

RICHTLIJN PALLIATIEVE SEDATIE PHA

Er is een duidelijke toename van de aanvragen voor het leveren van een spuitdrijver (pomp) voor een subcutane toediening van medicatie bij de palliatieve patiënten thuis en in de woon- en zorgcentra. Palliatieve sedatie is een algemeen aanvaarde behandeling voor refractaire symptomen bij terminale palliatieve patiënten. Te dikwijls krijgen we de vraag naar een spuitdrijver en onze aanwezigheid bij de start van een aangemelde “palliatieve sedatie” waarvan de intentie blijkt te zijn: het stervensproces te bespoedigen en/of te verkorten. Met dit schrijven willen de leden van de multidisciplinaire begeleidingsequipe van PHA hun werkwijze verduidelijken.

1. Definities

- **Palliatieve sedatie:** het opzettelijk toedienen van sedativa in doseringen en combinaties die vereist zijn om het bewustzijn van de terminale patiënt zoveel te verlagen als nodig om één of meer refractaire symptomen op adequate wijze te controleren.
- **Terminale patiënt:** het overlijden wordt op redelijk korte termijn verwacht (overleving maximaal 2 weken).
- **Refractair symptoom:** een symptoom is of wordt refractair als geen van de conventionele behandelingen (voldoende snel) effectief zijn en / of deze behandelingen gepaard gaan met onaanvaardbare bijwerkingen.

2. Zorgvuldigheidsvereisten

1. Aan de patiënt en de betrokken omgeving is duidelijke uitleg gegeven over de palliatieve sedatie als behandelingsmethode van refractaire symptomen. Het verschil in het opzet, de gebruikte middelen en het te verwachten resultaat, ten opzicht van euthanasie, is voor alle betrokkenen duidelijk (informed consent).
2. Bij de patiënten waarbij de MBE*al betrokken is wordt, voorafgaand aan de definitieve beslissing tot de start van palliatieve sedatie, steeds een overleg gepleegd en dit om de indicatiestelling tot palliatieve sedatie te toetsen.
3. Bij de patiënten waarbij de MBE nog niet betrokken is kan de medewerking aan een beslissing tot start van een palliatieve sedatie en de tussenkomst van PHA in de vorm van het leveren van een spuitdrijver pas starten na een huisbezoek aan de patiënt door een verpleegkundige van de MBE.
4. Voorzie steeds 24 uur tussen de beslissing om palliatieve sedatie te starten en de effectieve start van de sedatie.
5. Continu bereikbaar zijn is essentieel tijdens een palliatieve sedatie: maak een duidelijk communicatieplan tussen de betrokken hulpverleners (huisarts, thuisverpleegkundige, verpleegkundige en equipearts PHA, ...).
6. Anticipereren op mogelijk mislukken van sedatie thuis (afpraak palliatieve eenheid, ziekenhuis, ...)
7. Overleg met apotheek over beschikbare medicatie en eventuele noodmedicatie, verzorgingsmateriaal (katheter, leiding, blaassonde, ...) en afspraken over terugname van niet gebruikte medicatie.
Een overleg met de equipearts is wenselijk. Het biedt de mogelijkheid te overleggen over het refractaire symptoom als over het al dan niet terminaal zijn van de patiënt. Tijdens dit overleg

worden tevens de praktische aspecten en gevolgen van de sedatie voor het medisch beleid overlopen. Het stopzetten van bepaalde medicatie; het al dan niet starten of stopzetten van kunstmatig vochttoediening en voeding; de aangewezen medicatie en de combinaties met analgetica;

3. De uitvoering

1. Bij de opstart van de palliatieve sedatie instrueert de verpleegkundige van het MBE de thuisverpleegkundige over de plaatsing van de spuitdrijver.
2. Bij de start van de palliatieve sedatie is de aanwezigheid van de huisarts noodzakelijk: situaties kunnen optreden waarbij de arts moet ingrijpen.
3. Pas wanneer een stabiele sedatie bereikt is kan de verdere follow-up aan de thuisverpleegkundige toevertrouwd worden (communicatieplan).
4. Palliatieve sedatie wordt proportioneel toegepast: die mate van bewustzijnsdaling wordt beoogd die voldoende is voor de gewenste onderdrukking van het refractaire symptoom
5. Medicamenteus wordt gebruik gemaakt van een stapsgewijze behandeling: indien bij een maximale dosering van een middel niet het gewenste effect is bereikt, wordt overgestapt naar het volgende middel.
6. Bij de evaluatie wordt nagegaan of de toedieningsweg en de medicatie in orde zijn en of er storende en beïnvloedbare factoren hierbij een rol spelen (volle blaas, obstipatie, gebruikte corticosteroïden - bij verhoogde hersendruk -, nicotineonttrekking, onvoldoende pijnstilling, ...).
7. Er wordt steeds gebruik gemaakt van de subcutane toedieningsweg.
8. Voor de palliatieve sedatie wordt best een afzonderlijke spuitdrijver gebruikt.
9. Er is dagelijkse communicatie tussen de huisarts en de thuisverpleegkundige. De huisarts bezoekt bij voorkeur dagelijks de patiënt en optimaliseert zijn bereikbaarheid tijdens wachtdiensten.
10. Palliatieve zorg omvat ook ondersteuning en begeleiding van de naasten van de patiënt. Tijdens de palliatieve sedatie is er ook aandacht voor de noden van de betrokken hulpverleners.

4. Aandachtspunten bij palliatieve sedatie

- Lang aangehouden (> 3 dagen) palliatieve sedatie kan een negatieve impact hebben op de draagkracht van de omgeving.
- Palliatieve sedatie is niet altijd de beste keuze.
- Palliatieve sedatie lukt niet altijd.