

## **Palliatieve Sedatie**

*landelijke richtlijn KNMG, januari 2009*

### **Terminologie**

Palliatieve sedatie, terminale sedatie, sedatie in de laatste levensfase of diepe sedatie, zijn alle beschrijvingen die duiden op de medische handeling bij sedatie in de laatste levensfase.

In de richtlijn is gekozen voor de term palliatieve sedatie om te benadrukken dat deze sedatie een onderdeel is van het traject of proces bij palliatieve zorg.

### **Definitie palliatieve sedatie**

Palliatieve sedatie wordt toegepast in de laatste levensfase waarin opzettelijk het bewustzijn van de patiënt wordt verlaagd. Er kunnen twee verschillende situaties worden onderscheiden, namelijk

- continu sederen tot het moment van overlijden;
- kortdurend of intermitterend sederen.

Het doel van palliatieve sedatie is het verlichten van het lijden van de patiënt. Het verkorten of beëindigen van het leven is niet het doel.

Palliatieve sedatie wordt gerekend tot normaal medisch handelen, dit in tegenstelling tot euthanasie dat tot bijzonder medisch handeling wordt gerekend.

### **Indicatie palliatieve sedatie**

Palliatieve sedatie is geïndiceerd bij patiënten met één of meer onbehandelbare ziekteverschijnselen, zogenaamde refractaire symptomen, waardoor patiënten ondragelijk lijden. Een refractair symptoom is een symptoom dat onvoldoende kan worden behandeld met de conventionele therapieën. Dit betekent dat conventionele therapieën onvoldoende effect hebben en/of de behandeling gepaard gaat met onaanvaardbare bijwerkingen. Voorbeelden van refractaire symptomen zijn pijn, dyspneu, delirium en misselijkheid.

Verder moet de patiënt een levensverwachting hebben van minder dan 1 à 2 weken. Dit laatste is soms moeilijk te bepalen. Ook als ervaren arts is het moeilijk in te schatten hoe lang de levensverwachting van een patiënt nog is, met name als de patiënt als een heel behandelingstraject achter de rug heeft. Kenmerken die erop kunnen duiden dat de patiënt in de laatste levensfase is, is dat de patiënt vermoeid, bedlegerig, verzwakt en cachetisch. In veel gevallen eet of drinkt de patiënt zelf nauwelijks meer.

Proportioneel gebruik palliatieve sedatie is het proportioneel en adequaat gebruik van een therapie. Er wordt zo veel sederende medicatie gegeven totdat het bewustzijn van een patiënt voldoende is gedaald.

### **Verschil met euthanasie**

Er is verschil in de intentie en doel en de toe te passen middelen.

Bij palliatieve sedatie staat het wegnemen van het lijden van de patiënt centraal. Het doel van de palliatieve sedatie is niet het vroegtijdig laten overlijden van de patiënt. Bij het toepassen van palliatieve sedatie zal de patiënt niet eerder sterven. Het sterven wordt als een natuurlijke dood beschouwd. Palliatieve sedatie is een andere medische handeling dan het toepassen van euthanasie en kan en mag dan ook niet worden gezien als 'slow euthanasia'.

Bij euthanasie staat de levensbeëindiging voorop. De patiënt zal door het toepassen van euthanasie wél eerder overlijden.

De keuze voor palliatieve sedatie of euthanasie is afhankelijk van de keuze van de patiënt.

Bij palliatieve sedatie moeten de patiënt en de naasten er rekening mee houden dat communicatie met de patiënt niet meer mogelijk is.

Palliatieve sedatie wordt als normaal medisch handelen beschouwd, immers alleen het lijden wordt verlicht zonder dat hiermee het leven, door het toepassen van de middelen, wordt verkort. Om die reden hoeft palliatieve sedatie ook niet te worden gemeld bij een toetsingscommissie. Consultatie door een tweede arts is ook om die reden niet verplicht. Dit sluit overigens niet uit dat in de richtlijn een tweede consultatie soms wel als wenselijk wordt beschouwd. Dit geldt met name voor artsen die geen of weinig ervaring hebben met palliatieve sedatie.

### Middelen bij continu sederen

Aangeraden wordt gebruik te maken van een stapsgewijze benadering. Indien een stap niet of onvoldoende werkt, kan worden overgegaan op de volgende stap

Het eerste keus middel is midazolam, waarbij subcutane toediening de voorkeur heeft boven intraveneuze toediening.

Mocht midazolam onvoldoende werken, wordt eerste geadviseerd te onderzoeken of de toedieningsweg (iv-lijn) in orde is en/of er storende factoren (bijvoorbeeld een volle blaas) aanwezig zijn. Vervolgens kan levomepromazine worden toegevoegd.

Als deze combinatie niet werkt, worden zowel midazolam als levomepromazine gestaakt en wordt gestart met propofol.

Stappen:

	Naam middel	Bolus	Continue toediening
Stap 1	midazolam	start met 10 mg sc zo nodig elke 2 uur 5 mg sc	1,5 – 2,5 mg per uur sc/iv; bij onvoldoende effect na elke 4 uur de dosering met 50% verhogen; altijd in combinatie met een bolus van 5 mg sc .  Bij risicofactoren (> 60 jaar, gewicht < 60 kg, ernstige nier- of leverfunctiestoornissen, sterk verlaagd albumine en/of co-medicatie die kan leiden tot versterkte sedatie): - lagere startdosis (0,5 – 1,5 mg/uur, en - langere tijdsinterval (6-8 uur) voordat de onderhoudsdosering wordt verhoogd. Bij doseringen > 20 mg/uur, zie stap 2.
Stap 2	levomepromazine	25 mg sc/iv; eventueel na 2 uur 50 mg	0,5-8 mg per uur sc/iv in combinatie met midazolam. Dosering na drie dagen halveren i.v.m. stapeling. Bij onvoldoende effect midazolam en levomepromazine staken, zie vervolgens stap 3
Stap 3	propofol	20-50 mg iv	20 mg per uur iv per 15 min met 10 mg/uur verhogen. Toediening onder supervisie van een anesthesioloog is raadzaam. Deze stap kan in het ziekenhuis ook als stap 2 worden overwogen.

bron: Richtlijn Palliatieve sedatie KNMG jan 2009

**Middelen bij intermitterende sedatie (veelal nachtelijke sedatie)**

Hier wordt gebruikgemaakt van stap 1, waarbij wordt gestart op de inslaaptijd en de toediening wordt gestaakt -1,5 uur vóór het gewenste tijdstip van ontwaken.

**Niet geschikt middel**

Morfine is niet geschikt om een patiënt te sederen. Morfine is een adequaat als pijnbestrijding en bestrijding van dyspneu, maar geeft veelal onvoldoende sedatie.