

Pocket

Palliatieve zorg

Diede Jansen & Carlijn Veldman
Alexander de Graeff & Sander de Hosson

KWALITEIT DOOR
SPECIALISTEN
GEWAARBORGD



In samenwerking met

Carend

Compendium
Geneeskunde

Een handige hands-on pocket, ontwikkeld in samenwerking met de Expertisecentra Palliatieve Zorg van de UMC's en gebaseerd op de beschikbare richtlijnen van Palliaweb.

De Compendiummethode[®]

Handleiding

Bij *Compendium Geneeskunde* hanteren we voor de beschrijving van de diverse disciplines zoveel mogelijk dezelfde beknopte, visuele en schematische weergave. Alles is gericht op overzicht en structuur waardoor studeren en oefenen makkelijker wordt. We noemen dat de *Compendiummethode*[®].

Vaste indeling

Al onze disciplines worden op een herkenbare en eenduidige manier gepresenteerd, elk met een eigen kleur en icoontje. De pocket *Palliatieve zorg* is een discipline-overstijgende uitgave die een multidimensionele aanpak vereist. Deze pocket is opgedeeld in drie overkoepelende hoofdstukken: Palliatieve zorg, Klachten en Aandoeningen. Aan de symbolen in de hoek van de pagina kun je de discipline of het hoofdstuk herkennen.

Afbeeldingen

De afbeeldingen geven in een oogopslag inzicht in bijvoorbeeld de anatomie of de typische patiënt. Daarnaast zijn ze bedoeld om te studeren en te oefenen. Door te checken of je de letters in de afbeelding kunt benoemen zonder naar het onderschrift te kijken.



Afbeelding 31 // Lichamelijke kenmerken van piekeren

Klachten en aandoeningen

Elke klacht of aandoening in deze pocket begint met een definitie in volzinnen, waarna in telegramstijl de aandoening uiteen wordt gezet. Bij elke aandoening worden de volgende icoontjes, indien relevant, besproken. De icoontjes zijn ook handig bij het studeren: dek de tekst af en overhoor jezelf.

- D Definitie
- E Epidemiologie in Nederland, Epidemiologie wereldwijd, tenzij anders aangegeven
- O Oorzaak
- R Risicofactoren
- A Anamnese
- LO Lichamelijk onderzoek
- AO Aanvullend onderzoek

- B Behandeling
 - Algemeen
 - Paramedische zorg
 - Medicamenteuze behandeling
 - Invasieve en/of niet-medicamenteuze behandeling
- P Prognose
- I Denk aan/cave/pas op

Tabellen

Om de stof overzichtelijk te houden, maken we zoveel mogelijk gebruik van tabellen, bijvoorbeeld om aandoeningen met elkaar te vergelijken. Dit zorgt ervoor dat de verschillen direct duidelijk zijn. Eigenschappen die overeenkomen, centreren we over de kolommen waarop ze van toepassing zijn. Zo zie je in een oogopslag wat de overeenkomsten en verschillen zijn.

Schema's

= positief/ja/+ = negatief/nee/-

Schema's helpen je bij het klinisch redeneren vanuit een bepaalde klacht, met de groene en rode pijltjes als wegwijzers. Bedenk wel altijd dat de volledige differentiaaldiagnose uit veel meer diagnoses kan bestaan.










Icoontjes & kaders

Door de hele reeks en in de pockets vind je uitgelichte kaders.

 QR-code	 Weetje	 Nederland
 Alarm!	 Omschrijving van de typische patiënt	 België
 Ezelsbruggetje	 Verwijzing naar een ander hoofdstuk of de reeks	 Formule

Leestekens

Ook de leestekens in onze boeken zijn gericht op overzicht en zorgen ervoor dat de stof zo kort en krachtig mogelijk wordt behandeld.

 Zeldzaam	 Gevolg	 Vrouwelijk geslacht
 Weinig voorkomend	 Vermeerdering/verbetering/stijging/verhoging	 Mannelijk geslacht
 Vaak voorkomend	 Vermindering/verslechtering/daling/verlaging	
 Meest voorkomend		

Afkortingen

We gebruiken zoveel mogelijk Nederlandse afkortingen, medische termen en symbolen voor wetenschappelijke eenheden en grootheden. De betekenissen van de afkortingen staan weergegeven in de afkortingenlijst. Hieronder staan een aantal voorbeelden van de gebruikte afkortingen.

sec	seconde/seconden	md	maand/maanden
min	minuut/minuten	min.	minimaal
u	uur/uren	max.	maximaal
dgn	dagen	bijv.	bijvoorbeeld
wk/wkn	week/weken	L	liter

Register

Zowel in de boekenreeks als in de pockets vind je een uitgebreid en goed hanteerbaar register. Daarin staan alle onderwerpen die in de boeken aan bod komen, zodat je de informatie die je zoekt snel kunt vinden.

Bijlagen

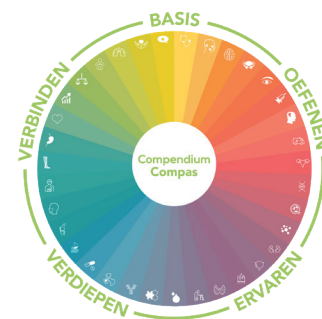
In de pockets vind je ruimte voor jouw eigen aantekeningen. Daarnaast zijn handige bijlagen toegevoegd. De bijlagen bevatten specifieke informatie die je graag snel bij de hand wilt hebben en staan daarom achter in de pockets.

Zijn/haar

Wij realiseren ons dat genderidentiteit en geslacht niet binair zijn en er dus meer variatie bestaat dan enkel 'vrouw' of 'man'. Ten behoeve van de leesbaarheid van de boeken hebben we ervoor gekozen om de voornaamwoorden hij/hem te gebruiken wanneer gerefereerd kan worden aan iedereen, los van het geslacht of de genderidentiteit.

Compendium Compas®

Wij geloven dat je op jouw pad, van medisch student tot je pensioen, continu 5 stappen doorloopt: het begint bij de basis en daarna komen oefenen, ervaren, verdiepen en verbinden. Het Compendium Compas® helpt je hiermee op weg. De pockets vallen onder stap 3 van het Compas. Zie de pagina Compendium Compas® in deze pocket voor meer informatie over onze andere stappen of neem een kijkje op onze website.



Wil je meer weten over de Compendiummethode®? Scan de QR-code.



