

## **Format richtlijn palliatieve sedatie**

### **1. Inleiding**

Het doel van dit format is om de samenwerkingsafspraken rondom palliatieve sedatie in de regio 's-Hertogenbosch-Bommelerwaard, te vertalen en te concretiseren naar een richtlijn palliatieve sedatie afgestemd op de eigen organisatie.

Onderstaande stappen in dit format zijn gebaseerd op het ontwikkelde stroomschema "Regionale samenwerkingsafspraken palliatieve sedatie regio 's-Hertogenbosch-Bommelerwaard". De beschreven informatie is gebaseerd op de richtlijnen van de KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst), de VIKC (Verenigde Integrale Kanker Centra), informatie van het IKMN (Integraal Kankercentrum Midden Nederland) en de sedatiekaart IKMN.

### **2. Patiënt in de laatste levensfase**

In de praktijk komt het regelmatig voor dat een patiënt met een levensbedreigende ziekte, zijn wensen met betrekking tot het levenseinde nog niet heeft besproken en zijn behandelend arts niet op de hoogte is van zijn eventuele wensen. Ook komt het voor dat een gesprek hierover niet wordt aangegaan of wordt uitgesteld. Anticiperen door vroegtijdig in gesprek te gaan met de patiënt en diens naasten over het verloop en wensen in de terminale fase wordt sterk aanbevolen. Informeer en communiceer als verantwoordelijk arts over mogelijke beslissingen die moeten genomen worden. Geef uitleg over het verschil tussen palliatieve sedatie en euthanasie. Geef voorlichting over palliatieve sedatie aan de hand van de publieksfolder van de VIKC.

[folder 'Palliatieve sedatie'](#) Communiceer de gegeven informatie met de andere hulpverleners en leg eventuele wensen en afspraken vast in het dossier.

*Concretiseer (maak afspraken hierover) hoe dit ingevuld moet worden in eigen specifieke organisatie.*

Door tijdig en bij herhaling over de zorg rond het sterven te spreken, kunnen moeilijke kwesties rustiger overwogen worden en helpen bij het maken van keuzes.

#### **2.1 Definitie**

De termen palliatieve sedatie, sedatie in de laatste levensfase, terminale sedatie en diepe sedatie worden verschillend gedefinieerd, naast en door elkaar gebruikt.

In navolging van de KNMG wordt de term palliatieve sedatie gebruikt, welke als volgt wordt gedefinieerd:

*Palliatieve sedatie is het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase. Doel is het lijden te verlichten. Het bewustzijn verlagen is een middel om dat te bereiken. Het is van groot belang dat de palliatieve sedatie op de juiste indicatie, proportioneel en adequaat wordt toegepast. Niet de mate van bewustzijnsverlaging, maar de mate van symptoomcontrole bepaalt de dosering, de combinatie en de duur van de inzet van de medicamenten.*

*De evaluaties en de besluitvormingsprocessen moeten gericht zijn op het adequaat verlichten van het lijden van de patiënt, waardoor een rustige en aanvaardbare situatie ontstaat. Palliatieve sedatie is aan de orde in de laatste levensfase, als de dood op korte termijn (binnen 2 weken) verwacht wordt.*

#### **Vormen van sedatie**

De mate van sedatie kan uiteenlopen van oppervlakkig tot diep. In het eerste geval is communicatie nog mogelijk, in het laatste geval is de patiënt (in principe) continu in slaap tot het overlijden. Palliatieve sedatie kan ook kortdurend of intermitterend overdag (middagslaap) en/of s' nachts worden toegepast (b.v. bij extreme moeheid, benauwdheid, angst, onrust, delier, nachtelijke onrust) en biedt het behandelend team de mogelijkheid om het beleid te evalueren en bij te sturen.

