

Algemene checklist continue palliatieve sedatie*

Definitie: Het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase. Palliatieve sedatie kan intermitterend of continu worden toegepast.

Deze checklist gaat over continue palliatieve sedatie tot aan het overlijden.

Doel: Het verlichten van het lijden van de patiënt.

Indicatie: Het bestaan van 1 of meer onbehandelbare ziekteverschijnselen (refractaire symptomen), die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt.

Voorwaarden: Het overlijden wordt binnen 1 tot 2 weken verwacht.
Expertise en consensus van het behandelend team.
Overeenstemming met de wens van de patiënt en/of naasten.

Palliatieve sedatie is een medische interventie. De verantwoordelijkheid voor indicatiestelling, besluitvorming en uitvoering berust bij de behandelend arts.

Voorwaarden

<input type="checkbox"/>	De inhoud van de KNMG richtlijn is bekend bij betrokken hulpverleners / behandelteam
<input type="checkbox"/>	1 of meer refractaire symptomen zijn aanwezig.
<input type="checkbox"/>	Levensverwachting is korter dan 2 weken.
<input type="checkbox"/>	Bij onvoldoende expertise in het behandelteam betreffende continue palliatieve sedatie wordt een consult aangevraagd bij het consultatie team uit de regio/in het ziekenhuis.
<input type="checkbox"/>	De continue palliatieve sedatie is in overeenstemming met de wensen van patiënt en/of naasten.
<input type="checkbox"/>	De besluitvorming is vastgelegd in het medisch/verpleegkundig dossier.
<input type="checkbox"/>	Betrokken hulpverleners zijn geïnformeerd.
<input type="checkbox"/>	De patiënt is verplaatst naar een 1 persoonskamer (privacy).

Voorlichting en begeleiding aan patiënt en naasten

<input type="checkbox"/>	In het dossier is aangegeven wie de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt is.
<input type="checkbox"/>	De behandelend arts heeft voorlichting gegeven aan patiënt en/of naasten over de overwegingen betreffende de continue palliatieve sedatie en de uitvoering. Hierbij wordt altijd aangegeven dat: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> de patiënt niet per definitie (diep) in slaap wordt gebracht; <input type="checkbox"/> het effect wordt afgemeten aan de hand van het comfort van de patiënt; <input type="checkbox"/> het soms enige tijd kan duren voordat het gewenste effect is bereikt; <input type="checkbox"/> de sedatie soms enkele dagen of zelfs langer kan duren; <input type="checkbox"/> de mate van bewustzijnsdaling in de loop van de tijd kan veranderen; <input type="checkbox"/> enterale of parenterale toediening van vocht of voeding wordt gestaakt c.q. niet gestart en dat dit niet tot dorst of hongergevoel leidt. <input type="checkbox"/> palliatieve sedatie het moment van overlijden niet vervroegt en in dat opzicht

* Deze checklist is ontwikkeld in het kader van het, door ZonMw gefinancierde, KNMG/ IKNL-project Coördinatie implementatie KNMG richtlijn palliatieve sedatie. Utrecht 24 april 2012

	<p>geen alternatief voor euthanasie is.</p> <ul style="list-style-type: none"> o de mogelijkheid bestaat dat de patiënt wakker wordt. o het wachten zwaar kan worden (adviseer voor het waken een roulatieschema).
<input type="checkbox"/>	Een verslag van het gesprek tussen arts en patiënt en/of naasten is vastgelegd.
<input type="checkbox"/>	De informatie is herhaald en gecheckt of het begrepen is.
<input type="checkbox"/>	Mogelijkheden tot nemen van afscheid zijn gegeven, inclusief (culturele / religieuze) rituelen.
<input type="checkbox"/>	Symptomen die kunnen optreden bij een stervende patiënt zijn besproken: <ul style="list-style-type: none"> o snurkgeluiden /reutelen o Cheyne Stokes ademhaling o spontane bewegingen
<input type="checkbox"/>	Met de naasten is besproken wat zij eventueel zelf kunnen doen: <ul style="list-style-type: none"> o aanwezig zijn o voorlezen/muziek o mondverzorging o hand vasthouden / voeten masseren
<input type="checkbox"/>	De naasten is duidelijk verteld dat patiënt omgevingsgeluiden kan horen.
<input type="checkbox"/>	De IKNL folder palliatieve sedatie is gegeven.

