

Waarom PD geschikt is voor oudere patiënten

R KOOIMAN



Nederland vergrijst en in dat kader kan men een toename van het aantal oudere dialysepatiënten verwachten. We krijgen steeds meer kritische zorgafnemers, die optimaal geïnformeerd willen en moeten worden. Denk bijvoorbeeld aan de Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst WGBO, waarin de rechten en plichten van patiënt en behandelaar zijn vastgelegd. Tot nu toe zijn een aantal aspecten van Peritoneaal Dialyse (PD) als mogelijke therapievorm voor ouderen onderbelicht gebleven. Onderstaand artikel wil daar verandering in te brengen.

Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is voor iedereen van belang, ook voor oudere dialysepatiënten. Wanneer ouderen voor de keuze komen te staan een niervervangende therapie te ondergaan, dan is het voor hen belangrijker om het leven meer kwaliteit te geven, dan om het te verlengen. Uit onderzoek¹ blijkt dat ouderen de kwaliteit van leven zelf bovenaan hun wensenlijstje zetten. Op hun prioriteitenlijst staat 'onafhankelijkheid' bovenaan, gevolgd door 'het verminderen van de symptomen'. Pas daarna komt 'een langere levensduur'. PD biedt de mogelijkheden die prioriteitenlijst te realiseren.

Als we het hebben over de kwaliteit van leven, dan zal dat in het geval van ouderen vooral betrekking hebben op de kwaliteit van het geestelijk leven. Uit onderzoek blijkt dat deze bij oudere dialysepatiënten behouden bleef, ondanks hun gevorderde leeftijd en hun chronische levensbedreigende ziekte. Deze kwaliteit van leven bleek ook weinig te verschillen met die bij ouderen in de bevolking als geheel, zowel tijdens de eerste stadia, dat wil

zeggen na drie, zes en twaalf maanden dialyse, als na enkele jaren. Er is beperkt onderzoek gedaan naar de kwaliteit van leven bij oudere PD-patiënten, maar bij enkele van deze studies bleek, zoals te verwachten was, dat psychiatrische stoornissen, zoals ernstige depressies of dementie, vaker voorkomen bij oudere dan bij jongere PD-patiënten. Depressies ontstaan vaak als gevolg van het verlies van de partner, eenzaamheid, een gevoel van nutteloosheid, minder goede woonomstandigheden of een laag inkomen. Zulke problemen kunnen leiden tot onvoldoende therapietrouw of tot het falen van de techniek. Maar oudere PD-patiënten die niet lijden aan een lichamelijke (behalve nierinsufficiëntie) of psychiatrische aandoening, hebben een goede kwaliteit van leven² en hun algehele tevredenheid over het leven lijkt niet te verschillen van die van een normale populatie van dezelfde leeftijd. Misschien komt dit doordat deze patiënten niet al te hoge ambities koesteren en zich beter weten aan te passen aan de problemen die worden veroorzaakt door hun ziekte en behandeling³. Inderdaad blijken CAPD-patiënten van boven

¹ Ahmed et al., 1999

² Gokal, 1990

³ Gokal et al., 1987

de 70 zich minder zorgen te maken over hun lichaamsbeeld, hun seksualiteit of het feit dat ze vier keer per dag een wisseling moeten uitvoeren⁴.

Uit ander onderzoek⁵ blijkt dat de meeste oudere patiënten hun kwaliteit van leven bevredigend en acceptabel vinden, en deze gewoonlijk hoger inschatten dan jongere patiënten. Uit dezelfde studie bleek echter ook dat hun Karnofsky-score, die de mate van revalidatie aangeeft, lager was, wat betekent dat de ouderen meer hulp nodig hadden bij de PD en de dagelijkse activiteiten, en dat ze vaker en langer in het ziekenhuis verbleven dan jongeren. Vergeleken met HD in een dialysecentrum lijkt PD te leiden tot een groter gevoel van welbevinden bij oudere patiënten. Dit is gebleken uit een recente meta-analyse waarbij emotionele spanningen en psychologisch welbevinden werden vergeleken bij verschillende vormen van nierfunctievervangende therapie⁶. Ook bleken PD-patiënten een hogere kwaliteit van leven te ervaren, minder stress ten gevolge van de ziekte en behandeling en minder stemmingsstoornissen te hebben⁷. Verder hebben ze geen last van bepaalde symptomen die verband houden met HD⁸. Geconcludeerd kan dus worden dat PD een goede dialysemethode is voor ouderen voor wat betreft kwaliteit van leven⁹.

