
De nieuwe Richtlijn Palliatieve sedatie

Wat is er nieuw?

Zeist, 16 november 2022
Symposium '25 jaar SCEN'
Carel Veldhoven



Disclosure belangen

Carel Veldhoven

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen / Zie hieronder
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Bedrijfsnamen
<ul style="list-style-type: none">• Sponsoring of onderzoeksgeld• Honorarium of andere (financiële) vergoeding<ul style="list-style-type: none">• Aandeelhouder• Andere relatie, namelijk ...	<ul style="list-style-type: none">• neen• neen • neen• neen

Opzet workshop

- Korte inleiding (10-15 min)
- Wat is relevant voor de SCEN-arts?
- Uitgelichte onderwerpen / casuïstiek
- Afsluiting

Oude richtlijn dateerde uit 2009

knmg

iKNL integraal
kankercentrum
Nederland

Hoe is de richtlijn tot stand gekomen?

- KNMG roept 2019 commissie herziening richtlijn in het leven
- Gemandateerde leden van groot aantal wetenschappelijke verenigingen/organisaties en patiëntenorganisaties
- Aangevuld met jurist en ethicus
- Ondersteuning en procesbegeleiding IKNL en KNMG
- Uitgangsvragen na knelpuntanalyse bij patiënten én zorgverleners
- 'Evidence Based' aan de hand van GRADE-systematiek

De belangrijkste 'wijzigingen' in de nieuwe richtlijn palliatieve sedatie

- Multidisciplinaire samenwerking als uitgangspunt
- In principe de uitkomst van een palliatief zorgtraject
- Concrete handvatten voor voorlichting aan patiënt en naasten (verwachtingenmanagement)
- 'Drie' vormen van sedatie met medicatie en doseringsschema's; sedatie in principe 'proportioneel'
- Overweging levomepromazine eerder in te zetten
- Bij stap 3 consultatie verplicht en plaats voor fenobarbital
- Aandacht voor bijzondere groepen
- Regiebehandelaar i.p.v. hoofdbehandelaar (uitspraak CTG)
- Digitale beslisboom

Bijzondere groepen

- Sedatie bij mensen met dementie
- Sedatie bij mensen met verstandelijke beperking
- Sedatie bij existentieel lijden

