

Palliatieve zorg bij COPD

Indicatie inzetten palliatieve zorg bij COPD

Specificeer palliatieve zorg bij COPD

Symptoomgerichte palliatie

Geen indicatie palliatieve zorg bij COPD (Blijf evalueren)

Er kunnen meerdere symptomen tegelijkertijd aanwezig zijn

Bepaal of er sprake is van angstklachten

Initiële behandeling angst

Evalueer initiële behandeling angst

Bepaal of er sprake is van depressieve klachten

Initiële behandeling depressie

Evalueer initiële behandeling depressie

Behandeling dyspneu

Evalueer initiële behandeling dyspneu

Evalueer behandeling dyspneu met morfine

Evalueer behandeling dyspneu na ophoging morfine

Bepaal indicatie behandeling dyspneu met zuurstof

Evalueer behandeling dyspneu met fentanyl/oxycodon

Evalueer behandeling dyspneu met oxycodon

Behandeling droge prikkelhoest

Symptomatische behandeling droge prikkelhoest

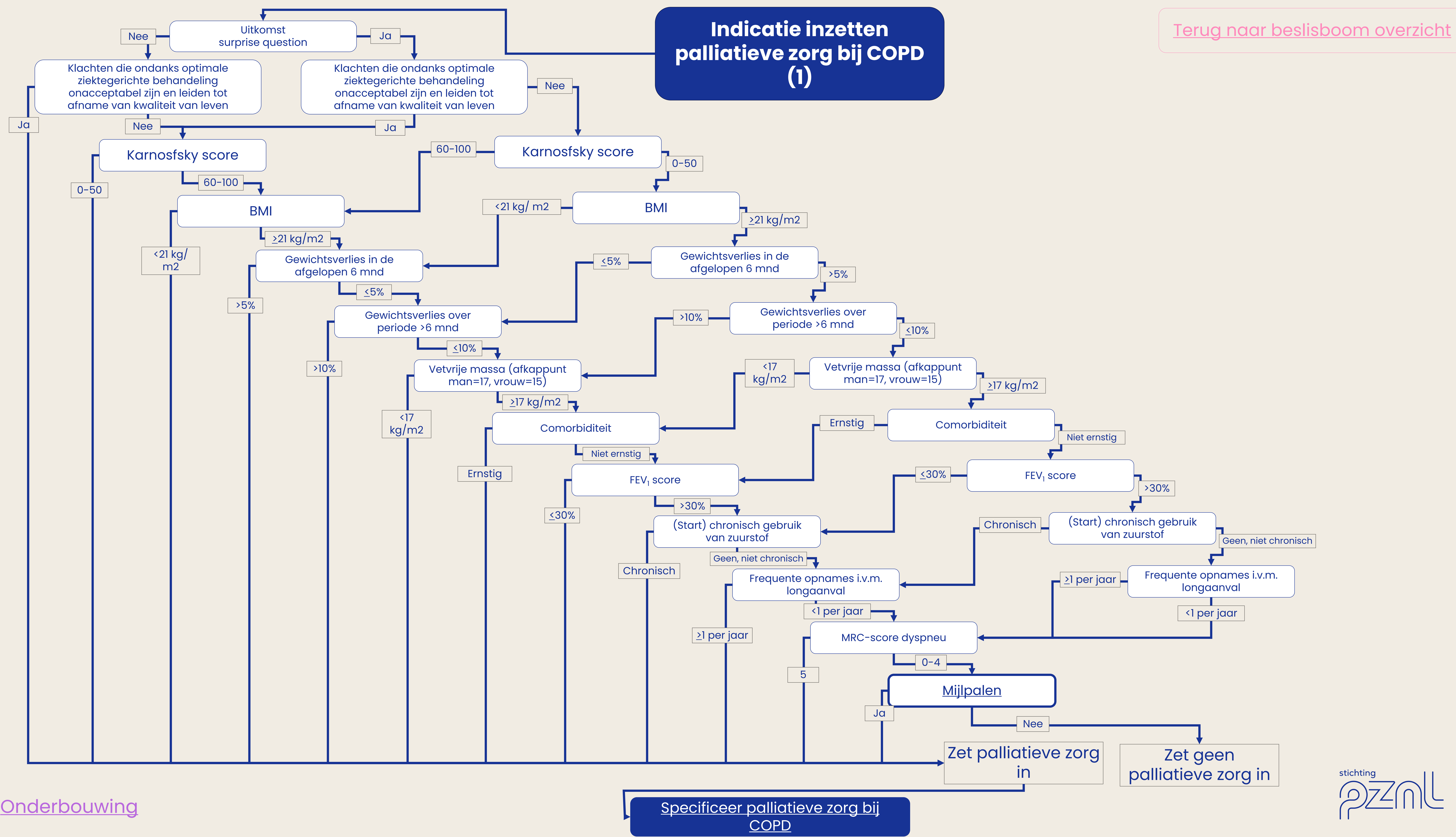
Evalueer niet-medicamenteuze symptomatische behandeling droge prikkelhoest

Evalueer symptomatische behandeling droge prikkelhoest met opioïden

Indicatie inzetten
palliatieve zorg bij COPD
(1)

[Terug naar beslisboom overzicht](#)

Onderbouwing



Specificeer palliatieve zorg bij
COPD

Indicatie inzetten palliatieve zorg bij COPD (2)

Mijlpalen

Mijlpalen zoals:

- arbeidsongeschiktheidsverklaring
- ziekenhuisopname met (niet-invasieve) beademing
- afwijzing voor longtransplantatie of bronchoscopische of chirurgische interventies ter vermindering van hyperinflatie
- overbelaste mantelzorger
- noodzaak tot verhuizing of aanpassing van de woning

Specificeer palliatieve zorg bij COPD

Ziektegerichte behandeling,
gericht op verlichting van klachten
EN/OF
Symptoomgerichte palliatie
Onacceptabele klachten of problemen
OF
Palliatie in de stervensfase
Bij belastende symptomen en signalen, gericht op kwaliteit
van sterven

Evalueer regelmatig (tenminste jaarlijks)
de situatie, vaardigheden en wensen

Besteed aandacht aan alle dimensies:
fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel
en ook de ziektelast
Gebruik zo nodig meetinstrumenten

Geef voorlichting over
Advance Care Planning (ACP). Zie onderbouwing

Betrek de mantelzorger en naasten actief in de zorg

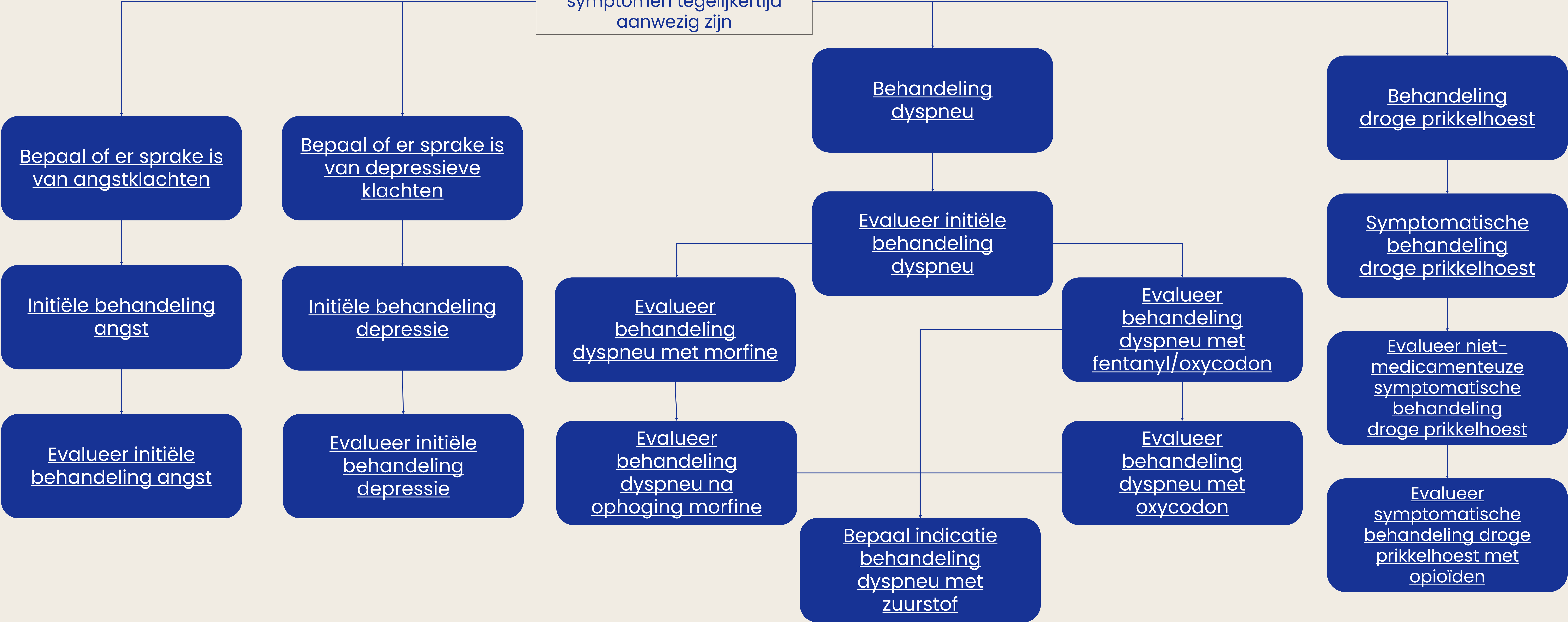
Raadpleeg zo nodig de richtlijnen palliatieve zorg
(www.pallialine.nl)

Vraag bij moeilijk behandelbare symptomen en/of
complexe problemen advies aan deskundigen en/of
verwijs naar gespecialiseerde zorgverleners

