

Bilag 10 Resume

Titel

Klinisk retningslinje om palliativ sedering for voksne patienter indlagt på en specialiseret palliativ enhed

Arbejds- gruppe	<p>Denne retningslinje er udarbejdet under Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats (DMCG-PAL, en organisation af det palliative område under DMCG, der finansieres af Danske Regioner) (www.dmcgpal.dk)</p> <p>Bodil Jespersen, Overlæge, Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital. Marianne Holm Andersen, Afdelingssygeplejerske, Hospice Sjælland, Roskilde. Lis Lang, Sygeplejerske, Hospice Søholm. Mie Demant, Sygeplejerske, Hospicegården Filadelfia. Martine Vorning Nielsen, Sygeplejerske, Svanevig Hospice. Kathrine Hvid Schwarz-Nielsen, Projektmedarbejder, Palliativt Videncenter, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (udtrådt af gruppen nov. 2014). Pia Steinaa, Sygeplejerske, Diakonissestiftelsens Hospice. Joan Møller Molbo, Præst, Regionshospitalet Randers. Anna Maria Sandborg-Olsen, Sygeplejerske, Palliativ Medicinsk Afdeling P20, Bispebjerg Hospital. Charlotte Tambo Holm, Sygeplejerske, Hospice Vendsyssel. Sarah Højring, Overlæge, Sankt Lukas Hospice og Udgående Hospiceteam.</p> <p>Kontaktperson:</p> <p>Bodil Jespersen, Overlæge, Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital, bodijesp@rm.dk, tlf. nr. 78464689</p> <p>Konsulenter:</p> <p>Tina Harmer Lassen, akademisk medarbejder i DMCG-PAL. Har foretaget litteratursøgninger, gennemlæst udkast til retningslinjen og vejledt vedrørende metode.</p>
----------------------------	--

Godkendt af	Godkendt af Center for Kliniske retningslinjer, den	Dato for revision:	Ophørs dato:
Baggrund	<p>Palliativ sedering er defineret som medikamentel reduktion af bevidsthedsniveauet med henblik på at lindre svær lidelse, som ikke kan afhjælpes på anden vis hos uafvendeligt døende patienter med forventet restlevetid på timer til få dage.</p> <p>Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2002 er kriterierne for anvendelse af palliativ sedering:</p> <ul style="list-style-type: none">• at patienten er uafvendeligt døende og er svært lidende pga. fysiske eller psykiske symptomer, der ikke har kunnet lindres på anden måde,• at patientens sygdom er så fremskreden, at døden med stor sikkerhed forventes inden for kort tid (timer til få døgn),• at den nødvendige faglige ekspertise med indsigt i patientens sygdom, har været inddraget og har anset alle andre behandlingsmuligheder for udtømte, og• at patienten, så vidt det er muligt, er fuldt informeret om behandlingen og dens konsekvenser. <p>Palliativ sedering afgrænses i denne retningslinje til at gælde situationer, hvor patienten ikke kan hjælpes uden at bevidsthedsniveauet reduceres så meget, at kommunikationen er stærkt reduceret eller ophørt. Dette vil omfatte få patienter i en situation, som kan betegnes som "ekstrem". Retningslinjen omfatter ikke symptomatisk behandling, som er en del af almindelig praksis, såsom behandling af angst og uro,</p>		

dyspnø og smerter, hvor sedering er en del af behandlingen.

Den internationale litteratur på området vidner om store udfordringer med at sammenligne anvendelsen af palliativ sedering på tværs af de eksisterende kliniske undersøgelser. Således er der anvendt en række forskellige præparater, sederingsgraden er forskellig, der er manglende oplysninger om dosisangivelse og der er forskelle i beskrivelsen af hvilke symptomer, der har ledt til valget af at initiere behandlingen.

Samlet set understreger litteraturen på området vigtigheden af en fælles forståelse og en ensartet anvendelse af palliativ sedering. Udviklingen af kliniske retningslinjer til brug for de fagprofessionelle er et vigtigt skridt videre i forhold til at sætte standarder for "best practice", udføre den bedst mulige pleje og behandling samt at informere patienter og pårørende om, at palliativ sedering er en acceptabel og etisk forsvarlig behandlingsform.

Enkelte studier viser en bekymring hos pårørende om, hvorvidt palliativ sedering fører til en fremskyndet død. Imidlertid indikerer en systematisk oversigtsartikel, der undersøger hvorvidt palliativ sedering har en effekt på overlevelse, at palliativ sedering ikke er livsforkortende.

