

PROACTIEVE ZORGPLANNING NIERFALEN, ADVANCED CARE PLANNING (ACP)

In onderstaande groepen patiënten met eindstadium nierfalen staat de behoefte aan palliatieve zorg het meest op de voorgrond:

1. de patiënt die besluit geen nierfunctievervangende therapie te willen starten;
2. de kwetsbare patiënt in de dialysefase met een hoog risico op overlijden op korte termijn;
3. de patiënt die besluit dialyse te staken.

Bij patiënten met eindstadium nierfalen:

Zorg voor duidelijkheid over de taakverdeling en voor goede afstemming en overdracht tussen alle betrokken zorgverleners. Zorg voor voldoende afstemming en communicatie tussen huisarts of specialist ouderengeneeskunde en nefroloog en doe dit zo vroeg mogelijk in het behandeltraject. Zorg dat het voor de patiënt op ieder moment duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is en wie de centrale zorgverlener. In de thuissituatie kan dit de huisarts of de contactpersoon van de thuiszorgorganisatie zijn. Deze zorgverlener (coördinator van zorg) is aanspreekpunt voor patiënt, diens naasten en andere zorgverleners, en verantwoordelijk voor communicatie, coördinatie en continuïteit. Belangrijke gegevens uit het medisch dossier zijn bij de patiënt (kopie). Draag er zorg voor dat patiënt is aangemeld bij LSP en maak een overdracht voor de huisartsenpost. Vraag bij moeilijk behandelbare symptomen en/of complexe problemen hulp van deskundigen, bijvoorbeeld van een palliatief team.

Wanneer de palliatieve fase gemarkeerd wordt is dit een gepast moment om gezamenlijk na te denken en te spreken over de betekenis van de laatste levensfase en het proces van proactieve zorgplanning. ACP heeft een positief effect op het welbevinden van de patiënt en naasten, en op de kwaliteit van zorg en maakt standaard onderdeel uit van de palliatieve zorg.

Afspraken in de ACP worden vastgelegd in een individueel zorgplan. De zorg wordt afgestemd op de doelen, behoeften en wensen van patiënt en naasten. Aandacht is er voor de mogelijkheden van zelfmanagement van de patiënt en diens behoefte aan eigen regie. Het individuele zorgplan wordt opgesteld door patiënt en zorgverlener.

In ieder gesprek is er aandacht voor:

- begrip bij de patiënt over diagnose, prognose en mogelijk beloop
- de zorgvragen en problemen
- beloop sinds vorige contact
- wensen en doelen van patiënt, haalbaarheid van doelen
- resterende vragen en zorgen van patiënt en naasten

ACP en zorgplan bestaan uit de vier dimensies van palliatieve zorg: lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel.

LICHAMELIJK:

Aandacht voor:

Zorgbehoefte in de thuissituatie: zelfzorg, zelfredzaamheid, extra hulp(middelen)
Mobiliteit, lopen, valgevaar, hulp(middelen)

Er worden afspraken gemaakt over vocht, voeding, antibiotica, beleid bij calamiteiten

De volgende symptomen worden besproken, die bij patiënten met nierfalen een andere behandeling rechtvaardigen dan bij de groep patiënten zonder nierfalen, omdat hier soms andere oorzaken aan ten grondslag liggen en de dosis of keuze van de medicatie anders is dan bij patiënten zonder nierfalen. Voor uitgebreide adviezen, met name de niet medicamenteuze adviezen, kunnen de richtlijnen van Pallialine geraadpleegd worden.

Bij slaapstoornissen

Medicamenteuze behandeling

melatonine 3 mg/dag om 21.00-22.00u

inslaapproblemen zolpidem 5 tot 10 mg a.n. of zopiclon 3,75 tot 15 mg a.n.

doorslaapproblemen temazepam 10 tot 20 mg a.n.

sederend antihistaminicum promethazine, levomepromazine (als toevoeging aan een benzodiazepine)

sederend antidepressivum, trazodan, mirtazapine

Bij pijn:

Stapsgewijze benadering: Ga naar de volgende stap als de vorige stap onvoldoende effect heeft en/of met onaanvaardbare bijwerkingen gepaard gaat.

Gebruik een gevalideerde pijnscore om de ernst van de pijn en het effect van de behandeling te monitoren.

Bij nociceptieve pijn

- Start met paracetamol in een dosering tot maximaal 4dd 1000 mg p.o. of rectaal.
- Geef kortdurend NSAID's alleen als er geen sprake is van diurese en geen wens tot behoud van de nierfunctie.
- Start bij onvoldoende effect van paracetamol met een sterk werkend opioïd (in combinatie met een laxans)
 - Fentanyl transdermaal (in een dosering van 12 ug/uur) is het middel van eerste keuze.
 - Het gebruik van codeïne en morfine wordt afgeraden.
- Geef bij doorbraakpijn een kortwerkend opioïd (bij voorkeur een snelwerkend fentanylpreparaat).

Bij neuropathische pijn

- pregabaline 25 mg a.n. of gabapentine 300 mg a.n. om de dag
- tricyclisch antidepressivum nortriptyline of een SNRI (venlafaxine of duloxetine).

Bij gemengd nociceptieve en neuropathische pijn

- Start met een sterk werkend opioïd
Fentanyl transdermaal is het middel van eerste keuze
- Voeg pregabaline of gabapentine toe bij onvoldoende effect van het sterk werkende opioïd.

Bij dyspneu

bloedtransfusie of behandeling met erythropoëtine als de dyspneu het gevolg is van anemie en de levensverwachting langer dan enkele weken bedraagt.

