

Palliatieve sedatie: van richtlijn tot praktijk

Presentatie gebaseerd op:

Richtlijn palliatieve sedatie (auteur: prof.dr. Bert Broeckaert, KU Leuven, i.s.m. A. Mullie, J. Gielen, M. Desmet, D. Declerck, P. Vanden Berghe en Stuurgroep Ethiek FPZV). 30 juni 2012.



Dinsdag 08/11/2022

LESOPBOUW

Inleiding

- ✓ Doel van palliatieve zorg
- ✓ Situering van de richtlijn palliatieve sedatie binnen de palliatieve zorg



Bespreking palliatieve sedatie

1. Definitie palliatieve sedatie
2. Stappenplan palliatieve sedatie
3. Checklijst palliatieve sedatie
4. Palliatieve sedatie in de praktijk

Besluit en take home messages

Inleiding: Doel van palliatieve zorg

- **Definitie palliatieve zorg (WHO 2002):**

“Palliatieve zorg (PZ) is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten, die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, d.m.v. vroegtijdige ontdekking en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard”.

- **Doel van palliatieve zorg:**

- ✓ “Quality of life” nastreven
- ✓ “Good death” nastreven

waarbij de volgende factoren belangrijk zijn:

- Controle van de symptomen
- Voorbereiding op het sterven
- Kans van afsluiten, “sense of completion” van het leven
- Een goede relatie met zorgverleners

Inleiding: Situering richtlijn binnen de palliatieve zorg

- **2002: wet palliatieve zorg, wet op patiëntenrechten, wet euthanasie**
- **2006: Brochure medisch begeleid sterven. Een begrippenkader.**
 - Curatief of levensverlengend handelen
 - Palliatief handelen en symptoomcontrole
 - Actieve levensbeëindiging
- **2010/2012: Richtlijn palliatieve sedatie.**

Jaren nadien kritiek, bedenkingen, discussies...: Dunne lijn met euthanasie? Euthanasie uit de weg willen gaan... Onvoldoende communicatie, overleg? Hoeveel medicatie is nodig? Meer wetgeving nodig, controle?

 - vaak ethische beslissingen
 - zorgvuldigheid
- **2019: Checklijst palliatieve sedatie**

BESPREKING PALLIATIEVE SEDATIE

- 1) Definitie palliatieve sedatie
- 2) Stappenplan palliatieve sedatie
- 3) Checklijst palliatieve sedatie

1) DEFINITIE PALLIATIEVE SEDATIE

- “Palliatieve sedatie is 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 meerdere **refractaire symptomen** op een adequate wijze te controleren.”

- \leftrightarrow sedatie in andere context



Terminale patiënt

Wat is terminale zorg?

- Zorg in de laatste levensdagen
- Zorg kort na het overlijden
- Begeleiding van de naasten
- Bevat alle aspecten van palliatieve zorg
 - ✓ Symptoomcontrole
 - ✓ Psychosociale factoren
 - ✓ Spirituele zorg
 - ✓ Organisatie

Tijdige herkenning van terminale fase.

Final common pathway



Zoveel als nodig: proportionaliteit

- Onder controle brengen van één of meerdere symptomen door het bewustzijn **zoveel en zolang als nodig** te verlagen.
- Lichte of diepe palliatieve sedatie.
- Continue of intermittente (met tussenpozen) sedatie en soms tijdelijk (om een soms noodzakelijke 'time out' te creëren) of tot overlijden.
- Evolutie is mogelijk: **dynamische** opvatting

Eén of meerdere refractaire symptomen

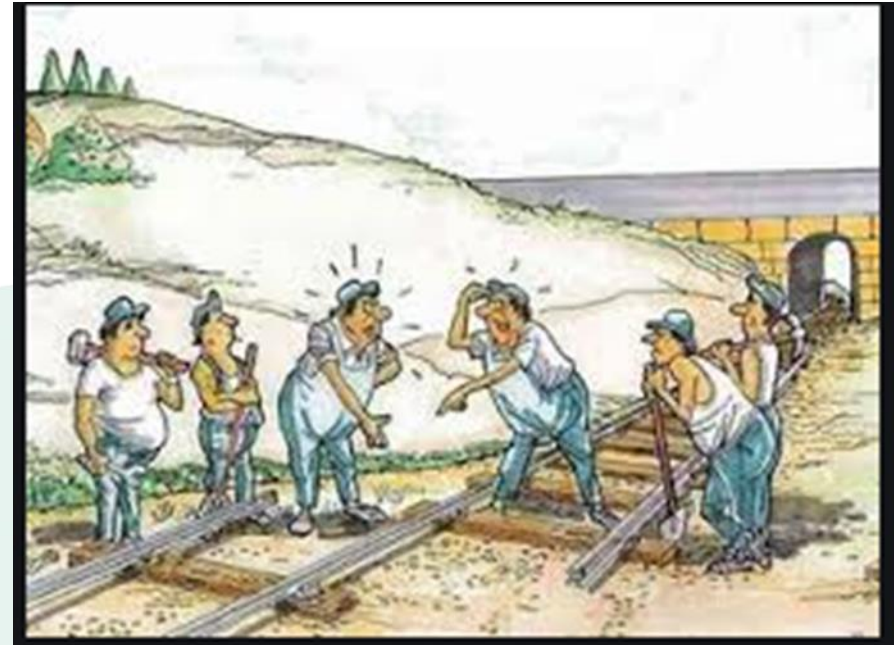
- Weerbarstige symptomen die ernstig lijden veroorzaken en die slechts via bewustzijnsverlaging (dus indirect) onder controle kunnen worden gebracht.
- De normale behandelingen
 - ✓ werken niet of onvoldoende
 - ✓ werken te traag (vb antidepressiva of bepaalde medicatie bij zenuwpijn)
 - ✓ hebben onaanvaardbare bijwerkingen.

