

Beleid

Vastgesteld op: 11-08-2010

Methode: -

Regiehouder: IKNL

Gegenereerd op: 24-06-2024

Bron: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/archief/stervensfase-versie-2022/beleid>

Inhoudsopgave

BELEID	3
INTEGRALE BENADERING	4
Voorlichting	4
Communicatie	4
Ondersteunende zorg	5
ZORG VOOR DE ZORGVERLENERS	6
Voorlichting aan zorgverleners	6
Communicatie tussen zorgverleners	6
Ondersteunende zorg voor zorgverleners	6
WAKEN	7
MAATREGELEN BIJ INGAAN STERVENSFASE	8
BEHANDELING VAN SYMPTOMEN	9
ZORG DIRECT NA OVERLIJDEN	13
ORGANISATIE VAN ZORG	14

Beleid

Vastgesteld: 11-08-2010 Regiehouder: IKNL

Deze module is onderverdeeld in submodules. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op 'Beleid'.

Integrale benadering

Vastgesteld: 11-08-2010 Regiehouder: IKNL

Sterven is een ingrijpende gebeurtenis. De communicatie over en alle voorzorgsmaatregelen voor een waardig sterven staan in het licht van de wensen, de levensbeschouwing/religie en de culturele achtergrond van de patiënt en diens naasten.

Een aantal zaken kan al ruim voor de stervensfase besproken worden:

- gewenste plaats van overlijden
- uitleg over symptomen en de behandeling daarvan
- eventuele scenario's van overlijden
- beslissingen rond het levenseinde; afzien van ongewenste levensverlengende behandeling, beleid ten aanzien van eventuele reanimatie, palliatieve sedatie, euthanasie

Tijdens deze gesprekken kan worden nagegaan welke vragen patiënt en naasten hebben over de dood en kan worden ingegaan op eventuele angsten. Hierbij is het van belang inzicht te krijgen in eerdere verliesmomenten, de familierelaties (verbroken relaties, onafgewerkte zaken) en in zaken die nog geregeld moeten worden (praktische, financiële en/of wettelijke).

Voorlichting

- Leg uit welke lichamelijke en geestelijke veranderingen in de stervensfase kunnen optreden en wat daar zo nodig aan gedaan kan worden. Bekrachtig eerder gemaakte afspraken over bijvoorbeeld sedatie, bestrijding van dyspnoe en andere symptomen.
- Geef informatie over de afwezigheid van honger- en dorstgevoelens en de overwegingen waarom geen voeding en vocht wordt toegediend.
- Geef tips aan naasten hoe om te gaan met de stervende: praten (het gehoor blijft mogelijk lang intact), vasthouden van een hand, hand- en voetmassage, haren borstelen, lippen vetten en mond bevochtigen. Hierbij wordt steeds in het oog gehouden dat het de stervende comfort biedt.
- Leg uit dat sterven tijd kost. Erken gevoelens van zinloosheid die hierbij kunnen optreden. Metaforen kunnen behulpzaam zijn bij de uitleg: niemandsland: niet meer bij de levenden zijn en nog niet bij de doden horen.
- Ga na of ondersteuning door middel van schriftelijke informatie gewenst is. Naasten hebben vaak behoefte aan voortdurende informatie en uitleg. Geef, indien beschikbaar, de naasten de IKNL-voorlichtingsfolder '[De stervensfase](#)'.
- Ga in op de draagkracht en draaglast van de mantelzorgers. De stervensfase duurt soms langer dan mantelzorgers denken. Bespreek met hen dat het in deze fase belangrijk blijft om de eigen draagkracht in acht te nemen. Bespreek hierbij mogelijke inzet van vrijwilligers.
- Geef in de thuissituatie aan wat de gebruikelijke gang van zaken is na het overlijden (bijv. waarschuwen huisarts, rustig afscheid nemen van de patiënt voordat de begrafenisondernemer wordt benaderd).