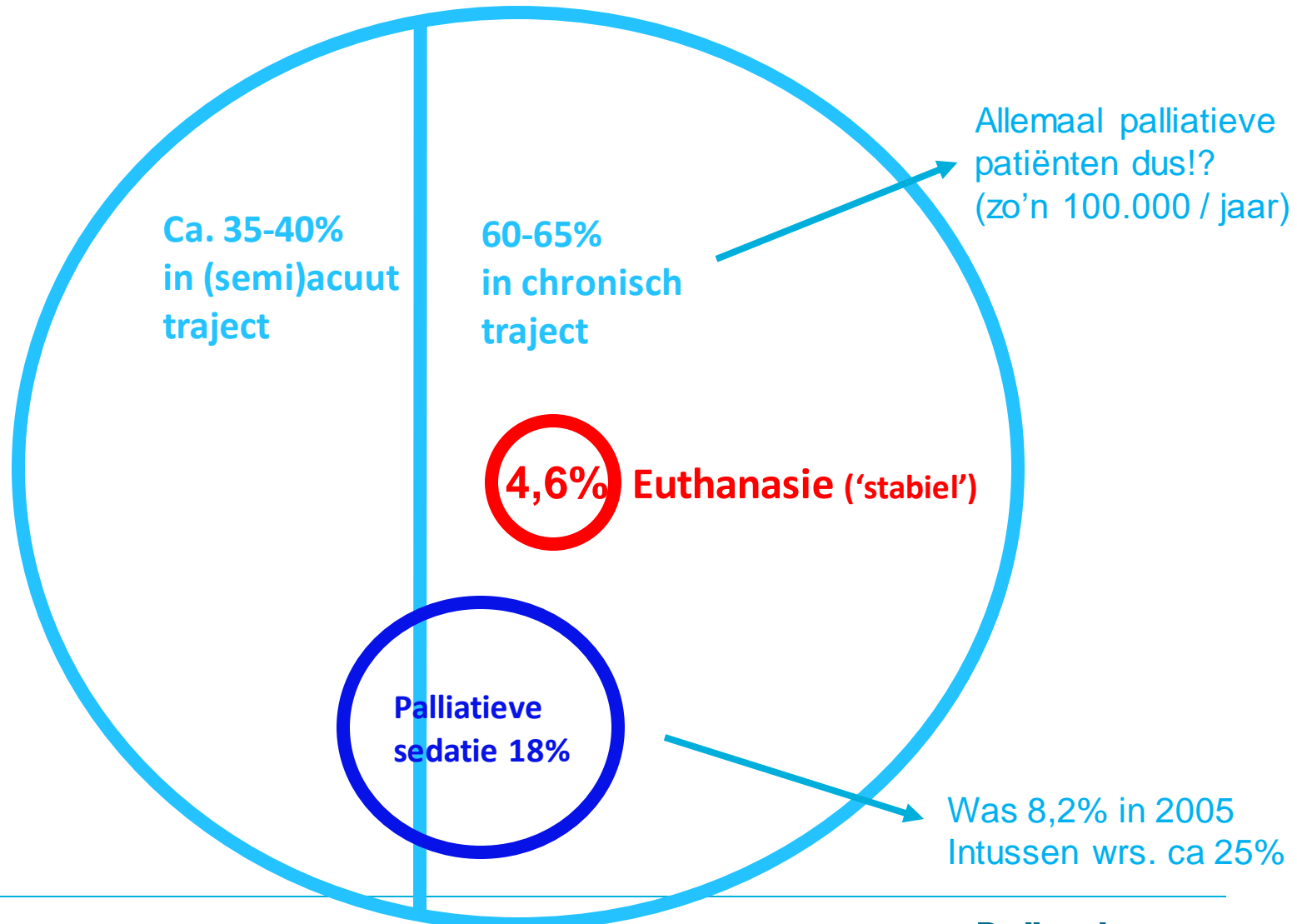
Vormen van sedatie

- Intermitterende sedatie
- Continue sedatie tot aan overlijden
- Acute sedatie
 - Nieuw in de richtlijn
 - In feite bijzondere vorm van continue sedatie

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is zorg die beoogt de kwaliteit van het leven te verbeteren van **patiënten en hun naasten** die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van **vroegtijdige signalering** en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van **fysieke, psychische, sociale en spirituele** aard. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg **oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden** [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland].

Overlijdens in Nederland per jaar 147.000 (2015)



Indicatie voor palliatieve sedatie

Wat zijn de twee absolute voorwaarden voor een palliatieve sedatie (er van uitgaand dat het een patiënt in de laatste levensfase is)?

- ondraaglijk lijden van de patiënt, door ...
- één of meer refractaire symptomen (vaak een 'refractair syndroom')

Palliatieve sedatie

Palliatieve sedatie is het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase met als (enig) doel om ondraaglijk lijden dat niet anders verlicht kan worden te verlichten.

Het ondraaglijk lijden moet dus voortkomen uit één of meer refractaire symptomen, die zich vaak tegelijkertijd voordoen op lichamelijk, psychisch, sociaal en existentieel gebied.

Bron:

Multidisciplinaire Richtlijn Palliatieve Sedatie Nederland (0622)

De meest voorkomende refractaire symptomen

- Pijn
- Benauwdheid
- Delier
- Misselijkheid en braken (minder vaak)

Maar heel vaak een optelsom van
verschillende refractaire symptomen
vanuit verschillende dimensies:
refractair syndroom

Het stellen van de indicatie palliatieve sedatie

- Is een medische beslissing
- Vanuit specifieke context van een patiënt in de laatste levensfase
- Aan de hand van professionele standaard
- De mening van de patiënt is van groot belang
- Arts moet indicatie (mede) stellen, maar indicatie is (bij voorkeur) een beslissing van arts, patiënt(*) en behandelteam/zorgteam gezamenlijk!