### 3. Besluitvorming behandeling

Het al dan niet overgaan tot diepe sedatie in de laatste levensfase blijkt een lastig dilemma te zijn met culturele, levensbeschouwelijke, juridische en ethische facetten. Bij de besluitvorming rondom palliatieve sedatie staat het bestaan van één of meer onbehandelbare (refractaire) klachten (symptomen) centraal. De definitie van een refractair symptoom impliceert dat het behandelend arts/team voldoende expertise heeft om dit te kunnen beoordelen en dat er een adequate, multidimensionele benadering van het symptoom plaats heeft gevonden. Sedatie is nooit een alternatief voor euthanasie. Deze twee handelingen zijn van een verschillende orde. Sedatie past bij symptoombestrijding en daarmee bij normaal medisch handelen. De arts heeft een morele verplichting om het lijden van zijn of haar patiënt te verlichten. Sedatie kan een middel zijn om dit doel te verwezenlijken. Indien een patiënt echter niet meer verder wil leven, dan is sedatie **geen** optie. Dit geldt met name voor patiënten die naar hun gevoel het leven hebben afgerond en afscheid hebben genomen van hun naasten maar in een situatie terecht komen waarin de dood op zich laat wachten. Een patiënt met een levensbedreigende ziekte die geen refractaire klachten heeft, kan niet 'kiezen' voor palliatieve sedatie. Palliatieve sedatie is alleen aan de orde indien er sprake is van refractaire symptomen en voldaan is aan bepaalde voorwaarden. Dit alles houdt in dat palliatieve sedatie die lege artis wordt toegepast, geen 'sluiproute' kan zijn om hetzelfde doel te bereiken als euthanasie (namelijk levensbekorting), maar dan in een langzamer tempo en zonder de voor euthanasie geldende eisen en procedures in acht te hoeven nemen. Palliatieve sedatie is derhalve geen 'slow euthanasia'.

*Concretiseer voor de eigen organisatie hoe besluitvorming over sedatie plaats vindt.*

#### 3.1 Indicatie en Voorwaarden (zorgvuldigheidscriteria)

- Het bestaan van een of meer onbehandelbare ziekteverschijnselen (refractaire symptomen) die ondraaglijk lijden van de patiënt veroorzaken. Een symptoom is of wordt refractair als geen van de conventionele behandelingen (voldoende snel) effectief is en/of deze behandelingen gepaard gaan met onaanvaardbare bijwerkingen.
- Levensverwachting van minder dan 2 weken.  
De richtlijn gaat er vanuit dat bij diep en continu sederen geen voeding en vocht kunstmatig wordt toegediend. Bij een levensverwachting korter dan 1 week, wordt aangenomen dat het stoppen met de kunstmatige toediening van voeding en vocht het moment van overlijden niet wordt beïnvloedt.
- Bij onvoldoende deskundigheid van de arts dient een deskundige met kennis en ervaring te worden geconsulteerd. (b.v. Palliatief Advies Team)
- De indicatiestelling voor sedatie is primair een medische beslissing.
- Het toepassen van palliatieve sedatie moet in overeenstemming zijn met de wensen van de patiënt en/of naasten. Er mag geen twijfel zijn over de bedoeling van de patiënt.
- De arts neemt de coördinatie op zich en maakt afspraken met de betrokken hulpverleners.
- Duidelijke afspraken maken betreffende de communicatie met alle betrokkenen en deze schriftelijk in medisch en verpleegkundig dossier vast leggen.

Pijn, dyspnoe en delier zijn de meest voorkomende refractaire symptomen die in de praktijk aanleiding geven tot het inzetten van palliatieve sedatie. Ook intense moeheid en de door de patiënt ervaren zinloosheid (existentieel lijden) kan bijdragen aan ernstig lijden en een reden zijn voor diepe sedatie. Dit in het perspectief dat het overlijden binnen 2 weken verwacht wordt.

#### 3.2 Als Contra-indicatie voor palliatieve sedatie moet worden aangemerkt

1. Reversibele oorzaken van ernstig lijden bijv.: onrust bij behandelbare pijn, obstipatie of urineretentie, bijwerkingen van medicatie, ontrekkingsverschijnselen (staken van medicatie, nicotine of alcohol,) elektrolytenstoornissen (hypercalciëmie, hypoglykemie, hyponatriëmie).
2. Onrust door verwerkings-cq acceptatieproblematiek.

3. Niet bewust zijn/haar levenseinde willen meemaken, zonder dat er sprake is van een refractair symptoom.
4. Het vertonen van een refractair symptoom zonder dat er sprake is van de laatste levensfase.

