

Palliatieve sedatie

Voorwaarden

- Alleen bij continue en diepe palliatieve sedatie: het overlijden wordt binnen 1–2 weken verwacht.
- Expertise van de behandelaar(s) en, indien van toepassing, consensus van het behandelende team (inclusief betrokken verpleegkundigen). Andere mogelijkheden tot verzachting van het lijden moeten zorgvuldig worden uitgesloten. Consultatie van de juiste deskundige is vereist bij onzekerheid over indicatiestelling en/of over de uitvoering.
- Goede documentatie van besluitvorming en uitvoering.
- Palliatieve sedatie is in overeenstemming met de wens van de patiënt; bij een wilsonbekwame patiënt kan de wens vertolkt worden door de naasten.
Palliatieve sedatie is een beslissing van de arts en geen primaire keuze van de patiënt.
NB In acute situaties (dreigende verstikking, bloeding) wordt palliatieve sedatie ingezet zonder overleg vooraf.

Voorlichting en begeleiding

- Bespreek met de patiënt (indien mogelijk) en met de naasten de overwegingen voor de palliatieve sedatie en de uitvoering ervan. Geef daarbij altijd aan dat:
 - de patiënt niet per definitie (diep) in slaap wordt gebracht
 - het effect wordt afgemeten aan de hand van het comfort van de patiënt
 - het soms even duurt voordat het gewenste effect bereikt is
 - de sedatie soms enkele dagen of zelfs langer duurt
 - de mate van bewustzijnsdaling in de loop van de tijd kan veranderen
 - enterale of parenterale toediening van vocht of voeding wordt gestaakt c.q. niet wordt gestart en dat dit niet tot dorst of hongergevoel leidt
 - palliatieve sedatie het moment van overlijden niet vervroegt en in dat opzicht geen alternatief voor euthanasie is.
- Geef, indien beschikbaar, de patiënt of naasten de VIKC-folder 'palliatieve sedatie'.

- Geef, indien mogelijk, gelegenheid tot het nemen van afscheid (inclusief culturele/religieuze rituelen).
- Zorg voor dagelijkse begeleiding en nazorg voor de naasten.

Organisatie en coördinatie zorg

- Zorg voor goede documentatie en overdracht.
- Schakel bij gebruik van een pomp zo nodig het regionale thuiszorgtechnologische team in.
- Overleg tijdig met apotheker over beschikbaarheid van de benodigde middelen (m.n. levomepromazine).
- Zorg dat behandelend arts aanwezig is bij start van sedatie.
- Maak duidelijke afspraken over:
 - de lichamelijke verzorging (verzorging van mond, wond en stoma, behandelen van reutelen, bij langer durende sedatie: preventie van decubitus en obstipatie)
 - hoe, door wie en wanneer effect van de palliatieve sedatie wordt vastgesteld
 - bereikbaarheid van de behandelend arts
 - eventuele veranderingen in dosering en gebruikte middelen
 - wanneer de behandelend arts de patiënt bezoekt (minimaal éénmaal daags).
- Evalueer achteraf met alle betrokken hulpverleners.

Uitvoering

- Zet de actuele medicamenteuze symptoombestrijding (in de praktijk m.n. opioïden en/of haloperidol) in principe voort via de buccale (via het mondslijmvlies), transdermale, subcutane of intraveneuze toedieningsweg. Staak alle andere medicatie. Gebruik opioïden alleen ter voortzetting van de behandeling van pijn en/of kortademigheid en niet als sedativum.
- Staak (bij continue sedatie) eventuele enterale of parenterale toediening van vocht of voeding.
- Breng zo nodig een blaaskatheter in nadat patiënt is gesedeerd.
- Pas de dosering en de keuze van de middelen aan de hand van het comfort van de patiënt aan en niet aan de hand van de mate van bewustzijnsdaling.

Medicatieschema

Continue toediening

Continue palliatieve sedatie kan het best bereikt worden met midazolam (Dormicum®) middels een subcutaan infuus. Er wordt gebruik gemaakt van een stapsgewijze benadering:

Stap 1

Midazolam (Dormicum®)

Start bolus 10 mg s.c. gevolgd door

Onderhoudsdosering* 1,5–2,5 mg/uur continu s.c./i.v.

