

Palliatieve Sedatie Werkafspraken voor artsen

Deze werkafspraken zijn bedoeld voor artsen die te maken krijgen met palliatieve sedatie bij volwassen patiënten in de laatste levensfase.

Definitie

Palliatieve sedatie is het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase. Het doel is om anderszins onbehandelbaar lijden te verlichten. De mate van sedatie kan uiteenlopen van oppervlakkig (communicatie is nog mogelijk) tot diep (de patiënt slaapt continu). Bij kortdurende of intermitterende sedatie wordt de patiënt tijdelijk gesedeerd met de bedoeling weer wakker te worden. Palliatieve sedatie is normaal medisch handelen, mits wordt voldaan aan de voorwaarden. Palliatieve sedatie is niet gericht op het bekorten van het leven.

Besluitvorming

Een besluit tot palliatieve sedatie is een medische beslissing en is een mogelijke uitkomst in een palliatief zorgtraject. Het gaat om patiënten die stervende zijn en ondraaglijk lijden. Diepe en continue palliatieve sedatie is alleen toegestaan als de levensverwachting korter is dan 1 tot 2 weken en het symptoom refractair is. Ook existentieel lijden kan een refractair symptoom zijn. Het gaat hierbij om de zinloosheid van het bestaan in het perspectief van een overlijden dat binnen 1 tot 2 weken verwacht kan worden. Een besluit tot palliatieve sedatie is zeer ingrijpend en complex. Daarom is het raadzaam altijd een palliatief consulent te raadplegen.

Verpleegkundigen hebben een belangrijke taak bij het leveren van input voor de indicatiestelling, het inschatten of aan de voorwaarden is voldaan en de uitvoering van de sedatie.

- o Bespreek in een zo vroeg mogelijk stadium met patiënt en naasten wat sedatie inhoudt en wat zij kunnen verwachten. Leg daarbij uit dat palliatieve sedatie alleen mogelijk is als aan alle criteria is voldaan.
- o Ga na of er aan alle criteria is voldaan alvorens afspraken te maken met de patiënt.
- o Leg de besluitvorming vast in het medisch dossier en informeer alle betrokken hulpverleners.

Criteria

1. Bepaal of het symptoom refractair is. Een symptoom is of wordt refractair als geen van de conventionele behandelingen (voldoende snel) effectief zijn en/of deze behandelingen gepaard gaan met onaanvaardbare bijwerkingen.
2. Bepaal of de levensverwachting korter is dan 1 tot 2 weken. Er moet sprake zijn van een stervende patiënt met meerdere kenmerken van de stervensfase. Bij een levensverwachting van langer dan 2 weken is oppervlakkige of kortdurende/intermitterende sedatie een overweging.
3. Bepaal of de sedatie conform de wensen van de patiënt is.
4. Bepaal of u voldoende kennis heeft over zowel palliatieve sedatie als over het behandelen van refractaire symptomen. Zo niet, dan dient u een deskundige te consulteren, bij voorkeur een palliatief consulent.

Vorbereiding

- o Bespreek met de patiënt en naasten wie als vertegenwoordiger van de patiënt optreedt.
- o Geef de patiënt gelegenheid om afscheid te nemen.
- o Zorg voor beschikbaarheid van de benodigde medicatie en de materialen voor de toediening.
- o Bespreek de inzet van gespecialiseerde technische thuiszorg bij het starten van sedatie via subcutane of intraveneuze toediening met een infuuspomp. Bedenk dat verpleegkundigen bij de uitvoering van sedatie hun eigen BIG-verantwoordelijkheid hebben.
- o Maak afspraken met alle betrokkenen over de gewenste mate van sedatie (oppervlakkig of diep), over de duur ervan (continu of intermitterend) en over de evaluatie van het effect. Leg dit vast in het medisch dossier en informeer alle betrokken zorgverleners.
- o Maak heldere afspraken over wie wat uitvoert (arts, verpleegkundige) inclusief bereikbaarheid, beschikbaarheid en overdracht.
- o Geef aan de patiënt en naasten uitleg over de tijdsduur tot voldoende sedatie wordt bereikt en de mogelijkheid dat de patiënt weer wakker wordt. Deel de patiëntenfolder 'Palliatieve Sedatie' uit (www.icknet.nl).