Organisatie en coördinatie van zorg

<input type="checkbox"/>	Het tijdstip om te starten met de sedatie is met alle betrokkenen besproken.
<input type="checkbox"/>	Multidisciplinaire afspraken zijn gemaakt over de evaluatie van het effect: <ul style="list-style-type: none"> o <u>hoe</u> het effect van palliatieve sedatie wordt vastgesteld; o <u>wie</u> het effect van de palliatieve sedatie vaststelt; o <u>wanneer</u> het effect van de sedatie wordt vastgesteld. De afspraken zijn vastgelegd in het patiëntendossier en alle betrokken zorgverleners zijn hierover geïnformeerd.
<input type="checkbox"/>	De benodigde medicatie en de materialen voor toediening zijn beschikbaar.
<input type="checkbox"/>	Voldoende stockvoorraad midazolam en levomeprozine zijn op de afdeling aanwezig.
<input type="checkbox"/>	Afgesproken is dat de behandelend arts aanwezig is bij start sedatie.
<input type="checkbox"/>	Multidisciplinaire afspraken zijn gemaakt over wie wat uitvoert (arts, verpleegkundige)
<input type="checkbox"/>	Multidisciplinaire afspraken zijn gemaakt over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de behandelend arts en deze zijn vastgelegd tijdens de palliatieve sedatie.
<input type="checkbox"/>	De behandelend arts heeft heldere afspraken gemaakt bij de overdracht voor de waarneming van collega's en/of huisartsenpost (HAP) en deze zijn vastgelegd.
<input type="checkbox"/>	De vervangend arts die besloten heeft tot palliatieve sedatie zorgt voor een adequate overdracht aan de behandelend arts.
<input type="checkbox"/>	Multidisciplinaire afspraken over lichamelijke verzorging zijn gemaakt en deze zijn vastgelegd.
<input type="checkbox"/>	Multidisciplinaire afspraken zijn gemaakt over wat te doen bij eventuele veranderingen in dosering en gebruikte middelen en deze zijn vastgelegd.
<input type="checkbox"/>	Afgesproken is wanneer de behandelend arts de patiënt bezoekt (minimaal eenmaal daags).

Uitvoering

<input type="checkbox"/>	Bij de uitvoering van de palliatieve sedatie wordt de stapsgewijze benadering conform het medicatieschema uit de KNMG richtlijn palliatieve sedatie gehanteerd. De dosering en de keuze van de middelen wordt aangepast aan de hand van het comfort van de patiënt en niet aan de hand van de mate van bewustzijnsdaling.
<input type="checkbox"/>	Het effect van de sedatie wordt aanvankelijk iedere 2 uur geëvalueerd totdat voldoende comfort van de patiënt is bereikt. Dit is van belang voor het geven van bolussen (iedere 2 uur) en de noodzaak voor ophogen van de onderhoudsdosering (iedere 4 uur).
<input type="checkbox"/>	Indien de bestaande medicatie continu parenteraal gegeven wordt, heeft het de voorkeur om de medicatie ter sedatie via een afzonderlijke pomp toe te dienen om ongewenste verhoging van de bestaande medicatie te voorkomen wanneer de dosering van de sedativa wordt opgehoogd.
<input type="checkbox"/>	De actuele medicamenteuze symptoombestrijding (m.n. opioïden of haloperidol) wordt in principe voortgezet via de buccale, transdermale, subcutane of intraveneuze toedieningsweg.
<input type="checkbox"/>	Alle andere medicatie is gestaakt. Gebruik opioïden alleen voor pijnbestrijding of benauwdheid, niet als sedativum.
<input type="checkbox"/>	Eventuele kunstmatige toediening van vocht of voeding is gestaakt.
<input type="checkbox"/>	Een verblijfskatheter is zonodig ingebracht nadat patiënt is gesedeerd.
<input type="checkbox"/>	De zorg wordt dagelijks conform de gemaakte afspraken geëvalueerd en vastgelegd in het dossier.
<input type="checkbox"/>	Observeer draaglast / draagkracht naasten.
<input type="checkbox"/>	Zorgen en angsten van naasten worden bespreekbaar gemaakt.

Evaluatie/Nazorg

<input type="checkbox"/>	Achteraf is geëvalueerd met betrokken zorgprofessionals.
<input type="checkbox"/>	De naasten is de mogelijkheid tot een nazorggesprek geboden.

Schema continue palliatieve sedatie *

	Middel	Bolus	Continue toediening *
Stap 1	Midazolam	Bij start sedatie 10 mg s.c. Z.n. iedere 2 uur 5 mg s.c.	Startdoserings 1,5-2,5 mg/uur s.c./i.v., bij onvoldoende effect na minimaal 4 uur de dosering met 50% ophogen, <u>altijd</u> in combinatie met een bolus van 5 mg s.c. Bij risicofactoren (patiënten >60 jaar, gewicht <60 kg, ernstige nier- of leverfunctiestoornissen, sterk verlaagd serumalbumine en/of co-medicatie die kan leiden tot versterkte sedatie): - lagere startdosis (0,5-1,5 mg/uur), en - langer interval (6-8 uur) voordat de onderhoudsdosering wordt opgehoogd Bij doseringen >20 mg/uur zie stap 2.
Stap 2	Levomepromazine	25 mg s.c./i.v., evt. na 2 uur 50 mg	0,5-8 mg/uur s.c./i.v. in combinatie met midazolam. Na 3 dagen dosering i.v.m. stapeling halveren. Bij onvoldoende effect midazolam en levomepromazine staken, zie stap 3.
Stap 3	Propofol	20-50 mg i.v.	20 mg/uur i.v., per 15 minuten met 10 mg/uur ophogen. Toediening onder supervisie van een anesthesioloog raadzaam. Kan in het ziekenhuis ook als stap 2 worden overwogen.

* De startdoseringen zijn gebaseerd op de gemiddelde patiënt. De arts moet zich laten leiden door het effect van de medicatie. Bij een extreme risicofactor, zoals een patiënt die een hoog (bijv. 100 kg) of laag (40 kg) gewicht heeft, kunnen de start- en vervolgdosering naar verhouding worden aangepast c.q. opgehoogd of verlaagd. Bij twijfel over doseringen dient te worden overlegd met een consulent palliatieve zorg.

* Bron: KNMG-richtlijn palliatieve sedatie 2009.