

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Conservatieve therapie bij nierfalen

Mathijs van Oevelen, Ismay N. van Loon, Judith Tjin-A-Ton, Susanne Westerhoff, Willem Jan W. Bos en Marjolijn van Buren

Samenvatting

Patiënten met nierfalen moeten op een gegeven moment kiezen of zij wel of niet beginnen met nierfunctievervangende therapie, namelijk dialyse of niertransplantatie.

Steeds meer patiënten zien bewust af van dialyse of transplantatie en kiezen voor conservatieve therapie; deze ontwikkeling is verklaarbaar door de toenemende vergrijzing en doordat het overlevingsvoordeel van dialyse afneemt bij kwetsbare ouderen. Conservatieve therapie is een brede, patiëntgeoriënteerde behandeling, gericht op kwaliteit van leven, 'advance care planning', symptoombestrijding en vertraging van de achteruitgang van de nierfunctie. Conservatieve therapie is dus een actieve behandeling en omvat meer dan alleen het afzien van nierfunctievervangende therapie.

In dit artikel geven wij een overzicht van de verschillende aspecten die aan bod komen bij de keuze voor en invulling van conservatieve therapie bij patiënten met nierfalen, zowel in de tweede als de eerste lijn.

Casus

Bij een 80-jarige vrouw, met in de voorgeschiedenis onder andere hartfalen en een herseninfarct, is de nierfunctie in het afgelopen jaar steeds verder achteruitgegaan. Zij komt op eigen verzoek alleen voor een consult bij de huisarts en niet in de tweede lijn. Bij de laatste controle is de geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) 15 ml/min/1,73 m². U bespreekt met haar de optie om haar te verwijzen naar een nierfalenpolikliniek. De patiënte geeft aan dat zij niet meer naar het ziekenhuis wil en vraagt aan u welke behandelopties u heeft wanneer de nierfunctie verder achteruitgaat en ze meer symptomen krijgt.

Patiënten met nierfalen horen voorlichting te krijgen over hun behandelopties. De Nederlandse richtlijn adviseert dit te doen vanaf een geschatte klaring van 20 ml/min/1,73 m², of eerder bij een snelle achteruitgang van de nierfunctie. Meestal gebeurt dit op speciaal daarvoor ingerichte nierfalenpoliklinieken. Hierbij wordt voorlichting gegeven over het ziektebeloop, nierfunctievervangende therapie (hemodialyse, peritoneale dialyse en niertransplantatie) en in toenemende mate ook over conservatieve therapie. Conservatieve therapie is een brede, patiëntgeoriënteerde behandeling, gericht op kwaliteit van leven, 'advance care planning' (ACP), symptoombestrijding en vertraging van de achteruitgang van de nierfunctie. Conservatieve therapie is dus actieve behandeling en omvat meer dan alleen afzien van nierfunctievervangende therapie.

Dialyse of conservatieve therapie?

Bij de keuze of een patiënt wel of geen nierfunctievervangende therapie moet krijgen, spelen verschillende uitkomsten een rol. Naast het effect van de behandeling op overleving, wordt tegenwoordig vooral gekeken naar het effect op de kwaliteit van leven, symptoomlast en het behoud van de zelfstandigheid. Recentelijk voerden wij 2 systematische reviews uit naar de effecten van dialyse en conservatieve therapie op de kwaliteit van leven en de overleving.^{1,2}

Overleving

De afgelopen jaren is de overleving van oudere dialysepatiënten toegenomen, maar de mortaliteit is nog altijd hoog. Zo overlijdt 18% van de Nederlandse dialysepatiënten $\geq$ 70 jaar binnen 1 jaar nadat zij met dialyse zijn begonnen; 72% overlijdt binnen 5 jaar (Stichting Nefrovisie, gegevens uit de REgistratie Nierfunctievervanging NEDerland (RENINE) over de periode 2015-2019; schriftelijke mededeling, 2021). Hoewel dialysebehandeling een overlevingsvoordeel geeft ten opzichte van conservatieve therapie, is dit effect beperkter bij oudere patiënten of patiënten met veel comorbiditeit.² Een deel van deze beperkte overlevingswinst lijkt daarbij ten koste te gaan van meer ziekenhuisopnames.³

Kwaliteit van leven

De kwaliteit van leven en symptoomlast van patiënten met nierfalen lijkt vergelijkbaar te zijn bij dialysebehandeling en conservatieve therapie.¹ Oudere patiënten met nierfalen hebben vaak veel comorbiditeit, polyfarmacie en meerdere beperkingen

binnen verschillende domeinen, zoals fysiek, cognitief, en psychosociaal functioneren, wat hen kwetsbaar maakt.⁴

