

Delier en palliatieve sedatie

In de stervensfase kan een delier het afscheid nemen voor de patiënt en diens naasten verstoren. Bewustzijnsverandering die in korte tijd ontstaat (uren tot dagen) met een aandachtsstoornis, incoherent denken of desoriëntatie wijst vaak op delier, vooral als de symptomen over het etmaal fluctueren. Gebruik van morfinepreparaten, het niet meer kunnen innemen van medicatie, metabole stoornissen, hersenmetastasen, dehydratie en begeleidende infecties kunnen in de laatste levensfase leiden tot delier, dat zich uit in achterdocht, hallucinaties of motorische onrust. De nieuwe NHC-Standaard Delier geeft duidelijke richtlijnen, ook voor het behandelen van delier in de palliatieve fase. Het heroverwegen van het gebruik van morfinepreparaten (verlagen van de dosering of veranderen van preparaat), het opnieuw opstarten van acuut

gestopte middelen met eventueel toevoeging van haloperidol zijn behartenswaardige adviezen. Palliatieve sedatie is geïndiceerd als ondanks maximale behandeling symptomen van delier persisteren.

Wij laten zien hoe vaak delier aanleiding is voor palliatieve sedatie en of delier in die gevallen vaker in combinatie met bepaalde onderliggende ziekten voorkomt.

SYMPTOMEN EN ONDERLIGGENDE ZIEKTEN

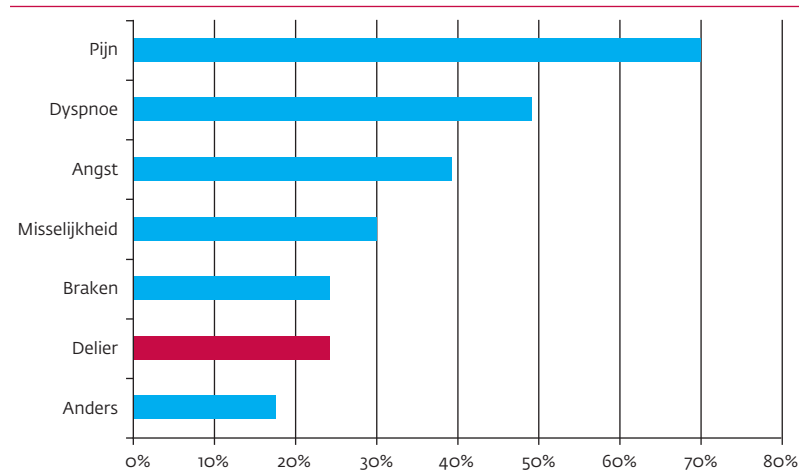
Bij onderzoek in 42 huisartspraktijken werd bij 5,6% van de 3647 gerapporteerde overledenen palliatieve sedatie toegepast in de periode 2005-2012. De meerderheid van de patiënten heeft diverse niet-behandelbare (refractaire) symptomen tegelijk die leiden tot het toepassen van palliatieve sedatie, gemiddeld 2,6 symptomen per patiënt. Pijn werd het vaakst genoemd (70%), gevolgd door dyspnoe (49%) en angst (39%). Bij 1 op de 4 patiënten speelde delier een rol (24%) [figuur 1]. Misselijkheid en braken werden in respectievelijk 30% en 24% van de gevallen genoemd en tezamen genomen bij 39%. Uitputting, cachexia en slikstoornissen vallen in de categorie 'andere symptomen'.

Er waren geen aanwijzingen dat delier in combinatie met bepaalde onderliggende ziekten vaker aanleiding is voor palliatieve sedatie [figuur 2]. Bij alle gevallen van palliatieve sedatie waren oncologische aandoeningen met 73% de meest voorkomende onderliggende aandoening en bij delier betrof dat 69%. Het is niet verrassend dat de patiënt bij palliatieve sedatie vanwege een delier minder vaak (77% versus 88%), terwijl de verpleging/verzorging vaker betrokken is bij de besluitvorming (69% versus 56%) vergeleken met patiënten zonder een delier.

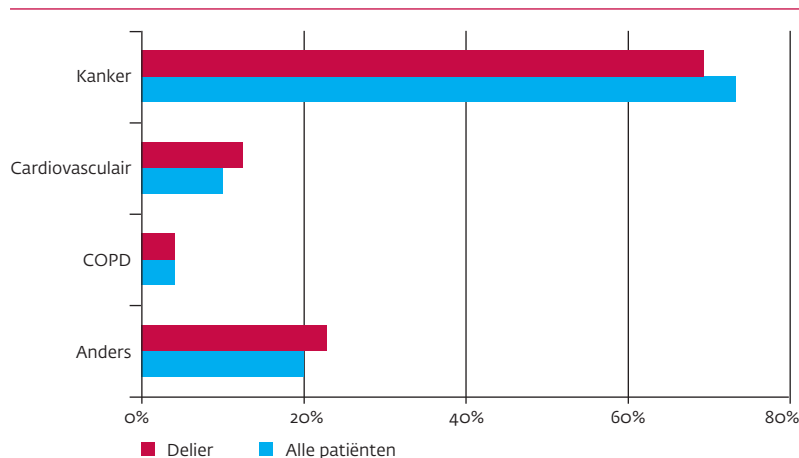
CONCLUSIE

Delier was bij 1 op de 70 van alle overledenen in de huisartsenpraktijk aanleiding voor palliatieve sedatie. Bij 1 op de 4 patiënten die overlijden na palliatieve sedatie speelt delier een rol zonder dat dit vaker dan verwacht met een specifieke onderliggende aandoening samenhangt. Kaderartsen palliatieve zorg en palliatieve consultatieteams hebben een nuttige rol in het adviseren van artsen met minder ervaring op dit terrein. ■

Figuur 1 Onderliggende symptomen bij het toepassen van palliatieve sedatie in huisartsenpraktijken, 2005-2012 (n = 199)



Figuur 2 Onderliggende aandoeningen bij palliatieve sedatie (n = 199) versus de onderliggende aandoeningen bij palliatieve sedatie bij patiënten met delier (n = 48)*



*13 patiënten hadden meer dan één onderliggende aandoening.

Gegevens voor dit onderzoek werden verzameld door huisartsen die participeren in de NIVEL Zorgregistratie eerste lijn-peilstations: 42 huisartspraktijken verspreid over Nederland die 0,8% van de Nederlandse populatie representeren en sinds 1 januari 2005 het uitvoeren van palliatieve sedatie registreren. In een aanvullende vragenlijst noteert de huisarts de symptomen die aanleiding gaven tot palliatieve sedatie, de onderliggende ziekte, wie betrokken was bij het besluit en of er ook een euthanasieverzoek was. De in deze rubriek gepresenteerde gegevens omvatten de periode 2005-2012.