Bij onvoldoende effect van onderhoudsdosering:

- na minimaal 2 uur nogmaals bolus 5 mg s.c. (dit kan iedere 2 uur herhaald worden onafhankelijk van de onderhoudsdosering)
- om de 4 uur de dosering met 50% ophogen, altijd 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 onderhoudsdosering (0,5–1,5 mg/uur), en
 - langer interval (6–8 uur) voordat de onderhoudsdosering wordt opgehoogd

Indien onderhoudsdosering > 20 mg/uur doorgaan naar stap 2.

Stap 2

Levomepromazine (Nozinan®)

Start bolus 25 mg s.c./i.v. gevolgd door

Onderhoudsdosering 0,5–8 mg/uur s.c./i.v. in combinatie met midazolam. Zo nodig na 2 uur een bolus van 50 mg s.c.

Cave irritatie van de huid. Na 3 dagen dosering i.v.m. stapeling halveren.

Bij onvoldoende effect midazolam en levomepromazine staken, doorgaan naar stap 3.

Stap 3

Propofol (Diprivan®)

Alleen in ziekenhuis, onder supervisie van anesthesioloog.

Start bolus 20–50 mg i.v., gevolgd door

Onderhoudsdosering 20 mg/uur i.v.

Bij onvoldoende effect van onderhoudsdosering:

om de 15 minuten met 10 mg/uur ophogen.

Kan ook als stap 2 worden overwogen.

Intermitterende toediening

Bij een zeer korte levensverwachting (< 24 uur), bij praktische problemen met de inzet van een pomp en bij kortdurende of intermitterende sedatie kan gekozen worden voor een andere wijze van toediening en/of andere middelen.

• Midazolam (Dormicum®)

bolusinjecties, 6 dd 5–10 mg s.c., (hierbij kan gebruik worden gemaakt van een verblijfsnaaldje), zo nodig ophogen in stappen van 50% per 4 uur, zo nodig kan na 2 uur een bolus van 5 mg s.c. extra worden gegeven

• Diazepam (Valium®)

rectiole rectaal, 10 mg elk uur tot voldoende sedatie is bereikt, gemiddeld 40–60 mg per 24 uur noodzakelijk

• Lorazepam (Temesta®)

tabletten of injectievloeistof sublinguaal, 1–4 mg elke 4 uur

• Clonazepam (Rivotril®)

druppelvloeistof sublinguaal, 1–2,5 mg elke 6 uur

De VIKC ontwikkelt, implementeert en evalueert richtlijnen voor oncologische en palliatieve zorg. De VIKC neemt ook de verantwoordelijkheid voor het onderhoud en beheer van de richtlijnen.

Extra kaarten zijn te bestellen via <http://sedatiekaart.ikcnet.nl>

Sedatiekaart

De sedatiekaart is gebaseerd op de KNMG-richtlijn palliatieve sedatie uit 2009 en de hiervan afgeleide VIKC-richtlijn. Het is essentieel dat u als behandelend arts deze richtlijnen kent. Raadpleeg de meest recente versie van de richtlijnen op

www.pallialine.nl

NB Het medicatieschema van de richtlijn Palliatieve sedatie in het boek 'Palliatieve zorg, richtlijnen voor de praktijk' van 2006 is verouderd en mag niet meer worden gebruikt.

Palliatieve sedatie

Definitie

Het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase.

Sedatie kan continu, kortdurend (uren tot een dag) of intermitterend worden toegepast. Kortdurende of intermitterende sedatie kan worden ingezet voor het creëren van een time-out of in afwachting van het effect van behandeling van een symptoom.

Doel

Het bereiken van maximaal comfort van de patiënt in de stervensfase.

De mate van bewustzijnsdaling die hiervoor tijdens de sedatie noodzakelijk blijkt te zijn, varieert van oppervlakkig tot diep.

Palliatieve sedatie wordt niet toegepast:

- met de vooropgezette bedoeling om de patiënt (diep) in slaap te brengen
- om het overlijden te bespoedigen of uit te stellen

Indicatie

Ondraaglijk lijden als gevolg van één of meerdere onbehandelbare (refractaire) symptomen (vaak: pijn, kortademigheid en/of delier).

Een symptoom is of wordt refractair wanneer geen van de conventionele behandelingen (voldoende snel) effectief zijn en/of deze behandelingen gepaard gaan met onaanvaardbare bijwerkingen.

Vaak is er sprake van een (niet-lineaire) optelsom van verschillende dimensies van een symptoom en/of van verschillende symptomen, die leidt tot een voor de patiënt ondraaglijk lijden.

Oorzaken en aspecten van ernstig lijden moeten zorgvuldig worden beoordeeld en, indien mogelijk en gewenst, behandeld.