Opmerkingen

- Niet alle gebruik van sedativa in pall. zorg = palliatieve sedatie
 - vb: bij pijnlijke of belastende procedures, neuroleptica bij delier, slaapmedicatie.
- Refractaire versus moeilijke symptomen
 - Niet te snel overgaan tot palliatieve sedatie
 - Interdisciplinariteit en gespecialiseerde deskundigheid zijn basisvereisten.
- Wat met voedsel en vocht? (niet opgenomen in de definitie)
 - Meestal = stop(zetten) van voedsel en vocht vroeger dan beslissing palliatieve sedatie.
 - Levensverkortend effect van niet kunstmatig hydrateren is vrijwel nihil in terminale fase.
 - Kunstmatige vochttoediening geeft meer kans op discomfort.
 - Palliatieve sedatie en stop voedsel- en vochttoediening = twee aparte beslissingen.

2) STAPPENPLAN PALLIATIEVE SEDATIE

- Voorwaarden
- Voorbereiding
- Het gebruik van sedativa
- Aanvullende maatregelen
- Zorg na de palliatieve sedatie

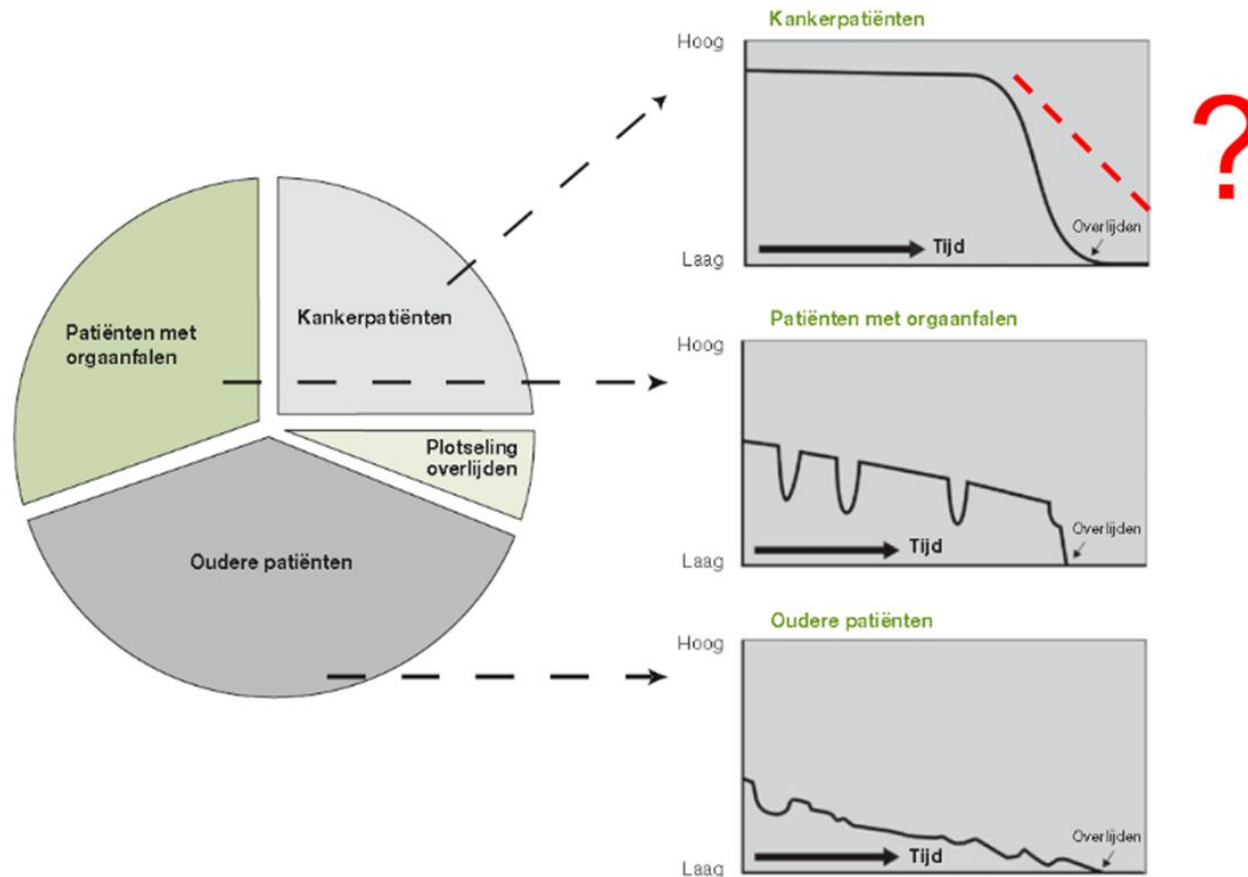


Voorwaarden

1. Palliatieve, terminale patiënten
2. Ondraaglijk lijden door één of meerdere refractaire symptomen
3. Geïnformeerde toestemming
4. Acute palliatieve sedatie

Voorwaarde : palliatieve terminale patiënt

Figuur 1: Drie hoofdtrajecten van ziekten, elk met hun eigen noden. (bron: Lynn J, et al in Palliative Care the Solid Facts 2004 WHO Europe)