Symptoomgerichte palliatie

Symptoomgerichte palliatie

Er kunnen meerdere symptomen tegelijkertijd aanwezig zijn



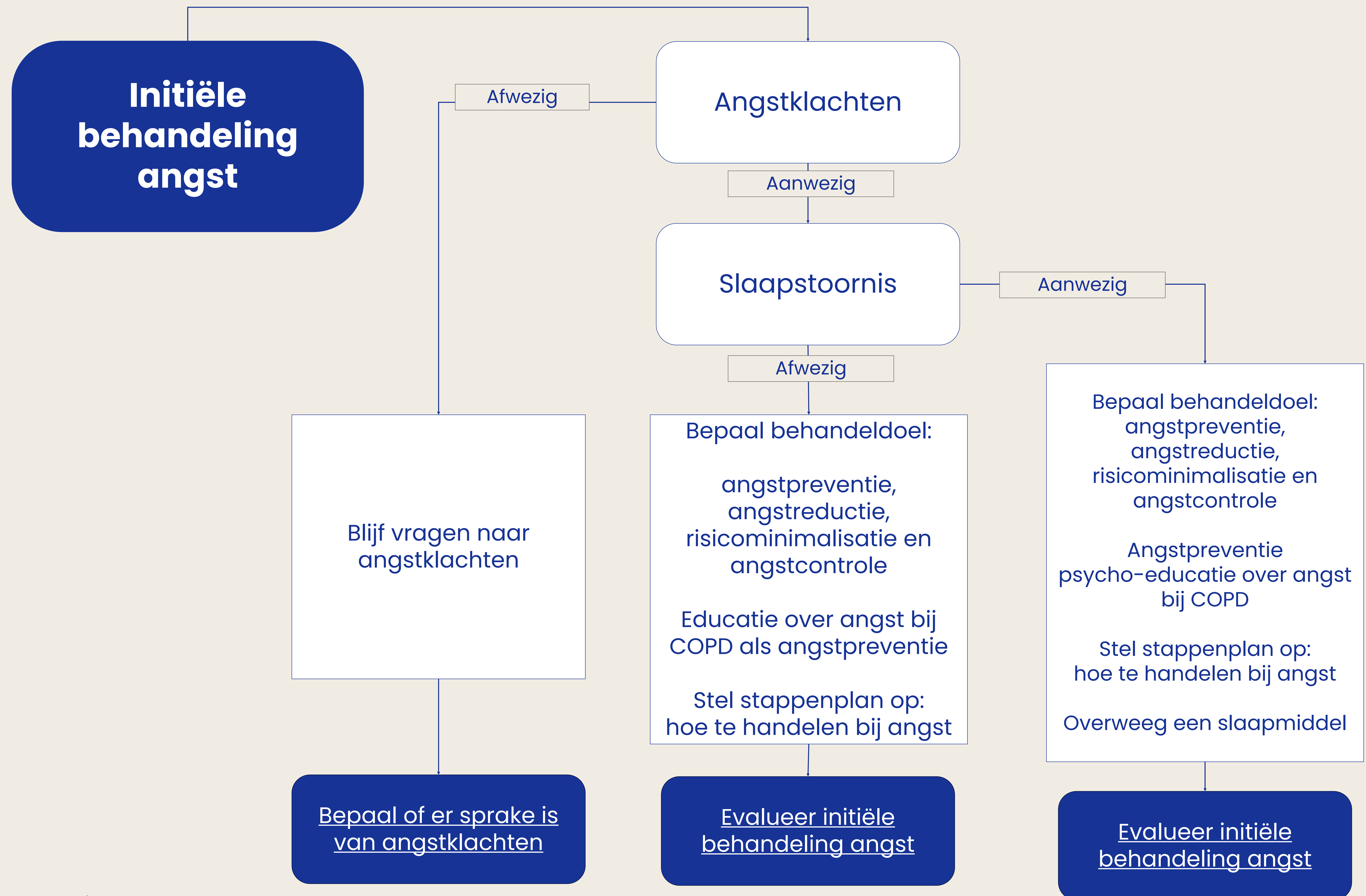
**Bepaal of er
sprake is van
angstklachten**

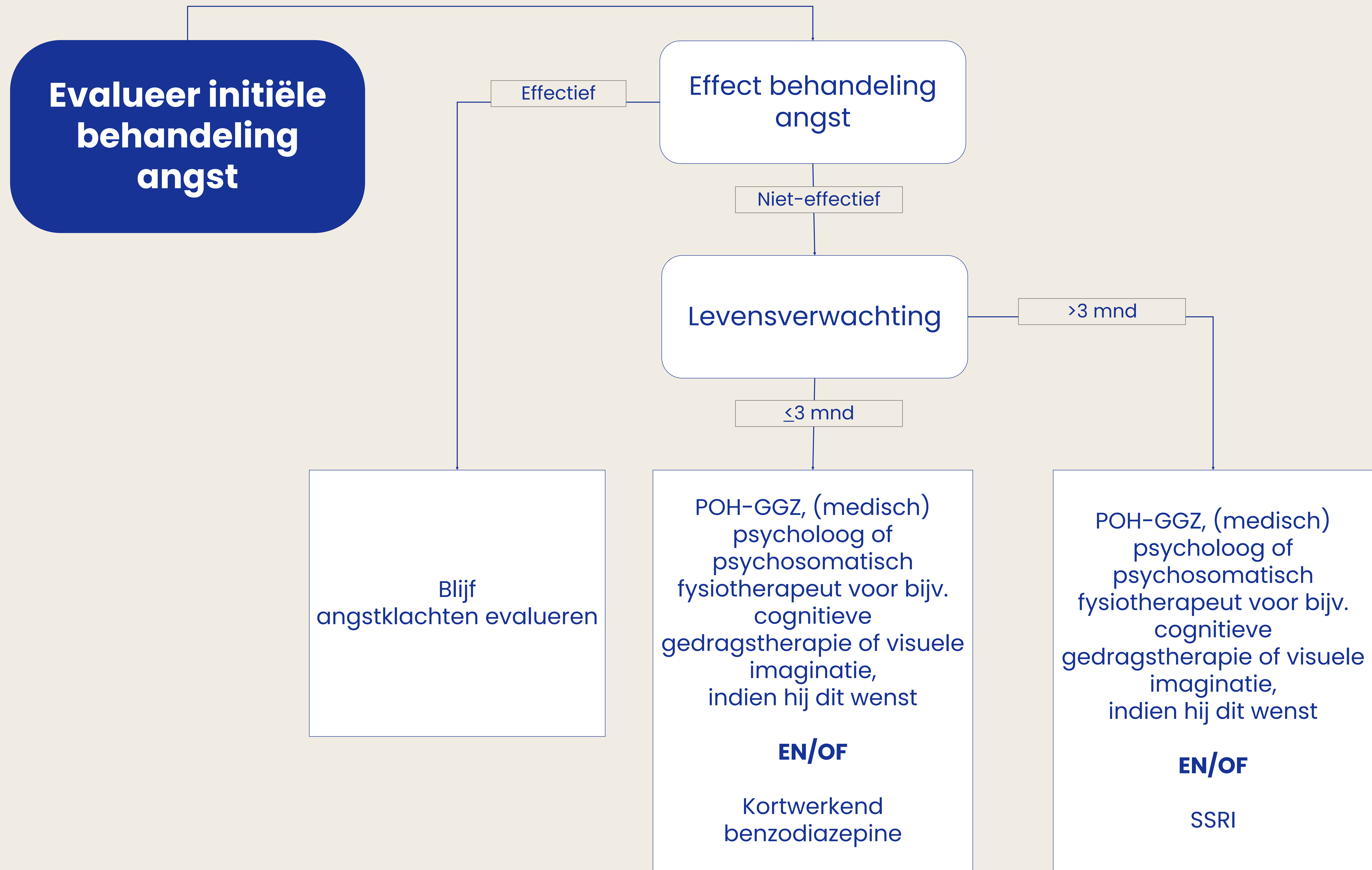
Anamnese
(betrek ook de omgeving)

