



Casuïstiekbespreking 19 september 2019

Palliatieve sedatie

Franca Horstink-Wortel

specialist ouderengeneeskunde, kaderarts palliatieve
zorg en medisch consulent

Heleen Roos

verpleegkundig consulent

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

Palliatieve sedatie

Het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase met als doel anderszins onbehandelbaar lijden te verlichten en niet het leven te bekorten.

Richtlijn palliatieve sedatie

- ▶ Op verzoek van de regering tot stand gekomen door een commissie van de KNMG in 2005 en herzien in 2009

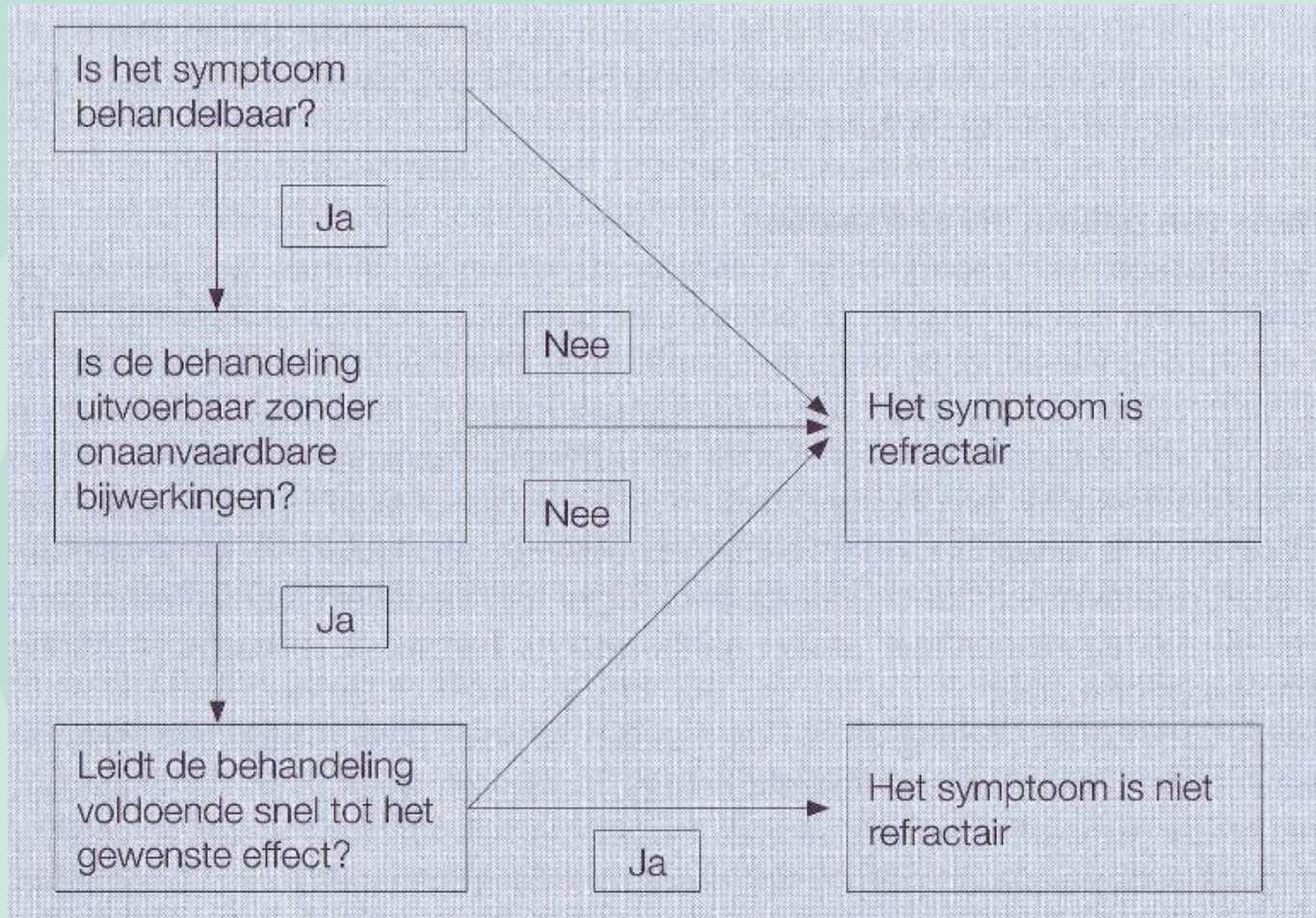
Soorten palliatieve sedatie

- ▶ Continue sedatie tot het moment van overlijden
- ▶ Kortdurende of intermitterende sedatie
- ▶ Acute sedatie

Voorwaarden voor continue sedatie

- ▶ 1) Het bestaan van 1 of meer refractaire, dat wil zeggen onbehandelbare, symptomen
- ▶ 2) overlijden is binnen 1-2 weken te verwachten

Beslisboom refractaire symptomen



Existentieel lijden

- ▶ In de nieuwe richtlijn wordt existentieel lijden bij een levensverwachting van 1-2 weken ook als een refractair symptoom gezien.

▶ Intermitterende of kortdurende sedatie

Indicaties voor acute palliatieve sedatie

- ▶ levensbedreigende bloeding
- ▶ dreigende verstikking

De medicatie

Uitgangspunten:

- proportionaliteit
- stapsgewijze benadering van toe te passen middelen

3 stappen:

1. Midazolam
2. Levomepromazine (nozinan) in combinatie met 20mg dormicum/uur
3. Propofol

Stap 1: Dormicum

- ▶ Start met bolus 10 mg s.c. gevolgd door dormicum 1,5-2,5mg/uur
- ▶ Bij onvoldoende effect om de 2 uur 5mg bolus, onafhankelijk van de onderhoudsdosering
- ▶ Om de 4 uur onderhoudsdosering met 50% verhogen in combinatie met een bolus van 5 mg.

Dormicum en risicofactoren

Afwijkend schema indien:

- 60+
- Gewicht lager dan 60kg
- NF en/of LF stoornissen
- Sterk verlaagd serumalbumine
- Co medicatie

Dan: onderhoudsdosering 0,5-1,5 mg / uur
onderhoudsdosering na 6-8 uur evt
verhogen

levomepromazine

- ▶ Lange halfwaardetijd
- ▶ Continu of 2-3dd
- ▶ Buccaal of subcutaan
- ▶ Buccaal 50mg en zn herhalen met 50-100mg
- ▶ Infiltraten rondom spuitplaats; minder bij continue toediening

fenobarbital

- ▶ Zat in 1^e richtlijn
- ▶ Smalle therapeutische breedte
- ▶ Niet opnieuw in nieuwe richtlijn

Hoeveelheid medicatie

- ▶ De gewenste mate van symptoombestrijding bepaalt de hoeveelheid medicatie en niet de mate van bereikte bewustzijnsdaling