PD met ondersteuning

Ondanks de beschreven voordelen van PD voor ouderen, wordt het grootschalige gebruik ervan waarschijnlijk belemmerd door de vooronderstellingen omtrent sociale en logistieke problemen. Veel patiënten zijn niet in staat (of denken dit) zelfstandig de dialysehandelingen uit te voeren, als gevolg van bijkomende aandoeningen als depressie, dementie en gehoor- en gezichtsproblemen, en door afnemende lichamelijke en geestelijke activiteitsniveaus. Dit geldt voor ca. 60% van alle patiënten ouder dan 75¹⁰. Deze mensen hebben hulp nodig bij de dialysewisselingen, de verzorging van de katheterpoort en het gebruik van medicatie. In deze omstandigheden kan PD alleen maar met goed gevolg worden gebruikt met behulp van thuiszorgverpleegkundigen of familieleden, of eventuele andere mantelzorgers, zoals burens of vrijwilligers.

PD en thuiszorg

Thuiszorgverpleegkundigen kunnen oudere patiënten helpen met de PD vanaf het begin van de dialyse of wanneer de familie niet meer in staat is dit te doen. Van belang is daarom dat deze vorm van ondersteuning wordt vergoed. Interessante aanbevelingen op dit gebied zijn gedaan door een werkgroep van de Universiteit van Amsterdam¹¹ op basis van een haalbaarheidsstudie. Zij bevelen onder meer aan dat PD-hulp door de thuiszorg beschikbaar zou moeten komen voor een veel groter deel van de PD-patiënten die niet meer in staat zijn dit zelf te doen. Dit systeem zou structureel vergoed moeten worden, op basis van de werkelijke tijd die de verpleegkundige moet besteden aan de wisselingen, inclusief reistijd. Er zou een soort "zorgcontract" moeten komen, waarin duidelijk staat omschreven wat de patiënt en de verpleegkundige van elkaar kunnen verwachten. Ten slotte dient ook de huisarts op de hoogte te zijn van deze afspraken, en zou deze ook een (bescheiden) rol kunnen spelen bij de uitvoering en controle van de PD in deze omstandigheden. Op dit moment heeft CVZ aangegeven dat ondersteunende zorg vanuit de AWBZ betaald dient te worden. Dit blijft voortdurend een punt van aandacht in de veranderende wet en regelgeving.

Ervaringen

De meeste ervaring op dit gebied is tot nu toe opgedaan in Frankrijk, waar 53% van de PD-patiënten van 65 jaar en ouder (65–74, 35%; 75–84, 57% en 85 en ouder, 81,3%) gebruik maakt van een dergelijk systeem, terwijl slechts 9,5% wordt geholpen door een gezinslid en 34% zichzelf kan helpen¹². De verpleegkundigen die dit uitvoeren, dienen uiteraard voldoende te worden opgeleid (op basis van op papier vastgelegde standaardprocedures) door het dialysecentrum waar de patiënt vandaan komt. Dankzij dit thuiszorgsysteem kan de oudere dialysepatiënt beschikken over veilige en comfortabele dialyse in de eigen omgeving, en worden de vermoeidheid en hoge kosten waarmee vervoer naar een dialysecentrum gepaard gaat, vermeden. Verder lijkt het risico van infectie van de huidpoort of peritonitis bij patiënten die op deze wijze worden geholpen, niet hoger te zijn dan bij zelfdialyse¹³.

