

Palliatieve sedatie

Dr. Koen Herweyers

Equipearts PHA, CRA WZC st Bavo

Inwooncursus 2013

Palliatieve sedatie

- Definitie van palliatieve sedatie
- Refractaire symptomen
- Voedsel en vocht
- Palliatieve sedatie en euthanasie
- Stappenplan palliatieve sedatie
- Opvolging en aanvullende maatregelen
- De kunst van het voorspellen

Palliatieve sedatie, een definitie

- “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”

Palliatieve sedatie, een definitie

- “het toedienen van **sedativa** ...”
- Rechtstreeks en doelbewust gebruik van sedativa met als doel bewustzijnsverlaging.
Dus niet: sedatie of versuffing als resultaat van de nevenwerkingen van andere medicatie (vb pijnmedicatie).

Palliatieve sedatie, een definitie

- “...in doseringen en combinaties die vereist zijn om het bewustzijn van **een terminale patiënt** ... “
- Palliatieve sedatie (zeker de continue diepe sedatie) behoort tot het einde van het leven. Het is een mogelijke behandeling bij patiënten die stervende zijn. De levensverwachting bedraagt enkele dagen, hooguit een week.

Palliatieve sedatie, een definitie

- “... vereist zijn om het bewustzijn van een terminale patiënt **zoveel te verlagen als nodig** ...”
- Proportionaliteit : palliatieve sedatie kan licht of diep zijn, continu of intermitterend, tijdelijk of tot overlijden, afhankelijk van wat nodig is om tot symptoomcontrole te komen, als resultaat van een ‘informed consent’.

Palliatieve sedatie, een definitie

- ...één of meerdere **refractaire** symptomen...
- Symptomen die ernstig lijden veroorzaken en op 'normale' wijze, zonder bewustijnsverlaging, niet afdoende kunnen worden verlicht.
 - Fysieke symptomen: vb pijn, terminaal delier, kortademigheid,...
 - Psychische en existentiële symptomen.

Palliatieve sedatie, een definitie

- ...op een **adequate wijze** te controleren”
- Refractaire vs ‘moeilijke’ symptomen
- “proportionaliteit” of adequaatheid : zo lang of zo kort, zo diep of zo oppervlakkig als nodig om de symptomen te controleren.

een definitie : round up

- het is een medisch handelen;
- het is een opzettelijk handelen
- met de intentie het lijden te verlichten
- bij terminale patiënten
- door gebruik van sedativa
- in dosissen aangepast aan de nood van de patiënt
- om het bewustzijn van de patiënt te verlagen
- bij een (of meerdere) refractair symptoom

Refractaire symptomen

Moeilijk behandelbare symptomen worden slechts refractair na toepassing van het advies van alle mogelijke competente hulpverleners

- verdere interventies zullen geen verlichting of verbetering meer brengen, binnen een redelijk tijdsbestek
- verdere interventies brengen een onaanvaardbare morbiditeit met zich mee

Nat. Ethics Committee VHA, Recommendations on sedation . 2007

“Palliatieve sedatie is ultiem symptoomcontrole-middel”

