

Voor alle genoemde documenten en aanvullende informatie zie
www.netwerkpalliatievezorg.info
én download onze gratis app Palliatieve Zorg



AANDACHTSPUNTEN BIJ HET TOEPASSEN VAN PALLIATIEVE SEDATIE IN DE LAATSTE LEVENSFASE

Definitie

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, zodat 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 (bijvoorbeeld 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. Kortdurende of intermitterende sedatie kan aan de orde zijn, ook wanneer het overlijden niet binnen 2 weken verwacht wordt.

STAPSGEWIJS MEDICATIESCHEMA PALLIATIEVE SEDATIE 2009

Middel	Start met bolus	Vervolg met continue toediening
Stap 1 Midazolam (Dormicum®)	10 mg s.c./i.v., zn. elke 2 uur 5 mg s.c.	<ul style="list-style-type: none">• 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.• Bij risicofactoren (patiënten > 60 jaar, gewicht < 60 kg, ernstige nier- of leverstoornissen, sterk verlaagd serumalbumine en/of comedatie die kan leiden tot versterkte sedatie):<ul style="list-style-type: none">- lagere startdosis (0,5-1,5 mg/uur), en- langer interval (6-8 uur) voordat de onderhoudsdosering wordt opgehoogd.• Bij doseringen >20 mg/uur over naar stap 2.
Stap 2 Levomepromazine* (Nozinan®)	25 mg s.c./i.v., evt. na 2 uur bolus van 50 mg	<ul style="list-style-type: none">• 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 en over naar stap 3.
Stap 3 Propofol (Diprivan®)	20-50 mg i.v.	<ul style="list-style-type: none">• 20 mg/uur i.v., per 15 minuten met 10 mg/uur ophogen.• Toediening onder supervisie van anesthesioloog, kan in het ziekenhuis ook als stap 2 overwogen worden.

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

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).

Voorwaarden

1. De primaire voorwaarde is het bestaan van één of meerdere onbehandelbare symptomen die een ondraaglijk lijden veroorzaken: refractaire symptomen. Een symptoom is ook refractair wanneer conventionele behandelingen onvoldoende snel effect hebben, of onaanvaardbare bijwerkingen hebben. In de praktijk gaat het meestal om een onbehandelbaar delier of om onbehandelbare pijn of kortademigheid. Behandelbare oorzaken van ernstig lijden moeten zorgvuldig worden uitgesloten. Bij onrust moet bijv. gedacht worden aan behandelbare pijn, obstipatie of urineretentie, bijwerkingen van medicatie, onttrekkingsverschijnselen (staken van medicatie, nicotine of alcohol), elektrolytenstoornissen (hyponatriëmie, hypercalciëmie) of hypoglykemie. Er moet gedacht worden aan psychische oorzaken van onrust of angst. 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.
2. Bij diepe sedatie bedraagt de levensverwachting dagen tot maximaal 2 weken. Het effect van diepe sedatie bij een patiënt met een langere levensverwachting is erg onzeker doordat er tolerantie voor de toegediende medicamenten kan optreden, tevens is er een grotere kans op het ontstaan van technische problemen. Bovendien zal diepe sedatie het moment van overlijden wel degelijk beïnvloeden bij patiënten met een langere levensverwachting, omdat zij vaak nog voeding en vocht tot zich nemen, wat na sedatie niet meer mogelijk is.
3. De indicatie voor sedatie is primair een medische beslissing. De arts 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. Bij voorkeur wordt voor start sedatie het Palliatief Advies Team Oss-Meierijstad-Uden geraadpleegd. Bereikbaar van maandag t/m/ vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur op 0413 - 40 22 29. Buiten kantooruren (tot 20.00u en weekend/ feestdagen van 08.00-20.00u is het palliatief adviesteam bereikbaar via receptie Bernhoven op 0413 - 40 40 40. De overwegingen om over te gaan tot sedatie moeten duidelijk worden gedocumenteerd. De indicatie voor sedatie is primair een medische beslissing.
4. Het toepassen van sedatie is in overeenstemming met de wensen van de patiënt en/of naasten.

Uitvoering

1. Bij het starten van sedatie is het essentieel dat de behandelend arts aanwezig is. Deze is verantwoordelijk voor de indicatiestelling, dosering van middelen en uitvoering. Bij een bolustoediening als start kan de patiënt snel het bewustzijn verliezen; sedatie kan mede daardoor een emotioneel zeer beladen situatie zijn, voor de patiënt, zijn naasten en soms ook voor de zorgverlener.
2. Uit ervaring blijkt dat de diepte van de sedatie in de loop van de tijd kan variëren, ook bij hoge doseringen van sedativa. Wees daarom bedacht op situaties waarin de patiënt toch weer wakker wordt. Het is belangrijk zowel de patiënt als de familie hiervan op de hoogte te stellen. Benadruk dat de dosering van het sedativum wordt bepaald door de mate van symptoomcontrole: het comfortabel zijn van de patiënt, en niet primair door de mate van de bewustzijnsdaling.
3. In acute situaties waarin het niet mogelijk is voorafgaande aan het besluit tot palliatieve sedatie te overleggen, heeft de behandelend arts de ruimte om op geleide van de toestand van de patiënt tot palliatieve sedatie te besluiten.
4. Diepe sedatie in de laatste levensfase kan het best bereikt worden met midazolam (Dormicum®) middels een continu subcutaan infuus. Inbrengen van het infuus en instellen van de pomp kan door een arts of een verpleegkundige worden verricht. Bij een zeer korte levensverwachting (< 24 uur), het niet onder controle hebben van de symptomen of praktische problemen met het verkrijgen of vergoeden van een pomp kan midazolam ook door middel van intermitterende s.c. injecties worden toegediend.
5. Controleer en handhaaf zo nodig de overige medicatie.