Inhoud

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg	16	Mogelijkheden rondom het		Postmortale zorg	56	Xerostomie	123
Inleiding palliatieve zorg	16	levenseinde	39	Orgaan- en weefseldonatie	58	Hyposialie	123
Palliatieve zorg	16	Symptoombehandeling		Transmurale samenwerking	60	Orale candidiasis	124
Zorg in de stervensfase	17	en best supportive care	40	Betrokken zorgverleners	61	Stomatitis	124
Passende zorg	18	Bewust stoppen met eten		Financiële wetten en		Stomatitis aphtosa	124
Markering palliatieve fase	19	en drinken (BSTED)	40	regelingen	67	Smaakverandering	124
Meetinstrumenten		Palliatieve sedatie	42	Klachten	72	Obstipatie	125
palliatieve fase	21	<i>Continue sedatie</i>	44	Fysieke dimensie	72	Niet-opioïdgeïnduceerde	
Klinische achteruitgang in		<i>Intermitterende sedatie</i>	44	Anorexie en gewichtsverlies	72	obstipatie	127
de palliatieve fase	23	<i>Acute sedatie</i>	44	Ascites	76	Opioïdgeïnduceerde	
Doorlevers	24	Euthanasie en hulp		Benauwdheid/dyspneu	80	obstipatie	127
Vier dimensies binnen de		bij zelfdoding	47	Bloeding	86	Fecale impactie	128
palliatieve zorg	25	<i>Zorgvuldigheidseisen</i>	48	Delier	90	Stervensfase	128
Fysieke dimensie	26	<i>Steun en Consultatie</i>		Dwarslaesie	96	Ileus	128
Psychische dimensie	27	<i>bij Euthanasie in</i>		Hik	98	Pijn	131
Sociale dimensie	28	<i>Nederland (SCEN)-arts</i>	48	Hoesten	100	Slapeloosheid	141
Spirituele dimensie	29	<i>Euthanasie bij psychisch</i>		Huidklachten	102	Vermoeidheid	143
Proactieve zorgplanning (PZP)	30	<i>lijden</i>	48	Decubitus	104	Psychische dimensie	146
Wensen en grenzen		<i>Euthanasie bij dementie</i>	48	Huidinfecties	104	Angst	146
rondom behandelingen	32	Afstemming met zorgplan		Hyperhidrosis	105	Boosheid/prikkelbaarheid	149
<i>Behandelbepkeringen</i>	32	en wilsverklaringen	52	Xerosis cutis	105	Concentratieproblemen	149
<i>Individueel zorgplan</i>	33	Stervensfase en nazorg	52	Jeuk	106	Depressie/somberheid	151
<i>Wilsverklaring</i>	34	Stervensfase patiënt	52	Klachten bij hersenmetastasen	112	Herbelevingen (traumatische/ verdrietige gebeurtenissen)	155
Communicatie en samen		Schouwen	54	Koorts	115	Piekeren	157
beslissen	35	<i>Natuurlijk vs. niet-</i>		Misselijkheid en braken	116	Verdriet	158
<i>Slechtnieuwsgesprek</i>	37	<i>natuurlijk overlijden</i>	55	Mondklachten	121		

Inhoud

Palliatieve zorg

Sociale dimensie	159	Spirituele dimensie	179	Vasculaire dementie	209	Bijlage 1: Sociale kaart	234
Levensfasegerichte zorg	159	Levensvragen/zingeving- problematiek	179	Maligniteiten (algemeen)	210	Bijlage 2: Netwerken en organisaties palliatieve zorg	234
Zieke kinderen	160	Interculturele zorg	182	Stadiëring maligniteit	210	Bijlage 3: Infographic slechtnieuwsgesprek	236
Kinderen van ernstig zieke ouders	163	Informatie en communi- catie	182	Palliatieve oncologische behandelingen	211	Bijlage 4: Inhoud van het IZP	238
Adolescenten en jong- volwassenen	164	Familierollen en besluit- vorming	183	Coloncarcinoom	211	Bijlage 5: Veelgebruikte medicatie in de palliatieve fase en niet-orale toedieningswegen	239
Participeren in de samen- leving	166	Rol geestelijk verzorger	183	Longcarcinoom	213	Bijlage 6: Stappenplan schouwen	241
Kwetsbare ouderen	167	Stervensfase	184	Mammacarcinoom	216	Bronvermelding	242
Lotgenotencontact	168	Complementaire zorg	185	Neurodegeneratieve aandoeningen	218	Verantwoording afbeeldingen	256
Mantelzorg	169	Belangrijke aandachts- punten	186	Amyotrofe laterale sclerose (ALS)	219	Nawoord	257
Mantelzorg en morele dilemma's	169	Vier categorieën	186	Ziekte van Parkinson	223	Compendium Compas®	258
Signalering van over- belasting	170	Aandoeningen	188	Aanpak van ...	229	Afkortingen	262
Ondersteuning naasten die mantelzorg verlenen	170	Orgaanfalen	188	Onrust in stervensfase	229	Register	267
Verlies en rouw	171	Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	189	Onvrede bij naasten	229		
Rouw	171	Hartfalen (HF)	193	Zorg voor uzelf als zorgverlener	231		
Persisterende rouw- stoornis (PRS)	171	Leverfalen	197	Bijlagen	234		
Anticipatoire rouw	171	Nierfalen	201				
Rouwmodellen	174	Dementie	204				
Rouwbegeleiding	176	Ziekte van Alzheimer	205				
Seksualiteit en intimiteit	177	Frontotemporale dementie (FTD)	206				
		Lewy body dementie	207				



De informatie in deze pocket met betrekking tot het beleid, waaronder doseringen van medicatie, is gebaseerd op de huidige richtlijnen. Houd er rekening mee dat lokale protocollen en werkwijzen in verschillende ziekenhuizen of zorginstellingen kunnen afwijken, maar leidend zijn.

Inleiding palliatieve zorg

Palliatieve zorg is zorg die is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven én sterven van patiënten met een ongeneeslijke, levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en hun naasten. Deze zorg richt zich niet op genezing, maar op het voorkomen en verlichten van lijden. Zorgverleners signaleren vroegtijdig problemen, beoordelen deze zorgvuldig en behandelen ze binnen de vier samenhangende dimensies: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel.

Binnen de palliatieve zorg staat het behoud van autonomie van de patiënt centraal. Patiënten ontvangen ondersteuning bij het maken van keuzes die passen bij hun waarden en wensen in de laatste levensfase. Het gaat hierbij om passende zorg op het juiste moment, waarbij goede communicatie en gezamenlijke besluitvorming essentieel zijn.

