

20 mei 2008

**ACHTERGRONDEN BIJ DE CASUSSCHETSEN
INCLUSIEF LEERDOELEN EN STELLINGEN**

Inleiding

De werkafspraken en het Interline programma 'Palliatieve sedatie' zijn gemaakt door:

Huisarts – palliatief consulent:

Marly Bolhuis
Paul Cost Budde
Reint Groenewoud
Linda Groot

Technisch team thuiszorg:

Dick van Steyn (Icare)
Rhea Stroes (Carinova)

Isala:

Ellen Dompeling (internist)
Els Wulffraat (verpleeghuisarts)

Psycholoog:

Etje Verhagen-Krikke

Voor consultatie kunnen de consulenten zelf gebeld worden, of het palliatief consultteam via telefoonnummer, te vinden op de MCC Klik verwijzlijst.

Bijlage:

Werkafspraken Palliatieve sedatie en Pijn deel 1a en 1b.

Casusschets 1

Vraag 1:

Onderscheid nociceptieve pijn versus neuropathische pijn.

Antwoord 1: Eerste stap is de diclofenac, tenzij er een combinatie met neuropathische pijn is.

Antwoord 3: De oxycodon is een stap later, maar boven de 70 jaar start je met 2 dd 10 mg.

Vraag 2:

Antwoord 2. Zie pg 2 werkafspraak (Pijn deel 1a) – stap 3 – Morfine slow release, re kolom.

Vraag 3:

Antwoord 1: Zie tabel pg 3. Gebruikt nu 60 mg oraal -> 20 mg morfine of 15 mg oxycodon sc per 24 uur, advies is naar beneden af te ronden.

Vraag 4:

Antwoord 2: Verstandig was geweest dat eerder te doen, omdat er alternatieven voor de pijnstilling zijn als morfine onvoldoende werkt.

Leerdoel 1: a. Wanneer is pijn refractair?
b. Update herziene pijnwerkafspraak

Stelling 1: Indien de pijnstilling met morfine na 3 dagen nog onvoldoende is, is het verstandig deze verder op te hogen. **Onjuist.**

Casusschets 2

Vraag 1:

Bij de antwoorden:

1. Sedatie komt nog niet in aanmerking, niet refractair.
2. Mogelijkheid: buscopan, metoclopramide stoppen, morfine bij pijn, maar met name haldol en dexamethason, of eventueel octreotide.
3. Niet aantrekkelijk.
4. Ook niet aantrekkelijk en nodig.
5. Evt palliatief consulent raadplegen.

Leerdoel 2: Mogelijkheden behandeling ileus: sedatie of nog behandeling mogelijk?

Stelling 2: Bij een duidelijke ileus is een maagsonde vaak onontbeerlijk. **Onjuist**

Casusschets 3

Zie werkafspraken 'Begrippen' - Palliatieve sedatie.

Vraag 1:

Nog geen directe indicatie.

Eerst angst bespreken, oorzaak? Mogelijk op andere wijze te verminderen?

Indien dat niet het geval blijkt kan angst en insomnie 'refractair' zijn en indicatie voor sedatie vormen. Refractaire symptomen: zie werkafspraken, 'Begrippen'.

Vraag 2:

In dit geval indicatie voor diepe intermitterende sedatie. Zie werkafspraken 'Begrippen' - Palliatieve sedatie.

Leerdoel 3: Indicatie en vormen van sedatie.

Stelling 3: Een refractaire (= onbehandelbaar) symptoom is een indicatie voor continue sedatie.
Onjuist

Casusschets 4

Vraag 1:

Bij de antwoorden:

1. Oraal: niet handig, erg korte halfwaardetijd. Kan ook evt buccaal, maar wel regelmatig nodig.
2. Via venflon eventueel mogelijk met name indien geen pompje aanwezig, maar ook dan korte halfwaardetijd, minstens na 4 uur volgende dosis.
3. Pompje heeft voorkeur. Regelen: bellen met technisch team thuiszorg, cassette bij apotheek bestellen, dosering zie werkafpraak (pg 2 – Uitvoering – Medicatie sedatie). Voor pijnstilling in pompje zie werkafpraak Pijnbehandeling deel 1a.
4. Rectiole: Omslachtig, en nadeel is lange halfwaardetijd.
5. Eventueel Lorazepam sl.

Vraag 2:

Afspraken met thuiszorg – zie werkafpraak Voorwaarden – teambeslissing en Voorwaarden (pg 2).

Vraag 3:

NB: bij goede afspraak had men al na twee uur gebeld!

Advies: verhoging medicatie (= bolus 1 mg), eventueel herhalen, pompdosis ophogen na bolus, eventueel nozinan erbij.

Vraag 4:

Hieruit blijkt hoe belangrijk voorlichting vooraf is, zie volgende casus. U kunt nu niets doen, afwachten.

Vraag 5:

Denk aan:

- blaasretentie,
- obstipatie,
- toch teveel pijn,
- onttrekkingsverschijnselen medicatie, alcohol of roken,
- resistentie voor midazolam (maar niet waarschijnlijk bij coma).

- Leerdoel 4:**
- a. Uitvoering sedatie: keuze en dosering middelen
 - b. Afspraken thuiszorg en huisarts
 - c. Kennis te verwachten problemen
 - d. Afspreken evaluatiemomenten

Stelling 4: Bij diepe sedatie kan de pijnstilling gestopt worden. **Onjuist**

Casusschets 5

Zie werkafspraken pg 1 – Voorlichting.

Vraag 1:

Ja: advies is om in vroeg stadium al voorlichting te geven om misverstanden te voorkomen.

