

Hoesten in de palliatieve fase

Vastgesteld op: 08-06-2026

Methode: evidence based

Regiehouder: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

Gegenereerd op: 31-07-2026

Bron: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/hoesten>

Inhoudsopgave

HOESTEN IN DE PALLIATIEVE FASE	4
Module 1: Hoesten in de palliatieve fase	4
Module 2: Diagnostiek bij hoesten in de palliatieve fase	4
Algemeen	4
Dysfagie	4
Aanvullend onderzoek	4
Module 3: Beleid bij hoesten in de palliatieve fase	4
Links voor meer informatie	5
INLEIDING	6
Waar gaat deze richtlijn over?	6
Voor wie is deze richtlijn bedoeld?	6
Informatie voor patiënten	6
ACHTERGROND	7
Inleiding	7
Aanleiding	7
Afbakening	7
Doelgroep	7
Doelpopulatie	7
Definitie palliatieve fase	7
Palliatieve zorg bij patiënten met hoesten	8
Begripsbepaling	8
Oorzaken	8
Hoesten door dysfagie	8
Epidemiologie	9
Referenties	9
DIAGNOSTIEK	11
Inleiding	11
Aanbevelingen	11
Uitgangsvraag	11
Aanbevelingen	11
Algemeen	11
Dysfagie	11
Aanvullend onderzoek	11
Literatuurbespreking	11
Literatuursamenvatting	11
Overwegingen	12
Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling	12
Anamnese	12
Zijn er aanwijzingen voor dysfagie waardoor hoesten ontstaat?	12
Impact van hoesten op kwaliteit van leven	12
Lichamelijk onderzoek	12
Algemene indruk:	12
Meten van vitale parameters:	13
Onderzoek van de hals:	13
Onderzoek van de thorax:	13
Onderzoek abdomen:	13
Onderzoek extremiteiten:	13
Onderzoek dysfagie:	13
Aanvullend onderzoek	13

Referenties	14
BELEID	15
Inleiding	15
Aanbevelingen	15
Uitgangsvraag	15
Aanbevelingen	15
Literatuurbespreking	15
Literatuursamenvatting	15
Overwegingen	16
Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling	16
Oorzakelijke behandeling	16
Gastro-oesofegeale refluxziekte (GORZ)	16
Niet-medicamenteuze behandeling	16
Ondersteunende behandeling	16
Ondersteuning	17
Medicamenteuze behandeling	18
Referenties	18
BIJLAGEN	20
Verantwoording	20
Autorisatiedatum en geldigheid	20
Werkwijze	20
Initiatief en betrokken verenigingen	20
Kwalitatieve raming van mogelijke financiële gevolgen in het kader van de Wkkgz	20
Samenstelling werkgroep	21
Werkgroep	21
Klankbordgroep	21
Met ondersteuning van	21
Belangenverklaringen	21
Inbreng patiëntenperspectief	21
Zoekverantwoording	22
Implementatietabel met impuls analyse	22

Hoesten in de palliatieve fase

Vastgesteld: 08-06-2026

Regiohouder: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

Samenvatting

Let op: dit is een samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijn; raadpleeg de betreffende modules van de richtlijn voor de volledige aanbevelingen, onderbouwing en aanvullende informatie.

Module 1: Hoesten in de palliatieve fase

- Geen aanbevelingen.

Module 2: Diagnostiek bij hoesten in de palliatieve fase

Algemeen

- Verricht bij alle patiënten met hoesten in de palliatieve fase een anamnese en lichamelijk onderzoek.
- Vraag de patiënt naar al genomen maatregelen tegen de hoesten en het effect daarvan.
- Vraag de patiënt naar *medicatiegebruik (Anamnese)* en pas indien mogelijk toedieningsvorm of dosering aan met het oog op veranderde doelstelling van behandeling in de palliatieve fase en beoordeel of het medicament gestaakt kan worden (bijv. staken van ACE-remmer bij indicatie hypertensie).
- Bespreek met de patiënt de impact van het hoesten op de vier dimensies: lichamelijk (spierpijn, vermoeidheid, incontinentie, kokhalzen en braken), psychologisch (angst, depressie), sociaal (isolatie, relationeel, werk gerelateerd) en spiritueel (zingeving) van de patiënt.

Dysfagie

- Wees bij patiënten met een neurologische aandoening alert op slikproblemen als oorzaak van hoesten. Zie ook de [richtlijn Slikproblemen](#) (SKILZ, 2023)

Aanvullend onderzoek

- Verricht alleen aanvullend onderzoek als het therapeutische consequenties heeft en als het proportioneel is in het licht van de prognose, wensen en verwachtingen van de patiënt.
- Bespreek met patiënt de voor- en nadelen van aanvullend onderzoek en neem samen het besluit om wel of niet te onderzoeken.

Module 3: Beleid bij hoesten in de palliatieve fase

- Indien hoesten veroorzaakt wordt door een te behandelen oorzaak (zie [tabel 1. Oorzakelijke behandeling bij volwassenen met hoest in de palliatieve fase](#) in Overwegingen), behandel dan de oorzaak.
- Schrijf geen hoestonderdrukkers voor bij hoesten door dysfagie.
- Overweeg hoestonderdrukkers zoals morfine, antihistaminica en pregabaline (zie [tabel 2. Opsomming van medicatie in Overwegingen](#)) aan te bieden en evalueer het effect ervan. Indien geen effect, staak dan de toediening van het ene middel en start in overleg met de patiënt een volgend middel.
- Bied verneveling van fysiologisch zout aan bij opgenomen patiënten om te helpen bij het ophoesten van taai sereet. Overweeg luchtbevochtigers enkel in te zetten bij volgende situaties: droge hoest of bij behandelingen (zoals zuurstoftoediening of chemotherapie) die droge hoest kunnen verergeren.
- Schakel, in overleg met de patiënt en naasten, een logopedist in bij problemen tijdens en rondom het eet- of drinkmoment of bij hoesten ten gevolge van dysfagie. Zie de [richtlijn Slikproblemen](#).
- Overweeg, in overleg met patiënt en naasten, een verwijzing naar een hoestlogopedist voor hoestbeheersingstechnieken of naar een longfysiotherapeut voor houdingsadvies, hoestbeheersingstechniek en sputumklaringsadviezen.
- Besteed aandacht, toon begrip en erken de ervaren last van hoesten in de palliatieve fase.
- Evalueer op regelmatige basis het effect van de behandelingen en de impact van het hoesten op welbevinden bij patiënt en naasten.