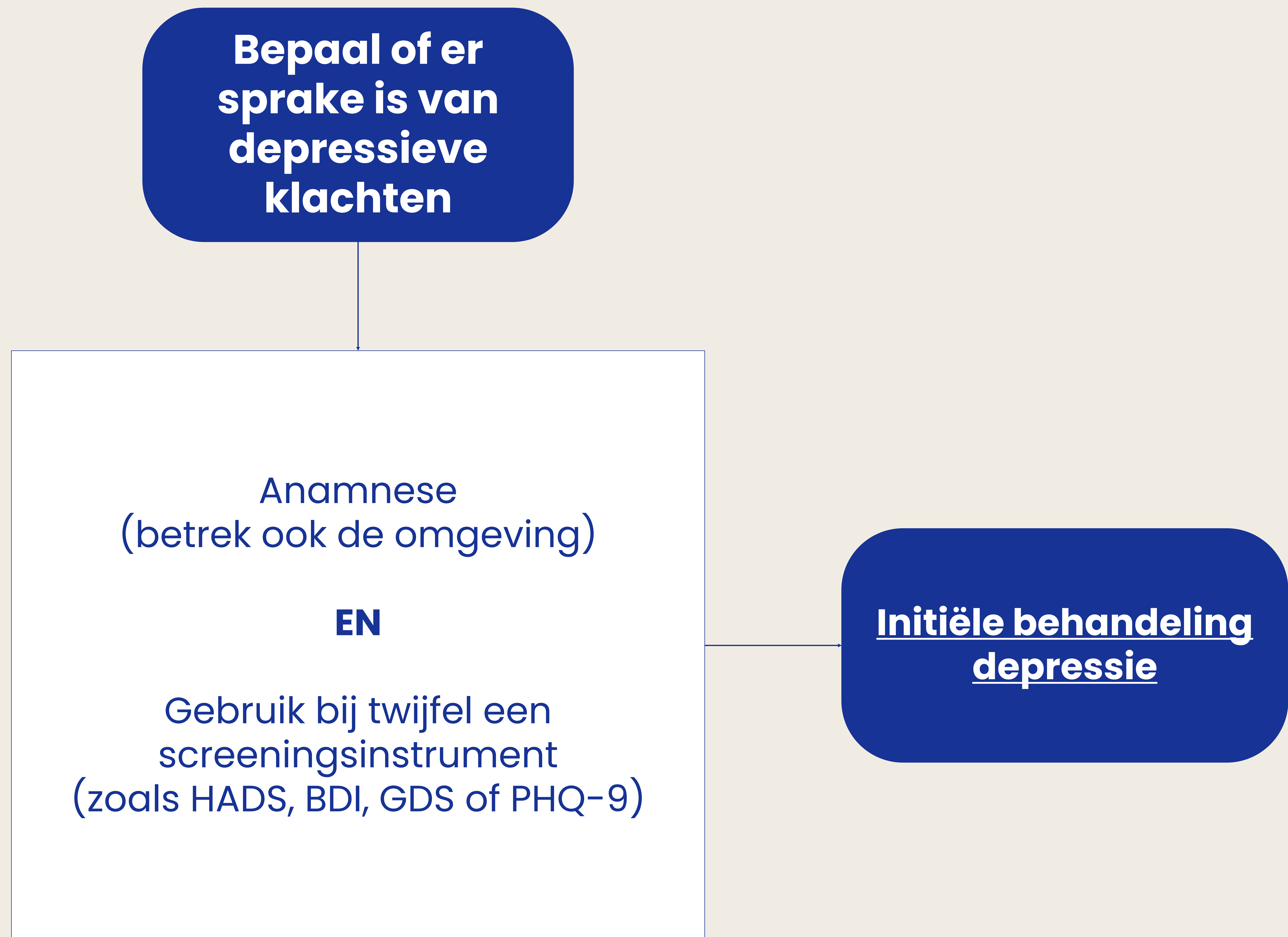
EN

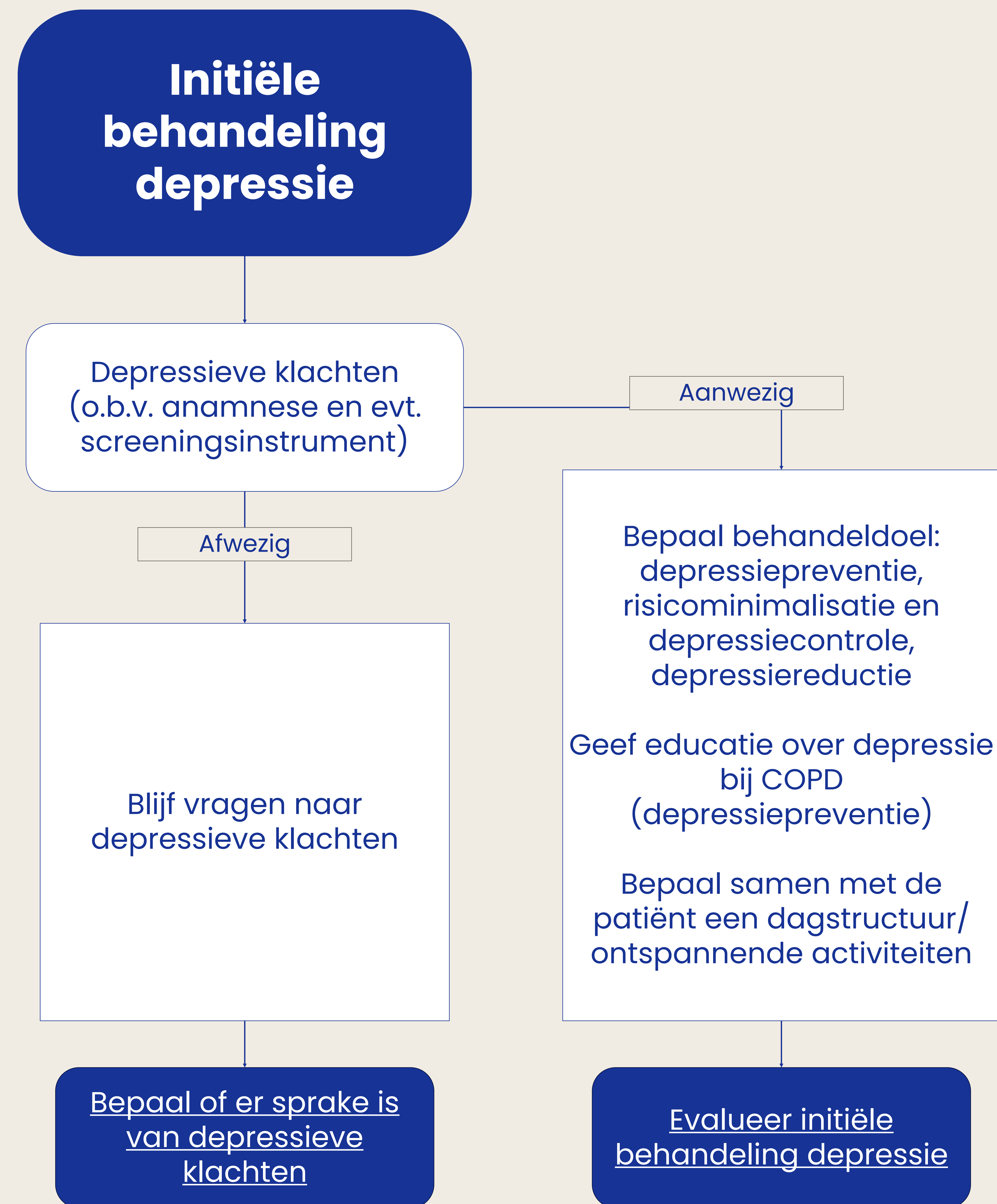
Gebruik bij twijfel een
screeningsinstrument
(zoals de HADS of BAI)

