

## Palliativ sedering

Detta dokument utgör kompletterande rekommendationer från etikutskottet inom Svensk förening för palliativ medicin (SFPM) som stöd till föreningens medlemmar.

Rekommendationerna är förankrade i Nationellt vårdprogram för palliativ vård (1) samt i uppdaterade riktlinjer från EAPC (2). Svenska Läkaresällskapets (SLS) delegation för medicinsk etik (DME) kommer parallellt att uppdatera sina riktlinjer kring palliativ sedering som är från 2010 (3). Vi ser detta som högst prioriterat då det idag generellt i läkarkåren upplevs råda oklarheter kring definition, avgränsningar, hur ställningstagandet görs samt relationen till dödshjälp. Dessa oklarheter upplevs även förekomma bland specialister i palliativ medicin och hos andra professioner.

En viktig utgångspunkt är att palliativ sedering är en god medicinsk behandling som ordineras av läkare till en patient som har behov av den, och läkaren bedömer att behandlingen kan göra nytta för patienten. Det är en viktig uppgift att identifiera vilka patienter som är aktuella för behandlingen. Ett viktigt steg i detta är att definiera vad palliativ sedering är.

### Definition

**Palliativ sedering är en avsiktlig sänkning av vakenhetsgraden hos en patient i livets slutskede för att lindra ett lidande som har uppstått genom det tillstånd som föranleder palliativ vård och som inte tillräckligt bedöms kunna lindras med andra metoder (4-10).**

Det är viktigt att begreppet på detta sätt görs tydligt, både för läkare, andra professioner, patient och närstående. Termen ”intentional sedation”, d v s avsiktlig sedering, har föredragits av EAPC i de uppdaterade riktlinjerna för att påtala just avsikten att sedera patienten (2).

Palliativ sedering kan ges intermittent eller kontinuerligt och den kan vara ytlig eller djup. I detta dokument har vi valt att främst fokusera på kontinuerlig djup palliativ sedering eftersom det är en behandling som väcker många etiska frågor och kräver en noggrann reglering.

Denna behandling kan ges inom slutenvård eller i hemmet. Sedering av patienter när ventilationsstöd avvecklas i livets slut (antingen på IVA, inom slutenvård eller i hemmet) kan räknas som palliativ sedering eftersom den ges i syfte att lindra patientens symptom i anslutning till döendet.

Exempel på situationer som *inte* bör räknas som palliativ sedering (vilket framgår av att de inte följer definitionen ovan):

- Administrering av lugnande och smärtstillande läkemedel som har sedering som bieffekt men som inte har som syfte att sänka patientens vakenhetsgrad.
- Läkemedel som ges för att möjliggöra ordinär nattsömn, exempelvis en insomningstablett eller lugnande medicin till natten.
- Sedering för att möjliggöra intubering på IVA i samband med planerad organdonation.
- Sedering för att kunna genomföra ingrepp mot livets slut (till exempel palliativt syftande kirurgiska ingrepp).
- Behandling med läkemedel som inte påverkar vakenhetsgraden, men patienten är trots det inte vaken. Vakenhetsänkningen bedöms då orsakas av sjukdomen och döendet, inte av läkemedel.

Omfattningen av palliativ sedering varierar mellan olika länder och jämförelser försvåras av att inte alltid samma definition används (5). I Sverige finns det en studie som angav prevalensen till 8% av alla patienter som avled inom specialiserad palliativ vård (6). Andelen patienter i livets slut som får palliativ sedering är högst inom slutenvården (11). Palliativ sedering ges oftare vid cancer än vid andra tillstånd som föranleder palliativ vård (11).

Dyspné, delirium och smärta utgör de vanligaste symtomen som har angetts utgöra indikation för palliativ sedering och symtomen har i dessa fall bedömts vara refraktära (11).

