



zorg
BIJSCHOLINGSCENTRUM.NL

**Reader:
Palliatieve sedatie
en
Pijnmedicatie**

Inhoudsopgave

INLEIDING:.....	3
SYMPTOOMBESTRIJDING	3
EUTHANASIE EN PALLIATIEVE SEDATIE	4
DE VERSCHILLEN LATEN ZICH VERDER GLOBAAL IN EEN TABEL ALS VOLGT BESCHRIJVEN:.....	6
TOEDIENEN VAN SUBCUTANE MEDICATIE VIA EEN INFUUSPOMP	7
MEDICATIETOEDIENING EN MEDICATIEGEBRUIK	10
PIJN IN DE PALLIATIEVE FASE	10
REFERENTIES	11

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 patiënt en de familie over wat zij van een professional verwachten.

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

Symptoombestrijding

Bij optimale palliatieve zorg komen situaties voor waarin symptoombestrijding onvoldoende succes heeft. Het gevolg hiervan kan zijn dat de patiënt 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 patiënt 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. Het middel 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.

Euthanasie en palliatieve sedatie

Gebruikte methodes en euthanatica

Bij actieve euthanasie wordt het leven van de patiënt 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 patiënt 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 patiënt 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

Bron: www.wikipedia.org.

Palliatieve sedatie is het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase. Dit gebeurt om ondraaglijk lijden, bijvoorbeeld bij pijn, te verlichten. De patiënt 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

Bron: www.rijksoverheid.nl

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 levensverkortend effect, en euthanasie wel. Mogelijk is er bij palliatieve sedatie eerder sprake van enige mate van levensverlenging (omdat uitputting van de patiënt 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 patiënten die om euthanasie vragen is een gegeven. Van hieruit dienen zij bij de besluitvorming betrokken te worden, zo schrijft de artsenorganisatie 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 patiënt 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 patiënt 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

¹ A. de Graeff et al, “Palliatieve zorg, richtlijnen voor de praktijk” 2010, ISBN 978 90 72175 39 7, VIKC © Bijscholingscentrum 2013

is, kan een arts niet over gaan 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.

Doordat verpleegkundigen en verzorgenden de patiënt meer meemaken, vertelt de patiënt zijn ideeën over euthanasie soms eerder aan hen dan aan de arts. Soms wil de patiënt 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 patiënt denkt als het ware hardop.

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

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 patiënt 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	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

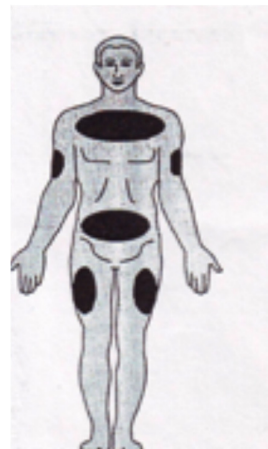
Subcutane infuusbehandeling wordt voornamelijk gebruikt voor pijnbestrijding, maar ook andere toepassingen komen voor. De infuusvloeistof wordt toegediend via een subcutaan ingebrachte vleugelnaald of een subcutaan ingebrachte infuuscanule.

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 patiënt de controle heeft om binnen van tevoren vastgestelde grenzen medicatie subcutaan toe te dienen. D

e PCA-modus op de pomp wordt gebruikt om doorbraakpijnen te bestrijden.

Perifeer veneus infuus

Bij een perifeer veneus infuus wordt een flexibele kunststof canule (meestal 'naaldje', 'waaknaald' of 'venflon' genoemd) of vleugelnaald ingebracht in een perifere vene op de onderarm, de hand of de voet. Bij voorkeur wordt een bloedvat op de onderarm gekozen en wordt gebruik gemaakt van de flexibele kunststof canule. De bloedvaten op de hand zijn beweeglijker en kwetsbaarder dan de vaten op de onderarm. Bovendien is de canule op de hand minder goed te fixeren en ondervindt de patiënt er meer hinder van dan van een canule in de arm.

Aan de infuuskanule kan een 10 cm lange verlengslang met driewegkraan gekoppeld. Hierop wordt het infuussysteem aangesloten.

Het infuussysteem dient als een gesloten systeem behandeld te worden. Dat wil zeggen dat zo min mogelijk gebruik wordt gemaakt van kraantjes en dat geen bloed wordt afgenomen via het toedieningssysteem. Wanneer wel een driewegkraan gebruikt wordt is het van belang zeer zorgvuldig te handelen omdat ze snel besmet raken.

Wanneer het aantal toegangen tot het systeem verhoogd moet worden heeft het gebruik van een kranenblok, geplaatst op een standaard de voorkeur boven een aaneenschakeling van driewegkranen. Het aantal manipulaties van het systeem en de kans op loslaten van een driewegkraan verminderen hierdoor.

De infuuskanule wordt afgedekt met een speciale doorzichtige infuuspleister en wordt zodanig gefixeerd dat de insteekplaats goed geïnspecteerd kan worden. Tussen de huid en de aansluiting van de canule op de verlengslang wordt een steriel gaasje gelegd ter voorkoming van drukplekken.