Functionele status

Bij een aanzienlijk deel van deze patiënten wordt na het begin van de dialysebehandeling een achteruitgang gezien in functionele status. Zo is 40% van de patiënten ≥ 65 jaar na 6 maanden achteruitgegaan in het functioneren; bij 80-plussers betreft dit 70% na 12 maanden.^{5,6} Een Britse studie met conservatief behandelde patiënten liet een nagenoeg stabiele functionele status zien gedurende het laatste levensjaar tot aan de laatste maand vóór het overlijden.⁷ In deze laatste levensfase wordt vaak een optelsom van symptomen en complicaties gezien.

Overlijden

Patiënten die kiezen voor een conservatief beleid, overlijden vaker in een hospice of thuis dan in het ziekenhuis, wat suggereert dat er meer aandacht is geweest voor wensen en keuzes in de stervensfase.⁸ Ook zien we dat 1 op de 3 oudere dialysepatiënten in Nederland de behandeling op den duur stopt, waarbij de vraag rijst of een deel van deze patiënten niet beter af was geweest met conservatieve therapie.⁹ Wanneer een patiënt met dialyse stopt, is de levensverwachting meestal nog maar kort en spreken we niet meer van conservatieve therapie, maar van palliatieve of terminale zorg.¹⁰

Specifieke aandachtspunten bij de keuze voor behandeling

In het algemeen wordt de beslissing om wel of niet met dialyse te beginnen genomen in de multidisciplinaire setting van een nierfalenpolikliniek. Een deel van de kwetsbaardere patiënten wordt niet verwezen naar het ziekenhuis, maar wordt primair conservatief behandeld door de huisarts of specialist ouderengeneeskunde, al dan niet met consultatie van de nefroloog. Dialyse is een ingrijpende behandeling. Bij de meeste mensen weegt de wil om langer te leven sterker dan de nadelen van de behandeling. Sommige patiënten vinden de impact van dialyse echter te groot. Ook kan vanuit medisch perspectief de inschatting zijn dat dialyse te belastend is voor een patiënt, of niet zinvol gezien de prognose. Om het beslissingsproces te ondersteunen zijn er in Nederland onder andere een richtlijn en consultkaarten beschikbaar en wordt een onlinekeuzehulp ontwikkeld.^{11,12}

De uitvoering van een geriatrisch assessment kan behulpzaam zijn bij de signalering van kwetsbaarheden, het bespreekbaar maken van patiëntspecifieke wensen en het opstellen van een individueel behandelplan.¹³ Hierbij staan de individuele wensen van de patiënt centraal, net als de patiëntkenmerken die bepalend zijn voor de prognose en de behandelmogelijkheden. Het is daarnaast belangrijk om te beseffen dat de situatie en de voorkeur van de patiënt in de loop van de tijd kunnen veranderen en dat eerdere keuzes dan heroverwogen moeten worden.

Ten slotte is het belangrijk om naasten of mantelzorgers te betrekken in het keuzeproces, maar ook om de patiënt individueel te spreken. Het besluit om niet te beginnen met dialyse kan voor de directe omgeving zo confronterend zijn dat dit de patiënt ervan weerhoudt vrijuit te spreken in aanwezigheid van zijn of haar naasten.

Conservatieve therapie

Een evidencebased, uniform behandelplan bij patiënten die kiezen voor conservatieve therapie is moeilijk op te stellen; studies ontbreken en de behandeling is sterk gepersonaliseerd. Vaak is er sprake van een geleidelijke achteruitgang van de algehele conditie. In de beginfase kan de patiënt dan volgens de vigerende richtlijnen voor chronische nierschade behandeld worden.^{14,15} Aan de andere kant van het spectrum ziet men de patiënt met een zeer beperkte levensverwachting bij wie de behandeling erop is gericht om lijden te verlichten, conform de richtlijn 'Palliatieve zorg bij nierfalen'.¹⁰

In het volgende overzicht geven wij pragmatische behandeladviezen aan de hand van 7 domeinen, namelijk: (a) behandeldoelen en wensen; (b) symptoombehandeling; (c) vertraging van de progressie van chronische nierschade en behandeling van complicaties; (d) ACP; (e) begeleiding van mantelzorgers en naasten; (f) regievoering; en (g) de laatste levensfase.

