

samenvatting richtlijn

Palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen

Het is gewenst dat u als zorgverlener deze richtlijn kent.
Raadpleeg de meest recente versie van de richtlijn op
www.pallialine.nl of bekijk de samenvatting in de app PalliArts.

Palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen

Samenvatting

De richtlijn Palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen is zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en consensus. Hoewel de bewijslast van de meeste onderzoeken laag is, beogen we met de huidige aanbevelingen over palliatieve zorg verbetering van de begeleiding en behandeling van patiënten met eindstadium nierfalen.

Hoe wordt palliatieve zorg vormgegeven?

- Besteed aandacht aan alle dimensies van de palliatieve zorg: lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel. Verleen basale zorg op al deze gebieden. Consulteer deskundigen of verwijs, indien noodzakelijk.
- Voer regelmatig een gesprek om de situatie en wensen van patiënt en naasten te evalueren.
- Stel een individueel zorg- en behandelplan op, gebaseerd op de individuele doelen, behoeften, grenzen en wensen van de patiënt.
- Anticipeer op situaties die zich in de toekomst kunnen voordoen (inclusief het staken van dialyse). Houd rekening met verschillen in taal, laaggeletterdheid en/of cultuur.
- Schakel een professionele tolk in bij patiënten die beperkt Nederlands spreken, ook indien de naasten bereid zijn te tolken.
- Stel uzelf bij iedere (nieuwe) complicatie of bij toename van de ziekte de vraag of u verbaasd zal zijn als de patiënt binnen een jaar overleden is. Deze vraag kan ook aan de patiënt gesteld worden.
- De werkgroep is van mening dat de multidimensionele benadering, zoals gepropageerd in de definitie van palliatieve zorg van de WHO evenzeer van toepassing is bij patiënten met eindstadium nierfalen die een ingeschatte levensverwachting hebben van meer dan een jaar.
- Als ingeschat is dat de patiënt binnen een jaar zal overlijden, bespreek dan scenario's voor het verdere beloop en ga na, indien bespreekbaar, wat de wensen en verwachtingen van de patiënt zijn voor wat betreft het levenseinde (inclusief het staken van dialyse).
- Ga in het gesprek in op symptomen en betekenis daarvan voor het lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel functioneren.
- Identificeer de mantelzorgers, stel de behoeften en voorkeuren van zowel de patiënt als de mantelzorger in onderling overleg vast en probeer deze te integreren en regelmatig bij te stellen.

Bij de beslissing om dialyse niet te starten of om dialyse te staken

- Draag zorg voor een zorgvuldige besluitvorming.

Bespreek ook het te verwachten beloop als wordt besloten om niet te starten of om te stoppen met dialyse.

- Bespreek de volgende zaken als besloten is om dialyse niet te starten of te staken: levensverwachting, symptomatologie, medicatie, voeding & vocht, beleid t.a.v. reanimeren en evt. ICD, psychosociale begeleiding, wettelijk vertegenwoordiger, wettelijke regelingen, gewenste plaats van overlijden, beslissingen rond het levenseinde.
- Draag de zorg tijdig mondeling en schriftelijk over aan de eerste lijn.

Bij conflicten over het wel of niet starten met dialyse of het staken ervan

- Gebruik de methodiek van de Gedeelde Besluitvorming.
- Indien dit niet leidt tot consensus: onderzoek met een stapsgewijze gespreksmethodiek de beweegredenen van de patiënt.
- Betrek zo nodig zorgverleners van buitenaf.
- Overweeg een 'tijdsgebonden proefperiode' van dialyse.

Advance care planning (ACP)

- Start gestructureerde patiëntgeoriënteerde ACP bij voorkeur in een vroeg stadium bij patiënten:
 - >75 jaar
 - met een negatief antwoord op de vraag of de behandelaar verbaasd is als de patiënt binnen een jaar zou overlijden
 - met een Charlson Comorbidity Index ≥ 6 of ≥ 5 met ziekenhuisopname in de afgelopen zes maanden
 - met de wens om niet te starten of te stoppen met dialyse
 - met de wens ACP bespreekbaar te maken
- Neem als behandelend arts het initiatief om ACP bespreekbaar te maken.
- Bespreek voor de patiënt relevante zaken, zoals redenen om dialyse niet te starten of te staken, reanimatiebeleid, wilsbeschikking, gewenste plaats van overlijden en beslissingen rond het levenseinde en leg dit vast in het dossier van de patiënt.
- Evalueer minimaal 1x per jaar de gemaakte ACP-afspraken.

