

# BEHANDELPROTOCOL CONTINU PALLIATIEVE SEDATIE tot het moment van overlijden

## DEFINITIE PALLIATIEVE SEDATIE<sup>1</sup>

Het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase (KNMG, 2009).

## BEHANDELINGSCRITEIRIUM

**LEVENSVRWACHTING:** het betreft een patiënt bij wie tekenen van de stervensfase zichtbaar(der) worden, waardoor een levensverwachting van minder dan twee weken aannemelijk is.

**OMSTANDIGHEDEN:** de behandeling kan geïndiceerd zijn als er sprake is van een of meer onbehandelbare (refractaire) symptomen of indien gerichte behandeling daarvan zou leiden tot onacceptabele bijwerkingen of tot onvoldoende snel resultaat. De mening van de patiënt is in het bijzonder van belang bij de beoordeling van de belasting van het symptoom en van bijwerkingen van een behandeling. De arts en patiënt bepalen gezamenlijk of een symptoom refractair is. Het betreft nooit patiënten die uitsluitend existentieel lijden. Wel kan existentieel lijden, net zoals pijn, onderdeel uitmaken van refractaire symptomen die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt. De meest voorkomende refractaire symptomen zijn pijn, dyspneu, delier en terminale onrust.

Palliatieve sedatie moet duidelijk onderscheiden worden van actief levensbeëindigend handelen (euthanasie). Voor het onderscheid met euthanasie wordt verwezen naar de bijlage (p. 7).

## DOEL EN WERKWIJZE

**DOEL PROTOCOL:** Eenduidige benadering en multidisciplinaire behandeling van patiënten bij wie continu palliatieve sedatie wordt overwogen. Het protocol is bedoeld voor (dienstdoende) artsen en verpleegkundigen.

### BEHANDELBSLISSING TE NEMEN DOOR:

Hoofdbehandelaar – behandelend arts

### IN OVERLEG MET:

- I. Stafarts hoofdbehandelaar.
- II. Verpleegkundigen.
- III. Medebehandelaar(s).
- IV. Consulent palliatieve zorg
  - a. bij onvoldoende kennis palliatieve sedatie;
  - b. bij onvoldoende ervaring in het vaststellen of een symptoom blijvend refractair is;
  - c. bij twijfel aan de indicatie / de levensverwachting;
  - d. als existentieel lijden (verlies van zingeving, geestelijke lijdensdruk) een doorslaggevend refractair symptoom is.

### CONSULENT PALLIATIEVE ZORG:

Centrumlocatie:

consultatieteam pijn en palliatieve zorg  
binnen kantooruren via:

☎ 06-51531340

buiten kantooruren via dienstdoende  
anesthesioloog:

☎ \*835503

Daniel den Hoed Oncologisch Centrum via  
Unit Palliatieve Zorg&Symptoomcontrole:

☎ 7041 184

**WERKWIJZE:** Het behandelprotocol bestaat uit vijf delen. De eerste vier delen leiden de behandelend arts door het proces van afweging voor palliatieve sedatie. Het vijfde deel is bestemd voor de verpleegkundigen.

Deel 1 Verhelderen huidige situatie.

Deel 2 Besluitvorming over indicatie en voorwaarden voor palliatieve sedatie.

Deel 3 Informatie en communicatie en instemming met de behandeling door patiënt en/of naasten.

Deel 4 Medisch zorgvuldige uitvoering.

Deel 5 Verpleegkundige verrichtingen en aandachtspunten bij palliatieve sedatie.

## VASTSTELLING:

Dit behandelprotocol is eigendom van de Commissie Medische Ethische Vraagstukken en goedgekeurd door de Raad van Bestuur.

**DATUM:** Juli 2009.

## REFERENTIE:

Het behandelprotocol volgt de KNMG-richtlijn palliatieve sedatie van 2009 en is een uitwerking hiervan voor de klinische praktijk.

<sup>1</sup> Dit behandelprotocol richt zich op continu palliatieve sedatie tot moment van overlijden. Kortdurende of intermitterende sedatie valt buiten dit behandelprotocol. Bij deze vorm van sedatie wordt de patiënt tijdelijk gesedeerd. Dit kan bijvoorbeeld worden toegepast in een situatie waarbij niet duidelijk is of een symptoom blijvend refractair is, of als er een periode tot het optreden van het effect van een behandeling overbrugd dient te worden.

