



zorg
BIJSCHOLINGSCENTRUM.NL

Reader

**Pijnbestrijding
&
symptoombehandeling**

www.bijcholingscentrum.nl

Inhoudsopgave

Inleiding	.....	3
Behandelvormen	.....	3
Pijn in de palliatieve fase	.....	4
Misselijkheid in de palliatieve fase	.....	5
Vermoeidheid in de palliatieve fase	.....	7
Anorexie in de palliatieve fase	.....	8
Obstipatie in de palliatieve fase	.....	10
Refractaire symptomen	.....	12
Palliatieve sedatie en euthanasie	.....	13
Toedienen van subcutane medicatie	.....	16
Bronnen en informatieve links	.....	18

Inleiding

Voor je ligt de reader die is gemaakt voor de Bijscholing "Specialisatie Palliatieve Zorg" van het Bijscholingscentrum.

Alhoewel de zorg in Nederland steeds meer in protocollen wordt 'gevangen' is palliatieve zorg bij uitstek zorg op maat. Voor ons is palliatieve zorg daarom vooral het overleggen met de zorgvrager en de familie over wat zij van een professional verwachten.

Omdat de doelstelling van palliatieve zorg, in onze ogen, is het de zorgvrager zo comfortabel mogelijk maken in de fase waar genezing niet meer mogelijk is, moet je wel uitgaan van wat de zorgvrager wil.

Behandelvormen

In de palliatieve fase zijn er verschillende behandelvormen. Idealiter zullen de patiënt de arts zich eerst de volgende afwegingen maken:

Uit de online versie van Merck Manual:

Een eerlijke en open communicatie tussen arts en patiënt over de wensen van de patiënt met betrekking tot de zorg in het laatste levensstadium is van wezenlijk belang om tijdens een dodelijke ziekte de beste kwaliteit van leven te kunnen garanderen.

De arts geeft een eerlijke beoordeling van de kans op herstel en op invaliditeit tijdens en na diverse behandelingsmethoden en de patiënt vertelt de arts en zijn eigen familie wat hij wel en wat hij niet wenst. De patiënt dient een beschrijving te geven van de gewenste behandeling, van de grenzen die hij aan deze behandeling stelt en van zijn wensen met betrekking tot de plaats waar hij wil overlijden en wat er moet worden gedaan wanneer het moment van overlijden nadert.

De patiënt kan aanleiding vinden om zijn specialist, verpleeghuisarts of huisarts vragen over de zorg aan het einde van het leven te stellen:

- Heeft de arts veel ervaring met de zorg voor stervende patiënten?
- Zal de arts tijdens het eindstadium van het leven palliatieve zorg verlenen, gericht op het verminderen van de symptomen en vaak gepaard gaand met levensverlengende handelingen?
- Of zal hij geneigd zijn symptomatisch te behandelen, gericht op vermindering van de symptomen en met de mogelijkheid dat daarbij levensverkorting kan optreden?
- Is de behandelende arts bekend met de beschikbare dienstverlening op het gebied van thuiszorg, fysiotherapie en bezigheidstherapie - wie komt ervoor in aanmerking, hoe wordt dit vergoed en hoe kunnen patiënten en hun familie intensievere zorg krijgen als dit noodzakelijk is?

Een zorgsysteem omvat een financieel gedeelte, zoals verzekeringsbepalingen en professionele zorg, en de zorgverlening zelf, zoals een ziekenhuis, een verpleeghuis en thuiszorginstellingen. Een persoon kan een goed zorgsysteem vinden door vragen te stellen aan artsen, verpleegkundigen, andere patiënten en hun familieleden, maatschappelijk werkers en beleidsmedewerkers.

- Welke behandelingsvormen zijn er beschikbaar in het systeem?
- Welke informatie is er beschikbaar over de voordelen van mogelijke behandelingen? Hoe kan een patiënt in contact komen met andere patiënten die daar zijn behandeld en met hun familieleden?
- Welke experimentele behandelingsvormen zijn beschikbaar? Hoe hebben andere patiënten op deze behandelingsvormen gereageerd? Leiden deze behandelingsvormen tot extra kosten, bijvoorbeeld voor vervoer dat niet wordt vergoed?

Nadat patiënten en hun familieleden deze vragen hebben gesteld, dienen ze zich het volgende af te vragen:

- Zijn ze van mening dat ze een eerlijk antwoord krijgen op hun vragen?
- Zal dit systeem hen op medisch, emotioneel en financieel gebied steunen?
- Voldoet dit systeem aan hun specifieke eisen en plannen ?

In de palliatieve fase zijn veelvoorkomende lichamelijke klachten en symptomen :

Pijn, misselijkheid/braken, vermoeidheid, anorexie (gebrek aan eetlust) en obstipatie (verstopping van de darmen). Op psychosociaal en spiritueel vlak komen angsten en depressies voor. Deze zijn vaak verbonden met verwerkingsproblematiek (over het ziek zijn, over het aanstaande sterven).

Alle behandelvormen in de palliatieve fase zijn gericht op het verbeteren van de kwaliteit van het leven van patiënten en hun naasten. De behandeling verlicht het lijden.

Pijn in de palliatieve fase

Palliatieve geeft het volgende aan over pijn in de palliatieve fase:

Essentieel voor pijnbestrijding in de palliatieve zorg is dat pijn breed geïnterpreteerd wordt (de 'totale pijnvisie').

Pijn bestaat niet alleen uit lichamelijk lijden, maar kan ook veroorzaakt worden door psychologisch, sociaal of spiritueel lijden. Onder psychologisch lijden kunnen bijvoorbeeld gevoelens van angst, onbegrip en machteloosheid worden verstaan. Sociaal lijden kan verwijzen naar de verliezen die de patiënt ervaart. Wat werk, gezag, sociale positie of inkomen betreft moet een zieke immers het nodige incasseren. Met spiritueel lijden wordt onder meer bedoeld op de vele zingevingsvragen die in de laatste fase kunnen opkomen: waarom gebeurt dit met mij, waarom laat God toe dat ik zo moet lijden, wat is de bedoeling of zin van het leven? Al deze facetten beïnvloeden de mate waarin een patiënt pijn ervaart.

De breedte van de pijninterpretatie klinkt ook door in de definitie van pijn die in de praktijk van de palliatieve zorg het meest gehanteerd wordt: "pijn is alles waarvan de patiënt zegt dat het 'au' doet. Deze kernachtige formulering maakt duidelijk dat het begrip pijn niet afhankelijk is van wat de hulpverleners als pijn zien. Het stelt de subjectieve beleving van de patiënt centraal. Ieder mens ervaart pijn op zijn eigen manier. Wat de één erge pijn noemt, vindt de ander slechts matige pijn. De mate waarin pijn wordt beleefd, is onder meer afhankelijk van de gemoedstoestand van de patiënt (de ene keer kan hij meer hebben dan de andere keer), van eerdere ervaringen met pijn en van de culturele of religieuze achtergrond van de patiënt. In de pijnbehandeling wordt aan al deze aspecten aandacht besteed.