Bij slaapstoornissen

- Evalueer de oorzaak van het slaapprobleem en behandel deze, indien mogelijk.
- Start met niet-medicamenteuze interventies.
- Kies bij ernstige slaapproblemen, een acute behandelindicatie of een levensverwachting <4 weken voor een benzodiazepine-agonist (zolpidem 5-10 mg of temazepam 10-20 mg) en in andere gevallen voor 3 mg melatonine. Gezien de individuele variatie van de fysiologische melatoninepiek, zal de optimale dosering melatonine en het optimale toedieningstijdstip waarschijnlijk individueel verschillen.
- Overweeg bij onvoldoende effect toevoeging van een sederend antihistaminicum of een sederend

antidepressivum of antipsychoticum. Cave anticholinerge bijwerkingen (met name delier) bij oudere patiënten.

Bij nociceptieve pijn

- Start met paracetamol in een dosering tot maximaal 4 dd 1000 mg p.o. of rectaal.
- Chronisch (>2 weken) gebruik van NSAID's wordt niet aanbevolen.
- Start bij onvoldoende effect van paracetamol met fentanyl transdermaal (12 ug/uur). Alternatieven zijn lage dosis SR hydromorfon, SR oxycodon, tramadol en buprenorfine transdermaal. Het gebruik van codeïne en morfine wordt afgeraden.
- Geef bij onvoorspelbare doorbraakpijn bij voorkeur een snelwerkend fentanylpreparaat en bij voorspelbare doorbraakpijn IR hydromorfon of oxycodon of een snelwerkend fentanylpreparaat. Houd rekening met de tijd die nodig is voor het pijnstillende effect optreedt.
- Pas opioïdrotatie toe bij onvoldoende effect en/of onaanvaardbare bijwerkingen van het sterk werkende opioïd.
- Let op voorschrijven van laxantia in combinatie met opioïden.

Bij neuropathische pijn

- Start met lage dosis pregabaline (1dd 25 mg) of gabapentine (100-300 mg om de dag).
- Overweeg bij onvoldoende effect een behandeling met een tricyclisch antidepressivum (nortriptyline of desipramine) of een SNRI (venlafaxine of duloxetine).
- Voeg zo nodig een sterk werkend opioïd (in combinatie met een laxans) toe, zoals bij nociceptieve pijn.

Bij gemengd nociceptieve en neuropathische pijn

- Start met een sterk werkend opioïd (in combinatie met een laxans), zoals bij nociceptieve pijn.
- Voeg pregabaline of gabapentine toe bij onvoldoende effect.

Bij dyspneu

- Start bij dyspneu door overvulling bij patiënten die niet (meer) gedialyseerd worden en nog restdiurese hebben met hoge doseringen lisdiuretica of overweeg eenmalige geïsoleerde ultrafiltratie bij patiënten die gestopt zijn met dialyse.
- Start met een sterk werkend opioïd (in combinatie met een laxans), zoals bij nociceptieve pijn.
- Geef bij acute dyspneu een snelwerkend fentanylpreparaat of een IR opioïd (hydromorfon, oxycodon, bij incidentele toediening morfine).

Bij jeuk

- Start met een neutrale vette crème.

- Start bij onvoldoende effect hiervan met gabapentine (1dd 100-300 mg) of pregabaline (1dd 25 mg).

Bij restless legs

- Geef leefstijladviezen: goede slaaphygiëne, beperken van gebruik van cafeïne en alcohol, stoppen met roken, veel bewegen en koude of warme voetbaden.
- Geef bij onvoldoende effect een proefbehandeling met ropinirol (1dd 0,25 mg tot max 3 mg).
- Overweeg bij onvoldoende effect behandeling met gabapentine (1dd 100 mg).

Bij delier

- Evalueer factoren die delier uitlokken en daaraan bijdragen (somatisch, medicamenteus) en behandel deze indien mogelijk.
- Zet altijd niet-medicamenteuze interventies in.
- Start een medicamenteuze behandeling van een delier alleen indien niet-medicamenteuze behandelingen van delier niet werkzaam zijn en/of in geval van hinderlijke symptomen, zoals agitatie en psychotische verschijnselen.
 - Start met haloperidol (0,5-2 mg).
 - Geef lorazepam (0,5-2 mg) bij aanhoudende agitatie.
 - Kies voor lage dosis atypische antipsychotica (risperidon (0,25 mg), clozapine (6,25 mg), olanzapine (2,5 mg)) als alternatief voor haloperidol in geval van een contra-indicatie voor of bijwerkingen van haloperidol. Kies bij M. Parkinson of Lewy body dementie primair voor clozapine.

Bij depressie

- Behandel predisponerende factoren, zoals pijn die niet onder controle is, behandel comorbiditeit of wijzig medicatie die invloed heeft op de stemming.
- Bied altijd ondersteunende gesprekken aan met specifieke aandacht voor emotionele, gedragsmatige en sociale aspecten.
- Overweeg bij een aanpassingsstoornis of een depressieve stoornis verwijzing naar een GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en/of psychotherapeut voor specifieke psychotherapie.
- Overweeg bij een depressieve stoornis medicamenteuze behandeling: 1. sertraline (25 tot max 200 mg) of citalopram (20 tot max 40 mg) 2. mirtazapine (15 tot max 45 mg).