Communicatie

- Luister naar wat de patiënt en de naasten aangeven en wees alert op metaforen waarin de patiënt lijkt aan te geven dat de dood nadert.
- Bespreek of bevestig dat de stervensfase is aangebroken en de laatste dagen tot uren zijn ingegaan. Vraag aan de patiënt en de naasten of dit overeenkomt met hun waarneming. Patiënten en naasten voelen vaak goed aan dat het einde nadert.
- Vraag naar de beleving en de betekenis van deze kennis en laat de patiënt zijn emoties delen met de naasten. Creëer een gezamenlijk en gedeeld inzicht in de situatie: iedereen weet/beseft dat het einde nadert. Wees daarin eerlijk over de prognose (uren tot dagen) en leg dit zorgvuldig uit zonder een exacte periode te noemen.
- Geef aan dat er een onderscheid is tussen existentieel lijden (wat doe ik hier nu nog?) en lichamelijk lijden (zie [richtlijn Zingeving en spiritualiteit](#)).
- Probeer te achterhalen wat nu nog belangrijk en noodzakelijk is: regelingen die nog moeten worden

getroffen, bezoek en afscheid van familie en vrienden, rituelen, invulling van begrafenis of crematie.

- Onderken heftige emoties van de naasten zoals boosheid, angst, schuldgevoel, maar ook afkeer en moeheid. Deze emoties kunnen in het bijzonder geuit worden als naasten overrompeld worden door de snelheid van een ziekteproces of als ze uitgeput raken. Aandacht hiervoor geeft de mogelijkheid wensen te uiten, angsten te bespreken en verdriet te delen.

Ondersteunende zorg

- Bied troost en ondersteuning met ruimte voor ambivalente gevoelens (opluchting vs. verdriet).
- Geef woorden aan gevoelens die u ziet en erken dit gevoel.
- Zorg voor nabijheid en een luisterend oor.
- Voor informatie ten aanzien van stervensbegeleiding (en rouw) in verschillende religies en levensbeschouwingen zie [richtlijn Rouw](#).

Zie voor punten van aandacht bij palliatieve zorg voor mensen met een niet-westerse achtergrond de Handreiking '[Palliatieve zorg voor mensen met een niet-westerse achtergrond](#)'.

Zorg voor de zorgverleners

Vastgesteld: 11-08-2010 Regiehouder: IKNL

De confrontatie met de dood is ook voor professionele zorgverleners en vrijwilligers een belasting. Zij worden vaker dan wie dan ook met de eindigheid van het leven geconfronteerd. Daarom is het van groot belang te zorgen voor elkaar. Hierbij is ook ondersteuning in praktische zin van belang: beschikbaarheid van middelen en mensen is voor de zorgverleners essentieel om het stervensproces zo goed mogelijk te laten verlopen.

Voorlichting aan zorgverleners

Onderken uw eigen emoties. Verdriet en ontroering zijn logische en normale reacties. Deze kunnen teruggaan op eigen verlieservaringen.

Communicatie tussen zorgverleners

- Wijs, indien nog niet eerder gedaan en afhankelijk van de aanwezige mogelijkheden in de betreffende zorgsetting, een zorgcoördinator aan die het eerste aanspreekpunt is voor patiënt, familie en zorgverleners en die de coördinatie van de zorg op zich neemt.
- Zorg dat het gehele zorgteam, inclusief eventueel aanwezige vrijwilligers en de huisartsenpost, op de hoogte is van het naderend overlijden en steeds goed geïnformeerd is. Leg uit aan de patiënt en de naasten dat het gebruikelijk is informatie met de andere betrokken zorgverleners te delen.
- Overweeg elders werkende betrokken zorgverleners (bijv. huisarts, specialist, apotheker, geestelijk verzorger) te informeren over het naderend overlijden van de patiënt. Zorg voor overdracht na overlijden aan alle betrokken zorgverleners, zoals huisarts, specialisten, verpleging (thuiszorg) en andere disciplines.
- Noteer alle 'beslissingen rondom het levenseinde' goed zichtbaar in het dossier.

Ondersteunende zorg voor zorgverleners

- Heb oog voor elkaars noden en emoties.
- Zorg voor de aanwezigheid van voldoende deskundigheid (bijv. voor de omgang met pompen voor continue toediening van medicatie).
- Zorg dat aan praktische voorwaarden om zorg te verlenen is voldaan (zoals de beschikbaarheid van pompen voor subcutaan of intraveneus toegediende medicatie, aanwezigheid van rescue medicatie, voldoende medicatie voor avond/nacht/weekend, voldoende incontinentiemateriaal, een hooglaagbed).
- Durf met elkaar te reflecteren. Bespreek achteraf de gang van zaken rond het stervensproces: wat ging er goed, wat kon er beter?