Refractaire symptomen

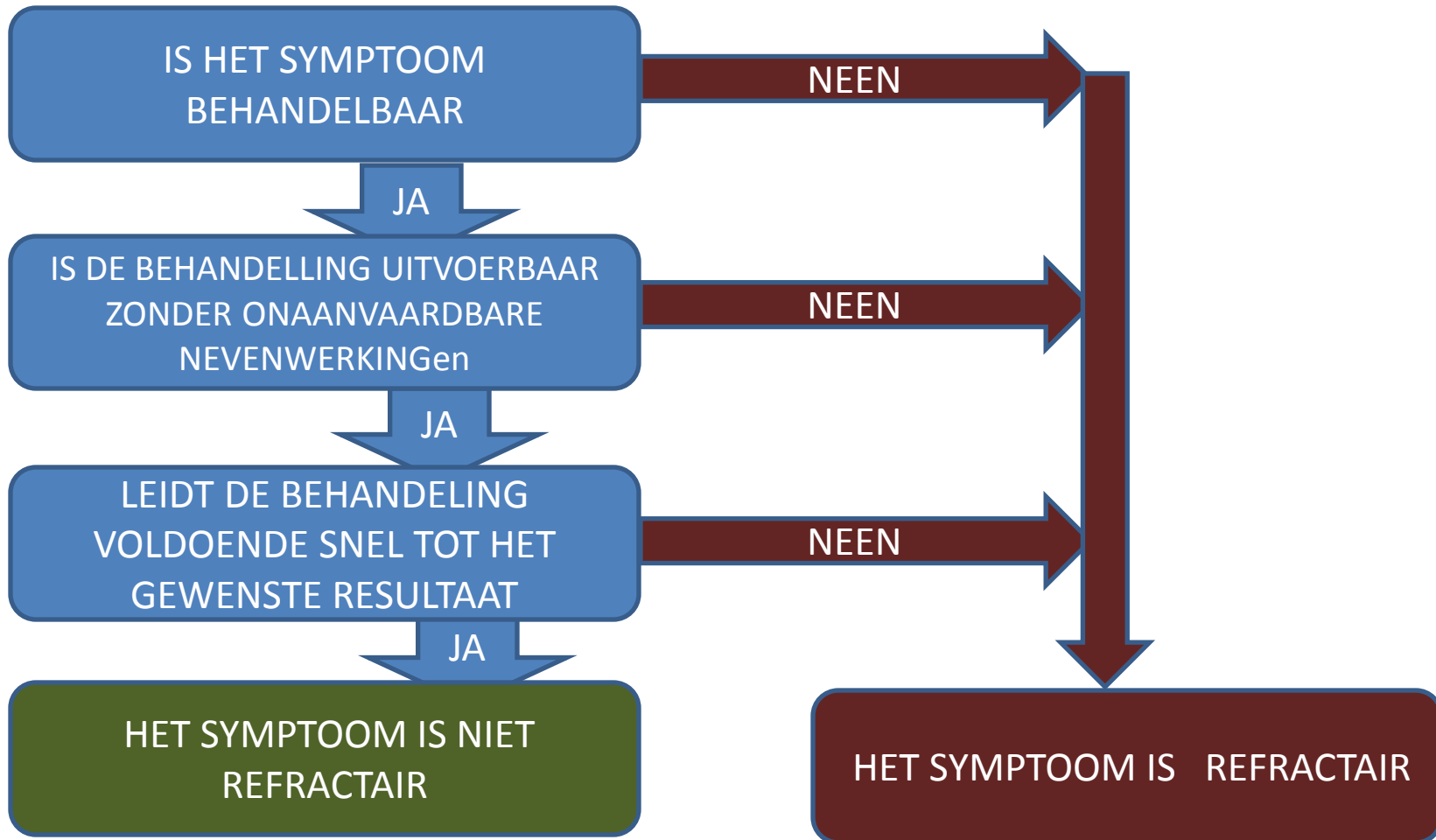
- ✓interdisciplinair overleg binnen het team is van groot belang
 - ✓de beslissingen rond sedatie wekken emoties in het team op, vooral bij verpleegkundigen;
 - ✓mogelijke oplossingen:
 - ✓stilstaan bij visie van het team
 - ✓stilstaan bij de persoonlijke waarden
 - ✓emotionele belasting van het team verminderen
 - ✓conflicten oplossen tussen teamleden
- ✓notities maken in het medisch en verpleegkundige dossier

T.Morita et al, Pall Med,

Refractaire symptomen

Indicatie:	
Geagiteerd delirium	39
Dyspnoe	38
Pijn	22
Nausea	6
Hevige angst en depressie	20
Detoriatie toestand	20
Existentiële distress	3
Familiale distress	2