#### 4. Start palliatieve sedatie

De refractaire symptomen en de levensverwachting vormen de basis voor het moment waarop de palliatieve sedatie wordt gestart. Het besluit te starten met palliatieve sedatie mag alleen genomen worden door een arts. Indicatie, argumentatie en besluitvorming over palliatieve sedatie in consensus met behandelend team, gevolgd, door duidelijke afspraken over de start van de sedatie.

- *Leg vast in eigen organisatie hoe duidelijk gemaakt wordt of een patiënt voldoet aan de gestelde criteria en hoe dit besproken en vastgelegd wordt.*

De continuïteit van samenwerking, afstemming, informatie uitwisselen en communicatie tussen alle betrokkenen is daarbij erg belangrijk.

Elementen van dit besluit behelzen, naast een juiste indicatie, ook: het doel, de aard en de keuze van de voor te schrijven geneesmiddelen en doseringen.

- *Concretiseer in afspraken hoe samenwerking, communicatie en afstemming plaats vindt.*
- *Maak afspraken met alle betrokkenen over de gewenste mate van sedatie (oppervlakkig/diep) over de intentie ervan (continu of kortdurend) en over de evaluatie van het effect en de wijze van vastlegging.*

In **acute** situaties waarin het niet mogelijk is te overleggen, heeft de behandeld arts de ruimte om op geleide van de toestand van de patiënt tot palliatieve sedatie te besluiten. In deze gevallen worden zo spoedig mogelijk daarna alsnog de hierboven genoemde stappen gezet: vastlegging van de relevante informatie in het dossier en -wanneer van toepassing- bespreking met andere hulpverleners en/of met een deskundig consulent.

#### 4.1 Consultatie

Net als bij alle andere vormen van medisch handelen, moet er bij palliatieve sedatie altijd sprake zijn van voldoende deskundigheid om tot een verantwoorde beslissing te komen. De arts die verantwoordelijk is, maar onvoldoende kennis heeft over palliatieve sedatie en over het behandelen van refractaire symptomen en/of onzeker is over de juistheid van de indicatie, dient de juiste deskundige te consulteren. b.v Palliatief Advies Team (tel: PAT 0900- 297 16 16 7 dagen per week van 08.00-20.00u)

Palliatieve sedatie behoort tot het normale medische handelen als intergraal onderdeel van de palliatieve zorg.

#### 4.2 Voorlichting aan patiënt en naasten

Het is van groot belang dat patiënt en zijn/haar naasten voorafgaand aan de inzet van de sedatie worden voorgelicht over, indicatie, doel, mogelijke vormen van sedatie en de uitvoering van sedatie. Geef uitleg dat de exacte duur van een sedatie niet voorspelbaar is. Het soms enige tijd kan duren voordat voldoende sedatie bereikt wordt en het voor kan komen dat de patiënt na aanvankelijke sedatie weer wakker wordt en soms meer dan één sedativum moet worden gegeven.

*Benadruk hierbij dat de dosering van de sedativa wordt bepaald door de mate van symptoomcontrole en niet primair door de mate van bewustzijnsdaling.*

- *Concretiseer de communicatie met de patiënt en naasten naar de eigen organisatie*

Het starten van palliatieve sedatie is emotioneel beladen, mede doordat er een snelle daling van het bewustzijn optreedt waardoor de communicatie met de patiënt verloren gaat. De arts dient bij het starten van de sedatie aanwezig te zijn, om bij onvermoede bijwerkingen te kunnen ingrijpen. In de fase daarna kan de uitvoering worden overgelaten aan de betrokken verpleegkundigen en verzorgenden.

- *Concretiseer afspraken over starttijdstip van sedatie(bij voorkeur niet einde middag of s ávonds) en het geven van een eerste bolusinjectie door een arts.*
- *Maak afspraken hoe en wanneer het effect van de sedatie wordt geëvalueerd.*

### 4.3 Ondersteunende zorg

Bespreek de inzet van gespecialiseerde technische thuiszorg bij het starten van sedatie via toediening middels een subcutane pomp.

*(Regio 's-Hertogenbosch Verpleegkundig Thuiszorg Technologie team tel: 0900 5152535,*

*Regio Bommelerwaard Team Gespecialiseerde Verpleging tel: 06 22485041)*

- *Voor de eigen organisatie concretiseren hoe de inzet van pompen wordt georganiseerd en hoe eventuele deskundigheid hiervoor wordt ingezet.*
- *Maak duidelijke afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid binnen de eigen organisatie en met andere hulpverleners.*

Bespreek contact met geestelijk verzorger voor patiënt en/of naasten ten aanzien van sedatie in relatie tot levensvisie, zingevingvragen en omgaan met gevolgen van sedatie en afscheid van het leven.