Waken

Vastgesteld: 11-08-2010 Regiehouder: IKNL

Tijdens het sterven willen de naasten bijna altijd aanwezig zijn. Het helpt nabestaanden bij de rouwverwerking als zij aanwezig (kunnen) zijn bij het overlijden en de stervende kunnen 'vergezellen' tot de laatste adem. Het is belangrijk dat zorgverleners zich bewust zijn van de waarde van waken en dit begeleiden:

- Leg uit wat waken inhoudt; mijmeren over het verleden en met elkaar delen van verhalen en herinneringen, maar ook bewust afscheid nemen.
- Heb aandacht voor het verschuiven van de familieverhoudingen: iedere naaste heeft een eigen beeld van en relatie met de stervende. Wanneer de stervende bijvoorbeeld een moeder met drie kinderen is, sterven er als het ware drie moeders.
- Besef dat elk sterven een voorgeschiedenis heeft: men kan bijvoorbeeld herinnerd worden aan een overlijden dat men eerder heeft meegemaakt.
- Heb aandacht voor de vertraagde tijdsbeleving van de naasten: alles duurt voor hen lang. Vragen naar de tijd ('hoe lang nog') zijn drievoudig gelaagde vragen (feiten, gevoelens en betekenis). Het is van belang hier bij het beantwoorden oog voor te hebben.
- Besef dat er een voortdurende behoefte is aan eenduidige informatie (medisch, verpleegkundig en op de beleving gericht).
- Heb aandacht en respect voor rituelen passend bij de levensbeschouwing/religie en cultuur.
- Bespreek met de naasten dat zij elkaar afwisselen, op tijd hun rust nemen en aandacht hebben voor eten en drinken.
- Denk tijdig aan de inzet van vrijwilligers om met naasten af te wisselen bij het waken als het te zwaar dreigt te worden voor de naasten.
- Leg uit dat men uiteindelijk alleen sterft (maar niet verlaten).
- Stem goed af op de specifieke (gezins-)situatie, dring niets op omdat het 'goed zou zijn' en wees niet bang voor stiltes en niets doen.
- Een 'waakdoos' kan een hulpmiddel zijn om invulling te geven aan het waken. Dit is een doos met boekjes met gedichten, religieuze teksten, kinderverhalen om aan het bed te kunnen (voor)lezen. Ook zitten er kaarsjes, geuren en muziek in om het waken verder vorm te kunnen geven.

Maatregelen bij ingaan stervensfase

Vastgesteld: 11-08-2010 Regiehouder: IKNL

- Bespreek met patiënt en naasten dat er geen levensverlengende maatregelen meer plaatsvinden. Bij verblijf in een instelling is een niet-reanimeren/geen-ICU-beleid afgesproken en in de thuissituatie is duidelijk dat niet het alarmnummer gebeld wordt bij plotselinge achteruitgang.
- Een ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator) kan stroomimpulsen afgeven ter behandeling van hartritmestoornissen. Dit is in de stervensfase ongewenst. Overleg in dit geval met de behandelende cardioloog over het uitzetten van de ICD-functie. Er wordt gewerkt aan een richtlijn over dit onderwerp. Deze zal o.a. verschijnen op www.nwc.nl.
- Beoordeel het nut van het voortzetten van CRT (Cardiale Resynchronisatie Therapie) van een pacemaker. Overleg zo nodig met de behandelende cardioloog over het uitzetten van deze functie (zie [richtlijn Hartfalen](#))
- Waarborg (als daar behoefte aan is) dat de patiënt en naasten meerdere malen per dag door een verpleegkundige of verzorgende bezocht worden. Overweeg bij verblijf thuis de inzet van nachtzorg door vrijwilligers en/of verpleegkundige of verzorgende.
- Leg bij verblijf thuis vast wie de naasten kunnen benaderen bij achteruitgang of overlijden.
- Beoordeel en stop zo nodig lopende afspraken ten aanzien van medische en verpleegkundige interventies, zoals routinematig bloeddruk meten of wisselgigging.
- Beoordeel welke lichamelijke zorg nog gewenst is, zoals wassen, kleden en wondverzorging.
- Beoordeel en stop alle niet strikt noodzakelijke medicatie, zoals antihypertensiva, antilipemia en insuline. Pas de toedieningsweg van de gecontinueerde medicatie zo nodig aan.
- Spreek medicatie af die zo nodig kan worden gegeven ter verlichting van de meest voorkomende symptomen, zodat direct gehandeld kan worden indien klachten zich voordoen.
- Beoordeel en stop zo nodig kunstmatige vocht- en voedingtoediening.
- Geef aan wat naasten zelf kunnen doen.
- Overweeg de inzet van vrijwilligers. Zij kunnen zowel patiënt als naasten ondersteunen door bijvoorbeeld massages te verzorgen, door een luisterend oor te bieden en door het waken te verlichten of over te nemen. Zie www.VPTZ.nl.