In de internationale medische literatuur wordt gesteld dat nagenoeg alle pijn te behandelen valt. Er blijven pijnsoorten bestaan die nauwelijks of niet te bestrijden zijn, met name de neuropathische pijn (pijn die ontstaat door ingroei of afklemming van de zenuwen). Deze is minder gevoelig voor de gebruikelijke pijnstillers.

Voor de bestrijding van pijn hebben palliatieve hulpverleners diverse pijlen op hun boog. In het algemeen zijn pillen het belangrijkste. De farmacologische pijnbestrijding bij kankerpatiënten vindt plaats volgens een soort drietrapsraket, de zogeheten analgetische ladder. Deze richtlijn is opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie.

Bij lichte pijn wordt gestart met paracetamol of met ontstekingsremmers (NSAID's): naproxen, ibuprofen of diclofenac. Zijn deze medicijnen niet toereikend, dan wordt de medicatie aangevuld met zwakwerkende opioïden als codeïne of tramadol. Onderdrukken ook deze middelen de pijn niet meer, dan komen – stap drie – de sterkere opioïden aan de orde.

Om optimale pijnbeheersing te bereiken, hebben hulpverleners – naast medicijnen – diverse andere mogelijkheden. Zenuwblokkades, palliatieve, chirurgische operaties, bestraling, psychologische ondersteuning en fysiotherapie staan ook tot hun beschikking.

Daarnaast kunnen zogeheten aanvullende zorgvormen ingezet worden. Die zijn vooral gericht op het welbevinden van de patiënt, en kunnen het algehele gevoel van ontspanning en comfort bevorderen. Het gaat hier bijvoorbeeld om ontspanningsoefeningen, massages of therapeutic touch. Deze behandelingen worden soms ook in het kader van pijnbestrijding aangeboden. Verder is er de overtuiging dat 'gewone menselijke aandacht' ook een goede pijnstiller kan zijn. Een gewoon praatje dus, van mens tot mens. Het kan zoveel schelen.

Allochtone zorgvragers

Pijn wordt door mensen met een niet-westerse achtergrond soms anders geuit. Dit kan zowel niet uiten als anders uiten betreffen. Niet uiten kan gebeuren omdat pijn als een opdracht van hogerhand wordt beschouwd en gedragen moet worden als beproeving of als straf.

Anders uiten kan te maken hebben met taalvaardigheid of met het feit dat men pijn uit om iets anders aan te

duiden (de pijnklacht wordt dan gebruikt als een overkoepelende klacht om iets aan te duiden wat niet in orde is).

Dit betekent dat een zorgvuldige anamnese van belang is. Het ontbreken van uitingen van pijn betekent niet automatisch dat er geen pijn is en uiting van pijn kan duiden op iets anders. Meetinstrumenten om pijn vast te stellen kunnen mogelijk behulpzaam zijn.

Bij de behandeling van pijn kan paracetamol soms een negatieve bijklank hebben. Men voelt zich soms niet serieus genomen als de dokter alleen maar paracetamol (of een middel dat zonder recept kan worden gekocht) voorschrijft. Aan de andere kant kan er ook weerstand bestaan tegen het inzetten van opioïden omdat men bang is om er verslaafd aan te raken, of niet meer helder te kunnen denken, of omdat men dit associeert met het bespoedigen van het levenseinde en euthanasie. Ook kan er een duidelijke voorkeur bestaan voor een bepaalde toedieningsweg: liever geen zetpillen of liever injecties.

Kernpunten:

- Pijn wordt vaker niet geuit dan overdreven.
- Pijn is vaak een uiting van iets anders, zoals onvrede of ongemak.
- Veel allochtonen voelen zich niet serieus genomen als zij paracetamol krijgen;
- benadruk dat paracetamol een effectieve pijnstiller is.
- Opioïden stuiten vaak op bezwaren wegens angst voor verslaving en sufheid en
- associatie met euthanasie; uitgebreide voorlichting is gewenst.
- Ga na of er voor- of afkeuren zijn voor bepaalde toedieningswegen van pijnstillers.
- Informeer naar het gebruik van alternatieve middelen tegen pijn.

Misselijkheid in de palliatieve fase

Misselijkheid en braken komen vaak voor in de palliatieve fase en hebben een grote invloed op de kwaliteit van leven. Bij zorgvragers met kanker komt misselijkheid in 30-50% voor en braken in 10-30% van de gevallen. Het is van belang om zo goed mogelijk de oorzaak te achterhalen, dit komt de kwaliteit van de behandeling ten goede. Inzicht in het ziektebeeld en de progressie is nodig om de juiste behandeling te kunnen bepalen.

In de palliatieve fase is ook een ileus een voorkomende complicatie, deze is echter ook in de thuissituatie te behandelen.

Oorzaken

Er zijn verschillende oorzaken van misselijkheid en/of braken, die tegelijkertijd kunnen voorkomen en elkaar kunnen versterken. In 25% van de gevallen zijn er meerdere factoren aanwijsbaar. In 25-33% van de gevallen is geen duidelijke oorzaak aanwijsbaar.

Onderstaand een aantal bekende oorzaken:

1. Vertraagde maagontlediging (35-44%)
Bijvoorbeeld: maagcarcinoom, ascites, pancreascarcinoom, gastritis, medicatie, radiotherapie
2. Andere abdominale oorzaken (24-32%)
Bijvoorbeeld: obstipatie, ileus, leverstuwung bij hartfalen, levermetastasen, reflectoir braken
3. Chemisch/metabole oorzaken (30-33%)
Bijvoorbeeld: opioïden, chemotherapeutica, elektrolytenstoornissen, andere medicamenten
4. Cerebrale/psychologische oorzaken (7%)
Bijvoorbeeld: hersentumor, hersenbloeding, heftige pijn, angst en spanning
5. Vestibulaire oorzaken (zeer zelden in de palliatieve fase)
Bijvoorbeeld: medicamenteus, tumor van binnen- of middenoor/schedelbasis

Interventies bij misselijkheid en braken kunnen de volgende zijn:

- aanwezigheid van opvangmateriaal, tissues en water om de mond te spoelen
- rustige omgeving en frisse lucht
- vermijd sterk ruikende parfums
- eventueel verdampen van mint
- ruimzittende kleding
- goede mondhygiëne en mondverzorging
- rechtopzittende houding gedurende 30-45 minuten na voedselinname
- frequente, kleine maaltijden
- vermijd de aanblik en de geur van eten; in sommige gevallen kan het eten beter koud worden opgediend; haal eten dat de patiënt niet op kan of wil eten direct weer weg
- vermijd te vet, te warm, sterk gekruid en geurig eten
- bied voedsel aan als de patiënt niet of minder misselijk is
- laat de patiënt eten wat hij lekker vindt en goed verdraagt
- drinken van cola (niet te koud en bij voorkeur 'plat' omdat het koolzuur tot ongewenste oprispingen kan leiden)
- zuigen op een ijsklontje, een waterijsje of een stukje fruit uit de ijskast (ananas, kiwi of appel)
- probeer bij heftig braken ervoor te zorgen dat de maag gevuld is (mits er geen sprake is van een maagretentie)
- overweeg een consult van een diëtist
- overweeg bij insufficiënte voeding het gebruik van voedingssupplementen; deze worden echter vaak slecht verdragen en verergeren nogal eens de klachten
-

Toediening van vocht en elektrolyten

Indien er op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek en evt. laboratoriumonderzoek aanwijzingen zijn voor (dreigende) dehydratie kan parenterale vochttoediening worden overwogen, afhankelijk van de levensverwachting en de wens van de patiënt; indien er sprake is van hypokaliëmie, kan kalium i.v. worden gesuppleerd.