Bespreek behandeldoelen en wensen van de patiënt

Het is belangrijk om met iedere patiënt zijn of haar behandeldoelen, wensen en de verschillende uitkomsten te bespreken, zoals de overleving, kwaliteit van leven, symptoomlast en behoud van de zelfstandigheid. In een studie onder ouderen met niet-dialyseafhankelijk nierfalen vond 49% het behoud van de zelfstandigheid de belangrijkste uitkomstmaat, gevolgd door overleving (35%), vermindering van pijn (9%) of verlichting van andere symptomen (6%).¹⁶ Kwaliteit van leven was geen aparte keuzeoptie in de studie. Opvallend genoeg schatte de behandelaar de prioriteit van de patiënt slechts in 35% van de gevallen juist in.

De Europese EQUAL-studie liet wel een duidelijke vermindering van kwaliteit van leven zien bij een toenemend aantal symptomen.¹⁷ In de eerste lijn is veel ervaring met het in de ouderenzorg veelgebruikte SFMPC-model (SFMPC staat voor: somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatie).¹⁸ Dat is een middel om de patiënt centraal te stellen, met aandacht voor behoud of

herstel van het functioneren, de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven.

Behandel de symptomen

Tabel 1 geeft de behandeladviezen weer op basis van de richtlijn 'Palliatieve zorg bij nierfalen'.¹⁰ Niet alle symptomen zijn goed te behandelen. Begeleiding moet dus ook bestaan uit het leren omgaan met de verslechtering van de conditie en het functioneren, waarbij bijvoorbeeld een psycholoog, fysio- of ergotherapeut en een medisch maatschappelijk werker een rol kunnen spelen.

symptoom	gerelateerde factoren†	niet-medicamenteuze behandeling	medicamenteuze behandeling°	symptoom	gerelateerde factoren†	niet-medicamenteuze behandeling	medicamenteuze behandeling°
slaapstoornissen	pijn dyspneu restlesslegssyndroom slaapapneu jeuk medicatie angst of depressie	- probeer oorzaak weg te nemen# - slaaphygiëne - ontspannings-oefeningen	- melatonine 3 mg 1-2 uur vóór het slapen - zolpidem 5-10 mg a.n. - zopiclon 3,75-15 mg a.n. - temazepam 10-20 mg a.n.	vermoeidheid	anemie vitamine D-deficiëntie acidose medicatie stemmingsstoornis slaapstoornis	- psychologische begeleiding - fysiotherapie	- zie therapie bij genoemde symptomen
pijn	ischemie of vasculair kramp of spierpijn hoofdpijn diabetes mellitus vitaminedeficiënties	- consult pijnspecialist - fysiotherapie	- vitaminesuppletie indien nodig bij neuropathische pijn: - pregabaline 25-75 mg - gabapentine 100-300 mg - sterk werkend opioïd§ bij nociceptieve pijn**: - paracetamol 1000 mg 4 dd - vermijd NSAID's - buprenorfine transdermaal - fentanyl 12 µg/h transdermaal - 'slow release'-hydromorfon, oxycodon of tramadol##	misselijkheid of anorexie	obstipatie medicatie gastroparese	- leefregels, dieet - kleine maaltijden	- macrogol of lactulose - vermijden psylliumvezels bij beperkte vochtinname - evaluatie polyfarmacie°° - ondansetron 4-8 mg 3 dd - metoclopramide 2,5 mg 3-6 dd
jeuk	droge huid neuropathie	- beperk frequente (warme) baden - UV-B-fototherapie	- cetomacrogolcrème met 20% vaseline, koelzalf of andere vette crème - gabapentine 100-300 mg - pregabaline 25-75 mg - capsacine crème	dyspneu	anemie overvulling acidose	- goed geventileerde kamer - slapen in halfzittende positie - zuurstofsuppletie	- bloedtransfusie of suppletie met ESA of ijzer - furosemide maximaal 250-500 mg 2 dd - bumetanide maximaal 5-10 mg 2 dd - acidose behandelen - fentanyl 12 µg/h transdermaal - 'slow release'-hydromorfon, oxycodon - bij acute dyspneu: fentanyl, hydromorfon, oxycodon of morfine oraal of subcutaan
restlesslegs-syndroom	lijzertekort	- slaaphygiëne - beperk gebruik van cafeïne, alcohol en tabak - koude of warme voetbaden - oefeningen	- pregabaline 25-75 mg - gabapentine 100-300 mg - ropinirol 0,25 mg - pramipexol 0,125-0,375 mg - ijzersuppletie	ESA = 'erythropoietin stimulating agents'. * Adviezen op basis van de Nederlandse richtlijn 'Palliatieve zorg bij nierfalen'.¹⁰ † Betreft alle gerelateerde factoren naast uremie. ° Dagdosering tenzij anders aangegeven. Voor alle doseringen met een bereik geldt het advies om, indien mogelijk, met een lage dosering te beginnen en langzaam op te titreren. # Zie betreffende behandeling. § Behandel zoals bij nociceptieve pijn. ** Behandeling volgens 'step-up'-benadering. ## In een lage dosering. °° Stop bijvoorbeeld met ijzersuppletie oraal.			

