Ervaringen en opvattingen van huisartsen over palliatieve sedatie in de eerste lijn: Scoping Review

Simon Mattelaer, VUB

Promotor: Prof. Lara Pivodic, VUB

Co-promotoren: Kim de Nooijer PhD, VUB

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 – 2025

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

Abstract 1

Inleiding 1

Achtergrond 1

Doelstelling(en) van de review: 2

Definitie van Ervaringen en Opvattingen: 2

Materiaal en methode 3

Zoekstrategie 3

Selectieproces van studies 5

Gegevensextractie 5

Gegevenssynthese en Resultatenpresentatie 6

Resultaten 6

Selectieproces 6

Algemene studiekenmerken 7

Beschrijving populatie 7

Ervaringen 9

Kennis 9

Ervaring met palliatieve sedatie 10

Communicatie met patiënt of vertrouwenspersoon en ervaren van familiale druk 10

Medicatie en spuitaandrijvers 11

Samenwerking 11

Opvattingen 12

Kenmerken van een goede palliatieve sedatie 12

Invloed van eigen mening op beleid 12

Ethische bedenkingen bij CDS 12

Euthanasie en Palliatieve sedatie 13

Discussie 13

Sterktes en tekortkomingen 14
Conclusie 14
Kennisgeving 14
Dankwoord: 14
Gebruikte tools: 15
Ethische overwegingen: 15
Sponsors 15
Referenties 15
Bijlagen 18
Bijlage 1: Sterftecijfers Statbel 18
Bijlage 2: Search queries per databank 18
Pubmed 18
Embase (Ovid platform) 19
Cochrane database 19
ICHO databank masterproeven 20

Abstract

Het aantal personen dat thuis en in woonzorgcentra sterft, blijft stijgen. 45 tot 75% van de overledenen heeft nood aan palliatieve zorgen. In België kan enkel de huisarts deze nood invullen. Deze scoping review richt zich daarom op de ervaringen en opvattingen van huisartsen over palliatieve sedatie in de eerste lijn. Bronnen uit 4 databanken (Pubmed, Embase, Cochrane Database en ICHO databank masterproeven) werden verzameld wat uiteindelijk leidde tot een selectie van 13 artikels. Bijzondere aandacht werd besteed aan communicatie met patiënten en vertrouwenspersonen met het zicht op ervaarde familiale druk tijdens het proces van sedatie. Dit onderzoek onthulde verschillende verbeterpunten in de huidige literatuur en beleid zoals afwezigheid van demografische karakteristieken, kleine steekproeven, gebruik van screeningsschalen die niet bedoeld zijn voor ambulante patiënten. Nieuwe studies moeten opgezet worden met representatieve steekproef voor de huidige huisartsenpopulatie.

Inleiding

Achtergrond

In België streeft een significant deel van de bevolking ernaar om thuis of in een woonzorgcentrum (WZC) te sterven. Belgische cijfers uit 2022 tonen aan dat 53.7% van de bevolking effectief thuis of in woonzorgcentra sterft, samen goed voor ongeveer 62500 sterfgevallen.(1,2) Na exclusie van COVID-19 gerelateerde sterfte is 75% van de mortaliteit in datzelfde jaar afkomstig van ziekten.(2) Palliatieve zorg Vlaanderen schatte dat 45 tot 75% van de overledenen nood heeft aan palliatieve zorg.(3) Het aantal sterfgevallen die door huisartsen werden begeleid in Nederland zijn bijna verdubbeld op 10 jaar tijd (n=2450 naar n=4381) (15) Dit onderstreept het cruciale belang van het verlenen van palliatieve zorg in de eerste lijn.

Veel patiënten die thuis sterven hebben te maken met ondraaglijke symptomen. Palliatieve sedatie wordt gebruikt om refractaire symptomen bij patiënten in de stervensfase te verlichten. De toepassing ervan vereist een zorgvuldige afweging en een multidisciplinaire aanpak, waarbij de ervaringen en opvattingen van zorgverleners cruciaal zijn voor een humane en kwaliteitsvolle uitvoering. In de literatuur worden er veel verschillende definities en termen gebruikt voor palliatieve sedatie, zoals intentionele sedatie (4), proportionele sedatie (5), continue diepe sedatie tot de dood volgt (CDS) (6–10). Voor de context van deze review wordt palliatieve sedatie conform de Vlaamse en Europese richtlijn gedefinieerd als het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt met refractaire symptomen in de stervensfase, met als doel het lijden te verlichten, waarbij de dood niet als direct doel wordt nagestreefd.(4,11) Dit omvat sedatie tot verschillende dieptes van bewustzijnsverlaging, afhankelijk van de behoeften van de patiënt en de aard van de symptomen. Het onderscheid met euthanasie, waarbij de dood wel het directe doel is, is hierbij cruciaal.

De focus op huisartsen is van bijzonder belang gezien hun centrale en coördinerende rol in de eerstelijnszorg en de toenemende wens van patiënten om in hun eigen vertrouwde omgeving (thuis of in een woonzorgcentrum) te sterven. Dit verschuift de complexe zorg en besluitvorming rond palliatieve sedatie steeds meer naar de huisarts. Echter, de context van de eerste lijn verschilt

significant van een ziekenhuisomgeving qua beschikbare middelen, personeelsbezetting, en directe toegang tot specialistische teams.

Ondanks de cruciale rol van de huisarts en de complexiteit van palliatieve sedatie, is er een kennislacune met betrekking tot de specifieke ervaringen en opvattingen van huisartsen die palliatieve sedatie toepassen in deze context. In dit vakgebied zijn tot dusver geen reviews geschreven. Een dieper inzicht in deze aspecten van palliatieve sedatie is essentieel om de kwaliteit van de palliatieve zorg in de eerste lijn te verbeteren en gerichte ondersteuning en opleiding te bieden aan huisartsen.

Doelstelling(en) van de review:

De primaire doelstelling van deze scoping review is het systematisch in kaart brengen van de bestaande literatuur over de ervaringen en opvattingen van huisartsen met betrekking tot palliatieve sedatie in de eerstelijnszorg (thuis en in woonzorgcentra).

Definitie van Ervaringen en Opvattingen:

- Ervaringen betreffen de praktische aspecten en geleefde realiteit van huisartsen bij het toepassen van palliatieve sedatie. Dit omvat onder meer:
  - Kwalitatieve parameters: beschrijvingen van uitdagingen, dilemma's, emoties, successen, knelpunten en *best practices* in de besluitvorming, uitvoering en monitoring van palliatieve sedatie. Dit kan ook betrekking hebben op communicatie met patiënten, families en andere zorgverleners, en de impact op de huisarts zelf.
  - Kwantitatieve parameters: aantal palliatieve sedaties per jaar, de waargenomen effectiviteit van de sedatie vanuit het perspectief van de huisarts (indien gerapporteerd).
- Opvattingen: Verwijzen naar de attitudes, overtuigingen en percepties van huisartsen over palliatieve sedatie. Dit omvat onder meer:
  - Kwalitatieve parameters: Redeneringen achter beslissingen, ethische overwegingen, percepties van de rol van palliatieve sedatie, houding ten opzichte van richtlijnen en ideeën over ideale zorgpraktijken.
  - Kwantitatieve parameters: percentages van huisartsen die bepaalde opvattingen delen, of gerapporteerde mate van comfort/oncomfort met de procedure, gerapporteerde scores op vragenlijsten rond opvattingen.

