis zijn redelijk verlopen. Het functioneren werd geleidelijk minder.

Patiënt at slechts kleine beetjes. Patiënt is cachectisch.

Sinds vandaag is patiënt bedlegerig. Van pijn is geen sprake.

Huisarts beschrijft bevindingen bij lichamelijk onderzoek. Patiënt ziet grijs, hij is fors kortademig en hij heeft geen koorts. Pols is regelmatig en bij percussie en auscultatie zijn aanwijzingen voor pleuravocht.

Familie maakt paniekerige indruk.

Inzet van thuiszorg heeft patiënt tot nu toe afgewezen.

## Werkhypothese

Er is sprake van een acute crisis waarbij verschillende factoren een rol spelen.

Op somatisch vlak draagt tumorprogressie in de vorm van pleuravocht bij aan de kortademigheid. Differentiaaldiagnostisch moet aan een recidief longembolie gedacht worden.

Op sociaal vlak speelt de draagkracht van de familie een rol. Op psychisch vlak speelt de angst van de patiënt een rol. Is hij bang voor de dood? Is hij bang om te stikken?

## Advies

Belangrijk is rust en vertrouwen te creëren door een behandelplan op te stellen en dit met patiënt en familie door te spreken. Angst en onrust, bij patiënt en omgeving, hebben grote invloed op de dyspnoe. Het is van belang in het gesprek hier aandacht aan te besteden.



**Professionele hulpverleners kunnen de IKA-consultteams telefonisch raadplegen. Dit advies is kosteloos.**

**Helpdesk palliatieve zorg Amsterdam**

Tel: 0900-202 17 45

Open: ma-vr 9.00 uur - 19.00 uur

**Consultteam Palliatieve Zorg Midden- en Zuid-Kennemerland & Amstelland en Meerlanden**

Tel: 023-557 55 77

Open: ma-vr 8.00 uur - 17.00 uur

**Consultteam Palliatieve Terminale Zorg West-Friesland**

Tel: 0299-20 69 98

Open: ma-vr 9.00 uur - 17.00 uur

**Consultteam Palliatieve Zorg Noord-Kennemerland & Kop van Noord-Holland**

Tel: 072-548 44 44 (via portier MCA)

Open: ma-zo 24 uur per dag

**Voor informatie over het IKA beleid Palliatieve Zorg en bij- en nascholingen kunt u contact op nemen met het IKA.**

**Plesmanlaan 125  
1066 CX Amsterdam  
Tel: 020-346 25 55**

Patiënt geeft aan niet meer naar het ziekenhuis te willen.

Duidelijk is dat voor een euthanasieprocedure tijd nodig is. Bovendien is de eigen huisarts niet bereikbaar. Ook in het ziekenhuis kan dit niet acuut uitgevoerd worden. Dus in deze acute situatie biedt euthanasie geen oplossing.

Maak een inschatting of de rust in de thuissituatie terug te brengen is. Zo niet, overweeg dan tijdelijke opname.

> Medicamenteuze behandeling van de dyspnoe: morfine

Bij chronisch opioïd gebruik: 25-50 % van de 24 uren dosis **extra** voor de dyspnoe.

Bij deze patiënt is sprake van chronisch gebruik en betekent 50% extra van de huidige dosis van 20 mg = 10 mg extra. Daarnaast blijft de 20 mg dosis nodig voor de pijn. Totale nieuwe dosis wordt dan 30 mg / 24 uur. In verband met het moeizame slikken wordt een vleugelnaaldje geplaatst en een pomp aangesloten. Om de orale dosis om te rekenen naar subcutaan moet de dosis door 3 gedeeld worden (dus 10 mg subcutaan via een pomp).

Bij een opioïd naïeve patiënt start men in het algemeen met 2,5-5 mg subcutaan of 7,5 -15 mg per os à 4 uur.

Bij morfine gebruik moet een laxans afgesproken worden.

*Literatuur: IKMN oncologieboek deel II: richtlijnen palliatieve zorg: p. 169-171.*

> Niet-medicamenteus advies:

Het is raadzaam de thuiszorg in te schakelen. De verpleging kan aandacht besteden aan de verpleegkundige interventies bij dyspnoe: een goede houding in bed en het belang van frisse lucht, observatie urineproductie en obstipatie. Naast het leveren van zorg kunnen zij het systeem ondersteunen, angst bespreekbaar maken en hebben zij een signalerende functie naar de arts.

**Epiloog**

Met bovenstaande maatregelen was het mogelijk dat de patiënt thuis bleef tot zijn overlijden enkele dagen later. De dyspnoe was op een aanvaardbaar niveau. Indien de morfine onvoldoende verlichting gebracht zou hebben, zou aanvullend sedatie met dormicum toegepast kunnen worden.

Bij een euthanasieverzoek is het niet wenselijk sedatie toe te passen om de euthanasie te ontlopen. Bij het in ontvangst nemen van een wilsverklaring dient aandacht besteed te worden aan het alternatief van sedatie. Daarnaast dient benadrukt te worden dat voor een euthanasieprocedure tijd nodig is. Bij een terminale patiënt zijn afspraken omtrent de bereikbaarheid van de eigen huisarts van belang (wel / niet achterlaten van een 06 nummer, overdracht aan huisartsenpost). Familie gaf achteraf aan tevreden te zijn met de afloop.

Specialist gaf achteraf aan dat euthanasie sec geen reden voor opname in het ziekenhuis behoort te zijn.

---

**Symposium over palliatieve sedatie**

Op woensdag 12 oktober wordt in het MCA te Alkmaar een symposium over sedatie gehouden. Voor inlichtingen: [netwerk.palliatievezorg.nk@planet.nl](mailto:netwerk.palliatievezorg.nk@planet.nl)

**Wanneer belt u het team en wat kunt u dan verwachten?**

U kunt het team bellen met een concrete vraag, maar ook omdat u uw eigen handelswijze wilt toetsen of ruggespraak wilt houden.

Consulenten zijn opgeleid voor telefonische consultatie en door middel van exploratie proberen zij zo goed mogelijk zicht te krijgen op de casus en uw probleem.

De consulten worden landelijk (anoniem) geregistreerd. Op die manier kan o.a. scholingsbehoefte in kaart gebracht worden. Ook worden de consulten anoniem in casuïstiekbesprekingen van het consultteam besproken.

Wanneer de consulent op het moment dat u belt weinig tijd heeft wordt u later teruggebeld.