

Palliativ sedering – etiska och kliniska rekommendationer

AVSIKTLIGT NEDSATT MEDVETANDEGRAD I LIVETS SLUTSKEDE

Definitioner och målsättning. Palliativ sedering är ett avsiktligt medicinskt framkallat tillstånd med nedsatt medvetandegrad hos en patient i livets slutskede för att lindra ett lidande som inte bedöms kunna lindras tillräckligt med andra metoder. Både ytlig och djup, intermittent och kontinuerlig palliativ sedering förekommer.

Ytlig eller intermittent sedering är vanliga åtgärder som i de flesta fall ger god effekt. I ett mindre antal fall (se Fakta 1 för exempel) behöver patienten kontinuerlig djup palliativ sedering. Det senare innebär att patienten är medvetslös men andas själv samt att behandlingen planeras fortgå till livets slut. Intermit-

»Studier visar att palliativ sedering troligen används i mindre utsträckning i Sverige än i övriga Europa ...«

tent och/eller ytlig sedering medger fortsatt kommunikation med patienten.

Enligt en svensk studie får bara ett fåtal patienter kontinuerlig djup palliativ sedering, och de flesta av dessa vårdas inom palliativ slutenvård. Studier visar att palliativ sedering troligen används i mindre ut-

Gunnar Eckerdal, överläkare, geriatriker, diplomerad i palliativ medicin, Uddevalla
 ● gunnar.eckerdal@hotmail.com

Jenny Lindberg, med dr, överläkare, specialist i internmedicin och njurmedicin, Skånes universitetssjukhus Malmö

Anders Birr, överläkare, medicinsk enhetschef, specialist i onkologi och palliativ medicin, Diagnostiskt centrum, Helsingborgs lasarett

Linda Björkhem-Bergman, professor i palliativ medicin, överläkare, Stockholms sjukhem; Karolinska institutet, Stockholm

Ann-Sofie Rehnberg, med dr, överläkare, specialist i palliativ medicin, gastroenterologi, hepatologi och internmedicin, Palliativa teamet Västerås

Madhuri Gogineni, överläkare, specialist i internmedicin, Stockholms sjukhem

Marit Karlsson, med dr, specialistläkare i geriatrisk och palliativ medicin, Linköping; institutionen för hälsa, medicin och vård, Linköpings universitet

Linnea Schmitz, ST-läkare, Psykiatri affektiva, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Sofia Dettmann, överläkare, specialist i palliativ medicin, bitr verksamhetschef, Västerås

FAKTA 1. Fingerade patientfall

EXEMPEL 1

Slutstadiet av njursvikt, dialys avslutad, patienten vårdas på palliativ vårdavdelning. Svår behandlingsrefraktär klåda, patienten förtvivlad. Intermittent djup palliativ sedering inleds och patienten sover nästan hela dygnet. Vaknar när pumpen pausas och samtalar med de närstående, men efter en stund blir klådan outhärdlig. Sederingen återupptas då och fortsätter intermittent med sömn ca 22 timmar per dygn. Patienten avlider 3 dygn senare.

EXEMPEL 2

Ung kvinna med glioblastom, snabb sjukdomsprogress. Hemipares, helt blind och döv. Inget tal. Vaknar vid beröring, skriker då och bankar med ena handen. Förefaller inte känna igen de närstående. Kort efter inläggning på sjukhus inleds djup palliativ sedering med midazolam. Patienten väcks inte och avlider efter 48 timmars kontinuerlig djup palliativ sedering.

EXEMPEL 3

85-årig man med svår hjärtsvikt och KOL. Huvudsakligen sängbunden, behöver hjälp med all ADL. Förtvivlad över att inte längre kunna hjälpa sin dementa hustru. Önskar få dö sovande, ser ingen annan utväg. Larmar ofta nattetid och är då ibland oklar. Sömnmedel fungerar inte, förorsakar snarast ökad agitation. Patienten skrivs in på hospice. Ytlig intermittent palliativ sedering inleds, och hustrun får god vård på korttidsenhet. Efter någon vecka kan palliativ sedering avslutas och patientens symtom kontrolleras med andra medel.

sträckning i Sverige än i övriga Europa [1]. Urval och definitioner skiljer sig dock åt, vilket gör jämförelser svåra. Även prevalensen inom olika palliativa enheter i Sverige varierar mellan <1 procent och 8 procent i olika rapporter [1-3]. Palliativ sedering är vanligast i Nederländerna och Schweiz, där frekvensen rapporteras till 17-18 procent av alla dödsfall på palliativ enhet [1].