*(Ondersteunende vrijwillige organisaties op dit terrein:*

*Stichting Van Mens tot Mens, Palliatief-Spirituele-Zorg 's-Hertogenbosch tel: 06 46431345, BWI Het Palet,*

*Steunpunt palliatieve zorg Schijndel tel: 073 5441413, Stichting Palliatief Spiritueel Team Boxtel tel: 06 13101376)*

Denk hierbij ook aan regelingen waarvoor contact met b.v. een notaris noodzakelijk is. Schenk aandacht aan de draagkracht van de naasten en de hulpverleners en adviseer zonodig thuiszorg aan te vragen voor de dagelijkse verzorging en evt. nachtzorg voor de patiënt. Ook inzet van Vrijwilligers Palliatieve terminale Zorg (VPTZ) ter ondersteuning is mogelijk. *(VPZ 's-Hertogenbosch e.o. tel: 06 22663008 en VPTZ Bommelerwaard tel: 0610494120 )*

*- Concretiseer voor de eigen organisatie wie, wat, wanneer, doet bij bovenstaande punten.*

## 5. Aandachtspunten palliatieve sedatie

### 5.1 Voorbereiding en aanvullende maatregelen

- Staak alle niet medische en verpleegkundige handelingen
  - Voorkom ontrekkingsverschijnselen (b.v. met nicotinepleister)
  - Overweeg installeren van een hoog/laag bed en antidecubitusmatras
  - Overweeg inbrengen van een blaaskatheter en behandeling van obstipatie
  - Maak afspraken over de behandeling van wonden en verzorgen van stoma
  - (voortzetting) van mondverzorging
  - Bij reutelen: zijligging of z.n. butylscopolamine 20mg s.c
- Concretiseer bovenstaande aandachtspunten en aanvullende maatregelen voor de eigen organisatie. Wie, doet wat en wanneer.*

### 5.2 Afspraken over continuïteit van zorg vooraf en tijdens de sedatie

- De behandelend arts bezoekt minimaal eenmaal daags de patiënt. Zeker gedurende de periode van de sedatie is het van belang dat betrokken hulpverleners en familie meerdere evaluatiemomenten per dag hebben. (regel avond en weekendperiode)
- Maak duidelijke afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid van alle betrokken hulpverleners en stel de naasten op de hoogte van de bereikbaarheidsprocedure, denk hierbij m.n. aan de huisartsenpost.
- Draag zorg voor goede onderlinge communicatie en afstemming tussen de betrokken artsen en verpleegkundigen, zowel in de eerste als in de tweede lijn.
- Draag zorg voor voldoende beschikbaarheid van medicatie (m.n. buiten kantooruren), zodat er geen praktische belemmeringen zijn om in een crisissituatie medicatie te starten c.q. op te hogen.
- Maak afspraken met de patiënt hoe hij verzorgd wil worden tijdens de sedatie.
- Draag zorg voor uitgebreide rapportage over besluiten en hierbij gebruikte argumenten.
- Maak afspraken over hoe te handelen, indien de patiënt 'ongewenst' wakker wordt.

*- Concretiseer bovenstaande afspraken voor de eigen organisatie*

### 5.3 Start sedatie en planning evaluatiemomenten palliatieve sedatie

- Het is essentieel dat de behandelend arts, als verantwoordelijke voor indicatiestelling, dosering van middelen en uitvoering, aanwezig is bij de start van de sedatie en zelf de eerste bolus toedient en 30 minuten aanwezig blijft voor beoordeling van het effect. Starttijd sedatie bij voorkeur overdag voor goede evaluatie en bijstelling beleid door behandelend team.