Maagsonde

Het gebruik van een maagsonde heeft een beperkte plaats in de palliatieve fase, tenzij er sprake is van een totale obstructie van de pylorus of het duodenum, een ileus of een niet te behandelen gastroparese. Bij onbehandelbaar braken kan in deze situaties een maagsonde via de neus of een PEG-katheter als hevel gebruikt worden om de maaginhoud af te laten lopen en zo braken te voorkomen.

Acupunctuur en acupressuur

Er zijn aanwijzingen dat acupunctuur en/of acupressuur (in de vorm van drukmassage of een speciaal polsbandje) effectief zijn bij misselijkheid en braken, met name na operatie en na chemotherapie.

Complementaire zorgvormen en psychologische technieken

Complementaire zorgvormen en psychologische technieken worden met name toegepast bij misselijkheid en braken wanneer psychische factoren (angst en spanning) en conditionering (anticipatoire misselijkheid en braken) een belangrijke rol spelen. Deze vorm van misselijkheid en braken reageert vaak slecht op anti-emetica. Deze technieken werken doordat ze ontspanning, afleiding en/of een gevoel van zelfcontrole teweegbrengen. In eerste instantie is instructie door een fysiotherapeut of psycholoog noodzakelijk. In veel gevallen kan de arts of de verpleegkundige dan wel de naaste de techniek daarna zelfstandig toepassen.

De hieronder genoemde technieken zijn met name onderzocht bij misselijkheid en braken door chemotherapie:

- massage van voeten, handen of gezicht
- aromatherapie (al dan niet in combinatie met massage)
- afleiding
- ontspanningsoefeningen (progressieve spierrelaxatie), met of zonder geleide fantasie
- luisteren naar muziek

De gekozen benadering moet worden afgestemd op de copingstijl van de patiënt. De ene patiënt zal meer baat hebben bij een benadering gericht op lichamelijke ontspanning, terwijl voor de andere een meer actieve gedragstherapeutische wijze van hanteren aangewezen is.

Allochtone zorgvragers

De familie van niet-westerse allochtonen vindt vaak dat de patiënt moet eten en vocht moet krijgen ook als de patiënt dat eigenlijk niet wil. Doorgaan met eten is voor veel mensen uit niet-westerse culturen heel belangrijk, bijvoorbeeld omdat de hoop niet verloren mag gaan en omdat alleen Allah / God beschikt of iemand wel of niet gaat sterven. Men gaat daarom door met eten aanbieden, ook als een patiënt misselijk is en/of braakt.

Kernpunten:

- Voeding heeft een belangrijke sociale en existentiële functie.
- Niet eten vanwege misselijkheid en/of braken is meestal geen optie, ook omdat het streven is zo lang mogelijk te leven.
- Geef concrete en duidelijke adviezen wat wel en niet gegeten en gedronken kan worden bij misselijkheid en/of braken.
- Besteed aandacht aan de huismiddeltjes die vaak helpen, ook vanwege de vertrouwtheid.
- M.n. Antillianen zijn vaker gevoelig voor bijwerkingen: wees terughoudend en voorzichtig in dosering van antipsychotica.
- Bespreek met de familie dat patiënten in de palliatieve fase vaak niet meer zo'n behoefte hebben aan eten of drinken.

Vermoeidheid in de palliatieve fase

Er zijn diverse factoren gerelateerd aan het vóórkomen en aan de ernst van de vermoeidheid bij patiënten met kanker. Meestal komen verschillende factoren tegelijkertijd voor. Van de volgende factoren is bekend dat zij gerelateerd zijn aan het optreden en de ernst van de vermoeidheid:

- tumorgelateerde factoren: aard van de onderliggende tumor; met name het niet kleincellig longcarcinoom geeft meer vermoeidheid dan andere vaak voorkomende tumorsoorten
- stadium van de ziekte: patiënten met gemetastaseerde ziekte zijn meer vermoeid dan patiënten met lokaal gevorderde ziekte; patiënten met een operabele primaire tumor zijn het minst vermoeid
- tumorgeïnduceerde complicaties: anemie, elektrolytafwijkingen, dehydratie, trombose/longembolie, nierfalen, hartfalen, hypoxie, infectie ... etc.
- comorbiditeit zoals: hypothyreoïdie, diabetes mellitus, COPD, cardiovasculaire aandoeningen
- psychosociale factoren: angst, depressie, slaapstoornissen
- iatrogene factoren:
 - chemotherapie, de mate waarin vermoeidheid optreedt is afhankelijk van de gebruikte chemotherapeutica c.q. het gebruikte chemotherapieschema
 - immunotherapie zoals behandeling met interferon of interleukine-2
 - behandeling met 'small molecules' (bijv. erlotinib, everolimus, imatinib, lapatinib, sunitinib, sorafenab, imatinib, lapatinib, temsolorimus)
 - hormonale therapie (met name chirurgische of chemische castratie bij patiënten met een prostaatacarcinoom)
 - radiotherapie
 - chirurgie, met name thoraco-abdominaal
 - medicatie zoals: opioïden, psychofarmaca, zoals sedativa en antidepressiva, bètablokkers, corticosteroïden (in geval van complicaties zoals proximale spieratrofie of obesitas)
- lichamelijke symptomen, meestal veroorzaakt door de onderliggende tumor en/of de behandeling. De symptomen die het sterkst gecorreleerd zijn met vermoeidheid zijn: pijn, dyspnoe

De aanpak van vermoeidheid is het meest gebaat bij de aanpak van de diverse oorzaken,. In de palliatieve fase zal er telkens de afweging moeten worden gemaakt welke aanpak de palliatieve zorg het meest recht doet.

Niet-medicamenteuze behandeling

Balans tussen fysieke activiteiten en rust, spreiding en het stellen van prioriteiten

Bij patiënten in de palliatieve fase van de ziekte is het vinden van een balans tussen inspanning en rust een belangrijk uitgangspunt.