Eén van de belangrijke peilers van palliatieve zorg is anticiperen op mogelijke problemen, zodat als deze zich voordoen je snel en adequaat kunt ingrijpen. Om te voorkomen dat je niet meer met de patiënt kunt overleggen, is derhalve een proactieve houding nodig. Bij voorkeur wordt tot palliatieve sedatie overgegaan op basis van toestemming van de patiënt. (WGBO). Als de mogelijkheid van palliatieve sedatie pas met de patiënt wordt besproken op het moment dat het aan de orde is, bestaat de kans dat goed overleg met de patiënt niet meer mogelijk is –dan ben je te laat. Dus: spreken met de patiënt ruim voor het moment waarop palliatieve sedatie mogelijk de enig resterende optie is. Dit kan in principe door een ieder van het behandelend team geïnitieerd worden.

Indien pt niet meer kan beslissen moet arts beslissen, eventueel ook tegen wens familie in. Hetgeen ook kan helpen bij latere schuldgevoelens.

Vraag 2:

Zie werkafspraken – Teambeslissing, Uitleg wat sedatie is.

Palliatieve sedatie is het verlagen van het bewustzijn in de laatste levensfase, als er sprake is van symptomen/klachten die niet op een andere manier behandeld kunnen worden. Het doel is het lijden van de patiënt te verlichten en het kan dus een onderdeel zijn van symptoombehandeling. Er zijn verschillende vormen van sedatie die al naar gelang de ernst van de klacht en de fase van de ziekte kunnen worden ingezet. Het moet duidelijk zijn dat de mate van symptoomcontrole leidend is, niet de mate van bewustzijnsdaling. Geen (relevante?) beïnvloeding levensverwachting. Belangrijk is wel te weten dat het niet volledig voorspelbaar is, meestal gaat het zoals gewenst, maar soms niet:
-het kan moeilijk zijn het bewustzijn voldoende te verlagen (pt moet zich er ook aan kunnen "overgeven")
- de patiënt kan na enige tijd weer wakker worden, terwijl continue diepe sedatie wordt beoogd.
-de patiënt kan ook juist niet meer wakker worden na kortdurende sedatie.

Folder meegeven. www.pallialine.nl (staat in werkafspraken: Voorlichting – uitleg wat sedatie is).

Terugkomen op gesprek en folder; zijn er nog vragen?

Opnieuw bovenstaande bespreken als er sprake is van een moeilijk behandelbaar symptoom.

Vooraf het niet geheel voorspelbaar zijn duidelijk benoemen.

Daarnaast is het voor de familie belangrijk dat ze er op voorbereid zijn dat het overlijden soms langer op zich kan laten wachten dan iedereen gedacht had. Door verlichting van ernstig lijden vermindert de belasting van een uitgeputte lichaam, waar door het stervensproces vertraagt **kan** worden.

Sommige symptomen (bloedingen, diarree) worden niet door de sedatie weggenomen, maar de patiënt is zich er minder of niet meer van bewust.

Goede voorlichting over deze dingen is heel erg belangrijk, het voorkomt onrust en onvrede bij de patiënt en de familie.

Een aantal zaken waar ook op gelet moet worden bij het starten met palliatieve sedatie (niet volledig!):

-Het starten van palliatieve sedatie is een emotioneel beladen moment voor de patiënt en zijn naasten, zeker als een snelle daling van het bewustzijn de bedoeling is.

Zorg dus voor een moment waarop aandacht kan zijn voor afscheid. Dat is ook belangrijk voor de rouwverwerking.

-Saneren van de medicatie en zn. zorgen voor alternatieve toedieningsvormen, veel medicijnen kunnen sc. gegeven worden,

-denk bij rokers aan een nicotinepleister

-inbrengen CAD als de patiënt gesedeerd is

-decubituspreventie

-mondverzorging, erg belangrijk!

-maatregelen bij onduleren van sputum = reutelen sputumretentie en dan vooral ook voorlichting daar over aan de familie

In de praktijk blijkt een verzoek van de patiënt voor palliatieve sedatie soms voort te komen uit de wens het levenseinde niet bewust te willen meemaken, zonder dat er sprake is van een onbehandelbaar symptoom. Dat wordt in het algemeen niet als een aanvaardbare indicatie gezien. Een patiënt met een levensbedreigende ziekte zonder refractaire klachten kan niet 'kiezen' voor palliatieve sedatie.

Sedatie is en mag **nooit** een alternatief zijn voor euthanasie. Sedatie past bij symptoombehandeling en daarmee bij normaal medisch handelen. De arts heeft de morele verplichting om het lijden van zijn patiënt te verlichten. Sedatie kan een doel zijn om dat te bereiken.

Als een patiënt niet meer verder wil leven is sedatie **geen** optie.

Een patiënt met een levensbedreigende ziekte zonder refractaire klachten kan niet 'kiezen' voor palliatieve sedatie. Sedatie is alleen aan de orde als aan de indicatie en voorwaarden is voldaan. Dat betekent dat palliatieve sedatie uitgevoerd volgens de regels der kunst geen sluiproute kan zijn om hetzelfde doel te bereiken als euthanasie, maar dan in een langzamer tempo en zonder alle regels en eisen.

Palliatieve sedatie is geen (langzame) euthanasie.

Leerdoel 5: Voorlichting:

- a. Tijdstip: op tijd en vlak vóór
- b. Foldermateriaal
- c. Verschil met euthanasie
- d. Mogelijke problemen
- e. Geen vals beloftes

Stelling 5: Sedatie kan een elegant alternatief voor euthanasie zijn. **Onjuist**