- Evalueer het effect met behandelend team vervolgens om de 1-2 uur totdat een stabiele situatie is bereikt en daarna minstens 1x per 24 uur. Stel de dosering op mate van discomfort bij.
- Saneer medicatie; start of continueer toediening van morfine uitsluitend ter bestrijding van pijn en /of kortademigheid en titreer de dosis aan de hand van de (veronderstelde) mate van pijn en /of dyspnoe.
- Bij onvoldoende reactie op midazolam moet worden nagegaan of de toedieningsweg en de medicatie in orde zijn en of er storende en beïnvloedbare factoren (volle blaas, obstipatie) een rol spelen. Pas daarna kunnen middelen als levomepromazine, fenobarbital of propofol worden overwogen.

#### 5.4 Uitvoering en inzet medicatie palliatieve sedatie

Volgens de landelijke richtlijn wordt palliatieve sedatie stapsgewijs ingezet en wordt het best bereikt met midazolam (dormicum®) als sedativum bij voorkeur middels een continu subcutaan infuus. Bij een zeer korte levensverwachting (<24u) of praktische problemen met het verkrijgen of vergoeden van een pomp, kan midazolam ook door middel van intermitterende subcutane injecties worden toegediend. Indien bij een adequate dosering niet het gewenste effect wordt bereikt, wordt overgegaan naar de volgende stap. De gekozen startdosis van midazolam is afhankelijk van een aantal factoren; leeftijd van de patiënt, lichaamsgewicht, eventueel eerder gebruik van benzodiazepines, de gewenste snelheid van het effect van de sedatie. Het behandelend team beschikt over voldoende expertise en er bestaat consensus dat andere opties tot behandeling (c.q.verzachting van het lijden) uitgeput zijn. Een zorgvuldig proces van besluitvorming, waarbij soms ook andere deskundigen worden geraadpleegd, is hierbij van groot belang.

Bron: [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl)

#### 5.5 STAPSGEWIJS MEDICATIESCHEMA PALLIATIEVE SEDATIE 2009

	Middel	Start met bolus	Vervolg met continue toediening
<b>Stap 1</b>	Midazolam (Dormicum®)	10 mg s.c./i.v., zn. elke 2 uur 5 mg s.c.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,5-2,5 mg/uur s.c./i.v., bij onvoldoende effect na minimaal 4 uur de dosering met 50% ophogen, altijd in combinatie met een bolus van 5 mg s.c. Evalueer minstens 1x per 24 uur.</li> <li>• Bij risicofactoren (patiënten &gt; 60 jaar, gewicht &lt; 60 kg, ernstige nier- of leverstoornissen, sterk verlaagd serumalbumine en/of comedatie die kan leiden tot versterkte sedatie): <ul style="list-style-type: none"> <li>- lagere startdosis (0,5-1,5 mg/uur), en</li> <li>- langer interval (6-8 uur) voordat de onderhoudsdosering wordt opgehoogd.</li> </ul> </li> <li>• Bij doseringen &gt;20 mg/uur over naar stap 2.</li> </ul>
<b>Stap 2</b>	Levomepromazine* (Nozinan®)	25 mg s.c./i.v., evt. na 2 uur bolus van 50 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,5-8 mg/uur s.c./i.v. in combinatie met midazolam. Na 3 dagen dosering i.v.m. stapeling halveren.</li> <li>• Bij onvoldoende effect midazolam en levomepromazine staken en over naar stap 3.</li> </ul>
<b>Stap 3</b>	Propofol (Diprivan®)	20-50 mg i.v.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 mg/uur i.v., per 15 minuten met 10 mg/uur ophogen.</li> <li>• Toediening onder supervisie van anesthesioloog, kan in het ziekenhuis ook als stap 2 overwogen worden.</li> </ul>

\*Levomepromazine (Nozinan®) wordt niet altijd vergoed door zorgverzekeraar!

Bijzonderheden: Pas bij ouderen de doseringen aan, overleg hiertoe met een palliatief consulent (PAT)

**Indien continue toediening per pomp niet geïndiceerd of gewenst is**, bijvoorbeeld bij een zeer korte levensverwachting of wanneer de symptomen nog niet onder controle zijn:

- Midazolam (Dormicum®) via intermitterende subcutane injecties: 6 dd 5 – 10 mg, zo nodig verdubbelen per 4 uur.
- Diazepam (Stesolid® rectiole) 10 mg elk uur tot voldoende sedatie is bereikt, gemiddeld 40 - 60 mg per 24 uur noodzakelijk.
- Lorazepam (Temesta®) sublinguaal 1 - 4 mg elke 4 uur (off-label gebruik)
- Clonazepam (Rivotril®) sublinguaal 1 - 2,5 mg elke 6 uur (off-label gebruik).