## BEHANDELPROTOCOL CONTINU PALLIATIEVE SEDATIE tot het moment van overlijden

Sticker patiëntgegevens		<b>ARTS:</b>
		<b>AFDELING:</b>
		<b>DATUM</b> (dag/maand/jaar):
<b>1. STAPPEN: VERHELDERING HUIDIGE SITUATIE</b>		
1.1.	<i>Wat is het probleem, wat zijn de symptomen?</i>	
	Aandachtspunt: - Verpleegkundigen leveren signalen met betrekking tot de wens of de noodzaak voor palliatieve sedatie	
1.2.	<i>Wat is hieraan gedaan? Wat is het beloop van de klacht?</i> Hiermee wordt niet alleen een momentopname bedoeld, maar ook de voorafgaande periode met betrekking tot dit symptoom /deze symptomen.  Aandachtspunten: - Is een onderliggende oorzaak uitgesloten waarvoor in de gegeven context een medisch zinvolle <sup>1</sup> behandeling aanwezig is? - Is het huidige beeld eerder gerapporteerd? - Hoe vaak heeft de patiënt extra medicatie nodig gehad in de voorgaande 24 uur in relatie tot de klacht? - Zijn er bijwerkingen van de behandeling beschreven?	
1.3	<i>Hoe beoordeelt de patiënt de symptomen? Bij wilsonbekwame patiënt, wat zegt diens vertegenwoordiger?</i>	
	Aandachtspunt: - Zijn al eerder relevante uitspraken ten opzichte van het ervaren lijden in de medische decursus of in de verpleegkundige rapportage vastgelegd?	

<sup>1</sup> Medisch zinvol: als er sprake is van een redelijke verhouding tussen het met het handelen bereikbare doel en de daarvoor in te zetten middelen (het proportionaliteitsbeginsel).

## BEHANDELPROTOCOL CONTINU PALLIATIEVE SEDATIE tot het moment van overlijden

	<b>PATIËNT:</b>	<b>DATUM</b> (dag/maand/jaar):		
<b>2.</b>	<b>MEDISCHE BESLUITVORMING</b>	Ja /nee aanvinken		
2.1	Heeft de patiënt een ongeneeslijke ziekte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Indien nee: continu sedatie is <b>geen</b> optie
2.2	Zijn de symptomen een gevolg van de behandeling?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
	Indien ja: kan deze behandeling worden gestaakt of gewijzigd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Indien ja: continu sedatie is <b>geen</b> optie
2.3	Zijn er zinvolle <sup>1</sup> conventionele behandelopties aanwezig die voldoende snel tot het gewenste resultaat leiden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
	Indien ja: is het waarschijnlijk dat deze het welzijn van de patiënt zullen verbeteren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Indien ja: continu sedatie is <b>geen</b> optie
2.4	Wordt de dood binnen 1-2 weken verwacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Indien nee: continu sedatie is <b>geen</b> optie
	Indien ja, is het wenselijk dat de patiënt tot het overlijden gesedeerd wordt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Indien nee: continu sedatie is <b>geen</b> optie
	Indien ja, ga door naar <b>2.6</b>			
2.5	Is er een indicatie (zie voetnoot op pagina 1) voor kortdurende of intermitterende sedatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Indien nee, kortdurende of intermitterende sedatie is <b>geen</b> optie
	Indien ja: Deze behandeling valt <b>buiten</b> dit behandelprotocol Raadpleeg hiervoor de consulent palliatieve zorg; ■ zie pagina.1			
2.6	Heeft multidisciplinair overleg plaatsgevonden? Zo ja, met: <input type="checkbox"/> stafarts hoofdbehandelaar <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> medebehandelaar(s) <input type="checkbox"/> consulent palliatieve zorg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
	Indien nee: overwegingen en reden documenteren van achterwege laten van overleg. Toelichting			
2.7	Conclusie: is continu sedatie tot het moment van overlijden een optie? Indien nee, bewaar pagina's 2 en 3 (in medisch of verpleegkundig dossier afhankelijk van lokale afspraken).	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
	Indien ja, ga verder vanaf punt 3.			

<sup>1</sup> Medisch zinvol: als er sprake is van een redelijke verhouding tussen het met het handelen bereikbare doel en de daarvoor in te zetten middelen (het proportionaliteitsbeginsel).