## **Autonomi**

Kontinuerlig djup palliativ sedering till livets slut innebär, utöver komplikationsrisken, att patienten tappar förmågan att interagera med sin omgivning ända in i döden. Det är därigenom ett betydande ställningstagande och både patienten och läkaren behöver vara medvetna om vilka värden som står på spel. Med tanke på att sederingen sker under en längre tid och med annan indikation än exempelvis vid en operation bör kravet på informerat samtycke till sederingen och till alla sannolika åtgärder och effekter under pågående sedering tas på stort allvar (12). I situationer då informerat samtycke inte kan uppnås ska det säkerställas att palliativ sedering är i patientens bästa intresse (13). Om möjligt ska det i sådana fall grundas på ett förmodat samtycke, det vill säga stå i enlighet med vad man tror att patienten hade velat (13). Det senare kan i vissa fall vara svårt att säkert veta. Det mest optimala och något att eftersträva är om planeringen kan ske i förhand när patienten fortfarande har bibehållen beslutsförmåga (13).

## **Livskvalitet**

Palliativ vård ska, enligt definitionen både från WHO (14) och IAHPC (15) skapa förutsättningar för patient och närstående att kunna uppleva livskvalitet till livets slut. Vi kommer i våra rekommendationer inte att gå närmare in på olika teorier om livskvalitet. Det räcker här att konstatera att livskvalitet är en subjektiv upplevelse av vad livet har för värde för en individ. Ofta inbegriper det ett mått av välbefinnande (16). Livskvalitet är svårt, om inte omöjligt, att kvantifiera. Det finns ingen tillförlitlig skala för det som vi betraktar som övergripande livskvalitet. När kontinuerlig djup palliativ sedering är aktuell har sjukdomssymtomen lett till att patienten, trots övriga insatser, har ett välbefinnande som ligger på en nivå lägre än en tänkt nollpunkt. Syftet med kontinuerlig djup palliativ sedering blir därmed att lindra symtomen och nollställa ett "negativt välbefinnande". Palliativ sedering kan dock inte åstadkomma positiv livskvalitet hos en patient, då patienten är vakenhetssänkt och inte längre kan ta del i sådant som skapar livskvalitet och värde för patienten som individ.

## **Medicinsk indikation, ställningstagande och samråd**

Den medicinska indikationen framgår av definitionen som beskrivs ovan. Patienten ska, för att få tillgång till palliativ sedering, befinna sig i livets slutskede och lida av svåra och refraktära symtom, det vill säga symtom som inte går att lindra tillräckligt på annat sätt. Lidande kan vara av olika slag. Både fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt lidande förekommer i livets slut. Ofta är lidandet multifaktoriellt och omfattar samtliga dimensioner.

Ställningstagande till kontinuerlig djup palliativ sedering förutsätter att patienten befinner sig i livets absoluta slutskede. En vanlig gräns i olika riktlinjer har satts till 2 veckor (2) men det är förstås svårt att förutspå exakt hur länge patienten kommer att överleva vilket gör en gräns på 2 veckor arbiträr. Att bedöma att patienten befinner sig i livets slutskede (d.v.s. sista veckorna i livet) bör vara baserat på sjukdomsförloppet och observerade tecken på att döendeprocessen är inledd.

Palliativ sedering bygger på ett medicinskt ställningstagande av en specialistläkare i palliativ medicin som har god kännedom om patienten. Ställningstagandet grundas på en medicinsk indikation som utgår från patientens beskrivning av sina symtom men även på en objektiv

bedömning av hur symtomen inverkar negativt på patientens livskvalitet. I likhet med all annan medicinsk behandling ska palliativ sedering inte utlovas av andra professioner än läkare och information bör heller inte utlovas innan den blir aktuell, eftersom det inte är säkert att patienten kommer att bli aktuell för palliativ sedering. Vården har inte skyldighet att ge palliativ sedering enbart baserat på patientens önskemål men måste vara lyhörd för patientens behov. Ställer patienten frågor om möjligheten till palliativ sedering utan att ha ett aktuellt behov ska läkaren informera om att den möjligheten finns om behovet uppstår längre fram. Det kan utgöra en trygghet för patient och närstående att veta att det finns behandling att tillgå om symtomen skulle bli svårbehandlade med de mer konventionella metoderna och att behandlingen anpassas efter det aktuella behovet. Efter att ha tagit ställning till palliativ sedering ska läkaren dokumentera ställningstagandet och ange vad det grundas på.