Refractaire symptomen



Voedsel en vocht

- Wie diep gesedeerd wordt, kan niet eten of drinken
- Meestal gaat het stopzetten van voedsel en vocht de beslissing tot palliatieve sedatie vooraf.
- In de terminale fase zal kunstmatige vochttoediening vooral aanleiding geven tot discomfort. (reutel, oedemen, aspiratie)
- Twee aparte beslissingen (genuanceerde beslissing bij tijdelijke of oppervlakkige sedatie)

Palliatieve sedatie en euthanasie

- “Options of last resort” kaderend in een geheel van beslissingen bij het levenseinde.
- Palliatieve sedatie is ‘symptoomcontrole’.
- Palliatieve sedatie is ‘normaal medisch handelen’.
- **Proportionaliteit en adequaatheid** als centraal begrip.

Palliatieve sedatie



Euthanasie

Symptomatische behandeling

- **Intentie:** symptoombehandeling
- **Middel:** zoveel als nodig om symptoom onder controle te krijgen (proportionaliteit)
- **Resultaat:** symptoomcontrole (intentie is niet levensverkorting)

geen wettelijke procedure vereist

Actieve levensbeëindiging

- **Intentie:** levensbeëindiging
- **Middel:** zoveel als nodig om leven te beëindigen
- **Resultaat:** overlijden van patiënt (per definitie)

wettelijke procedure vereist

Gevolgen van dit onderscheid

- Wie disproportioneel sedeert doet niet aan palliatieve sedatie. Wetens en willens overdossisen geven is een vorm van actieve levensbeëindiging.
- Als een palliatieve sedatie langer duurt dan verwacht en de arts beslist het stervensproces te versnellen doet hij/zij niet meer aan palliatieve sedatie.

Stappenplan

- luisteren naar en observeren van de patiënt
- gesprek met patiënt en familie
- interdisciplinair teamoverleg
- patiënt en/of familie geven “informed consent”
- tijdsverloop
- uitvoering
 - medische aspecten
 - vocht en voeding
 - verpleegkundige aspecten

Gesprek met patiënt en familie

- luisteren en observeren
- arts brengt patiënt en familie op de hoogte van
 - De ziekte-toestand
 - De levensverwachting
 - De behandelingsmethode
 - De mogelijkheid van palliatieve sedatie
- uitleggen van de procedure door de arts (in aanwezigheid van de verpleegkundige)
- (eventueel inschakelen van de psycholoog)

Tijdsverloop

- verkrijgen van ‘informed consent’ (mondeling)
 - Wilsbekwame patiënt : informed consent
 - Wilsonbekwame patiënt : wilsverklaring, vertegenwoordiger, consensus

- afscheidsritueel : kans om afscheid te nemen

- eerste 24 uur bij voorkeur inbouwen om beslissing te overdenken

Informed consent

- Uitleg geven over bedoelingen, effecten, risico's
 - Comfort als doel
 - Levensverkorting niet het doel
 - Bewustzijnsniveau niet altijd te voorspellen
 - Tijdsduur tot sterven zeer variabel
 - Zo mogelijk bedenktijd (niet bij acute sedatie : bij risicopatiënten op voorhand te bespreken)

Medische aspecten

- Expertise voor de uitvoering/ arts aanwezig bij inductie tot stabilisatie
- Heldere afspraken : bereikbaarheid, beschikbaarheid en overdracht.
- Alle relevante gegevens in het dossier.
- Enkel de noodzakelijke medicatie wordt verdergezet (pijn, onrust, dyspnoe, braken..)
- Orale medicatie wordt omgezet in parenterale toediening (SC, IV)
- Vocht en voeding beslissing

uitvoering van de sedatie : het gebruik van sedativa

- Proportionele, trapsgewijze benadering
- Sedativa in een aparte pomp (zo mogelijk)
- **Trap 1** : midazolam (dormicum[®]) 15mg/3ml, maximale dosis : 240mg/24u
- **Trap 2** : clotiapine (etumine[®]) 40mg/4ml, maximale dosis : 160mg/24u, eventueel ook levomepromazine (nozinan[®]) 25mg/ml : max. dosis : 200mg/24u
- **Trap 3** : anesthetica (enkel intramuraal)