Specifieke onderzoeksvragen zijn:

- Wat zijn de ervaringen van huisartsen met palliatieve sedatie in de eerste lijn?
- Wat zijn de opvattingen van huisarsten over palliatieve sedatie in de eerste lijn?
- Het identificeren van de ondersteuningsbehoeften en de factoren die de implementatie van palliatieve sedatie in de eerste lijn beïnvloeden vanuit het perspectief van de huisarts.

Materiaal en methode

Zoekstrategie

Dit systematische literatuuroverzicht is opgezet volgens de richtlijnen van PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) om een gestructureerd en transparant selectieproces te waarborgen. De inclusie- en exclusiecriteria werden vastgelegd op basis van de volgende PCC-structuur:

- **P (Populatie):** Huisartsen. Bronnen die zich richten op andere zorgverleners of waarbij de resultaten voor huisartsen niet apart gerapporteerd werden, werden uitgesloten.
- **C (Concept):** Ervaringen en opvattingen over palliatieve sedatie bij terminale patiënten. Bronnen die zich richten op algemene palliatieve zorg of enkel ethische discussies zonder directe link met de ervaringen van huisartsen, werden uitgesloten.
- **C (Context):** Toepassing van palliatieve sedatie in de eerstelijnszorg, specifiek in de thuisomgeving of woonzorgcentra. Studies uitsluitend gericht op ziekenhuisomgevingen werden geëxcludeerd.

De zoekstrategie werd ontwikkeld in samenwerking met en gevalideerd door de promotoren. De queries combineerden trefwoorden en MeSH-termen voor de populatie ("Primary Health Care", "general pract*") en de context ("Terminal care", "end-of-life"). Deze queries, terug te vinden in bijlage 2, werden tussen 18/07/2025 en 20/07/2025 toegepast op de volgende databases: PubMed (MEDLINE), Embase (Ovid), Cochrane Library en de databank masterproeven van ICHO vzw. Aanvullend zijn de referentielijsten van de geïncludeerde artikelen handmatig gescreend op relevante bronnen.

	Inclusie	Exclusie
Populatie	Huisartsen	Bronnen die zich uitsluitend richten op andere zorgverleners (bijv. verpleegkundigen, specialisten palliatieve zorg in ziekenhuizen, artsen werkzaam in woonzorgcentra (WZC-artsen)) of andere medische professionals zonder specifieke focus op huisartsen, of bronnen die zich richten op huisartsen en andere zorgverleners, maar de resultaten voor huisartsen niet apart rapporteren.
Concept	Bronnen die specifiek ingaan op de ervaringen en/of opvattingen van huisartsen met betrekking tot palliatieve sedatie voor refractaire symptomen bij terminale patiënten(1). Dit omvat alle aspecten zoals gedefinieerd in de doelstellingen (attitudes, ethische overwegingen, besluitvorming, uitvoering, monitoring, communicatie, knelpunten, ondersteuning, etc.).	Bronnen die zich richten op algemene palliatieve zorg zonder specifieke aandacht voor palliatieve sedatie, of bronnen die zich uitsluitend richten op ethische discussies rond palliatieve sedatie zonder directe link naar de ervaringen of opvattingen van huisartsen.
Context	Bronnen die betrekking hebben op de toepassing van palliatieve sedatie in de eerstelijnszorg, specifiek in de thuisomgeving en/of in woonzorgcentra.	Bronnen die zich uitsluitend richten op ziekenhuisomgevingen (bijv. palliatieve eenheden, intensive care) of andere gespecialiseerde instellingen.
Type bronnen	Peer-reviewed artikelen: Oorspronkelijk onderzoek (kwalitatief, kwantitatief, mixed-methods, case studies. Masterproeven Huisartsgeneeskunde: geraadpleegd	Commentaren/opinieartikelen, Conference abstracts, proefschriften/masterproeven van andere onderwijsinstellingen dan ICHO vzw, algemene rapporten, persoonlijke blogs, nieuwsartikelen zonder wetenschappelijke basis, boeken, en alle vormen van grijze

	via de databank masterproeven van ICHO vzw. Toegankelijkheid: Enkel artikelen waarvan de volledige tekst digitaal beschikbaar is voor studenten aan de Vrije Universiteit Brussel (VUB) via de bibliotheekabonnementen of open access-platforms.	literatuur (incl. richtlijnen en beleidsdocumenten), systematische reviews, literatuurreviews.
Taal	Engels, Nederlands, Frans	Andere talen

1. PCC tabel

Selectieproces van studies

Na het uitvoeren van de zoekopdrachten werden alle resultaten geëxporteerd naar de webapplicatie Rayyan QCRI. Daar werden eerst alle duplicaten verwijderd, waarna 305 unieke artikelen overbleven. Deze zijn gescreend op basis van hun titel en abstract door de auteur. Bij twijfel over de relevantie werd het artikel doorgestuurd naar de volgende fase.

Daarna zijn de volledige teksten van alle geselecteerde publicaties opgehaald. Dezelfde reviewer heeft de full-texts grondig beoordeeld aan de hand van de in- en exclusiecriteria. In beide screeningsfasen werden de redenen voor exclusie nauwkeurig gelogd in Rayyan. Bij meningsverschillen of onzekerheid over de inclusie van een bron werd advies ingewonnen bij de promotoren om tot consensus te komen en subjectiviteit te minimaliseren.

Het gehele selectieproces, inclusief het aantal geïdentificeerde, gescreende, geëxcludeerde en geïncludeerde bronnen, wordt gedocumenteerd in een **PRISMA-stroomdiagram** in het uiteindelijke artikel.

Gegevensextractie

Voor de gegevensextractie werd een gestandaardiseerd formulier ontwikkeld in Microsoft Excel. De volgende data is systematisch verzameld uit elke geïncludeerde bron:

- Algemene studiekenmerken: titel, auteur(s), publicatiejaar, land van onderzoek, kwalitatief/kwantitatief onderzoek, type onderzoek, setting (thuiszorg, woonzorgcentra)
- Populatiekenmerken: demografische gegevens van de huisartsen (leeftijd, geslacht, ervaring) en gebruikte definitie van palliatieve sedatie.
- Resultaten en bevindingen**:** specifieke bevindingen over de ervaringen en/of opvattingen van huisartsen met betrekking tot palliatieve sedatie.

Enkel gegevens die betrekking hebben op “alle artsen” of “alle respondenten” werden geëxtraheerd wanneer geen specifieke gegevens over huisartsen aanwezig waren in de studie. Bij kwantitatieve studies werden enkel statistisch significante resultaten geëxtraheerd. De gegevensextractie werd uitgevoerd door één reviewer (Simon Mattelaer).

Gegevenssynthese en Resultatenpresentatie

De geëxtraheerde gegevens werden geanalyseerd middels een narratieve synthese. Hierbij werden de kenmerken van de geïncludeerde bronnen en de demografische gegevens van de populatie kwantitatief samengevat in overzichtstabellen. De bevindingen met betrekking tot de ervaringen en opvattingen van huisartsen werden kwalitatief en thematisch gegroepeerd. De resultaten werden gepresenteerd in een narratieve tekst, aangevuld met tabellen en figuren die de belangrijkste bevindingen per thema visualiseren.