- Help patiënten die dingen die nog wel mogelijk zijn te waarderen en niet alleen te focussen op hetgeen niet meer kan.
- Pas de adviezen aan op geleide van de lichamelijke conditie van de patiënt.
- Stimuleer patiënten een dagboek te gebruiken om inzicht te krijgen in het patroon van vermoeidheid, de relatie met de ondernomen activiteiten en de momenten waarop de meeste energie aanwezig is. Aan de hand van die gegevens kunnen activiteiten beter gepland worden. Patiënten kunnen op deze manier leren hoe ze de meeste profijt van hun energie kunnen hebben en zo doende minder last ervaren van de vermoeidheid. Adviseer de activiteiten zoveel mogelijk over de dag te verdelen. Het maken van een dagindeling brengt niet alleen structuur, het spaart ook energie. Adviseer om waar mogelijk tijdsdruk te vermijden.
- Adviseer patiënten prioriteiten te stellen in het ondernemen van activiteiten en juist de activiteiten die voor hem het belangrijkste zijn op te nemen en andere te delegeren. Stimuleer mensen na te denken of hun doelen realistisch zijn.
- Adviseer een vast dagritme door 's ochtends op tijd op te staan en 's avonds op vaste tijden naar bed te gaan. Adviseer zo nodig 's middags even te gaan liggen. Het in stand houden van de biologische klok is belangrijk.
- Stimuleer patiënten om dagelijks lichamelijke, sociale, geestelijke en ontspannende activiteiten af te wisselen.
- Heb bij deze adviezen oog voor de belemmeringen die mensen kunnen ervaren bij de toepassing ervan.

Ontspanningstherapie

Besprek met de patiënt de mogelijkheden op het gebied van ontspanningstechnieken zoals massage, ontspanningsoefeningen en visualisatietechnieken.

- Er goed uitzien kan de patiënt ook een beter gevoel geven. Ontspanning en afleiding kan worden gevonden in rustgevende activiteiten zoals een bezoek aan de schoonheidsspecialist.
- Adviseer afleiding te zoeken (afhankelijk van de wensen van de patiënt) bijvoorbeeld door lezen, luisteren naar muziek, wandelen in de natuur, tuinieren, verzorgen van planten en huisdieren.

Muziektherapie

- Deze therapie is een non-verbale therapievorm. Niet het gesprek, maar de werking die van muziek uitgaat staat centraal.

Psychosociale ondersteuning

- Informeer de patiënt over de mogelijkheden voor professionele psychosociale ondersteuning die geboden wordt vanuit de therapeutische centra binnen de Instellingen voor Psychosociale Oncologie of door vrijevestigde eerstelijns- (klinisch) psychologen of maatschappelijk werkers. Informeer bij het Integraal kankercentrum in de regio naar de organisaties of mensen die gespecialiseerd zijn in het bieden van psychosociale zorg aan patiënten met kanker.
- Informeer de patiënt over de mogelijkheden voor geestelijke verzorging..
- Informeer de patiënt over de mogelijkheden voor lotgenotencontact en deelname aan gespreksgroepen.

Anorexie in de palliatieve fase

Het primaire doel van de behandeling en begeleiding van patiënten met anorexie en gewichtsverlies is het verbeteren c.q. handhaven van de kwaliteit van leven. Het doen toenemen dan wel het handhaven van het gewicht c.q. de voedingstoestand is geen doel op zichzelf, maar kan bijdragen aan de kwaliteit van leven.

De behandeling van patiënten met het anorexie-cachexie syndroom bestaat uit:

- voedingsinterventies
- medicamenteuze interventies

- informeren, begeleiden en ondersteunen van de patiënt en diens naasten, uitgaande van wat anorexie en gewichtsverlies voor hen betekenen, met specifieke aandacht voor de vragen en problemen die kunnen optreden

Indien mogelijk en wenselijk kan getracht worden de onderliggende ziekte te behandelen. In veel gevallen is het echter vaak niet of slechts beperkt (meer) mogelijk om de onderliggende ziekte te behandelen als er sprake is van anorexie en gewichtsverlies.

De interventies zijn gericht op het aanbieden van adequate voeding.

Een adequate voeding levert voldoende energie en voedingsstoffen om de voedingstoestand te verbeteren of te handhaven en is toereikend voor het dagelijks functioneren. Adequate voeding is gericht op de actuele situatie en op effecten op middellange termijn, niet op gezondheidsbevordering op langere termijn (bijv. preventie van overgewicht of hart- en vaatziekten).

Adequate voeding moet worden nagestreefd als de ziekte min of meer stabiel is en/of als ondersteuning bij ziektegerichte behandeling. In deze situatie bedraagt de levensverwachting meestal weken tot maanden en soms zelfs enkele jaren.

Voor zover de ontwikkeling van het ziekteproces het toelaat, kan een adequate voeding bijdragen aan het welbevinden en onnodige of te snelle verslechtering voorkomen. De patiënt is daardoor beter in staat een aantal zaken te ondernemen of te regelen, kan zich sociaal beter redden en is minder afhankelijk.

Adequate voeding is als volgt samengesteld:

- energiewaarde: basaalmetabolisme volgens berekening Harris & Benedict-formule met toeslagen voor activiteit en lichamelijke stress
- 1 gram eiwit per kilo actueel lichaamsgewicht
- voldoende vet en koolhydraten om de energiebehoefte te dekken
- 100% van aanbevolen hoeveelheden vitamines, mineralen en spoorelementen
- 1500 ml drinkvocht (1700 ml bij patiënten >65 jaar)

Bij het adviseren van voeding wordt in eerste instantie gekozen volgens een eetpatroon en samengesteld uit voedingsmiddelen die de patiënt gewend is. Als ten gevolge van klachten een dergelijke voeding ontoereikend is, kan een andere keuze uit de normale voeding worden voorgesteld (verandering van consistentie en/of smaak).

Wanneer ook na individuele aanpassingen de normale voeding niet toereikend is om de voedingsbehoefte te dekken, kunnen energie- en/of eiwitrijke maaltijden, snacks en drinkvoeding met een hoge voedingsstoffdichtheid de benodigde voedingsstoffen leveren. Wanneer orale voeding ondanks bovengenoemde aanpassingen van het dieet niet mogelijk of niet effectief is, kan overwogen worden om sondevoeding in te zetten en (in zeer zeldzame gevallen) tot parenterale voeding.

Energie- en/of eiwitverrijkte voeding

Als er sprake is van recent gewichtsverlies door verminderde inname of grote verliezen door diarree, braken, fistels of stomaoutput zal getracht worden deze tekorten te compenseren door gebruik van energie- en/of eiwitverrijkte voeding (1-1,5 g gram eiwit per kilo actueel lichaamsgewicht). In vergevorderde ziektestadia zal deze voeding zelden haalbaar blijken, maar voor de volledigheid wordt het hier genoemd. Deze voeding is alleen haalbaar als de patiënt dit verdraagt en het niet ten koste gaat van de kwaliteit van leven.

De laatste jaren komt er meer wetenschappelijke basis voor het adviseren van eiwitverrijkte voeding bij metabole stress ter voorkoming van verlies van spiermassa. Tekort aan eiwit in de voeding zou verlies aan spiermassa en cachexie in de hand werken doordat eiwit als energiesubstraat wordt gebruikt.

Energie- en eiwitrijke drinkvoeding

Onder energie- en eiwitrijke drinkvoeding wordt verstaan het assortiment aan vloeibare dieetproducten bestemd voor oraal gebruik, meestal als aanvulling op de voeding en bij sommige indicaties als volledige voeding (bijvoorbeeld bij ernstige slik- of passageklachten).