Medicatieschema pallialine.be

	Middel	Inductie (bolus)	Onderhoudsdosering (spuitaandrijver)
<i>Trap 1</i> <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
<i>Trap 2</i> <i>(steeds in combinatie met Midazolam!)</i> <i>Enkel diepe palliatieve sedatie</i>	Clotiapine (Etumine®)	20 mg SC of IV	40 tot 160 mg/d
	Levomepromazine (Nozinan®)	25 mg SC of IV	25 tot 200 mg/d
<i>Trap 3</i> <i>Enkel diepe palliatieve sedatie</i>	Anesthetica	In overleg met anesthesist	

In trapjes

- Trap 1 : Midazolam/dormicum®
 - Lichte sedatie : 2,5mg SC/1,25mg IV
 - Diepe sedatie : 5-10mg SC/2,5-5mg IV
- Bij onvoldoende resultaat na 15-30 min. (SC) of 5 min. (IV) halve dosis bijvoegen
- Onderhoudsbehandeling : helft van de totale startdosis per uur/24u (doorgaans 30-60mg/24u)
 - Bij ophogen : + 50%, met inductiebolus (halve startbolus)

In trapjes

- Trap 2 : clotiapine/etumine[®]
 - Inductie : 20mg sc of iv
 - Onderhoud : 40-160mg per dag
 - In combinatie met midazolam
- Trap 2 : levomepromazine/nozinan[®]
 - Inductie : 25mg sc of iv
 - Onderhoud : 25-200mg per dag
 - In combinatie met midazolam

In trapjes

- Trap 3 : Anesthetica : in principe intramuraal in overleg met de anesthesist. (doorverwijzing naar een ziekenhuis?)
- Bij intermittente sedatie met sc pomp : medicatie staken 2u voor ontwaken.

Verpleegkundige aspecten (1)

- verblijfsonde plaatsen
- alternerende matras / decubitus preventie
- mondzorg toepassen / ogen sluiten
- observeren klinische symptomen
- opvolgen sedatiegraad (o.a. bij manipulatie)
- verder zetten pijn & symptoomcontrole
- controle op “complicaties”: onrust door blaasrententie, pijn, constipatie, ...
- duidelijk afspreken wie wat wanneer uitvoert !!!

Verpleegkundige aspecten (2)

- waken over de rust in de stervenskamer
 - altijd rekening houden met wensen van patiënt (in het verleden uitgesproken)
 - geen onnodige verpleegkundige handelingen
 - geen gesprekken aan de deur
 - zoveel mogelijk externe prikkels vermijden
 - aandacht voor “omgevingsfactoren”

