

Palliativ sedering – myter och fakta



PETER STRANG, professor i palliativ medicin, Karolinska institutet, Stockholm; överläkare, palliativa sektionen, Stockholms sjukhem peter.strang@ki.se

I en tvärsnittsstudie (n=2 021 patienter) som Gunnar Eckerdal och medarbetare presenterar i detta nummer av Läkartidningen visas entydigt att palliativ sedering är mycket ovanlig i Sverige: 1 procent erhöll palliativ sedering, och endast 0,6 procent var vakenhetssänkta, jämfört med 3–68 procent internationellt sett [1].

Höga siffror har hänförs till brister i den palliativa vården: om symtomkontrollen och det psykosociala stödet är otillräckligt, blir palliativ sedering ett attraktivt alternativ. Vanliga orsaker till initiering av palliativ sedering är orostillstånd, förvirring och smärta [1]. Studier visar att när förbättrade riktlinjer införs för t ex identifiering av förvirringstillstånd sjunker också behovet av palliativ sedering [2].

Bra palliativ vård – mindre sedering

Den specialiserade palliativa vården fungerar sannolikt väl i Sverige, och därmed minskar behovet av sedering.

Studiens låga siffror ger indikationer om några viktiga faktorer. Smärtbehandling är en sådan faktor. I en svensk tvärsnittsstudie av 431 svenska döende cancerpatienter i palliativ hemsjukvård (median: 70 dagar före dödsfallet) låg medelsmärtan på drygt 2 på en 10-gradig ESAS-skala (Edmonton Symptom Assessment Scale) sista veckan i livet [3]. Detta kan jämföras med internationella data från utländska hospisenheter, där smärtan ofta rapporteras vara mellan 4 och 6 på den 10-gradiga skalan.

Vacklande definitioner

Studien och litteraturgenomgången väcker också frågor: definitionerna av »refraktärt lidande« och palliativ sedering är vacklande, indikationerna oklara och målformuleringarna inte optimala.

När är ett lidande »behandlingsresistent«? Det beror sannolikt på var patienten behandlas och vem som ställer frågan. Är sedering den bästa åtgärden för behandling av förvirringstillstånd och oro i livets slutskede? Sannolikt inte.

Förvirringstillstånd utlöses ofta av en åtgärdbar fysisk orsak (urinvägsinfektion, förstoppning, feber, hjärtsvikt, smärta osv) eller av ett nyinsatt läkemedel [4]. Lugnande medel, särskilt bensodiazepiner såsom midazolam, kan i sådana situationer till och med förvärra oron och förvirringen på grund av en paradoxal reaktion. Haloperidol är fortfarande ett förstahandsval vid terminal förvirring [4].

Symtomlindring eller »sövning«

En annan viktig fråga är målformuleringen: Är målet ytterst att lindra ett specificerat lidande eller är avsikten i största allmänhet att söva patienten? Om målet är att lindra, är den bärande palliativa principen att ge lägsta dos som ger fullgod symtomlindring med ett minimum av biverkningar (inklusive sedering).

Från den synpunkten är inte enoreflekterad »sövning« den bästa åtgärden: patienter önskar oftast symtomlindring utan medvetandepåverkan [5].

Sedering i olika nivåer

Det har hävdats att palliativ sedering är ofarlig och att den inte förkortar liv. Så är fallet i kloka händer, men man måste diskutera även sederingsdjupet.

En första nivå, som är önskvärd för många patienter, är god symtomlindring och avslappning utan medvetandepåverkan. En andra nivå kan handla om väckbar sömn: en stressad, plågad patient kan behöva garanteras att få sova en hel natt.

Dessa två nivåer är exempel på goda palliativa åtgärder.

Den tredje nivån däremot handlar om situationer där man uppenbarligen söver patienterna till djup medvetslöshet utan andningsstöd, med oklar gränssättning mot dödshjälp. Vi vet från anestesilogin att sådan sövning ger otillräcklig andning och risk för koldioxid-



Foto: Ian Hooton/SPL

Bra palliativ vård kan minska behovet av sedering i livets slutskede.

retention, som i sin tur kan leda till hjärtsvikt och lungödem.

Palliativ vård som specialitet

Slutligen visar studien på behovet av palliativ vård som påbyggnadsspecialitet i Sverige. Inom den svenska palliativa vården är behovet av sista hands-åtgärder såsom palliativ sedering lågt. För att bibehålla standarden, garantera kunskapsnivån och möjliggöra rekrytering av nya medarbetare behövs en påbyggnadsspecialitet.

Den palliativa vården – och människors rätt till god symtomlindring – kan inte på sikt bygga på eldsjärlars insatser.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: A literature review and recommendations for standards. *J Pall Med.* 2007;10:67-85.
2. Fainsinger RL, De Moissac D, Manchini I, Oneschuk D. Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *J Palliat Care.* 2000;16(2):5-10.
3. Heedman PA, Strang P. Symptom assessment in advanced palliative home care for cancer patients using the ESAS: Clinical aspects. *Anticancer Res.* 2001;21:4077-82.
4. Breitbart W, Alici Y. Agitation and delirium at the end of life. *JAMA.* 2008;300(24):2898-910.
5. Steinhäuser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care providers. *JAMA.* 2000;284:2476-82.

SAMMANFATTAT

Palliativ sedering är sällsynt förekommande i svensk palliativ vård.

Klara definitioner, indikationer och målformuleringar behövs.

Palliativ medicin behövs som påbyggnadsspecialitet, bl a för att garantera god vård i de svåra situationer då behovet av palliativ sedering aktualiseras.