Links voor meer informatie

- [Patiënteninformatie op Overpalliatievezorg](#)

Inleiding

Vastgesteld: 08-06-2026

Regelhouder: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

Hoesten is een complex, fysiologisch mechanisme dat de luchtwegen moet beschermen tegen lichaamsvreemd materiaal en te veel slijm. Hoesten komt voor bij een deel van de patiënten met kanker in de palliatieve fase. Wanneer hoesten frequent en persisterend aanwezig is, wordt het als pathologisch beschouwd en kan het een aanzienlijke negatieve impact hebben op het dagelijks functioneren. Het kan onder andere leiden tot ernstige bijkomende of verergerende symptomen zoals braken, uitputting, flauwvallen en dyspneu. Daarnaast kan hoesten leiden tot angst bij de patiënt of het vermijden van sociale activiteiten.

De multidisciplinaire richtlijn Hoesten in de palliatieve fase is een symptoomgebonden richtlijn. De richtlijn geeft adviezen over diagnostiek, voorlichting en behandeling van hoesten bij patiënten in de palliatieve fase en de gevolgen daarvan.

Waar gaat deze richtlijn over?

Deze richtlijn richt zich op wat volgens de huidige maatstaven de beste zorg is voor volwassenen patiënten in de palliatieve fase met hoest. In de richtlijn komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Inleiding hoesten in de palliatieve fase
- Diagnostiek bij hoesten in de palliatieve fase
- Beleid bij hoesten in de palliatieve fase

Hoesten bij kinderen in de palliatieve fase wordt beschreven in de [richtlijn Palliatieve zorg voor kinderen](#).

Voor wie is deze richtlijn bedoeld?

Deze richtlijn is bestemd voor zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor volwassen patiënten met hoesten in de palliatieve fase. Daarnaast is het ook relevant voor zorgverleners in het maatschappelijke en sociale domein en vrijwilligers en hun coördinatoren die werkzaam zijn in de palliatieve fase.

Voor huisartsen gelden primair de NHG-Standaarden en deze richtlijn is een aanvulling daarop.

Informatie voor patiënten

Hoesten is de manier waarop het lichaam de longen en luchtpijp schoonmaakt. Het lichaam probeert dan 'rommel', zoals stof of te veel slijm, eruit te krijgen. Een gezond mens hoest ongeveer twee keer per uur. Te lang, vaak of heel hard hoesten, kan betekenen dat er iets aan de hand is. Hoesten kan meerdere oorzaken hebben. Het kan onder andere door een reactie op een virus of een bacterie in de luchtweg komen (longontsteking), of door ziekte van de longen (zoals astma/COPD of taaislijmziekte). Bij mensen met kanker kan hoesten ook komen door druk door een tumor of uitzaaiingen in de longen. Hoesten kan ook een gevolg van de behandeling zijn, waarbij er een ontsteking van het longweefsel ontstaat door bestraling of chemotherapie.

De arts zal eerst enkele vragen stellen en lichamelijk onderzoek doen om meer informatie te krijgen over de oorzaken van de hoest. Eventueel kan er extra onderzoek gedaan worden zoals een CT-scan, onderzoek van opgehoest slijm (sputumkweek) of een kijkonderzoek in de slokdarm/longen. De uitslagen zullen aan u uitgelegd worden en de arts zal mogelijke behandelingen met u bespreken. Soms zal een behandeling met medicijnen mogelijk zijn. Soms kan ondersteuning geboden worden door andere behandelingen zoals verneveling, een hoesttraining door een logopedist, of adviezen van een fysiotherapeut over houding en hoesten (bron: <https://overpalliatievezorg.nl/lichamelijke-en-psychische-klachten/hoesten>).

Achtergrond

Vastgesteld: 08-06-2026

Regelhouder: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

Inleiding



Aanleiding



De richtlijn is een update van de richtlijn Hoesten in de palliatieve fase uit 2010. Met deze herziene richtlijn wordt beoogd meer bekendheid te genereren en duidelijk aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling te beschrijven.



Afbakening



De zorg rondom (chronisch) hoesten bij volwassenen in de palliatieve fase wordt in de volgende twee submodules beschreven: Diagnostiek en Beleid. Palliatieve zorg bij COPD valt buiten deze module, zie hiervoor de [richtlijn Palliatieve zorg bij COPD, module Hoesten](#).



Doelgroep



Deze richtlijn, bestaande uit 2 modules, is bestemd voor alle zorgverleners die behoefte hebben aan informatie over hoesten in de palliatieve fase. De inhoud van de richtlijnmodule is ook relevant voor zorgverleners in het maatschappelijke en sociale domein en vrijwilligers en hun coördinatoren die werkzaam zijn in de palliatieve fase.



Doelpopulatie



Deze richtlijn is toegespitst op de volwassen patiënt, voor kinderen is er een eigen richtlijn: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/palliatieve-zorg-voor-kinderen/hoesten>.

Voor patiënten zijn afgeleide producten gemaakt die te vinden zijn op <https://overpallatievezorg.nl/lichamelijke-en-psychische-klachten/hoesten>.



Definitie palliatieve fase



De palliatieve fase wordt gemarkeerd, omdat de focus van aandacht is verschoven naar kwaliteit van leven en sterven. Afhankelijk van het ziekteproces kan de palliatieve fase een korte, maar ook een jarenlange periode betreffen. Voor nadere toelichting verwijzen we naar de definitie van de palliatieve fase in het [Kwaliteitskader Palliatieve zorg](#) van stichting PZNL [Kwaliteitskader Palliatieve zorg 2025].

Effectieve communicatie vormt, samen met gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning, de basis voor zorgverlening waarbij de patiënten en naasten centraal staan.



Palliatieve zorg bij patiënten met hoesten



De multidisciplinaire richtlijn Hoesten in de palliatieve fase is een symptoomgebonden richtlijn. De richtlijn geeft adviezen over diagnostiek, voorlichting en behandeling van hoesten bij patiënten in de palliatieve fase en de gevolgen daarvan. De focus van de zorg is **de mens met hoesten** en niet het symptoom op zichzelf. Dat impliceert het volgende voor de zorg

De zorgverlener heeft aandacht voor alle dimensies: niet alleen de lichamelijke dimensie (hoesten en de daardoor veroorzaakte klachten), maar ook de psychische, sociale en spirituele/existentiële dimensies. Persisterend hoesten kan bijvoorbeeld leiden tot angst rondom het eten (verslikken), vermijden van sociale activiteiten zoals samen naar bioscoop of theater gaan. Het hebben van een levensbedreigende ziekte met een beperkt levensperspectief heeft grote gevolgen op al deze gebieden. Zie hiervoor het '[Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)' en '[Algemene principes van palliatieve zorg](#)'.