Begeleiding van familie

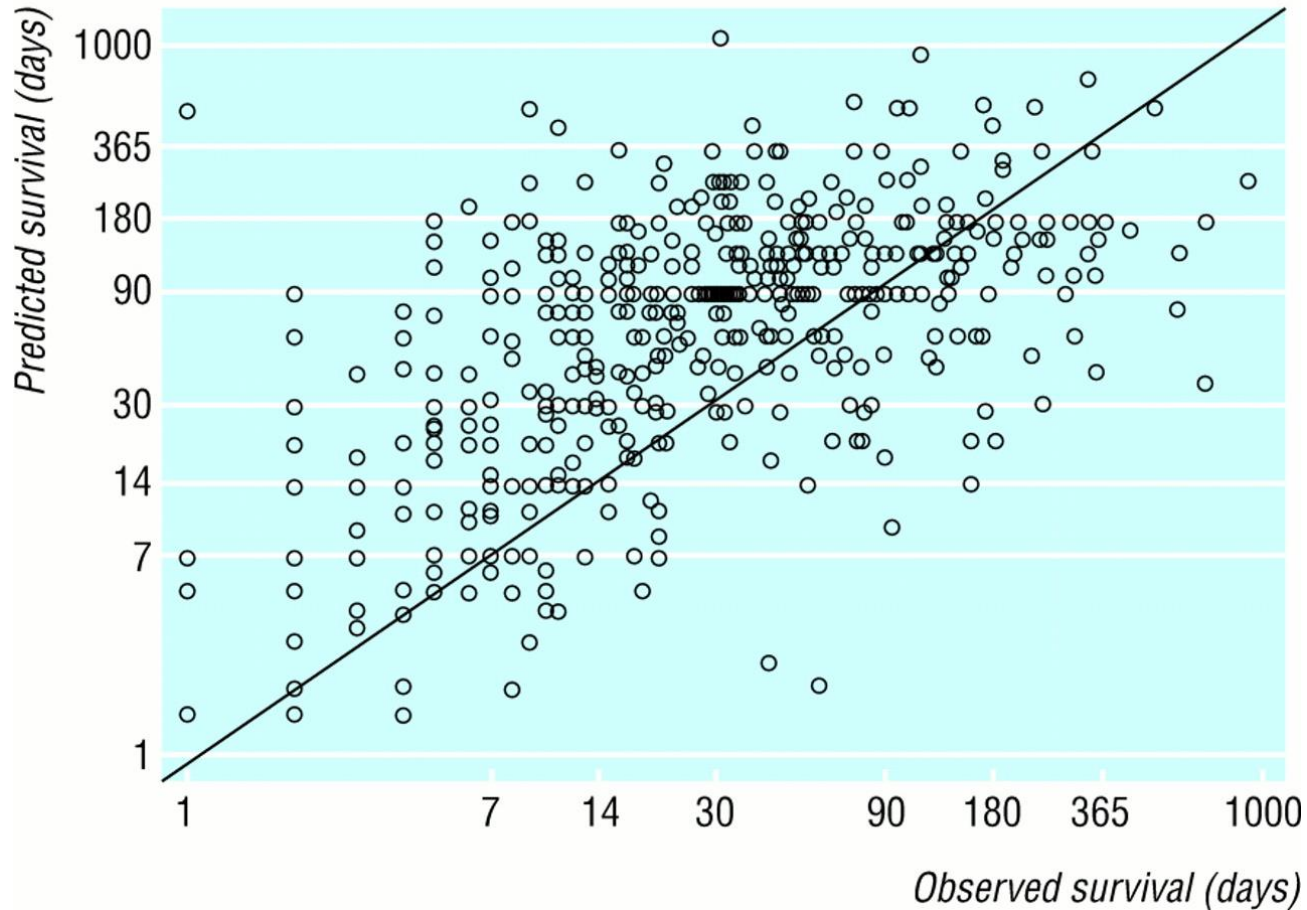
- beleving van de familie peilen
- ondersteunen en begeleiden van familie
- dagelijks bezoek van de arts
- empathische opstelling van het team
- familie indien wenselijk betrekken bij de zorg
- psychologe inschakelen indien nodig