Tabel 1
Symptoombehandeling*

Vertraag de progressie van chronische nierschade en behandel complicaties

Vertraging van de progressie van de nierschade kan een van de doelen zijn in het persoonlijk behandelplan. Het kan echter ook zo zijn dat de patiënt juist geen controle van de nierfunctie of metabole complicaties wil, of alleen op indicatie. In tabel 2 geven wij behandeladviezen, gebaseerd op verschillende richtlijnen en waar nodig aangepast – op basis van onze opinie als experts – voor patiënten met nierfalen die conservatief behandeld worden.^{14,15,19} Samenvattend is de behandeling primair gericht op een verbetering van de kwaliteit van leven en de wensen en de klinische conditie van de patiënt.

complicatie	aanbeveling bij conservatieve therapie*	onderbouwing
hypertensie	minder strikte bloeddrukcontrole noodzakelijk; arbitraire streefwaarde < 150 mmHg systolisch en > 70 mmHg diastolisch; keuze middel afhankelijk van comorbiditeit; lisdiuretica ter behandeling of preventie van overvulling	behandeling gericht op verlaging van het valrisico en het vermijden van heel hoge bloeddrukken; bij ouderen wordt een diastolische bloeddruk < 60 mmHg in verband gebracht met een verhoogde mortaliteit†
volumeregulatie en zoutbeperking	primair ter preventie van overvulling; dieet met zoutbeperking tot 6 g/dag indien mogelijk; lisdiuretica indien nodig	afweging van balans tussen risico op overvulling en effect op de eetlust of voedingstoestand
dyslipidemie	staken van lipiden-verlagende medicatie	geen voordeel van statine in laatste 2 jaar van het leven; kwaliteit van leven verbetert na stoppen
renale anemie	streef naar zo min mogelijk symptomen; overweeg behandeling bij hoogrisicopatiënten◇ met een Hb van < 6,2 mmol/l; streef naar ferritine 200-500 mg/l en TSAT 25-30%; therapie met ESA of ijzer;# bij een Hb > 8,0 mmol/l moeten de ESA worden vermindert of gestopt	behandeling vooral gericht op symptomen als vermoeidheid of kortademigheid; in de laatste levensfase en bij bedlegerigheid niet meer van toegevoegde waarde
metabole acidose	streefwaarde bicarbonaat 20-22 mmol/l; therapie met natriumbicarbonaat, mits verdragen door patiënt	acidose draagt bij aan vermoeidheid, osteoporose, sarcopenie, ondervoeding en progressie van chronische nierschade
hypocalciëmie of hyperfosfatemie	primaire focus op adequate voedselinname; streef naar normofosfatemie en normocalciëmie indien mogelijk; dieet met fosfaatbeperking en zo nodig fosfaatbinders; vitamine D-suppletie, op indicatie actief vitamine D; geen reden om PTH-spiegel te bepalen	bij patiënten met eGFR < 60 ml/min/1,73 m ² wordt hyperfosfatemie in verband gebracht met verhoogde mortaliteit - onbekend is of dit geldt voor conservatief behandelde patiënten met een beperkte levensverwachting; behandelindicatie vaststellen op basis van symptomen, zoals restless legs, spierpijn en pseudojicht
hyperkaliëmie	streef serumkaliumconcentratie < 5,5 mmol/l; kaliumbeperking in dieet; overweeg ACE-remmer of ARB te stoppen; afhankelijk van dieetwensen patiënt zo nodig kationen-wisselaars voorschrijven; metabole acidose behandelen	risico op acute hartritmestoornissen beperken

Hb = hemoglobine; eGFR = geschatte glomerulaire filtratiesnelheid; ACE = angiotensine-converterend enzym; ARB = angiotensinereceptorblokker; ESA = 'erythropoietin stimulating agents'; PTH = parathormoon; TSAT = transferrinesaturatie.

