

# KAP H kursus palliation 12-10-18

Husk printe case med medicinlisten og  
ordret afsnit 6.2 vedr. genoplivning  
samt problem square

- 0830: Velkomst præsentation. TG starter. Vi præsenterer os selv, TG/AD? program og AD nævne værktøjskassen og app. TG spørge til forventn (AD skriver) slide 3-6
- 0840: Introduktion til palliation (AD) slide 7-23 (25 min)
- 0905: Case præsentation og gruppe arbejde (AD) slide 24-25
- 0920: Case- eksistentielle udfordringer (CB) slide 26
- **0950: pause**
- 1005: Symptombehandling /Behovsvurdering (TG)27-35
- 10.20: Træthed eksistentielt CB 36
- 10.30: Træthed/dyspnoe (10 min) slide 37-43(TG)
- 10.40: angst/depression 10 min slide 44-49
- 10.50: CB 10 min; 50
- 11.00: **strække ben**
- 11.05: case Ursula AD, snak med sidemand 3 min: 51
- 11.10: smerter (25 min). (TG) 52-71
- 11.30: Case arbejde AD gennemgå medicin og koordinationsmøde 72-75
- 11.50: CB 10 min 76
- **1200 pause 77**
- 1300-13.18: Delirium plus tilskud 78-84 AD
- 13.18-13.25: Social medicin (TG) 85-87
- 13.30- Behandling terminale patient Tryghedskasse (AD) 88-99
- 15.55-14 **strække ben 5 min**
- 14.00: specialiseret pall (HH) (100-120, herunder 118 AD case)
- **15.00 kaffe pause**
- 1515-15.25: Præsentation palliationsværktøjskassen 127-143
- 15.25-15.50: Org i egen praksis (TG) 144-155
- 1550: Spørgsmål/Opsamling (TG+AD+HH)156-157
- 1605-16.15: Evaluering/afslutning (TG+AD)



og subcutane nåle

# Palliation 12-10-2018

Christian Busch

*Hospitalspræst RH*

Hanne Heegaard

*Overlæge Sct. Lukas*

*Diplom NSCPM*

Thomas Gorlen

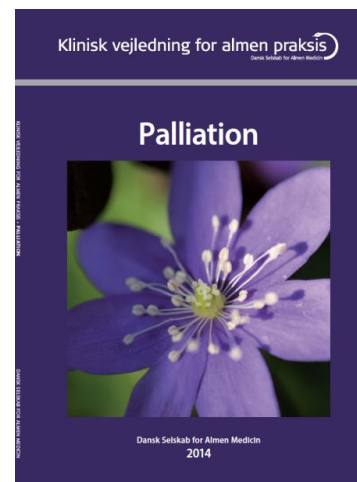
*Praktiserende læge*

*Diplom NSCPM*

Anette Denker

*Praktiserende læge*

*Tidl. Læge palliativ afd. BBH P20 og St Lukas*



# Dagens Program

8.30 : Indledning og velkomst

Tidlig fase med fokus på de eksistentielle behov

Formiddag Christian Bush

9.50 Kaffe-Pause

Symptombehandling

12.00: Frokost

13.00: Behandling af den terminale patient

Eftermiddag Hanne Heegaard

15.00 Kaffe-Pause

Specialiseret palliation,  
Hospice, Organisering i praksis  
Evaluering/afslutning