Behandeling van symptomen

Vastgesteld: 11-08-2010 Regiehouder: IKNL

In tegenstelling tot de aan de stervensfase voorafgaande palliatieve fase, waarin de balans tussen symptoomverlichting en eventuele door medicatie optredende bijwerkingen centraal staat, zal in de stervensfase vaker gekozen worden voor volledige symptoomcontrole. Ook voor de rouwverwerking is het van belang dat er tot het laatste moment voldoende aandacht wordt gegeven aan de verlichting van symptomen. Hierbij is het goed te beseffen dat niet altijd al het (existentiële) lijden is weg te nemen. De meest vergaande behandeling ter verlichting van symptomen is palliatieve sedatie, omdat hiermee het bewustzijn van de patiënt verlaagd wordt (zie [richtlijn Palliatieve sedatie](#)).

De meest voorkomende symptomen en klachten in de stervensfase worden hier besproken. Het betreft meestal een aanvulling op de desbetreffende richtlijnen in dit richtlijnenboek.

☐ Pijn

Meestal is het in de stervensfase niet meer aan de orde de oorzaak van pijn te achterhalen als die niet bekend is.

- Bespreek dat pijn in de stervensfase minder vaak optreedt dan in de periode daarvoor en dat onverwachte, oncontroleerbare pijn kort voor overlijden niet vaak voorkomt.
- Minimaliseer pijn gerelateerd aan beweging door langzaam en behoedzaam te handelen en onnodige bewegingen te vermijden. Wisselgigging en dagelijkse lichamelijke verzorging vinden alleen plaats als dat noodzakelijk is; 15-30 minuten van tevoren kan preventief medicatie tegen doorbraakpijn worden toegediend.
- Begeleid de naasten van een bewusteloze patiënt in het interpreteren van verschijnselen die kunnen lijken op een uiting van pijn, maar dat niet hoeven te zijn. Dit betreft met name fronsen en kreunen.
- Staak orale pijnmedicatie. Oraal opioïdgebruik wordt zo nodig omgezet in parenterale toediening, transdermale toediening wordt voortgezet. Doorbraakmedicatie wordt vaak subcutaan toegediend, maar kan ook buccaal (in wangzak) of nasaal (in neus) gegeven worden.

☐ Reutelen

Reutelen ('**death rattle**') wordt omschreven als 'een luidruchtige ademhaling die veroorzaakt wordt door de aanwezigheid van sereet in de hogere ademhalingswegen (trachea en farynx) bij patiënten die te zwak zijn om effectief te kunnen hoesten of slikken'. Het moet worden onderscheiden van een luidruchtige ademhaling als gevolg van verhoogde bronchiale secretie die het gevolg is van longoedeem of een massale pneumonie (ook wel **pseudoreutelen** genoemd).

Reutelen is één van de meest duidelijke tekenen van het naderend overlijden en treedt bij de helft tot driekwart van de patiënten op in de laatste levensuren. De mediane periode tussen het optreden van reutelen en het overlijden bedraagt 24 uur. Omdat het bewustzijn reeds sterk is verminderd, is de patiënt zich de hoorbare ademhaling niet bewust en lijdt er waarschijnlijk niet onder.

Naasten associëren het geluid echter met nood, benauwdheid en discomfort en zijn vaak bang dat de patiënt zal stikken. Het geluid kan zo verontrustend en confronterend zijn dat de herinnering eraan het rouwproces kan belemmeren. Onderzoek laat echter zien dat het minder vaak belastend is voor de naasten dan wordt verondersteld.