## BEHANDELPROTOCOL CONTINU PALLIATIEVE SEDATIE tot het moment van overlijden

	PATIËNT:	DATUM (dag/maand/jaar):		
3	INFORMATIEVOORZIENING OVER EN INSTEMMING MET DE BEHANDELING VAN PATIËNT EN/OF NAASTEN	Ja /nee aanvinken		
3.1	Is de patiënt <b>in staat een redelijke afweging te maken van zijn belangen ten aanzien van de medische behandeling?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
	Indien nee, is diens vertegenwoordiger aanwezig?  naam:.....  Indien de patiënt niet in staat is een beslissing te nemen: - is eerder met de patiënt en/of diens naasten gesproken over continu palliatieve sedatie tot de dood? - zijn er eerdere verklaringen en /of betrouwbare informatie van de patiënt of diens nabije familieleden /naasten mbt continu sedatie?	<input type="checkbox"/> Ja          <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee, neem contact op met hem/haar  <input type="checkbox"/> geen vertegenwoordiger          <input type="checkbox"/> Nee  <input type="checkbox"/> Nee	
3.2	Begrijpt de patiënt of diens vertegenwoordiger:			
	- de ernst van de huidige situatie;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> diens vertegenwoordiger /naasten afwezig
	- wat de eventuele andere mogelijkheden van symptoomcontrole zijn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
3.3	Begrijpt de patiënt of diens vertegenwoordiger:			
	- wat de beoogde werking van het sedativum is, namelijk dat de patiënt in slaap wordt gebracht en gehouden, om zich niet meer bewust te zijn van zijn lijden, zonder het sterven te bespoedigen;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
	- dat het niveau van de bewustzijnsverlaging wordt afgestemd op de mate van klachtenverlichting;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
	- dat <b>geen voeding en vocht</b> meer wordt toegediend per os en ook niet parenteraal omdat dit de patiënt in de stervensfase kan belasten.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
3.4	Begrijpt de patiënt of diens vertegenwoordiger en/of begrijpen zijn naasten het verschil tussen 'de behandeling van symptomen met continu palliatieve sedatie' en 'euthanasie'? Toelichting	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
3.5	Stemt de patiënt of diens vertegenwoordiger in met het starten van de behandeling? Indien nee, reden: .....  .....  Als bij wilsonbekwaamheid de vertegenwoordiger niet instemt, arrangeer direct een multidisciplinair overleg. Noteer uitkomst overleg.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
3.6	Zijn de patiënt en diens naasten zich bewust van het belang van afscheid nemen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	

