

Doknr. i Barium 33212	Dokumentserie su/med	Giltigt fr o m 2017-06-15	Version 1
RUTIN Palliativ sedering inom Palliativa sektionen SU - Riktlinjer			
Innehållsansvarig: Elisabet Löfdahl, Överläkare, Enhet för avancerad sjukvård i hemmet (elilo4) Godkänd av: Mona Andersson Palmqvist, Verksamhetschef, Verksamhetsledning (monpa7) Denna rutin gäller för: Verksamhet Geriatrik Lungmedicin och Allergologi			

Denna rutin gäller för

Rutinen gäller för läkare verksamma inom Palliativa sektionen VO GLA, Omr 6.
För kännedom till berörda inom verksamheterna vårdavdelning 604, ASIH Göteborgs stad, Hospice inom Göteborgs stad och ASIH Mölndal stad.

Revideringar i denna version

Ny rutin

Syfte

Rutinen avser att tydliggöra hur beslut, genomförande och uppföljning av palliativ sedering i livets slut ska ske inom sektionen.

Arbetsbeskrivning

Definition och avgränsning

Palliativ sedering är en medveten påverkan av vakenhetsgraden hos en patient i livets slutskede i syfte att uppnå lindring vid outhärdliga symtom.

Patientens förväntade överlevnad är mycket kort, vanligen högst dagar till någon vecka.

Syftet är att symtomlindra ett lidande som inte har gått att lindra på annat sätt, utan att därmed varken förkorta eller förlänga dödsprocessen.

Etiska överväganden

- Lindra patientens lidande i överensstämmelse med den etiska principen att göra gott.
- Vakenhetsgraden påverkas, vilket innebär att patientens autonomi minskar eller upphör.

En patient som har outhärdliga symtom, vilka inte har kunnat lindras på annat sätt, ska erbjudas möjlighet till behandling som också påverkar vakenheten, trots att autonomin påverkas. Detta förutsätter att beslutet överensstämmer med patientens önskan.

- Palliativ sedering förutsätter en medicinsk indikation och patientens informerade samtycke. Av stor vikt är en strävan efter samsyn mellan patient, patientens närstående och den medicinska indikationen.
- Om patienten inte längre är beslutskapabel skall värderingen utgå från tidigare viljeyttringar från patienten och information som närstående kan ge om patientens önskan.

Beakta följande:

1. Patienten har outhärdliga symtom, till exempel smärta, ångest, dyspné eller delirium.
2. Patientens värdering av sitt lidande och symtomens outhärdlighet ska tillmätas största betydelse. Detsamma gäller patientens värdering av effekten av redan prövade symtomlindrande åtgärder.
3. Valet mellan tillgängliga behandlingsalternativ ska ske i samråd med patienten och dennes närstående.
4. Vid beslut om palliativ sedering ska samråd med kollega som har kompetens inom palliativ medicin och erfarenhet av palliativ sedering eftersträvas i möjligaste mån.

Doknr. i Barium 33212	Giltigt fr.o.m 2017-06-15	Version 1
--------------------------	------------------------------	--------------

RUTIN Palliativ sedering inom Palliativa sektionen SU - Riktlinjer

- Behandlingen ska vara anpassad så att målet symtomlindring uppnås med största möjliga säkerhet och utan onödig vakenhetspåverkan.
- Samråd och kompetens i behandlingsteamet är av största vikt för att säkerställa god omvårdnad och stöd till de närstående dygnet runt. Behandlingen ska utvärderas fortlöpande, minst dagligen och beslutsunderlaget ska dokumenteras kontinuerligt. Överrapportering jourtid ska ske i varje enskilt fall.
- Sederingen ska vara tillräckligt djup så att patienten ska uppleva situationen som uthärdlig.
- Sederingen kan ske på olika sätt:
 - Intermittent* - om behandlingen behöver bedömas på nytt eller för att bereda patienten möjlighet till dialog om sin situation. Man kan behandla med subkutana injektioner alternativt ett dropp som stängs av på ett förplanerat sätt.
 - Kontinuerligt* - om symtomen bedöms föreligga permanent och patientens förväntade överlevnad bedöms vara kort.
- Beslut fattas också kring eventuell vätske- eller näringstillförsel. Detta avslutas vanligtvis senast när en palliativ sedering startas.
- Efter genomförd behandling ska samråd och avstämning alltid ske i vårdteamet och med närstående.