Kenmerk van drinkvoedingen is de hoge energiedichtheid van 1 tot 2 kcal/ml, hoog eiwit- en

microvoedingsstofgehalte en sommige soorten bevatten vezels.

Deze drinkvoeding kan worden toegepast bij adequate, energie- en/of eiwitverrijkte voeding als de normale voeding, ook na individuele aanpassingen, niet toereikend is om de voedingsbehoefte te dekken.

Drinkvoedingen zijn er in diverse smaken op melk-, sap-, crème-, yoghurt- en soepbasis.

Het voordeel van drinkvoeding is de eenvoudige dosering en wijze van inname. Nadelen zijn de snelle verzadiging en de aversie die vooral bij patiënten met anorexie en smaakveranderingen gemakkelijk op kan treden. Bij een goede verdeling van de drinkvoeding over de dag en inname tussen de maaltijden hoeft er geen grote verdringen met de gewone voeding op te treden.

Het assortiment poedervormige dieetpreparaten ter verrijking van enkele voedingsstoffen wordt buiten beschouwing gelaten vanwege de beperkte relevantie.

De diëtist adviseert over het assortiment drinkvoeding en de daarbij horende machtigingsaanvraag voor vergoeding door de zorgverzekeraar.

Sondevoeding

Sondevoeding is dunne vloeibare voeding, die via een sonde in het maag-darmkanaal wordt toegediend.

Sondevoeding kan via een neussonde, een PEG-katheter of een operatief aangelegde maagfistel worden toegediend. Sondevoeding kan de orale voeding volledig vervangen of als aanvulling op de orale voeding worden gegeven. Het kan zowel overdag als 's nachts toegediend worden. Voorwaarde is een voldoende functionerend darmstelsel.

Een goede verantwoording van de keuze om met sondevoeding te starten of juist daarvan af te zien, is belangrijk voor patiënt, naasten en hulpverleners. Dit geldt met name bij de patiënt in de palliatieve fase. De oorzaak van het gewichtsverlies en de levensverwachting spelen een belangrijke rol bij deze keuze, evenals de wens van de patiënt.

Sondevoeding kan worden gebruikt als er sprake is van slik- of hoge passagestoornissen en wanneer een patiënt met een levensverwachting van weken tot maanden ondanks individuele dieetaanpassingen en aanvullende voeding toch een te lage voedselinname heeft. Ondervoeding kan voor de patiënt een steeds groter probleem vormen, evenals de druk 'te moeten eten'. Een optimaal gevoede patiënt is doorgaans beter in staat om tijdens de laatste levensfase een aantal zaken te ondernemen of te regelen. Bij een zeer korte levensverwachting (dagen tot weken) is sondevoeding niet zinvol.

De patiënt kan sondevoeding in de thuissituatie gebruiken en dit kan bijdragen aan de kwaliteit van leven. De diëtist adviseert over soort en hoeveelheid sondevoeding en het toedieningschema. Instructie en begeleiding door een gespecialiseerd verpleegkundige in de thuissituatie is een voorwaarde ter controle op eventuele complicaties.

Parenterale voeding

Parenterale voeding is voeding die bestaat uit voedingsstoffen in een vorm die direct in de bloedbaan kan worden gebracht. Parenterale voeding wordt alleen toegepast als enterale voeding niet mogelijk is.

Parenterale voeding wordt slechts bij hoge uitzondering toegepast in de palliatieve zorg, uitsluitend ter overbrugging van korte periodes waarin voeding via het maag-darmkanaal tijdelijk niet mogelijk is, bijv. bij een ileus. Met name in de kliniek is het starten van deze behandeling makkelijk te realiseren. Veel moeilijker is het een eenmaal begonnen parenterale voeding weer te staken, ook al is inmiddels duidelijk geworden dat niet zozeer het leven als wel het lijden verlengd wordt. Dit wordt een nog groter probleem indien overwogen wordt de patiënt uit het ziekenhuis te ontslaan om thuis te sterven.

Parenterale voeding is thuis wel mogelijk, maar vraagt veel medische en verpleegkundige ondersteuning en kan belastend zijn in een fase waar de aandacht uit zou moeten gaan naar het naderende einde.

Obstipatie in de palliatieve fase

Bij obstipatie bij patiënten in de palliatieve fase van hun ziekte kunnen één of meer van de volgende oorzaken een rol spelen. Denk hierbij aan:

- Ziekte gerelateerd:
obstructie of compressie van de darm door tumor, oedeem van de darm bij hartfalen, dementie
- Secundaire factoren:

- verminderde inname van voedsel, vezels en/of vocht, inactiviteit, zwakte, bedlegerigheid, dehydratie, sufheid, verwardheid c.q. delier
- Medicamenteus:
opioiden, middelen met anticholinerge (bij)werking, chemotherapeutica, serotonineantagonisten, diversen
 - Bijkomende aandoeningen:
diabetes mellitus, hypokaliëmie, irritable bowel syndroom, hemorroïden

Obstipatie in de palliatieve fase is meestal multifactorieel bepaald. Secundaire factoren en medicatie, met name opioïden, zijn de meestvoorkomende oorzaken. Er is geen duidelijke relatie tussen de dosis van de opioïden en het optreden c.q. de ernst van de obstipatie.

Behandeling

Preventie en behandeling van obstipatie hebben primair tot doel dat ontlasting zacht is en gemakkelijk geproduceerd wordt. In de meeste gevallen wordt gestreefd naar een defecatiefrequentie van eens per 1-2 dagen.

Voorlichting, leefregels en voedingsadviezen zijn van minstens even groot belang als de medicamenteuze behandeling; meestal moeten deze behandelingen worden gecombineerd.

Het verdient aanbeveling om de defecatiefrequentie en de consistentie van de feces dagelijks bij te (laten) houden.

Het effect en gebruiksgemak van laxantia verschillen nogal per patiënt. Er is weinig vergelijkend onderzoek gedaan naar de effectiviteit van laxantia. Een specifieke keuze kan dan ook meestal niet gemaakt worden op basis hiervan, maar uitsluitend op grond van klinische ervaring, werkingsmechanisme, voorkeur van de patiënt en kosten. De orale toedieningsweg verdient de voorkeur. Orale laxantia moeten regelmatig worden ingenomen en niet intermitterend.

Bij een volle ampulla recti en zeker bij fecale impactie zal aanvankelijk mede of uitsluitend worden gekozen voor een rectaal laxans of een klysma; er kan ook gekozen worden voor hoge doseringen macrogol/elektrolyten p.o. of (bij ernstige obstipatie t.g.v. opioïden, zie verder) voor methylnaltrexon s.c. Pas na resultaat hiervan kan worden gestart met (andere) orale laxantia. Bij een (dreigende) ileus zijn orale laxantia (relatief) gecontraïndiceerd.

Bij door het gebruik van morfine optredende obstipatie is het subcutaan toedienen van Methylnaltrexon (Relistor) een adequaat middel.

In de laatste dagen voor het overlijden en zeker wanneer orale medicatie niet meer wordt ingenomen, kan de behandeling met laxantia worden gestaakt.

