

palliatieve sedatie

PalliatieTeam Midden Nederland

Definitie Palliatieve Sedatie¹

- Palliatieve sedatie :

het doelbewust verlagen van het bewustzijn
van een patiënt

die zich in de laatste levensfase bevindt

¹ KNMG richtlijn palliatieve sedatie 2005

Doel van palliatieve sedatie

- Verlichten van ernstig lichamelijk of psychisch lijden zonder het leven te willen bekorten

Rietjens & Van der Wal 2004¹

- 52% van alle artsen heeft wel eens een patiënt diep geseedeerd voorafgaande aan het overlijden
 - 48% van de huisartsen
 - 75% van de verpleeghuisartsen
 - 55% van de medisch specialisten
- Diepe sedatie toegepast bij 12,2% van alle sterfgevallen in 2001 (euthanasie bij 2,3%)

- ¹ Rietjens AC et al, Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nutrition for Patients Nearing Death in the Netherlands, 2004

Palliatieve sedatie wordt toegepast bij patiënten met:

- Kanker 54%
- Hart- en vaatziekten 24%
- Ziekte van het zenuwstelsel 8 %
- Longziekten 7 %
- Overige aandoeningen 8 %

Wanneer diepe sedatie?

- Pijn 51%
- Dyspnoe 38%
- Onrust/delir 38%

Waarom palliatieve sedatie? – de context

- Het betreft een ernstig lijden
- Voor de omstanders is het een ingrijpende ervaring

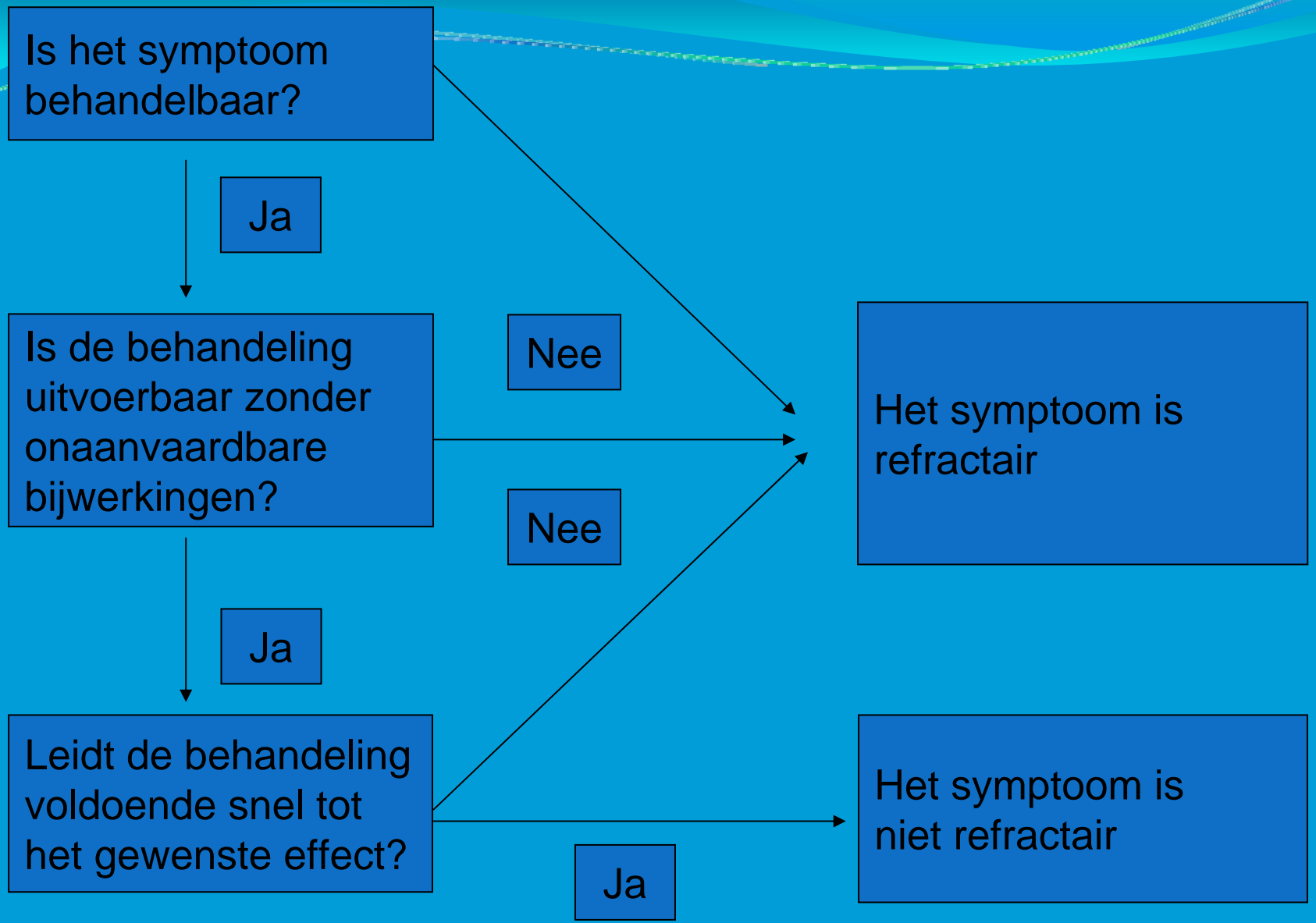
Het kleurt de herinnering van nabestaanden
Genereert mogelijk toekomstige
euthanasiewensen