Morita et al., Supp Cancer Care. 2004

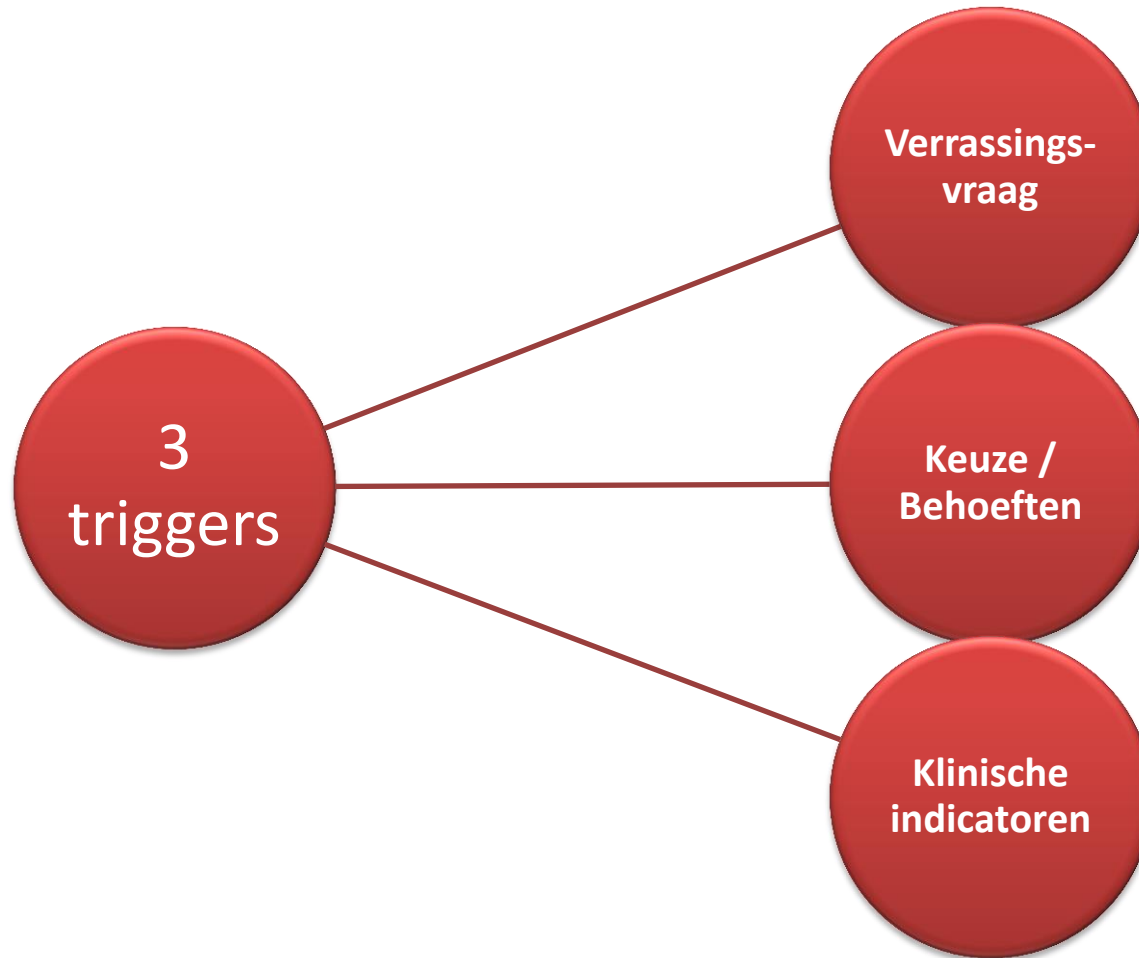
Begeleiding van het team

- gezamenlijke besluitvorming door het team
- hoofdverpleegkundige bewaakt draagkracht van de verpleegkundigen
- vertrouwenspersoon inschakelen
- psychologe inschakelen
- op regelmatige tijdstippen in teamverband bespreken van casussen met evaluatie en besluitvorming naar de toekomst

De kunst van het voorspellen?



