

har en mere nøjagtig præoperativ stadieinddeling med MR-skanning samt præoperativ kemoradioterapi utvivlsomt spillet en rolle. Endelig må prognoseforbedringen efter stadium I-cancer sandsynligvis tilskrives centralisering af kirurgien. Både den observerede og den relative overlevelse er nu – både i hele patientgruppen og blandt radikalt opererede – den samme som i Sverige og Norge, som har tilsvarende stabile befolkninger og et sundhedsvæsen med fri adgang til gratis ydelser af høj standard til alle borgere uanset social og økonomisk status. Det må i øvrigt antages, at de kommende år vil vise en yderligere prognoseforbedring, da vi formentlig endnu ikke har set den fulde effekt af især præoperativ kemoradioterapi.

KORRESPONDANCE: Steffen Bülow, Kirurgisk Sektion, Gastroenheden, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: sbulow@dadlnet.dk

ANTAGET: 5. februar 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSE: DCCG's kirurgiske afdelingsrepræsentanter takkes for godt samarbejde.

This article is based on a study first reported in the *Colorectal Dis.* 2009 Jul 15. [Epub ahead of print]

LITTERATUR

1. England A, Haldorsen T, Tretli S et al. Prediction of cancer mortality in the Nordic countries up to the years 2000 and 2010, on the basis of relative survival analysis. A collaborative study of the five Nordic Cancer Registries. *APMIS Suppl* 1995;49:1-161.
2. Brenner H, Arndt V, Gefeller O et al. An alternative approach to age adjustment of cancer survival rates. *Eur J Cancer* 2004;40:2317-22.
3. Harling H, Bülow S, Kronborg O et al. Survival of rectal cancer patients in Denmark during 1994-99. *Colorectal Dis* 2004;6:153-7.
4. Iversen LH, Pedersen L, Riis A et al. Population-based study of short- and long-term survival from colorectal cancer in Denmark, 1977-1999. *Br J Surg* 2005;92:873-80.
5. Engholm G, Kejs AM, Brewster DH et al. Colorectal cancer survival in the Nordic countries and the United Kingdom: excess mortality risk analysis of 5 year relative period survival in the period 1999 to 2000. *Int J Cancer* 2007;121:1115-22.
6. Pålman L, Bohe M, Cedermark B et al. The Swedish Rectal Cancer Registry. *Br J Surg* 2007;94:1285-92.
7. Wibe A, Carlsen E, Dahl O et al. The Norwegian Rectal Cancer Group. Nationwide quality assurance of rectal cancer treatment. *Colorectal Dis* 2006;8:224-9.
8. Danish Colorectal Cancer Group, Dansk Kirurgisk Selskab. Retningslinjer for diagnostik og behandling af kolorektal cancer. Klaringsrapport Nr. 4, *Ugeskr Læger* 1998.
9. Årsrapport 2001-2008. Landsdækkende database for kræft i tyktarm og endetarm. Dansk Kolorektal Cancer Database, www.dccg.dk (20. juni 2009).
10. Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.

Væskebehandling, smerter og delir i terminalfasen

Overlæge Alex Heick

OVERSIGTSARTIKEL

Frederiksberg Hospital,
Apopleksiklinikken

RESUME

Væskebehandling af den terminale patient kan lindre forvirring og mundtørhed. Men der er risiko for forværring af terminal ralle, for ødem i lunger, hjerne, abdomen og ekstremiteter, for vandladningsproblemer (hyppige bleskift) og for at dødsprocessen forlænges. Beslutningen om at tilføre væske til en patient i den uafvendelige terminale fase bør derfor individualiseres og løbende revideres. Det er vigtigt om muligt at have en god alliance med patient og pårørende om behandlingsniveauet.

Spørgsmålet om væsketilførsel til patienter, der finder sig i de sidste timer eller dage af deres liv, kan undertiden give anledning til usikkerhed såvel hos fagpersoner som hos pårørende [1-3].