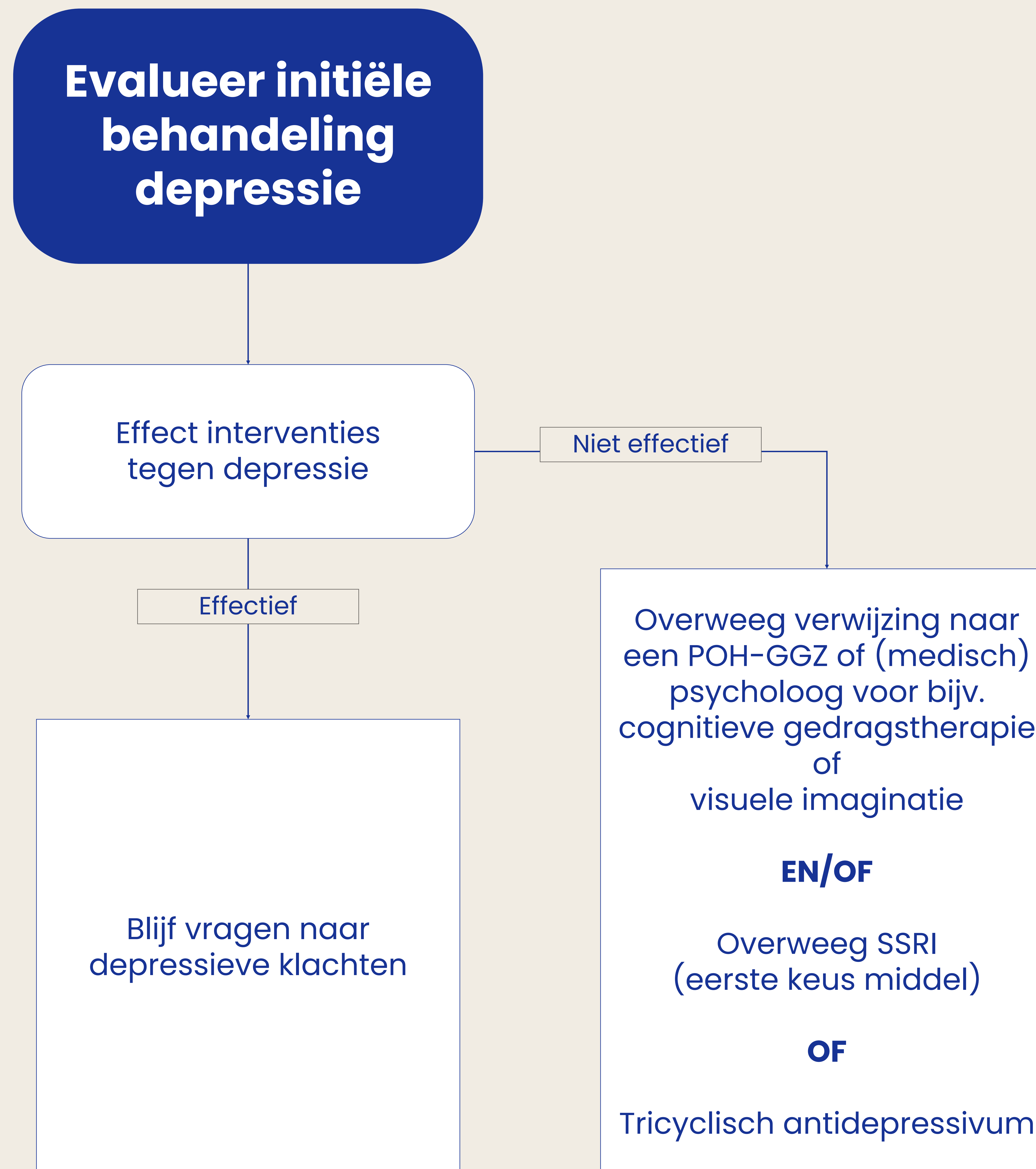
**Initiële behandeling
angst**

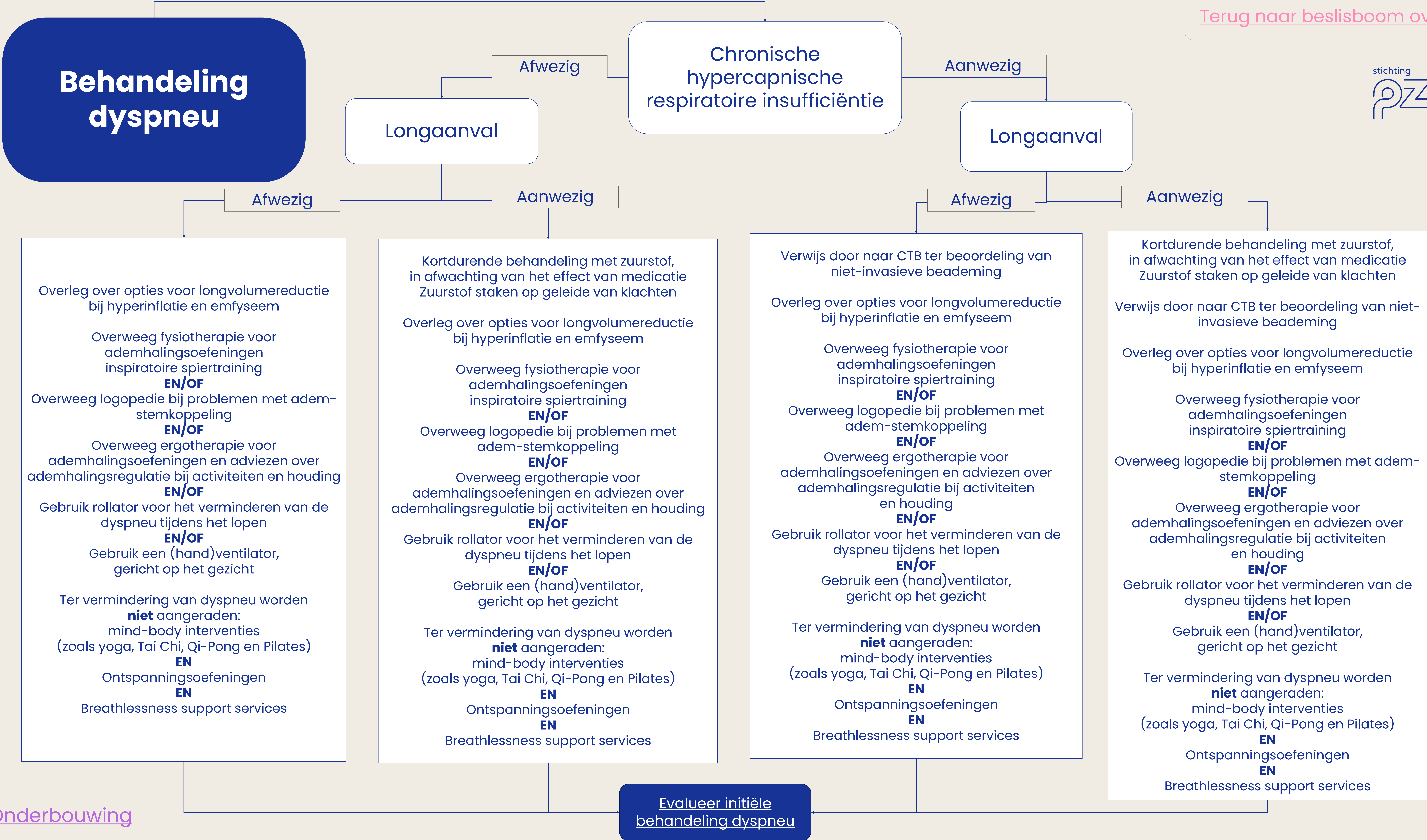


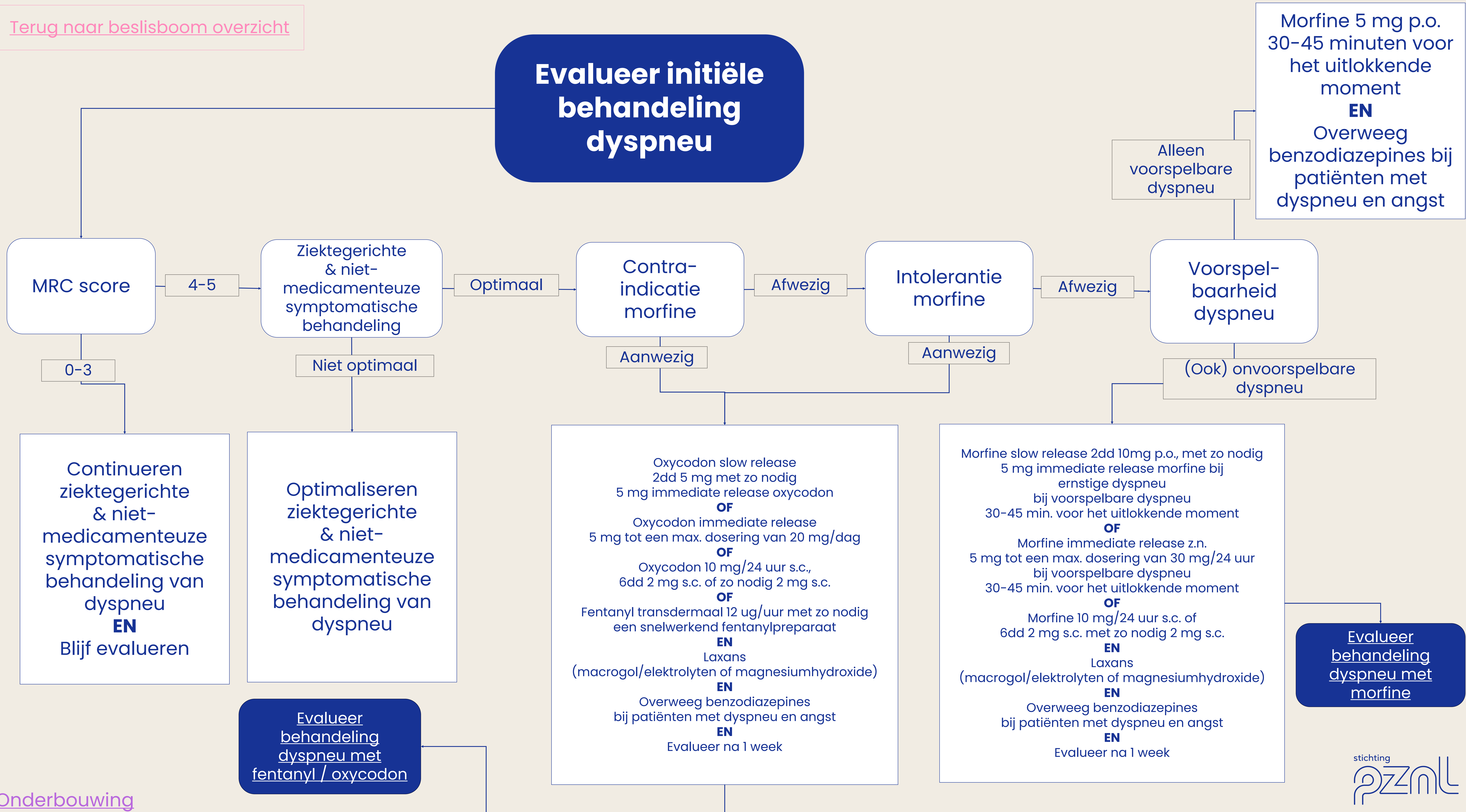




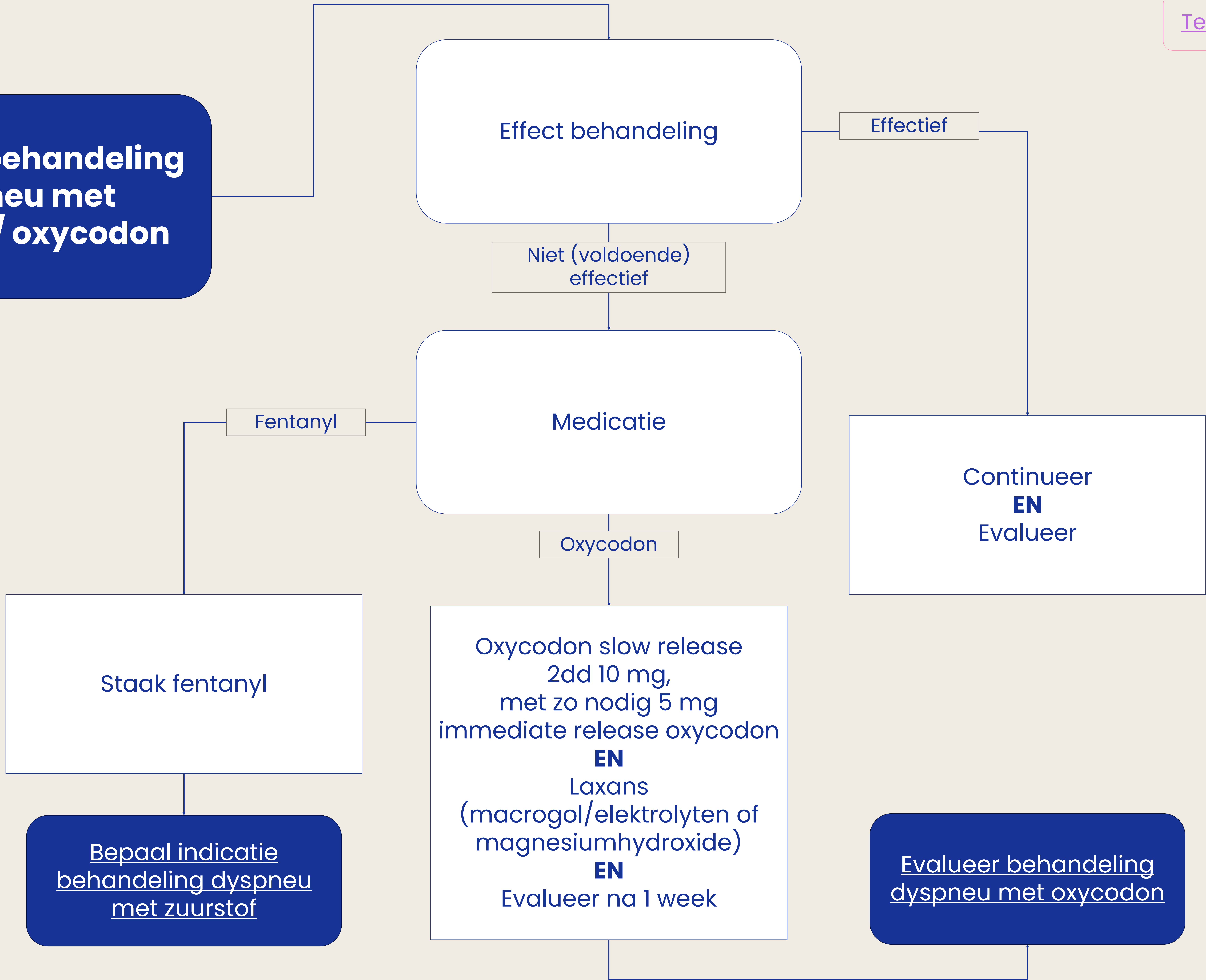


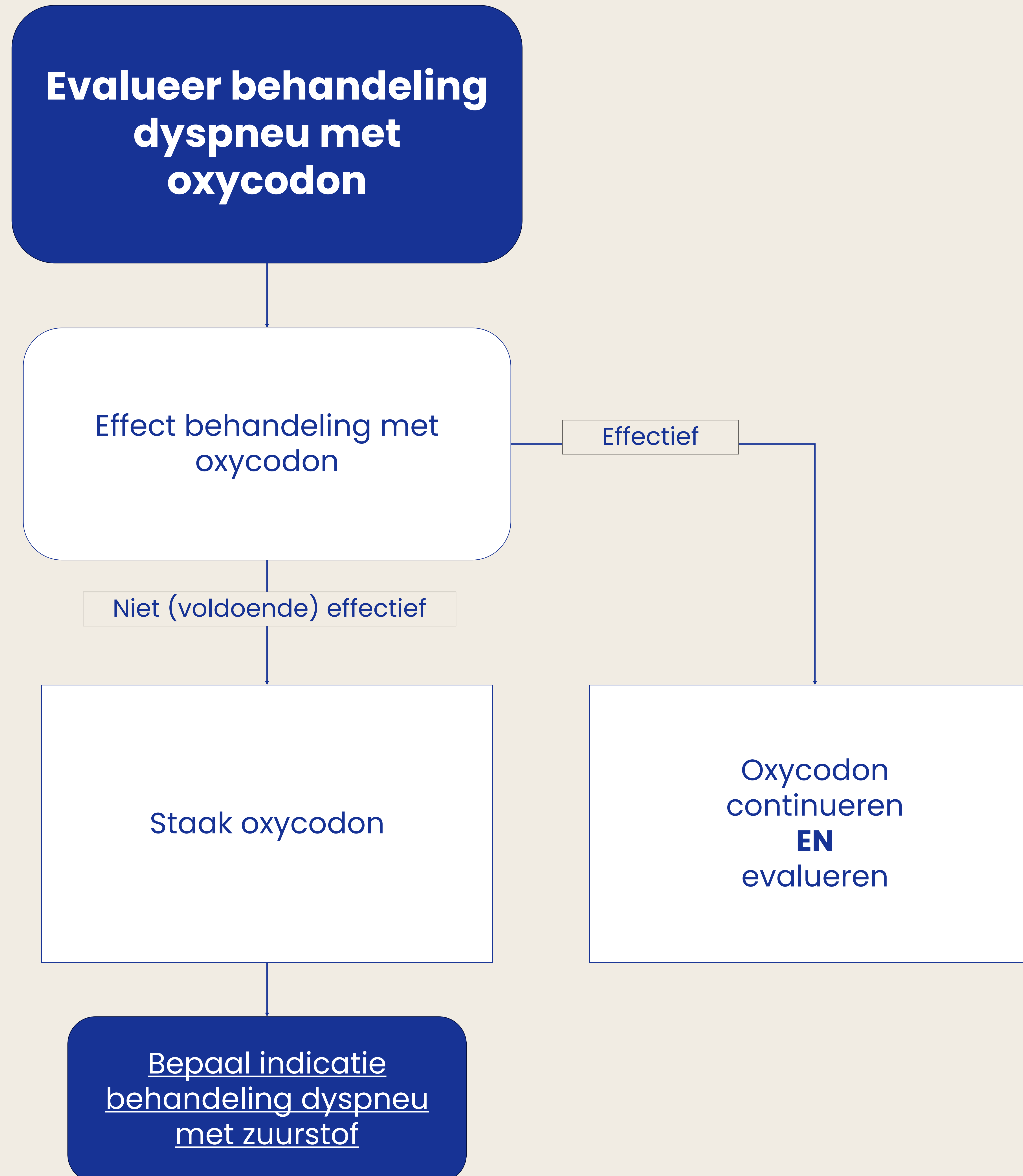






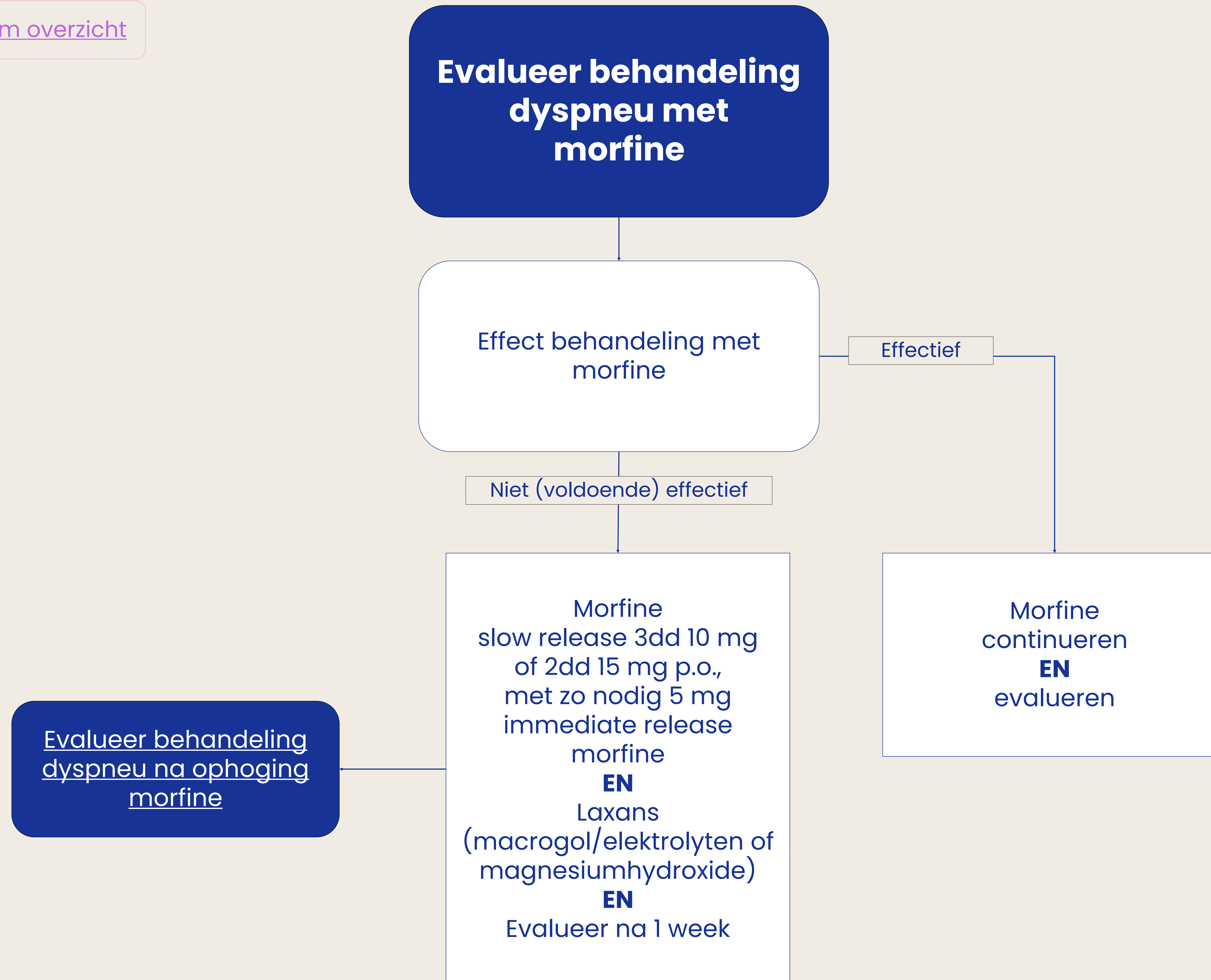
**Evalueer behandeling
dyspneu met
fentanyl / oxycodon**

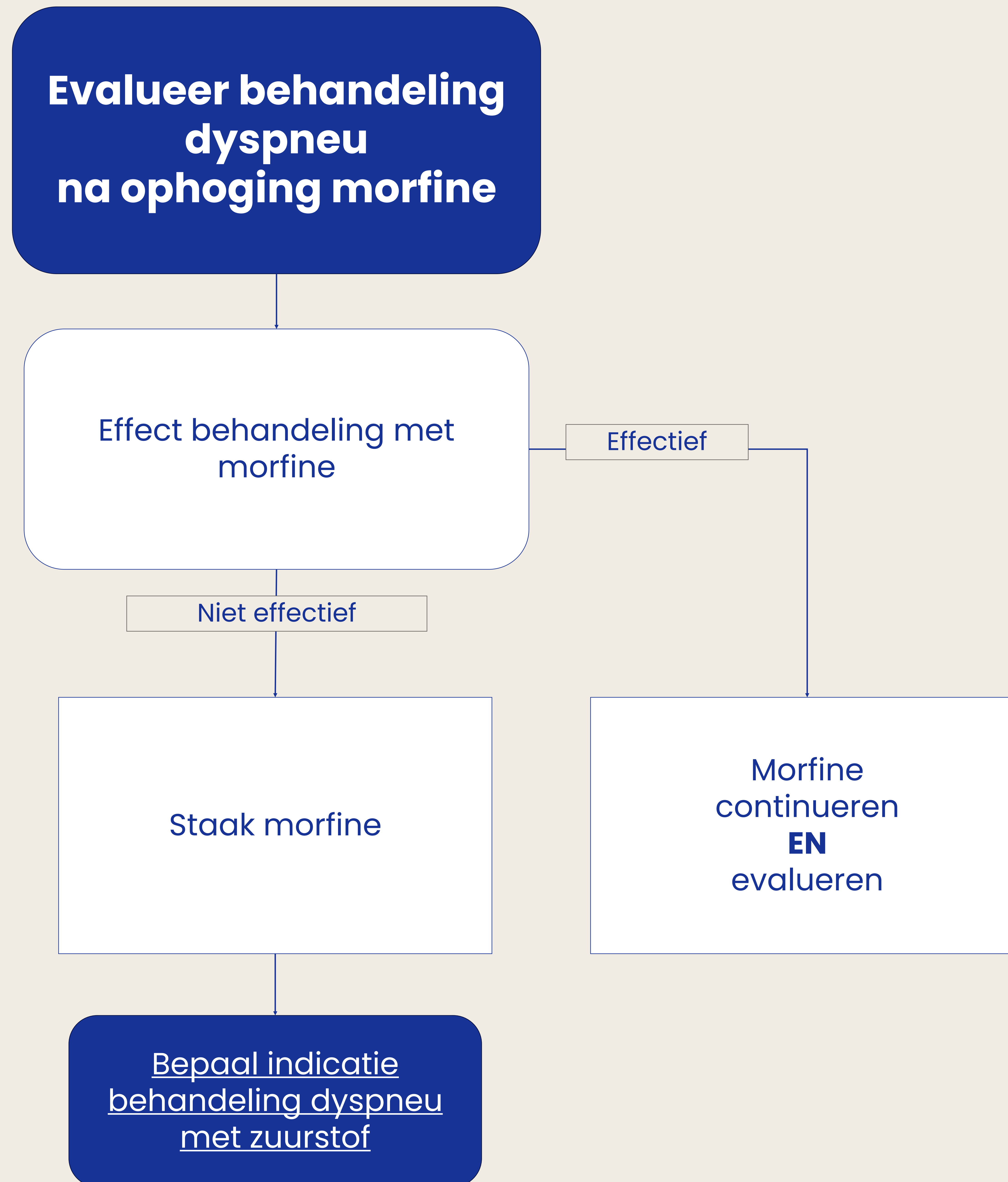




Bepaal indicatie behandeling dyspneu met zuurstof







Behandeling droge prikkelhoest

Optimale behandeling van
COPD en longaanvallen

EN

Bespreek staken van roken

EN

Behandel eventuele
uitlokkende factoren