- Bespreek direct bij het ingaan van de stervensfase de mogelijkheid dat reutelen optreedt en benadruk hierbij dat het geluid geen teken is van ademnood.
- Blijf deze informatie herhalen op het moment dat reutelen zich voordoet.
- Zorg tijdens de stervensfase voor een goede lichaamshouding (zijligging, mits deze houding comfortabel en haalbaar is), waarbij het opgehoopte sereet als het ware kan draineren.
- Vermijd uitzuigen, omdat dit kan leiden tot kokhalzen, hoesten en toename van de slijmproductie.
- Er is geen duidelijk verband tussen vochtinname en reutelen. Adviezen om de hoeveelheid toegediend

vocht te verminderen (om de secretie in de luchtwegen tegen te gaan) of (bij verdenking op dehydratie) juist te verhogen (om het ophoesten te vergemakkelijken) kunnen niet worden onderbouwd door onderzoek.

- Indien het reutelen niet reageert op verandering van houding en het te belastend is voor de naasten, kan gekozen worden voor medicamenteuze symptomatische behandeling met anticholinerge middelen, waarmee de productie van sereet geremd wordt. Het meest gebruikt worden:

- scopolaminebutyl 20 mg s.c./i.v.; eventueel 60-120 mg/24 uur continu s.c./i.v.
- scopolamine transdermaal (1.5 mg): 1 pleister, om de 3 dagen verwisselen
- atropine oogdruppels 1% sublinguaal, iedere 4 uur 2-3 druppels.

In niet-placebogecontroleerde studies vermindert of verdwijnt het reutelen bij ca. 40% van de patiënten binnen een uur na toediening van anticholinergica en bij 60-70% binnen 24 uur na toediening. Scopolaminebutyl en scopolamine zijn even effectief. De behandeling lijkt effectiever naarmate deze eerder, te weten bij de eerste signalen van reutelen, wordt gestart. De meest voorkomende bijwerkingen van deze middelen zijn: een droge mond en urineretentie. Daarnaast kunnen bij scopolamine en atropine ook centrale bijwerkingen (sufheid, hallucinaties en onrust) optreden.

☐ Dyspnoe en onregelmatige ademhaling

Dyspnoe is een onaangenaam en vooral angstig gevoel dat de ademhaling tekort schiet. Veel patiënten hebben de angst om uiteindelijk te stikken. De oorzaak van dyspnoe kan velerlei zijn: een onderliggende ziekte of co-morbiditeit (COPD of hartfalen), een acute bijkomende aandoening (longembolie, pneumonie), kankergerelateerde complicaties (pleuravocht, lymphangitis carcinomatosa van de long), gevolgen van kankergerelateerde behandeling (pneumectomie, radiotherapie) en diverse andere oorzaken, zoals anemie of angst. In de terminale fase kan zwakte van de ademhalingspijlen een belangrijke bijdrage leveren aan de dyspnoe. Een oorzakelijke behandeling is vaak niet meer mogelijk in de stervensfase, uitgezonderd aandacht voor onderliggende angst.

- Leg uit dat stikken alleen maar optreedt als er sprake is van een obstructie van de grote luchtwegen door tumor of bloeding en dat dit zeer zelden voorkomt.
- Leg uit dat in de meeste gevallen door stapeling van koolzuur in het bloed gedurende het stervensproces het bewustzijn daalt waardoor de beleving van dyspnoe afneemt en uiteindelijk helemaal kan verdwijnen.
- Leg het verschil uit tussen kortademigheid en een in frequentie en diepte wisselende ademhaling (Cheyne-Stokes-ademhaling) kort voor overlijden.
- Zorg voor een goede houding in bed, ventilatie c.q. aanwezigheid van frisse lucht en bevochtigen van de mond.
- Bestrijd de dyspnoe zo nodig met morfine, eventueel in combinatie met een benzodiazepine s.c. Corticosteroïden (bij m.n. lymphangitis carcinomatosa en COPD) en diuretica (bij m.n. longoedeem ten gevolge van hartfalen) worden zo lang mogelijk voortgezet, zo nodig via de subcutane of intraveneuze toedieningsweg.
- Zuurstof is alleen effectief voor dyspnoe als er sprake is van hypoxie.
- Invasieve ingrepen zoals een pleurapunctie of het plaatsen van een pleuradrain zijn vaak niet meer geïndiceerd in de stervensfase en zelfs potentieel belastend door het induceren van pijn rondom de insteekopening. Een ascitespunctie kan eventueel nog wel worden verricht (zie [richtlijn Ascites](#)).