Stofnaam	Toedieningsweg bij sedatie	Maximaal effect na	Halfwaarde-tijd
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

Bron: [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl)

### 5.5 Communicatie met naasten tijdens sedatie

- Bespreek dat sedatie soms langer duurt dan de naasten verwacht hadden, de dood laat dan op zich wachten.
- Bespreek de zin van waken en van afscheidsrituelen.
- Bespreek het verschil tussen pijn en discomfort enerzijds en onwillekeurige bewegingen anderzijds; leg uit dat onwillekeurige bewegingen, het gevolg kunnen zijn van medicatie (geen discomfort).
- Bespreek dat sommige klinische symptomen, zoals bloedingen, faecaal braken en refractaire diarree door palliatieve sedatie sec niet worden weggenomen. De gesedeerde patiënt is zich van die symptomen niet meer bewust, maar voor naasten die er niet op zijn voorbereid kunnen ze een schokkende ervaring zijn.
- Bespreek dat tijdens de sedatie er sprake kan zijn van reutelen, maar dat dit voor de patiënt (vaak) niet belastend is en geen behandeling behoeft.
- Geef voorlichting aan naasten en hulpverleners wat de signalen zijn om medicatie voor sedatie op te hogen.
- Geef voorlichting aan naasten waaruit hun zorg/rol kan bestaan in de periode van sedatie van de patiënt.
- Geef voorlichting over het niet (kunstmatig) toedienen van vocht of het staken ervan en de daarbij behorende uitleg dat de patiënt daardoor niet hoeft te lijden.
- Bespreek voorafgaand aan de start van de sedatie de beperkte tot afwezige mogelijkheden tot contact met patiënt als gevolg hiervan.

- Leg voor de eigen organisatie vast wie, wat en wanneer doet.

### 5.6 Verslaglegging

Goede verslaglegging is essentieel. De relevante gegevens met betrekking tot de patiënt en diens situatie moeten in zowel het medisch als verpleegkundig/zorg dossier worden opgenomen: waarom tot palliatieve sedatie is besloten, hoe deze wordt uitgevoerd, hoe het effect wordt geëvalueerd en wat de criteria zijn om de dosering van de sedativa aan te passen.

- Bekijk wat nodig is (in zorgdossier) om afspraken zo duidelijk mogelijk vast te leggen.

### **5.7 Zorg voor de naasten/zorgenden**

Palliatieve zorg omvat ook het geven van aandacht, ondersteuning en begeleiding aan de naasten van de patiënt. Zowel in het traject dat leidt tot palliatieve sedatie als gedurende de uitvoering daarvan spelen naasten een belangrijke rol. Hun rol omvat functies van zorgverlener, observator, informant en vertegenwoordiger van de patiënt bovenop de rol als partner, familielid, dierbare of bekende. Zij doorlopen een eigen traject van onzekerheid, schuldgevoel, angst, verdriet en rouw.

Herhaaldelijk informatie en uitleg geven, evenals samenwerking en evaluatie met de naasten zijn essentieel voor een goed beloop en afscheid.

Gedurende het gehele traject zal er zorg en ondersteuning moeten zijn voor de verschillende hulpverleners die bij de zorg voor de patiënt betrokken zijn. Dit vraagt om goede communicatie, reflectie en begeleiding van de hulpverleners. Schep ruimte voor het uiten van emoties.

*- Concretiseer voor de eigen organisatie hoe aan bovenstaande **belangrijke en bepalende** aspecten vorm gegeven wordt.*

### **6. Reflectie na overlijden**

Aandacht voor en reflectie op de gehele situatie na het overlijden van de patiënt werkt signalerend, verhelderend en kwaliteitsverhogend.

## **Bijlage; VIKC checklist voor arts en verpleegkundige**

### **Vorbereidingsfase**

#### **Communicatie tussen arts en verpleegkundige**

De arts informeert de verpleegkundige indien bij een patiënt de mogelijkheid tot sedatie aan de orde is gesteld. De arts en de verpleegkundige doen in hun eigen dossiers verslag van de genomen besluiten en de hierbij gebruikte argumenten.