Om de palliatieve zorg in Nederland te verbeteren, is het kwaliteitskader palliatieve zorg opgesteld door Palliatief en het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), in samenwerking met vertegenwoordigers van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars.



Zie voor aanvullende informatie de animatie *Kwaliteitskader palliatieve zorg*.



Palliatieve zorg

Palliatieve zorg:

- Biedt verlichting van pijn en andere belastende symptomen
- Ondersteunt het leven en beschouwt sterven als een normaal proces
- Heeft niet tot doel de dood te bespoedigen of uit te stellen
- Integreert de psychologische, sociale en spirituele aspecten van zorg voor de patiënt

- Biedt een ondersteunend systeem om patiënten te helpen zo actief mogelijk te leven tot aan hun overlijden
- Biedt een ondersteunend systeem om de naasten te helpen omgaan met de aandoening van de patiënt en hun eigen rouwproces
- Maakt gebruik van een teambenadering om te voorzien in de behoeften van patiënten en hun naasten, incl. rouwbegeleiding indien nodig
- Heeft als doel de kwaliteit van leven te verbeteren of zo lang mogelijk te handhaven en kan ook een positieve invloed hebben op het verloop van de aandoening
- Is van toepassing vroeg in het ziekteproces, i.c.m. andere therapieën die bedoeld zijn om het leven te verlengen (bijv. chemotherapie of radiotherapie) en omvat onderzoeken die nodig zijn om inzicht te krijgen in klachten en complicaties, zodat deze gericht kunnen worden aangepakt en de patiënt zo min mogelijk lijdt

Zorg in de stervensfase

De stervensfase is de laatste fase, waarin wordt verwacht dat de patiënt binnen enkele dagen tot hooguit een week zal overlijden. Het tijdig herkennen en markeren van deze fase is van groot belang. Het draagt niet alleen bij aan een waardig afscheid van het leven, maar maakt ook het vastleggen van duidelijke afspraken over zorg gericht op kwaliteit van leven en wensen rond het levenseinde mogelijk. Daarnaast is het essentieel om tijdig, voorafgaand aan de stervensfase, de benodigde organisatorische voorzieningen te treffen, zoals extra thuiszorg of opname in een hospice. Zo kunnen patiënten en hun naasten gedurende deze laatste fase verblijven in een veilige en ondersteunende omgeving.



Hoewel 63% van de West-Europese en 26% van de Centraal- en Oost-Europese landen een nationaal palliatief zorgplan heeft, ontbreekt in veel landen een gezondheidsbeleid waarin palliatieve zorg is opgenomen.



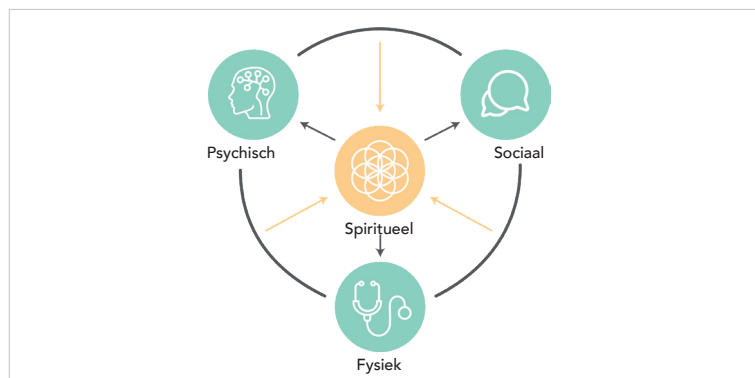
Hoewel palliatieve zorg zelf niet gericht is op het bespoedigen of uitstellen van de dood, kunnen binnen de palliatieve fase keuzes worden gemaakt waarbij het overlijden bewust wordt geaccepteerd of zelfs beoogd. Zoals het niet starten van antibiotica bij een levensbedreigende infectie, bewust stoppen met eten en drinken (BSTED) of euthanasie.

Vier dimensies binnen de palliatieve zorg

Een ziekte- en stervensproces kent veel verschillende aspecten, wat vraagt om een interdisciplinaire en multidimensionele aanpak. Palliatieve zorg kijkt naar de mens als geheel en richt zich op vier dimensies:

- Fysieke dimensie: betreft fysieke klachten en symptomen die het welzijn van de patiënt beïnvloeden.
- Psychische dimensie: betreft de omgang met emoties, zoals angst en verdriet, en het ondersteunen van de mentale veerkracht van de patiënt.
- Sociale dimensie: betreft relaties, sociale steun en praktische aspecten die het sociale functioneren en de verbondenheid van de patiënt beïnvloeden.
- Spirituele dimensie: gaat over zingeving, levensvragen en het vinden van hoop en troost bij het omgaan met de naderende dood.

Hoewel alle dimensies gelijkwaardig zijn, kan de spirituele dimensie richtinggevend zijn in wat voor iemand werkelijk van waarde is en staat deze centraal (zie afbeelding 5). De spirituele dimensie helpt patiënten betekenis te geven aan wat voor hen waardevol is in het leven, juist wanneer fysieke, psychische en sociale beperkingen toenemen. Palliatieve zorg wordt met behulp van de vier dimensies continu afgestemd op de wensen, waarden en behoeften van zowel de patiënt als zijn naasten, met als doel een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te waarborgen. De dimensies beïnvloeden elkaar sterk: een probleem in één dimensie kan gevolgen hebben voor de andere drie, en vice versa. Daarom is het essentieel om bij elk probleem aandacht te besteden aan alle dimensies om tot een zo optimaal mogelijke behandeling te komen.



Afbeelding 5 // Vier dimensies binnen de palliatieve zorg

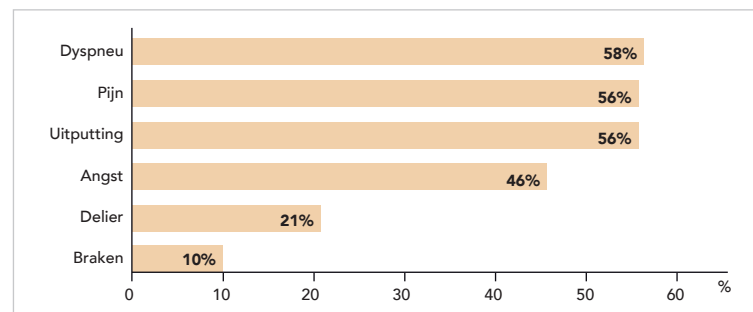


Het is belangrijk ieder symptoom te evalueren vanuit alle dimensies, rekening houdend met de onderlinge wisselwerking. Een voorbeeld is een patiënt met obstipatie die, ondanks het gebruik van verschillende soorten laxantia, geen verbetering van de klachten ervaart. Uiteindelijk kon de patiënt ontspannen na een gesprek met een psycholoog over zijn angst voor het naderende einde (psychische/spirituele dimensie). Hierdoor verbeterde de obstipatie (fysieke dimensie).