Start bij dyspneu door overvulling bij patiënten die niet (meer) gedialyseerd worden en nog restdiurese hebben met hoge doseringen lisdiuretica (2dd 250 mg furosemide p.o., evt. ophogen naar 2dd 500 mg of bumetanide 2dd 5-10 mg p.o.).

Start bij de symptomatische medicamenteuze behandeling van dyspneu bij patiënten met een eindstadium nierfalen met een opioïd.

- Fentanyl transdermaal (in een dosering van 12 ug/uur) is het middel van eerste keuze.
- bij incidentele toediening: immediate release morfine 5 mg p.o. of 2,5 mg s.c. of i.v.

- een continue toediening van morfine wordt bij een slechte nierfunctie afgeraden vanwege cumulatie van morfine met ernstige bijwerkingen als gevolg

Bij jeuk

Start met een neutrale vette crème (zoals cetomacrogolcrème met 20% vaseline of koelzalf) als er sprake is van een droge huid.

stap 2 gabapentine 1dd 100 mg an na 1 week effect, na vier weken evalueren. Bij niet verdragen pregabaline 1dd 25 mg.

Stap 3 lichttherapie met UVB

Bij restless legs

ropinirol in een dosis van 1dd 0,25 mg. Hoog bij onvoldoende effectiviteit eventueel wekelijks met 0,25 mg op naar maximaal 1dd 1,5 mg voor de nacht

gabapentine 3x per week 200-300 mg. of 1 dd 100 mg an of na dialyse

Bij delier

Niet-medicamenteuze interventies zijn het meest belangrijk in de behandeling van een delier. Er wordt gebruik gemaakt van de folder delier van het IKNL om de naasten te informeren en handvatten te geven in het omgaan met een delier.

Maak gebruik van de DOS, denk aan een stil delier. Volg de richtlijn uit Pallialine

Start een medicamenteuze behandeling van een delier alleen indien niet-medicamenteuze interventies niet werkzaam zijn of in geval van hinderlijke symptomen, zoals onrust, angst, agitatie of psychotische verschijnselen.

Haloperidol (0,5-2mg) is eerste keus behalve bij M. Parkinson of Lewy-body dementie.

Bij aanhoudende agitatie lorazepam 0,5 tot 2 mg als co-medicatie zo nodig elke 6 uur.

Atypische antipsychotica zijn alternatieven voor haloperidol. De geadviseerde startdoseringen zijn 1 dd 6,25 mg clozapine, 1 dd 0,25 mg risperidon en 1 dd 2,5 tot 5 mg olanzapine.

Overweeg palliatieve sedatie bij een refractair delier en een korte (<1-2 weken) levensverwachting. Hierbij is het advies om de antipsychotica te continueren (zo nodig omzetten naar parenterale toedieningsvorm).

..

Bij depressie

Informeer bij verdenking op depressieve symptomen of een depressieve stoornis, actief naar een sombere stemming, depressieve gevoelens en/of zwaar op de hand zijn en naar interesseverlies.

Maak zo nodig gebruik van een screeningsinstrument, bijv. de HADS bij een leeftijd < 70 jaar, de 4DKL of de GDS-15 bij een leeftijd > 70 jaar.

Bied altijd ondersteunende gesprekken aan met specifieke aandacht voor emotionele, gedragsmatige en sociale aspecten.

Indien indicatie voor medicatie: SSRI

bijvoorbeeld sertraline in een dosering van 1dd 25 mg, stapsgewijs op te hogen tot maximaal 200 mg. of citalopram in een dosering van 1dd 20 mg (bij ouderen 1dd 10), stapsgewijs op te hogen tot maximaal 1 x 40 mg (bij ouderen maximaal 1 x 20 mg).

Overweeg mirtazapine, 1dd 15 mg a.n., bij gewenst sederend effect of bij anorexie en/of misselijkheid eventueel stapsgewijs op te hogen tot 45 mg"

De richtlijnen die betrekking hebben op bovenstaande klachten, waaronder de palliatieve zorg bij nierfalen, zijn te vinden op www.pallialine.nl

De regionale samenwerkingsafspraken en de aanbevolen meetinstrumenten zijn te vinden op: www.netwerkpalliatievezorg.info

Gesprekken over levenseinde: KNMG Handreiking Tijdig spreken over het levenseinde

PSYCHOLOGISCH:

- er is gesproken over de (on)wenselijkheid van opname in het ziekenhuis. Ook is gesproken over de laatste levensfase, verwachtingen zijn uitgesproken, handelen is gericht op comfort en verlichten van lijden
- wensen van patiënt en naasten tijdens ziekte (niet-) behandelafspraken, en ten aanzien van overlijden zijn besproken (euthanasie, palliatieve sedatie) en gewenste plaats van overlijden
- zo mogelijk wilsverklaring in dossier
- NR beleid is besproken en genoteerd, de NR verklaring is opgenomen in het zorgdossier
- er is aandacht voor stemming en angst. Angst is van grote invloed op de beleving van klachten. Het geconfronteerd worden met ernstige klachten en naderend levenseinde kan ook leiden tot existentiële vragen en problemen.

SOCIAAL:

- draagkracht en veerkracht patiënt en naasten:
- praktische regelzaken: financieel, werk, testament, uitvaart
- vastleggen wie patiënt vertegenwoordigt als de situatie onverwachts verslechtert

SPIRITUEEL:

- gesprekken over omgaan met ziekte en levenseinde
- er is aandacht voor zaken die van betekenis zijn voor de patiënt, wat deze nog wil en kan bereiken
- heb aandacht voor signalen van existentiële of psychosociale problemen (als ruzies, klachten over zinloosheid)
- nagaan behoefte aan ondersteuning (geestelijke verzorging). Vanaf 2019 ook vergoeding in de eerste lijn mogelijk via het Netwerk Palliatieve Zorg