(*) Als de patiënt wilsonbekwaam ter zake is, wordt de (wettelijk) vertegenwoordiger gevraagd

Geen autorisatie V&VN

- V&VN heeft de richtlijn niet geautoriseerd.
- Reden: niet eens met uitgangspunt dat uitsluitend een arts de indicatie tot palliatieve sedatie mag stellen
- Daarom heeft V&VN ...

Leidraad opgesteld voor het stellen van de indicatie tot palliatieve sedatie door verpleegkundig specialisten

professionele standaard
palliatieve sedatie

voor verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden

Leidraad + Multidisciplinaire richtlijn



Sedatie vs. Euthanasie

	Palliatieve sedatie	Euthanasie
Doel	Lijdensverlichting	Lijdensverlichting
Indicatie	Ondraaglijk lijden door refractair(e) sympto(o)m(en)	Ondraaglijk en uitzichtloos lijden
Methode	Bewustzijnsverlaging	Levensbeëindiging
Handelen	Normaal, medisch	Bijzonder, medisch
Consultatie	Nee, zo nodig/gewenst	Verplicht
Toestemming patiënt	Indien mogelijk en bij voorkeur 'vooraf'	Altijd
Levensbekorting?	In principe niet	Ja
Uitvoering	Arts/verpleegkundigen/ team	Arts

Mogelijke bespreekpunten

Eventueel aan de hand van casuïstiek

Doel:

- Discussie
- Leren van elkaar
- Kennis opdoen
- Toelichting van de argumentatie voor bepaalde keuzes in de richtlijn

Waar ligt de voorkeur voor verder toe te lichten onderwerp(en)?

- Wat is refractair
- Acute sedatie
- Intermitterende sedatie
- Proportionaliteit
- Het verloop bij continue palliatieve sedatie
- De digitale beslisboom Palliatieve Sedatie
- Andere onderwerpen

Aandachtspunten palliatieve sedatie

- Tijdig er over spreken helpt
- Maak gebruik van de (nieuwe) patiëntenfolder
- De patiënt slaapt niet meteen, laat staan dat deze meteen overlijdt
- Door zorgverleners wordt veel druk gevoeld vanuit de naasten
- Duur tot overlijden:

Tijd van overlijden na Palliatieve sedatie

Minder dan 1 dag	47%
------------------	-----

1-7 dagen	47%
-----------	-----

Langer dan 7 dagen	6%
-----------------------	----

NB Hoe langer het duurt, hoe 'ontevredener' de naasten

Casus 3: palliatieve sedatie bij existentieel lijden

Man, 85 jaar, weduwnaar

- Vrouw bijna 1 jaar geleden overleden aan een gemetastaseerd blaasCA bij een dementie
- Proces van sedatie en het proces daar naar toe door de heer en familie als moeizaam ervaren
- Medische voorgeschiedenis
 - Sinds ruim 15 jaar poly-arthrose (handen)
 - Sinds 10 jaar polyneuropathie
 - Sinds 9 jaar diabetes mellitus type 2

Casus 3 (vervolg)

- Sinds 4,5 jaar prostaatCA (cT3aN+)
- Bijzondere mutatie, waardoor minder kans op succesvolle behandeling
- Meerdere ziektegerichte behandelingen gehad (uiteindelijk 6 behandelingen in 2 jaar en 9 maanden)
- Sinds 2 jaar botmetastasen
- Al sinds 1,5 jaar regelmatig ACP-gesprekken over (behandel)wensen
- Sinds half jaar geen ziektegerichte behandeling meer mogelijk en 'best supportive care'

Casus 3 (vervolg 2)

- In de ACP-gesprekken geeft hij steeds aan géén euthanasie te willen (vanwege zijn geloof). Heeft regelmatig gesprekken met de pastoor
- Bij het spreken over scenario's komt regelmatig angst voor palliatieve sedatie aan de orde
- Thuiszorg en expertverpleegkundige PZ zijn actief betrokken
- Sinds 3-4 maanden regelmatig braken, verder gaat het vrij goed
- Sinds 2 maanden neurologische uitval, vooral li gelaatshelft (oog, mond, slikken)

Casus 3: indicatie ja of nee?