* Adviezen op basis van de Nederlandse richtlijnen 'Chronische Nierschade' en 'Cardiovasculair risicomanagement' en de NHG-standaard 'Chronisch nierschade', waar nodig aangepast - op geleide van de opinie van de auteurs - voor patiënten met nierfalen die in aanmerking komen voor conservatieve behandeling.^{14,15,19}

† Zie ook de richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement.¹⁹

◇ Patiënten met diabetes mellitus, cardiovasculair lijden of een maligniteit.

Oraal of intraveneus bij gastro-intestinale bezwaren.

Tabel 2
Vertraging progressie chronische nierschade en behandeling van complicaties

Pas advance care planning toe

ACP omvat het proces waarbij arts en patiënt vroegtijdig bespreken wat de doelen, wensen en behoeften zijn met betrekking tot toekomstige medische behandelingen en zorg. Bij patiëntengroepen met een beperkte levensverwachting kan ACP bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg en een hogere tevredenheid van patiënten en hun naasten. Voor een structurele patiëntgeoriënteerde ACP wordt in het zorgplan opgenomen wat de relevante lichamelijke, psychosociale en existentiële problemen van een patiënt zijn en hoe hierop geanticipeerd kan worden. Hierbij wordt rekening gehouden met bestaande problemen en te verwachten scenario's

bij verandering van de gezondheidstoestand. Zo kunnen zaken op tijd geregeld worden, kan de draaglast van de mantelzorg bewaakt worden en de eerste lijn tijdig geïnformeerd worden. Ook wordt vastgelegd wanneer bepaalde acties worden geëvalueerd. In tabel 3 staan suggesties voor een gestructureerde ACP; een uitgebreider hulpmiddel voor de eerste lijn is online beschikbaar.²⁰

stap	aspecten
1. bepaal het vermogen en de bereidheid van de patiënt en naasten om over ACP te praten	- cognitieve vermogens; - psychische symptomen als angst of depressie; - culturele, religieuze en existentiële context; - taalbarrière; - ondersteuning door mantelzorg
2. licht ACP toe	- leg de patiënt en zijn of haar naasten uit wat de betekenis en de waarde van ACP is; - leg uit dat de patiënt maximaal behandeld wordt tenzij hij of zij aangeeft geen levensverlengende behandelingen te willen ondergaan; - wanneer de patiënt niet over levenseindevragen wil spreken, kan het zijn dat hij of zij dit nog niet vindt passen bij de eigen situatie; - vraag na wie de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt is en wie hij of zij bij de ACP wil betrekken; mogelijk bespreekt de patiënt de ACP liever eerst met de naasten dan met de eigen arts
3. maak afspraken	- bepaal voorkeuren en doelen van de behandeling en zorg gedurende de laatste levensfase; - de patiënt kan beslissen om wel of niet met dialyse te beginnen, of ermee te stoppen; - bespreek daarnaast levensverlengende behandelingen, zoals reanimatie, beademing en opname op de Intensive Care; - bespreek de rol en de beslissingsbevoegdheden van de wettelijk vertegenwoordiger
4. leg afspraken over ACP vast en maak afspraken over follow-up	- wilsbeschikking; - documentatie in medisch dossier; - betrek zo nodig andere zorgverleners (medisch maatschappelijk werk, psycholoog) voor expertise en ondersteuning.
5. evalueer	- bespreek, idealiter op vooraf afgesproken momenten of op indicatie, opnieuw met patiënt en diens naasten of de eerder gemaakte afspraken nog wenselijk zijn

Tabel 3
‘Advance care planning’ bij patiënten met chronisch nierfalen

Er zijn geen onderzoeksgegevens over ACP bij patiënten die conservatief behandeld worden, maar het is aannemelijk dat de voorkeuren van dialysepatiënten ook (grotendeels) overeenstemmen met patiënten die kozen voor conservatieve therapie. In een onderzoek met diepte-interviews bij dialysepatiënten en hun familie is een aantal aandachtspunten geformuleerd voor de implementatie van ACP.²¹ Zo vonden patiënten dat het initiatief bij de nefrologen moet liggen en ACP vroeg in het ziekteproces moet worden opgepakt. Wanneer laat wordt begonnen met ACP, gaan belangrijke kansen verloren om palliatieve zorgbehoeftes te vervullen. Ook het belang van de betrokkenheid van de eerste lijn werd in dit onderzoek benadrukt. Specifieke onderwerpen die ter sprake kunnen komen zijn de redenen om niet met dialyse te beginnen of om ermee te stoppen, het reanimatiebeleid, de wettelijke vertegenwoordiging van de patiënt, de wilsbeschikking, de plaats waar de patiënt wenst te overlijden en de beslissingen rond het levenseinde.