Palliatieve zorg wordt in principe interdisciplinair en transmurale geleverd. Zorgverleners en vrijwilligers vormen een persoonlijk en dynamisch team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten. Waar nodig laten generalistische zorgverleners zich adviseren of ondersteunen door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners. De zorg wordt geleverd op basis van best beschikbare bewijsvoering (evidence-based). Bij gebrek aan bewijs wordt de zorg geleverd op basis van consensus (experience-based).

De zorgverlener heeft niet alleen aandacht voor de patiënt, maar ook voor de naasten. De definitie van palliatieve zorg in het kwaliteitskader geeft expliciet aan dat de zorg zich ook uitstrekt tot de naasten. Zie hiervoor ook het [Kwaliteitskader, domein 5 \(sociale dimensie\)](#) en de [themapagina 'Mantelzorgondersteuning in de palliatieve fase'](#) op Palliaweb.



Begripsbepaling



Hoesten is een complex, fysiologisch mechanisme dat de luchtwegen moet beschermen tegen lichaamsvreemd materiaal en te veel slijm. Veel hoesten wordt als pathologisch beschouwd. Een hoest kan droog zijn of gepaard gaan met opgeven van slijm (productieve hoest). Hoesten kan leiden tot braken, uitputting, ribfracturen of ribcontusie, slapeloosheid, soms flauwvallen (syncope) en dyspneu doen toenemen en (zie [richtlijn Dyspneu - Richtlijnen Palliatieve zorg](#)).

Hoesten kan ook een belangrijk symptoom van dysfagie zijn.



Oorzaken



Mogelijke maligne en niet maligne oorzaken van hoesten in de palliatieve fase zijn beschreven in tabel 1. Mogelijke oorzaken van hoesten in de palliatieve fase. Daarnaast zijn enkele overige oorzaken, zoals astma, gastro-oesofageale reflux (GORZ) en een ontsteking van de neus en de neusbijholten benoemd, hoewel dit niet in detail beschreven zal worden in deze module.

[Tabel 1. Mogelijke oorzaken van hoesten in de palliatieve fase](#)

Hoesten door dysfagie

Hoesten is een van de kernsymptomen van dysfagie, andere tekenen zijn onder andere verslikken en kokhalzen. Dysfagie is een verzamelnaam voor slikklachten of slikproblemen. Dysfagie is een gevolg van een ziekte of aandoening of de behandeling daarvan [Logemann, 1994]. De oorzaak van dysfagie ligt vaak in problemen met de aansturing van de spieren. De spieren worden zwakker, waardoor kauwen en slikken moeilijker wordt. Dysfagie kan het gevolg zijn van een hele reeks van aandoeningen (zie [richtlijn Mondproblemen en slikstoornissen in de palliatieve fase - Richtlijnen Palliatieve zorg](#)).

Grofweg kunnen onderstaande patiëntengroepen worden onderscheiden:

- patiënten met dysfagie ten gevolge van hoofd-hals oncologische aandoeningen en/of na behandeling hiervan [Logemann, 1997; Cichero, 2006]. De incidentie van dysfagie varieert tussen 30 tot 64% in deze groep [Francis, 2010];
- patiënten met dysfagie ten gevolge van een neuromusculaire, neurodegeneratieve of andere neurologische aandoening

- patiënten met dysfagie op hogere leeftijd, de zogenaamde kwetsbare geriatrische populatie (presbyfagie) [Lin, 2002; Kawashima, 2004; Serra- Prat, 2011].

Uit een inventarisatie van knelpunten vanuit het patiëntenperspectief die voorkomen bij dysfagie blijkt dat symptomen door patiënt en hulpverleners niet of laat herkend worden. Hoesten is een van de kernsymptomen van dysfagie.



Epidemiologie



Hoesten komt voor bij 28% van de patiënten met kanker in de palliatieve fase en bij 47-86% van de patiënten met longkanker [Nederlands Huisartsen Genootschap, 2010]. Bij terminale COPD, longfibrose of longkanker treedt hoesten op bij 59-70% van de patiënten [richtlijn COPD, 2021; Paice, 2020; Lee, 2020; Perelas 2020] en bij terminaal hartfalen 50% [Nederlands Huisartsen Genootschap, 2010].

Geschat wordt dat ongeveer 6 procent van de bevolking lijdt aan dysfagie. Bij ouderen lijdt circa 23 procent aan dysfagie. Dit stijgt tot boven de 50 procent bij ernstige aandoeningen zoals keelkanker of een beroerte. Dysfagie vormt een belangrijke risicofactor voor problemen als ondervoeding, uitdroging, longontsteking en overlijden [richtlijn Orofaryngeale dysfagie; Wilkinson, 2021].

Referenties

Bonneau A. Cough in the palliative care setting. *Can Fam Physician* 2009; 55: 600-602.

Cichero JAY, Murdoch BE (ed.). *Dysphagia: foundation, theory, and practice*. John Wiley & Sons Inc., Hoboken, 2006.

Dudgeon DJ. Managing dyspnea and cough. *Hematol Oncol Clin North Am* 2002; 16: 557-577.

Francis DO, Weymuller Jr EA, Parvathaneni U, Merati AL, Yueh B. Dysphagia, stricture, and pneumonia in head and neck cancer patients: does treatment modality matter?. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*. 2010 Jun;119(6):391-7.

Kawashima K, Motohashi Y, Fujishima I. Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. *Dysphagia*. 2004 Fall;19(4):266-71. doi: 10.1007/s00455-004-0013-6. PMID: 15667063.

Lee JYT, Tikellis G, Corte TJ, Goh NS, Keir GJ, Spencer L, et al. [The supportive care needs of people living with pulmonary fibrosis and their caregivers: A systematic review](#). *Eur Respir Rev*. 2020;29(156):190125

Lin LC, Wu SC, Chen HS, Wang TG, Chen MY. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. *Journal of the American geriatrics society*. 2002 Jun;50(6):1118-23.

Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 1994 Sep;3(3):41-4.

Nederlands Huisartsen Genootschap. Bouma M, Heijls H, Van Osselen E, In 't Veld E (Red.). *Palliatieve zorg in de Huisartsenpraktijk*. Prelum; 2010.

Paice JA, Dahlin C, Wholihan D, et al. Palliative care for people with COVID-19-related symptoms. *J Hosp Palliat Nurs* 2020; 22: 421-427.

Serra-Prat M, Hinojosa G, López D, Juan M, Fabré E, Voss DS, Calvo M, Marta V, Ribó L, Palomera E, Arreola V, Clavé P. Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Jan;59(1):186-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03227.x. PMID: 21226704.

Wee B. Chronic cough. *Curr Opin Support Palliat Care* 2008; 2: 105-109.

Wilkinson JM, Codipilly DC, Wilfahrt RP. Dysphagia: evaluation and collaborative management. *Am Fam Physician* 2021; 103:

97-106.

Diagnostiek

Vastgesteld: 08-06-2026

Regiohouder: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

Inleiding

Deze module beschrijft welke diagnostiek kan worden uitgevoerd bij patiënten in de palliatieve fase, rekening houdend met de levensverwachting, behoeften en wensen van de patiënt. Palliatieve zorg bij COPD valt buiten deze module, zie hiervoor de [richtlijn Palliatieve zorg bij COPD, module Hoesten](#).

Aanbevelingen

Uitgangsvraag

Welke diagnostiek (anamnese, lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek) wordt verricht bij patiënten met hoesten in de palliatieve fase?

Aanbevelingen

Algemeen

- Verricht bij alle patiënten met hoesten in de palliatieve fase een anamnese en lichamelijk onderzoek.
- Vraag de patiënt naar al genomen maatregelen tegen de hoesten en het effect daarvan.
- Vraag de patiënt naar *medicatiegebruik* (*Anamnese*) en pas indien mogelijk toedieningsvorm of dosering aan met het oog op veranderde doelstelling van behandeling in de palliatieve fase en beoordeel of het medicament gestaakt kan worden (bijv. staken van ACE-remmer bij indicatie hypertensie).
- Bespreek met de patiënt de impact van het hoesten op de vier dimensies: lichamelijk (spierpijn, vermoeidheid, incontinentie, kokhalzen en braken), psychologisch (angst, depressie), sociaal (isolatie, relationeel, werk gerelateerd) en spiritueel (zingeving) van de patiënt.

Dysfagie

- Wees bij patiënten met een neurologische aandoening alert op slikproblemen als oorzaak van hoesten. Zie ook de [richtlijn 'Mondproblemen en slikstoornissen in de palliatieve fase'](#) [stichting PZNL, 2025].

Aanvullend onderzoek

- Verricht alleen aanvullend onderzoek als het therapeutische consequenties heeft en als het proportioneel is in het licht van de prognose, wensen en verwachtingen van de patiënt.
- Bespreek met patiënt de voor- en nadelen van aanvullend onderzoek en neem samen het besluit om wel of niet te onderzoeken.

Literatuurbespreking

Een oriënterende literatuursearch is op 25 november 2024 uitgevoerd. Er werden geen geschikte artikelen gevonden. De informatie in deze module is gebaseerd op de oude richtlijn Hoesten in de palliatieve fase [IKNL, 2010, die wordt vervangen door de huidige richtlijn], op aanvullende literatuur en op basis van expert opinie.

Literatuursamenvatting

Niet van toepassing

Overwegingen

Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling

In tabel 1. Mogelijke oorzaken van hoesten in de palliatieve fase worden de oorzaken van hoesten beschreven waaraan de zorgverlener kan denken bij uitvragen en diagnosticeren bij hoesten in de palliatieve fase.

Tabel 1. Mogelijke oorzaken van hoesten in de palliatieve fase

Anamnese

Vraag naar de duur, ernst en aard van hoesten (treedt hoesten vooral op tijdens of na eten en drinken) en overige klachten (nasaal, pulmonaal, gastro-intestinaal). Vraag bij een productieve hoest naar de hoeveelheid, kleur en bloedbijmenging van het sputum. Vraag naar pijn bij hoesten of zuchten. Vraag naar bijkomende klachten bijvoorbeeld dyspneu of hoesten in liggende houding (orthopnoe). Vraag naar de voorgeschiedenis en co-morbiditeit, roken en allergenen (zie ook [module Diagnostiek van chronische hoest](#)). Vraag naar het medicatiegebruik (met aandacht voor ACE-remmers, benzodiazepines, methotrexaat, NSAID's). Mensen die in het verleden een beroerte doormaakten, jonge mensen met een spierziekte, veroudering bij niet aangeboren hersenletsel (NAH), en ook mensen met dementie of de ziekte van Parkinson hebben meer kans dat er in het verloop van hun ziekte door dysfagie hoesten ontstaat. Vraag gericht bij verdenking refluxpathologie als onderliggende oorzaak naar heesheid, oprispingen, zuurbranden, hoesten tot 30 minuten na het eten, en meer hoesten bij liggende houding

Zijn er aanwijzingen voor dysfagie waardoor hoesten ontstaat?

Vraag dan naar:

- eerdere diagnosen van (aspiratie)pneumonie;
- (bepaalde soorten) voeding weigeren;
- hoesten tijdens of rond de inname van voeding en drank;
- zeer lang kauwen of niet kunnen kauwen;
- ongewenst gewichtsverlies;
- dehydratie;
- speekselverlies (kwijlen).

Richtlijn Mondproblemen en slikstoornissen in de palliatieve fase [PZNL 2025]

Impact van hoesten op kwaliteit van leven

De impact op de patiënt dient onderzocht te worden voor vier dimensies: lichamelijk (spierpijn, vermoeidheid, incontinentie, kokhalzen en braken), psychologisch (angst, depressie), sociaal (isolatie, relationeel, werk gerelateerd) en spiritueel (zingeving). Hoesten kan slaap- en eetpatronen beïnvloeden en verergert bestaande klachten zoals pijn, kortademigheid, misselijkheid, braken, depressie en incontinentie [Bali, 2024; Ueda, 2022]. Daarnaast heeft hoesten impact op de kwaliteit van leven van de naasten van de patiënt, omdat hoesten interfereert met slapen en sociale activiteiten zoals samen praten, eten, uitgaan. Dit is vaak een belangrijk sociaal-emotioneel aspect voor patiënt en naasten.

Lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek geeft aanvullende informatie over de ernst van hoesten en over de mogelijke oorzaken. Het lichamelijk onderzoek kan omvatten:

Algemene indruk:

- sufheid
- kleur van huid en slijmvliezen: bleekheid, cyanose
- stridor
- gebruik hulpademhalingspijpen
- lip-tuiten
- kunnen spreken van volzinnen

- cachexie

Metten van vitale parameters:

- bloeddruk
- polsfrequentie, pulsus paradoxus
- ademhalingsfrequentie en -patroon
- temperatuur
- gewicht

Onderzoek van de hals:

- stuwung van de halsvenen

Onderzoek van de thorax:

- inspectie: ademexcursies linker en rechter hemithorax, lokaal verminderde expansie, vaattekening thoraxwand
- percussie: (hyper)sonoor of gedempt, hoogstand diafragma, verschuifbaarheid longgrens
- auscultatie longen: verlengd expirium, piepende ademhaling, verminderd ademgeruis, crepitaties, rhonchi, pleurawrijven
- auscultatie hart: harttonen, souffles, ritme, pericardwrijven

Onderzoek abdomen:

- tekenen van ascites
- hepatomegalie

Onderzoek extremiteiten:

- oedeem
- tekenen van trombose

Onderzoek dysfagie:

Let bij verdenking op dysfagie op (uit [richtlijn Orofaryngeale dysfagie](#), bijlage alarmsymptomen en verwijscriteria):

- opvallend frequent keelschrappen;
- ‘natte’ borrelige stem;
- dysartrie;
- voedselresten in de mondholte na doorslikken/na het eten.
- Voer een waterslikttest uit. Dit is een eenvoudige test waarbij de patiënt rechtop zit en coöperatief dient te zijn en een slokje water slikt waarna je observeert en beoordeelt of er sprake is van dysfagie (zie [richtlijn Orofaryngeale dysfagie](#) en de [richtlijn Slikproblemen](#)).

Aanvullend onderzoek

De werkgroep benadrukt dat er rekening dient gehouden te worden met de therapeutische consequenties, prognose, wensen en verwachtingen van de patiënt, de proportionaliteit (minst belastend middel) en subsidiariteit (minst ingrijpend middel om tot een bepaald doel te komen) van het onderzoek.

Op indicatie kan aanvullend onderzoek plaatsvinden:

- Beeldvorming: X-thorax, CT-scan thorax, CT-angiografie (bij verdenking o.a. infectie, tumorobstructie of longembolie);
- Sputumkweek (bij verdenking infectie);
- Diagnostische pleurapunctie (ter bepaling infectie, inflammatie, tumor of therapie gerelateerd); flexibele endoscopische evaluatie slikken (FEES) bij dysfagie.

Referenties

Bali V, Schelfhout J, Sher MR, Peters AT, Patel GB, Mayorga M, Goss D, DeMuro Romano C. Patient-reported experiences with refractory or unexplained chronic cough: a qualitative analysis. *Ther Adv Respir Dis* 2024; 18: 17534666241236025.

Richtlijn Mondproblemen en slikstoornissen in de palliatieve fase. Richtlijnen Palliatieve Zorg PZNL, 2025. Beschikbaar via: Pallialine, [richtlijn Mondproblemen en slikstoornissen](#).

Ueda N, Yakushiji A, Schelfhout J, Tokita S, Kubo T. Impact of refractory and unexplained chronic cough on disease burden: a qualitative study. *BMC Pulm Med* 2022; 22: 372.

Beleid

Vastgesteld: 08-06-2026

Regi houder: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

Inleiding

Hoesten in de palliatieve fase komt vaak voor en bij een verscheidenheid aan patiëntpopulaties. Het is niet mogelijk om voor specifieke patiëntgroepen aanbevelingen te maken. De tekst is generalistisch opgesteld. Uitgangspunt bij behandelen van hoesten dat in eerste instantie de oorzaak of de achterliggende ziekte wordt behandeld. Deze module beschrijft daarnaast opties voor symptoomverlichting

Aanbevelingen

Uitgangsvraag

Wat is de aanbevolen strategie om hoesten bij mensen in de palliatieve fase te behandelen?

Aanbevelingen

Rationale van de aanbeveling: weging van argumenten voor en tegen de interventies

De aanbevelingen zijn gebaseerd op algemene literatuur en expertise van de werkgroep. De adviezen zijn qua belastbaarheid voor de patiënt goed te doen: gemakkelijk te verkrijgen, geen dure medicatie, geen ernstige bijwerkingen, korte evaluatieperiode. Mogelijk betekent het voor sommige opties een verwijzing naar een specialist voor diagnostiek en bepaalde behandelingen. Deze stappen dienen dan goed vooraf besproken te worden met patiënten en diens naasten.

- Indien hoesten veroorzaakt wordt door een te behandelen oorzaak (zie [tabel 1. Oorzakelijke behandeling bij volwassenen met hoest in de palliatieve fase](#) in Overwegingen), behandel dan de oorzaak.
- Schrijf geen hoestonderdrukkers voor bij hoesten door dysfagie.
- Overweeg hoestonderdrukkers zoals morfine, antihistaminica en pregabaline (zie [tabel 2. Opsomming van medicatie in Overwegingen](#)) aan te bieden en evalueer het effect ervan. Indien geen effect, staak dan de toediening van het ene middel en start in overleg met de patiënt een volgend middel.
- Bied verneveling van fysiologisch zout aan bij opgenomen patiënten om te helpen bij het ophoesten van taai sputum. Overweeg luchtbevochtigers enkel in te zetten bij volgende situaties: droge hoest of bij behandelingen (zoals zuurstoftoediening of chemotherapie) die droge hoest kunnen verergeren.
- Schakel, in overleg met de patiënt en naasten, een logopedist in bij problemen tijdens en rondom het eet- of drinkmoment of bij hoesten ten gevolge van dysfagie. Zie de [richtlijn Slikproblemen](#).
- Overweeg, in overleg met patiënt en naasten, een verwijzing naar een hoestlogopedist voor hoestbeheersingstechnieken of naar een longfysiotherapeut voor houdingsadvies, hoestbeheersingstechniek en sputumklaringsadviezen.
- Besteed aandacht, toon begrip en erken de ervaren last van hoesten in de palliatieve fase.
- Evalueer op regelmatige basis het effect van de behandelingen en de impact van het hoesten op welbevinden bij patiënt en naasten.