☐ Misselijkheid en braken

Nieuw optredende misselijkheid en braken komt nauwelijks voor in de stervensfase. Wel kunnen eerder aanwezige klachten de stervensfase extra belasten. Ook kan sprake zijn van stase in het maagdarmkanaal, waarbij de patiënt zonder voorafgaande klachten ineens een enorme hoeveelheid maaginhoud uitbraakt als hij bijvoorbeeld verlegd wordt.

- Staak zo mogelijk emetogene medicatie, zoals bijvoorbeeld digoxine of NSAID's.
- Zorg voor een goede houding in bed, aanwezigheid van frisse lucht en bevochtigen van de mond.
- Handhaaf of start medicamenteuze behandeling met metoclopramide 4 dd 20 mg supp., s.c./i.v. of

haloperidol 1-3dd 0,5-1 mg buccaal (in wangzak), s.c/i.v.

- Overweeg, indien ileus de oorzaak is:
 - octreotide 3 dd 100-300 µg s.c. of 300-900 µg/24 uur s.c./i.v. (indien beschikbaar)
 - alternatief (minder effectief): scopolaminebutyl 40-120 mg/24 uur s.c./i.v.
 - ontlastende maaghevel.

☐ Terminale onrust ✓

Terminale onrust ('terminal restlessness') of een terminaal onrustig delier is te duiden als een specifieke vorm van delier optredend kort voor overlijden (zie [richtlijn Delier](#)). Het kenmerkt zich door tremoren, persisterende bewegingsdrang, plukken en in het luchtledige grijpen en gaat soms gepaard met kreunen en schreeuwen. Terminale onrust is ook voor de omstanders (zowel de naasten als de zorgverleners) zeer belastend.

- Onderscheid terminale onrust van myoclonieën. Deze onwillekeurige spierbewegingen kunnen worden veroorzaakt door de metabole veranderingen in de stervensfase, mogelijk versterkt door het gebruik van opioïden. Ook neuroleptica en metoclopramide kunnen onwillekeurige bewegingen induceren (tardieve dyskinesie). Indien mogelijk wordt de dosering van de luxerende medicatie verlaagd, anders is behandeling met een benzodiazepine aangewezen.
- Ga na of urineretentie of defecatie-drang ten grondslag ligt aan de onrust. Indien dit het geval is wordt een blaaskatheter ingebracht of een klysma gegeven.
- In de literatuur wordt dehydratie genoemd als een precipiterende factor voor het optreden van terminale onrust en dat kunstmatige vochttoediening in de stervensfase terminale onrust zou kunnen voorkomen. Dit is echter niet bewezen.
- Overweeg, indien gebruik van opioïden een rol speelt, de dosering van het opioïd te verlagen als de pijn en/of de dyspnoe voldoende verlicht is of overweeg opioïdrotatie bij onvoldoende symptoomverlichting (bij een verslechterende nierfunctie (kreatinineklaring < 50ml/min) kan morfine stapelen; dit geldt in mindere mate voor oxycodon (kreatinineklaring < 10 ml/min); fentanyl, hydromorfon en methadon worden niet renaal geklaard).
- Andere oorzakelijke behandelingen, bijvoorbeeld van infecties, anemie, hypercalciëmie of andere elektrolytstoornissen, zijn veelal niet meer mogelijk.
- Waarborg rust en veiligheid, zorg voor een rustige en prikkelarme omgeving.
- Begeleid en instrueer de naasten in de omgang met de patiënt; geef aan dat praten tegen en aanraken van de patiënt van belang is om deze de rust en zekerheid van hun aanwezigheid te geven.
- Geef zo nodig haloperidol 1-3 dd 0,5-1 mg buccaal (in wangzak) of s.c. De kans op onvoldoende effect is echter groot; refractaire terminale onrust is een veel voorkomende indicatie voor palliatieve sedatie.