Begeleid mantelzorgers en naasten van de patiënt

Mantelzorgers van patiënten met nierfalen spelen een belangrijke ondersteunende rol in het keuzeprocess tussen nierfunctievervangende en conservatieve therapie en het daaropvolgende conservatieve behandeltraject. Mantelzorgers kunnen daarbij zelf een forse emotionele belasting ervaren. In een cross-sectionele studie rapporteerden mantelzorgers van dialysepatiënten een slechtere zorggerelateerde kwaliteit van leven dan mantelzorgers van conservatief behandelde patiënten.²² Aanvullende psychosociale ondersteuning blijkt de belasting en angst te kunnen verlagen bij mantelzorgers van conservatief behandelde patiënten.²³ Hierin is vaak een belangrijke rol weggelegd voor medisch maatschappelijk werkers.

Maak afspraken over regievoering

Wanneer de patiënt onder behandeling is van een nefroloog, is het belangrijk om, in overleg met de patiënt, een regievoerder te benoemen. Conservatieve therapie bij nierfalen vraagt speciale kennis over de behandeling van nierfalen en de bijbehorende

complicaties. De duur van conservatieve therapie kan variëren van enkele maanden tot jaren en is niet te voorspellen. Afhankelijk van de wens en de conditie van de patiënt kan gekozen worden om de poliklinische controles voort te zetten, al dan niet in een speciaal voor conservatieve therapie ingerichte polikliniek.

Voor sommige patiënten, met name heel kwetsbare patiënten of patiënten met een zeer beperkte levensverwachting, heeft het meer voordelen om deze zorg in de eerste lijn aan te bieden door een huisarts of specialist ouderengeneeskunde die laagdrempelig kan overleggen met de nefroloog. In een enquête onder Nederlandse nefrologen gaf 100% van de respondenten aan dat de huisarts altijd geïnformeerd wordt wanneer een patiënt voor conservatieve therapie kiest.²⁴ Daarbij vond 85% dat meer gezamenlijke afstemming tussen eerste en tweede lijn kan bijdragen aan het verbeteren van conservatieve therapie.

Om deze zorg goed te organiseren is goede communicatie en taakverdeling tussen de zorgverleners van belang, waarbij ook de autonomie van de patiënt zoveel mogelijk gewaarborgd wordt. De regievoerder coördineert de rol van alle betrokken zorgverleners, onder meer om te voorkomen dat patiënten verschillende adviezen krijgen van verschillende zorgverleners.

Besprek en behandel symptomen in de laatste levensfase

In de laatste levensfase komt de nadruk volledig te liggen op het lijden verlichten en symptomen verminderen. Een meta-analyse liet zien dat patiënten met nierfalen in de laatste 2 weken vóór hun overlijden het vaakst pijn ervaren (mediaan: 49%), gevolgd door dyspneu (34%), verwardheid (26%) en angst en depressie (beide 25%). Voor verdere (behandel)adviezen, verwijzen wij naar de richtlijn 'Palliatieve zorg bij nierfalen'.¹⁰

Vervolg casus

Via webbased consultatie overlegt de huisarts met een nefroloog over de prognose van de patiënte en behandelopties. De medicatie wordt waar nodig aangepast. De huisarts gaat in gesprek met de patiënte over haar wensen ten aanzien van de laatste levensfase, waarbij zij een sterke voorkeur uitspreekt om in haar eigen huis te blijven. Haar thuiszorg wordt uitgebreid en 3 maanden later overlijdt zij rustig in het bijzijn van haar kinderen.

Toekomstverwachting

De patiëntenpopulatie met nierfalen vergrijst en er is steeds meer aandacht voor de mogelijkheid van conservatieve therapie. Onze verwachting is dat de groep patiënten met nierfalen die kiest voor conservatieve therapie verder groeit en dat een deel van deze chronische zorg samen met de eerste lijn georganiseerd gaat worden. Er is onderzoek nodig om een betere inschatting te kunnen maken van de uitkomsten van conservatieve behandeling en om het beslissingsproces te verbeteren.