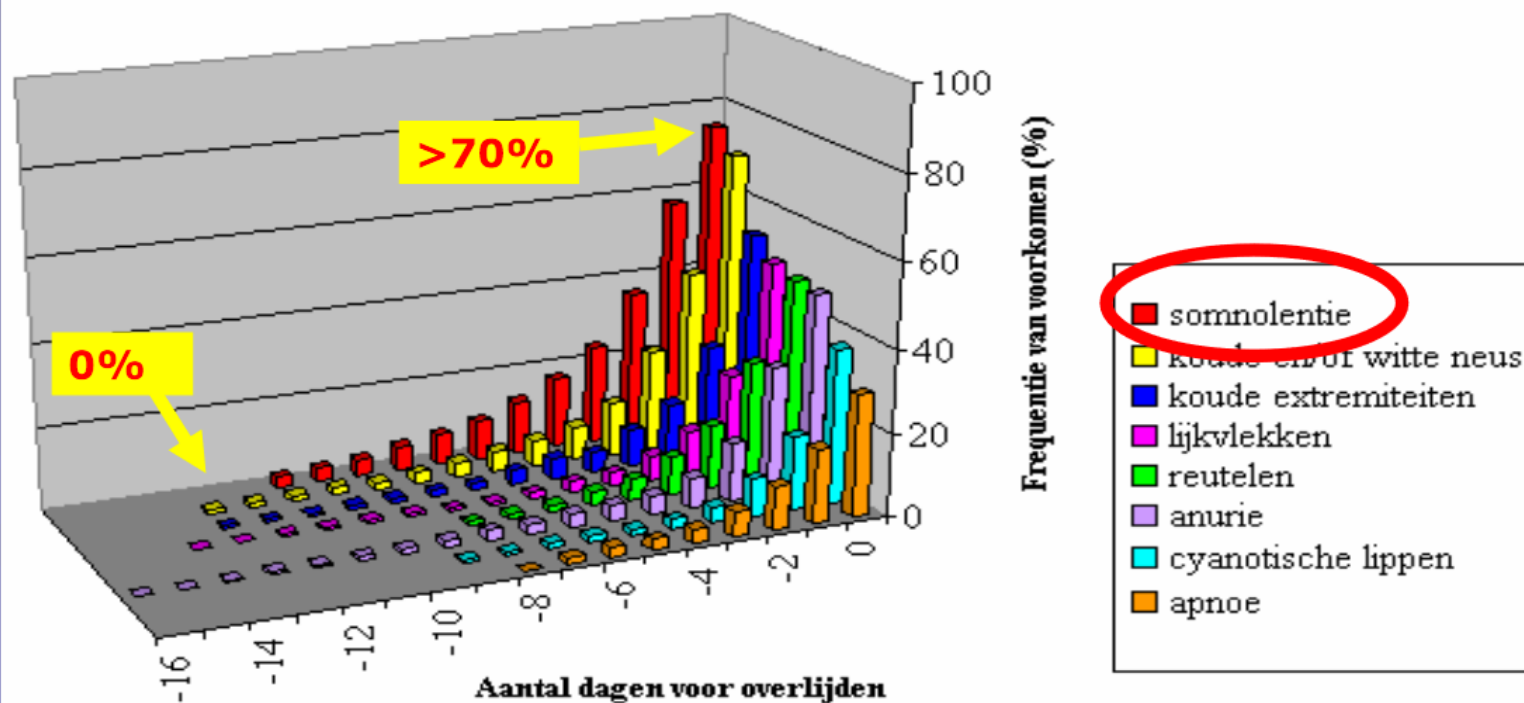
Voorwaarde : palliatieve terminale patiënt

Kenmerken van de stervensfase: Final common pathway door metabole ontregeling van het lichaam (vrijkomen van cytokines)

- Anorexie/cachexie syndroom
- Verminderde pompfunctie hart:
 - ↓ perifere circulatie: witte spitse neus, droge slijmvliezen, nierinsufficiëntie, koude extremiteiten, oligurie, lijkvlekken, blauwe lippen
 - Cerebrale hypoxie: sufheid
 - Respiratoire insuff door longoedeem: benauwdheid/ sufheid
- ↓ nier- en leverfunctie: ↓klaring medicatie, sufheid
- Cerebrale ischemie: sufheid, ↓hoest- en slikreflex → reutelen, Cheyne Stokes ademhaling

Lic. thesis ziekenhuiswetenschap, 2003, K. Hufkens, G Evers (†), J Menten.

Frequentie van voorkomen van alle tekens vanaf moment van optreden tot overlijden (n = 685 patiënten)



Voorwaarde: palliatieve terminale patiënt

- **Objectief waarneembare tekens van naderend overlijden bij palliatieve patiënten.** *Een prospectieve cohort studie bij Vlaamse palliatieve zorgpatiënten. Prof Dr J Menten, mede namens Sofie Heylen, Karen Hufkens (13-09-2012)*
 - Dood voorspelbaar op basis van observatie.
 - ✓ bij 50% 2 dagen voordien
 - ✓ bij 75% 1 dag voordien
 - Somnolentie is meest frequent voorspellende symptoom, maar is alléén weinig bruikbaar:
 - ✓ 3-4 symptomen zijn het meest voorspellend (1-3 dagen)
 - ✓ ≥ 5 symptomen wijzen op een acuut stervende patiënt (≤ 1 dag)
 - Ongeacht de ziektediagnose (kanker of niet) zijn deze waarnemingen gelijklopend in de 8 meewerkende palliatieve zorgeenheden.

Voorwaarde: ondraaglijk lijden door één of meerdere refractaire symptomen.

1. Vaststellen welke fysieke, psychische en/of existentiële symptomen aan de basis liggen van dit lijden.
2. Interdisciplinaire evaluatie en optimalisering van de geboden palliatieve zorg.
3. Gespecialiseerd palliatief advies.
4. Indien onvoldoende effect → refractaire symptomen → palliatieve sedatie te overwegen.

Voorwaarde: ondraaglijk lijden door één of meerdere refractaire symptomen.