☐ Angst ✓

Het onderkennen en bespreekbaar maken van angst is een wezenlijk onderdeel van de begeleiding in de stervensfase. Angst kan ingegeven worden door vele zaken, waaronder de angst voor pijn of andere symptomen, voor controleverlies, voor het sterven, voor de dood, om anderen tot last te zijn en om gescheiden te worden van gezin, familie, vrienden. Onopgeloste conflicten uit het verleden kunnen een rol spelen. Daarnaast kan angst veroorzaakt worden door plotselinge onttrekking van medicatie, met name van benzodiazepinen. Het starten van een behandeling met corticosteroiden en anti-emetica kan angst luxeren. Ook lichamelijke complicaties als hypoxie en pijn kunnen redenen zijn voor angst in de stervensfase. Er is geen bewijs dat een pre-existent aanwezige angststoornis predisponeert voor meer angst in de stervensfase.

Angst moet worden onderscheiden van terminale onrust. Indien de niet-medicamenteuze behandeling onvoldoende effect heeft kan een benzodiazepine worden voorgeschreven.

☐ Vermoeidheid ✓

Vermoeidheid is een symptoom dat in de stervensfase niet of nauwelijks behandelbaar is. Het kan extreme vormen aannemen en bij de patiënt leiden tot een gevoel van pijn, maar vooral tot onrust en angst. Intermitterend

sederen kan helpen de vermoeidheid beter te verdragen. Bij moeilijk behandelbare pijn, dyspnoe en/of terminale onrust kan extreme vermoeidheid een rol spelen bij het vaststellen of de symptoomlast refractair is en mede een reden zijn om uiteindelijk over te gaan tot palliatieve sedatie.

☐ Mondverzorging

Ook en juist in de stervensfase is goede mondverzorging en regelmatig bevochtigen van de slijmvliezen van groot belang. Hiermee kunnen klachten van een droge mond worden verminderd. Intraveneuze toediening van vocht voorkomt of verhelpt een droge mond niet. Het is van belang dit de naasten uit te leggen. Wel kunnen zij voorzichtig vocht druppelen of vernevelen in de mond.

☐ Problemen met mictie en/of defecatie

Incontinentie voor urine, onrust door blaasretentie en mictiedrang kunnen redenen zijn om in de stervensfase te besluiten tot het inbrengen van een blaaskatheter. Een enkele keer veroorzaakt een blaaskatheter echter meer onrust, doordat de patiënt met verminderd bewustzijn de katheter als hinderlijk ervaart. Indien bij een patiënt palliatieve sedatie gestart wordt, is het raadzaam te wachten met het inbrengen van een blaaskatheter tot de patiënt voldoende gesedeerd is.

Een vol rectum kan onrust veroorzaken bij de patiënt. Het is belangrijk ook in de stervensfase de defecatie te observeren en zo nodig op gang te brengen m.b.v. een (micro)klysma.

Zorg direct na overlijden

Vastgesteld: 11-08-2010 Regiehouder: IKNL

Het is belangrijk dat de zorgverlener zich ervan bewust is dat met het overlijden de naaste een nabestaande is geworden en de zieke- en ziektegerichte aandacht komt te vervallen. De periode die ligt tussen overlijden en de laatste zorg aan de overledene (het afleggen) biedt nabestaanden de gelegenheid voor een 'adempauze' en de mogelijkheid om de laatste eer te bewijzen en dankbaarheid te tonen.

In institutionele zorgsituaties biedt de zorgverlener de nabestaanden de gelegenheid om op een persoonlijke manier afscheid te nemen door rust te creëren en tijd te geven. Kort na het overlijden heeft de arts samen met de verpleegkundige een gesprek met de nabestaanden. Hierin kunnen door de arts ook obductie en orgaandonatie (indien mogelijk) benoemd worden.