EN

Indicatie symptomatische
behandeling

Symptomatische
behandeling
droge prikkelhoest

Symptomatische behandeling droge prikkelhoest

Impact droge prikkelhoest
op andere klachten COPD

Ja

Nee

Impact op kwaliteit van
leven

Ja

Nee

Geen symptomatische
behandeling droge
prikkelhoest

Overweeg verwijzing naar
logopedist voor
hoestonderdrukkende
behandeling

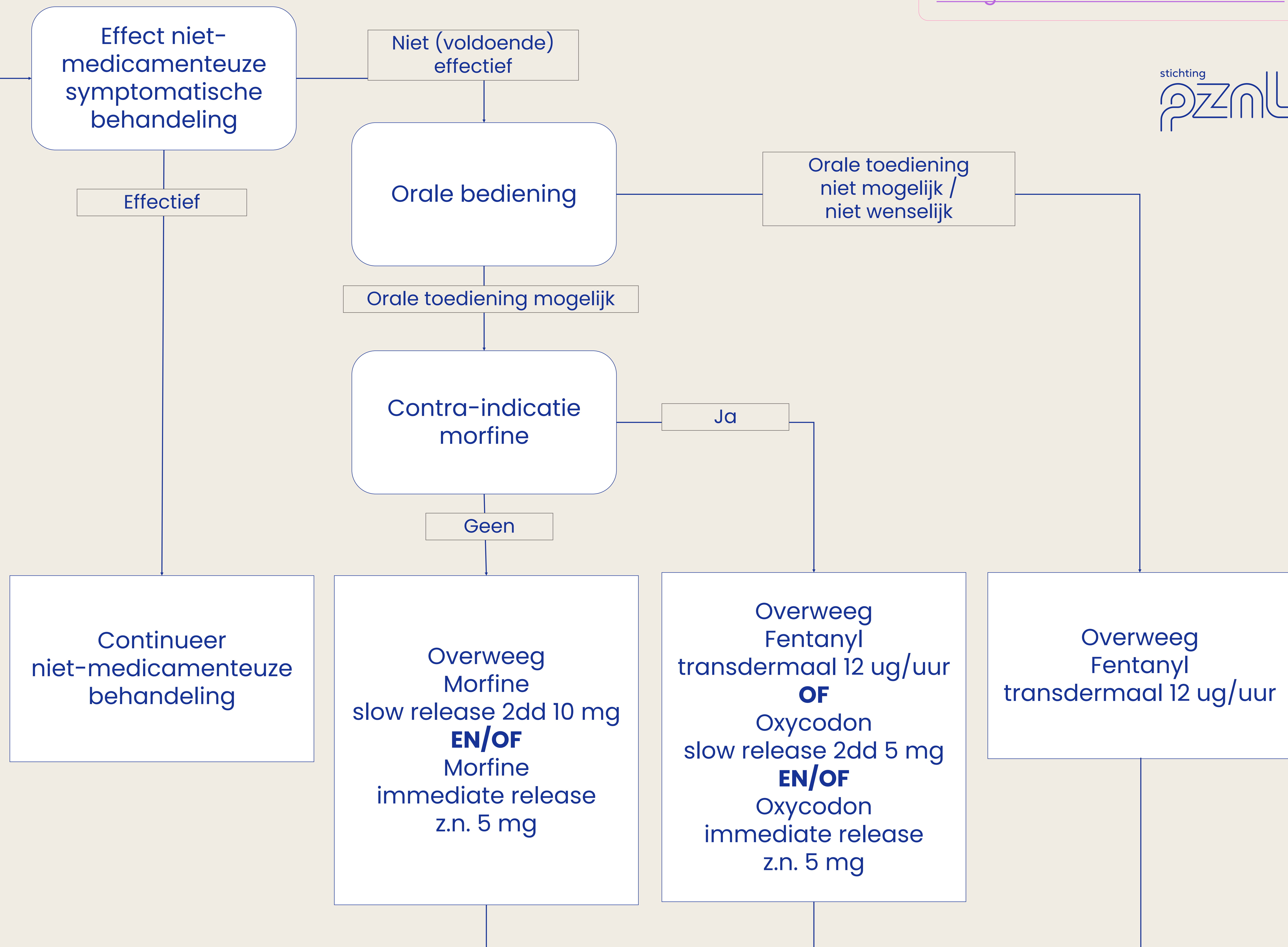
Evalueer
niet-medicamenteuze
symptomatische
behandeling
droge prikkelhoest

**Evalueer
niet-medicamenteuze
symptomatische
behandeling
droge prikkelhoest**

[Terug naar beslisboom overzicht](#)