- **Fysieke** refractaire symptomen

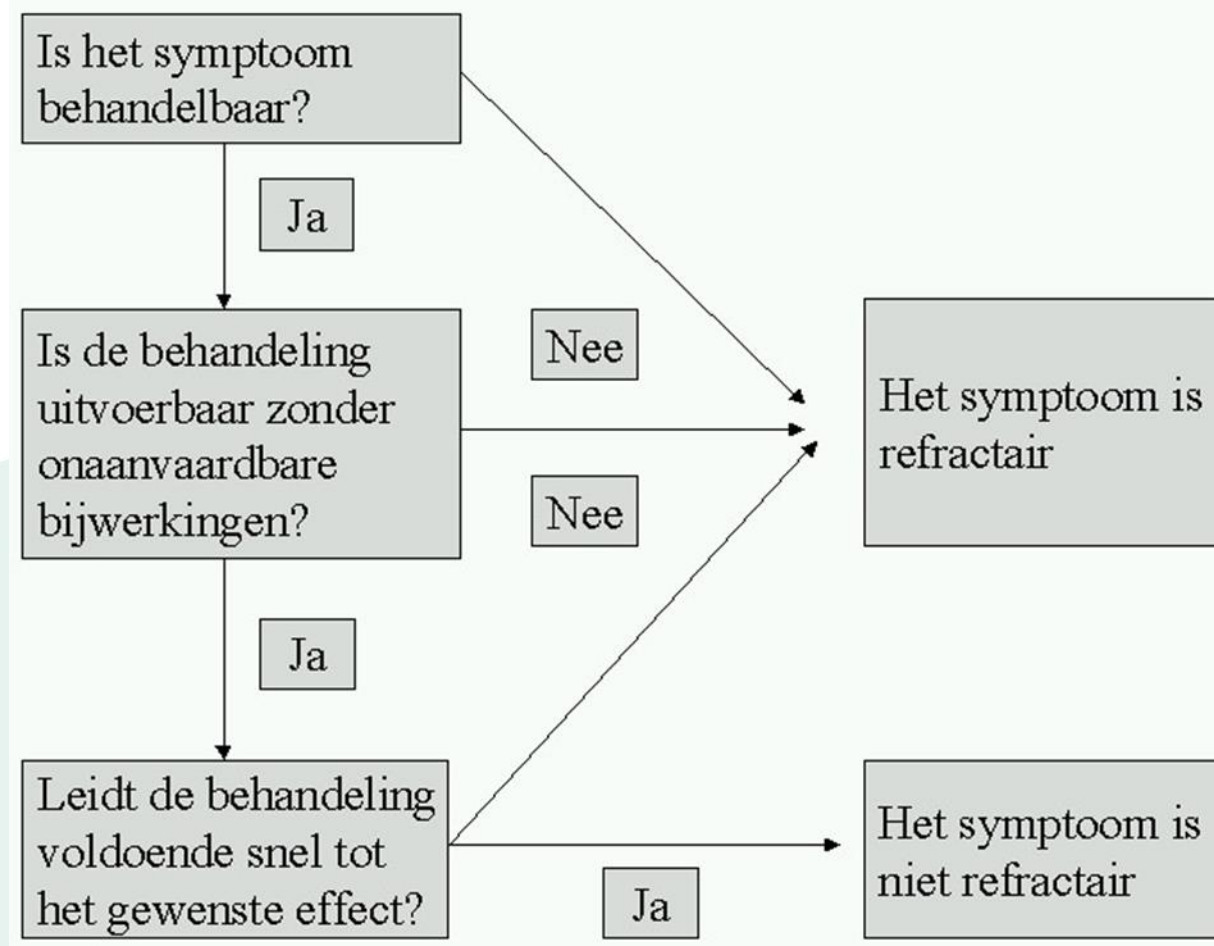
Vb: pijn, terminaal delier (verwardheidsbeeld), terminale ernstige kortademigheid met dito angst- en soms verstikkingsverschijnselen

- **Psychische en existentiële** refractaire symptomen, steeds tegen de achtergrond van een terminale fysieke achteruitgang

Vb: mentaal uitgeputte patiënt, angst, verlangen om de laatste dagen niet bewust te hoeven meemaken, ondraaglijkheid om totaal afhankelijk te worden, niet langer aankunnen van een belastende onoplosbare familiale problematiek, ...

- Vaak een **combinatie** van bovenstaande symptomen

Voorwaarde: ondraaglijk lijden door één of meerdere refractaire symptomen.



Voorwaarden: geïnformeerde toestemming nodig

- Bij wilsbekwame patiënten:
 - Bedoeling, effecten en risico's van palliatieve sedatie uitleggen: comfort staat centraal.
 - Bespreken dat stabiele sedatie niet onmiddellijk bereikt wordt, tijdsduur tot sterven variabel is en niet wordt bepaald door palliatieve sedatie.
 - Bedenktijd voorzien.
 - Eerste aanspreekpersoon tijdens sedatie?
- Bij wilsonbekwame patiënten:
 - Wilsverklaring?
 - Vertegenwoordiger?

Voorwaarden: acute palliatieve sedatie

Palliatieve urgentie:

- Wanneer men niet onmiddellijk een interventie doet wordt de quality of life ernstig bedreigd.
- Kan interfereren met het streven naar een “goede dood” door conflictsituatie met de voorbereiding, de kans van afsluiten, de symptoomcontrole....
- Men kan niet vanuit automatismen, volgens algoritmes handelen. Individuele aanpak is belangrijk.
- Anticiperen op mogelijke urgenties is belangrijk om gemakkelijker beslissingen te nemen op het moment zelf, om stress bij pt en mantelzorgers te reduceren en om paniekopnames zoveel mogelijk te beperken.

Voorwaarde: acute palliatieve sedatie

Vb: massieve fatale bloeding of dreigende verstikking

- Onmiddellijk ingrijpen: start palliatieve sedatie.
- Geen tijd voor overleg met patiënt, team, naasten, palliatieve specialist, ...
- Belang van voorafgaande communicatie.

Vorbereiding

- Overleg met patiënt en naasten.
- Expertise voor uitvoering, benodigde medicatie en materialen voorzien.
- Overleg met zorgverstrekkers.
- Ga na of alle relevante gegevens in het dossier zijn vastgelegd.
- Staak alle medische en verpleegkundige handelingen en alle medicatie die geen duidelijk positief effect hebben op het comfort van de patiënt.
- Voorkom ontwenningverschijnselen (bv. nicotinepleister).
- Continueer behandeling ter symptoomcontrole.
- Doorgaans wordt afgezien van het kunstmatig toedienen van vocht en voeding of wordt dit toedienen gestaakt. Dit is een aparte beslissing!
- Verzorg het afscheid vóór de opstart van de palliatieve sedatie.

Het gebruik van sedativa

- Proportioneel en trapsgewijs.
- Gericht op maximaal comfort van de patiënt.
- Trap en dosis gebruiken die beantwoordt aan de actuele comfortbehoeften van de patiënt.

Het gebruik van sedativa: medicatie

- Trap 1 (zowel lichte als diepe palliatieve sedatie):

Midazolam (Dormicum) 5 mg/ml. Maximum 240mg/24u.

- Trap 2 (enkel diepe palliatieve sedatie):

Trap 1 + Clotiapine (Etumine) 40 mg/4ml. Maximum 160 mg/24u.

Alternatieven:

- Levomepromazine (Nozinan) 25 mg/1ml. Maximum 200 mg/24u.
- Clotiapine 40mg/4ml. Maximum 160 mg/24u.
- Haloperidol 5mg/1ml. Maximum 40 mg/24u.
- Phenobarbital 50-100 mg/1ml. Maximum 400 mg/24u.