Man kan have en forestilling om, at det at dø af tørst er pinefuldt, og det kan derfor opfattes som omsorgssvigt at undlade at give den døende væske.

Undladelse kan endog opfattes som aktiv døds-hjælp. Desuden er væskebehandling af svært syge patienter på hospital en almindelig rutine, som det tit

kunne synes lettest at følge for alle patienter. På den anden side er der ofte visse fordele for patienten ved væskerestriktion. Det har derfor ført til overvejelser om, hvorvidt der overhovedet er indikation for væskebehandling i agonien.

Da spørgsmålet både rummer faglige og etiske aspekter, har emnet været drøftet i Frederiksberg Hospitals Klinisk-Etiske Komite med henblik på en hospitalsinstruks herom, og overvejelserne videregives her, da de kunne have bredere interesse.

HVORNÅR ER EN PATIENT

I DEN UAFVENDELIGE TERMINALE FASE?

Forudsætningen for, at man kan tale om terminal behandling, er, at patienten har gennemgået et udredningsforløb, og at der som resultat heraf:

- Foreligger en diagnose.
- De efter omstændighederne potentielt kurative behandlingsmuligheder er udtømte.
- Det fagligt må forventes, at patienten snart vil afgå ved døden.

Det terminale forløb kan være hurtigt (minutter eller timer) eller længerevarende (dage). Ofte præges forløbet af fremadskridende forværring, men undertiden er progressionen rykvis.

Hvis overgangen til den terminale fase sker pludseligt, som det eksempelvis ses ved en intrakraniell katastrofe, er det ofte let at erkende, at patienten er i terminal fase. Men tit sker det gradvist, patienten bliver svagere, mindre interesseret i omgivelserne, spiser og drikker minimalt, kan kun med besvær tage tabletter, er sengeliggende og sover en stor del af døgnet.

Under forudsætning af, at en reversibel årsag er udelukket, tyder det på, at patienten kun har få tilbageværende levedøgn. Ofte vil intravenøs væskebehandling være igang, når patienten træder ind i denne uafvendelige terminale fase, og der kræves derfor en aktiv og informeret stillingtagen, hvis en sådan behandling skal ændres eller seponeres.

LINDRING

I den terminale fase er lindring formålet for behandlingsindsatsen [4, 5]. Den sundhedsfaglige opmærksomhed må flyttes væk fra sygdommen mod det, som sygdommen indebærer for patienten (og de pårørende). Når det erkendes, at patienten er i den uafvendelige terminale fase, er det derfor lægens ansvar at standse medicinering og anden behandling, som ikke lindrer, og som derfor er en unødigt belastning for den døende. Spørgsmålet om væskebehandling kan her ikke anskues isoleret, men må ses i sammenhæng med patientens situation.

Behovet for lindring kan desuden betyde noget forskelligt for hver enkelt patient, og både patienten og de pårørende skal kunne være med til at definere, hvad begrebet indebærer i den konkrete situation, ligesom begrebet kan få forskelligt indhold, efterhånden som det terminale forløb udvikler sig. De hyppigste behandlingskrævende symptomer hos den døende er dels psykiske dels somatiske. Konfusion, delirium, uro og angst. Smerter, kvalme, dyspnø og sekretproblemer.

Den terminale fase disponerer til eksistentiel angst, som kan forværres, når patienten kognitivt dekomponeres. I så henseende må symptomet anses for at være en naturlig del af dødsprocessen, og hvis angsten er pinefuld, skal den derfor søges lindret.

Hos nogle patienter vil eksistentielle og religiøse tanker trænge sig på. Dette bør der i givet fald søges skabt tid og rum til – eventuelt med professionel hjælp fra patientens trossamfund. Ofte er uro og angst imidlertid symptomer på forhold, som bør justeres. Hvis patienten har svære smerter, men ikke evner at give udtryk herfor, vil det kunne manifestere sig som uro.