Er zullen belangrijke gegevens beschikbaar komen van 2 lopende studies. In Nederland en België wordt momenteel een zorgevaluatie-onderzoek uitgevoerd naar de uitkomsten van conservatieve therapie en dialyse en in hoeverre geriatrische kenmerken voorspellend zijn voor deze uitkomsten, de DIALOGICA-studie (DIALOGICA staat voor 'DIALysis or not: Outcomes in older kidney patients with Geriatric Assessment').²⁵ In het Verenigd Koninkrijk wordt op dit moment een gerandomiseerd onderzoek verricht waarin de uitkomsten van conservatieve therapie en dialyse worden vergeleken.²⁶ De geplande uitbreiding van de huidige Nederlandse registratie van dialysepatiënten (RENINE) met de registratie van patiënten die voor conservatieve therapie kiezen, zal daarnaast extra inzicht geven in de overleving van patiënten die conservatief worden behandeld.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D6435
- LUMC, afd. Interne Geneeskunde, Leiden: drs. van Oevelen, afd. interne geneeskunde; prof.dr. W.J.W. Bos (tevens: St. Antoniusziekenhuis, afd. Interne Geneeskunde, Nieuwegein) en dr. M. van Buren (tevens: HagaZiekenhuis, afd. Nefrologie, Den Haag), internisten-nefrologen. Amsterdam UMC, afd. Nefrologie, Amsterdam: dr. I.N. van Loon, internist-nefroloog. Huisartsenpraktijk Frakking en Tjin-A-Ton, Amstelveen: drs. J. Tjin-A-Ton, huisarts. Zonnehuisgroep IJssel-Vecht, Zwolle: drs. S. Westerhoff, specialist ouderengeneeskunde.
- Contact: M. van Buren (m.van_buren@lumc.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: er zijn mogelijke belangen gemeld bij dit artikel. ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.
- Jacintha van Balen, huisarts, en Alferso Abrahams, internist-nefroloog UMC Utrecht, gaven waardevol commentaar op de inhoud van het manuscript.