Fysieke dimensie

De fysieke dimensie (ook wel de somatische dimensie) bestaat uit de fysieke klachten die een patiënt in de palliatieve fase ervaart (zie afbeelding 6). Het waarborgen van fysiek welbevinden en het adequaat behandelen van lichamelijke klachten vormt de basis van palliatieve zorg. Voorbeelden van veelvoorkomende klachten binnen de fysieke dimensie zijn pijn, benauwdheid, misselijkheid, vermoeidheid en obstipatie. Voor deze klachten wordt symptoommanagement toegepast met aandacht voor doeltreffendheid, doelmatigheid en medicatieveiligheid met als doel de symptoomlast van de patiënt te verlagen tot een acceptabel niveau. In de ziektegerichte fase worden vaak levensverlengende behandelingen ingezet, zoals chemo- of immunotherapie. Deze behandelingen kunnen zowel de kwaliteit van leven verbeteren als verslechteren, afhankelijk van effectiviteit en bijwerkingen, waarbij zorgvuldige afweging en gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en diens naasten essentieel zijn.

Symptomen in de palliatieve fase vragen om een multidimensionele en vaak interdisciplinaire aanpak, ongeacht of ze afzonderlijk of gelijktijdig optreden. Zo nodig wordt daarbij de hulp van een gespecialiseerd palliatief team ingeschakeld.



Afbeelding 6 // Veelvoorkomende klachten in de palliatieve fase



Een veelgebruikt model voor het voeren van slechtnieuwsgesprekken is het **SPIKES**-model:

- **S**etting: creëer een geschikte omgeving
- **P**erception: onderzoek wat de patiënt al weet of denkt over de situatie
- **I**nformation: geef de informatie op een duidelijke en begrijpelijke manier
- **K**nowledge: zorg ervoor en verifieer dat de patiënt de informatie begrijpt
- **E**motions: geef ruimte voor emoties en reageer empathisch
- **S**ummary and **S**trategy: vat samen, bespreek de vervolgstappen en gebruik de terugvraagmethode: "Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Wat gaat u thuis vertellen (of doen)?"

Mogelijkheden rondom het levenseinde

Het is belangrijk te erkennen dat mensen meestal op natuurlijke wijze overlijden. Het omarmen van dit natuurlijke proces vormt een legitiem perspectief naast andere levenseindebeslissingen, mits dit zorgvuldig is afgestemd op de wensen van de patiënt.



Zie het hoofdstuk Stervensfase patiënt voor meer informatie over het natuurlijke stervensproces.

Rondom het levenseinde bestaan verschillende mogelijkheden die vallen onder normaal medisch handelen, zoals symptoombestrijding, best supportive care en palliatieve sedatie. Normaal medisch handelen maakt deel uit van de professionele zorgplicht van de arts en is een recht van de patiënt. Daarnaast bestaat er bijzonder medisch handelen, zoals euthanasie, dat buiten deze zorgplicht valt.

Bij het maken van keuzes rondom het levenseinde is gezamenlijke besluitvorming van groot belang. Dit ondersteunt de patiënt bij het behouden van regie over het sterven en maakt het mogelijk om proactief afspraken te maken voor situaties waarin de patiënt zelf niet langer in staat is beslissingen te nemen.



Niet alle mogelijkheden rondom het levenseinde zijn in elke situatie of bij iedere individuele patiënt toepasbaar. Levenseindebeslissingen of -behandelingen kunnen uitsluitend worden toegepast of uitgevoerd wanneer er sprake is van een medische indicatie of wanneer deze passen binnen de context van de individuele zorgbehoefte.



Zie het hoofdstuk Communicatie en samen beslissen voor meer informatie over gezamenlijke besluitvorming.

Symptoombehandeling en best supportive care

Symptoombehandeling en best supportive care maken onderdeel uit van normaal medisch handelen. Zij behoren tot de professionele plicht van de arts en vormen een recht van de patiënt, met als doel het verlichten van lijden en het ondersteunen van de kwaliteit van leven, ongeacht het stadium van de ziekte. Het doel van symptoombehandeling is het comfort van de patiënt te waarborgen door klachten binnen de fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensies te verlichten. Best supportive care verwijst naar een zo optimaal mogelijke ondersteunende behandeling, gericht op kwaliteit van leven, zonder levensverlengende of curatieve behandelingen, en kan parallel lopen aan andere levenseindebeslissingen. Naast lichamelijke symptoombehandeling is aandacht voor psychische en spirituele ondersteuning van zowel de patiënt als diens naasten essentieel. Ook het creëren van een rustige en veilige omgeving om te sterven en het bespreken van waken is belangrijk. Voorlichting over het natuurlijke stervensproces, zoals afnemende eetlust, veranderingen in bewustzijn en ademhaling, kan bijdragen aan beter begrip en acceptatie van deze fase.



Zie het hoofdstuk Klachten voor meer informatie over symptoombehandeling.

Bewust stoppen met eten en drinken (BSTED)

- **D** BSTED is de vrijwillige en weloverwogen keuze van een wilsbekwame patiënt om te stoppen met eten en drinken met als doel om het overlijden te bespoedigen. BSTED omvat het bewust weigeren van aangeboden dan wel kunstmatig toegediende voeding en vocht.
- **E** 3,5% van alle sterfgevallen in Nederland, vaker op oudere leeftijd (>80 jaar), ♀ > ♂
- **O** BSTED is een bewuste keuze van de patiënt, geïnformeerd en wilsbekwaam zijn is een voorwaarde
- **A**
 - Vroege fase: dorst, droge mond
 - Latere fase (na enkele dagen): algehele zwakte, dorst, nierfunctie ↓ → sufheid, delirant, obstipatie, oligo- of anurie, hongergevoel ↓ (o.a. door ontstane ketonlichamen)
 - Stervensfase: spreken ↓, bewustzijn ↓



Let op! De volgende pagina's zijn random pagina's uit de pocket Palliatieve zorg. Dit betekent dat veel klachten en aandoeningen incompleet worden weergegeven in dit inkijkexemplaar.