Resultaten

Selectieproces

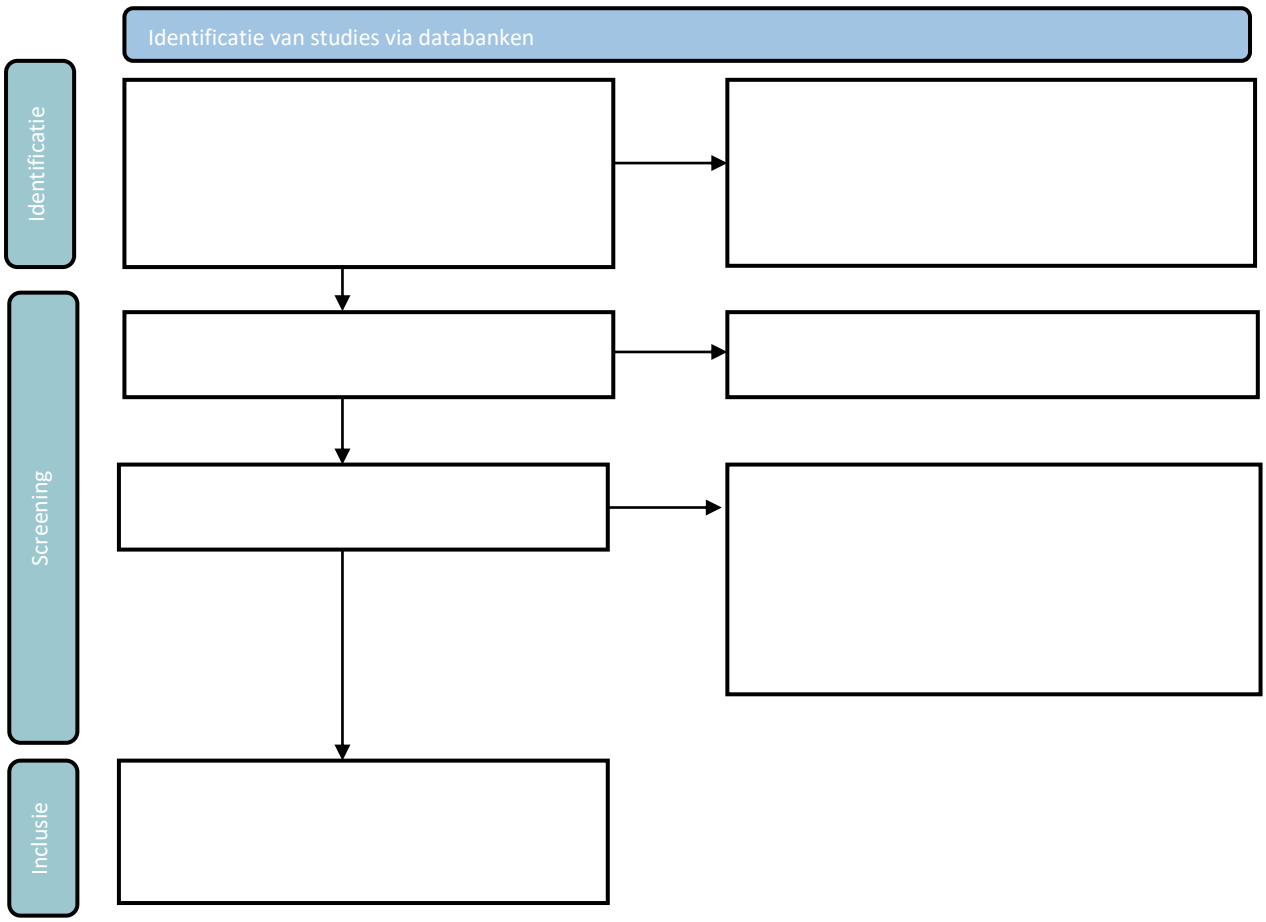
Het selectieproces voor dit onderzoek is zorgvuldig uitgevoerd en volgt de richtlijnen van de PRISMA-methodologie. Aanvankelijk werden in totaal **427 publicaties** geïdentificeerd door het doorzoeken van meerdere databases. De zoekactie leverde 133 resultaten op uit PubMed (MEDLINE), 200 uit Embase, 92 uit de Cochrane Library en 2 uit de databank masterproeven van ICHO vzw. Er werden geen aanvullende bronnen gevonden via andere kanalen, zoals referentielijsten.

Vervolgens werden de geïdentificeerde publicaties aan een screeningproces onderworpen. In de eerste stap werden **122 duplicaten** verwijderd, wat resulteerde in een totaal van **305 unieke artikelen** die gescreend werden op basis van hun titel en abstract.

Van deze 305 artikelen werden er 78 doorgestuurd voor een volledige tekstbeoordeling om hun geschiktheid voor het onderzoek te bepalen. Na een grondige analyse van de volledige teksten zijn 65 van deze studies geëxcludeerd. Daarbij is het belangrijk te vermelden dat sommige bronnen om meerdere redenen werden uitgesloten. De meest voorkomende redenen waren dat de populatie niet overeenkwam met huisartsen (26 keer), de uitkomstmaat niet relevant was (17 keer), het ging om conferentie-abstracts (13 keer), de resultaten niet specifiek voor huisartsen waren gerapporteerd (10 keer), en de taal anders was dan Engels, Nederlands of Frans (3 keer).

Na deze uitgebreide selectie zijn uiteindelijk 13 studies overgebleven die voldeden aan alle inclusiecriteria en werden opgenomen in de uiteindelijke synthese. Deze studies richten zich specifiek op de ervaringen en opvattingen van huisartsen over palliatieve sedatie binnen de eerstelijnszorg. De criteria garandeerden dat enkel peer-reviewed artikelen en masterproeven van ICHO vzw in aanmerking kwamen, geschreven in de geselecteerde talen en met een focus op de thuis- of woonzorgcentrum-omgeving. De zoekstrategie werd hierbij ondersteund door nauwkeurig geformuleerde queries voor elke databank, die de kernbegrippen van populatie en concept met elkaar verbonden.

De bovenstaande resultaten worden hieronder samengevat in figuur 1.



Figuur 1: PRISMA flowchart

Algemene studiekenmerken

De uiteindelijke selectie voor dit overzicht bestond uit 13 studies, die tussen 2008 en 2024 zijn gepubliceerd. Deze studies vertegenwoordigen een geografisch diverse groep, met publicaties uit Australië (n=1), Italië (n=1), de Verenigde Staten (VS) (n=1), Het Verenigd Koninkrijk (VK) (n=1), Canada (n=2), Frankrijk (n=2), Nederland (n=6), en België (n=4).

Wat betreft het studiedesign, betreft het merendeel van de studies kwalitatief onderzoek (n=7). Palliatieve sedatie in de thuissetting werd in 2 studies beschreven (16,17), de andere studies preciseren de plaats van sedatie niet. 11 van de 13 studies gebruiken continue diepe sedatie tot de dood (CDS) als maatstaf voor palliatieve sedatie (6,16–25), 1 studie specifieerde het type sedatie niet (26), een laatste vertaalde het begrip conform de richtlijnen naar proportionele sedatie (5).