#### **De arts geeft informatie aan de verpleegkundige over:**

- o indicatie voor sedatie (onbehandelbare symptomen)
- o welke vorm van sedatie (tijdelijk versus permanent; oppervlakkig versus diep) zal worden toegepast
- o wijze van toediening van sedativa en uitvoering
- o voortzetting c.q. staken van medicatie
- o Verder moet worden afgesproken:
  - o wie wanneer onderstaande aandachtspunten met de patiënt en de naasten bespreekt
  - o beschikbaarheid en bereikbaarheid voor elkaar
  - o waarnemers bij afwezigheid/buiten kantooruren en hoe deze bereikt kunnen worden
  - o frequentie van huisbezoeken

#### **Aandachtspunten voor de arts t.a.v. de patiënt en diens naasten**

##### **Uitleg en voorlichting over:**

- o wat sedatie is en het verschil tussen sedatie en euthanasie
- o het feit dat sedatie het leven niet bekort
- o indicatie, doel en de wijze van uitvoering van de sedatie
- o gewenste en haalbare mate van symptoomcontrole
- o gewenste mate van bewustzijnsdaling
- o tijdsduur totdat voldoende sedatie wordt bereikt en de mogelijkheid dat patiënt weer wakker wordt
- o verschil tussen pijn en discomfort enerzijds en onwillekeurige bewegingen anderzijds tijdens de sedatie
- o het gegeven dat sommige klinische symptomen door sedatie niet worden weggenomen, maar dat de patiënt zich door de sedatie daarvan niet meer bewust is
- o het beleid ten aanzien van toediening van vocht en de consequenties daarvan
- o voortzetting c.q. staken van huidige medicatie

#### **Aandachtspunten voor verpleegkundigen t.a.v. de patiënt en diens naasten**

##### **advies, instructie en voorlichting over verpleegkundige zorg tijdens de sedatie zoals:**

- o hoog-laagbed
- o anti-decubitusmatras
- o wel of geen katheter à demeure
- o laxeerbeleid
- o verpleegkundige zorg tijdens de sedatie zoals wassen van de patiënt en mondverzorging
- o de zorg die de familie zelf kan geven tijdens de sedatie
- o mogelijkheid van de familie om contact op te nemen met een geestelijk verzorger ter ondersteuning tav sedatie in relatie met levensvisie, zingevingvragen en omgaan met de gevolgen van sedatie

#### **Aandachtspunten voor zowel arts als verpleegkundige t.a.v. de patiënt en diens naasten**

##### **Bij permanente diepe sedatie:**

- o het belang voor patiënt en familie dat alle belangrijke zaken besproken zijn, alvorens wordt gestart met de sedatie
- o afscheid nemen van de patiënt van de familie of andere dierbaren alvorens de sedatie wordt gestart

### **Uitvoeringsfase**

#### **Communicatie tussen arts en verpleegkundige**

- o regelmatig tussentijdse evaluatie met elkaar en zonodig bijstellen van het beleid

#### **Aandachtspunten voor de arts t.a.v. de uitvoering**

- o advies (zo nodig) van het lokale palliatieteam
- o aanwezigheid van schriftelijk uitvoeringsverzoekaanwezigheid van de arts bij de start van de behandeling en geven van de eerste toediening

#### **Aandachtspunten voor de verpleegkundige**

- o het bijhouden van de mate van symptoomcontrole
- o observeren en registreren van andere symptomen, zoals onrust, reutelen, tekenen die zouden kunnen wijzen op door de patiënt ervaren pijn of dyspnoe
- o het bijhouden van de mate van bewustzijnsdaling door middel van een sedatiescorelijst
- o overleg met de arts indien deze afwijkt van het beoogde niveau van sedatie
- o uitvoeren van de verpleegkundige zorg

#### **Aandachtspunten voor zowel arts als verpleegkundigen t.a.v. de patiënt en diens naasten**

- o observeren en signaleren van de (opnieuw gevoelde) behoefte aan uitleg en informatie over sedatie zoals in de voorbereidingsfase is beschreven
- o observeren van burn-out symptomen bij naasten

### **Afsluitingsfase/Communicatie**

- o evaluatie van de samenwerking en bieden van de mogelijkheid voor een gesprek met de naasten.