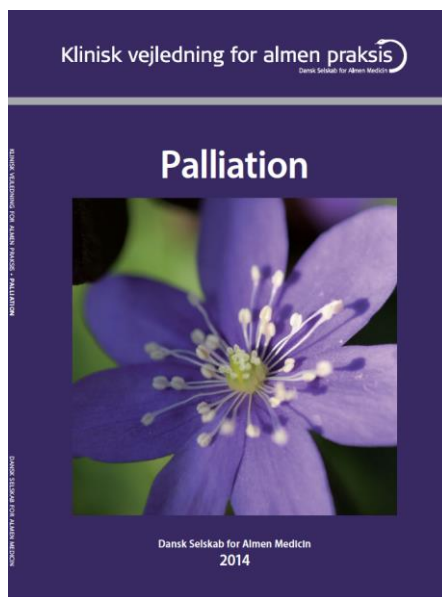
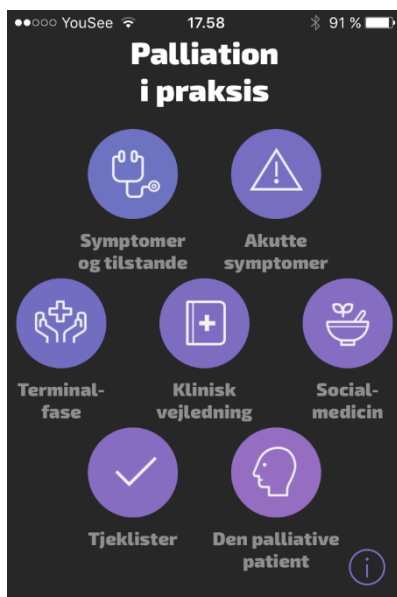
1615: Slut

# Hvor finder jeg mere info?



App

<http://vejledninger.dsam.dk/palliation>



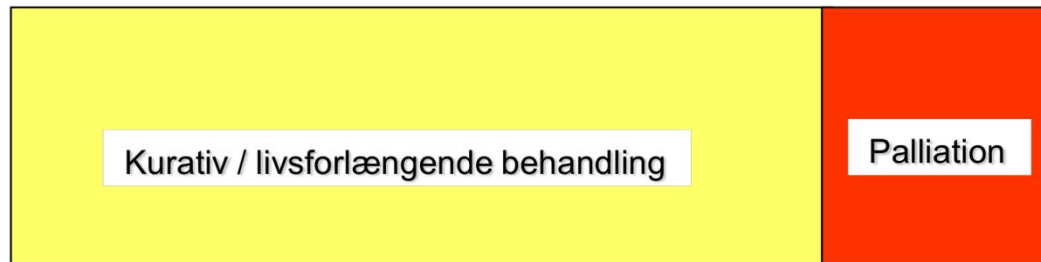
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/uddannelse/systematisk-efteruddannelse/onkologi-palliation/materiale>

# Hvad er palliation?

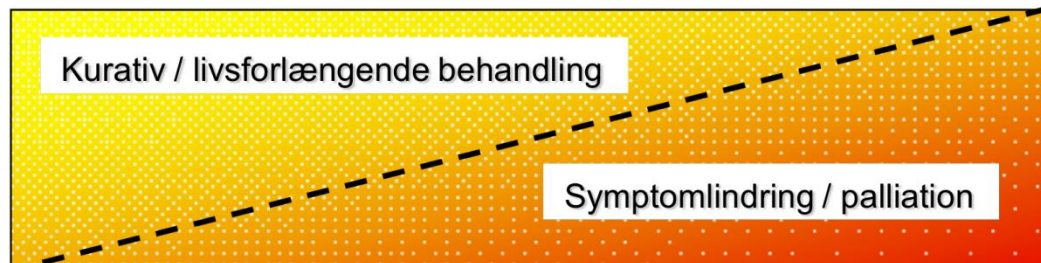
<https://www.youtube.com/watch?v=Gtf8bHwdj54>

# Paradigmeskifte

Tidligere



Nuværende



Sygdomsdebut



Død



# Sundhedsstyrelsen inddeler palliation i følgende faser

## **Tidlig palliativ fase:** (år)

Aktiv sygdomsrettet helbredende/livsforlængende behandling

*Fokus: Rehabilitering og det eksistentielle.*

## **Sen palliativ fase:** (mdr)

Sygdomsrettet behandling er oftest ophørt

*Fokus: Lindring. Livskvalitet for patient og pårørende.*

## **Terminal palliativ fase:** (dage-uger)

Patienten er uafvendeligt døende.