Complicaties bij perifere infusie

Bij een perifeer infuus moet je bedacht zijn op de volgende complicaties:

Hematoomvorming

Een hematoom kan ontstaan bij zowel het inbrengen als bij het verwijderen van het infuus. Het laatste kan worden voorkomen door na het verwijderen van de canule, zeker drie minuten zonder onderbreking op de punctieplaats te drukken. Indien de patiënt is behandeld met anticoagulantia dient men langer te drukken.

Infectie

Micro-organismen kunnen relatief gemakkelijk via de buiten- of binnenkant van de canule in de bloedbaan terecht komen. Om infecties te voorkomen dient bij alle handelingen waarbij de infuuslijn geopend wordt streng aseptisch gewerkt te worden.

Flebitis (ontsteking van de vaatwand)

De arm ter plaatse ziet rood, voelt warm aan en is pijnlijk. Soms tekent de vene zich als een rode streep onder de huid af. Indien de ontsteking samengaat met een bacteriële infectie ontstaat een etterige flebitis met een risico op een sepsis. De infuuscanule dient te worden verwijderd bij het waarnemen van een van de symptomen.

Subcutaan lopen

Het subcutaan lopen van infusievloeistof is een van de mogelijke complicaties die kunnen optreden bij een perifeer infuus. De infuuscanule ligt niet meer goed in het vat (extravasatie) en een gedeelte van de infuusvloeistof komt onderhuids terecht.

Gevolgen subcutaan lopen

Afhankelijk van de soort en de hoeveelheid vloeistof zijn de gevolgen van het subcutaan lopen van het infuus meer of minder ernstig; er kunnen infiltraten ontstaan. Bij het gebruik van een hypertoonische of alkalische oplossing (bijvoorbeeld natriumbicarbonaat) kan het subcutaan lopen van het infuus necrose van het omliggende weefsel veroorzaken. Ook cytostatica kunnen ernstige beschadigingen van het omliggende weefsel geven.

Aanwijzingen voor het subcutaan lopen:

- de inloopsnelheid van het infuus is vertraagd;
- rondom de insteekplaats is de huid bleek en voelt koud aan (NB: als er sprake is van flebitis is de huid rood en warm);
- er is een zwelling zichtbaar;
- pijn; afhankelijk van de samenstelling van de vloeistof, kan deze pijn zeer ernstig zijn.

Complicerende en risico verhogende factoren

Er is een aantal factoren en mechanismen te benoemen die de kans op het subcutaan gaan lopen van het infuus vergroten, te weten:

- er is onvoldoende controle op het subcutaan lopen van het infuus;
- de patiënt heeft geen pijnreactie (bij bewusteloosheid);
- de patiënt kan niet adequaat communiceren of reageren (een jong kind of een dementerende patiënt);
- de patiënt is onrustig of erg beweeglijk;
- de vene is gebarsten; het risico hierop is verhoogd door:
- broze venen (als gevolg van ouderdom of infusiotherapie met corticosteroïden);
- kleine venen (kinderen, handrug enz.);
- proximale (thrombo)flebitis en/of veneus spasme; dit verhoogt het risico op lekkage via de insteekplaats.



Een geschikte pomp voor een infuus thuis is de Bodyguard 323 pomp van de firma Braun. Deze pomp is zowel geschikt voor continue toediening van infuusvloeistof als voor het intermitterend toedienen van doses.

Medicatioediening en medicatiegebruik

Bij niet-westerse allochtonen kan er een aversie bestaan tegen rectale toedieningsvormen van medicatie (klysmas, 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 patiënt 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 patiënten of er dierlijke ingrediënten gebruikt mogen worden.

Pijn in de palliatieve fase

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.

Referenties

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
Tolk- en vertaalcentrum Nederland: www.tvcn.nl
www.huisarts-migrant.nl
www.pharos.nl

Bronvermelding, literatuurlijst en informatieve links:

- Arthur Polspoel: "Eenzaam sterven? Communicatie in de palliatieve zorg." 2004, ISBN 90-8082-905-6. Uitgeverij Kok.
- 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.terminale-thuiszorg.nl/kwaliteit van sterven](http://www.terminale-thuiszorg.nl/kwaliteit%20van%20sterven)
- Tijdschrift .Klin. Psych 26^e jrg.,nr 1 maart 1996
- Utrechtse Coping lijst P.J.G. Scheurs e.a. 1993
- [www.rijksoverheid.nl/palliatieve sedatie](http://www.rijksoverheid.nl/palliatieve%20sedatie)
- www.humanistischverbond.nl
- www.nursing.nl/home/nieuw/5466/verpleegkundigen-staan-vaker-voor-dilemma-s
- [www.venvn.nl/notitie complementaire zorg](http://www.venvn.nl/notitie%20complementaire%20zorg)
- www.rijksoverheid.nl/thuiszorg
- www.mediversum.net (Merck Manual)
- www.ikz.nl/behandelmethoden
- www.fysioalign.nl
- www.kenniscentrapalliatievezorg.nl
- www.vanpraaginstituut.nl
- www.kankeroperatie.nl/tumoren-lever/kwaadaardige-tumoren-lever/hepatocellulair-carcinoom.html
- www.beroepshoudingindezorg.nl
- www.thesauruszorgenwelzijn.nl
- www.pallialine.nl
- www.ipt-site.nl
- www.food-info.net
- www.viventweb.nl/protocollenbank