Predictie van overleving

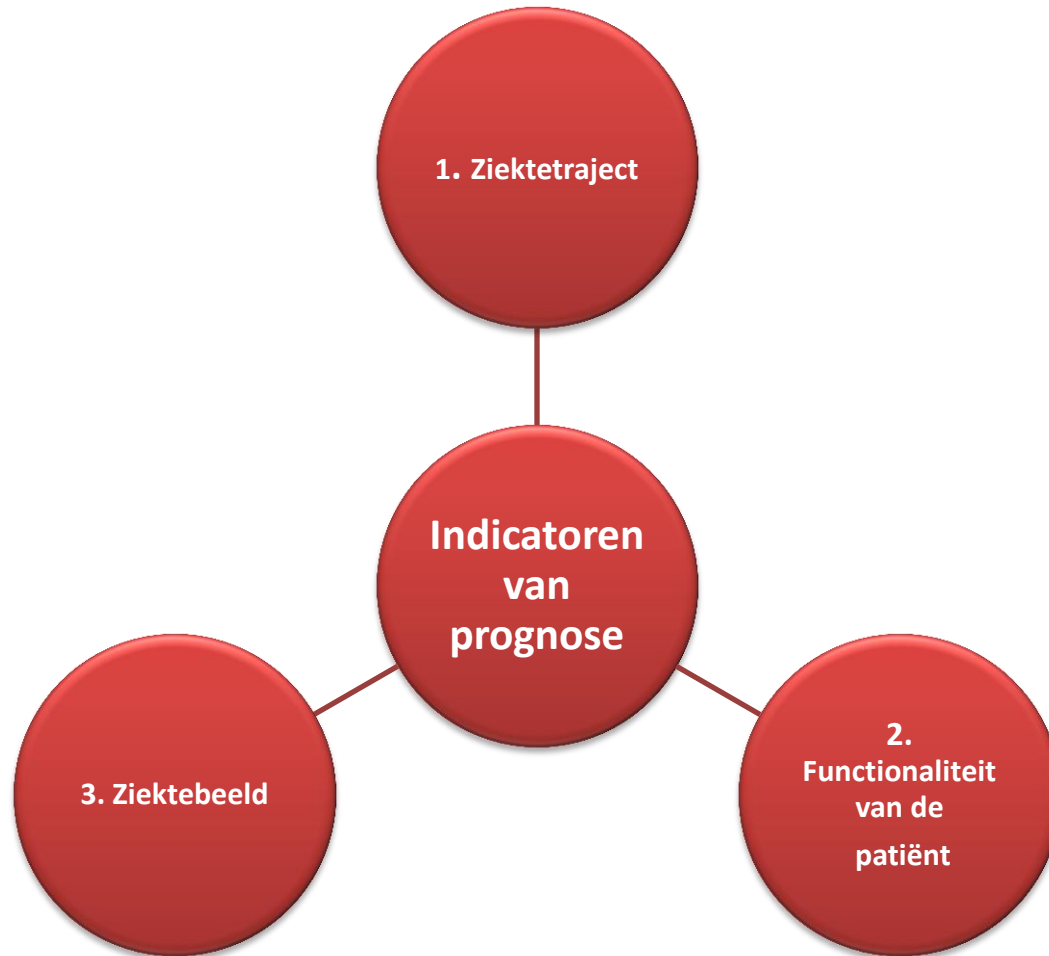


Predictie van overleving

- Surprise question :

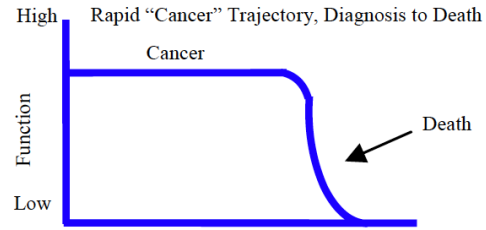
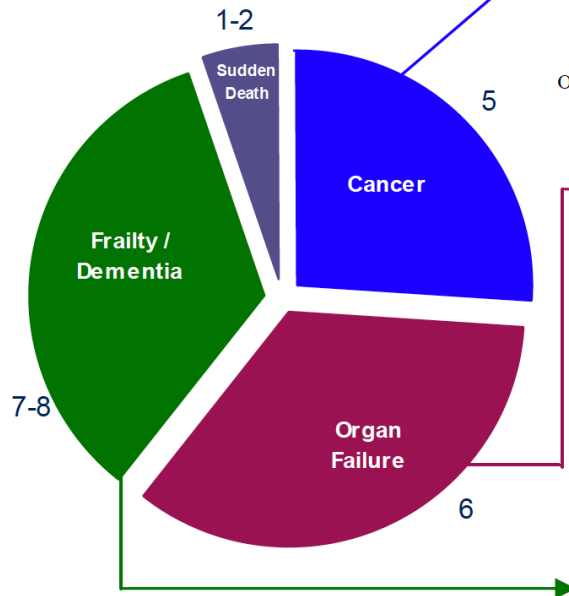
‘zou het je verbazen indien deze patiënt binnen
het jaar overlijdt’