Waarom palliatieve sedatie ?

- De dokter heeft de morele plicht lijden te verlichten, desnoods ten koste van het bewustzijn van de patiënt
- Palliatieve sedatie is normaal medisch handelen

Voorwaarden voor diepe sedatie

- Eén of meer refractaire symptomen
- Expertise en consensus van de behandelaar(s)
- De levensverwachting is maximaal 1 tot 2 weken
- Sedatie is in overeenstemming met de wens van de patiënt en/of naasten



Wanneer geen palliatieve sedatie?

- Levensverwachting langer dan 1 a 2 weken
- Redelijke behandelalternatieven
- “Klaar” met leven problematiek
- Zingeving
- Leven in blessure tijd
- Balans draagkracht en draaglast

Proportionaliteit

- Die mate van bewustzijnsdaling wordt nagestreefd die nodig en voldoende is voor de gewenste mate van symptoombestrijding
- De daarvoor benodigde bewustzijnsdaling kan variëren van oppervlakkig tot diep

Palliatieve sedatie

- Continu
- Intermitterend
- Tijdelijk

Wordt morfine nog gebruikt bij diepe sedatie?

- 43% specialisten
- 22% verpleeghuisartsen
- 19% huisartsen

Middelen voor (diepe) sedatie

- Midazolam = Dormicum
- Levomepromazine = Nozinan
- Fenobarbital
- Propofol

Medicinale Uitvoering (1)

- Stap 1: Midazolam Z.n. bolus 5-10 mg sc/iv
1-2,5 mg/uur sc/iv, bij onvoldoende effect iedere 1-2 uur verdubbelen tot max. 20 mg/uur
bij elke verhoging eerst een bolus!!!
- Stap 2: Nozinan In combinatie met Midazolam
Z.n. bolus 25-50 mg sc/iv
4-8 mg/uur

Uitvoering (2)

- Stap 3: Fenobarbital
 - Stop de Midazolam en Nozinan
 - Bolus 100-200mg sc/iv
 - 40-60 mg/uur
- Stap 4: Propofol
 - Stop de Fenobarbital
 - Bolus 20-50 mg iv
 - 20 mg/uur, per 15 minuten ophogen met 10 mg/uur
 - In overleg met anesthesist

Diepe sedatie verkort het leven niet

- Er zijn geen aanwijzingen dat sedatie (mits proportioneel toegepast) het leven bekort: geen verschil in overleving tussen gesedeerde en niet gesedeerde patiënten
- Diep sederen is meestal pas nodig kort voor de dood
- Dus komt de dood vaak kort na het starten van diepe sedatie

