

# Palliatieve sedatie: betere omkadering nodig in de praktijk

[Uit Belgian Oncology News van 03/02/2022](#) 02/02/22 om 21:00 Bijgewerkt op 08/02/22 om 10:13

**Nazenin Shahandeh**

**Palliatieve sedatie betreft een continue, diepe sedatie bij terminale patiënten met ondraaglijke pijn, waarbij de patiënt spontaan aan de ziekte overlijdt. In theorie zijn er enkele duidelijke, fundamentele verschillen tussen palliatieve sedatie en euthanasie.**



© BELGAIMAGE

Volgens oncoloog en professor palliatieve geneeskunde, Wim Distelmans (UZ Brussel/VUB), gaat het in de praktijk echter om twee communicerende vaten, en pleit hij voor een verplichte registratie van palliatieve sedatie.

**Palliatieve sedatie sensu stricto vs. euthanasie**

"Er zijn enkele fundamentele verschillen tussen een palliatieve sedatie en euthanasie. Eerst en vooral wordt palliatieve sedatie enkel bij terminale patiënten uitgevoerd. De KNMG-richtlijnen duiden op een geschatte levensverwachting van maximum twee weken," legde prof. Distelmans uit: "Daarnaast verschilt de intentie. Waar het bij euthanasie om een levensbeëindiging en dus levensverkorting gaat, is dit niet het geval bij palliatieve sedatie. Daar is de intentie om de terminale patiënt van zijn ondraaglijk lijden te verlossen door een

dosis sedativa toe te dienen die proportioneel is aan de graad van het lijden, tot de patiënt spontaan overlijdt aan diens ziekte.

Uit recent onderzoek aan het UZ Brussel/VUB blijkt dat men dikwijls met een palliatieve sedatie start, maar dat de intentie in de loop van de procedure kan veranderen naar een levensbeëindiging

Voorts kan euthanasie enkel uitgevoerd worden op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt zelf. Dat is tevens een groot verschil met palliatieve sedatie, waar de arts autonoom kan beslissen indien de patiënt niet meer kan communiceren. Het is dan ook een mensen- en patiëntenrecht om pijnstilling en/of sedatie te verkrijgen. Tenslotte hoeft de arts dit niet te registreren, kan de palliatieve sedatie onder toezicht van de arts ook door een verpleegkundige worden uitgevoerd en is er geen raadpleging van een tweede arts vereist."

### Andere praktijk

Wat betreft de uitvoering in de praktijk, duidt prof. Distelmans op enkele moeilijkheden die een vage begrenzing met euthanasie toelaten. "De eerste moeilijkheid ligt erin om een correcte inschatting van de levensverwachting te maken. De richtlijnen stellen twee weken voor, omdat een persoon gedurende deze tijdsduur kan overleven zonder voedsel en vloeistof, en de toevoer hiervan gestaakt wordt bij palliatieve sedatie. Op die manier zou het tijdstip van overlijden niet beïnvloed worden. Maar in de realiteit is het onmogelijk om een exacte levensverwachting van twee weken correct in te schatten. Bovendien zou je, indien je de levensverwachting wel correct zou kunnen inschatten, een persoon die bijvoorbeeld nog een maand te leven heeft en ondraaglijk lijdt, nog twee weken moeten laten lijden.

Een tweede moeilijkheid betreft de dosis sedativa die proportioneel toegediend moet worden aan de graad van de onhandelbare symptomen. Echter, hoe bepaal je en monitor je de graad van lijden bij iemand die comateus is? Momenteel gebeurt dat zuiver klinisch door bepaalde reflexen te controleren, wat ontoereikend is. De vitale functies worden niet permanent geobserveerd. Daarnaast vindt er bij vele mensen gewenning van sedativa plaats, waardoor je in de loop van de sedatie de dosis dient te verhogen. Anders loopt de patiënt het risico terug wakker te worden. Om die reden zullen diegenen die 'goed' willen sederen, wellicht een iets te hoge dosis toedienen.