predictie van overleving: klinische indicatoren

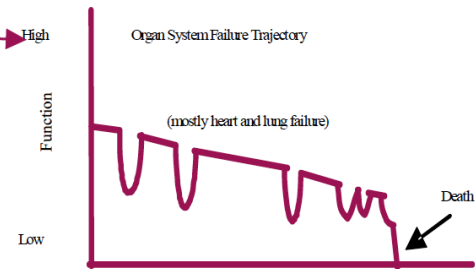


Ziektetraject in het WZC

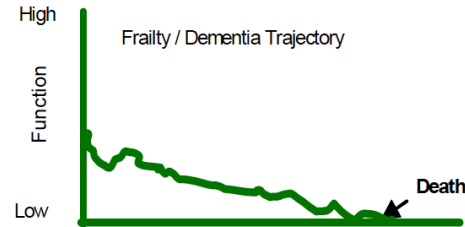
GP's workload - Average 20 deaths/GP/yr
(approximate proportions)



Onset of incurable cancer → Time – Often a few years, but decline usually seems <2 months



Begin to use hospital often, self-care becomes difficult → Time ~2-5 years, but death usually seems "sudden"



Onset could be deficits in ADL, speech, ambulation → Time ~ quite variable - up to 6-8 years

Functionaliteit van de patiënt

- niet ziektespecifieke prognostische instrumenten : (minder dan drie maanden)
 - PPS : palliative performance scale
 - PPI : palliative prognostic index

Palliative performance scale

*Palliative Performance Scale (PPSv2)
version 2*

PPS Level	Ambulation	Activity & Evidence of Disease	Self-Care	Intake	Conscious Level
100%	Full	Normal activity & work No evidence of disease	Full	Normal	Full
90%	Full	Normal activity & work Some evidence of disease	Full	Normal	Full
80%	Full	Normal activity <i>with</i> Effort Some evidence of disease	Full	Normal or reduced	Full
70%	Reduced	Unable Normal Job/Work Significant disease	Full	Normal or reduced	Full
60%	Reduced	Unable hobby/house work Significant disease	Occasional assistance necessary	Normal or reduced	Full or Confusion
50%	Mainly Sit/Lie	Unable to do any work Extensive disease	Considerable assistance required	Normal or reduced	Full or Confusion
40%	Mainly in Bed	Unable to do most activity Extensive disease	Mainly assistance	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
30%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
20%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Minimal to sips	Full or Drowsy +/- Confusion
10%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Mouth care only	Full or Drowsy +/- Confusion
0%	Death	-	-	-	-

Palliative prognostic index

PPI > 6 = overleving < 3 weken

TABLE 4. PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX (PPI)

<i>Factor</i>	<i>Partial score</i>
PPS 10–20	4
30–50	2.5
>50	0
Delirium	4
Dyspnea at rest	3.5
Oral intake: mouthfuls or less	2.5
Reduced, but more than mouthfuls	1
Edema	1

ziektebeeld

- Ziektespecifieke prognostische instrumenten
 - Dementie : dementia mortality index
 - Hartfalen : heart failure risk scoring instrument
 - Type van kanker
 - Metastatische toestand

Symptomen van de terminale fase

- Spitse koude neus
- Reutelende ademhaling
- Toegenomen slaperigheid
- Doodsmasker
- Cheyne-stokes ademhaling
- Lijkvlekken
- ...