

# RICHTLIJN PALLIATIEVE SEDATIE

## Niet zomaar ‘doen slapen’!

M. DESMET

### SAMENVATTING

De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen heeft recent haar richtlijn Palliatieve Sedatie herzien. Deze uitvoerige tekst werd ook uitgegeven in een kortere, praktische vouwkaart. Een belangrijk hulpmiddel, want palliatieve sedatie wordt bij meer dan tien procent van alle overlijdens op een of andere manier toegepast.

M. Desmet is arts palliatieve zorg in het Jessa Ziekenhuis te Hasselt.

Correspondentie: marc.desmet@jessazh.be

Belangenconflict: geen

**Desmet M. Richtlijn Palliatieve sedatie: niet zomaar ‘doen slapen’!**  
*Huisarts Nu* 2013;42:116-8.

### INLEIDING

Palliatieve sedatie staat voor ‘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 of weerbarstige symptomen op adequate wijze te controleren’.

Palliatieve sedatie staat dus niet zomaar gelijk met iemand diep doen slapen in zijn of haar laatste levensdagen. Palliatieve sedatie kan diep of licht zijn, waarbij in het laatste geval nog contact mogelijk kan zijn. Ze kan continu toegepast worden of intermitterend, waarbij de zieke bijvoorbeeld dagelijks gedurende enkele uren terug gewekt wordt. Ze kan tot aan het overlijden doorgaan of tijdelijk zijn, bijvoorbeeld om een time-out te creëren in een acute, daarom nog niet terminale crisissituatie.

Palliatieve sedatie is niet hetzelfde als euthanasie. Het is normaal medisch handelen dat de intentie heeft niet méér bewustzijnsverlaging als nodig te geven voor een goed comfort. Proportionaliteit staat hierbij centraal. Bij euthanasie daarentegen geeft de arts bewust een overdosis om het leven te beëindigen, op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt zelf. De medicatie die gebruikt wordt bij sedatie – titrering met een benzodiazepine of/een sederend neurolepticum – is in de grote meerderheid van de gevallen trouwens ook anders dan bij euthanasie waarbij men werkt met een barbituraat en een spierverslapper.

### INDICATIES VOOR PALLIATIEVE SEDATIE

Palliatieve sedatie wordt toegepast omwille van ondraaglijk lijden wegens één of meer refractaire symptomen die niet afdoend verlicht kunnen worden op de gebruikelijke wijze. Het gaat op fysiek vlak vaak om extreme dyspneu of terminaal delir, soms persisterende pijn,... Maar ook psychische en/of existentiële symptomen kunnen refractair zijn. Sommige patiënten kunnen mentaal niet meer, zijn ‘op’, zijn ‘het zo moe’,

kunnen niet meer tegen de toenemende afhankelijkheid in de laatste dagen.

Palliatieve sedatie is pas een optie wanneer vooreerst in overleg met de patiënt en zijn naasten en met het interdisciplinair team is vastgesteld welke symptomen het ondraaglijk lijden veroorzaken. Vervolgens moet men zich expliciet de vraag te stellen: ‘Wat kunnen we nog meer/ beter doen?’ Als na gespecialiseerd palliatief advies is vastgesteld dat de genomen maatregelen geen soelaas bieden, is palliatieve sedatie een mogelijkheid.

### VOORWAARDEN VOOR PALLIATIEVE SEDATIE

Het gaat dus bijna altijd – tenzij bij tijdelijke sedatie – om een patiënt die in de stervensfase verkeert (prognose doorgaans enkele dagen, uitzonderlijk één à twee weken) en die ondraaglijk lijdt ondanks optimale zorg, zoals net gesteld.

De beslissing tot palliatieve sedatie ligt bij de arts maar deze gebeurt toch zoveel mogelijk in consensus tussen patiënt, naasten en zorgverstrekkers. Het kan daarbij gaan om een wilsbekwame patiënt die zijn geïnformeerde toestemming moet geven, zo mogelijk met wat bedenktijd. Niet zelden betreft het evenwel een wilsonbekwame patiënt (bijvoorbeeld bij terminaal delirium) maar die misschien wel een voorafgaande wilsverklaring heeft waarin hij de mogelijkheid van palliatieve sedatie heeft aangegeven. Dit is niet noodzakelijk. Misschien heeft de wilsonbekwame patiënt ook schriftelijk een vertegenwoordiger aangeduid die geconsulteerd wordt zo mogelijk.