# BEHANDELPROTOCOL CONTINU PALLIATIEVE SEDATIE tot het moment van overlijden

3.7	Zijn de naasten zich ervan bewust dat tijdens de continu palliatieve sedatie geen levensreddende maatregelen (zoals reanimatie of beademing) zullen plaatsvinden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee							
	<b>PATIËNT:</b>		<b>DATUM</b> (dag/maand/jaar):							
<b>4</b>	<b>START BEHANDELING</b>									
4.1	De arts is aanwezig bij de start van de palliatieve sedatie.									
4.2	Reeds voorgeschreven opioïden, anti-psychotica en anti-epileptica handhaven. Overleg zonodig met consulent palliatieve zorg over het omzetten van medicatie naar intraveneus. (■ zie pagina 1)	<b>Overlegd met:</b>								
4.3	Afdelingsarts evalueert dagelijks het beloop van de palliatieve sedatie. Leg afspraken vast in medisch en verpleegkundig dossier.									
4.4	Geef patiënt en/ of naasten zonodig herhaalde uitleg over de (bij)werkingen van het medicament.									
4.5	<b>Voor te schrijven medicatie</b> <b>Dosis:</b> het comfort van de patiënt bepaalt de dosering van het medicament dat gebruikt wordt bij palliatieve sedatie. Dosering vindt dan ook plaats op geleide van symptoomcontrole.									
4.6	<b>Schema dosering midazolam</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Bolus</th> <th style="width: 40%;">Continu toediening</th> <th style="width: 35%;">Notabene</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>           Bij start sedatie            10 mg s.c. of 5 mg i.v.             Zonodig iedere 2 uur            5 mg s.c. of 2,5 mg i.v.         </td> <td>           Startdosering 1,5-2,5 mg/uur s.c./i.v.            Tegelijk met bolus de pomp voor continu toediening starten.             Bij onvoldoende effect na minimaal 4 uur de dosering met 50% ophogen, altijd in combinatie met een bolus van 5 mg s.c. of 2,5 mg i.v.         </td> <td> <b>Midazolam</b> ampullen 5 mg/ml            (samenstelling spuitpomp 1 ml = 5mg, dus pure pomp)   <b>Bij risicofactoren</b> (patiënten &gt; 60 jaar, gewicht &lt; 60 kg, ernstige nier- of leverfunctiestoornissen, sterk verlaagd serumalbumine en/of co-medicatie die kan leiden tot versterkte sedatie):            - lagere startdosering (0,5-1,5 mg/uur), en            - langere interval (6-8 uur) voordat de onderhoudsdosering wordt opgehoogd   <b>Let op:</b> intraveneus toegediend wordt sedatie sneller bereikt, maar dit vergroot ook de kans op ademdepressie; tot 30 min. na (laatste) oplaaddosis is hier risico op.            (T<sub>max</sub> i.v. 2,5 min. ; s.c. 20 min. T<sub>1/2el</sub> 2,5 uur).         </td> </tr> </tbody> </table>				Bolus	Continu toediening	Notabene	Bij start sedatie 10 mg s.c. of 5 mg i.v.  Zonodig iedere 2 uur 5 mg s.c. of 2,5 mg i.v.	Startdosering 1,5-2,5 mg/uur s.c./i.v. Tegelijk met bolus de pomp voor continu toediening starten.  Bij onvoldoende effect na minimaal 4 uur de dosering met 50% ophogen, altijd in combinatie met een bolus van 5 mg s.c. of 2,5 mg i.v.	<b>Midazolam</b> ampullen 5 mg/ml (samenstelling spuitpomp 1 ml = 5mg, dus pure pomp)  <b>Bij risicofactoren</b> (patiënten > 60 jaar, gewicht < 60 kg, ernstige nier- of leverfunctiestoornissen, sterk verlaagd serumalbumine en/of co-medicatie die kan leiden tot versterkte sedatie): - lagere startdosering (0,5-1,5 mg/uur), en - langere interval (6-8 uur) voordat de onderhoudsdosering wordt opgehoogd  <b>Let op:</b> intraveneus toegediend wordt sedatie sneller bereikt, maar dit vergroot ook de kans op ademdepressie; tot 30 min. na (laatste) oplaaddosis is hier risico op. (T <sub>max</sub> i.v. 2,5 min. ; s.c. 20 min. T <sub>1/2el</sub> 2,5 uur).
Bolus	Continu toediening	Notabene								
Bij start sedatie 10 mg s.c. of 5 mg i.v.  Zonodig iedere 2 uur 5 mg s.c. of 2,5 mg i.v.	Startdosering 1,5-2,5 mg/uur s.c./i.v. Tegelijk met bolus de pomp voor continu toediening starten.  Bij onvoldoende effect na minimaal 4 uur de dosering met 50% ophogen, altijd in combinatie met een bolus van 5 mg s.c. of 2,5 mg i.v.	<b>Midazolam</b> ampullen 5 mg/ml (samenstelling spuitpomp 1 ml = 5mg, dus pure pomp)  <b>Bij risicofactoren</b> (patiënten > 60 jaar, gewicht < 60 kg, ernstige nier- of leverfunctiestoornissen, sterk verlaagd serumalbumine en/of co-medicatie die kan leiden tot versterkte sedatie): - lagere startdosering (0,5-1,5 mg/uur), en - langere interval (6-8 uur) voordat de onderhoudsdosering wordt opgehoogd  <b>Let op:</b> intraveneus toegediend wordt sedatie sneller bereikt, maar dit vergroot ook de kans op ademdepressie; tot 30 min. na (laatste) oplaaddosis is hier risico op. (T <sub>max</sub> i.v. 2,5 min. ; s.c. 20 min. T <sub>1/2el</sub> 2,5 uur).								
	<b>Overleg in de volgende gevallen altijd met consulent palliatieve zorg (■ zie pagina 1)</b>  A. Wanneer sneller ophogen nodig is om symptoomcontrole te bereiken. B. Als de gewenste sedatie bij een dosering van 15 mg/uur niet wordt bereikt.									