WORLD HEALTH ORGANISATION

Målet for den palliative indsats

»At fremme livskvaliteten hos patienter og deres familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art« [5].

Urinretention, ulcus ventriculi, dehydratio eller hypoksi vil også kunne manifestere sig ved angst og uro.

Af princip bør uro og angst i terminalfasen derfor altid give anledning til overvejelse om en mulig fysisk forklaring på symptomet. Hvis dette ikke fører til påvisning af noget, som kan pallieres kausalt (f.eks. ved anlæggelse af kateter *à demeure*), er det rimeligt at forsøge symptombehandling. Hvis tilstanden i øvrigt præges af smerter, bør dosis af smertestillende medicin øges. Ved svær uro kan det være nødvendigt at supplere med beroligende midler i form af haloperidol eller benzodiazepin.

Når patienten ikke længere kan indtage per os, skal medicin til lindring af disse symptomer konverteres til transkutan, subkutan, rektal eller intravenøs indgift.

Både den tilgrundliggende sygdom, patientens konkrete situation og eventuelle patientpræferencer har betydning for valg af administrationsmåde. Anden medicin seponeres.

ERNÆRING OG VÆSKE

Ernæring og peroral væske skal tilbydes i den udstrækning, som patienten kan og vil indtage det, hvilket mange terminale patienter kan gøre i passende mængde langt hen i forløbet. Der indtræder et nedsat behov for at drikke og spise som en normal del af dødsprocessen. Hertil hører nedsat diurese, men ikke nødvendigvis sværere dehydrering, og dette er i sig selv sjældent pinagtigt.



Livets sidste glimt af Mads Dam-Larsen.



DEFINITIONER OG LOVGRUNDLAG

Uafvendeligt døende

En patient er uafvendeligt døende, når døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage til uger trods anvendelse af de ud fra den tilgængelige viden om grundsygdommen og dens eventuelle følgetilstande foreliggende behandlingstilbud, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om lægers forpligtelser i relation til indholdet af livstestamenter.

Livsforlængende behandling

Ved livsforlængende behandling forstås behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse, jf. § 26, stk. 3 i sundhedsloven.

Habilitet og samtykke

En patient skal give samtykke til intravenøs væskebehandling og anden behandling på baggrund af fyldestgørende information om behandlingen, herunder risiko for bivirkninger mv., før behandlingen kan påbegyndes, jf. sundhedslovens § 15 og § 16 om informeret samtykke [7].

Hvis en uafvendeligt døende patient ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, kan en sundhedsperson undlade at påbegynde eller fortsætte en livsforlængende behandling som f.eks. intravenøs væskebehandling, jf. § 25, stk. 2 i sundhedsloven.

De pårørende inddrages og informeres, men i spørgsmål om livsforlængende behandling, skal endelig beslutning tages af en sundhedsperson, jf. § 22 og § 25 i sundhedsloven [7].

Forhåndstilkendegivelse og livstestamente

Hvis en sundhedsperson, i tilfælde hvor patienten ikke selv er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, påtænker at iværksætte livsforlængende behandling af en uafvendeligt døende, skal sundhedspersonen kontakte livstestamenteregistret, jf. § 26, stk. 4 i sundhedsloven. Hvis patienten har tilkendegivet i et livstestamente, at der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor patienten er uafvendeligt døende, er det bindende for sundhedspersonen.

Ofte vil almindelige lægefaglige normer indicere, at behandling af en uafvendeligt døende ikke skal fortsættes. I så fald er patientens eventuelle forhåndstilkendegivelse i et livstestamente allerede tilgodeset, og der er derfor ikke behov for at konstatere, om der foreligger et livstestamente. Hvis patienten i forbindelse med aktuell sygdom har tilkendegivet, at der ikke ønskes livsforlængende eller anden behandling, er ønsket ligeledes bindende for sundhedspersonen [8].