*Fokus: værdig død og omsorg for de pårørende.*

# Hvilke patienter kan have palliative behov?

- Cancer
- KOL
- Hjertesvigt
- Demens
- Neurologiske pt., Sclerose, ALS, Apopleksi....
- Nyreinsufficiens
- Leverinsufficiens
- Gamle
- Døende

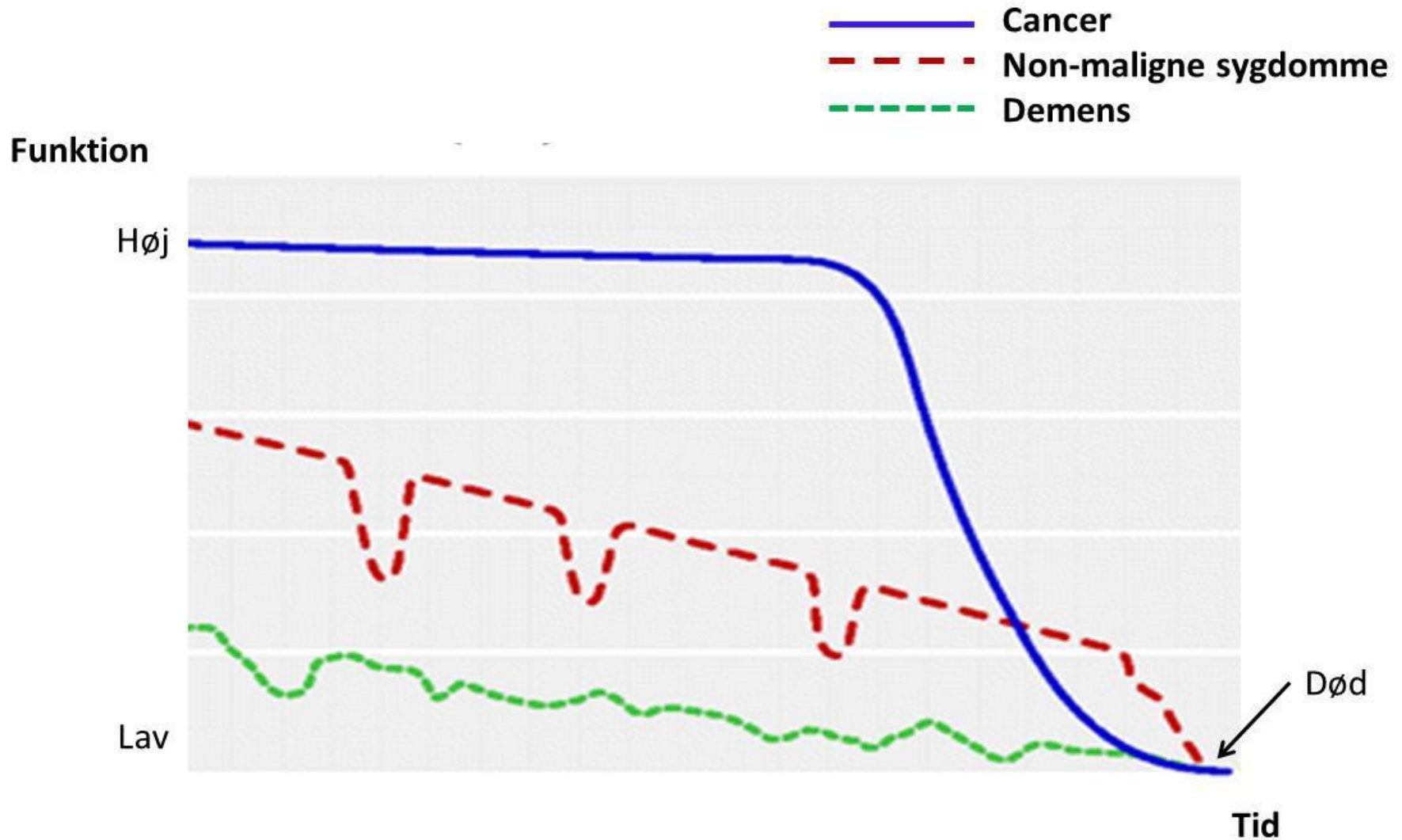
# COLD-palliation-Interview-us

- Åndenød
- Exacerbationer
- Træthed, svært at overkomme daglige gøremål
- Angst for kvælning og død og at være alene og ikke kunne få hjælp.
- Uforudsigelig hverdag, kontrol tab
- nedsat mobilitet, social isolation, ensomhed
- Skyld og skam

# Ikke Cancer-pt. vs. Cancer-pt

- Indlægges hyppigere pga. hjertekar- og respiratoriske problemer (også flere dage)
- Øget hyppighed af dødsfald på hospital
- 4% KOL/55% lungecancer terminaltilskud
- Pavi og lungeforeningen 2014

# Maligne og non-maligne sygdomsforløb



Hvornår tænke palliation ?