Klachten

Fysieke dimensie

Ascites

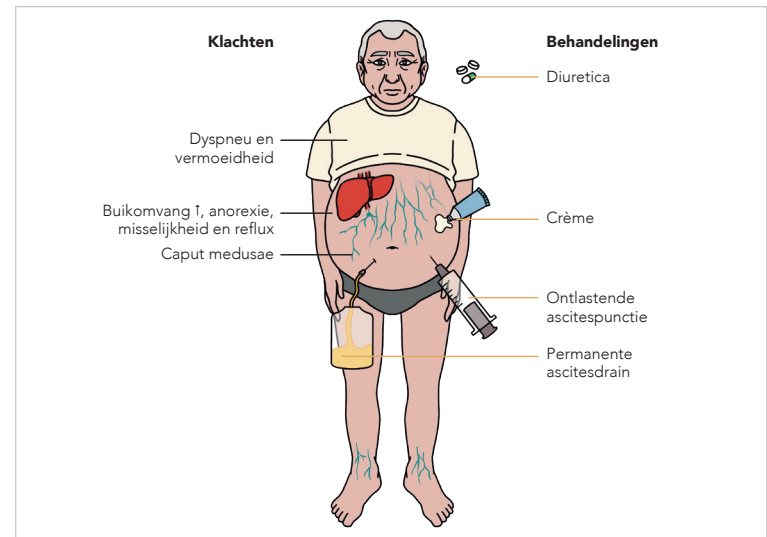
- D** Ascites is een pathologische ophoping van vocht in de buikholte. Er wordt onderscheid gemaakt tussen exsudaat (eiwit ↑) en transsudaat (eiwit ↓). Exsudaat ontstaat meestal door peritonitis carcinomatosa, transsudaat ontstaat door verhoogde druk in de v. portae als gevolg van uitgebreide levermetastasen, HF of levercirrose. Dit verschil heeft consequenties voor de therapeutische benadering.
- E** Incidentie >50% van de patiënten met levercirrose
- O**
 - Niet maligne
 - Levercirrose ⊕ (t.g.v. hepatitis B/C, alcohol, gewicht ↑, auto-immuun)
 - HF
 - Budd-Chiari syndroom
 - Verlaagd serumalbumine (t.g.v. leverfalen of cachexie)
 - Infectie (bacteriële peritonitis)
 - Maligne
 - Peritonitis carcinomatosa
 - Uitgebreide levermetastasen
 - Beschadiging lymfevaten of ductus thoracicus (t.g.v. trauma (chirurgie), radiotherapie)
- R** Alcoholabusus (met secundair levercirrose)
- A**
 - Fysiek: buikomvang ↑, gewicht ↑, anorexie, verzadiging ↑, reflux, misselijkheid, braken, obstipatie, buikpijn, dyspneu, perifere oedeem, mobiliteit ↓
 - Psychisch: angst voor dyspneu of controleverlies
 - Sociaal: schaamte door verandering in uiterlijk, isolement door moeite met zelfzorg
 - Spiritueel: levensvragen rondom de betekenis van zichtbaarheid van ziekte voor anderen
- LO** Afwijkend aspect buik (opgezet, verstreken navel, uitgezette flanken, caput medusae), shifting dullness, hoogstand diafragma, undulatie, perifere oe-

deem (zie afbeelding 14). Tevens (afhankelijk van de oorzaak): hepatomegalie, palpabele peritoneale massa.

- AO** Alleen indien passend in de situatie van de patiënt en in geval van behandelconsequenties:
 - Diagnostische ascitespunctie (zie schema 7, diagnostische ascitespunctie): albumine, eiwit, polymorfonucleaire leukocyten (PMN's) bij verdenking bacteriële peritonitis, z.n. LDH en cytologie
 - Lab: albumine ↓ (voor bepaling serum-ascites-albuminegradiënt (SAAG))
 - Echo/CT-abdomen: diagnostiek levercirrose, levermetastasen/peritonitis carcinomatosa, portale hypertensie, locatie tumor (o.a. van belang bij ascitespunctie)
 - Echocardiografie/ECG: bij verdenking cardiale oorzaak
 - Lymfangiografie: bij chyleuze ascites
 - Laparoscopie met bipten: diagnostiek peritonitis carcinomatosa (indien nog niet aangetoond)



Laboratoriumonderzoek (CRP, serumalbumine) is geen goede parameter voor de voedingstoestand in de palliatieve fase.



Afbeelding 14 // Klachten en behandelingen ascites



Delier



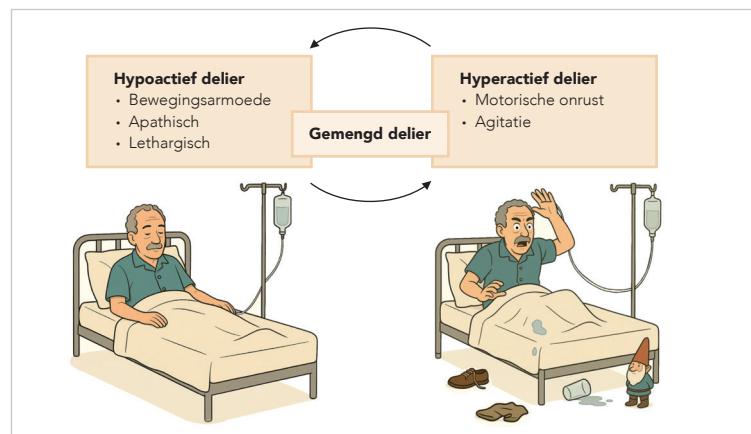
Een delier valt onder de fysieke dimensie ondanks de psychische symptomen, omdat een delier altijd een fysieke onderliggende oorzaak heeft. De psychische symptomen, zoals verwardheid en desoriëntatie, zijn een gevolg van deze fysieke oorzaak.