Inför ett ställningstagande till palliativ sedering bör samråd ske med annan legitimerad yrkesperson inom hälso- och sjukvården. Om möjligt ska detta vara ytterligare en specialistläkare i palliativ medicin så att det kan säkerställas att samtliga konventionella metoder för symptomlindring är uttömda, inklusive i vissa fall palliativt syftande ingrepp, blockader o.s.v.. Samråd bör i vissa fall även ske med en specialist i anestesi, främst rörande preparatval, dosering och monitorering. Samråd och konsultation med anestesilog eller andra specialister kan även utgöra ett steg i processen för att bedöma att andra behandlingsalternativ verkligen är uttömda.

Ställningstagandet till palliativ sedering är skilt från ställningstagande till behandlingsbegränsning, inklusive att inte administrera vätska och näring till patienten. Dessa ställningstaganden ska göras oberoende av varandra, även om de förstås ofta fattas mot livets slut för en och samma patient.

## **Närstående**

Närstående bör informeras om ställningstagandet, förutsatt att patienten inte motsätter sig detta, eftersom det kan innebära en stor förändring i deras sista tid med patienten om patienten är okontaktbar ända fram till dödsögonblicket. Närstående har dock ingen rätt att för egen räkning påverka ställningstagandet i någon riktning så länge patienten själv har kunnat vara delaktig (13). Närstående behöver få tillfälle att vara nära och ta avsked av patienten. Det kan också rekommenderas att ta upp i efterlevandesamtal med närstående hur de har upplevt tiden då patienten var sederad.

## **Rekommenderat tillvägagångssätt**

Efter att symtomen som behöver lindras har konstaterats vara refraktära av en specialistläkare i palliativ medicin, om möjligt i samråd med ytterligare en specialistläkare i palliativ medicin/anestesiolog enligt ovan samt med informerat samtycke från patienten sänks vakenhetsgraden hos patienten med en proportionerlig dos läkemedel för att uppnå symptomlindring. Principen bör vara att anpassa sederingsdjupet efter behovet. I många fall kan intermittент sedering inledas, för att sedan övergå i kontinuerlig sedering om det är nödvändigt. Kontinuerlig djup palliativ sedering som planeras fortgå tills patienten dör innebär särskilda etiska överväganden (4-12).

Här kommenteras inte specifika preparatval men det finns rekommendationer i EAPC:s nya riktlinjer (2) och val av preparat kan närmare specificeras i Nationellt vårdprogram för palliativ vård (1). Det är viktigt att tillgodose att rätt kompetens finns hos all vårdpersonal för att hantera preparatet och monitoreringen. Monitoreringen bör individualiseras men bör i de flesta fall omfatta sederingsdjup och symtomlindring genom vedertagna bedömningsinstrument (2). Det bör i varje enskilt fall finnas en plan kring utvärdering av behandlingen. Parallellt med sederingen bör annan adekvat symtomlindring ges, exempelvis smärtlindrande medel.

## **Dokumentation**

Såväl ställningstagandet till palliativ sedering som behandlingsgången ska dokumenteras (17). I en sådan dokumentation bör det framgå:

- Patientens huvuddiagnos
- Vilket/vilka refraktära symtom som utgör indikation för palliativ sedering
- Uppskattad kvarstående livstid
- Målet med sederingen
- Vilka andra medicinska behandlingar och omvårdnadsåtgärder som har provats
- Kontakt med annan specialistläkare i palliativ medicin och eventuellt med anestesiläkare
- Vilka befintliga läkemedel som patienten behandlas med samt administrationsätt
- Ställningstagande till eventuella behandlingsbegränsningar under sederingen
- Ställningstagande till om sederingen ska vara intermittent eller kontinuerlig
- Om intermittent – hur länge ska behandlingen fortgå?
- Planerad monitorering och uppföljning, samt vem som följer upp
- Vårdplats: eget hem, särskilt boende i kommunen, specialiserad palliativ vårdavdelning.
- Vilken läkare som är patientens fasta vårdkontakt
- Vem som gör ställningstagandet och i samråd med vem