Palliatieve sedatie kan soms redelijk rustig voorbereid worden, maar soms dringt ze zich acuut op zoals bij verstikkingsgevaar of andere dramatische verwickelingen. Een bespreking vooraf met risicopatiënten is aanbevolen, alsook met de zorgverleners over de precieze werkwijze bij een acuut event.

### VOORBEREIDING VAN PALLIATIEVE SEDATIE

#### Materiaal en expertise

Bij de concrete voorbereiding van een palliatieve sedatie moet men er uiteraard voor zorgen dat men over de nodige medicatie en het materiaal voor toediening beschikt, o.a. over een goed werkende spuitpomp of -aandrijver.

De vraag is ook of er voldoende expertise is bij de concrete hulpverleners. Niet iedereen heeft evenveel ervaring met sedatie. Daarom is het vaak aangewezen om een beroep te doen op een gespecialiseerd palliatief team, zowel in de thuiszorg als in een ziekenhuis of woonzorgcentrum (WZC). Hier kan het belang van een goede communicatie niet genoeg benadrukt worden.

#### Afspraken binnen het palliatief team

Binnen het team moeten er heldere afspraken zijn over de start, die ook altijd een symbolische, bijna rituele betekenis

heeft: wanneer begint men eraan? Wie zal/ kan daarbij aanwezig zijn: welke familieleden, welke verpleegkundige, arts? Welke parameters zal men opvolgen tijdens de sedatie: hoe volgt men de diepte van de sedatie, welke symptomen waren aanwezig (dyspneu, pijn, onrust,...), hoe volgt men urineproductie op? Start men met een startbolus zodat de zieke direct slaapt of is geleidelijk aan minder bewust worden oké? Is 'zo nodig' medicatie voorzien en welke dosis is afgesproken bijvoorbeeld bij ongewenst terug meer wakker worden? En hoe wordt de communicatie tussen al de betrokken hulpverleners gevoerd (logboek, digitaal...)?

Er moet ook overlegd worden over bepaalde comfortmaatregelen: welke handelingen en medicatie die niet meer bijdragen tot comfort, zullen worden stopgezet? Welke medicatie moet zeker voortgezet worden voor symptoomcontrole: een louter bewustzijnsverlaging lost immers een pijn-, jeuk- of braakprobleem niet op, daarvoor is specifieke medicatie verder nodig. Daarnaast wordt bij continue palliatieve sedatie kunstmatige vocht- en voedingtoediening doorgaans gestaakt of nagelaten. Dit gevoelige onderwerp vraagt zeker overleg met de patiënt en zijn naasten, met de belangrijke boodschap dat *'stoppen van vocht en voeding geen lijden bij de zieke geeft'*.

### Gesprek met de patiënt en naasten

We kunnen niet genoeg het belang van het gesprek met de patiënt (zo mogelijk) en nog meer met de naasten benadrukken. Een aantal boodschappen zijn essentieel, zoals: *'Palliatieve sedatie is geen gemakkelijksoplossing, want eens de persoon slaapt, kun je er niet meer mee spreken.'* Hoe evident dergelijke boodschap ook lijkt, toch blijkt het essentieel dit te vermelden. Ook: *'Wie wil de patiënt nog spreken, nu hij of zij nog goed bewust is? Welke belangrijke persoon is hier nu afwezig?'* De naasten zijn immers geneigd de arts aan te zetten om de sedatie snel te starten om het lijden weg te nemen maar denken niet aan vragen die nadien opduiken.

Laat dus zo mogelijk voldoende tijd tussen beslissing en uitvoering. Andere nuttige waarschuwingen zijn: *'Het kan enkele uren duren tot voldoende sedatie bereikt is.'* En: *'Palliatieve sedatie duurt soms langer dan verwacht.'*

Een centraal doel van de communicatie met de naasten is ook de intentie van de sedatie scherp te stellen: de bedoeling is comfort, niet het bereiken van een coma en evenmin levensverkorting. Deze uitklaring vooraf kan een aantal spanningen met familieleden en naasten in het verloop van de sedatie voorkomen.

### Vorbereiding van het afscheid

Ten slotte is aandacht en zorg voor een goed afscheid vóór de start van de palliatieve sedatie een andere communicatietopic: wenst men een ritueel? Wil men zelf een ritueel doen, zoals bijvoorbeeld kleinkinderen die muziek spelen?