D Een delier in de palliatieve fase is een neuropsychiatrische toestand die zich kenmerkt door:

- Een stoornis in aandacht en bewustzijn
- Een bijkomende stoornis in cognitie (aandacht, bewustzijn, geheugen, oriëntatie, taal, visuospatieële functies) of waarneming (hallucinaties) en denken (wanen)
- Acut ontstaan (uren tot dagen) en fluctuatie over de dag (doorgaans 's avonds en 's nachts erger dan overdag (sundowning))
- Altijd op basis van een fysieke onderliggende aandoening of een intoxicatie door of onthouding van een middel (zoals een drug of medicijn)

Er worden drie vormen van een delier onderscheiden: hyperactief, hypoactief (ook wel stil delier) en gemengd delier (zie afbeelding 17). Veel patiënten en hun naasten ervaren een delier als zeer ingrijpend en beangstigend. Daarnaast is het geassocieerd met slechtere klinische uitkomsten.

- E** • Palliatieve fase: prevalentie 13-42%
- Stervensfase: prevalentie kan oplopen tot 88% (terminaal delier)
- O** Acute diffuse cerebrale ontregeling o.b.v. een precipiterende factor, zoals: infecties (urineweginfectie (UWI), pneumonie), pijn, retentieblaas, obstipatie, dehydratie, metabole afwijkingen (bijv. hypo- of hyperglykemie, hypercalciëmie of andere elektrolytstoornissen), medicatie (bijv. gebruik opioïden, corticosteroiden, anticholinergica), onttrekingsyndromen (bijv. alcohol, nicotine of het staken van medicatie), intoxicatie, of terminale orgaanfunctie (bijv. lever- of nierfalen), schildklierfunctiestoornissen, cerebrale maligniteit/metastase
- R** Predisponerende factoren: >70 jaar, visus- en gehoorstoornissen, pre-existente cognitieve stoornissen (o.a. dementie en niet-aangeboren hersenletsel), comorbiditeiten, stoornissen in ADL, polyfarmacie (m.n. met name opioïden, anticholinergica en benzodiazepines), alcoholgebruik, psychosociale stressfactoren (bijv. angst of eenzaamheid), ernstige ziekteprogressie
- A** Fluctuerend bewustzijn (symptomen wisselen over de dag) ☹, omdraaien dag- en nachtritme ☹, onrust, cognitieve symptomen zoals desoriëntatie, hallucinaties, (paranoïde) wanen, levendige dromen (of nachtmerries), fysieke



Afbeelding 17 // Kenmerken van verschillende subtypen van een delier

SOORT	MIDDEL	DOSERING	BIJ OUDEREN ≥70
Anti-psycho-tica	Haloperidol	<ul style="list-style-type: none"> • Startdosering 1-2dd 1 mg p.o. (bij aanhoudende symptomen ophogen tot max. 20 mg/dag) • Bij persisterende onrust kan een benzodiazepine worden toegevoegd • Bij ernstige motorische onrust begindosering: 0,5-2 mg p.o., buccaal, s.c. of i.m., elke 30 min herhalen tot voldoende effect (max. 10 mg/24u) • Onderhoudsdosering: 1-5 mg/dag met een maximum van 20 mg/dag (bij orale toediening) of 10 mg/dag (bij parenterale toediening) ! Oraal: s.c./i.v./buccaal = 2:1 ! Bij co-medicatie eerst benzodiazepine afbouwen, alvorens haloperidol af te bouwen 	Startdosering 1-2dd 0,5-1 mg p.o. (bij aanhoudende symptomen ophogen tot max. 20 mg/dag)
	Risperidon	Startdosering: 2dd 0,5-1 mg p.o., verhogen met stappen van 2dd 0,5 mg tot max. 2dd 2 mg	
	Quetiapine	<ul style="list-style-type: none"> • Startdosering: 1-2dd 12,5-50 mg p.o. ophogen tot effectieve dosis • Bij tablet MGA: startdosering 1dd 50 mg, op te hogen per 50 mg tot effectieve dosis ! Bij ziekte van Parkinson max. 200 mg/dag 	Geen dosisaanpassing

Tabel 21A // Medicamenteuze behandeling delier in de palliatieve fase



SOORT	MIDDEL	≥70 JAAR
SSRI (levensverwachting >3 mnd)	Sertraline	1dd 25-50 mg p.o., doel: 100-200 mg/dag
	Paroxetine	1dd 10-20 mg p.o., doel: 20-50 mg/dag
	Fluoxetine	1dd 10-20 mg p.o., doel: 20-60 mg/dag
SNRI (levensverwachting >3 mnd)	Venlafaxine (XR)	1dd 37,5-75 mg p.o., doel: 150-225 mg/dag
Benzodiazepines (bij acute situaties)	Lorazepam	1dd 0,5-2 mg p.o., max. 3dd
	Diazepam	1dd 2-10 mg p.o., max. 2-4dd

Tabel 1 // Medicamenteuze behandeling traumatische herbeleving



De typische patiënt met herbelevingen in de palliatieve fase is iemand met een traumatische voorgeschiedenis bij wie de aandoening of ziekenhuisomgeving herinneringen oproept. De patiënt schrikt vaak wakker uit nachtmerries en kan flashbacks ervaren, waarbij hij angstig en gespannen reageert. Onverwachte aanrakingen of geluiden kunnen paniek veroorzaken.

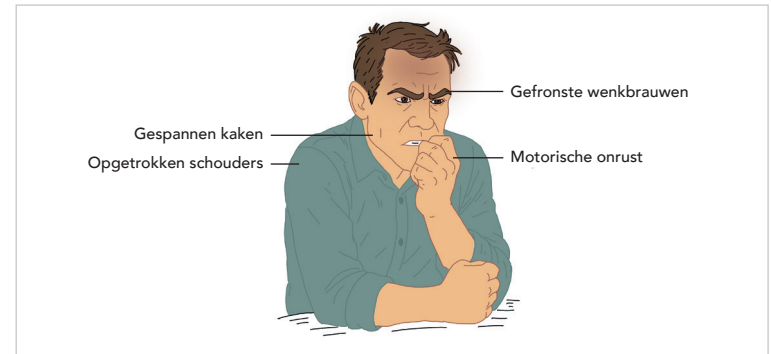


Traumatische herinneringen kunnen ook relaties met familie en naasten beïnvloeden, vooral wanneer deze trauma's met hen geassocieerd zijn. Dit kan leiden tot extra stress en conflicten, wat de zorgverlening bemoeilijkt.