- Afgelopen 2 weken intermitterende sedatie gehad
- Progressieve achteruitgang met verslikken, bedlegerigheid, anorexie (maar wel drang om te eten)
- Geen pijn, geen misselijkheid meer, zeer droge mond
- Geeft aan dat hij dit niet meer wil:
 - Is iedere keer onrustig/verward als hij wakker wordt
 - Maakt zich zorgen om dingen die hij 'had moeten doen', maar kan niet meer aangeven wat dat dan is
 - Maar vindt het boven alles uitzichtloos en ZINLOOS
- Sterk vermoeide, uitgeputte en cachectische man
- Verzoekt om sedatie

Is dit een indicatie voor continue palliatieve sedatie?

Wat is refractair?

Een symptoom is refractair:

- als er geen reële behandeling meer voor is
- of als er geen behandeling is, die voldoende snel effectief is

en/of

- gepaard gaat met onaanvaardbare bijwerkingen

Kan existentieel lijden ook de indicatie vormen?

Als existentieel lijden niet meer valt te verlichten door bijvoorbeeld gesprekken of spirituele ondersteuning, kan ook dit lijden refractair zijn.

Existentieel lijden kan dus, bij een geschatte termijn tot overlijden van maximaal twee weken, (hoofd)onderdeel uitmaken van refractaire symptomen die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt

Het advies is wel 'altijd' een 'zingevingprofessional' in te schakelen

Vormen van sedatie

Intermitterende – of
kortdurende sedatie

Continue sedatie tot aan het
overlijden

Acute sedatie (in feite een
bijzondere vorm van continue
sedatie)ⁿ

ⁿ niet opgenomen in de
richtlijn van 2009

Doseringschema intermitterende sedatie

Middel	Doseringschema
In principe komt alleen midazolam in aanmerking	<ul style="list-style-type: none">– Geeft bij de start van de sedatie een bolus 5 mg s.c. gevolgd door onderhoudsdosering 1,5 mg/uur s.c. continu met een range van 0,5-2,5 mg/uur, afhankelijk van diverse factoren (zie tabel 2).– Bij onvoldoende effect iedere 2 uur 5 mg bolus s.c. tot voldoende effect/ comfort bereikt is– Start op de gewenste inslaaptijd– Stop 2 uur voor het gewenste tijdstip van ontwaken de onderhoudsdosering– Start de volgende nacht met de dosering die de vorige nacht leidde tot het gewenste effect (waarbij de gegeven bolussen bij de onderhoudsdosering zijn opgeteld)

Casus 2: acute sedatie

- Vrouw, 78 jaar
- Gevorderde dementie, waarvoor recent WLZ-/verpleeghuisindicatie
- Echtgenoot zorgt vrijwel volledig voor haar, geen thuiszorg
- Echtgenoot krijgt Corona, nauwelijks ziek van
- Zij krijgt ook milde klachten
- Na ongeveer een week wordt ze snel zieker en heel erg benauwd

-
- Ik tref haar 'stikbenauwd' en zeer onrustig aan. Communicatie is niet echt mogelijk
 - Haar echtgenoot en dochter zijn bij haar
 - Bij onderzoek vind ik 'zeer slechte waarden' (hoge koorts, lage saturatie, tachypnoe++)
 - In overleg met partner en dochter besluiten we eerdere afspraken te volgen en haar niet in te sturen
 - Ik geef haar 7,5 mg midazolam en 7,5 mg morfine subcutaan.

Wat vinden jullie hiervan?

- Qua indicatie?
- Qua dosering?