## **Surprise question ?**

Ville det overraske mig hvis denne patient  
dør af sin sygdom inden for de næste 12  
måneder ?

ref: Murray S, Boyd K. Palliat Med. 2011 Jun;25(4):382.

# Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

The SPICT™ is used to help identify people whose health is deteriorating.  
Assess them for unmet supportive and palliative care needs. Plan care.

## Look for any general indicators of poor or deteriorating health.

- Unplanned hospital admission(s).
- Performance status is poor or deteriorating, with limited reversibility.  
(eg. The person stays in bed or in a chair for more than half the day.)
- Depends on others for care due to increasing physical and/or mental health problems.
- The person's carer needs more help and support.
- The person has had significant weight loss over the last few months, or remains underweight.
- Persistent symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s).
- The person (or family) asks for palliative care; chooses to reduce, stop or not have treatment; or wishes to focus on quality of life.

## Look for clinical indicators of one or multiple life-limiting conditions.

### Cancer

Functional ability deteriorating due to progressive cancer.

Too frail for cancer treatment or treatment is for symptom control.

### Dementia/ frailty

Unable to dress, walk or eat without help.

Eating and drinking less; difficulty with swallowing.

Urinary and faecal incontinence.

Not able to communicate by speaking; little social interaction.

Frequent falls; fractured femur.

Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia.

### Neurological disease

Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy.

Speech problems with increasing difficulty communicating and/or progressive difficulty with swallowing.

Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure.

Persistent paralysis after stroke with significant loss of function and ongoing disability.

### Heart/ vascular disease

Heart failure or extensive, untreatable coronary artery disease; with breathlessness or chest pain at rest or on minimal effort.

Severe, inoperable peripheral vascular disease.

### Respiratory disease

Severe, chronic lung disease; with breathlessness at rest or on minimal effort between exacerbations.

Persistent hypoxia needing long term oxygen therapy.

Has needed ventilation for respiratory failure or ventilation is contraindicated.

### Other conditions

Deteriorating and at risk of dying with other conditions or complications that are not reversible; any treatment available will have a poor outcome.

### Kidney disease

Stage 4 or 5 chronic kidney disease (eGFR < 30ml/min) with deteriorating health.

Kidney failure complicating other life limiting conditions or treatments.

Stopping or not starting dialysis.

### Liver disease

Cirrhosis with one or more complications in the past year:

- diuretic resistant ascites
- hepatic encephalopathy
- hepatorenal syndrome
- bacterial peritonitis
- recurrent variceal bleeds

Liver transplant is not possible.

## Review current care and care planning.

- Review current treatment and medication to ensure the person receives optimal care; minimise polypharmacy.
- Consider referral for specialist assessment if symptoms or problems are complex and difficult to manage.
- Agree a current and future care plan with the person and their family. Support family carers.
- Plan ahead early if loss of decision-making capacity is likely.
- Record, communicate and coordinate the care plan.

# Tænk palliative behov-generelt

## Oversættelse af SPICT-skemaet

- Faldende eller dårlig performancestatus
- Akutte indlæggelser
- Signifikant vægttab indenfor de seneste få måneder eller patienten er vedvarende undervægtig
- Vedvarede symptomer trods optimal behandling
- Afhængighed af andres pleje pga. tiltagende fysisk og psykisk svækkelse
- Den syges hjælpere har tiltagende brug for hjælp og støtte
- Patienten (eller familien) efterspørger palliativ behandling, vælger at begrænse eller ophøre med aktiv behandling, eller ønsker at fokusere på livskvalitet



# Tænk palliative behov-demens

Oversættelse af SPICT-skemaet

- Kan ikke klæde sig på, gå eller spise uden hjælp
- Spiser og drikker mindre
- Urin/aff inkontinens
- Kan ikke kommunikere meningsfuldt
- Faldtendens
- Tilbagevendende feber- episoder el. infektioner

# Hvor ønsker patienterne at dø ?

- De fleste ønsker at dø i eget hjem. (70%)
- 22 % opnår det
- Et flertal ser den praktiserende læge som den ideelle tovholder
- At modtage besøg af egen læge øger chancen for at dø i eget hjem.

