

Richtlijn Palliatieve sedatie

www.pallialine.be

Definitie en doel

Het toedienen van sedativa in doseringen en combinaties die vereist zijn om het bewustzijn van een terminale patiënt zoveel te verlagen als nodig om één of meer refractaire symptomen op adequate wijze te controleren.

Palliatieve sedatie kan diep of licht zijn, intermitterend of continu, tijdelijk (om een time-out te creëren) of tot het overlijden.

Proportionaliteit staat centraal, d.i. niet méér bewustzijnsverlaging als nodig voor goed comfort.

Indicatie

- Ondraaglijk lijden wegens één of meer refractaire symptomen die niet afdoend verlicht kunnen worden op de gebruikelijke wijze: extreme dyspnoe, terminaal delier, persisterende pijn, ...
- Ook psychische en/of existentiële symptomen kunnen refractair zijn.
- Palliatieve sedatie is pas een optie wanneer:
 - » In overleg met patiënt, naasten en het interdisciplinair team is vastgesteld welke symptomen het ondraaglijk lijden veroorzaken;
 - » In interdisciplinair overleg de zorg is geoptimaliseerd (consultatie gespecialiseerd palliatief team vaak aangewezen): "wat kunnen we nog meer/beter doen?";
 - » In overleg met patiënt, naasten en het interdisciplinair team is vastgesteld dat de genomen maatregelen geen soelaas bieden.

Voorwaarden

- Patiënt verkeert in **stervensfase** (prognose doorgaans enkele dagen, uitzonderlijk 1 à 2 weken).
- Patiënt lijdt ondraaglijk als gevolg van **refractaire symptomen** (belang interdisciplinair overleg en gespecialiseerd palliatief advies).
- Wilsbekwame patiënt: geïnformeerde toestemming (bedenktijd aanbevolen).
- Wilsonbekwame patiënt: voorafgaande wilsverklaring? Vertegenwoordiger aangeduid?
- Acute palliatieve sedatie (bij dramatische verwickelingen): bespreking vooraf met risicopatiënten aanbevolen. Bespreek werkwijze vooraf met zorgverstrekkers en bereid voor.
- Beslissing tot palliatieve sedatie ligt bij de arts maar gebeurt zoveel mogelijk in consensus tussen patiënt, naasten en zorgverstrekkers.

Vorbereiding, uitvoering en zorg

- Zorg ervoor dat de expertise voor uitvoering, medicatie en materialen voor toediening aanwezig zijn. Doe zo nodig een beroep op het gespecialiseerd palliatief team.
- Gesprek met team:
 - » Heldere afspraken over start: wanneer? Wie?
 - » Opvolging van welke parameters tijdens sedatie?
 - » Beschikbaarheid medicatie, ook 'zo nodig' o.m. bij ongewenst wakker worden;
 - » Communicatie tussen betrokken zorgverstrekkers: hoe?
- Comfort:
 - » Stopzetting handelingen en medicatie die niet bijdragen tot het comfort;
 - » Voortzetting symptoomcontrole;
 - » Bij continue palliatieve sedatie worden vocht en voeding doorgaans gestaakt/nagelaten en dit na overleg met patiënt en naasten.