Verslaglegging en evaluatie

Relevante gegevens over de patiënt en diens situatie dienen te worden vastgelegd: besluitvorming, uitvoering, evaluatie en de criteria om de dosering aan te passen.

Uitvoering

- o De arts is altijd aanwezig bij de aanvang van de palliatieve sedatie.
- o De sedatie wordt proportioneel toegepast; de dosering, de combinaties en het doel worden bepaald door de mate van symptoomcontrole en niet door de mate van bewustzijnsdaling.
- o Vocht en voeding: bij diepe palliatieve sedatie wordt het toedienen van vocht en voeding gestaakt.
- o Saneer medicatie: start of continueer toediening van morfine uitsluitend ter bestrijding van pijn en/of kortademigheid en titreer de dosis aan de hand van de veronderstelde mate van pijn en/of dyspnoe.
- o Staak alle niet strikt noodzakelijke medische en verpleegkundige handelingen.
- o De behandelend arts bezoekt minimaal eenmaal daags de patiënt.

Middelen en stappenplan

Bij palliatieve sedatie wordt een stapsgewijze benadering aangehouden. Indien bij een adequate dosering niet het gewenste effect wordt bereikt, kan worden overgegaan naar de volgende stap. Bij onvoldoende reactie op midazolam moet, voordat men doorgaat met de volgende stap, worden nagegaan of de toedieningsweg in orde is, de medicatie in orde is en of er sprake is van storende en beïnvloedbare factoren (zoals volle blaas en obstipatie).

	Middel	Bolus	Continue toediening
Stap 1	Midazolam	Bij start sedatie 10 mg s.c., z.n. elke 2 uur 5 mg s.c.*	Startdosering 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. Bij doseringen > 20 mg/uur zie stap 2.
Stap 2	Levomepromazine	25 mg s.c./i.v., evt. na 2 uur 50 mg**	0,5-8 mg/uur s.c./i.v. in combinatie met midazolam. Bij onvoldoende effect midazolam en levomepromazine staken, zie stap 3.
Stap 3	Kan in overleg met het Palliatief Consultatieteam en een anesthesioloog worden overwogen en uitgevoerd.		

* Bij risicofactoren (patiënten > 60 jaar, gewicht < 60 kg, ernstige nier- of leverstoornissen, sterk verlaagd serumalbumine en/of co-medicatie die kan leiden tot versterkte sedatie): lagere startdosis (0,5-1,5 mg/uur) en langer interval (6-8 uur) voordat de onderhoudsdosering wordt opgehoofd.

** Levomepromazine stapelt als gevolg van de lange halfwaardetijd: na drie dagen wordt de dosering gehalveerd.

Middelen bij kortdurende of intermitterende palliatieve sedatie:

- o Midazolam 6 dd 5-10 mg, zo nodig verdubbelen per 4 uur of
- o Diazepam 10 mg rectaal ieder uur totdat voldoende sedatie bereikt is of
- o Lorazepam sublinguaal 1-4 mg elke 4 uur.

Aanvullende maatregelen

- o Blaaskatheter, kort nadat de patiënt effectief gesedeerd is;
- o Beleid voor wondverzorging, wassen, mondverzorging en anti-decubitusmaatregelen;
- o Eenmaal per drie dagen klyisma bij uitblijven defaecatie (ondanks afwezigheid voeding);
- o Preventie van onttrekkingsverschijnselen (bijvoorbeeld nicotinepleister);
- o Dagelijkse evaluatie van de zorg;
- o Nagesprek met zowel de naasten als de betrokken hulpverleners.

Deze werkspraken zijn gebaseerd op: VIKC, *Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk*, Richtlijn Palliatieve sedatie, januari 2009 (www.pallialine.nl) en *KNMG-richtlijn palliatieve sedatie*, maart 2009 (www.knmg.nl).

Uitgave IKW, april 2009

Consultatieteam Palliatieve Zorg Midden-Holland
Werkdagen van 8:00 tot 17:00 uur: 0182 50 56 48
Bij acute vragen: Werkdagen van 17:00 tot 22:00 uur
en weekend van 9:00 tot 17:00 uur: 071 525 07 90

ikw integraal
kankercentrum
West