- Trap 3 (enkel diepe palliatieve sedatie):

Anesthetica: Propofol (Diprivan) alleen IV, in overleg met anesthesist/ intramurale setting.

De startdosis 20-50 mg en onderhoudsdosering 20 mg/u; bij onvoldoende effect per 15 minuten te verhogen met 10 mg/uur.

Het gebruik van sedativa: medicatieschema

| | Middel | Inductie (bolus) | Onderhoudsdosering (spuitaandrijver) |
|--|-----------------------|--|--|
| Trap 1 <i>Lichte en diepe palliatieve sedatie</i> | Midazolam (Dormicum®) | Bij start lichte palliatieve sedatie: - 2,5 mg SC - 1,25 mg IV Bij start diepe palliatieve sedatie: - 5 tot 10mg SC - 2,5 tot 5mg IV Bij onvoldoende effect na ½ u (SC) of 5 min. (IV) de helft van de startdosis toevoegen Niet zelden is het aangewezen om tijdens de eerste uren van de palliatieve sedatie nog 2 à 3 extra bolussen te geven (ook al wordt de onderhoudsdosering nadien niet verhoogd). | Na start palliatieve sedatie (met startbolus), per uur de helft van de totale (!) startdosis als onderhoudsdosering. Deze totale startdosis omvat de dosis gegeven tijdens de eerste twee uur (SC) of het eerste half uur (IV). Onderhoudsdosering lichte palliatieve sedatie doorgaans 30mg/d IV of 60 mg/d SC; onderhoudsdosering diepe palliatieve sedatie 60 tot 240 mg/d. <i>Een voorbeeld (lichte palliatieve sedatie): bij een startdosis van 2,5 mg 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 60 mg/d (SC).</i> |
| | | Bij aanpassing van de dosering: | |
| | | Verhogingsinductie: bij elke verhoging moet ook een bolus gegeven worden. Deze bedraagt de helft van de totale startdosis. | Onderhoudsdosering met de helft verhogen of verlagen |

Het gebruik van sedativa: medicatieschema

| | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------|
| Trap 2 (steeds in combinatie met Midazolam!) | Clotiapine (Etumine®) | 20mg SC of IV | 40 tot 160 mg/d |
| <i>Enkel diepe palliatieve sedatie</i> | Levomepromazine (Nozinan®) | 25mg SC of IV | 25 tot 200 mg/d |
| Trap 3 | Anesthetica | In overleg met anesthesist | |
| <i>Enkel diepe palliatieve sedatie</i> | | | |

Het gebruik van sedativa: aandachtspunten

- Arts aanwezig bij inductie tot stabiele situatie.
- Palliatieve sedatie kan SC of IV.
 - SC toediening: geleidelijker en veiliger.
 - IV toediening: sneller, krachtiger, fijnere titratie. IV-bolus 1 mg/minuut.
- Omrekeningsfactor van SC naar IV: doses delen door 2.
- Sedativa toedienen via aparte pomp (?)
- Risicofactoren: ≥ 60 jaar; ≤ 60 kg; ernstige nier- of leverstoornissen; sterk verlaagd serumalbumine en/of co-medicatie die kan leiden tot versterkte sedatie.
 - kwart tot halve startdosis en onderhoudsdosis, alsook langer interval (SC 2 uur) voor ophogen onderhoudsdosering.

Het gebruik van sedativa: aandachtspunten

- Indien verleden van alcohol- en/of medicatie abususs vaak hogere dosissen nodig.
- Aanpassingstijden:
 - Bij opstart (bolus): SC per 30 minuten en IV per 5 minuten.
 - Bij aanpassing onderhoudsdosering SC per 60 minuten en IV per 15 minuten.
- Stoppen intermittente palliatieve sedatie
 - SC: 2 uur voor het geplande ontwaken
 - IV: 30 minuten voor het geplande ontwaken.
 - Herstart: én startbolus én onderhoudsdosis
- Reële sederend effect van de toegediende medicatie is niet altijd even goed in te schatten.

Edmonton Symptom Assessment System

| Edmonton Symptom Assessment System: (revised version) (ESAS-R) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------------------|
| Please circle the number that best describes how you feel NOW: | | | | | | | | | | | | |
| No Pain | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Worst Possible Pain |
| No Tiredness <i>(Tiredness = lack of energy)</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Worst Possible Tiredness |
| No Drowsiness <i>(Drowsiness = feeling sleepy)</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Worst Possible Drowsiness |
| No Nausea | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Worst Possible Nausea |
| No Lack of Appetite | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Worst Possible Lack of Appetite |
| No Shortness of Breath | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Worst Possible Shortness of Breath |
| No Depression <i>(Depression = feeling sad)</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Worst Possible Depression |
| No Anxiety <i>(Anxiety = feeling nervous)</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Worst Possible Anxiety |
| Best Wellbeing <i>(Wellbeing = how you feel overall)</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Worst Possible Wellbeing |
| No _____ Other Problem <i>(for example constipation)</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Worst Possible _____ |

Patient's Name _____

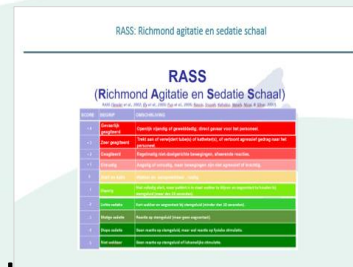
Date _____ Time _____

Completed by (check one):

- Patient
- Family caregiver
- Health care professional caregiver
- Caregiver-assisted

Het gebruik van sedativa: opvolging

- Een nauwgezette opvolging is cruciaal.
 - Discomfort, symptomen van de patiënt: vb ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)
 - Opvolgen van storende factoren (volle blaas, constipatie...).
 - Bewustzijnsniveau: vb RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)



- Lichte naar diepe palliatieve sedatie: voldoende snelle verhoging, evtl. IV.
- Behandelende arts permanent bereikbaar en co minstens eenmaal per dag.
- Toedieningsweg en resorptie opvolgen.
- Stapelingseffect bij langere sedatie (> 3 dagen)!