Läkemedelsbehandling

I första hand används:

Midazolam (Dormicum) 5 mg/ml. Vanlig dygnsdos är 25-30 mg, men variationerna är stora. Det har stor betydelse om patienten tidigare behandlats kontinuerligt med bensodiazepiner. I dessa fall krävs ofta något högre doser från början. Behandlingen ges i första hand subkutant, intermittent eller med pump. Man behöver då inte vara särskilt orolig för andningsdepression som bieffekt – vilket är mycket ovanligt hos patienter vid subkutan tillförsel av läkemedlet.

Börja alltid med intermittenta injektioner Midazolam 5mg/ml, 2,5- 5 mg subkutant som start dos. Till patienter som ej använt bensodiazepiner tidigare eller har ett kraftigt påverkat allmäntillstånd bör man ge en lägre dos på 1,25 mg. Därefter titreras dosen upp tills tillfredsställande sedering uppnåtts, vilket oftast innebär att patienten sover med lugn, inte alltför ytlig andning. Om patienten behöver 5 mg Midazolam för 3-4 timmars sömn går det åt ca 15 mg/12 tim.

Om den sederande effekten bedöms som tillfredsställande kan man övergå till kontinuerlig subkutan infusion via CADD-solis pump.

Det är av stor vikt att försäkra sig om att patienten är adekvat smärtlindrad före start av sedering, och att det finns en tydlig plan för fortsatt smärtlindring.

Har patienten tecken till konfusion bör behandling med neuroleptika (haloperidol) parenteralt alltid övervägas också tidigt i behandlingsförloppet.

Medicinsk journal (MELIOR)

Notera åtgärdskod som omfattar:

- typ av läkemedel, administrationsform (subkutant eller intravenöst)
- åtgärdskod ZV400

Doknr. i Barium	Giltigt fr.o.m	Version
33212	2017-06-15	1

RUTIN Palliativ sedering inom Palliativa sektionen SU - Riktlinjer

Ansvar

Alla läkare inom verksamheten ansvarar för att arbeta utifrån denna rutin. Sektionschef ansvarar för att denna rutin blir känd för alla medarbetare och MASar ansvariga för ASIH inom kommunal hälso- och sjukvård samt hospice. Verksamhetschef ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författning.

Uppföljning, utvärdering och revision

Utvärdering och revidering av rutindokumentet ska ske vid behov, dock senast två år efter godkännande. Medicinskt ansvariga läkare inom Palliativa sektionen VLO GLA ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO, där aktuell linjechef ansvarar för utredning, åtgärd och uppföljning.

Relaterad information

EAPC recommended framework for the use of sedation in palliative care, Palliative medicine 23(7) 581-593, 2009

Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede, Svenska Läkaresällskapet, 2010

Palliativ sedering, Läkartidningen 2009

Riktlinjer för Palliativ sedering, Änggårdens hospice, dokument VRT 32, 2010

Granskare/arbetsgrupp

Rutinen framtagen av:

Elisabet Löfdahl, överläkare, VÖL öppenvård Palliativa sektionen Vo GLA SU/SS

Jerry Dahlberg, överläkare, VÖL slutenvården Palliativa sektionen Vo GLA SU/SS

Barbro Ingemarsdotter Fredriksson, överläkare Palliativa sektionen Vo GLA SU/SS

Granskad av Hans Gunnarsson, sektionschef Palliativa sektionen

Verksamhetsområde geriatrik, lungmedicin och allergologi, Område 6, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Spridningslista

Sektionschefen Palliativa sektionen via linjen.

Pappersoriginalet förvaras i pärm på Palliativa sektionen