	Middel	Inductie (bolus)	Onderhoudsdosering (spuitaandrijver)
Trap 1 Lichte en diepe palliatieve sedatie	Midazolam (Dormicum®)	Bij start lichte palliatieve sedatie: - 2,5 mg SC - 1,25 mg IV Bij start diepe palliatieve sedatie: - 5 tot 10 mg SC - 2,5 tot 5 mg IV Bij onvoldoende effect na 5 min. (IV) tot 1/2 u. (SC), de helft van de startdosis toevoegen. Niet zelden is aangegeven om tijdens de eerste uren van de sedatie nog 2 à 3 extra bolussen te geven (ook al wordt de onderhoudsdosering nadien niet verhoogd).	Na start sedatie (met startbolus) per uur ½ van de totale (I) startdosis als onderhoudsdosis. Deze totale startdosis omvat de dosis gegeven tijdens de 1e twee uur (SC) of het 1e half uur (IV). Onderhoudsdosis lichte sedatie 60 mg/d SC of 30 mg/d IV; onderhoudsdosis diepe sedatie 60 tot 240 mg/d. Bvb. (lichte sedatie): bij startdosis van 2,5 mg SC waar 2 x 1,25 mg werd toegevoegd om voldoende effect te bereiken is de totale startbolus 5 mg. Hierbij hoort een onderhoudsdosering van 2,5 mg/u. of dus 60 mg/d
		Bij aanpassing van de dosering:	
		Verhogingsinductie: bij elke verhoging moet een bolus gegeven worden (1/2 v.d. totale startdosis).	Onderhoudsdosering met de helft verhogen of verlagen
Trap 2 Diepe sedatie. Steeds samen met midazolam!	Clotiapine (Etureine®)	20 mg SC of IV	40 tot 160 mg/d
	Levonpromazine (Noznan®)	25 mg SC of IV	25 tot 200 mg/d
Trap 3 Diepe sedatie	Anesthetica	In overleg met anesthesist	

- Gesprek met patiënt (zo mogelijk) en naasten:
 - » “Dit is geen gemakkelijheidoplossing.”
 - » “Eens de persoon slaapt kan je er niet mee spreken.” – “Wie wil de patiënt nog spreken?” Laat voldoende tijd tussen beslissing en uitvoering.
 - » “Het kan enkele uren duren tot voldoende sedatie bereikt is.”
 - » “Palliatieve sedatie duurt soms langer dan verwacht.” (tijdsduur tot sterven zeer variabel)
 - » “Stoppen van vocht en voeding geeft geen lijden.”
 - » **Intentie: comfort, niet het bereiken van een coma en evenmin levensverkorting.**
 - » “Wie spreken we eerst aan bij een probleem?”
 - » Aandacht en zorg voor een goed afscheid (vóór start palliatieve sedatie): ritueel?
- Vervolledig patiëntendossier:
 - » Toestand patiënt;
 - » Besluitvorming tot palliatieve sedatie;
 - » Medisch voorschrift palliatieve sedatie;
 - » Evaluatie en aanpassing doseringen.

Het gebruik van sedativa

In functie van de noden van de patiënt titreert men naar rust (lichte palliatieve sedatie: patiënt is rustig maar opent de ogen en/of beweegt bij aanspreken en/of bij aanraken) of naar slaap (diepe palliatieve sedatie). Kies daarbij steeds die trap en dosering die optimaal beantwoorden aan de comfortbehoefte van de patiënt.