De data extractietabel

Beschrijving populatie

De meeste studies bestudeerden een bredere populatie dan huisartsen, toch zijn er 6 studies die behalve het aantal, ook specifieke karakteristieken van de huisartsen weergaven (17,19,20,23,25,26). Zo werd de mediane leeftijd van de huisartsen in 2 studies beschreven: 48 jaar(+/-12.6) voor Niaré et al.(19), 44 jaar (interkwartiel afstand [31-55]) voor Teeuwen et al. (26). Verder vermelden alle 6 studies

(17,19,20,23,25,26) cijfers over de verdeling tussen mannen en vrouwen, de cijfers worden hierna weergegeven als het percentage mannelijke proefpersonen. Deze percentages variëren van 53 tot 90%, met een gewogen gemiddelde van 76% over de 6 studies.

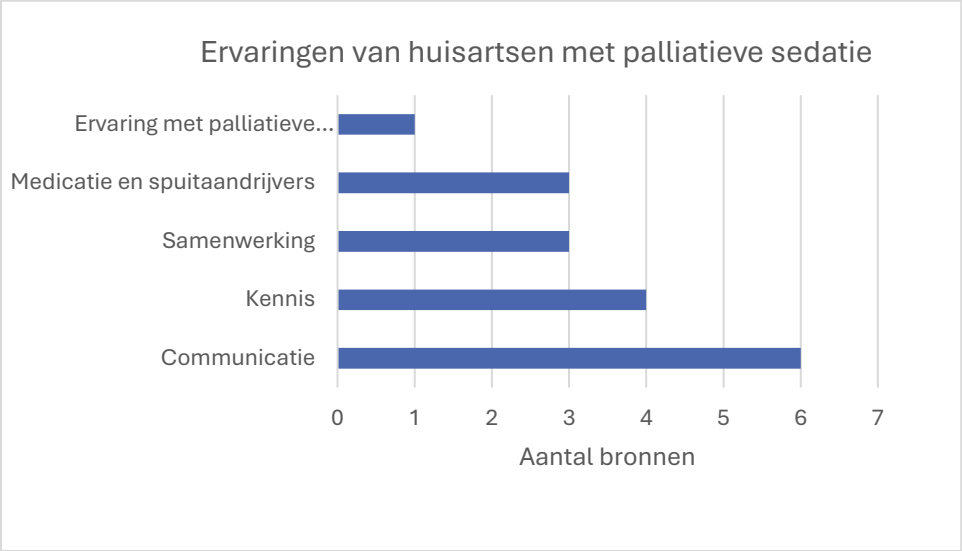
3 studies beschrijven het percentage artsen die actief zijn in groepspraktijken (19,20,26). De resultaten gaan van 70 tot 86% met een gewogen gemiddelde van 74.2%. Dezelfde studies bespreken het percentage huisartsen werkend in stedelijke gebieden: 72% (19) en 48% (20).

Verder werd de professionele ervaring van de artsen in 3 studies op verschillende manieren beschreven. In de studie van Niaré et al. werd gekeken naar professionele ervaring op een dienst palliatieve zorgen (16%) (19). Het artikel van Teeuwen et al. beschrijft ervaring als minder dan 5 jaar praktijkervaring als huisarts bij 1 proefpersoon (29%). De mediane praktijkervaring kon evenwel dankzij aanwezigheid van de volledige dataset berekend worden (20j, [6-29]). De laatste studie in deze categorie beschouwt ervaring als een gemiddelde van 26 jaar, maar vermeldde geen standaarddeviatie (25).

Tenslotte peilde 1 studie naar het opleidingsniveau in palliatieve zorgen (19). 16% van de respondenten had geen theoretische achtergrond, nog eens 16% was erkend gediplomeerd. Verdere onderverdelingen zijn uit deze gegevens niet extraheerbaar aangezien de som van percentages op 107% uitkomt. Er werd hier in het artikel geen verklaring voor gegeven.

Ervaringen

Tijdens gegevensextractie zijn 5 overkoepelende thema's aan bod gekomen binnen de klasse ervaring. In 9 artikels komen thema's in verband met ervaring met palliatieve sedatie aan bod. (5,16,19–22,24–26). Hieronder is een visueel overzicht van het aantal geïncludeerde artikels per thema opgenomen.



Figuur 2: Aantal bronnen per thema.

Kennis

De kennisniveaus van huisartsen vertonen een zekere mate van fluctuatie. Niaré et al. rapporteert dat de zelf ingeschatte competentie met betrekking tot indicatiestelling verdeeld is: 33% beschouwt zich weinig competent, 42% matig competent en 25% hoog competent. Voor juridische kennis (44% hoog) en kennis van erkende partners voor palliatieve sedatie (69% hoog), wordt een hogere competentie gerapporteerd (zie Tabel 2) (19).

Gebied van Kennis	Laag	Matig	Hoog
Indicatiestelling	33%	42%	25%
Juridische kennis	10%	46%	44%
Erkende partners	2%	29%	69%

Tabel 2: Eigen inschatting van kennis volgens huisartsen in de studie van Niaré et al (19).

In een onderzoek claimde 92% van de artsen bekendheid met richtlijnen (20). Een andere studie meldde dat slechts één op de zeven huisartsen op de hoogte was van de Belgische richtlijn (26). Anquinet et al. meldt in 7 van de 28 casussen (25%) verrichting van sedatie zonder benzodiazepines en dat in 13 van de 28 casussen CDS werd aangevangen met het oogmerk het leven te verkorten (27).

Studie	Jaar	n	Land	Bekendheid met Richtlijnen
Blanker et al.	2012	250	Nederland	92%
Teeuwen et al.	2015	7	België	1 op 7
Anquinet et al.	2010	28	België	25% sedatie zonder benzodiazepines, 46% sedatie met oog op levensverkorting

Tabel 3: Kennis van richtlijnen

Indicatiestelling werd in twee afzonderlijke studies besproken. De ene om algemene concepten af te lijnen binnen de Belgische huisartsenpopulatie (25), de andere besprak de indicaties van reeds uitgevoerde palliatieve sedaties (21). Hasselaar et al. rapporteert dat fysieke symptomen vaker tot sedatie leiden dan niet-fysieke (37.5% vs. 10.5%). Een semi-gestructureerd interview met huisartsen, beschreven door Sercu et al. beschrijft een levensverwachting tussen 24u en 1 week als indicatie, evenals ondraaglijk lijden door refractaire symptomen of moeilijk te behandelen symptomen tijdens het levenseinde om zodoende een belastende hospitalisatie te voorkomen. (25).

Ervaring met palliatieve sedatie

Sercu et al. rapporteert twee verschillende soorten ervaringen met palliatieve sedatie: gemiddeld werden 3,2 terminale patiënten per jaar behandeld door de ondervraagde huisartsen. Meer dan de helft van de artsen rapporteerde voorgaande ervaring met palliatieve sedatie in de thuissetting (25)

Communicatie met patiënt of vertrouwenspersoon en ervaren van familiale druk

Communicatie was het meest besproken thema in deze review, maar liefst 6 studies geven hierover resultaten weer (5,20,21,24–26), waarvan 4 kwalitatief onderzoek betreft (20,24–26).