## BEHANDELPROTOCOL CONTINU PALLIATIEVE SEDATIE tot het moment van overlijden

4.7	<b>Volgende stap in het ziekenhuis</b> Propofol 2% i.v. In overleg met consulent palliatieve zorg ( zie pagina 1)	$T_{\max}$ i.v. 1,5-2 min; $T_{1/2el}$ 4-7 uur.		
	<b>PATIËNT:</b>	<b>DATUM</b> (dag/maand/jaar):		
5	<b>VERPLEEGKUNDIGE VERRICHTINGEN EN AANDACHTSPUNTEN BIJ PALLIATIEVE SEDATIE</b>	Ja /nee afvinken; indien anders noteer in verpleegdossier patiënt		
	<b>Verrichtingen voorafgaand aan de start van continu palliatieve sedatie</b>			
5.1	Is medicatie voor de continu palliatieve sedatie op de afdeling aanwezig? (ook buiten kantooruren en het weekend)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> anders
5.2	Hebben patiënt en naasten afscheid genomen voordat de sedatie wordt gestart?  Zijn de naasten concreet voorbereid op de continu slapende patiënt?	<input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee  <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> anders  <input type="checkbox"/> anders
5.3	Is uitleg gegeven ten aanzien van het belang van de lichamelijke verzorging gedurende de periode van palliatieve sedatie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> anders
	<b>Verrichtingen bij het startmoment van de continu palliatieve sedatie</b>			
5.4	Kan de verpleegkundige op het moment van in slaap brengen rustig bij deze patiënt en bij de naasten aanwezig zijn?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> anders
5.5	Zijn de afspraken met de arts over hoe te handelen bij tekenen van onrust of wakker worden duidelijk?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> anders

	<b>Aandachtspunten tijdens continu palliatieve sedatie</b>
5.6	Geef in overleg met de naasten lichamelijke verzorging, eventueel samen met de naasten. Geef altijd mondverzorging en leg het belang hier vanuit aan de naasten
5.7	Observeer de patiënt. Zijn de symptomen voldoende verlicht? Ook tijdens de lichamelijke verzorging? Is patiënt in voldoende mate comfortabel?
5.8	Geef naasten in iedere dienst instructie wanneer het van belang is om een verpleegkundige te waarschuwen, bijvoorbeeld bij tekenen van onrust.
5.9	Ga na of de naasten de gegeven informatie begrepen hebben (zodanig herhaalde malen). Houdt er rekening mee dat het voor de naasten heel moeilijk kan zijn om de gesedeerde patiënt terzijde te staan.
5.10	Medicatie volgens afspraak toedienen. Noteer in het verpleegkundig dossier wijzigingen ten aanzien het medicatiebeleid, de argumenten hiervoor, en het effect hiervan.

## BEHANDELPROTOCOL CONTINU PALLIATIEVE SEDATIE tot het moment van overlijden

5.11	Wees alert op een falende toedieningsweg. Controleer of sprake is van een volle blaas of rectum, beoordeel of een blaascatheter nodig is.
------	---

## BEHANDELPROTOCOL CONTINU PALLIATIEVE SEDATIE tot het moment van overlijden

BIJLAGE		
ONDERSCHEID TUSSEN PALLIATIEVE SEDATIE EN EUTHANASIE*		
	PALLIATIEVE SEDATIE IN DE VORM VAN CONTINU SEDATIE TOT HET MOMENT VAN OVERLIJDEN	EUTHANASIE
Doel	Lijdensverlichting	Opheffen van lijden
Wijze waarop	Verlaging van bewustzijn	Levensbeëindiging
Medisch handelen	Normaal medisch handelen	Bijzonder medisch handelen
Indicatie	Anderszins niet te verlichten (overwegend somatische) symptomen die ondraaglijk lijden veroorzaken	Uitzichtloos en ondraaglijk lijden
Alleen in de laatste levensfase	Ja, een stervende patiënt die naar verwachting binnen 1-2 weken overlijdt (voorwaarde)	Nee
Toestemming patiënt	Indien mogelijk	Altijd (weloverwogen verzoek)
Consultatie	Nee, tenzij ondeskundigheid	Verplicht
Besluitvorming	Indien mogelijk consensus patiënt, naasten en hulpverleners	Primair patiënt en arts
Medicatie	Sedativa (in het bijzonder benzodiazepines)	Barbituraten en spierrelaxantia
Dosering	Titratie op basis van lijdensverlichting	Snelle overdosering
Uitvoering	Arts en verpleegkundigen	Arts
In principe reversibel	Ja	Nee
Verkort het leven	Nee	Ja
Natuurlijk overlijden	Ja	Nee
Wettelijke regelgeving	Zoals bij elk medisch handelen	Aparte wetgeving
Melding en toetsing	Nee	Verplicht

\* bron: KNMG-richtlijn palliatieve sedatie. (januari 2009). p 61.