Patientgruppe:

Voksne patienter ≥ 18 år, indlagt på hospice eller hospital med behov for en specialiseret palliativ indsats. Patientgruppen befinder sig i en sen fase af deres sygdom. De har en forventet kort restlevetid

	svarende til timer/dage, har ubærlige symptomer og lidelse, med et eller flere refraktære symptomer, som ikke lader sig behandle på vanlig vis og kan således have et behov for medikamentel lindring, i form af palliativ sedering.
Formål	Formålet med retningslinjen er at sikre optimal symptomlindring for voksne patienter (≥ 18 år) med refraktære symptomer indlagt på specialiseret palliativ enhed, ved at sikre en høj faglig kvalitet og ensartethed i tilgangen til palliativ sedering.
Anbefalinger	<i>Anbefalinger for palliativ sedering for patienter ≥ 18 år med refraktære symptomer indlagt på en specialiseret palliativ enhed. Som følge af utilstrækkelig evidens på området er anbefalingerne baseret på ekspertvurderinger ved en konsensuskonference afholdt den 30. september 2015 (evidensniveau D).</i>
	Indikationer for palliativ sedering:



Palliativ sedering kan overvejes, når følgende indikationer er tilstede hos patienten:

Fysiske og ikke-fysiske refraktære symptomer, der medfører uudholdelig lidelse for patienten, og som ikke kan lindres ved andre metoder inden for en acceptabel tidsramme og uden uacceptable bivirkninger. Patienten skal være uafvendeligt døende med en forventet restlevetid på timer til få dage. Eksempler på refraktære symptomer kan være dyspnø, smerter, delirøse symptomer, angst og ubærlig eksistentiel lidelse (1).

Beslutningstagning:

Nedenstående instruks anbefales til lokal implementering i forbindelse med beslutningsprocessen om palliativ sedering.

Såfremt en patient fremsætter ønske om palliativ sedering, må det vurderes hvorvidt patienten er habil og i stand til at forstå relevante informationer samt hvorvidt patienten kan forstå og acceptere konsekvenserne af valget (1).

Den habile patient

Som udgangspunkt er det patientens afgørelse, i hvilket omfang de pårørende skal involveres i og informeres om patientens ønske og beslutning om at iværksætte palliativ sedering.

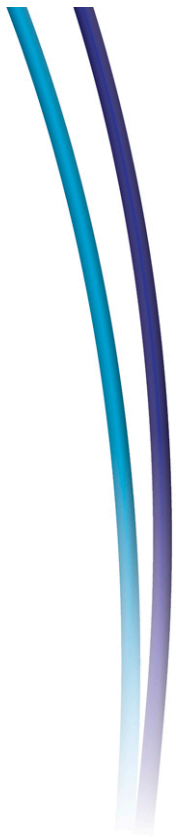
Den inhabile patient

Hvis patienten vurderes inhabil, må det undersøges om, der har været afholdt en samtale om fremtiden, hvor patienten har haft mulighed for at udtrykke ønsker om pleje og behandling i den sidste tid. Såfremt dette ikke er tilfældet, må de nærmeste pårørende inddrages i beslutningen. Det er vigtigt at gøre klart for de pårørende, at det ikke er dem som pårørende, der skal træffe beslutningen, men at det altid er en lægefaglig beslutning (1).

Forud for beslutningen om palliativ sedering bør følgende være opfyldt:

Patienten bør drøftes ved en tværfaglig beslutningsproces med tilstedeværelse af mindst en læge og en sygeplejerske, inden palliativ sedering påbegyndes for at sikre, at indikationen for palliativ sedering er tilstede, herunder at alle øvrige relevante behandlingsmuligheder er udtømte, og at patienten er uafvendeligt døende (1). I alle tilfælde bør den behandlingsansvarlige læge drøfte patienten med en fagområdespecialist i palliativ medicin. Dette kan evt. ske telefonisk.

Se bilag 4 for tjekliste til anvendelse ved beslutningstagning. Dette dokument bør indgå i patientens journal.