Sercu et al. onderstreept het belang van communicatie met patiënten en hun vertrouwenspersonen (25), daar waar Swart et al. preciseert dat communicatie met patiënten voor de start van sedatie van cruciaal belang is (5). Vanaf sedatie wordt communicatie met patiënten minder belangrijk, en is aanhoudende communicatie met mantelzorgers van toenemend belang.(26)

Cijfers van Hasselaar et al. ondersteunen deze kwalitatieve gegevens. Overleg met patiënt voor start CDS werd in 76.1 % van de gevallen uitgevoerd. 90,3% van patiënten maakte gebruik van een vertrouwenspersoon in het besluitproces (21).

Teeuwen et al. onderstrepen het belang van tijdige communicatie met mantelzorgers teneinde de verwachtingen gelijk te stemmen. Huisartsen in deze studie melden evenwel dat het heel belangrijk is de levensverwachting hierin mee te delen, hoewel die tegelijk ook zeer moeilijk te bepalen valt. Dit kan leiden tot een ander verwachtingspatroon bij omstaanders (26). Open communicatie over de verwachte duur van het proces werd ook in een andere studie aangehaald als belangrijk. (24) Hierin werd een vermindering van de druk op de schouders van de huisarts ervaren indien aan deze voorwaarde werd voldaan. Enigszins tegenstrijdig meldt een kwalitatief onderzoek van Hasselaar et al. een stijging in de ervaren druk voor het uitvoeren van palliatieve sedatie naargelang de

levensverwachting stijgt (<1 week: 13%, 1-2 weken: 26%, >2 weken: 38%). Deze studie bevestigde evenwel een verband tussen artsen die het gesprek zelf starten en een minder hoge druk van familie voor het starten van palliatieve sedatie (20).

Andere redenen voor verhoogde ervaren druk zijn: aanwezigheid van psychische klachten bij de start van sedatie (enkel lichamelijke klachten 2% vs. psychische klachten +/- lichamelijke 19%), Psychische klachten als indicatie om palliatieve sedatie te starten (enkel lichamelijk 12% vs. psychische klachten +/- lichamelijke 26%. (20)

Medicatie en spuitaandrijvers

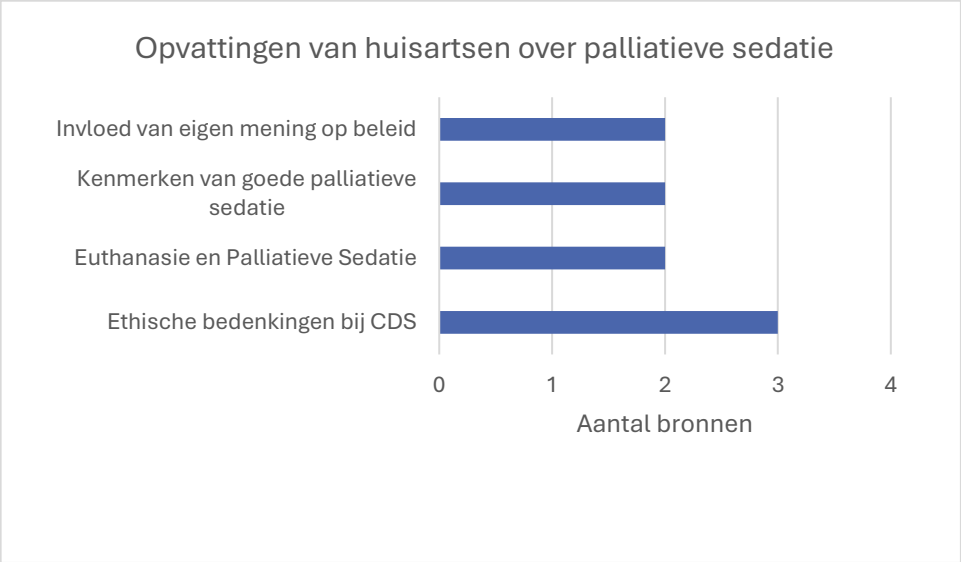
Een studie uit Frankrijk vermeldt dat midazolam enkel beschikbaar was in ziekenhuisapothekers, waardoor sommige naasten 60 km moesten omrijden om de sedativa te verkrijgen (22). Sercu et al. (2014) rapporteren dat enkele huisartsen sedeerden zonder benzodiazepines. Minder dan de helft gebruikte benzodiazepines met een spuitaandrijver. (25) De volgende cijfers illustreren dit: toegang tot materiaal (spuitaandrijvers) in Nederland via vragenlijsten. De resultaten voor huisartsen zijn als volgt: Zeer goed 30,1%; Goed 55,3%; Slecht 11,4%; Zeer slecht 3,3%(21)

Samenwerking

Eén studie meldt kort dat samenwerking met een palliatief netwerk als positief werd aanzien door de meerderheid artsen (6/7). 1/7 meldt een gemengd gevoel (26). In een Franse studie gaven huisartsen aan vooral eenzaam te zijn en dat zelfs het nodige multidisciplinair advies voor opstart van palliatieve sedatie niet verkregen kon worden (22) Zij hadden geen toegang tot gespecialiseerde palliatieve thuisdiensten, waardoor intermittente, milde sedatie door een hoge nood aan intensieve opvolging zowat onmogelijk was. Een studie in België, Nederland en het VK toonde daarentegen een nauwe samenwerking tussen verpleegkundigen en huisartsen bij palliatieve sedatie in de thuissetting, waarbij duidelijke rolpatronen zijn beschreven: monitoring van de gesedeerde patiënt, emotionele ondersteuning van naasten, evenals coördineren van de thuiszorg werden door verpleegkundigen opgenomen. In België en Nederland bleef de huisarts eindverantwoordelijke voor het hele proces, waarbij zij beslisten wanneer er gestart werd en wanneer dosisaanpassingen nodig waren. In het VK werd enkel het voorschrift door de huisarts voorzien, de verpleegkundige besliste eenzijdig wanneer sedatie nodig was.(17)

Opvattingen

10 van de 13 artikels bevatten opvattingen van huisartsen over palliatieve sedatie. (5,6,17–19,21,22,25,26) Deze opvattingen worden gecategoriseerd in 4 thema's zoals weergegeven in figuur 3.



Figuur 3: Aantal bronnen per thema (Opvattingen)

Kenmerken van een goede palliatieve sedatie

Hierbij komen 2 kwalitatieve studies (5,26) overeen: ontwaken uit een diepe sedatie moet vermeden worden. Daaraan voegt Teeuwen et al. nog extra informatie toe: ontwaken van de patiënt zorgt voor schrikken en een gevoel van falen, de tijd tot optimale sedatie moet zo kort mogelijk zijn, de duur tot overlijden ook zo kort mogelijk. Ook zij ervaarden meer druk van de familie bij een langere levensverwachting. (26)

Invloed van eigen mening op beleid

Een kwalitatief onderzoek door Sercu et al. (25) gaf aan dat enkele huisartsen steeds voor palliatieve sedatie kiezen en de patiënt hier ook van proberen overtuigen om al doende een geleidelijker stervensproces te initialiseren.