- Vraag van tevoren na of de nabestaanden ooit een overledene hebben gezien.
- Maak het overlijden voor de nabestaanden een realiteit, benoem de werkelijkheid van het verlies.
- Houd rekening met de verschillende manieren waarop naasten omgaan met het verlies: luid geuit of juist stil verdriet, opluchting, schuld, boosheid en fysieke symptomen, zoals flauwvallen.
- Geef bij verblijf in een instelling naasten (denk hierbij ook aan jongere (klein)kinderen) de tijd om samen te zijn met de overledene.
- Leg aan nabestaanden die niet bij het overlijden aanwezig waren uit hoe de overledene eruit ziet voordat zij naar de overledene toegaan.
- Geef aan dat de nabestaanden 'met' de overledene kunnen praten.
- Ga na of de nabestaanden een rol willen hebben in de lichamelijke verzorging van de overledene, direct na het overlijden. Indien dit zo is vertel hen per handeling wat er wordt gedaan en wat zij kunnen doen (wassen, sluiten van de ogen, mond verzorgen, haar kammen e.d). Geef uitleg dat bij het draaien lucht kan ontsnappen. Bespreek dat het rectum niet wordt 'opgestopt', maar dat een incontinentiebroek voldoende is.
- Houd bij de lichamelijke verzorging rekening met religieuze en/of culturele wensen. Zie hiervoor ook www.rouwrituelen.nl.
- Bespreek de wensen ten aanzien van de houding van de handen van de overledene.
- Bespreek wensen m.b.t. ringen en andere sieraden en overleg of de naasten zelf de ring(en)/ sieraden af/aan willen doen.
- Laat bij verblijf in een instelling de nabestaanden zelf de bezittingen van de overledene inpakken.
- Voer een afsluitend gesprek, waarin - in sensitieve afstemming met de nabestaanden - kort wordt teruggeblikt en vragen worden beantwoord. Maak hierin ook mogelijke gevoelens bespreekbaar van naasten die niet bij het overlijden aanwezig waren. Geef tevens aan dat de zorgrelatie met de patiënt is beëindigd en dat de nabestaanden de zorg voor de overledene overnemen.
- Wees bewust van de woordkeuze; benoem de overledene bij naam of naar het relatieverband; zeg 'laatste zorg' in plaats van 'afleggen' en '...ziet er verzorgd uit' in plaats van '...ligt er netjes bij'.
- Geef bij verblijf in een instelling de nabestaanden na de verzorging gelegenheid tot een laatste bezoek aan de overledene, neem afscheid van hen en begeleid hen naar de uitgang van de afdeling.
- Overweeg een afscheidsritueel als de overledene de instelling verlaat.
- Geef - indien van toepassing - de nabestaanden namen en telefoonnummers van de instanties waarmee zij contact dienen op te nemen.
- Ga na of en hoe bij verblijf in een instelling ingezette psychosociale zorg (geestelijk verzorger, maatschappelijk werk) na het overlijden voortgezet moet worden.
- Regel het terugbrengen van geleende materialen, bijv. pompen, poststoel en matras.

Organisatie van zorg

Vastgesteld: 11-08-2010 Regiehouder: IKNL

Om de beschreven zorg bij de individuele patiënt en diens naasten te waarborgen en daarbij samenwerking en afstemming te bevorderen kan gebruik worden gemaakt van het [Zorgpad Stervensfase](#). Het Zorgpad Stervensfase omschrijft de zorg door middel van zorgdoelen. Deze zijn gericht op zowel de lichamelijke, als de psychische, sociale en spirituele dimensies van de zorg in de stervensfase voor de patiënt en de naasten. Het Zorgpad Stervensfase zelf omvat drie delen: de beoordeling bij het ingaan van de stervensfase; de beoordeling van patiëntgebonden problemen tijdens de stervensfase en de zorg na overlijden. Door de opzet is het een zorgdossier, checklist en evaluatie-instrument in één. Om zo goed mogelijk in te spelen op de praktijk, is er voor drie meest voorkomende werkomgevingen een Zorgpad opgesteld: een ziekenhuisversie, een verpleeghuisversie en een thuiszorgversie. De effectiviteit van het Zorgpad Stervensfase is bewezen in wetenschappelijk onderzoek en het kan gebruikt worden in alle zorgsettings, onafhankelijk van het ziektebeeld waaraan de patiënt overlijdt. De toepassing van het Zorgpad Stervensfase leidt tot betere symptoomcontrole in de stervensfase en betere rouwverwerking bij de nabestaanden. Ook draagt het bij aan deskundigheidsbevordering doordat de implementatie gepaard gaat met een scholingstraject. Kijk voor uitgebreide informatie op de [Palliaweb](#) themapagina 'Zorgpad Stervensfase'.