Literatuurbespreking

Een oriënterende literatuursearch is op 25 november 2024 uitgevoerd. Er werden geen geschikte artikelen gevonden. Deze module vervangt de bestaande richtlijn Hoesten in de palliatieve fase [IKNL, 2010], en is gebaseerd op aanvullende literatuur en op basis van expert opinie van de richtlijnwerkgroep.

Literatuursamenvatting

Niet van toepassing

Overwegingen

Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling

Uitgangspunt bij behandelen van hoesten in de palliatieve fase is het opsporen en behandelen van de oorzaak van het hoesten. De behandelmogelijkheden zullen af hangen van de eerdere behandelingen en te verwachten effecten en bijwerkingen, het stadium van de onderliggende ziekte. Men zal rekening moeten houden met de 4 domeinen waarin de patiënt verkeert en met de verwachtingen en wensen hij heeft t.a.v. de behandeling.



Oorzakelijke behandeling



De eerste stap in de behandeling van hoest in de palliatieve fase, is het achterhalen of er behandelbare oorzaken zijn. Deze dienen dan volgens vigerend protocol behandeld te worden. Zie tabel 1. Oorzakelijke behandeling bij volwassenen met hoest in de palliatieve fase voor een overzicht.

[Tabel 1. Oorzakelijke behandeling bij volwassenen met hoest in de palliatieve fase](#)

Gastro-oesofegeale refluxziekte (GORZ)

Protonpompremmeren werken enkel bij GORZ-symptomen veroorzaakt door zuur geïnduceerde oesofagitis. Metoclopramide (gecontra-indiceerd bij Parkinsonpatiënten) en domperidon zijn prokinetica die de motiliteit of lage slokdarm sfincterdruk bevorderen, maar een onvoorspelbare therapierespons hebben [Jiang, 2003; Johnson, 1971; Poe, 2003; Xu, 2013]. Baclofen is een centraal werkend spasmolyticum, die mogelijk effect op hoesten kan hebben.

In een studie waarbij 49.076 patiënten met een chronische hoest een vragenlijst hebben ingevuld, bleken de meeste patiënten matig tot weinig tevreden over het effect van deze bovengenoemde behandelingen, maar zeer tevreden met de inspanningen van de behandelaar tot het zoeken naar een effectieve behandeling [Khan, 2024]. De resultaten kunnen worden geëxtrapoleerd naar patiënten in de palliatieve fase, zolang de behandelingen in lijn zijn met eerder geformuleerde doelen in proactieve zorgplanning



Niet-medicamenteuze behandeling



Verneveling van fysiologisch zout of verneveling van koude stoom kan helpen bij het ophoesten van taai slijm. Bij voorkeur wordt hiervoor een ultrasoon apparaat gebruikt dat demiwater zonder verhitting in aerosol brengt. Over luchtbevochtigers is geen wetenschappelijk bewijs gevonden. Luchtbevochtigers worden daarom niet standaard aangeraden maar kunnen wel ingezet worden bij droge hoest of bij situaties waarbij deze behandeling risicofactoren zoals zuurstoftoediening of chemotherapie droge hoest kunnen verergeren.

Complementaire behandelingen zoals honing, klimopblad, tijm/althea, eucalyptusolie/kamfer/levomenthol is gebaseerd op beperkt wetenschappelijk bewijs, meestal gestoeld op postinfectieuze setting of bij kinderen [Eskandarpour, 2024; Pecoraro, 2024; Seifert, 2023].



Ondersteunende behandeling



De meeste adviezen die hier beschreven worden zullen met name voor patiënten met dysfagie gelden. De behandelend zorgverlener dient de volgende algemene adviezen te geven:

- Houdingsadvies.

- Hoofdhoudingsadvies.
- Kunstgebit dragen en vastzetten, indien mogelijk.
- Goed kauwen (20-30 keer per hap).
- Hap voor hap/ slok voor slok.
- Niet te grote happen.
- Kruimeligheid en plakkerigheid verminderen.
- Consistentie aanpassen (volgens IDDSI-methodiek, doseringsmethodiek voor het bepalen van verschillende consistenties van verdikte vloeistoffen en gepureerde gerechten), op advies of naar inzicht.
- Verdikkingsmiddel toepassen.
- Krachtig slikken.
- Controleer of de mond leeg is.
- Niet eten en praten tegelijk. Stel geen vragen tijdens de maaltijd.
- Eten laten zakken.

Verwijs naar logopedist bij één of meer van de volgende signalen *tijdens en rondom het eet- of drinkmoment*:

- Kokhalzen, hoesten en/of verslikken.
- Zichtbaar moeite om te kauwen en/of het eten of drinken weg te slikken.
- Ademhalingsproblemen.
- Stem en/of ademhaling klinkt anders.
- Plotseling weigeren/afweren van (verder) eten of drinken.

Overweeg een deskundig zorgverlener in te schakelen bij één of meer van de volgende signalen *tijdens en rondom het eet- of drinkmoment*:

- Risicovol eetgedrag (zoals proppen of gieten).
- Tekenen die kunnen duiden op moeite hebben met slikken, zoals: bewegen van hoofd en nek, vergrote pupillen, verandering van mimiek.
- Inname van eenzijdige consistenties (één soort eten of drinken nuttigen).
- Regelmatig keelschrapen.
- Maaltijdduur wijkt af van de rest van de tafelgenoten.
- Gedragsproblemen voor, tijdens en/of na het eten of drinken.
- Vermoeidheid tijdens en/of na eten of drinken.
- Terugkerende longontstekingen.

Bij hoesten door dysfagie is verwijzing naar een gespecialiseerd logopedist (i.c. gespecialiseerd in de behandeling van slikken of hoesten) zinvol. Die kan adviseren over de houding en welke consistenties van eten en drinken minder slikproblemen geven en daarmee kan het hoesten verminderen. Zie ook [richtlijn orofaryngeale dysfagie](#).

Ook bij patiënten zonder dysfagie kan verwezen worden naar een logopedist voor hoestlogopedie (zie [module Hoestlogopedie bij chronische hoest](#)). Deze verwijzing kan naast overige behandelwijzen bij patiënten met een levensverwachting van minstens 3 maanden worden ingezet. Door onder andere scholing, controle- en afleidingstechnieken, stemhygiëne en psycho-educatie wordt geleerd om hoesttrigger te herkennen, hoest te onderdrukken of controleren, irritatie van de larynx te verminderen en stemgebruik te optimaliseren.