**Evalueer
symptomatische
behandeling droge
prikkelhoest met
opioïden**



Evalueer symptomatische behandeling droge prikkelhoest met opioiden

Effect opioiden

Onvoldoende

Voldoende

Continueer
EN
Blijf evalueren

Gabapentine
3dd 100–600 mg
OF
Pregabaline
2dd 37,5–75 mg
OF
Cromoglycaat
verneveld 4dd 2 puffs
OF
Lidocaïne
verneveld 2–4dd
2%(40 mg)–4%(80 mg)
OF
Paroxetine
1dd 10–20 mg
OF
Sertraline
1dd 50–100 mg

Onderbouwing

- Besteed aandacht aan alle dimensies van het ziek zijn: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel. Ga daarbij uit van een interdisciplinaire benadering. Verleen basale palliatieve zorg op al deze gebieden. Signaleer tijdig klachten en problemen waarvoor consultatie en/of verwijzing noodzakelijk is.
- Voer regelmatig (ten minste jaarlijks en zo nodig vaker) een gesprek om (het begrip van) de situatie, de (gezondheids)vaardigheden en de wensen van de patiënt en diens naasten te evalueren. Ga tijdens het gesprek in op de symptomen en de betekenis daarvan voor het fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel functioneren. Besteed daarbij ook aandacht aan de ziektelast. Maak hierbij zo nodig gebruik van meetinstrumenten (bijvoorbeeld [Ziektelastmeter COPD](#), [COPD Control Questionnaire \(CCQ\)](#) of de [COPD Assessment Test \(CAT\)](#)). Exploreer gedachtes en wensen van de patiënt ten aanzien van de toekomst en behandeldoelen. Bespreek, indien mogelijk en gewenst, de prognose.
- Zet ziektegerichte behandeling (waaronder zuurstoftherapie ter verlenging van de overleving, niet-invasieve beademing en medicamenteuze behandeling (meestal bronchusverwijders, inhalatiecorticosteroïden en/of antibiotica)) gericht op verlichting van symptomen zo lang mogelijk door.
- Zet symptoomgerichte palliatie in als de klachten voor de patiënt onacceptabel zijn en/of als er klachten of problemen op psychisch, sociaal of spiritueel gebied zijn ondanks optimale ziektegerichte behandeling.
- Let bij palliatie in de stervensfase op belastende symptomen en signalen en richt het handelen vooral op comfort en verlichting van lijden en verbetering van de kwaliteit van sterven.

- Betrek de mantelzorger en naasten actief in de zorg. Besteed aandacht aan de (gezondheids)vaardigheden, draagkracht, draaglast, waarden, wensen en behoeften van de mantelzorger en naasten, zowel tijdens het ziekteproces als na het overlijden.
- Raadpleeg zo nodig de andere richtlijnen palliatieve zorg (www.pallialine.nl).
- Vraag bij moeilijk behandelbare symptomen en/of complexe problemen advies aan deskundigen (indien nog niet betrokken), bijvoorbeeld een fysiotherapeut, logopedist, ergotherapeut, diëtist en/of gespecialiseerd team palliatieve zorg en/of verwijst naar gespecialiseerde zorgverleners (bijvoorbeeld psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker, geestelijk verzorger).

Proactieve zorgplanning / Advance care planning

<https://palliaweb.nl/proactieve-zorgplanning>

- Ga tijdig het gesprek over ACP aan met de patiënt. Gebruik voor het juiste moment de in hoofdstuk 1 aangegeven criteria en signalen van patiënten.
- Overleg met andere betrokken zorgverleners over het multidisciplinair organiseren van gestructureerde ACP met oog voor ieders eigen expertise.
- Voer een gesprek over ACP of laat dit gesprek voeren door een andere bij de zorg betrokken en in ACP geschoolde zorgverlener.
- Betrek de naasten van een patiënt bij een gesprek over ACP.

- Stem de inhoud van een gesprek over ACP af op de wensen en behoeften van patiënt en diens naasten. Onderwerpen die in ACP aan de orde kunnen komen, zijn onder meer:
 - nagaan wat de patiënt weet van zijn ziekte en welke verwachtingen hij heeft omtrent de toekomst met de ziekte
 - levensbeschouwing en culturele achtergrond
 - (niet)-behandelafspraken (zoals niet-invasieve beademing)
 - angst om te stikken
 - ziekenhuisopnames
 - plaats van zorg en sterven
 - crisissituaties (onder andere refractaire symptomen)
 - wilsverklaring
 - wettelijke vertegenwoordiging in de situatie van (acute) verslechtering en wilsonbekwaamheid
 - levenseindebeslissingen (onder meer vochttoediening, voeding, antibiotica, reanimatie, staken van niet-invasieve beademing, uitzetten van implanteerbare cardioverter defibrillator (ICD), palliatieve sedatie, euthanasie, orgaandonatie, bewust stoppen met eten en drinken)
 - nazorg

- Wees u hierbij bewust van de barrières, zowel bij uzelf als zorgverlener als bij de patiënt en diens naasten.
- Stem inhoud van het gesprek over ACP af op de gezondheidsvaardigheden van de patiënt en diens naasten.
- Leg de gemaakte afspraken over ACP vast in het dossier van de patiënt en in het individueel zorgplan.
- Communiceer en evalueer minimaal jaarlijks en zo nodig vaker met de patiënt en diens naasten om (levens)doelen en keuzes van de patiënt bij te stellen.

Hoe kan tegemoet gekomen worden aan de sociale zorgbehoeften van mensen met gevorderde COPD en hun naasten?

- Inventariseer samen met de patiënt en diens naasten wat voor hen van belang is als het gaat om de sociale zorgbehoeften, zodat het (sociale) welbevinden van de patiënt en diens naasten kan worden vergroot.
- Signaleer, inventariseer en beoordeel, eventueel met behulp van (gevalideerde) meetinstrumenten zoals de Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ) vragenlijst en de Self-Rated Burden scale (SRB), de aard en ernst van zorgen, problemen en risico's die de patiënt en diens naasten ervaren als het gaat om het sociaal welbevinden.
- Inventariseer samen met de patiënt en diens naasten welke ondersteuning gewenst is bij de sociale en praktische gevolgen van COPD.
- Bespreek samen met de patiënt en diens naasten wat de mogelijkheden en verwachtingen zijn van de mantelzorger.
- Informeer de mantelzorger over de situatie van de patiënt en hoe hij hem daarin kan ondersteunen. Geef informatie over relevante ondersteuningsmogelijkheden (bijvoorbeeld inzet van thuiszorg, vrijwilligers, respijtzorg), afgestemd op de behoefte van de mantelzorger.

- Communiceer op een tactvolle, opmerkzame en uitnodigende manier met een mantelzorger.
- Besteed aandacht aan de draagkracht - draaglast, waarden, wensen en behoeften van de naaste in de rol van mantelzorger en bied ondersteuning om mogelijke overbelasting te voorkomen of te verminderen.
- Maak, indien gewenst, de onderwerpen intimiteit en seksualiteit bespreekbaar met de patiënt en diens naaste. Het BLISS model kan hierin helpend zijn. Indien de zorgverlener barrières voelt omtrent het bespreekbaar maken van deze onderwerpen, verwijst dan naar een meer toegeruste collega.
- Geef specifieke aandacht aan kinderen en kleinkinderen van ernstig zieke patiënten. Zij moeten worden betrokken in de opvang en hebben recht op duidelijke informatie.
- Verleen nazorg aan de naaste en/of mantelzorger, door na te gaan wat zij nodig hebben op praktisch, psychosociaal en spiritueel gebied om de periode van rouw en verliesverwerking goed te kunnen doorlopen.

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Onderbouwing

Ga bij iedere patiënt met COPD na of er sprake is van angstklachten en maak deze bespreekbaar, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen ziektegerelateerde angst, gevolgen-gerelateerde angst, angst gerelateerd aan externe factoren en angst gerelateerd aan persoonlijke factoren. Hierbij is het van belang ook alert te zijn op non-verbale signalen.

- Betrek de omgeving bij de anamnese en vraag hen naar aanwijzingen voor angst.
- Gebruik bij twijfel over de rol/aanwezigheid van angst een screeningsinstrument, zoals bijvoorbeeld de HADS of BAI als aanleiding voor een gesprek.

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 1-9-2021. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

Ga bij iedere patiënt met COPD na of er sprake is van angstklachten en maak deze bespreekbaar, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen ziektegerelateerde angst, gevolgen-gerelateerde angst, angst gerelateerd aan externe factoren en angst gerelateerd aan persoonlijke factoren. Hierbij is het van belang ook alert te zijn op non-verbale signalen.

- Betrek de omgeving bij de anamnese en vraag hen naar aanwijzingen voor angst.
- Gebruik bij twijfel over de rol/aanwezigheid van angst een screeningsinstrument, zoals bijvoorbeeld de HADS of BAI als aanleiding voor een gesprek.
- Bepaal bij angstklachten in overleg met de patiënt het behandeldoel:
 - angstpreventie
 - risicominimalisatie en angstcontrole
 - angstreductie
- Geef educatie over angst bij COPD als angstpreventie.
- Stel samen met de patiënt en diens naaste(n) een stappenplan op hoe te handelen bij angst.
- Overleg samen met de patiënt over niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandelopties indien bovenstaande stappen onvoldoende werkzaam zijn. Bespreek de voor- en nadelen van deze opties en kom gezamenlijk tot een beslissing.

- Verwijs een patiënt met COPD en angstklachten zo nodig naar een POH-GGZ, (medisch) psycholoog of psychosomatisch fysiotherapeut voor bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of visuele imaginatie, indien hij dit wenst.
- Indien er sprake is van angst en slaapstoornissen, kan gestart worden met een slaapmiddel.
- Kies voor de medicamenteuze behandeling van angst bij mensen met COPD in de palliatieve fase en een levensverwachting langer dan 3 maanden bij voorkeur voor een SSRI. Bij een levensverwachting van 3 maanden of minder kan gekozen worden voor een kortwerkend benzodiazepine.

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Onderbouwing

Ga bij iedere patiënt met COPD na of er sprake is van angstklachten en maak deze bespreekbaar, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen ziektegerelateerde angst, gevolgen-gerelateerde angst, angst gerelateerd aan externe factoren en angst gerelateerd aan persoonlijke factoren. Hierbij is het van belang ook alert te zijn op non-verbale signalen.

- Betrek de omgeving bij de anamnese en vraag hen naar aanwijzingen voor angst.
- Gebruik bij twijfel over de rol/aanwezigheid van angst een screeningsinstrument, zoals bijvoorbeeld de HADS of BAI als aanleiding voor een gesprek.
- Bepaal bij angstklachten in overleg met de patiënt het behandeldoel:
 - angstpreventie
 - risicominimalisatie en angstcontrole
 - angstreductie
- Geef educatie over angst bij COPD als angstpreventie.
- Stel samen met de patiënt en diens naaste(n) een stappenplan op hoe te handelen bij angst.
- Overleg samen met de patiënt over niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandelopties indien bovenstaande stappen onvoldoende werkzaam zijn. Bespreek de voor- en nadelen van deze opties en kom gezamenlijk tot een beslissing.

- Verwijs een patiënt met COPD en angstklachten zo nodig naar een POH-GGZ, (medisch) psycholoog of psychosomatisch fysiotherapeut voor bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of visuele imaginatie, indien hij dit wenst.
- Indien er sprake is van angst en slaapstoornissen, kan gestart worden met een slaapmiddel.
- Kies voor de medicamenteuze behandeling van angst bij mensen met COPD in de palliatieve fase en een levensverwachting langer dan 3 maanden bij voorkeur voor een SSRI. Bij een levensverwachting van 3 maanden of minder kan gekozen worden voor een kortwerkend benzodiazepine.