Allochtone zorgvragers

Obstipatie is vaak omringd met schaamte, waardoor het moeilijk bespreekbaar is en mogelijk ook niet geuit wordt. Spreken over het toiletbezoek kan in niet-westerse culturen een taboe zijn. Men schaamt zich voor het gebruik van de poststoel.

Kernpunten:

- Ontlasting is vaak een schaamtevol onderwerp, zowel voor de patiënt als voor de kinderen en familie.
- De aanwezigheid van een poststoel in de kamer kan een probleem zijn.
- Geef duidelijke en concrete adviezen over de tijden waarop de patiënt naar de toilet moet en dus geen bezoek mag hebben.
- Vraag naar gebruik van huismiddeltjes tegen obstipatie en ga na of hier bijwerkingen of interacties van bekend zijn.

Refractaire symptomen

Onder een refractair symptoom wordt verstaan een symptoom waarbij geen van de conventionele behandelingen (voldoende snel) effectief zijn en/of deze behandelingen gepaard gaan met onaanvaardbare bijwerkingen.

De arts zal - vanuit de specifieke context dat de zorgvrager in de laatste levensfase verkeert - aan de hand van de professionele standaard moeten bepalen of een symptoom behandelbaar of onbehandelbaar is. De indicatiestelling voor palliatieve sedatie is daarmee een medische beslissing. Daarnaast is de mening van de zorgvrager van groot belang, in het bijzonder waar het gaat om de belasting en andere bijwerkingen van een behandeling. Het ligt dan voor de hand dat arts en zorgvrager gezamenlijk de balans opmaken of een symptoom refractair is of niet. Een behandeling kan voor de zorgvrager onaanvaardbaar zijn, wanneer de behandeling te belastend is en/of te weinig effect heeft binnen een redelijke termijn. Dit mag in de afweging van de arts duidelijk een rol spelen.

Het komt er dus op neer dat het oordeel dat een symptoom onbehandelbaar is, gebaseerd is op de combinatie van de volgende twee invalshoeken:

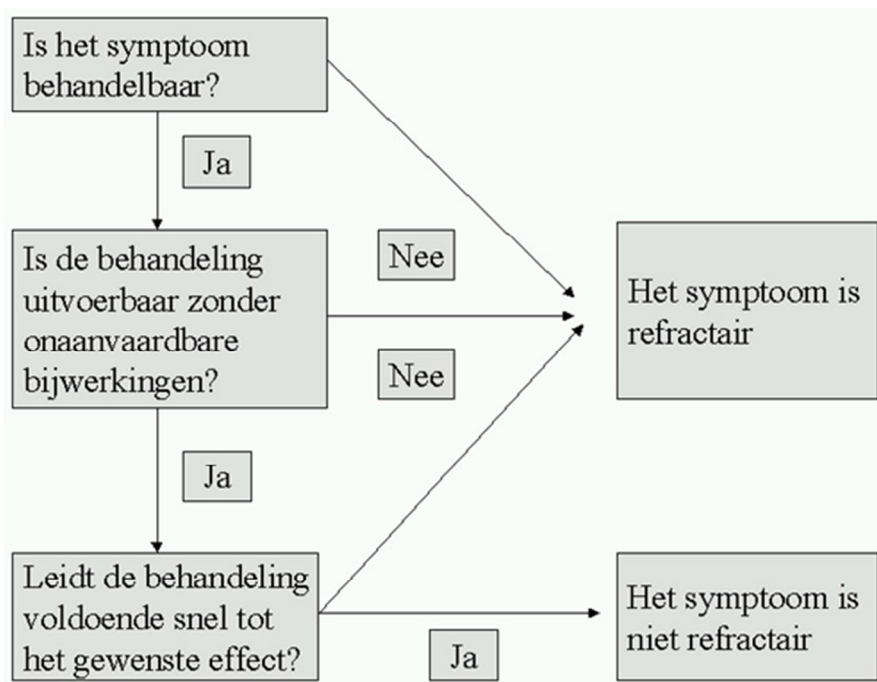
- de te verwachten effectiviteit van de behandeling
- de met de behandeling gepaard gaande belasting of andere bijwerkingen

Pijn, dyspnoe en delier zijn de meest voorkomende refractaire symptomen die in de praktijk aanleiding geven tot het inzetten van palliatieve sedatie. Ernstige vormen van misselijkheid en braken komen ook, maar minder vaak voor. In de praktijk zal het vaak een (niet-lineaire) optelsom van verschillende dimensies van een symptoom (bijvoorbeeld heftige kortademigheid die leidt tot hevige angst) en/of van verschillende symptomen zijn, die leidt tot een voor de zorgvrager ondraaglijk lijden en/of onaanvaardbare situatie.

De onbehandelbaarheid moet naar redelijkheid komen vast te staan. Dit betekent dat bij palliatieve sedatie reversibele oorzaken van ernstig lijden zorgvuldig moeten worden uitgesloten. Bij onrust is bijvoorbeeld te denken aan behandelbare pijn, obstipatie of urineretentie, bijwerkingen van medicatie, onttrekkingsverschijnselen (staken van medicatie zoals benzodiazepines of opioïden, onthouden van nicotine of alcohol), elektrolytenstoornissen (hyponatriëmie, hypercalciëmie) of hypoglykemie.

Ook moet gedacht worden aan psychische oorzaken van onrust door verwerkings- en acceptatieproblematiek, angst en dergelijke. Ook hier is de mening van de zorgvrager met betrekking tot bijvoorbeeld de zwaarte van de belasting die nadere diagnostiek veroorzaakt, van belang.

Om vast te stellen of een symptoom al dan niet refractair is kan het onderstaande stroomdiagram worden gebruikt:



Palliatieve sedatie en euthanasie

Gebruikte methodes en euthanatica

Bij optimale palliatieve zorg komen situaties voor waarin symptoombestrijding onvoldoende succes heeft. Het gevolg hiervan kan zijn dat de zorgvrager ernstig lijdt. Een op deze wijze verlopen sterfbed is voor iedereen die daarbij betrokken is een zeer ingrijpende ervaring, met soms verstrekkende gevolgen. Indien er sprake is van ondraaglijk lijden in de stervensfase kan palliatieve sedatie worden overwogen.

Onder palliatieve sedatie wordt verstaan het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een zorgvrager in de laatste levensfase. Palliatieve sedatie heeft als doel om anderszins onbehandelbaar lijden te verlichten (en niet het leven te verkorten) door middel van verlaging van het bewustzijn. Dit lijden komt voort uit refractaire klachten c.q. symptomen, die kunnen bestaan uit verschillende (gecombineerde) dimensies: lichamelijk, psychisch, sociaal en existentieel.

Meestal is er sprake van continue sedatie tot aan het overlijden. Palliatieve sedatie kan echter ook kortdurend of intermitterend worden toegepast.