	<p><u>Dokumentation af beslutningsprocessen</u></p> <p>Beslutningen og målet med at sedere patienten (lindring af refraktære symptomer) skal noteres i patientens journal. Endvidere skal det noteres hvem, der har truffet beslutningen, og hvem beslutningen er drøftet med.</p> <p>Beslutningsproces og fremgangsmåde skal dokumenteres med følgende punkter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Indikationer for palliativ sedering.• Præparatvalg og administrationsform.• Information til pårørende og om muligt patienten. <p><u>Farmakologi</u></p> <p>I forbindelse med iværksættelse af palliativ sedering foretages der en sanering af patientens medicin, herunder eventuel væskebehandling og ernæring, således at kun medicin, der understøtter den palliative sedering bibeholdes.</p> <p><u>Præparatvalg ved palliativ sedering:</u></p> <p>Midazolam benyttes som førstevalgspræparat (1, 13, 15). Præparatet har hurtig indsættende virkning, kan anvendes subkutan, er nemt at titrere, har kort halveringstid, og kan kombineres med andre relevante farmaka. Midazolam har en antidot (flumazenil) (15).</p>
--	---



	<p>Hvis der ikke opnås den ønskede effekt med Midazolam, kan Propofol eventuelt anvendes, hvis man har den fornødne anæstesiologiske erfaring (27).</p> <p>Præparatet har meget hurtig indsættende effekt (anæstesimiddel), mulighed for hurtig titrering og kort halveringstid. Propofol kan kun administreres intravenøst (1,27).</p> <p><u>Dosering:</u></p> <p>Midazolam:</p> <p>Som startdosis kan bruges inj Midazolam 0,5-1 mg/h sc, derefter typisk 1-20 mg/h som kontinuerlig behandling indtil adekvat sedation er opnået (1).</p> <p>Ved initiering af behandling øges eller reduceres dosis gradvist til det niveau, hvor patienten er tilstrækkeligt lindret (1).</p> <p><u>Propofol:</u></p> <p>Som startdosis kan bruges inj 0,5 mg/kg/h iv, derefter typisk 1-4 mg/kg/h som kontinuerlig behandling indtil adekvat sedation er opnået (1).</p> <p>Ved initiering af behandling øges eller reduceres dosis gradvist til det niveau, hvor patienten er tilstrækkeligt lindret (1).</p> <p><u>Monitorering, anbefalinger</u></p> <p>Generelt skal graden af sedering være på det laveste</p>
--	--

	<p>mulige niveau, som er nødvendig for at opnå tilstrækkelig lindring (1).</p> <p>Vedvarende monitorering er således udelukkende relateret til graden af lindring.</p> <p>Derfor anbefales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ved igangsættelse af behandling bør patienten vurderes hvert 20. minut indtil patienten er passende lindret (1). <p>RASS-PAL kan anvendes til monitoring af graden af sedation (25). Se dansk version, bilag 3.</p>
Monitorering af retningslinjerne	<p>Nedenfor er anført forslag til, hvorledes brugen af retningslinjens anbefalinger efter implementering kan monitoreres med henblik på kvalitetsudvikling.</p> <p><u>Standard:</u> 100% af palliativt sederede patienter indlagt på specialiseret palliativ afdeling/hospice har fået drøftet behandlingen ved en tværfaglig beslutningsproces.</p> <p><u>Indikator:</u> Andelen af palliativt sederede patienter indlagt på specialiseret palliativ afdeling/hospice, som har fået drøftet behandlingen ved en tværfaglig beslutningsproces.</p> <p><u>Monitorering:</u> Journal audit</p>

Referencer	<p><u>1. Cherny NI, Radbruch L. The Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EACP) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine 2009;23:581-593.</u></p> <p><u>13. 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. Journal of Clinical Oncology 2012b;Vol. 30, No. 12:1378-1383. Corrections, September 20, 2012.</u></p> <p><u>15. Classens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative Sedation: A review of the Research Literature. J Pain Symptom Manage 2008;36:310-333</u></p> <p><u>16. Mercandante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A. Controlled Sedation for refractory Symptoms in Dying Patients. Journal of Pain and Symptom management 2009;Vol. 37 No.5:771-779</u></p> <p><u>25. Bush SH, Grassau PA, Yarmo MN et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. BMC Palliative Care 2014;13:17-26</u></p>

	<p><u>27. McWilliams, K, Keeley PW, Waterhouse ET. Propofol for Terminal Sedation in Palliative Care: A systematic Review. J Palliative Med 2010;13:73-76.</u></p>
Link	Link til en mere omfattende udgave af den kliniske retningslinje