Etiketskottet i Svensk förening för palliativ medicin (SFPM) har utformat kompletterande rekommendationer rörande kontinuerlig djup palliativ sedering som är tillgängliga för föreningens medlemmar och andra intresserade via föreningens webbplats, www.sfp.se. Det nationella vårdprogrammet för palliativ vård [4], Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling (SOSFS 2011:7) [5] samt patientlagen (SFS 2014:821) [6] utgör styrande dokument. Ytterligare vägledning avseende behandlingsprinciper finns i EAPC:s (European Association for Palliative Care) nya riktlinjer [7].

HUVUDBUDSKAP

- Palliativ sedering innebär medvetandesänkning av en patient i livets slutskede för att lindra ett lidande som inte bedöms kunna lindras tillräckligt med andra metoder.
- Palliativ sedering syftar inte till att avkorta patientens liv.
- Ett beslut om kontinuerlig djup palliativ sedering grundas på ett medicinskt behov hos patienten.
- Informerat samtycke från patienten krävs när det är möjligt att uppnå. Närstående involveras.
- Beslutet att inleda kontinuerlig djup palliativ sedering ska fattas av patientens ansvariga läkare i samråd med en annan specialist i palliativ medicin samt vid behov en anestesilog.
- Behandlingsplanen ska dokumenteras och följas upp. Sederingens djup och effekt ska monitoreras.

Etiska och kliniska överväganden

Kontinuerlig djup palliativ sedering som planeras fortgå tills patienten dör innebär särskilda etiska överväganden. Enheter som bedriver specialiserad palliativ vård bör följa och implementera rekommendationerna i det nationella vårdprogrammet för palliativ vård [4] och Figur 1.

Behandlingen är aktuell då patientens symtom inte kunnat lindras tillräckligt trots att alla tänkbara alternativ har prövats.

Syftet med kontinuerlig djup palliativ sedering blir därmed att lindra symtomen och ersätta en mycket dålig livskvalitet med ett tillstånd utan livskvalitet, eftersom en patient som inte är vaken och inte kom-

»Behandlingen är aktuell då patientens symtom inte kunnat lindras tillräckligt trots att alla tänkbara alternativ har prövats.«

mer att vakna har förlorat möjligheten att ta del i sådant som skapar livskvalitet och värde. Se exempel i Fakta 1. Kontinuerlig djup palliativ sedering till livets slut kräver att ställningstagandet är välgrundat och så väl förankrat hos patienten som möjligt. Planen att patienten aldrig mer ska vakna måste stå i proportion till den positiva effekt som behandlingen förväntas ge. Medicineringen bör individualiseras och anpassas till det aktuella behovet hos patienten. Målet är symtomlindring med minsta möjliga vakenhetssänkning. Palliativ sedering påkallar således samma etiska överväganden som annan medicinsk vård. För utförlig etisk analys hänvisas till Camartin et al [1].

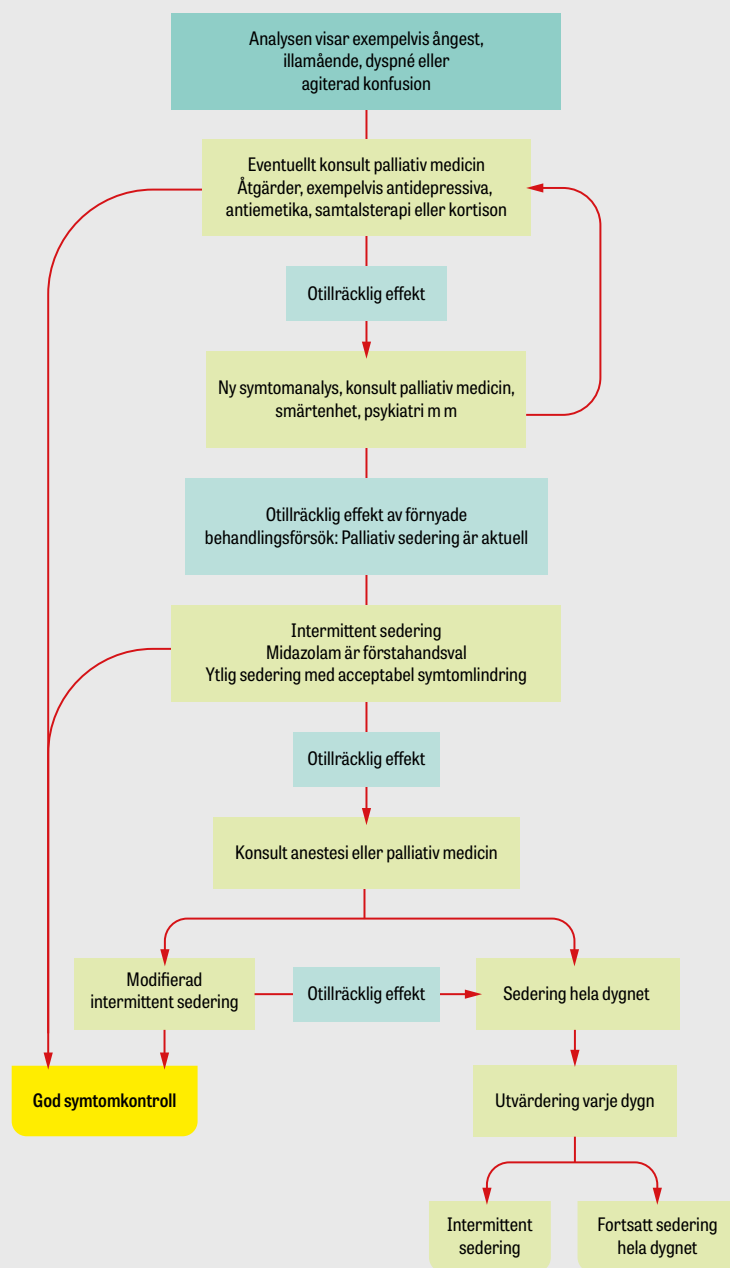
Det ska alltid vara en specialiserad palliativ enhet som ansvarar för kontinuerlig djup palliativ sedering [1]. Det är viktigt att poängtera att kontinuerlig djup palliativ sedering endast är aktuell i livets absoluta slutskede, det vill säga när tiden fram till död är över-skådlig. Det innebär omkring 2 veckor, även om den exakta tiden är svårbedömd [7].