Doseringschema acute sedatie

stap 1a in geval er een intra- veneuze toegangsweg beschikbaar is	midazolam	<ul style="list-style-type: none">• 15-30 mg, bij voorkeur langzaam i.v. (enkele minuten) ¹ totdat voldoende sedatie bereikt is,• zo nodig in combinatie met morfine.
	morfine (alleen bij pijn en/of dyspneu)	<ul style="list-style-type: none">• bij opioïdnaïeve patiënt: 15 mg langzaam i.v.,• bij opioïdgebruik: 1/3e van (equianalgetische) dagdosering tot een maximum van 30 mg.
stap 1b in geval er geen intra- veneuze toegangsweg beschikbaar is ²	midazolam	<ul style="list-style-type: none">• 15-30 mg s.c.,• kies voor 30 mg bij dreigende acute verstikking en/of eerder benzodiazepinegebruik,• bij s.c. toediening van 30 mg (=6 cc) kan op 2 plaatsen 15 mg gespoten worden. of:• 15 mg midazolam intranasaal (2,5 mg/dosis, 3 doses per neusgat). Niet geschikt bij bloeding uit neus. Zo nodig in combinatie met morfine.
	morfine (bij pijn en/of dyspneu) ³	<ul style="list-style-type: none">• bij opioïdnaïeve patiënt: 15 mg s.c.,• bij opioïdgebruik: 1/3e van (equi-analgetische) dagdosering s.c. tot een maximum van 30 mg.

Digitale beslisboom

- Bij de stapsgewijze benadering kan de digitale beslisboom behulpzaam zijn
- Deze is te vinden op: Palliaguide (www.palliaguide.nl)

Casus 2 (vervolg)

- Op genoemde doseringen wordt ze rustig en ‘comfortabel’
- Die dag: structureel iedere paar uur controle door thuiszorg en huisarts
- Eind van de dag leeft ze nog steeds en lijkt de situatie te stabiliseren:
 - Wat is belangrijk ten aanzien van het te verwachten beloop van de sedatie?
 - Welke overwegingen zijn behulpzaam bij het heroverwegen van de sedatie?
 - Doorgaan of stoppen: een dilemma?

Punten om mee te nemen?

- De indicatie voor acute sedatie moet heroverwogen worden als iemand toch niet heel snel overlijdt
- Scenariodenken helpt ook in dit soort situaties
- In complexe situaties kan advies gevraagd worden



Fibula

Continue sedatie

- Meest voorkomende vorm van palliatieve sedatie
- Wordt meestal bedoeld als het over palliatieve sedatie gaat en dat kan spraakverwarring geven
- Kan in alle settings plaatsvinden
- Heeft een patiënt er 'recht' op?
Ja, mits!

(Rand)voorwaarden voor continue sedatie tot aan overlijden

- aanwezigheid van één of meer refractaire symptomen
- het overlijden wordt binnen maximaal 2 weken verwacht (liever korter)
- in principe geen kunstmatige toediening van vocht (en voeding) meer

PS wat 'klopt er niet'?

Waarom geen vocht (en voeding)?

Uitgaande van een levensverwachting korter dan 2 weken:

- bekort het niet toedienen van vocht (en voeding) de levensduur niet (bij een levensverwachting van > 2 weken wel)
(‘Er wordt gestorven, niet gedood’. SN)
- kan het toedienen van vocht (en voeding) het lijden/de symptomen wel verergeren

Het gaat immers om patiënten die meestal niet of nauwelijks meer drinken, erg vermoeid en verzwakt, uitgemergeld, bedlegerig en suf zijn.

NB aandacht voor psychische dimensie is belangrijk!

De uitvoering van palliatieve sedatie (na indicatiestelling en besluitvorming)

- Voor sedatie moet een sedativum gebruikt worden, bij voorkeur midazolam
- Morfine heeft géén plaats als middel voor sedatie (maar kan wel tegelijkertijd gebruikt worden voor de bestrijding van de symptomen pijn en benauwdheid)
- Bij palliatieve sedatie wordt een stapsgewijze benadering gevolgd

Doseringsschema continue sedatie

	middel	doseringschema ¹
stap 1	midazolam	<ul style="list-style-type: none">- Bij start palliatieve sedatie bolus 5-10 mg s.c. gevolgd door onderhoudsdosering 1,5 mg/uur s.c. continu (met een range van 0,5-2,5 mg/uur, afhankelijk van diverse factoren, zie tabel 2),- Herhaal bij onvoldoende effect na 2 uur 5 mg bolus s.c. en verhoog 4 uur na de start van de palliatieve sedatie de continue dosering met 50% in combinatie met een bolus van 5 mg s.c. en herhaal deze stappen tot voldoende comfort is bereikt,- Bij continue doseringen vanaf 5 mg/uur s.c. dienen de bolussen verhoogd te worden naar 10 mg s.c.,- Bij continue doseringen vanaf 10 mg/uur s.c. dienen de bolussen verhoogd te worden naar 15 mg s.c.,- Bij doseringen van 20 mg/uur s.c.: <u>toevoegen</u> van levomepromazine² (stap 2),- Bij voldoende effect midazolam, continueer actuele onderhoudsdosering.