Daarnaast kan de fysiotherapeut een belangrijke rol spelen. Bij productieve hoest kunnen houdingsdrainage; 'huffen' (hoesttechniek om krachtig uit te ademen bij geopende glottis om secreet op te hoesten met veel minder pijn); en hulp bij het hoesten met thoraxcompressie tijdens uitademen. Houdingsadviezen kunnen helpen hoesten meer effectief te maken door te zitten of staan t.o.v. liggen. Refluxklachten kunnen worden verminderd door overeind te zitten of in anti-Trendelenburgpositie te liggen. Bij ribfracturen, ontstaan door hoesten kan een brede, strak aangelegde kleefpleister van wervelkolom naar sternum verlichting geven.

Ondersteuning

Het behandelen van hoest in de palliatieve fase kan verschillende implicaties hebben voor patiënt en diens naasten, die vaak een centrale rol spelen bij het bieden van dagelijkse zorg en het waarborgen van het comfort van de patiënt. Deze rol kan fysiek en

emotioneel veeleisend zijn, met name in thuissituatie waar patiënt en diens naasten direct verantwoordelijk zijn voor het behandelen van symptomen zoals aanhoudende hoest [Sánchez-Cárdenas, 2023]. De fysieke eisen omvatten continue bewaking en het toedienen van behandelingen, wat kan bijdragen aan vermoeidheid en stress, met name wanneer de hoest ernstig is of het algehele welzijn van de patiënt verstoort [Sabrouy, 2024].

Het ondersteunen van patiënt en diens naasten bij het omgaan met deze uitdagingen is belangrijk. De patiënt en diens naasten hebben baat bij passende educatie en voortdurende ondersteuning van zorgverleners, waaronder het begrijpen van de onderliggende oorzaken van de hoest, het effectief toedienen van medicijnen en het gebruiken van niet-medicamenteuze strategieën zoals positionering en omgevingsaanpassingen. Regelmatige communicatie tussen de patiënt, diens naasten en zorgverleners is belangrijk om nieuwe zorgen aan te pakken en noodzakelijke aanpassingen aan zorgplannen door te voeren [Sabrouy, 2024].

Het welzijn van naasten is nauw verbonden met de kwaliteit van leven van de patiënt. Wanneer naasten zich gesteund en competent voelen in het omgaan met symptomen zoals hoesten, kan dit het comfort en het algehele welzijn van de patiënt verbeteren [Paice, 2020]. Omgekeerd kan onvoldoende ondersteuning leiden tot burn-out van de naasten, wat mogelijk de kwaliteit van de geleverde zorg beïnvloedt [Sánchez-Cárdenas, 2023]. Het erkennen en aanpakken van de behoeften van naasten als onderdeel van een holistische palliatieve zorgbenadering is belangrijk om zowel het welzijn van de verzorger als de kwaliteit van de patiëntenzorg te behouden. Toegang tot respijtzorg, geestelijke gezondheidszorg en hulp van sociale partijen kunnen verzorgers helpen hun verantwoordelijkheden effectiever te beheren en medelevende zorg te blijven bieden [Sánchez-Cárdenas, 2023; Sabrouy, 2024].



Medicamenteuze behandeling



Bij hoesten door dysfagie dienen geen hoestonderdrukkende medicamenten te worden voorgeschreven omdat de hoest een fysiologische en goede reactie is op het aspireren. Tabel 2. Opsomming van medicatie geeft een opsomming van medicijnen die kunnen worden voorgeschreven bij hoest in de palliatieve fase. Omdat het hier gaat om patiënten in de palliatieve fase, zal sommige medicatie off-label worden gebruikt. Hierdoor kunnen adviezen afwijken van andere richtlijnen, zoals de richtlijn Chronische hoest bij volwassenen. Specifiek gebruik van morfine, antihistaminica en pregabaline zijn aan te raden, met inachtneming van de voorgeschreven proeftijd. Staak het gebruik van de medicatie indien dit niet leidt tot een gewenst effect en/of ook niet bijdraagt aan comfort en levenskwaliteit van de patiënt. Over-the-counter medicatie zoals dextromethorfan en noscapine hebben zeer wisselende effecten en weinig tot geen relevante wetenschappelijke onderbouwing [gepubliceerd na 2010]. Op individuele basis kan dit met de eigen behandelaar besproken worden.

Tabel 2. Opsomming van medicatie dat nu op voorschrift wordt uitgegeven bij chronische hoest in palliatieve fase, al dan niet evidence-based

Referenties

Eskandapour E, Ahadi A, Jazani AM, Azgomi RND, Molafeti R. Thymus vulgaris ameliorated cough in children with asthma exacerbation: a randomized, triple-blind, placebo-controlled clinical study. *Allergol Immunopathol* 2024; 52: 9-15.

Jiang SP, Liang RY, Zeng ZY, et al. Effects of antireflux treatment on bronchial hyper-responsiveness and lung function in asthmatic patients with gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 1123–1125.

Johnson AG. Controlled trial of metoclopramide in the treatment of dyspepsia. *Br Med J* 1971; 2: 25–26.

Khan S, Brister D, Abraham T, Laventure S, Sahakian S, Juliá B, Satia I. Patient satisfaction with the management of refractory and unexplained chronic cough in Canada: results from a national survey. *PLoS One* 2024; 19: e0308275.

Paice JA, Dahlin C, Wholihan D, et al. Palliative care for people with COVID-19-related symptoms. *J Hosp Palliat Nurs* 2020; 22: 421-427.

Pecoraro L, Peterle E, Benetta ED, Piazza M, Chatziparasidis G, Kantar A. Well-established and traditional use of vegetal extracts

as an approach to the “deep roots” of cough. *Children (Basel)* 2024; 11: 584.

Poe RH, Kallay MC. Chronic cough and gastroesophageal reflux disease: experience with specific therapy for diagnosis and treatment. *Chest* 2003; 123: 679–684.

Sabrouty RE, Elouadi A, Karimoune MAS. Remote palliative care: A systematic review of effectiveness, accessibility, and patient satisfaction. *Int J Adv Comput Sci Appl* 2024; 15: 502-513.