Information och ställningstagande

Patienter och närstående i palliativ vård är ofta oroliga för att den sista tiden i livet ska bli plågsam. Vårdteamet bör försäkra patient och närstående om att vårdteamet fortlöpande förhåller sig till den kliniska utvecklingen och att den lindrande behandlingen kan förändras efter behov. Valet av behandlingsalternativ görs om möjligt i dialog med patient och närstående. För några - men inte alla - är vetskapen om att teamet har kompetens att ge palliativ sedering värdefull. Information om palliativ sedering och andra medicinska behandlingsalternativ bör endast ges av patientens läkare.

Det saknas lagligt stöd för uppfattningen att patienten själv kan besluta om att få palliativ sedering, inklusive kontinuerlig djup palliativ sedering. Vårdteamets och de närståendes deltagande i ställnings-

FIGUR 1. Algoritm från det nationella vårdprogrammet för palliativ vård 2023



tagandet belyses väl i SOSFS 2011:7 [5] och överensstämmer med rekommendationen i det nationella vårdprogrammet för palliativ vård [4]. Samråd med patienten ska ske när det är möjligt. Närstående har inte utrymme att påverka ställningstagandet om läkaren bedömer att behandlingen är nödvändig för att lindra symtomen och det finns ett uttalat eller förmodat samtycke från patienten.

Ansvarig för behandlingen ska vara patientens ansvariga läkare, specialist i palliativ medicin, och vi rekommenderar i normalfallet konsultation med annan

specialist i palliativ medicin eller anestesilog, se Figur 1.

Behandling med vätska, näring, smärt- och symtomlindring samt övrig medicinsk behandling och omvårdnad ska planeras i vårdteamet på samma sätt som då sedering inte är aktuell.

Dokumentation vid kontinuerlig djup palliativ sedering

Den medicinska indikationen ska vara dokumenterad, inklusive vilket lidande som man avser att lindra samt vilka andra metoder som har prövats och hur de har visat sig inte vara fullt effektiva [7]. Samrådsförfarandet som ligger till grund för ställningstagandet ska dokumenteras, och de som har deltagit i samrådet ska namnges. Dokumentation bör ske avseende hur utvärdering ska ske samt hur sederingsdjup och symtomlindring ska monitoreras på ett enhetligt sätt [7, 8]. Ändring av dos eller läkemedel ska övervägas vid tecken på bristande effekt [4].

Preparatval

När sedering är den främsta indikationen kan midazolam användas [2]. Det är inte ovanligt att behandling med midazolam har önskad effekt i form av delirium/motorisk oro på grund av snabb toleransutveckling eller direkt biverkan av midazolam. I dessa fall måste de psykiska symtomen behandlas först, exempelvis med antipsykotiska medel såsom haloperidol eller levomepromazin [9, 10]. I några fall är sedering med propofol ett bra alternativ [11]. Palliativ sedering med propofol ska i första hand reserveras för patienter som vårdas på specialiserad palliativ vårdenhet. I de få fall då kontinuerlig djup palliativ sedering ges i patientens bostad eller på ett särskilt boende ska ett specialiserat palliativt vårdteam ansvara för behandling och monitorering. Det ska finnas adekvat kompetens rörande behandlingen i teamet så att god säkerhet bibehålls under hela dygnet. Dexmedetomidin (Dexdor), som används inom anestesi, kan visa sig vara ett bra alternativ på grund av bredare terapeutiskt fönster, men reserveras tills vidare för anesthesiologisk användning eller inom ramen för vetenskapliga studier [12].