RASS: Richmond agitatie en sedatie schaal

RASS (Richmond Agitatie en Sedatie Schaal)

RASS (*Sessler et al., 2002; Ely et al., 2003; Pun et al., 2005; Rassin, Sruvah, Kahalon, Naveh, Nicor, & Silner, 2007*).

| SCORE | BEGRIP | OMSCHRIJVING |
|-------|------------------------------|--|
| +4 | Gevaarlijk geagiteerd | Openlijk vijandig of gewelddadig; direct gevaar voor het personeel. |
| +3 | Zeer geagiteerd | Trekt aan of verwijderd tube(s) of katheter(s), of vertoont agressief gedrag naar het personeel. |
| +2 | Geagiteerd | Regelmatig niet-doelgerichte bewegingen, afwerende reacties. |
| +1 | Onrustig | Angstig of onrustig, maar bewegingen zijn niet agressief of krachtig. |
| 0 | Alert en kalm | Wakker en aanspreekbaar, rustig |
| -1 | Slaperig | Niet volledig alert, maar patiënt is in staat wakker te blijven en oogcontact te houden bij stemgeluid (meer dan 10 seconden). |
| -2 | Lichte sedatie | Kort wakker en oogcontact bij stemgeluid (minder dan 10 seconden). |
| -3 | Matige sedatie | Reactie op stemgeluid (maar geen oogcontact). |
| -4 | Diepe sedatie | Geen reactie op stemgeluid, maar wel reactie op fysieke stimulatie. |
| -5 | Niet wakbaar | Geen reactie op stemgeluid of lichamelijke stimulatie. |

Het gebruik van sedativa: opvolging

- Een nauwgezette opvolging is cruciaal.
 - Discomfort, symptomen van de patiënt: vb ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)
 - Opvolgen van storende factoren (volle blaas, constipatie...).
 - Bewustzijnsniveau: vb RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)
- Lichte naar diepe palliatieve sedatie: voldoende snelle verhoging, evtl. IV.
- Behandelende arts permanent bereikbaar en co minstens eenmaal per dag.
- Toedieningsweg en resorptie opvolgen.
- Stapelingseffect bij langere sedatie (> 3 dagen)!

Het gebruik van sedativa: opmerkingen

Voordelen van midazolam tov diazepam

- Meer wateroplosbaar
- Combineerbaar met verschillende medicatie
- Sc toediening eenvoudig
- Sneller en korter werkend

Morfine niet gebruiken als sedativum

- Geeft sufheid, maar geen bewustzijnsverlies
- Nevenwerkingen zoals delier en myocloniën, jeuk, zweten...

Aanvullende maatregelen

- Blaaskatheter voorzien na start sedatie.
- Pijn en/of kortademigheid behandelen.
- Beleid inzake wondzorg, stoma, wassen, mondverzorging en preventie van decubitus en obstipatie.
- Aandacht voor vrije luchtweg en doodsreutel.
- Minstens drie maal per dag evaluatie.
- Permanente ondersteuning van naasten en zorgverstrekkers.

Zorg na de palliatieve sedatie

- Goede nazorg van naasten en zorgverstrekkers.
- Evaluatie van de gevolgde werkwijze met betrokken zorgverstrekkers.



3) CHECKLIJST PALLIATIEVE SEDATIE

= Werkinstrument voor palliatieve sedatie.

- Doel: kwaliteit/ praktijk van palliatieve sedatie bevorderen.
- Kenmerken: eenvoudig, laagdrempelig, in elke setting bruikbaar, compact, digitaal (via pallialine.be te downloaden), gekoppeld aan de richtlijn.
- Opbouw:
 - Informatie voor patiënt en familie.
 - Klinisch beeld en assessment.
 - Communicatieproces.
 - Uitvoering palliatieve sedatie.

Informatie voor patiënt en familie

INFORMATIE VOOR PATIENT EN FAMILIE

- Doel palliatieve sedatie is lijden verminderen, niet het leven verkorten.
- Palliatieve sedatie is geen euthanasie.
- Palliatieve sedatie kan samengaan met bewegingen, reutel, Cheyne-Stokes ademhaling e.d.
- Proportioneel gebruik van medicatie betekent zoveel als nodig om bewustzijn te verlagen.
- Communicatie valt vaak volledig weg.
- De gewenste sedatie wordt niet altijd onmiddellijk bereikt.
- Precieze duur en verloop van sedatie zijn moeilijk in te schatten.
- Voeding en vochttoediening worden besproken en stopgezet.

Klinisch beeld en assessment

KLINISCH BEELD EN ASSESSMENT

patiënt

- onomkeerbare terminale aandoening
- overlijden te verwachten binnen de 2 weken (gebruik [*Palliative Performance Scale*](#))

refractair(e) sympto(o)m(en) (*)

lichamelijk

- dyspnoe / verstikkingsgevoel
- misselijkheid / braken
- verwardheid / delier
- pijn
- bloeding
- uitputting
- andere:

psychisch / existentieel

- onrust
- angst
- zinloosheid
- uitputting
- andere:

Communicatieproces

COMMUNICATIEPROCES

beslissingsproces en informed consent:

- Overweeg overleg met expert (palliatieve zorg en/of ziekte-specifieke expert).
- Overleg in het zorgteam
- Overleg met andere zorgverleners van de patiënt (huisarts, specialist ...)
- Overleg met palliatief team (MBE¹, PST, PZE, referentiepersoon palliatieve zorg)
- patiënt of vertegenwoordiger is geïnformeerd en betrokken bij het beslissingsproces (informed consent)
- Familie² is geïnformeerd en betrokken bij het proces.
- Beschikbaarheid van de nodige medicatie (midazolam, clotiapine, levomepromazine³)
- Afscheid (en eventueel ritueel) is besproken met alle betrokkenen.
- Startdatum en –uur palliatieve sedatie zijn bij voorkeur vastgelegd.
- Familie/naasten beschikken over gegevens contactpersoon (arts en/of verpleegkundige).