Meer praktisch stelt zich ook de vraag: *'Wie spreken we eerst aan bij een probleem?'* De zorgverlener zal ook zijn patiëntendossier vervolledigen. Het betreft: de beschrijving van de toestand van de patiënt; de besluitvorming tot palliatieve sedatie; het medisch voorschrift palliatieve sedatie en het aanduiden van de start van de sedatie op de medicatiefiche; en tot slot de evaluatie en aanpassing van de doseringen.

### KERNPUNTEN

De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen heeft recent haar richtlijn Palliatieve Sedatie herzien. Deze werd ook uitgegeven in een kortere, praktische vouwkaart.

Palliatieve sedatie is niet hetzelfde als euthanasie. Het is een normaal medisch handelen dat de intentie heeft niet méér bewustzijnsverlaging als nodig te geven voor een goed comfort. Ook de medicatie is verschillend.

De beslissing tot palliatieve sedatie ligt bij de arts maar deze gebeurt toch zoveel mogelijk in consensus tussen patiënt, naasten en zorgverstrekkers.

Binnen het team moeten er heldere afspraken zijn over de start, die ook altijd een symbolische, bijna rituele betekenis heeft.

Een centraal doel van de communicatie met de naasten is ook de intentie van de sedatie scherp te stellen: de bedoeling is comfort, niet het bereiken van een coma en evenmin levensverkorting.

### HET GEBRUIK VAN SEDATIVA

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

#### Dosering

##### Inductie (bolus)

Bij start lichte palliatieve sedatie:

- 2,5 mg midazolam (Dormicum®) 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 een half uur (SC), de helft van de startdosis toevoegen. Niet zelden is aangewezen om tijdens de eerste uren van de palliatieve sedatie nog 2 à 3 extra bolussen te geven.

##### Onderhoudsdosering (spuitaandrijver)

Na start van de palliatieve sedatie (met startbolus) bepaalt men een onderhoudsdosis per uur, met name: **de helft van de totale (!) startdosis**. Deze **totale startdosis omvat de dosis gegeven tijdens de eerste twee uur (SC) of het eerste half uur (IV)**. De onderhoudsdosering voor een lichte palliatieve sedatie bedraagt doorgaans 60 mg/d SC of 30 mg/d IV; de onderhoudsdosering voor een diepe palliatieve sedatie 60 tot 240 mg/d.

Een voorbeeld (lichte palliatieve sedatie): bij een startdosis van 2,5 mg midazolam SC waaraan 2 x 1,25 mg werd toegevoegd om voldoende effect te bereiken is de totale startbolus 5 mg. Bij deze totale startbolus hoort een onderhoudsdosering van 2,5 mg per uur of dus 24 x 2,5 = 60 mg/d (SC).

#### Trappen van sedaties

Veel sedaties gebeuren louter met midazolam; toch zijn er drie trappen van sedatie te onderscheiden:

**Trap 1:** gebruik van enkel midazolam (Dormicum®) voor lichte en diepe palliatieve sedatie. In de praktijk start men een sedatie dus met midazolam.

**Trap 2:** indien midazolam ondanks verhoging (bijvoorbeeld 200 mg) onvoldoende sedatie geeft, voegt men een sederend neurolepticum toe: clotiapine (Etumine®) of levomepromazine (Nozinan®). Dit is dus enkel voor diepe palliatieve sedatie

**Trap 3:** gebruik van anestheticum propofol (Diprivan®), thiobarbital,... enkel voor diepe sedatie en in overleg met een anesthesist.

## AANDACHTSPUNTEN BIJ DE TOEDIENING

### Aanwezigheid van de arts

De arts zal in principe aanwezig zijn bij inductie van diepe palliatieve sedatie (tenzij deze zeer acuut moet gebeuren zonder arts) en zo mogelijk blijft de arts tot stabiel sedatief effect is bereikt. Dit is meestal na een half uur (IV) tot twee uur (SC), indien met startbolus wordt gewerkt.