Sammanfattning

Palliativ sedering är en värdefull medicinsk behandling för att lindra lidande i livets slut som inte bedöms kunna lindras tillräckligt på annat sätt. Kontinuerlig djup palliativ sedering ska ordinerars av speciallistlä-

»I de få fall då kontinuerlig djup palliativ sedering ges i patientens bostad eller på ett särskilt boende ska ett specialiserat palliativt vårdteam ansvara för behandling och monitorering.«

kare i palliativ medicin, om möjligt efter samråd med annan specialist i palliativ medicin och eventuellt en anestesilog. Ansvar ska ligga på en specialiserad palliativ enhet. Samrådet är till för att ställningstagandet ska vara så välgrundat som möjligt samt för preparatval och lämplig monitorering. Sederingsdjupet anpassas efter patientens behov. Ställningstagande till kontinuerlig djup palliativ sedering ska så långt som möjligt ske i samråd med patienten, precis som vid annan medicinsk behandling. Behandlingens fördelar måste stå i proportion till de nackdelar som förlust av vakenhet ända till döden kan innebära. Dialog och stöd till närstående under hela processen är av största vikt. Ställningstagandet och den insatta behandlingen ska noga dokumenteras och följas upp, och sederingsdjup och symtomlindring ska monitoreras. ○

● Sofia Dettmann är ordförande för Svensk förening för palliativ medicin (SPPM). Övriga författare är medlemmar i SPPM:s etikutskott.

● Niklas Juth, Eva Hannerz Schmidtke och Anders Castor i Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk etik har bidragit med värdefulla kommentarer. Styrelsen i Svensk förening för anestesi och intensivvård (SFAI) har bidragit med granskning av förslagen rörande preparatval med mera.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2025;122:24129

Läs mer!

Engelsk sammanfattning på [Läkartidningen.se](https://www.lakartidningen.se)

REFERENSER

1. Camartin C, Björkhem-Bergman L. Palliative sedation – the last resort in case of difficult symptom control: a narrative review and experiences from palliative care in Switzerland. *Life (Basel)*. 2022;12(2):298.
2. Eckerdal G, Birr A, Lundström S. Palliativ sedering är ovanlig inom specialiserad palliativ vård i Sverige. *Läkartidningen*. 2009;106:1086-8.
3. Hedman C, Rosso A, Häggström O, et al. Sedation in specialized palliative care: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2022;17(7):e0270483.
4. Palliativ sedering (kap 18.3). I: Regionala cancercentrum i samverkan. Palliativ vård. Nationellt vårdprogram. Version 3.4. 30 maj 2023. p. 217-9. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-varld/vardprogram/nationellt-varldprogram-palliativ-varld.pdf>
5. SOSFS 2011:7. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling.
6. SFS 2014:821. Patientlag.
7. Surges SM, Brunsch H, Jaspers B, et al. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: an international Delphi study. *Palliat Med*. 2024;38(2):213-228.
8. Kautzner S, Heckel M, Ostgathe C, et al. Documentation of sedation in palliative care: a scoping review of requirements, recommendations, and templates. *J Palliat Med*. 2023;26(9):1277-84.
9. Akuta förvirrings-tillstånd – Delirium. Farmakologisk behandling (kap 16.3.8). I: Regionala cancercentrum i samverkan. Palliativ vård. Nationellt vårdprogram. Version 3.4. 30 maj 2023. p. 164.
10. Kawashima N, Yokomichi N, Morita T, et al. Comparison of pharmacological treatments for agitated delirium in the last days of life. *J Pain Symptom Manage*. 2024;67(5):441-52.e3.
11. Lundström S, Zachrisson U, Fürst CJ. When nothing helps: propofol as sedative and antiemetic in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage*. 2005;30(6):570-7.
12. Gaertner J, Fusi-Schmidhauser T. Dexmedetomidine: a magic bullet on its way into palliative care – a narrative review and practice recommendations. *Ann Palliat Med*. 2022;11(4):1491-504.

SUMMARY

Ethical and clinical recommendations concerning palliative sedation

Palliative sedation is a good medical treatment to relieve suffering at the end of life that is judged not to be adequately relieved by other means. The treatment decision should be made by a palliative care physician, preferably in consultation with another palliative care physician and, in some cases, an anesthesiologist. The depth of sedation should be appropriate to the needs of the patient. Informed consent should be obtained from the patient, if possible, and significant others should be informed and cared for during the process. In the case of continuous deep palliative sedation, the medical and ethical risks of reducing the patient's level of consciousness until death should be balanced against the great benefit of the treatment to the patient. The treatment should be thoroughly documented and followed up. The depth of sedation and relief of symptoms should be monitored.