Sánchez-Cárdenas MA, Iriarte-Aristizábal MF, León-Delgado MX, et al. Rural palliative care telemedicine for advanced cancer patients: A systematic review. *Am J Hosp Palliat Care* 2023; 40: 936-944.

Seifert G, Upstone L, Watling C, Vogelberg C. Ivy leaf dry extract EA 575 for the treatment of acute and chronic cough in pediatric patients: review and expert survey. *Curr Med Res Opin* 2023; 39: 1407-1417.

Xu XH, Yang ZM, Chen Q, et al. Therapeutic efficacy of baclofen in refractory gastroesophageal reflux-induced chronic cough. *World J Gastroenterol* 2013; 19:4386–4.

Bijlagen

Vastgesteld: 08-06-2026

Regi houder: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)



Verantwoording



Autorisatiedatum en geldigheid

Deze richtlijn is goedgekeurd op 8 juni 2026.

Bij voorkeur beoordelen de eigenaars jaarlijks (de modules van de) richtlijn op actualiteit. Zo nodig wordt de richtlijn tussentijds op onderdelen bijgesteld.

De geldigheidstermijn van de richtlijn is maximaal 5 jaar na vaststelling. Indien de inhoud dan nog actueel wordt bevonden, wordt de geldigheidsduur verlengd. De geldigheid van de (modules van de) richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn tot (modulaire) herziening.

Stichting PZNL draagt gedurende de hele geldigheidsduur zorg voor het beheer en de ontsluiting van deze richtlijn.

Werkwijze

De ontwikkeling van deze richtlijn werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.demedischspecialist.nl/kennisinstituut) en werd gefinancierd door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

De financier heeft geen enkele invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

Voor meer details over de gebruikte richtlijnmethodologie verwijzen wij u naar de [Werkwijze](#).

Initiatief en betrokken verenigingen

Het initiatief voor deze richtlijn is afkomstig van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) en Stichting Palliatieve Zorg Nederland (PZNL).

De richtlijn is gelijktijdig ontwikkeld met de richtlijn Chronische hoest voor volwassenen. Deze richtlijn is op multidisciplinaire wijze opgesteld door specialisten ouderengeneeskunde, internisten en huisartsen in samenwerking met longartsen, keel-, neus- en oorartsen (KNO-artsen), en met raadpleging van maag-, darm- en leverartsen (MDL-artsen) en logopedisten.

Kwalitatieve raming van mogelijke financiële gevolgen in het kader van de Wkkgz

Bij de richtlijnmodule voerde de werkgroep conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uit om te beoordelen of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling is de richtlijnmodule op verschillende domeinen getoetst (zie het [stroopschema](#) bij [Werkwijze](#)).

Module	Uitkomst raming	Toelichting
Module 2 Diagnostiek bij hoesten in de palliatieve fase	Geen financiële gevolgen	Uit de toetsing volgt dat de aanbeveling(en) niet breed toepasbaar zijn (<5.000 patiënten) en daarom naar verwachting geen substantiële financiële gevolgen zal hebben voor de collectieve uitgaven.
Module 3 Beleid bij hoesten in de palliatieve fase	Geen financiële gevolgen	Uit de toetsing volgt dat de aanbeveling(en) niet breed toepasbaar zijn (<5.000 patiënten) en daarom naar verwachting geen substantiële financiële gevolgen zal hebben voor de collectieve uitgaven.



Samenstelling werkgroep



Voor het ontwikkelen van deze richtlijn is in 2023 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van relevante specialismen die betrokken zijn bij de zorg rondom hoest bij volwassen patiënten in de palliatieve fase.

Werkgroep

- Dr. J.W.K. (Jan Willem) van den Berg (NVALT), longarts, voorzitter werkgroep
- Dr. H.W.M. (Marleen) van Casteren (Verenso), specialist ouderengeneeskunde en kaderarts palliatieve zorg
- Dr. N.J.J. (Eline) Neels (NHG), huisarts
- Dr. F.Y.F.L. (Filip) de Vos (NIV), Internist-oncoloog en kaderarts palliatieve zorg
- Drs. E.J. (Eva) Japenga (NVALT), longarts
- Dr. J. (José) de Kluijver (NVALT), longarts
- Dr. M. (Martijn) Goosens (NVALT), longarts
- Dr. A.J. (Arent Jan) Michels (NVALT), longarts
- Dr. D.A. (Derrek) Heuveling (NVKNO), KNO-arts
- Dr. E.M.J.M. (Emke) van den Broek (NVKNO), KNO-arts

Klankbordgroep

- Dr. E. (Ellen) Ricke, Longfonds, Sr. Beleidsadviseur
- Dr. L.R. (Laura) de Baaij (NVMDL), maag-darm-lever arts
- Dr. B.D.L. (Lidewij) Broekhuizen (NHG), huisarts
- H. (Heleen) van Woudenberg (NVLf), stem- en hoestlogopedist
- M. (Marjolein) Frelie (NVLf), stem- en hoestlogopedist

Met ondersteuning van

- Drs. P.G. (Phylis) Bloemen - van Heemskerken, junior-adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Dr. N.L. (Nikita) van der Zwaluw, senior-adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, tot september 2025
- Dr. M.S. (Matthijs) Ruiters, senior-adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, vanaf september 2025



Belangenverklaringen



Een overzicht van de belangen van werkgroep leden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten via secretariaat@kennisinstituut.nl.

Zie [bijlage tabel Gemelde \(neven\)functies en belangen werkgroep](#).



Inbreng patiëntenperspectief



De werkgroep besteedde aandacht aan het patiëntenperspectief door afvaardiging van de Longfonds in de klankbordgroep en het

uitnodigen van het Longfonds en de Patiëntenfederatie voor de knelpunteninventarisatie. De verkregen input is meegenomen bij het opstellen van de uitgangsvragen, de keuze voor de uitkomstmaten en bij het opstellen van de overwegingen. De conceptringlijn is tevens voor commentaar voorgelegd aan het Longfonds en de Patiëntenfederatie en de eventueel aangeleverde commentaren zijn bekeken en verwerkt.



Zoekverantwoording



Zie [bijlage Zoekverantwoording](#)



Implementatietabel met impuls analyse



Zie [bijlage Tabel A: Implementatietabel met impuls analyse | aanbevelingen module 1 \(Hoesten in de palliatieve fase\) en module 2 \(Diagnostiek\)](#).