Uitvoering palliatieve sedatie: start

UITVOERING PALLIATIEVE SEDATIE

start: titratie tot symptoomcontrole

- Wenst patiënt snelle of geleidelijke bewustzijnsverlaging? Bespreek wat mogelijk is.
- Start met midazolam. Titratie tot symptoomcontrole bestaat uit 4 stappen:
 - induceer midazolam via SC of IV bolus.
 - evalueer telkens na 30 min. bij SC bolus, na 5 min. bij IV bolus tot gewenste sedatie.
 - continueer midazolam via SC of IV toediening met spuitaanrijver.
 - pas de dosis van de bolus en spuitaanrijver aan volgens noodzaak.
- Voor meer informatie over de dosering van midazolam:
 - Zie [medicatieschema](#) of neem contact op met equipearts/arts palliatief team
 - De vermelde richtdosissen vragen om snelle evaluatie en aanpassing afgestemd op patiënt (o.a. medische voorgeschiedenis van psychofarmaca en abususs) en setting.
- Indien onvoldoende controle: overleg met equipearts/arts palliatief team. Voeg evt. toe:
 - clotiapine
 - levomepromazine
- Indien onvoldoende controle: overleg met anesthesist en regel indien nodig opname PZE of ziekenhuis.

Uitvoering palliatieve sedatie: opvolging

UITVOERING PALLIATIEVE SEDATIE

opvolging

- Blijf de overige symptomen behandelen (pijn e.a.).
- Stop met onnodige medicatie.
- Evalueer regelmatig (arts minstens eenmaal per dag, verpleegkundige vaker)
 - Is het symptoom onder controle?
 - Evalueer de graad van sedatie. (**)
 - Continueer comfortzorg (plaats blaassonde, evalueer constipatie ...).
 - Evalueer de draagkracht van de familie en bied ondersteuning.
 - Is het waken georganiseerd? Is een waakmand beschikbaar?

Contact en overleg met de andere hulpverleners

- De andere hulpverleners kunnen de arts dag en nacht bereiken.
- De continuïteit van de medische zorg is verzekerd (eventuele wachtarts is verwittigd).

Specifieke aandachtspunten eigen zorgvoorziening of setting palliatieve zorg

ZO

**DAT WAREN
DE REGELS**

**DAN GAAN WE
NU OVER NAAR
DE REALITEIT**

Loesje

4) Palliatieve sedatie in de praktijk

In welke mate wordt de praktijk in overeenstemming met de bestaande richtlijnen uitgevoerd?

- > studie naar frequentie van gebruik continue palliatieve sedatie
- > studie naar verloop van continue sedatie thuis

Controverse rond palliatieve sedatie en euthanasie.

Wat kunnen we doen om problematische sedatiepraktijk ('grijze zone' praktijk, suboptimale uitvoering en besluitvorming,...) te vermijden?

Welke ondersteuning kan Panal bieden?

Welke problemen ervaren we in onze regio?

Hoe frequent wordt continue diepe sedatie uitgevoerd in Vlaanderen?

Steekproef:

2001: **8.2 %** van alle overlijdens -> 2007: **14.5 %** van alle overlijdens -> 2013: **12 %** van alle overlijdens

- Combinatie van benzodiazepines en opiaten in 2007 en 2013 is meest gebruikt.
- Het gebruik van opiaten als enige middel daalde.
- De duur van sedatie was korter in 2013.
- % waar vocht en voeding toegediend werd daalt in de loop van de jaren
- In 2013 werd diepe sedatie vaker toegepast op vraag van de pt (15.3 % ivm 9.7% in 2007)

2007 -> 2013: daling?

- Kritischer
- Euthanasie wettelijk toegelaten
- Versterkte opleiding, ervaring en competentie palliatieve zorg

Hoe verloopt palliatieve sedatie thuis?

Analyse van 27 overlijdens na palliatieve sedatie in de thuissituatie.

11 van de 27 overlijdens verliepen suboptimaal:

- Wakker worden (3 pt)
- Lange inslaaptijd (8 pt)

Tevens voorkomen van druk vanwege familie op de arts omdat 'het allemaal zo lang duurt'.

In deze studie werd in 62.7% benzodiazepine gebruikt, geen kunstmatige voeding en vocht in 97.2%.

Controverse euthanasie en palliatieve sedatie



Controerse euthanasie en palliatieve sedatie

Is palliatieve sedatie een 'trage vorm van euthanasie', een 'sociale dood'?

Bovenvermelde studie in 2013 vermeldde dat:

- In 17.9% van de overlijdens na palliatieve sedatie was het versnellen van overlijden 1 van de doelstellingen.
 - o Bij 2.7% opgestart als expliciete reden het leven te verkorten
 - o In 15.2 % was levensverkorting een co-intentie
- 52.9 % van de artsen hield rekening met levensverkorting als gevolg van hun handelen
- 29.2 % had niet de intentie om het leven van de pt te verkorten

-> artsen maken niet steeds strikt onderscheid tussen continue diepe sedatie en euthanasie.

Review van de 'betere' richtlijnen die rekening houden met de ethische bezwaren en gevoeligheden en een duidelijk verschil maken tussen euthanasie en palliatieve sedatie.

Abarshi E, Rietjens J, Robijn L, Caraceni A, Payne S, Deliens L, Van den Block L; EURO IMPACT; International variations in clinical practice guidelines for palliative sedation: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2017 Sep; 7(3):223-229

Controverse euthanasie en palliatieve sedatie

- **Overeenkomst:** Beide zijn 'options of last resort' voor die patiënten die, ondanks de beste zorgen, zwaar blijven lijden.
- **Fundamentele verschillen:**