## **Skiljelinje mot dödshjälp**

Palliativ sedering är till sin natur väsensskild från dödshjälp mot bakgrund av att avsikten med åtgärden är att lindra lidande och inte att förkorta patientens liv. Även läkemedelsdoser, eftersträvat sederingsdjup och monitorering skiljer sig mellan palliativ sedering och dödshjälp. Om patienten i samband med palliativ sedering inte får den vård och omsorg som behövs för att leva tills sjukdomen leder till döden skulle det kunna utgöra dödshjälp. Palliativ sedering som den definieras i detta dokument har inte visat sig påskynda döden (9).

## **Forskning och empirisk utvärdering**

Vi rekommenderar fortsatt uppföljning av palliativ sedering via kvalitetsregister som kan utgöra underlag till statistik för både kvalitetsutveckling och forskning. Det är av högsta vikt att användandet av palliativ sedering har en vetenskaplig förankring.

Etiketskottet, Svensk Förening för Palliativ Medicin (SFPM)

Gunnar Eckerdal

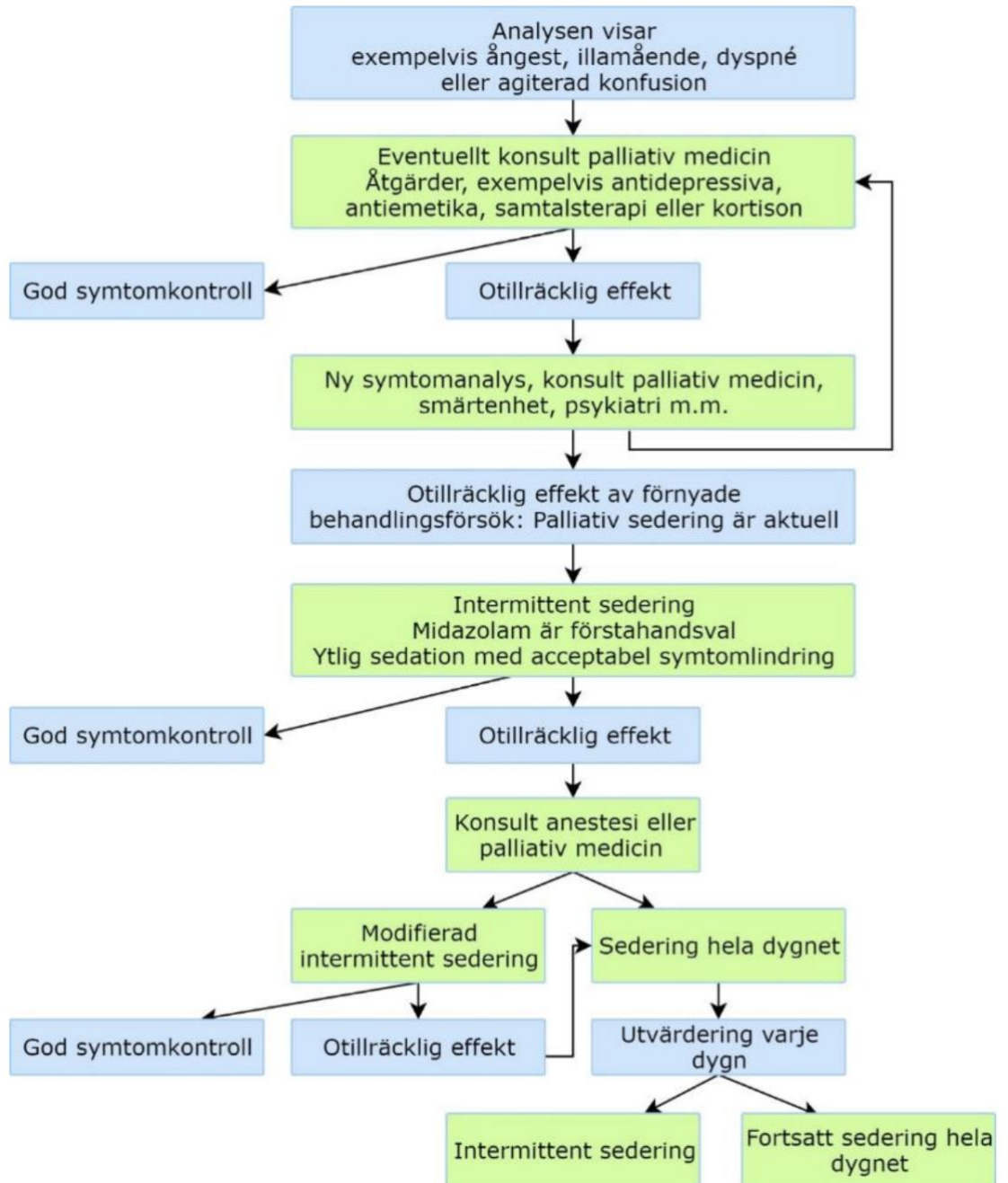
Anders Birr

Madhuri Gogineni

Linda Björkhem-Bergman

Marit Karlsson  
Ann-Sofie Rehnberg  
Linnea Schmitz  
Pia Söderberg  
Jenny Lindberg

Bilaga 1. Flödesschema för palliativ sedering enligt Nationellt vårdprogram för palliativ vård (1).



## Referenser

1. Samverkan, Regionala Cancercentrum i Nationella Vårdprogrammet för Palliativ vård: Kapitel 18.3 Palliativ Sedering, 2023. Available from: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-varld/varldprogram/nar-doden-ar-nara/#chapter-18-3-Palliativ-sedering>
2. Surges SM, Brunsch H, Jaspers B, et al. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. *Palliative Medicine*. 2024;38(2):213-228. Supplementary material. doi:[10.1177/02692163231220225](https://doi.org/10.1177/02692163231220225)
3. Svenska Läkarsällskapet, Delegationen för medicinsk etik. Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutsked. 2010. Available from: <https://www.sls.se/globalassets/sls/etik/dokument/000012134.pdf>.