### Subcutane en intraveneuze toediening

Palliatieve sedatie kan subcutaan (SC) of intraveneus (IV). Subcutaan werkt geleidelijker en veiliger en wordt vooral gebruikt bij lichte palliatieve sedatie. Intraveneuze toediening heeft een sneller en krachtiger effect en laat fijnere titratie mogelijk. Ze wordt vooral gebruikt bij snelle diepe palliatieve sedatie. IV-bolus gebeurt steeds via trage injectie (1 mg per min.). Diepe palliatieve sedatie kan ook subcutaan door snellere aanpassing van de onderhoudsdosis van lichte sedatie. De omrekenfactor van subcutaan naar intraveneus bedraagt 1/2: delen door 2 dus.

### Individuele dosering

Om de sedatie goed te kunnen 'titreren' verdient een aparte pomp voor sedativa aanbeveling, naast een andere pomp met bijvoorbeeld narcotica en anti-emetica.

De voorgestelde doses zijn indicatief en moeten vrijwel steeds worden aangepast in functie van de individuele patiënt. Om het beoogde comfort te bereiken hebben sommigen slechts een lagere start- en onderhoudsdosis (1/4 tot 1/2) nodig en een langer interval (subcutaan 2 uur) alvorens de onderhoudsdosis te verhogen. Dit geldt vooral bij zieken ouder dan 60 jaar, met een laag gewicht <60 kg, met ernstige nier- of leverstoornissen,... Omgekeerd vereisen patiënten met een verleden van alcohol- en medicatieabusibus doorgaans hogere dosissen. Dit is een belangrijk aandachtspunt!

### Aanpassingstijden

Nuttig is ook om het verschil in aanpassingstijden te kennen, namelijk: bij start van palliatieve sedatie met bolus wordt de bolusmedicatie subcutaan om de 30 min herhaald zo nodig, terwijl dit intraveneus om de 5 min kan gezien de veel snellere werking intraveneus.

Bij intermitterende palliatieve sedatie dienen subcutaan toegevoerde sedativa 2 uur voor het geplande ontwaken van de patiënt stopgezet te worden, terwijl bij intraveneuze toediening slechts 1/2 uur voor ontwaken. Bij het opnieuw starten van de palliatieve sedatie: geef én startbolus én onderhoudsdosis.

### Reëel sederend effect

Het reëel sederend effect is 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 over het verloop van de sedatie dient dan ook vóór de start van de sedatie te gebeuren.

## AANDACHTSPUNTEN BIJ DE OPVOLGING

- Observeer mogelijke uitingen van discomfort (o.a. gelaatsuitdrukking, bewegingen, spierspanning, geluiden) en de diepte van de slaap.
- Wees als behandelend arts (of vervanger) permanent telefonisch bereikbaar, bezoek de patiënt minstens eenmaal per dag en pas het medicatieschema zo nodig aan (en noteer dit in het dossier of logboek!).
- Verifieer de toedieningsweg en de resorptie medicatie – subcutaan moet de naald vaak na een tweetal dagen verplaatst worden en controleer of er geen volle blaas is.
- Breng een blaaskatheter in na inductie van de sedatie.
- Behandel pijn en/of kortademigheid met specifieke medicatie. Start of continueer de toediening van morfine (uitsluitend ter bestrijding van pijn en/of kortademigheid!) en titreer de dosis volgens de veronderstelde mate van pijn en/of dyspneu.
- 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 (noteer dit in dossier!).
- Zorg voor permanente ondersteuning van naasten en hulpverleners (regelmatige aanwezigheid en beginnende rouwzorg).
- Zorg voor goede nazorg (nabestaanden en hulpverleners).

### TOT SLOT

Dit blijft een 'richt-lijn', een hulpmiddel waarbij de praktische uitvoering telkens aan de concrete, praktische omstandigheden – thuis, ziekenhuis, woon- en zorgcentrum – moet worden aangepast. Het is dus geen strikt toe te passen juridische procedure.

De richtlijn Palliatieve sedatie werd opgesteld door prof. dr. Bert Broeckaert en de Stuurgroep Ethiek van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen.

De volledige richtlijn en de bijbehorende vouwkaart vindt u terug op [www.pallialine.be](http://www.pallialine.be) of op [www.palliatief.be](http://www.palliatief.be)



## 44e Medisch-psychologisch weekend

## ALLEEN OP DE WERELD HUISARTS EN EENZAAMHEID

5 en 6 oktober 2013 – Hotel Floréal – Blankenberge

Informatie en inschrijvingen via de website:

[www.domusmedica.be/mpw2013](http://www.domusmedica.be/mpw2013)