Het kwantitatief onderzoek van Mrez et al. toont aan dat persoonlijke voorkeuren van de arts met betrekking tot hun eigen levenseinde invloed hebben op de aanbevelingen die ze aan patiënten doen (32.3% OR 2.3 (1.3–4.0)) (6)

Ethische bedenkingen bij CDS

41% van de huisartsen gaf aan zeer comfortabel te zijn met het concept van diepe sedatie. (19) Voor verder onderzoek naar specifieke situaties waarbij continue diepe sedatie (CDS) aanvaardbaar is, werden door 2 verschillende onderzoeken casussen opgesteld.

De eerste bij eindstadium colorectale kanker met een levensverwachting van enkele weken: 27.4% geeft aan akkoord te zijn met deze beslissing, 66.1% geeft aan volmondig akkoord te zijn (helemaal

niet akkoord: 2 (3,2%), niet akkoord: 1 (1,6%), neutraal: 1 (1,6%), akkoord: 17 (27,4%), helemaal akkoord: 41 (66,1%)) De tweede casus bespreekt CDS bij eindstadium dementie zonder behoud van zelfstandigheid voor dagelijkse zorgen en voeding. Ook hier is het merendeel akkoord met deze beslissing, ook al wordt hier niet voldaan aan het criterium van <2 weken levensverwachting (helemaal niet akkoord: 3 (4,9%), niet akkoord: 7 (11,5%), neutraal: 5 (8,2%), akkoord: 28 (45,9%), helemaal akkoord: 18 (29,5%)). (18) Een kwalitatieve studie geeft echter een tegengestelde boodschap. CDS werd ongeschikt bevonden tegen rusteloosheid voor patiënten met eindstadium dementie. (5)

De tweede studie bespreekt eindstadium hartfalen met refractaire dyspneu, levensverwachting van 3 dagen: 100% van de artsen zijn akkoord. Voor CDS bij existentieel lijden bij een patiënt met levensverwachting van 6 maanden zijn de meesten echter terughoudend(23)

Euthanasie en Palliatieve sedatie

Sercu et al. stelde vragen aan huisartsen over palliatieve sedatie als alternatief voor euthanasie. Zij eindigen met de hoopvolle boodschap dat sommige huisartsen wel degelijk een verschil maken in intentie: PS voor het behandelen van symptomen, euthanasie voor het opzettelijk beëindigen van een leven. (25) Een kwalitatief onderzoek wenste deze bevindingen op de proef te stellen door verschillende stellingen naar voor te schuiven waarmee de huisarts akkoord of niet akkoord kan zijn. Volgende bevindingen vloeiden hieruit voort:

Wat is het verschil tussen PS en euthanasie? geen 1,6%; PS heeft dood niet als doel 82%; PS geeft een natuurlijke dood 58,6%; PS is symptoomcontole 66,4%; Verschil in medicatie 58,6%; besluitvormingsprocedure is verschillend 57,0%; Legale status is verschillend 63,3%(21)

Discussie

Het merendeel van de studies hebben huisartsen niet als focus, waardoor gedetailleerde populatiestatistieken niet beschreven zijn. Het is bijgevolg onmogelijk een representatieve steekproef te bewijzen. In onze review is een overwicht aan mannen met een gewogen gemiddelde van 76%. In vergelijking met de laatste cijfers uit Nederland van 2017 is 57% van de huisartsen vrouwelijk. Deze trend zal zich verder blijven zetten aangezien 57,3% van de mannelijke huisartsen ouder dan 50 jaar is, in vergelijking met 25,5% van de vrouwelijke huisartsen.(28)

Het onderzoek van Anquinet et al. meldt in 7 van de 28 casussen (25%) verrichting van sedatie zonder benzodiazepines en dat in 13 van de 28 casussen CDS werd aangevangen met het oogmerk het leven te verkorten (27). De auteur wijdt dit aan de afwezigheid van een goede richtlijn zoals die nu aanwezig is, aangezien de studie in 2010 gepubliceerd werd en de nieuwe versie van de richtlijn pas in 2012 werd onthuld. In beide gevallen voldoen deze statements niet aan de definitie van palliatieve sedatie volgens de Belgische of Europese richtlijnen. Een tweede Belgische studie vertoonde een kleine steekproef (n=7), maar publiceerde deze gegevens in 2015.(26) Bijgevolg is er nood aan nieuwe gegevens over het volgen van de richtlijn palliatieve sedatie in de Belgische huisartsenpraktijk.

Communicatie is het meest besproken onderdeel van deze scoping review, waarbij realistische doelen gesteld moeten worden voor de palliatieve sedatie. Het is belangrijk de verwachte levensduur correct in te schatten om zodoende de mentale druk op de huisartsen te doen verminderen. In de richtlijn palliatieve sedatie (11) is hiervoor sprake van *Palliative Performance Scale* waarbij wordt gescreend

naar de resterende functies van de patiënt. Bischoff et al. onderzocht echter de levensverwachting volgens deze scores en vond geen grote correlatie tussen lage scores en acute mortaliteit in ambulante palliatieve patiënten (29). Het onderzoek van Blanker et al. (20) vond echter een significante associatie tussen een levensverwachting > 2 weken en ervaren druk (<1 week: 13%, 1-2 weken: 26%, >2 weken: 38%). Verder onderzoek naar een betere schaal voor de huisarts is dus nodig om goede voorspellingen te kunnen maken.

Volgens Teeuwen et al. (2015) zijn opvattingen van huisartsen over een goede palliatieve sedatie gekoppeld aan de duur tot volledige sedatie, duur tot de dood en het continue diepe karakter (26). Deze opvattingen leiden dus naar een hoge dosis midazolam in bolus, wat mogelijks de levensverwachting inperkt. Een nieuwe studie over de opvattingen rond palliatieve sedatie met specifieke aandacht voor de start van palliatieve sedatie in de thuissetting is nodig om de evolutie in deze opvattingen op te volgen.

Sterktes en tekortkomingen

Hoewel deze masterproef een goede representatie is van ervaringen en opvattingen binnen de huisartsgeneeskunde over palliatieve sedatie, kan een tragere, meer stapsgewijze aanpak leiden tot een beter resultaat. De huidige geïncludeerde studies zijn allen onderhevig aan inclusiebias en recall bias omwille van hun retrospectief karakter. Bovendien ontbreken de meeste geïncludeerde studies omwille van hun kleine steekproef van huisartsen aan statistische kracht om conclusies te trekken over een bredere populatie.

Conclusie

Het meest beschreven punt in deze scoping review is het belang van tijdige communicatie met de patiënt en zijn vetrouwenspersonen om correcte verwachtingen in te stellen. Volledigheid over een mogelijk suboptimaal verloop van sedatie is geassocieerd met minder ervaren druk van familie op huisarts. Het belang van communicatie onderstreept ook het belang van adequate voorspellingen, die op dit moment onvoldoende worden ingevuld door de voorgestelde scoring tools van pallialine.

Verder onderzoek is nodig naar betere voorspellende factoren van acute sterfte zodat de patiënt op tijd geïnformeerd kan worden.