Aandachtspunten

- **Arts aanwezig bij inductie** van diepe palliatieve sedatie (uitz. acute palliatieve sedatie) en tot stabiel sedatief effect is bereikt – meestal na 1/2u. (IV) tot 2u. (SC).
- Palliatieve sedatie kan SC of IV. SC werkt geleidelijker en veiliger en wordt vooral gebruikt bij lichte palliatieve sedatie. IV-toediening (enkel in overleg met palliatieve zorg arts): sneller en krachtiger effect en fijnere titratie mogelijk; vooral gebruikt bij snelle diepe palliatieve sedatie. IV-bolus steeds via trage injectie (1 mg per min.) diepe palliatieve sedatie kan ook SC door snellere aanpassing van de onderhoudsdosis van lichte sedatie. Omrekenfactor van SC naar IV: doses delen door 2.
- **Aparte pomp voor sedativa.**
- De voorgestelde doses zijn indicatief en moeten vrijwel steeds worden aangepast in functie van de individuele patiënt en dit tot het comfort van de patiënt is verzekerd.
- Bij risicopatiënten (≥ 60 jaar, gewicht ≤ 60 kg, ernstige nier- of leverstoornissen, sterk verlaagd serumalbumine en/of co-medicatie die kan leiden tot versterkte sedatie): lagere start- en onderhoudsdosis (1/4 tot 1/2) en langer interval (SC 2u.) alvorens de onderhoudsdosis te verhogen.
- Patiënten met een verleden van alcohol- en medicatie abususs vragen doorgaans hogere dosissen.
- Aanpassingstijden: bij start van palliatieve sedatie (bolus), aanpassing van bolusmedicatie SC om de 30 min. en IV om de 5 min. Aanpassing van de onderhoudsdosis SC per 60 min. en IV per 15 min. (evt. sneller met palliatieve zorg arts).
- Intermittente palliatieve sedatie: stop SC-toediening van sedativa 2u. voor geplande ontwaken van patiënt; stop IV-toediening 1/2u. voor ontwaken. Bij opnieuw starten palliatieve sedatie: geef én startbolus én onderhoudsdosis (in dosis die vorige keer optimaal bleek).
- Ook lichte palliatieve sedatie alleen bij zorgvuldig vastgesteld refractair syndroom.
- Reëel sederend effect: niet altijd goed in te schatten. Lage doses sedativa, gericht op lichte palliatieve sedatie, kunnen toch leiden tot een zeer laag bewustzijnsniveau. Of een patiënt kan niet meer ontwaken uit een intermitterend bedoelde palliatieve sedatie. Alle communicatie i.v.m. verdere verloop sedatie dient dan ook vóór start sedatie plaats te vinden.

Opvolging

- Observeer mogelijke uitingen van discomfort (o.a. gelaatsuitdrukkingen, bewegingen, spierspanning, geluiden). Pas indien nodig bewustzijnsniveau aan.
- Zorg, wanneer overgang van lichte naar diepe palliatieve sedatie nodig is, voor een voldoende snelle verhoging, evt. IV (zie schema).
- **Wees als behandelend arts (of vervanger) permanent telefonisch bereikbaar, bezoek patiënt minstens éénmaal per dag en pas medicatieschema zo nodig aan (dossier!).**
- Verifieer toedieningweg, resorptie medicatie en afwezigheid van storende factoren (volle blaas, constipatie, ...)
- Hou rekening met stapelingseffect (palliatieve sedatie > 3 dagen). Verlaag dosis zo nodig.

Aanvullende maatregelen

- Breng blaaskatheter in na inductie sedatie.
- Behandel pijn en/of kortademigheid met specifieke medicatie. Start of continueer toediening van morfine (uitsluitend ter bestrijding van pijn en/of kortademigheid!) en titreer dosis a.h.v. veronderstelde mate van pijn en en/of dyspnoe.
- Denk aan wondzorg, stoma, wassen, mondverzorging, preventie van decubitus en obstipatie.
- Schenk aandacht aan vrije luchtwegen en behandeling van doodsreutel.
- Evalueer de zorg minstens driemaal per dag (dossier!).
- Zorg voor permanente ondersteuning van naasten en hulpverleners (regelmatige aanwezigheid en beginnende rouwzorg).
- Zorg voor goede nazorg (nabestaanden en hulpverleners)

Deze samenvatting is gebaseerd op de Vlaamse richtlijn ‘Palliatieve sedatie’ – versie 2012 – geschreven door:

- Prof.dr. Bert Broeckaert, ethicus, KU Leuven
- Dr. Arsène Mullie, anesthesist (Brugge), ere-voorzitter Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen
- Joris Gielen PhD, ethicus, KU Leuven
- Dr. Marc Desmet, palliatief arts PZE, Jessa Ziekenhuis, Hasselt
- Dina Declerck, verpleegkundig coordinator PST, AZ Sint-Jan, Brugge
- Paul Vanden Berghe PhD, directeur Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen
- Stuurgroep Ethiek FPZV

2012

Toegankelijk via www.pallialine.be