stap 2 ³

levomepromazine

- Aanvullend op de toegepaste dosering midazolam wordt gestart met levomepromazine bolus van 50 mg s.c.,
- Bij voldoende effect na 6 uur: 12 uur na start overgaan op 2 dd 25 mg s.c.,
- Bij onvoldoende effect na minimaal 6 uur ⁴: bolus van 50 mg s.c., vervolgens om de 6 uur 25 mg s.c.,
- Bij voldoende effect 24 uur na start overgaan op 2 dd 50 mg s.c.,

Digitale beslisboom

- Bij de stapsgewijze benadering kan de digitale beslisboom behulpzaam zijn
- Deze is te vinden op: Palliaguide (www.palliaguide.nl)

Continue palliatieve sedatie: stap 3

Belangrijkste wijzigingen bij stap 3

- Consultatie verplicht
- Advies ten aanzien van propofol: overleg met een anesthesioloog
- Alternatief voor propofol: fenobarbital

NB wens tot aanleggen van een (centraal Nederlands)
'register' stap 3

stap 3

propofol of fenobarbital ⁵

- Overleg ALTIJD met een consultatieteam palliatieve zorg,
- Op basis van de setting, de ervaring en de praktische mogelijkheden wordt in overleg het meest geschikte middel gekozen.

indicatieve schema's

propofol (na consultatie van een anesthesioloog)

- Consulteer een anesthesioloog, bij voorkeur met kennis van palliatieve zorg, over de toediening en dosering van propofol,
- Verstrek daarbij volledige en nauwkeurige informatie over de gezondheidssituatie van de patiënt aan de anesthesioloog,
- Vraag advies aan de geconsulteerde anesthesioloog over het stoppen van midazolam en levomepromazine,
- Stop met midazolam en levomepromazine (Nozinan) in ieder geval als met propofol voldoende comfort bereikt is.
- Startbolus 20-50 mg i.v., met aansluitend continue toediening 100 mg/uur,
- Zo nodig per 5 minuten 20 mg bolus i.v. en verhogen van de pompstand met 50mg/uur tot een maximum van 5 mg/kg/uur,
- De uiteindelijk benodigde dosering van propofol is zeer variabel en afhankelijk van diverse patiëntfactoren (o.a. lichaamsgewicht).

fenobarbital ⁵

- Oplaaddosis 200 mg s.c. (verdeeld over 2 subcutane insteekopeningen), met aansluitend continue toediening fenobarbital 40 mg/uur s.c.,
- Bij onvoldoende effect bolus van 200 mg s.c. iedere 4 uur,
- Bij onvoldoende effect na 24 uur ophogen naar 60 mg/uur s.c.,
- Bij voorgaand drugsgebruik of voorgaand gebruik van (hoge doseringen) sedativa kunnen soms hogere doseringen nodig zijn. De dosering fenobarbital kan in deze situaties opgehoogd worden tot 150 mg/uur s.c..

Een paar 'conclusies':

- Intermitterende palliatieve sedatie zou vaker toegepast kunnen worden?
- Ook bij palliatieve sedatie is altijd een multidimensionele benadering nodig
- Scenariodenken helpt ook bij het besluiten tot of heroverwegen van palliatieve sedatie
- Verwachtingsmanagement is uitermate belangrijk bij palliatieve sedatie en wij kunnen daar een belangrijke rol bij spelen (patientenfolder!)

Maar bovenal:

alleen **samen** krijgen we de beste palliatieve sedatie



KEN EN MAAK GEBRUIK VAN ELKAARS KENNIS EN KUNDE



The End.