Kennisgeving

Dankwoord:

De auteur wenst iedereen te bedanken die hem heeft geholpen om deze masterproef tot een goed einde te brengen. In het bijzonder wens ik mijn promotoren – Prof. Lara Pivodic en PhD Kim de Nooijer – uitdrukkelijk te bedanken voor hun intensieve opvolging, tips, feedback, steun en flexibiliteit. Ook wens ik medewerkers van het ICHO secretariaat te bedanken voor hun snelle antwoorden en reminders. Tenslotte wens ik voor hun logistieke en mentale ondersteuning mijn partner, familie en vrienden te bedanken. Zonder jullie allen was dit nooit gelukt.

Gebruikte tools:

https://blocks.bmi-online.nl/catalog/129: voor het opstellen van de query voor huisartsen. https://www.rayyan.ai: voor duplicaat analyse en screening van de artikels.

Ethische overwegingen:

Scoping reviews zijn vrijgesteld van adviezen van Ethische Commissies.

Sponsors

Geen gerapporteerd.

Referenties

1. Deaths | Statbel [Internet]. [geciteerd 14 augustus 2025]. Beschikbaar op: https://statbel.fgov.be/en/themes/population/population-movement/deaths#news

2. Causes of death | Statbel [Internet]. [geciteerd 14 augustus 2025]. Beschikbaar op: https://statbel.fgov.be/en/themes/population/mortality-life-expectancy-and-causes-death/causes-death#news

3. Palliatieve zorg in cijfers – Palliatieve Zorg Vlaanderen [Internet]. [geciteerd 14 augustus 2025]. Beschikbaar op: https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/research/palliatieve-zorg-in-cijfers/

4. Surges SM, Brunsch H, Jaspers B, Apostolidis K, Cardone A, Centeno C, e.a. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. Palliat Med. 31 februari 2024;38(2):213–28.

5. Swart SJ, Van Der Heide A, Van Zuylen L, Perez RSGM, Zuurmond WWA, Van Der Maas PJ, e.a. Considerations of physicians about the depth of palliative sedation at the end of life. CMAJ Canadian Medical Association Journal [Internet]. 17 april 2012 [geciteerd 14 augustus 2025];184(7). Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22331961/

6. Mroz S, Daenen F, Dierickx S, Mortier F, De Panfilis L, Downar J, e.a. Associations between physicians' personal preferences for end-of-life decisions and their own clinical practice: PROPEL survey study in Europe, North America, and Australia. Palliat Med. 13 februari 2025;39(2):266–76.

7. Ziegler S, Schmid M, Bopp M, Bosshard G, Puhan MA. Continuous Deep Sedation Until Death—a Swiss Death Certificate Study. J Gen Intern Med [Internet]. 2018;33(7):1052–9. Beschikbaar op: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L621915827&from=export

8. MY R, JL V. Continuous deep sedation until death: palliation or physician-assisted death? Am J Hosp Palliat Care [Internet]. augustus 2010;27(3):205–14. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20008825/

9. Vissers S, Robijn L, Dierickx S, Mortier F, Cohen J, Deliens L, e.a. Control Measures for Continuous Deep Sedation Until Death: A Framing Analysis of the Views of Physicians. Qual Health Res [Internet]. 2021;31(13):2390–402. Beschikbaar op: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L636319216&from=export

10. L A, JA R, A V, van der Steen JT, R VS, L D, e.a. Continuous deep sedation until death in nursing home residents with dementia: a case series. J Am Geriatr Soc [Internet]. augustus 2013;61(10):1768–76. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24000974/

11. Broeckaert B, Mullie A, Gielen J, Desmet M, Declerck D, Vanden Berghe P, e.a. PALLIATIEVE SEDATIE Richtlijn: versie 2.0 [Internet]. Vol. 2. Pallialine; 2012 [geciteerd 20 juli 2025]. p. 1–20. Beschikbaar op: https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/07/richtlijn_palliatieve_sedatie.pdf

12. Pozsgai É, Garralda E, Busa C, Payne S, Hasselaar J, Mosoiu D, e.a. Report on palliative sedation medication usage: a survey of palliative care experts in Eight European countries. BMC Palliat Care. 20 juni 2024;23(1):154.

13. Meesters S, Bazata J, Handtke V, Gehrmann J, Kurkowski S, Klein C, e.a. "It's pretty much flying blind in the home care setting": A qualitative study on the influence of home care specific circumstances on sedation in specialist palliative home care. Palliat Med. 14 januari 2023;37(1):140–8.

14. Schildmann E, Bolzani A, Meesters S, Grüne B, Marheineke A, Remi C, e.a. Sedatives and sedation at the end of life: a nursing home retrospective cohort study. BMJ Support Palliat Care. december 2022;12(e6):e744–7.

15. Rietjens JAC, Heijltjes MT, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A. The Rising Frequency of Continuous Deep Sedation in the Netherlands, a Repeated Cross-Sectional Survey in 2005, 2010, and 2015. J Am Med Dir Assoc. november 2019;20(11):1367–72.

16. L A, JA R, den Block L V, N B, L D. General practitioners' report of continuous deep sedation until death for patients dying at home: a descriptive study from Belgium. Eur J Gen Pract [Internet]. augustus 2011;17(1):5–13. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21174517/

17. Anquinet L, Rietjens JA, Mathers N, Seymour J, van der Heide A, Deliens L. Descriptions by General Practitioners and Nurses of Their Collaboration in Continuous Sedation Until Death at Home: In-Depth Qualitative Interviews in Three European Countries. J Pain Symptom Manage. januari 2015;49(1):98–109.

18. Bravo G, Rodrigue C, Arcand M, Downie J, Dubois MF, Kaasalainen S, e.a. Quebec physicians' perspectives on medical aid in dying for incompetent patients with dementia. Canadian Journal of Public Health. 27 december 2018;109(5–6):729–39.

19. Niaré D, Robert G, Rocquevieille A, De Geyer L, Frin M, Pennec S, e.a. General practitioners and palliative care practices: a better knowledge of specific services is still needed. BMC Health Serv Res. 1 december 2024;24(1).

20. MH B, M KR, SJ S, WW Z, van der Heide A, RS P, e.a. Pressure during decision making of continuous sedation in end-of-life situations in Dutch general practice. BMC Fam Pract [Internet]. augustus 2012;13:68. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22759834/

21. JG H, RP R, van den Muijsenbergh ME, RT K, CJ L, BJ C, e.a. Dealing with delicate issues in continuous deep sedation. Varying practices among Dutch medical specialists, general practitioners, and nursing home physicians. Arch Intern Med [Internet]. augustus 2008;168(5):537–43. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18332301/

22. Bretonniere S, Fournier V. Continuous Deep Sedation Until Death: First National Survey in France after the 2016 Law Promulgating It. J Pain Symptom Manage. oktober 2021;62(4):e13–9.

23. Rietjens JAC, Buiting HM, Pasman HRW, van der Maas PJ, van Delden JJM, van der Heide A. Deciding about continuous deep sedation: Physicians' perspectives: A focus group study. Palliative Med [Internet]. 2009;23(5):410–7. Beschikbaar op: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L354795409&from=export

24. van Tol DG, Kouwenhoven P, van der Vegt B, Weyers H. Dutch physicians on the role of the family in continuous sedation. J Med Ethics. maart 2015;41(3):240–4.