4 Gonsalves-Ebrahim et al., 1982

5 De Vecchi et al. (1998)

6 Cameron et al., 2000

7 Simmons et al., 1984; Gokal, 1993

8 Brown, 1999

9 Kimmel, 2001

10 Jagose et al., 1996; Verger, 2000, pers. comm

11 Dukkers van Enden en Biemond, 1993

12 Verger, C, gegevens uit het Régistre de Dialyse Péritonéale de Langue Française

13 Michel et al., 1990

PD in het verpleeghuis

Over 15 jaar verwachten we in Nederland een dubbel aantal ouderen. Daarom moet alles erop worden afgestemd dat verpleeghuizen deze patiënten kunnen opnemen en verzorgen. In veel landen is dit momenteel bepaald niet het geval. De onder nefrologen aanwezige kennis aangaande de wijze waarop verpleeghuizen tegen patiënten met ernstig nierfalen aankijken, is gebaseerd op slechts enkele overzichtsstudies.¹⁴ Voorbeelden van door verpleeghuizen opgegeven redenen om deze patiënten te weigeren zijn een gebrek aan juiste opleiding bij het verplegend personeel en vervoersproblemen. Ook kan het personeel van het verpleeghuis opzien tegen de verzorging van nierpatiënten, omdat ze denken dat deze patiënten te veel medische problemen hebben.

Bij peritoneale dialyse geldt dat meer verpleegkundige zorg nodig is, terwijl er regulier geen geld beschikbaar is voor de extra tijd die gaat zitten in de hulp bij de CAPD-wisselingen en er sprake is van een tekort aan verpleegkundigen. De CAPD-patiënt wordt gezien als een extra verantwoordelijkheid en belasting, aangezien in de meeste gevallen de wisselingen zullen moeten worden uitgevoerd door of met hulp van de verpleegkundige. Zelfs bij APD, waarbij minder wisselingen plaats hoeven te vinden, kan het verpleegkundig personeel het als een belasting ervaren en dergelijke gespecialiseerde procedure uit te voeren. Hiervoor kan echter bij het CIZ indicatie aangevraagd worden voor aanvullende zorg. Hiernaast is er onder het personeel van verpleeghuizen veel verloop, wat inhoudt dat de trainingen voor deze procedure vaak herhaald zullen moeten worden. Ten slotte is voor PD een aparte opbergruimte voor de benodigde materialen nodig, en bij voorkeur een eenpersoonskamer met een badkamer. Deze zullen niet altijd voorhanden zijn, zeker niet voor minder draagkrachtige patiënten.

Ondanks deze nadelen lijkt PD, en met name APD, een goede optie te zijn in verpleeghuizen. De PD-patiënten worden niet geconfronteerd met het probleem van vervoer naar het hemodialysecentrum, met de bijbehorende

stress, vermoeidheid en hartproblemen na de HD-behandeling. Ook het deelnemen aan alle activiteiten in het verpleeghuis is eenvoudiger voor PD-patiënten (vooral bij APD). Deze patiënten zijn continu aanwezig, wat gunstig is voor hun socialisatie en revalidatie. Bij APD is de belasting voor het personeel geen echt probleem. Bij CAPD kan de tijd die nodig is voor het leeglopen van de vloeistof worden benut voor de verzorging van de huidpoort en andere zorgtaken, of om de patiënt te helpen met eten.

Ten slotte kan op basis van onze eigen ervaringen worden gesteld dat het verpleeghuispersoneel (inclusief verpleeghulpen) misschien aanvankelijk wat aarzelend kan zijn, maar later gewoonlijk een zekere trots ervaart over het feit dat ze in staat zijn met behulp van PD een patiënt in leven te houden en de kwaliteit van zijn of haar leven op peil te houden.