Sedatie versus euthanasie

- **Sedatie**

- Doel:

symptoombestrijding

- Noodsituatie

- Patiënt niet altijd aanspreekbaar

- Middel: Midazolam

- Dosering: getitreerd

- Reversibel

Euthanasie

Doel:

overlijden

Uitgebreid overleg

Wilsbekwame patiënt

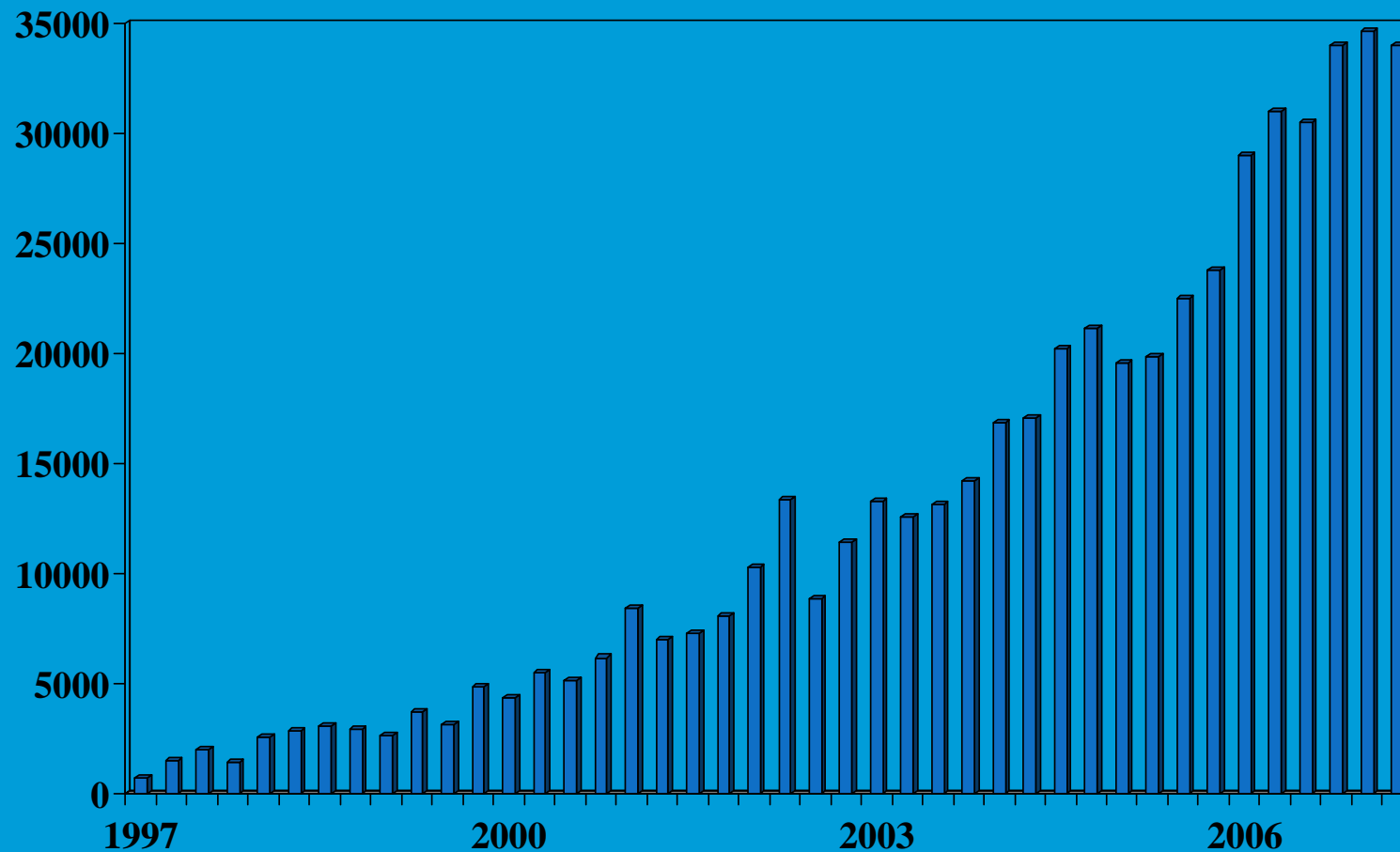
Middelen: Barbituraten,
Spierrelaxantia

Dosering: overdosering

Irreversibel

Wordt sedatie steeds meer toegepast?

Daily Defined Doses midazolam geleverd aan huisartsen 1997 t/m 2007 (Stichting Farmaceutische Kengetallen)



Presentatie ontleend aan:

- Rietjens AC et al, Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nutrition for Patients Nearing Death in the Netherlands, 2004
- KNMG richtlijn palliatieve sedatie 2005
- Palliatieve zorg VIKC richtlijnen voor de praktijk 2006

mvmeggelen@ikmn.nl