25. Sercu M, Pype P, Christiaens T, Derese A, Deveugele M. Belgian General Practitioners' Perspectives on the Use of Palliative Sedation in End-of-Life Home Care: A Qualitative Study. J Pain Symptom Manage. juni 2014;47(6):1054–63.

26. Teeuwen I, Pype P, Mertens F, Deveugele M. 'Suboptimaal verloop van palliatieve sedatie in de eerste lijn: hoe gaan huisartsen hiermee om en welke implicaties heeft dit op hun visie t.a.v. richtlijnen hieromtrent.' 2015;

27. Anquinet L, Rietjens JA, Van Den Block L, Bossuyt N, Deliens L. Palliative sedation for patients dying at home in Belgium: A descriptive study. Palliative Med [Internet]. 2010;24(4):S89. Beschikbaar op: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L70450567&from=export

28. Huisarts vaker vrouw en gemiddeld jonger | CBS [Internet]. [geciteerd 15 augustus 2025]. Beschikbaar op: https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/28/huisarts-vaker-vrouw-en-gemiddeld-jonger

29. Bischoff KE, Patel K, Boscardin ; W John, O'riordan DL, Pantilat SZ, Smith AK. Prognoses Associated With Palliative Performance Scale Scores in Modern Palliative Care Practice Key Points + Supplemental content. JAMA Netw Open. 2024;7(7):2420472.

Bijlagen

Bijlage 1: Sterftecijfers Statbel

Cause of death,"Deaths"	n	Ziekte? Ja(1), Neen (0)	
A00-B99 Certain infectious and parasitic diseases	2456	1	2456
C00-D48 Neoplasms	27422	1	27422
D50-D89 Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	476	1	476
E00-E90 Endocrine, nutritional and metabolic diseases	2622	1	2622
F00-F99 Mental, Behavioral and Neurodevelopmental disorders	5433	0	0
G00-G99 Diseases of the nervous system	5757	1	5757
H00-H59 Diseases of the eye and adnexa	6	1	6
H60-H95 Diseases of the ear and mastoid process	3	1	3
I00-I99 Diseases of the circulatory system	27466	1	27466
J00-J99 Diseases of the respiratory system	11568	1	11568
K00-K93 Diseases of the digestive system	5253	1	5253
L00-L99 Diseases of the skin and subcutaneous tissue	451	1	451
M00-M99 Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	620	1	620
N00-N99 Diseases of the genitourinary system	3051	1	3051
O00-O99 Pregnancy, childbirth and the puerperium	4	0	0
P00-P96 Certain conditions originating in the perinatal period	184	0	0
Q00-Q99 Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	247	0	0
R00-R99 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	9091	0	0
U00-U99	14	0	0
U071-U072 Covid-19	6539	0	0
V01-Y98 External causes of morbidity and mortality	7717	0	0
totaal	116380		87151
Percent			75%

4. Belgische mortaliteit in 2022 volgens oorzaak(2)

	0-24	25-44	45-64	65-74	75-84	85+
Private ho	517	972	5186	6094	7348	8287
Hospital	244	877	6771	10736	15483	18049
Institution	10	37	576	1987	7167	24353
Other	130	314	563	287	212	153

5. Belgische mortaliteit in 2022 per leeftijdscategorie, per plaats van overlijden.(1,2)

Bijlage 2: Search queries per databank

Pubmed

("Primary Health Care"[mh] OR "primary care"[all fields] OR "Physicians, Family"[mh] OR general pract*[all fields] OR "family"[ad] OR family pract*[all fields] OR family physician*[tw])

AND

("deep sedation"[Mesh] OR "deep sedation"[TW] OR "palliative sedation"[TW] OR "terminal sedation"[TW] OR "continuous sedation"[TW] OR "sedated"[TW] OR "intermittent sedation"[TW] OR "temporary sedation"[TW] OR "on demand sedation"[TW] OR "brief sedation"[TW] OR "short-term sedation"[TW] OR "superficial sedation"[TW] OR "light sedation"[TW] OR "mild sedation"[TW] OR "Conscious Sedation"[Mesh] OR "Conscious Sedation"[TW])

AND

("Terminal care"[MESH] OR "terminal care"[TW] OR "palliative care"[MESH] OR "palliative care"[TW] OR "Terminally ill"[MESH] OR "Terminally ill"[TW] OR "End-of-life"[TW] OR "incurable"[TW] OR "palliative"[TW] OR "terminal"[TW] OR "terminally"[TW] OR "lifethreatening"[TW])

NOT

("Animals"[MESH] NOT "Humans"[MESH])

Embase (Ovid platform)

("Primary Health Care"/exp OR "primary care":af OR "Physicians, Family"/exp OR "general pract$":af OR "family":in. OR "family pract$":af OR family physician$:mp)

AND

('deep sedation'/exp OR 'deep sedation':ti,ab,kw OR 'palliative sedation':ti,ab,kw OR 'terminal sedation':ti,ab,kw OR 'continuous sedation':ti,ab,kw OR 'sedated':ti,ab,kw OR 'intermittent sedation':ti,ab,kw OR 'temporary sedation':ti,ab,kw OR 'ondemand sedation':ti,ab,kw OR 'brief sedation':ti,ab,kw OR 'short-term sedation':ti,ab,kw OR 'superficial sedation':ti,ab,kw OR 'light sedation':ti,ab,kw OR 'mild sedation':ti,ab,kw OR 'conscious sedation'/exp OR 'conscious sedation':ti,ab,kw)

AND

('terminal care'/exp OR 'terminal care':ti,ab,kw OR 'palliative therapy'/exp OR 'palliative therapy':ti,ab,kw OR 'terminally ill patient'/exp OR 'terminally ill patient':ti,ab,kw OR 'end of life':ti,ab,kw OR 'incurable':ti,ab,kw OR 'palliative':ti,ab,kw OR 'terminal*':ti,ab,kw OR 'lifethreatening':ti,ab,kw)

Cochrane database

([mh "Primary Health Care"] OR "primary care" OR [mh "Physicians, Family"] OR general pract* OR family pract* OR family physician*:ti,ab,kw,pt)

AND

(([mh "deep sedation"] OR (deep sedation):ti,ab,kw OR (palliative sedation):ti,ab,kw OR (terminal sedation):ti,ab,kw OR (continuous sedation):ti,ab,kw OR (sedated):ti,ab,kw OR (intermittent sedation):ti,ab,kw OR(temporary sedation):ti,ab,kw OR (ondemand sedation):ti,ab,kw OR (brief sedation):ti,ab,kw OR (short-term sedation):ti,ab,kw OR (superficial sedation):ti,ab,kw OR (light sedation):ti,ab,kw OR (mild sedation):ti,ab,kw OR [mh "Conscious Sedation"] OR (Conscious Sedation):ti,ab,kw)

AND

([mh "Terminal Care"] OR (terminal care):ti,ab,kw OR [mh "Palliative Care"] OR (Palliative

Care):ti,ab,kw OR [mh “Terminally ill”] OR (terminally ill):ti,ab,kw OR (end of life):ti,ab,kw OR (incurable):ti,ab,kw OR (life-threatening):ti,ab,kw))

NOT

([mh "Animals"] NOT [mh "Humans"])

ICHO databank masterproeven

Sedatie