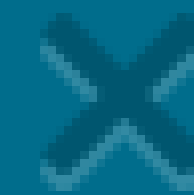
Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Onderbouwing



Ga bij iedere patiënt met COPD na of er sprake is van depressieve klachten en maak dit bespreekbaar, waarbij een onderscheid gemaakt dient te worden tussen depressieve klachten, aanpassingsstoornis met sombere stemming en een depressieve stoornis. Hierbij is het van belang ook alert te zijn op non-verbale signalen.

- Betrek de omgeving bij de anamnese en vraag hen of er veranderingen zijn in de stemming van de patiënt.
- Gebruik bij twijfel over de aanwezigheid en/of rol van depressie een screeningsinstrument, zoals bijvoorbeeld de HADS, BDI, GDS of PHQ-9 als gesprekshulpmiddel.

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 1-9-2021. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

Ga bij iedere patiënt met COPD na of er sprake is van depressieve klachten en maak dit bespreekbaar, waarbij een onderscheid gemaakt dient te worden tussen depressieve klachten, aanpassingsstoornis met sombere stemming en een depressieve stoornis. Hierbij is het van belang ook alert te zijn op non-verbale signalen.

- Betrek de omgeving bij de anamnese en vraag hen of er veranderingen zijn in de stemming van de patiënt.
- Gebruik bij twijfel over de aanwezigheid en/of rol van depressie een screeningsinstrument, zoals bijvoorbeeld de HADS, BDI, GDS of PHQ-9 als gesprekshulpmiddel.
- Bepaal in overleg met de patiënt het behandeldoel:
 - depressiepreventie
 - risicominimalisatie en depressiecontrole
 - depressiereductie
- Geef educatie over depressie bij COPD als depressiepreventie.
- Bepaal samen met de patiënt een vaste dagstructuur inclusief het inplannen van ontspannende activiteiten.

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 1-9-2021. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

Ga bij iedere patiënt met COPD na of er sprake is van depressieve klachten en maak dit bespreekbaar, waarbij een onderscheid gemaakt dient te worden tussen depressieve klachten, aanpassingsstoornis met sombere stemming en een depressieve stoornis. Hierbij is het van belang ook alert te zijn op non-verbale signalen.

- Overleg samen met de patiënt over niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandelopties indien bovenstaande stappen onvoldoende werkzaam zijn. Bespreek de voor- en nadelen van deze opties en kom gezamenlijk tot een beslissing.
- Verwijs een patiënt met COPD en (mogelijke) depressie naar een POH-GGZ of (medisch) psycholoog voor bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of visuele imaginatie, indien hij dit wenst.
- Kies bij indicatie voor medicamenteuze behandeling van depressie bij mensen met COPD voor een SSRI of een tricyclisch antidepressivum (TCA), afhankelijk van de aanwezigheid van (relatieve) contra-indicaties en comorbiditeit, en potentiële bijwerkingen, eerdere ervaringen, prijs en voorkeur van de patiënt. Vanwege de lagere kans op bijwerkingen hebben de SSRI's een voorkeur als eerste keuze middel.

[Terug naar COPD – Symptoomgerichte palliatie –
Evalueer initiële behandeling depressie](#)

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 1-9-2021. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

Bij de symptomatische behandeling van dyspneu onderscheidt men:

- niet-medicamenteuze interventies (zie module 'Niet-medicamenteuze behandeling')
- medicamenteuze interventies (zie module 'Medicamenteuze behandeling')

Bespreek met de patiënt welke interventie het beste past bij de wensen en voorkeuren. De werkgroep heeft hierbij de voorkeur om de niet-medicamenteuze interventies (ademhalingsoefeningen, rollator en ventilator) eerder in te zetten dan de medicamenteuze interventies.

- Verwijs mensen met gevorderde COPD naar:
 - de fysiotherapeut voor ademhalingsoefeningen en eventueel inspiratoire spiertraining ter vermindering van dyspneu;
 - de logopedist (bij problemen met adem-stemkoppeling);
 - de ergotherapeut voor ademhalingsoefeningen en adviezen over een juiste ademhalingsregulatie bij het uitvoeren van activiteiten en houdingsadviezen.
- Mind-body interventies (zoals yoga, Tai Chi, Qi-Pong en Pilates) en ontspanningsoefeningen ter vermindering van dyspneu bij mensen met gevorderde COPD worden niet aangeraden.

- Adviseer het gebruik van een rollator als hulpmiddel voor het verminderen van de dyspneu tijdens het lopen bij mensen met COPD met problemen met lopen of dyspneu bij het lopen.
 - Schakel hiervoor zo nodig een fysiotherapeut, oefentherapeut of ergotherapeut in.
 - Bespreek daarbij ook de bijkomende voordelen van een rollator:
 - ondersteuning van de balans
 - gebruik als vervoermiddel voor de zuurstoffles en/of de boodschappen
 - afname van vermoeidheid bij het lopen
 - toename van loopafstand en fysieke activiteiten
 - Bespreek weerstanden die bij de patiënt met COPD aanwezig kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld schaamte voor een loophulpmiddel.
- Adviseer het gebruik van een ventilator of handventilator, gericht op het gezicht, ter vermindering van dyspneu bij mensen met gevorderde COPD.
- De inzet van breathlessness support services ter vermindering van dyspneu bij mensen met gevorderde COPD wordt niet geadviseerd.
- Geef een kortdurende behandeling met zuurstof ter verlichting van dyspneu bij mensen met COPD met dyspneu bij een longaanval, in afwachting van het effect van bronchusverwijders, corticosteroïden en/of antibiotica. Probeer de zuurstof na behandeling van de longaanval weer te staken op geleide van de klachten.

- De longarts verwijst mensen met gevorderde COPD met chronische hypercapnische respiratoire insufficiëntie naar een centrum voor Thuisbeademing ter beoordeling voor NIV. Het doel van NIV is het verminderen van dyspneu en verbeteren van kwaliteit van leven en inspanningstolerantie.
- Overleg laagdrempelig met een centrum voor bronchoscopische longvolumereductie over eventuele doorverwijzing ter beoordeling van opties voor longvolumereductie bij mensen met gevorderd COPD, gekenmerkt door hyperinflatie en emfyseem.

Disclaimer:

- De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing
- De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd
- De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Onderbouwing

Bij mensen met gevorderde COPD en een MRC dyspneu-score van 4 (“na ongeveer 100 meter lopen op vlak terrein moet ik na een paar minuten stoppen om op adem te komen”) of 5 (“ik ben te kortademig om het huis uit te gaan, of ik ben kortademig tijdens het aan- of uitkleden”) ondanks optimale ziektegerichte behandeling en niet-medicamenteuze symptomatische behandeling:

- Start met immediate release morfine of slow release morfine, afhankelijk van het voorkomen van dyspneu over de dag en de voorkeur van de patiënt.
 - Bij start met immediate release morfine: start met zo nodig 5 mg, tot een maximale dosering van 30 mg/24 uur. Bij voorspelbare dyspneu wordt standaard 5 mg morfine p.o. gegeven 30-45 minuten voor het uitlokkende moment.
 - Indien gekozen wordt voor start met slow release morfine: start met slow release morfine 2dd 10 mg p.o., met zo nodig 5 mg p.o. immediate release morfine; bij onvoldoende effect kan de slow release morfine opgehoogd worden tot 3dd 10 mg of 2dd 15 mg.
 - Bij geen of onvoldoende effect van 30 mg morfine/24 uur na 1 week: staak morfine.
 - Indien gekozen wordt voor subcutane toediening wordt een dosering morfine van 10 mg/24 uur s.c., 6dd 2 mg s.c. of zo nodig 2 mg s.c. aangehouden.

- Bij contra-indicaties of intolerantie voor morfine kan gestart worden met:
 - slow release oxycodon 2dd 5 mg (zo nodig op te hogen naar 2dd 10 mg, met zo nodig 5 mg immediate release oxycodon), of
 - zo nodig immediate release oxycodon 5 mg tot een maximale dosering van 20 mg/24 uur, of
 - oxycodon 10 mg/24 uur s.c., 6dd 2 mg s.c. of zo nodig 2 mg s.c., of
 - fentanyl transdermaal 12 microg/uur met zo nodig een snelwerkend fentanylpreparaat (met een voorkeur voor sublinguale toediening tot 6dd en daarbij toezicht op onjuist en/of te frequent gebruik)

De keuze voor oxycodon of fentanyl wordt bepaald door de persoonlijke voorkeur van de patiënt en/of de voorschrijver, het bijwerkingenprofiel en/of aanwezige comorbiditeiten. Staak de oxycodon of fentanyl bij geen of onvoldoende effect na 1 week.
- Schrijf bij gebruik van een opioïd altijd een laxans (macrogol/elektrolyten of magnesiumhydroxide) voor.

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Onderbouwing

Bij mensen met gevorderde COPD en een MRC dyspneu-score van 4 (“na ongeveer 100 meter lopen op vlak terrein moet ik na een paar minuten stoppen om op adem te komen”) of 5 (“ik ben te kortademig om het huis uit te gaan, of ik ben kortademig tijdens het aan- of uitkleden”) ondanks optimale ziektegerichte behandeling en niet-medicamenteuze symptomatische behandeling:

Bij contra-indicaties of intolerantie voor morfine kan gestart worden met:

- slow release oxycodon 2dd 5 mg (zo nodig op te hogen naar 2dd 10 mg, met zo nodig 5 mg immediate release oxycodon), of
- zo nodig immediate release oxycodon 5 mg tot een maximale dosering van 20 mg/24 uur, of
- oxycodon 10 mg/24 uur s.c., 6dd 2 mg s.c. of zo nodig 2 mg s.c., of
- fentanyl transdermaal 12 microg/uur met zo nodig een snelwerkend fentanylpreparaat (met een voorkeur voor sublinguale toediening tot 6dd en daarbij toezicht op onjuist en/of te frequent gebruik)
- De keuze voor oxycodon of fentanyl wordt bepaald door de persoonlijke voorkeur van de patiënt en/of de voorschrijver, het bijwerkingenprofiel en/of aanwezige comorbiditeiten. Staak de oxycodon of fentanyl bij geen of onvoldoende effect na 1 week.

Schrijf bij gebruik van een opioïd altijd een laxans (macrogol/elektrolyten of magnesiumhydroxide) voor.

[Terug naar COPD – Behandeling dyspneu –
Evalueer behandeling dyspneu met
fentanyl/oxycodon](#)

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 1-9-2021. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing



Bij mensen met gevorderde COPD en een MRC dyspneu-score van 4 (“na ongeveer 100 meter lopen op vlak terrein moet ik na een paar minuten stoppen om op adem te komen”) of 5 (“ik ben te kortademig om het huis uit te gaan, of ik ben kortademig tijdens het aan- of uitkleden”) ondanks optimale ziektegerichte behandeling en niet-medicamenteuze symptomatische behandeling:

Bij contra-indicaties of intolerantie voor morfine kan gestart worden met:

- slow release oxycodon 2dd 5 mg (zo nodig op te hogen naar 2dd 10 mg, met zo nodig 5 mg immediate release oxycodon), of
- zo nodig immediate release oxycodon 5 mg tot een maximale dosering van 20 mg/24 uur, of
- oxycodon 10 mg/24 uur s.c., 6dd 2 mg s.c. of zo nodig 2 mg s.c.,
- Staak de oxycodon of fentanyl bij geen of onvoldoende effect na 1 week.