Parenteral væskeindgift kan komme på tale hos patienter i rimelig almentilstand (f.eks. på grund af synkebesvær), men stillingtagen hertil bør individualiseres. Patientens eget ønske kan være retningsgivende, og det vil eksempelvis altid være rimeligt at give væske enten per os eller parenteralt, hvis patienten ønsker det.

Den bevidstløse terminale patient, som ikke synes at have gener heraf, bør derimod aldrig gives væskebehandling, da dette ikke har noget formål. Derfor er beslutningen om eventuelt at afslutte væsketilførsel en del af den terminale behandlings- og plejeplan, som skal diskuteres mellem lægen og patienten, hvis denne kan medvirke, og de pårørende. Parenteral væske skal ikke indgives blot på de pårørendes foranledning – endsige krav.

Indikationen for terminal parenteral væskebehandling er relativ og kan ændres, når patientens tilstand forværres.

Følgende taler for at tilbyde parenteral væskebehandling i den terminale fase:

- Hvis patienten giver udtryk for tørst, og ikke kan tage per os.
- Hvis patienten er delirøs [1, 3], og dehydrering eller mangelfuld udskillelse af lægemidler skønnes at kunne være forklaring på patientens delir.

Følgende faktorer taler *imod* parenteral væskebehandling, hvis en patient ikke længere kan indtage nødvendig peroral væske:

- Dødsprocessen forlænges.
- Risiko for lungeødem øges.
- Patologisk væskeansamling kan forværres (pleuraekssudat, ascites, hjerneødem, perifere ødemer, sekretion i mave-tarm-kanalen).
- Problemer ved vandladning kan forøges (inkontinens, behov for hyppige blekift og evt. blærekateter).
- Forværring af terminal rallen.
- Parenteral væskebehandling kan blive en psykisk barriere mellem patient og pårørende.

Vælger man at påbegynde parenteral væsketerapi, står valget mellem intravenøs væske og hypodermoklyse [4]. Intravenøs væskebehandling vil ofte blive foretrukket på sygehus, mens hypodermoklyse ofte foretrækkes på hospice eller i hjemmet. Sidstnævnte består af væske- og medicinindgift via en subkutan beliggende venflon (oftest placeret på abdomen), hvor igennem med et almindeligt infusions sæt kan indgives nødvendig medicin og 1.000 ml. hydreringsvæske i døgnet, hvilket er tilstrækkeligt til at forhindre symptomer på dehydrering. Ingen behandling af den terminale patient nødvendiggør intravenøs adgang.

ANDRE SYMPTOMER

En hyppig anledning til væskeindgift i terminalfasen er »den tørre mund«. Subjektive klager eller objektiv påvisning af tør mund kan imidlertid skyldes mange faktorer hos den døende (f.eks. opioider, antikolinerge bivirkninger, candida, dehydratio, dårlig mundhygiejne, angst, iltbehandling eller mundrespiration). Symptomet lader sig isoleret set sjældent fjerne blot ved væsketilskud, og en individuel vurdering må foretages. Hvis patienten subjektivt er generet heraf, kan der være indikation for at overveje parenteral væskebehandling, hvis det perorale indtag er beskedent, og dehydratio er en mulig forklaring. Hvis der ikke er lindring ved indgift af en liter væske, er der dog sjældent gavn af yderligere. Mundtørhed, som generer patienten, vil ofte bedre kunne afhjælpes af god mundhygiejne, isstykker, små slurke vand, og strygning af mundhulen med vandholdig vaske-svamp.

De fleste døende vil ubehandlet have smerter, som både kan skyldes grundsygdommen, sengelejet og komplikationer til tilstanden. Selv om en smertetilstand sommetider kan være svær at diagnosticere hos en terminal patient, kan den meget vel være til stede, og en heraf afledt stresstilstand kan eksempelvis manifestere sig pludseligt ved et blødende ulcus. Der skal derfor altid hos den uafvendeligt døende terminale patient tages stilling til evt. smertebehandling, der som hovedregel vil være indiceret. En pludselig ændring i patientens smerteniveau bør dog give anledning til overvejelser om årsagen med henblik på evt. målrettet behandling.