4. Camartin, C., Bjorkhem-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).
5. Eckerdal, G., Birr, A., Lundstrom, S. Palliativ sedering är ovanlig inom specialiserad palliativ vård i Sverige. *Lakartidningen*. 2009;106(15-16):1086-8
6. Hedman, C., Rosso, A., Haggstrom, O., Norden, C., Furst, C. J., Schelin, M. E. C. Sedation in specialized palliative care: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2022;17(7):e0270483.
7. Lundstrom, S., Zachrisson, U., Furst, C. J. When nothing helps: propofol as sedative and antiemetic in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage*. 2005;30(6):570-7.
8. Maltoni, M., Scarpi, E., Nanni, O. Palliative sedation in end-of-life care. *Curr Opin Oncol*. 2013;25(4):360-7.
9. Maltoni, M., Scarpi, E., Rosati, M., Derni, S., Fabbri, L., Martini, F., Amadori, D., Nanni, O. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2012;30(12):1378-83.
10. Maltoni, M., Setola, E. Palliative Sedation in Patients With Cancer. *Cancer Control*. 2015;22(4):433-41.
11. Tan, F., Li, N., Wu, Y. et al. Palliative sedation determinants: systematic review and meta-analysis in palliative medicine. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2023;13:e664–e675.
12. Eckerdal, Gunnar. Samråd förutsättning vid palliativ sedering. *Lakartidningen*. 2009;106(42).
13. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling, SOFS 2011:7.
14. World Health Organization. "National cancer control programmes, policies and managerial guidelines." (2002)
15. International Association for Hospice and Palliative Care. Available from: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/><https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
16. Brülde, Bengt. Teorier om livskvalitet, Studentlitteratur, 2003.
17. Kauzner, S., Heckel, M., Ostgathe, C., Schneider, M., Bausewein, C., Schildmann, E., Kremling, A., Ziegler, K., Klein, C. Documentation of Sedation in Palliative Care: A Scoping Review of Requirements, Recommendations, and Templates. *J Palliat Med*. 2023;26(9):1277-84.