Complicaties bij PD voor ouderen

Techniekoverleving

Het perspectief voor ouderen voor wat betreft "techniekoverleving" (de mate waarin mensen dezelfde techniek blijven gebruiken) lijkt op die bij jongere PD-patiënten¹⁵ of is zelfs beter.¹⁶ Uit een tweetal onderzoeken¹⁷ blijkt dat er geen verschil is tussen ouderen en jongeren voor wat betreft de oorzaken van het falen van de techniek. Het gaat voornamelijk om peritonitis, katheterdisfunctie, verminderde dialyse-efficiëntie en psychosociale problemen. Deze laatste factor was bij de doelgroep van een andere studie¹⁸ in 30% van de gevallen de reden om binnen een jaar van PD naar HD over te stappen. Meestal ging het hierbij om gezins- of sociale problemen, ongunstige woonomstandigheden, wegvallen van ondersteuning en problemen betreffende autonomie en onafhankelijkheid, naast ernstige affectieve psychiatrische stoornissen. Zoals te verwachten, was overlijden de voornaamste oorzaak van het beëindigen van de PD.¹⁹

Peritonitis

Net als bij jongere patiënten zijn ook bij ouderen peritonitis en huidpoortinfecties de

¹⁴ Smith-Wheelock en Sink, 2000

¹⁵ Gentile et al., 1990; Hung et al., 1995; Baek, 1997; de Vecchi et al., 1998

¹⁶ Gokal, 1990; Segoloni et al., 1990; Gorban-Brennan, 1993

¹⁷ Dimkovic et al., 2001, en Hôpital Bichat in Parijs

¹⁸ Carey et al. (1990)

¹⁹ Kimmel, 2001

meest voorkomende complicaties bij PD. Deze zijn verantwoordelijk voor meer dan 50% van de ziekenhuisopnames en problemen met de techniek.

Huidpoort- en tunnelinfecties

Ook hier vonden diverse onderzoekers vergelijkbare incidenties als bij jongere patiënten, namelijk circa 0,3 infecties per jaar, terwijl anderen zelfs een lagere frequentie vonden. Zij verklaarden dit uit het feit dat oudere patiënten minder actief zijn, waardoor de katheter minder beweegt, één van de oorzaken die wel worden genoemd voor dit soort infecties.

Niet-infectieuze complicaties

Er zijn drie types complicaties waarop speciaal moet worden gelet bij oudere PD-patiënten: hernia's, lage bloeddruk en ondervoeding.

Aandachtspunten bij het instrueren van ouderen

Als patiënten in principe in staat zijn om de PD-wisselingen zelf uit te voeren, moeten ze daarin worden getraind door het personeel van het dialysecentrum. Dit kan zo zijn eigen problemen met zich meebrengen vanwege de gevorderde leeftijd van de patiënten. Drie typen problemen kunnen worden onderscheiden: lichamelijk, psychisch en cultureel.

Lichamelijk: gehoorproblemen, gezichtsproblemen, leervermogen

Psychisch: stress, depressies

Cultureel: culturele achtergrond/Taal

In het geval van tekortschietende capaciteiten is ondersteuning door familie of professionele krachten nodig. De ondersteuning en invulling hiervan is afhankelijk van de individuele situatie. Het gebruik van checklists verdient aanbeveling. Door de training af te ronden met een contract of certificaat wordt ervoor gezorgd dat alle betrokkenen weten wat kan worden verwacht.

Tot slot

Het bovenstaande overwegende kan niet anders dan geconcludeerd worden dan dat de mogelijkheid en wenselijkheid om oudere patiënten te behandelen via PD-therapieën een serieuze kans moet krijgen bij het adviseren en voorschrijven van een behandelmethode. Het zal daarbij aankomen op de bereidheid en mogelijkheid van met name zorgverleners om over bestaande muren en barrières heen te kijken en op creatieve wijze de zorgverlening aan deze groeiende groep patiënten vorm te geven.

Richard E. Kooiman, medisch-maatschappelijk werker, Isala Klinieken, Zwolle

Aafke Nijhoff, dialyseverpleegkundige, Baxter BV