Generelt vil basispræparatet til smertebehandling oftest være et opioid, som kan administreres på forskellige måder hver med fordele og ulemper. Administrationen er hos den vågne patient peroral eller transdermal, mens den senere bliver transdermal, rektal, subkutan, intravenøs eller (sjældent) intramuskulær. Intravenøs dosisindgift af enkeltinjektioner har hurtigt indsættende, men også hurtigt ophørende virkning og indebærer risiko for smertegennembrud.

I en årrække har mange afdelinger derfor foretrukket kontinuerlig infusion – populært kaldet »morfindrop«, som dog undertiden medfører tilvænnning til store morfindoser og til trods herfor en utilstrækkelig virkning. Desuden er der risiko for uhensigtsmæssig væsketilførsel. Derfor må anbefales koncentrerede opløsninger i kombination med sederende midler og med kontrolleret infusionshastighed, der er afpasset patientens individuelle behov. Sådant kontinuerlig intravenøs palliation er der dog sjældent absolut indikation for.

Kramper bør undgås i terminalfasen. Hvis patienten har en epilepsidiagnose, og er i antiepileptisk behandling, bør denne behandling fortsættes. Hvis patienten er i behandling med et præparat, der kun findes i peroral form, vil det ofte være hensigtsmæssigt at skifte f.eks. til valproatsuppositorium.

I den terminale fase manifesterer sekretproblemer sig ofte som rallen. Sådant rallen er sjældent en gene for patienten, men kan være det for de pårørende. Problemet kan ofte afhjælpes ved at afstå fra overdreven væskeindgift. Sugning kan undertiden hjælpe, men kan også være en gene for patienten. Evt. kan indgives et antikolinergikum såsom inj. glycopyrronbromid 0,2 mg to gange daglig.

IKKE BARE VÆSKE

Den døende patient skal sikres enestue, men bør i øvrigt ikke flyttes. De pårørende bør sikres opmærksomhed og løbende orientering om tilstanden. Den terminale fase er et meget skarpt sving på livets vej både for patienten og de pårørende.

Den behandlende læge har et ansvar for at formidle viden om terminalfasen til patient og pårørende. Ud over konkret faglig og empatisk lægegering handler det om en balancegang mellem ikke at lyve og at undgå tankeløs oprigtighed. Stillingtagen til væskebehandling i terminalfasen og eventuelt ophør hermed bør individualiseres og indgå som naturlige elementer i den samlede behandlingsplan [5, 6].

KORRESPONDANCE: Alex Heick, Apopleksiklinikken, Frederiksberg Hospital, DK-2000 Frederiksberg. E-mail: alexheick@dadlnet.dk

ANTAGET: 17. december 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Faisinger RL, Bruera E. When to treat dehydration in a terminally ill patient. *Support Care Cancer* 1997;5:205-11.
2. Lanuke K, Faisinger RL, deMoissac D. Hydration at the end of life. *J Pall Med* 2004;7:257-63.
3. Bruera E, Sala R, Moyano J. Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: A preliminary study. *J Clin Oncology* 2005;23:2366-71.
4. Cerchiatti A. Hypodermoclysis for control of dehydration in terminal-stage cancer. *Int. J Pall Nurs* 2000;6:8.
5. World Health Organisation. Definition of Palliative Care. 2002. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (1. februar 2009).
6. Sundhedsstyrelsen 2002. Vejledning til medikamentel palliation i terminalfasen. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.
7. Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr. 95 af 07/02/2008.
8. Vejledning om lægers forpligtelser i relation til indholdet af livstestamenter. Vejlr. nr. 158 af 15/09/1998.