Schrijf bij gebruik van een opioïd altijd een laxans (macrogol/elektrolyten of magnesiumhydroxide) voor.

[Terug naar COPD – Behandeling dyspneu –
Evalueer behandeling dyspneu met oxycodon](#)

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 1-9-2021. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

- Chronische toediening van zuurstof bij mensen met COPD met een $pO_2 > 55$ mm Hg ($> 7,3$ kPa) ter verlichting van dyspneu en/of verbetering van kwaliteit van leven wordt niet aanbevolen bij mensen met een levensverwachting van langer dan enkele maanden.
- Geef een kortdurende behandeling met zuurstof ter verlichting van dyspneu bij mensen met COPD met dyspneu bij een longaanval, in afwachting van het effect van bronchusverwijders, corticosteroïden en/of antibiotica. Probeer de zuurstof na behandeling van de longaanval weer te staken op geleide van de klachten.
- Overweeg een proefbehandeling met zuurstof bij mensen met COPD met ernstige dyspneu in de laatste weken tot maanden van het leven, niet reagerend op opioïden en niet-medicamenteuze interventies. Beoordeel het effect na enkele dagen en continueer de behandeling bij een gebleken effect op de dyspneu tot aan het overlijden.

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Onderbouwing

- Chronische toediening van zuurstof bij mensen met COPD met een $pO_2 > 55$ mm Hg ($> 7,3$ kPa) ter verlichting van dyspneu en/of verbetering van kwaliteit van leven wordt niet aanbevolen bij mensen met een levensverwachting van langer dan enkele maanden.
- Geef een kortdurende behandeling met zuurstof ter verlichting van dyspneu bij mensen met COPD met dyspneu bij een longaanval, in afwachting van het effect van bronchusverwijders, corticosteroïden en/of antibiotica. Probeer de zuurstof na behandeling van de longaanval weer te staken op geleide van de klachten.
- Overweeg een proefbehandeling met zuurstof bij mensen met COPD met ernstige dyspneu in de laatste weken tot maanden van het leven, niet reagerend op opioïden en niet-medicamenteuze interventies. Beoordeel het effect na enkele dagen en continueer de behandeling bij een gebleken effect op de dyspneu tot aan het overlijden.

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Onderbouwing

Bij mensen met gevorderde COPD en een MRC dyspneu-score van 4 (“na ongeveer 100 meter lopen op vlak terrein moet ik na een paar minuten stoppen om op adem te komen”) of 5 (“ik ben te kortademig om het huis uit te gaan, of ik ben kortademig tijdens het aan- of uitkleden”) ondanks optimale ziektegerichte behandeling en niet-medicamenteuze symptomatische behandeling:

Start met immediate release morphine of slow release morphine, afhankelijk van het voorkomen van dyspneu over de dag en de voorkeur van de patiënt.

- Bij start met immediate release morphine: start met zo nodig 5 mg, tot een maximale dosering van 30 mg/24 uur. Bij voorspelbare dyspneu wordt standaard 5 mg morphine p.o. gegeven 30-45 minuten voor het uitlokkende moment.
- Indien gekozen wordt voor start met slow release morphine: start met slow release morphine 2dd 10 mg p.o., met zo nodig 5 mg p.o. immediate release morphine; bij onvoldoende effect kan de slow release morphine opgehoogd worden tot 3dd 10 mg of 2dd 15 mg.
- **Bij geen of onvoldoende effect van 30 mg morphine/24 uur na 1 week: staak morphine.**
- Indien gekozen wordt voor subcutane toediening wordt een dosering morphine van 10 mg/24 uur s.c., 6dd 2 mg s.c. of zo nodig 2 mg s.c. aangehouden.

[Terug naar COPD – Behandeling dyspneu –
Evalueer behandeling dyspneu na ophoging
morfine](#)

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 1-9-2021. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

Ter behandeling van droge prikkelhoest bij mensen met gevorderde COPD:

- Zorg voor optimale behandeling van de COPD (en eventuele bijkomende astma) en voor preventie en behandeling van longaanvallen.
- Bespreek het staken van roken met de patiënt.
- Behandel (indien aanwezig en mogelijk) uitlokkende factoren:
 - bacteriële infecties (neusbijholtes, oren, luchtwegen, longen)
 - post-nasal drip
 - aspiratie
 - reflux
 - bijwerkingen medicatie (met name ACE-remmers en poederinhalatoren)
 - comorbiditeit (bijvoorbeeld hartfalen, longkanker) als oorzaak van het hoesten

Start symptomatische behandeling als het hoesten leidt tot (verergering van) andere klachten en/of als het impact heeft op de kwaliteit van leven:

- Overweeg verwijzing naar een logopediste voor hoestonderdrukkende behandeling;
- Bij onvoldoende effect van bovengenoemde maatregelen:
 - Overweeg een behandeling met morfine slow release 2dd 10 mg en/of immediate release zo nodig 5 mg;
 - Overweeg fentanyl transdermaal 12 microg/uur of oxycodon slow release 2dd 5 mg en/of immediate release zo nodig 5 mg bij contra-indicatie voor morfine;
 - Overweeg fentanyl transdermaal 12 microg/uur indien orale toediening van morfine of oxycodon niet gewenst of mogelijk is;
 - Overweeg bij onvoldoende effect van sterk werkende opioïden:
 - gabapentine 3dd 100-600 mg of pregabalin 2dd 37,5-75 mg
 - verneveld cromoglycaat 4dd 2 puffs
 - verneveld lidocaïne 2%(40 mg)-4%(80 mg) 2-4dd
 - paroxetine 1dd 10-20 mg of sertraline 1dd 50-100 mg

[Terug naar COPD – Behandeling droge
prikkelhoest](#)

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 1-9-2021. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

Ter behandeling van droge prikkelhoest bij mensen met gevorderde COPD:

- Zorg voor optimale behandeling van de COPD (en eventuele bijkomende astma) en voor preventie en behandeling van longaanvallen.
- Bespreek het staken van roken met de patiënt.
- Behandel (indien aanwezig en mogelijk) uitlokkende factoren:
 - bacteriële infecties (neusbijholtes, oren, luchtwegen, longen)
 - post-nasal drip
 - aspiratie
 - reflux
 - bijwerkingen medicatie (met name ACE-remmers en poederinhalatoren)
 - comorbiditeit (bijvoorbeeld hartfalen, longkanker) als oorzaak van het hoesten

Start symptomatische behandeling als het hoesten leidt tot (verergering van) andere klachten en/of als het impact heeft op de kwaliteit van leven:

- Overweeg verwijzing naar een logopediste voor hoestonderdrukkende behandeling;

[Terug naar COPD – Behandeling droge
prikkelhoest – Symptomatische behandeling
droge prikkelhoest](#)

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 1-9-2021. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

Start symptomatische behandeling als het hoesten leidt tot (verergering van) andere klachten en/of als het impact heeft op de kwaliteit van leven:

- Overweeg verwijzing naar een logopediste voor hoestonderdrukkende behandeling;
- Bij onvoldoende effect van bovengenoemde maatregelen:
 - Overweeg een behandeling met morfine slow release 2dd 10 mg en/of immediate release zo nodig 5 mg;
 - Overweeg fentanyl transdermaal 12 microg/uur of oxycodon slow release 2dd 5 mg en/of immediate release zo nodig 5 mg bij contra-indicatie voor morfine;
 - Overweeg fentanyl transdermaal 12 microg/uur indien orale toediening van morfine of oxycodon niet gewenst of mogelijk is;
 - Overweeg bij onvoldoende effect van sterk werkende opioïden:
 - gabapentine 3dd 100-600 mg of pregabaline 2dd 37,5-75 mg
 - verneveld cromoglycaat 4dd 2 puffs
 - verneveld lidocaïne 2%(40 mg)-4%(80 mg) 2-4dd
 - paroxetine 1dd 10-20 mg of sertraline 1dd 50-100 mg

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 1-9-2021. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

Start symptomatische behandeling als het hoesten leidt tot (verergering van) andere klachten en/of als het impact heeft op de kwaliteit van leven:

- Overweeg verwijzing naar een logopediste voor hoestonderdrukkende behandeling;
- Bij onvoldoende effect van bovengenoemde maatregelen:
 - Overweeg een behandeling met morfine slow release 2dd 10 mg en/of immediate release zo nodig 5 mg;
 - Overweeg fentanyl transdermaal 12 microg/uur of oxycodon slow release 2dd 5 mg en/of immediate release zo nodig 5 mg bij contra-indicatie voor morfine;
 - Overweeg fentanyl transdermaal 12 microg/uur indien orale toediening van morfine of oxycodon niet gewenst of mogelijk is;
 - Overweeg bij onvoldoende effect van sterk werkende opioïden:
 - gabapentine 3dd 100-600 mg of pregabaline 2dd 37,5-75 mg
 - verneveld cromoglycaat 4dd 2 puffs
 - verneveld lidocaïne 2%(40 mg)-4%(80 mg) 2-4dd
 - paroxetine 1dd 10-20 mg of sertraline 1dd 50-100 mg

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslisbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

Versie 1.0.0 goedgekeurd door PZNL, IKNL op 1-9-2021. [Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

Zet palliatieve zorg in als er sprake is van twee of meer van de volgende factoren:

- het antwoord 'nee' op de 'surprise question': 'Zou het mij verbazen wanneer deze patiënt in de komende 12 maanden komt te overlijden?'
- klachten en/of problemen op lichamelijk, psychisch, sociaal en/of spiritueel gebied die ondanks optimale ziektegerichte behandeling onacceptabel zijn voor de patiënt en leiden tot afname van kwaliteit van leven
- slechte lichamelijke toestand (ernstige beperking in activiteiten, ADL-afhankelijkheid, Karnofsky performance status ≤ 50)
- ondergewicht, vastgesteld door middel van de volgende factoren:
 - lage BMI ($<21 \text{ kg/m}^2$) en/of
 - ongewenst gewichtsverlies van $>5\%$ in de laatste 6 maanden of $>10\%$ over een langere periode (>6 maanden) en/of
 - lage vetvrije massa-index (VVMI, mannen $<17 \text{ kg/m}^2$, vrouwen $<15 \text{ kg/m}^2$)
- ernstige dyspneu (MRC-score 5: te dyspnoïsch om uit huis te gaan of dyspneu tijdens aan- en uitkleden)

- FEV1 <30% van voorspeld
- (start) chronisch gebruik van zuurstof of thuisbeademing
- één of meer ziekenhuisopnames vanwege een longaanval per jaar
- ernstige comorbiditeit (bijvoorbeeld cor pulmonale, hartfalen, nierinsufficiëntie, diabetes mellitus, kanker)
- ‘mijlpalen’ zoals:
 - arbeidsongeschiktheidsverklaring
 - ziekenhuisopname met (niet-invasieve) beademing
 - afwijzing voor longtransplantatie of bronchoscopische of chirurgische interventies ter vermindering van hyperinflatie
 - overbelaste mantelzorger
 - noodzaak tot verhuizing of aanpassing van de woning

Disclaimer:

De gebruikersvoorwaarden van Palliaguide zijn van toepassing

De gehele richtlijntekst is te vinden op www.pallialine.nl/copd

De omzetting van richtlijntekst naar de beslissbomen zijn goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.