Aanvaard op 9 maart 2022

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2022;166:D6435

Literatuur

1. Verberne WR, van den Wittenboer ID, Voorend CGN, et al. Health-related quality of life and symptoms of conservative care versus dialysis in patients with end-stage kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant*. 2021;36:1418-33. [doi:10.1093/ndt/gfaa078](https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa078). [Medline](#)
2. Voorend CGN, Van Oevelen M, Verberne WR, et al. Survival of patients who opt for dialysis versus conservative care: a systematic review and meta-analysis. *Nephrol Dial Transplant*. 23 februari 2022 (epub). [doi:10.1093/ndt/gfac010](https://doi.org/10.1093/ndt/gfac010). [Medline](#)
3. Verberne WR, Ocak G, van Gils-Verrij LA, van Delden JJM, Bos WJW. Hospital utilization and costs in older patients with advanced chronic kidney disease choosing conservative care or dialysis: a retrospective cohort study. *Blood Purif*. 2020;49:479-89. [doi:10.1159/000505569](https://doi.org/10.1159/000505569). [Medline](#)
4. Goto NA, van Loon IN, Morpey MI, et al. Geriatric assessment in elderly patients with end-stage kidney disease. *Nephron*. 2019;141:41-8. [doi:10.1159/000494222](https://doi.org/10.1159/000494222). [Medline](#)
5. Goto NA, van Loon IN, Boereboom FTJ, et al. Association of initiation of maintenance dialysis with functional status and caregiver burden. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2019;14:1039-47. [doi:10.2215/CJN.13131118](https://doi.org/10.2215/CJN.13131118). [Medline](#)
6. Jassal SV, Chiu E, Hladunewich M. Loss of independence in patients starting dialysis at 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2009;361:1612-3. [doi:10.1056/NEJMc0905289](https://doi.org/10.1056/NEJMc0905289). [Medline](#)
7. Murtagh FE, Addington-Hall JM, Higginson IJ. End-stage renal disease: a new trajectory of functional decline in the last year of life. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:304-8. [doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03248.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03248.x). [Medline](#)
8. Morton RL, Webster AC, McGeechan K, et al. Conservative management and end-of-life care in an Australian cohort with ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016;11:2195-203. [doi:10.2215/CJN.11861115](https://doi.org/10.2215/CJN.11861115). [Medline](#)
9. Van Oevelen M, Abrahams AC, Bos WJW, et al. Dialysis withdrawal in The Netherlands between 2000 and 2019: time trends, risk factors and centre variation. *Nephrol Dial Transplant*. 2021;36:2112-9. [doi:10.1093/ndt/gfab244](https://doi.org/10.1093/ndt/gfab244). [Medline](#)
10. [Richtlijn Palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen](#). Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland; 2017.
11. [Richtlijn Nierfunctie vervangende behandeling, wel of niet?](#) Utrecht: Nederlandse Internisten Vereniging; 2016.
12. Van Dorpel MA, Bos WJW, Engels N, et al. Nierfalen keuzehulp. <https://nierfalen.keuzehulp.nl/over-keuzehulp>, geraadpleegd op 11 maart 2022.
13. Voorend CGN, Berkhout-Byrne NC, Meuleman Y, Mooijaart SP, Bos WJW, van Buren M. Perspectives and experiences of patients and healthcare professionals with geriatric assessment in chronic kidney disease: a qualitative study. *BMC Nephrol*. 2021;22:9. [doi:10.1186/s12882-020-02206-9](https://doi.org/10.1186/s12882-020-02206-9). [Medline](#)
14. [Richtlijn Chronische Nierschade \(CNS\)](#). Utrecht: NHG en Nederlands Internisten Vereniging; 2018.
15. [NHG-standaard Chronische nierschade](#). Utrecht: NHG; 2018.
16. Ramer SJ, McCall NN, Robinson-Cohen C, et al. Health outcome priorities of older adults with advanced CKD and concordance with their nephrology providers' perceptions. *J Am Soc Nephrol*. 2018;29:2870-8. [doi:10.1681/ASN.2018060657](https://doi.org/10.1681/ASN.2018060657). [Medline](#)
17. Voskamp PWM, van Diepen M, Evans M, et al. The impact of symptoms on health-related quality of life in elderly pre-dialysis patients: effect and importance in the EQUAL study. *Nephrol Dial Transplant*. 2019;34:1707-15. [doi:10.1093/ndt/gfy167](https://doi.org/10.1093/ndt/gfy167). [Medline](#)
18. Nederlands Huisartsen Genootschap. [Huisartsenzorg voor ouderen met complexe problematiek](#). Utrecht: NHG; 2009.
19. [Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement \(CVRM\)](#). Utrecht: NHG, Nederlandse Internisten Vereniging en Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie; 2019.
20. Guldmond F, Ott B, Wind A. [Toolkit advance care planning mbt het levenseinde](#). Utrecht: NHG; 2017.
21. Goff SL, Eneanya ND, Feinberg R, et al. Advance care planning: a qualitative study of dialysis patients and families. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2015;10:390-400. [doi:10.2215/CJN.07490714](https://doi.org/10.2215/CJN.07490714). [Medline](#)
22. Shah KK, Murtagh FEM, McGeechan K, Crail SM, Burns A, Morton RL. Quality of life among caregivers of people with end-stage kidney disease managed with dialysis or comprehensive conservative care. *BMC Nephrol*. 2020;21:160. [doi:10.1186/s12882-020-01830-9](https://doi.org/10.1186/s12882-020-01830-9). [Medline](#)
23. Chan KY, Yip T, Yap DY, et al. Enhanced psychosocial support for caregiver burden for patients with chronic kidney failure choosing not to be treated by dialysis or transplantation: a pilot randomized controlled trial. *Am J Kidney Dis*. 2016;67:585-92. [doi:10.1053/j.ajkd.2015.09.021](https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.09.021). [Medline](#)
24. Susanto C, Kooman J, Courtens AM, Konings CJAM. Conservative care as a treatment option for patients aged 75 years and older with CKD stage V: a National survey in the Netherlands. *Eur Geriatr Med*. 2018;9:235-42. [doi:10.1007/s41999-018-0031-9](https://doi.org/10.1007/s41999-018-0031-9).

[Medline](#)

25. Van Oevelen M, Abrahams AC, Bos WJW, et al; DIALOGICA study group. DIALysis or not: Outcomes in older kidney patients with Gerlatric Assessment (DIALOGICA): rationale and design. BMC Nephrol. 2021;22:39. [doi:10.1186/s12882-021-02235-y](https://doi.org/10.1186/s12882-021-02235-y). [Medline](#)
26. Murphy E, Burns A, Murtagh FEM, Rooshenas L, Caskey FJ. The Prepare for Kidney Care Study: prepare for renal dialysis versus responsive management in advanced chronic kidney disease. Nephrol Dial Transplant. 2021;36:975-82. [doi:10.1093/ndt/gfaa209](https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa209). [Medline](#)