Piekeren

- D Piekeren is een repetitief patroon van zorgelijke gedachten, vaak gericht op negatieve uitkomsten of onzekerheden. Het is een kernsymptoom van angststoornissen, maar kan ook afzonderlijk voorkomen in de palliatieve fase.
- E Onbekend
- O
 - Onzekerheden over de aandoening, pijn, afhankelijkheid, overlijden
 - Existentiële zorgen en verantwoordelijkheden tegenover naasten
- R ♂♀, eerdere psychische klachten zoals angststoornis of depressie, sociale steun ↓

- A
 - Fysiek: vermoeid, spanningshoofdpijn, slaapstoornissen
 - Psychisch: overmatige zorgen, concentratieproblemen, rusteloos
 - Sociaal: bezorgd over impact op naasten
 - Spiritueel: angst voor het onbekende, vragen over de zin van het leven
- LO Zie afbeelding 31
- AO Meetinstrumenten: bijv. HADS-D (depressie) subschaal (≥8) of HADS-A (angst) subschaal (≥8) of 4DKL (zie tabel 4)
- B
 - 👁 Geestelijk verzorger: ondersteunende gesprekken en betrokkenheid over existentiële zorgen, CGT, relaxatieoefeningen, mindfulness
 - 💊 Medicamenteuze behandeling z.n. (zie het hoofdstuk Angst)
- I Chronisch piekeren kan leiden tot slaapstoornissen en verhoogde stressniveaus



Afbeelding 31 // Lichamelijke kenmerken van piekeren



De typische patiënt met piekeren in de palliatieve fase is een patiënt met angst voor de toekomst en het stervensproces. Er is een constante stroom van zorgelijke gedachten, vooral 's nachts. De patiënt stelt veel vragen aan zorgverleners en heeft moeite met het loslaten van controle. Dit leidt tot slaapstoornissen en verhoogde stress.

Verdriet

- D Verdriet is een normale emotionele reactie op verlies en confrontatie met een ongeneeslijke aandoening, gekenmerkt door somberheid, neerslachtigheid en rouw. Verzet of ontkenning kan hierbij voorkomen en is een normale fase in het omgaan met verlies. Verdriet kan escaleren naar pathologische



Let op! De volgende pagina's zijn random pagina's uit de pocket Palliatieve zorg. Dit betekent dat veel klachten en aandoeningen incompleet worden weergegeven in dit kijkexemplaar.

Aandoeningen

Orgaanfalen

Hartfalen (HF)

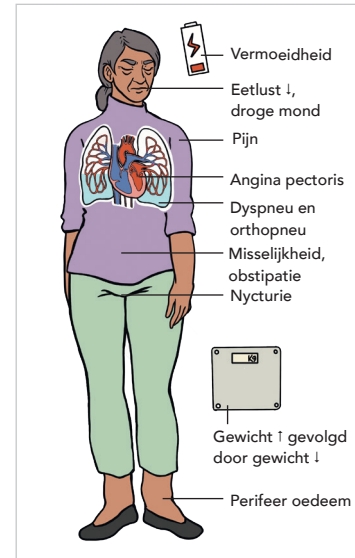


Markering van de palliatieve fase indien ≥ 2 criteria die wijzen op een beperkte levensverwachting:

- Ziekte-specifieke criteria
 - ≥ 2 ziekenhuisopname i.v.m. hartfalen in het afgelopen jaar
 - Persistentere klachten in NYHA (New York Heart Association) klasse III-IV ondanks optimale behandeling
 - Noodzaak tot afbouwen hartfalenmedicatie door bijwerkingen (bijv. hypotensie, hyperkaliëmie, eGFR < 30 ml/min)
 - Recente noodzaak tot i.v. lisdiuretica of verdubbeling van de dosering lisdiuretica
 - Terechte interventie ICD
- Algemene criteria (ziekte-overstijgend)
 - Onbedoeld gewichtsverlies ($\geq 5\%$ in 6 mnd of $\geq 10\%$ over een langere periode)
 - Afhankelijkheid ADL \uparrow
 - Vastgestelde kwetsbaarheid (frailty)
 - Ontwikkeling of toename van ernstige comorbiditeit met negatieve invloed op de levensverwachting
 - Negatief antwoord op de surprise question

- D Hartfalen is een progressieve, chronische aandoening die, evt. als onderdeel van multimorbiditeit, kan leiden tot overlijden. Bij HF in de palliatieve zorg spreken we van een vergevorderd stadium van HF (NYHA-klasse III-IV) (zie tabel 47) indien significante beperkingen in het dagelijks functioneren.
- E Prevalentie: 1-2% van de bevolking heeft HF, waarvan 30-40% NYHA-klasse III-IV (zie tabel 47)
- O Congenitale hartafwijkingen (bijv. ventrikelseptumdefect, coarctatio aortae, hypoplastisch linkerhartsyndroom, transpositie van grote vaten), ischemische hartaandoening, arteriële hypertensie, cardiomyopathie, aortastenose,

- kleplijden, ritmestoornissen, cardiotoxiciteit door chemo- en radiotherapie
- R Leeftijd > 65 jaar, arteriële hypertensie, DM, roken, familieanamnese +, alcoholabusus, drugsgebruik
- A
 - Fysiek: dyspneu, vermoeid, perifeer oedeem, orthopneu, nycturie, cachexie, eetlust \downarrow , pijn, misselijkheid, obstipatie, droge mond (zie afbeelding 39)
 - Psychisch: angst, somber, verward, slaapproblemen
 - Sociaal: beperkingen in sociale participatie door fysieke achteruitgang
 - Spiritueel: schuldgevoelens en schaamte over afhankelijkheid mantelzorg en rookgedrag



Afbeelding 39 // Veelvoorkomende klachten HF

NYHA KLASSE	BESCHRIJVING
I	Geen symptomen of beperkingen
II	Enige beperking van de fysieke activiteiten: bij rust geen symptomen, maar normale activiteiten veroorzaken kortademigheid, vermoeidheid of pijn op de borst
III	Belangrijke beperking van de inspanningscapaciteit: bij rust geen symptomen, maar een minieme inspanning kan reeds symptomen uitlokken (bijv. 20-100 m lopen)
IV	De patiënt kan geen enkele inspanning uitvoeren zonder symptomen. De symptomen zijn reeds aanwezig bij rust en bij de minste inspanning nemen deze toe in ernst.

Tabel 47 // NYHA-classificatie hartfalen



De typische palliatieve patiënt met vergevorderd HF in de palliatieve fase is een oudere patiënt met DM, vaatlijden en NYHA-klasse III-IV die ondanks optimale therapie ernstige dyspneu, vermoeidheid, oedeem en orthopneu ervaart. Verminderde eetlust en gewichtsverlies treden op. Hypoxie leidt tot verwardheid, angst en onrust. Sociale activiteiten worden beperkt door extreme vermoeidheid en energiegebrek.