Palliatieve sedatie

= bijzondere vorm van symptoomcontrole

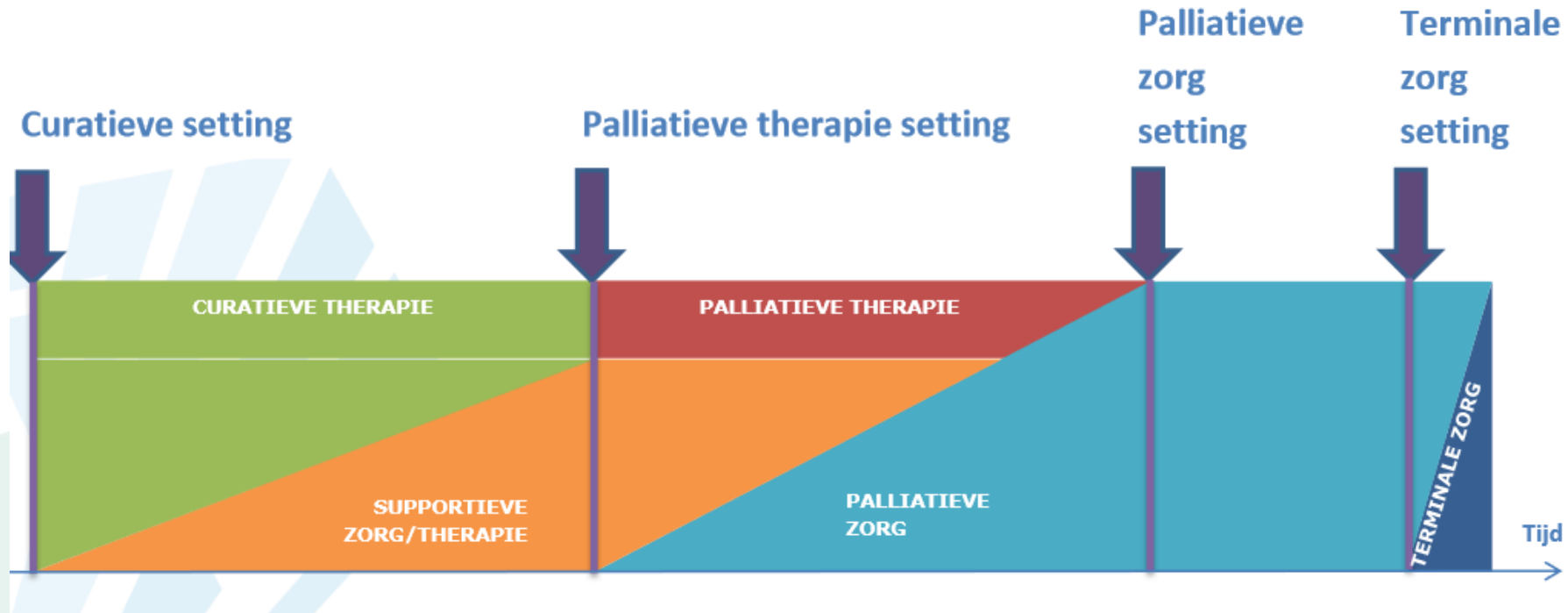
= normaal medisch handelen.

- symptomen bestrijden (en niet het leven te beëindigen).
- adequaatheid en proportionaliteit staan centraal
- levensverkorting is uitzonderlijk

Controverse euthanasie en palliatieve sedatie

| | Palliatieve sedatie | Actieve levensbeëindiging (waaronder euthanasie) |
|------------------|--|--|
| <i>Intentie</i> | symptoombehandeling | levensbeëindiging |
| <i>Handeling</i> | zoveel medicatie als nodig om symptoom onder controle te krijgen (proportionaliteit) | Zoveel medicatie als nodig om leven te beëindigen |
| <i>Resultaat</i> | levensverkorting uitzonderlijk | levensbeëindiging (per definitie) |

Controerse euthanasie en palliatieve sedatie



Wat kunnen we doen om problematische sedatiepraktijk te vermijden?

- Implementatie van richtlijnen?
- Opleiding?
- Verplichte consultatie?
- Meerwaarde van een wettelijk kader?
- ???

Boekentip:

90 vragen over palliatieve zorg en het levenseinde.

Een gids voor patiënten, mantelzorgers, familieleden en zorgprofessionals.

Kim Beernaert, Kenneth Chambaere, Joachim Cohen, Luc Deliens, Sigrid Dierickx, Aline De Vleminck, Arno Maetens, Koen Pardon, Tinne Smets, Lieve Van den Block



Welke ondersteuning kan de MBE (multidisciplinaire begeleidingsequipe) van Panal bieden?

- MBE Panal:
 - Verpleegkundig-consulenten die aan huis komen, 2 huisarts-consulenten en een psycholoog
- Wanneer kan de hulp van Panal gevraagd worden?
 - Iedereen die te maken heeft met een ongeneeslijke zieke in zijn laatste levensfase, kan contact opnemen met Panal.
- Bereikbaarheid van Panal?
 - Telefoonnummer: 016/239101
 - Adres: Waversebaan 220, 3001 Heverlee
 - De MBE is 24 uur op 24 bereikbaar voor advies en ondersteuning.

Welke ondersteuning kan de MBE (multidisciplinaire begeleidingsequipe) van Panal bieden?

- Welke hulp/ ondersteuning kan Panal bieden?
 - Zorg coördineren en organiseren bv. via het inschakelen van thuiszorgdiensten en vrijwilligers.
 - Emotionele ondersteuning bieden aan de zieke, zijn omgeving en de zorgverleners.
 - Neemt de zorg niet over, maar werkt samen met de vertrouwde zorgverleners uit de thuiszorg.
 - Andere zorgmogelijkheden (palliatieve eenheid, ziekenhuis, woonzorgcentrum, ...) indien nodig helpen afwegen.
 - Plaatsen van een spuitdrijver: Uitlenen van spuitdrijver en bij opstarten ter plaatse info, advies en ondersteuning geven aan de betrokken zorgverleners.
 - Euthanasie: Panal kan informatie over de euthanasiewetgeving aanbieden en het proces verder begeleiden, morele en emotionele ondersteuning bieden.

Welke problemen ervaren we in onze regio?

Discussie en casusbesprekingen.



BESLUIT EN TAKE HOME MESSAGES

- Definitie altijd in het achterhoofd houden.
- Checklijst als werkinstrument.
- Vertrouwdheid met technische aspect.
- Interdisciplinariteit. Je moet dit niet alleen doen!
- Communicatie als belangrijkste tool.

Aanwezigheid, actuele onderwerpen, anticiperen.

(Slort W, Pype P, Deveugele M. Communiceren met palliatieve pt . Huisart Wet 2011; 54(11): 6014-7.)

- Patiënt en naasten
- Zorgverleners
- Collega's