De volgende middelen worden gebruikt bij sedatie:

Stofnaam	Toedieningsweg bij sedatie	Maximaal effect na	Halfwaardetijd
Midazolam	s.c./i.v.	i.v.: 2,5 min s.c.: 20 min	1,5-2,5 uur
Levomepromazine	s.c./i.v.	0,5-1,5 uur	15-78 uur
Propofol	i.v.	1,5-2 min	4-7 uur
Diazepam	rectaal	0,5-1,5 uur	20-48 uur

Lorazepam	s.l. (tabletten of injectievloeistof)	60-90 min	12-16 uur
Clonazepam	s.l. (druppelvloeistof)	1-4 uur	20-60 uur

Midazolam is het meest gebruikte sedativum als het gaat om palliatieve sedatie. Argumenten hiervoor zijn de korte halfwaardetijd, waardoor de behandeling snel kan worden 'bijgestuurd' en de grote ervaring die hiermee bij palliatieve sedatie is opgedaan. In het algemeen, en zeker bij bolusinjecties, heeft subcutane toediening de voorkeur boven intraveneuze toediening gezien de praktische voordelen van subcutane infusie en de grotere kans op apnoe's bij intraveneuze toediening van bolusinjecties. Midazolam kan bij een niet al te korte levensverwachting (langer dan 1-2 dagen) het best toegediend worden door middel van een continu subcutaan infuus met behulp van een pompje. Bij een kortere levensverwachting wordt meestal gebruik gemaakt van intermitterende subcutane toediening.

Palliatieve sedatie is het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een zorgvrager in de laatste levensfase. Dit gebeurt om ondraaglijk lijden, bijvoorbeeld bij pijn, te verlichten. De zorgvrager eerder laten sterven is geen doel, hoewel dat wel een gevolg van palliatieve sedatie kan zijn. Daarom is palliatieve sedatie een medische handeling die niet valt onder de euthanasiewetgeving. Een arts hoeft palliatieve sedatie dus niet te melden of te laten toetsen

De verschillen tussen palliatieve sedatie en euthanasie kunnen als volgt kort worden omschreven:¹

1. Bij palliatieve sedatie wordt het lijden verlicht door middel van verlaging van het bewustzijn, bij euthanasie door levensbeëindiging.
2. Palliatieve sedatie heeft als zodanig geen leven verkortend effect, en euthanasie wel. Mogelijk is er bij palliatieve sedatie eerder sprake van enige mate van levensverlenging (omdat uitputting van de zorgvrager ten gevolge van het ernstig lijden wordt voorkomen).
3. Palliatieve sedatie is in principe omkeerbaar, en levensbeëindiging niet.

Een overzicht van de overige verschillen tussen palliatieve sedatie en euthanasie staat op pagina 5.

De rol van de verpleegkundige bij euthanasie is met betrekking tot de handeling vrij beperkt. Op geen enkele wijze mag de verpleegkundige deelnemen aan de daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie. Euthanasie is namelijk een niet te delegeren bijzondere medische handeling. Wel mag de verpleegkundige faciliteren door indien de deskundigheid aanwezig is – een intraveneus infuus aan te leggen.

“De betrokkenheid van verpleegkundigen en verzorgenden bij zorgvragers die om euthanasie vragen is een gegeven. Van hieruit dienen zij bij de besluitvorming betrokken te worden, zo schrijft de artsorganisatie de KNMG in haar 'Herziene standpunt inzake euthanasie'. Het is belangrijk dat de taken duidelijk omschreven en afgestemd worden en dat niemand verplichtingen krijgt opgelegd.

Het is belangrijk dat er binnen een team gesproken kan worden over euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde én dat men van elkaar weet hoe men hier over denkt. Daarvoor is het onontbeerlijk, dat ieder teamlid ook zelf weet hij of zij tegenover euthanasie staat. Dat helpt als een zorgvrager dit onderwerp ter sprake brengt.

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn bij uitstek in staat continuïteit van zorg te bieden. Zij zijn vaak goed op de hoogte van wat de zorgvrager doet, denkt en voelt. Deze informatie is belangrijk om in te kunnen schatten of het een vrijwillig en weloverwogen verzoek om euthanasie is. Als dit niet het geval is, kan een arts niet overgaan tot euthanasie zonder in problemen te komen volgens de geldende zorgvuldigheidscriteria. Goede verslaglegging door verplegenden en verzorgenden over gesprekken of observaties met betrekking tot euthanasie kan achteraf van groot belang zijn. Ook op de besluitvorming kan deze verslaglegging bijzondere invloed hebben.

¹ A. de Graeff et al, “Palliatieve zorg, richtlijnen voor de praktijk” 2010, ISBN 978 90 72175 39 7, VIKC

Doordat verpleegkundigen en verzorgenden de zorgvrager meer meemaken, vertelt de zorgvrager zijn ideeën over euthanasie soms eerder aan hen dan aan de arts. Soms wil de zorgvrager door het onderwerp aan te kaarten bij verplegend personeel als het ware oefenen met het uitspreken van die gedachten, zonder dat daar direct consequenties aan vast zitten. De zorgvrager denkt als het ware hardop.

Als de zorgvrager echt wil dat er iets met die gedachte/wens gedaan wordt, zal de verplegende of verzorgende de zorgvrager duidelijk moeten maken dat de arts de enige is die eventueel euthanasie kan uitvoeren. De zorgvrager zal er met de arts (ook) over moeten spreken. De verpleegkundige of verzorgende kan de zorgvrager helpen deze wensen concreet te formuleren.

Wel speelt de verpleegkundige een rol in het voortraject, namelijk bij de besluitvorming als lid van het multidisciplinair team dat intramuraal de euthanasiewens behandelt. Let wel: de behandelend arts besluit (want die moet per slot van rekening de handeling uitvoeren) maar andere disciplines (maatschappelijk werk, geestelijk verzorger, andere bij de behandeling betrokken specialisten) praten mee. Daarnaast begeleidt de verpleegkundige de familie en de betrokken zorgvrager voor, tijdens en na de euthanasie.

Bij palliatieve sedatie is de rol van de verpleegkundige uitgebreider. De verpleegkundigen hebben een belangrijke taak bij het leveren van input aan de arts voor het stellen van de indicatie, het inschatten of aan de voorwaarden is voldaan en bij de uitvoering van palliatieve sedatie.

Bij actieve euthanasie wordt het leven van de zorgvrager beëindigd door middel van het toedienen van een dodelijk middel. Dit kan gebeuren met een (overdosering) van een krachtig barbituraat. Wanneer dit door een dokter via een infuus wordt toegediend (levensbeëindiging op verzoek), wordt er thans meestal thiopental gebruikt, maar de zorgvrager heeft ook de keuze zelf het barbituraat in te nemen (hulp bij zelfdoding), in dat geval kan de persoon een pentobarbital cocktail opdrinken. Het barbituraat veroorzaakt een diep coma, waarna de zorgvrager zal overlijden. Omdat het sommige mensen niet lukt het drankje in één keer op te drinken (voordat zij het bewustzijn verliezen) dient de arts altijd het eerder genoemde infuus bij de hand te houden. Het gebruik van morfine voor deze doelstelling wordt door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie afgeraden, omdat bij mensen die al morfine als pijnstiller hebben gehad, de benodigde dosis onzeker is en mensen bovendien nare hallucinaties kunnen ervaren

De verschillen laten zich verder globaal in een tabel als volgt beschrijven:

	Palliatieve sedatie	Euthanasie
Doel	Lijdensverlichting	Opheffen van lijden
Middel	Verlaging van bewustzijn	Levensbeëindiging
Medisch handelen	Normaal medisch handelen	Bijzonder medisch handelen
Indicatie	Niet te verlichten symptomen die ondraaglijk lijden veroorzaken	Uitzichtloos en ondraaglijk lijden
Alleen in laatste levensfase	Ja, bij een stervende zorgvrager met een levensverwachting van < 2 weken	Nee
Toestemming zorgvrager	Indien mogelijk	Altijd (weloverwogen verzoek)
Consultatie	Alleen bij onvoldoende deskundigheid	Verplicht
Besluitvorming	Indien mogelijk toestemming van zorgvrager, naasten en behandelteam	Primair zorgvrager en arts
Middelen	Sedativa (in het bijzonder benzodiazepines)	Barbituraten en spierrelaxantia
Dosering	Afhankelijk van lijdensverlichting	Snelle overdosering
Uitvoering	Arts en verpleegkundig team	Arts

Reversible	Ja (in principe)	Nee
Verkort het leven	Nee	Ja
Natuurlijk overlijden	Ja	Nee
Alleen in de stervensfase	Ja	Nee
Wettelijke regelgeving	Zoals normaal medisch handelen	Aparte wetgeving
Melding en toetsing	Nee	Verplicht

Toedienen van subcutane medicatie via een infuuspomp

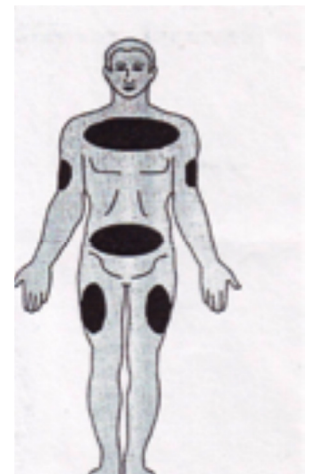
Subcutane infuusbehandeling wordt voornamelijk gebruikt voor pijnbestrijding, maar ook andere toepassingen komen voor. De infuusvloeistof wordt toegediend via een subcutaan ingebrachte vleugelnaald of een subcutaan ingebrachte infuuscanule.

Subcutane infusieplaats

De techniek van subcutane infusie is eenvoudig. Er wordt een naald onder een hoek van ongeveer 30 graden in het losmazig subcutane weefsel gebracht (30 graden in plaats van de bij het subcutaan injecteren gebruikelijke 30 graden à 45 graden in verband met de continue toediening).

Geschikte plaatsen zijn buikwand en dijbeen. De naald kan ook in de bovenste thoraxhelft in het gebied onder het sleutelbeenderen of in de bovenarm in het gebied onder de musculus deltoïdeus (deltaspier aan de zijkant van de schouder) gebracht worden.

Het is belangrijk dat de naald zo min mogelijk aan beweging of druk onderhevig is en dat de cliënt bij het bewegen zo min mogelijk last van de naald heeft. Ook in zittende houding mag de cliënt geen hinder van de naald hebben. Een goede injectieplaats wordt in overleg met de cliënt bepaald. Tijdens de plaatsbepaling dient de cliënt verschillende houdingen aan te nemen.



De subcutane injectienaald moet niet ingebracht worden:

- in een bestraald gebied;
- in een oedemateus gebied;
- in een gebied met huidmetastasen;
- in een gebied met ascites;
- in het gebied rond de navel (houdt ongeveer 2 cm afstand van de navel);
- in littekenweefsel.

Complicaties bij subcutane infusie

Subcutane infusie kan infiltraten (voelbaar als harde plekken in de huid) veroorzaken. Door de infiltraten vindt een verminderde resorptie van de subcutaan toegediende medicatie plaats. De huid dient daarom regelmatig op infiltraten gecontroleerd te worden.

Verder moet men bedacht zijn op de volgende complicaties:

- ontsteking rond insteekplaats;

- oedeem vorming rond de insteekplaats, het onderhuidse weefsel kan de hoeveelheid vocht niet verwerken;
- decubitus onder de slang.

De voor de infusie te gebruiken pomp is de CADD-Legacy PCA pomp van Smith & Nephew.

CADD staat voor *Continuous Ambulatory Delivery Device*. PCA staat voor *Patient Controlled Analgesia*, wat betekent dat de zorgvrager de controle heeft om binnen van tevoren vastgestelde grenzen medicatie subcutaan toe te dienen. De PCA-modus op de pomp wordt gebruikt om doorbraakpijnen te bestrijden.



Medicatie-toediening en medicatiegebruik

Bij niet-westerse allochtonen kan er een aversie bestaan tegen rectale toedieningsvormen van medicatie (klysma's, zetpillen). Anderzijds kan een duidelijke voorkeur bestaan voor injecties boven orale toediening.

Wat medicatiegebruik betreft, kunnen er problemen zijn met een onjuiste of onvolledige inname. De uitleg is misschien niet altijd goed overgekomen of het belang van de frequentie en hoeveelheid is niet doorgedrongen. Goede uitleg over gebruik en over gefaseerd verminderen en stoppen is van belang.



Tot slot willen sommige mensen vanuit religieuze overwegingen (met name Hindoestanen) geen medicatie waarin dierlijke ingrediënten zijn verwerkt.

Kernpunten:

- Check in ieder geval of de zorgvrager bepaalde voor- of afkeuren heeft ten aanzien van toedieningsvormen; vermijd indien mogelijk zetpillen.
- Vaak wordt medicatie onjuist ingenomen ten gevolge van misverstanden, met name bij mensen die de Nederlandse taal niet goed begrijpen.
- Informeer met name bij Hindoestaanse zorgvragers of er dierlijke ingrediënten gebruikt mogen worden.

Bronnen en informatieve links

- Kenniscentrum voor Interculturele Zorg: <http://www.mikadonet.nl/>
- Landelijke richtlijnen palliatieve zorg: www.pallialine.nl
- Richtlijnen CBO: <http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/>
- Richtlijnen Nederlands Huisartsengenootschap NHG:
http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden.htm
- Riet Koetsenruijter en Wilma van der Heide: "Reflecteren, Handvattenvoor verpleegkundigen 2008, ISBN 978-90-5931-176-3 Uitgeverij Boom Lemma.
- B.S. Wanrooij en M. Koelewijn: "Palliatieve zorg", 2007, ISBN 90 313 4944 5, Bohn, Stafleu, van Loghum
- G. Widdershoven, Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek, 2000, ISBN 9789053525562 Boom
- NIZW, LCVV: Beroepsprofiel van de verpleegkundige, 1999, ISBN: 903522230 X Elsevier / De Tijdstroom
- [www.rijksoverheid.nl/palliatieve sedatie](http://www.rijksoverheid.nl/palliatieve-sedatie)
- [www.venvn.nl/notitie complementaire zorg](http://www.venvn.nl/notitie-complementaire-zorg)
- www.ikz.nl/behandelmethoden
- www.kenniscentrapalliatievezorg.nl
- www.pallialine.nl