Leverfalen

COMPLICATIE	KLACHTEN	PALLIATIEVE FASE
Ascites	Opgezet buik, dyspneu, buikpijn, eetlust ↓, gewicht ↑, perifere oedeem	<ol style="list-style-type: none"> 1 Spironolacton 1dd 100 mg p.o., optitreren tot max. 400 mg 2 Furosemide 40-160 mg/dag p.o. als aanvullende therapie op spironolacton 3 Bij falen van diuretica overgaan tot therapeutische paracentese of permanente ascitesdrain <p>Indien overlijden nadert: stop bij hypotensie, dehydratatie en indien verlichting niet wordt bereikt</p>
HE	Foetor hepaticus, concentratie ↓, desoriëntatie, verward ↑, lethargie, flapping tremor	<ol style="list-style-type: none"> 1 Lactulose 2-3dd 25-30 ml p.o., optitreren tot 2-3x zachte stoelgang/dag 2 Rifaximine 2dd 550 mg p.o. als aanvullende therapie <p>Indien overlijden nadert: stop lactulose en rifaximine indien verlichting niet wordt bereikt</p>
Oesofagusvarices	Hematemesis, melena, hypotensie, tachycardie	<ol style="list-style-type: none"> 1 Propranolol 2dd 20-80 mg p.o. ter preventie van bloedingen <p>Indien overlijden nadert: preventieve behandeling vaak gestaakt. Bespreek risico op bloeding en stel noodplan op, bijv. donkere lakens, comfortmedicatie (s.c. opioïden of benzodiazepines).</p>
Spontane bacteriële peritonitis	Buikpijn, koorts, rillingen, misselijkheid en braken, verward ↑	<ol style="list-style-type: none"> 1 Ceftriaxon: 1-2 g/dag i.v. 2 Albumine suppletie: 1,5 g/kg op dag 1, gevolgd door 1 g/kg op dag 3 <p>Indien overlijden nadert: stop indien verlichting niet wordt bereikt</p>
Hepato-renaal syndroom	Oligurie, ascites, perifere oedeem, hypotensie, spierkramp, vermoeid ↑, verward ↑, icterus	<ol style="list-style-type: none"> 1 Terlipressine 0,5-1 mg/4-6u i.v., z.n. ophogen tot 2 mg/4-6u voor 5-15 dgn 2 Albumine 1 g/kg op dag 1, gevolgd door 20-40 g/dag <p>Effectiviteit blijft beperkt. Indien overlijden nadert: stop beide.</p>

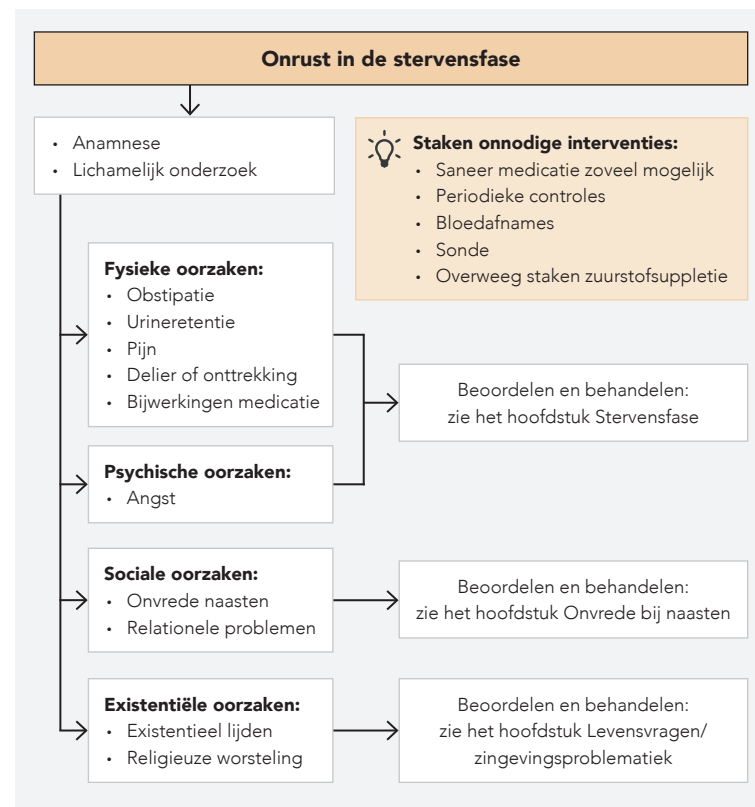
Tabel 2 // Medicamenteuze behandeling van complicaties bij leverfalen



Ernstige leverproefstoornissen geven farmacokinetische en -dynamische veranderingen die de medicatiekeuze uitdagend maken door bijv. accumulatie, hepatotoxiciteit, QT-tijdverlenging, nierschade of een veranderd verdelingsvolume (o.a. bij ascites en hypo-albuminemie).

Aanpak van ...

Onrust in stervensfase

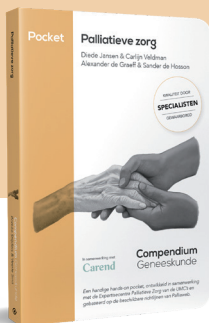


Schema 1 // Schematische weergave mogelijke oorzaken van onrust in de stervensfase

Onvrede bij naasten

Ontevredenheid bij naasten kan verschillende oorzaken hebben: inhoudelijke zorgen over de verleende zorg, onduidelijkheid of verwarring over het verloop van de aandoening, of het kan een uiting zijn van emoties zoals verdriet, schuldgevoel of machteloosheid. Uit onderzoek blijkt een sterke wisselwerking tussen het emotioneel functioneren van de patiënt en naasten te bestaan. De emotio

Wil jij de pocket *Palliatieve zorg* zo snel mogelijk in huis hebben?



Bestel dan hier de pocket!

De pocket *Palliatieve zorg* is hét praktische naslagwerk voor op de werkvloer. In deze pocket vind je de belangrijkste thema's binnen de palliatieve zorg, helder en overzichtelijk samengevat. Denk hierbij aan communicatie met de patiënt en naasten, besluitvorming rond het levenseinde, symptoombestrijding en ondersteuning in de laatste levensfase.

Benieuwd naar alle pockets van *Compendium Geneeskunde*?
[Klik dan hier.](#)