De combinatie van een moeilijke inschatting van de levensverwachting, en van de dosis ten opzichte van de graad van lijden, met als gevolg het toedienen van een te hoge dosis, en de stopzetting van de voedsel- en vloeistoftoevoer, leidt ertoe dat het tijdstip van overlijden in de praktijk wel wordt beïnvloed. Het betreft daarom vaak eveneens een levensverkorting, met het verschil zijnde de intentie van de arts.

Bovendien worden dezelfde producten gebruikt als bij euthanasie. Er wordt gebruik gemaakt van midazolam, een benzodiazepine waarvan de dosis en werking een enorme interindividuele variabiliteit kent. Indien midazolam onvoldoende blijkt, kan men overschakelen op het anestheticum propofol. Als ook dit onvoldoende resultaat biedt, kan er nog een lage dosis barbituraat gegeven worden."

### Verplichte registratie voor betere omkadering

"Sinds de goedkeuring van de euthanasiewet in 2002, is het aantal sterftegevallen na een palliatieve sedatie in België minstens met 50% gestegen. Dit komt wellicht doordat artsen alerter zijn geworden voor het zinloos terminaal lijden van patiënten, maar ongetwijfeld zullen onbeantwoorde vragen naar euthanasie hier mee te maken hebben, alsook bewuste levensbeëindigingen zonder verzoek van de patiënt. Uit recent onderzoek aan het UZ Brussel/VUB blijkt immers dat men dikwijls met een palliatieve sedatie start, maar dat de intentie in de loop van de procedure kan veranderen naar een levensbeëindiging (1).

Verder zijn er aanwijzingen dat in Franstalig België het aantal palliatieve sedaties veel hoger ligt dan in Vlaanderen. Omgekeerd komen 80% van de geregistreerde euthanasieën uit Vlaanderen. Sociologisch onderzoek leert ons dat dit het gevolg is van culturele verschillen, voornamelijk bij de artsen. Palliatieve sedatie en euthanasie blijken aldus twee communicerende vaten te zijn.

Daarbovenop toont onderzoek aan dat in slechts 10% van de gevallen in België palliatieve sedatie wordt aangevraagd door de patiënt. In de resterende 90% beslist de arts dus zelf hiermee te starten. Meer nog, in 70% van die 90% werd de patiënt niet ingelicht of kon hij niet worden geïnformeerd, omdat hij wilsonbekwaam was geworden (2)."

Prof. Distelmans pleit daarom voor een verplichte registratie van palliatieve sedaties. "Nog steeds worden er foutieve producten gebruikt om te sederen. Een verplichte registratie zou daar meer duidelijkheid in brengen. Palliatieve sedatie wordt immers proportioneel meer uitgevoerd door artsen die geen of weinig ervaring hebben met palliatieve zorg. Een verplicht advies van een LEIF-arts (3) of een palliatief zorgteam met ervaring in de beoordeling van ondraaglijke klachten zou hier aldus op zijn plaats zijn. Tenslotte biedt een verplichte registratie de arts in kwestie ook rechtszekerheid (4)."

Op vraag van prof. Distelmans geldt in het UZ Brussel inmiddels een verplichte registratie van palliatieve sedaties.

#### Referenties:

1. Maréchal N, Six S, Clemmen E, Baillon C, et al. J Palliat Med 2021. DOI: 10.1089/jpm.2021.0113

2. Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, et al. Arch Intern Med 2010;170: 490-493. doi: 10.1001/archinternmed. 2009.542.

3. [www.leif.be](http://www.leif.be)

4. Distelmans W. Palliatieve sedatie. Trage euthanasie of sociale dood? Zesde druk, Houtekiet, 2019.



Professor palliatieve geneeskunde, Wim Distelmans (UZ Brussel/VUB) © BELGA