# Hvor dør patienterne?

	Eget hjem	Hospital	Plejehjem	Specialiseret enhed/hospice
Danmark	26%	55%	18%	Uoplyst <sup>29</sup>
Norge	15%	35%	44% (sykehjem)	Uoplyst
England	22%	50%	10%	16%
Holland	45%	31%	19%	4%
Belgien	28%	61%	11%	Uoplyst

Journal of Clinical Oncology 2010; 28:2267-73. Danske tal for 2005 (seneste) fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside.  
29 Hospice er inkluderet under plejehjem i Sundhedsstyrelsens opgørelse.

# Training GPs

COPD	<ol style="list-style-type: none"> <li>Moderately (disabled) dependent; requires considerable assistance and frequent care (Ramothley score <math>\leq 50</math>)</li> <li>Substantial weight loss (<math>&gt;10\%</math> loss of body weight or more in 6 months)</li> <li>Congestive heart failure</li> <li>Orthopnea</li> <li>Patient mentions 'end of life approaching'</li> <li>Objective signs of artrial-dyspnoea (shortness of breath, dyspnoea with speaking, use of respiratory assistant muscles and orthopnoea)</li> </ol>
Congestive heart failure	<ol style="list-style-type: none"> <li>Severe limitations; experiences symptoms even while in rest; mostly bedbound patients (EFHALE)</li> <li>Frequent hospital admissions (<math>&gt;3</math> per year)</li> <li>Frequent exacerbations of severe heart failure (<math>&gt;3</math> per year)</li> <li>Moderately (disabled) dependent; requires considerable assistance and frequent care (Ramothley score <math>\leq 50</math>)</li> <li>Weight increase and failure to respond to increased dose of diuretics</li> <li>General deterioration of the clinical situation (oedema, orthopnoea, dyspnoea)</li> <li>Patient mentions 'end of life approaching'</li> </ol>
Cancer	<ol style="list-style-type: none"> <li>Primary tumour with a poor prognosis</li> <li>Moderately (disabled) dependent; requires considerable assistance and frequent care (Ramothley score <math>\leq 50</math>)</li> <li>Progressive decline in physical functioning</li> <li>Progressively bedridden</li> <li>Diminished food intake</li> <li>Progressive weight loss</li> <li>Presence of the anorexia-cachexia syndrome (lack of appetite, general weakness, emaciating, muscular atrophy)</li> </ol>

Somatic domain		Social en financial domain	
	Action plan		Action plan
Actual problems:		Actual problems:	
Expected problems:		Expected problems:	
Scenario of dying:			
Care provision and activity of daily living		Existential and psychological domain	
	Action plan		Action plan
Actual problems:		Actual problems:	
Expected problems:		Expected problems:	

**Possible future problems**

Fatigue, Dyspnoea, Illness, Delirium, Fear, Depression, Coma, Liver/renal failure  
Stroke, Urinary incontinence, Special technical care

**Diagnose specific interest**

CHF: pleuritis, deactivation, defibrillator, weight  
COPD: medical/Avon-medical possibilities against dyspnoea



## Radboudumc

# Forudse, forbered, forebyg

Problems Square – definér problemstillingerne og vær forudseende

Problems Square definerer de palliative udfordringer inden for fire felter:

- › Det somatiske område
- › Det eksistentielle og psykologiske område
- › Det sociale område
- › Behovet for omsorg/hjælpemidler

Forudse, hvad der kan ske for at forberede og forebygge

<b>SOMATIC DOMAIN</b>		<b>SOCIAL EN FINANCIAL DOMAIN</b>	
<b>Action plan</b>		<b>Action plan</b>	
Actual problems:		Actual problems :	
Expected problems:		Expected problems:	
<b>CARE PROVISION AND ACTIVITY OF DAILY LIVING</b>		<b>EXISTENTIAL AND PSYCHOLOGICAL DOMAIN</b>	
<b>Action plan</b>		<b>Action plan</b>	
Actual problems:		Actual problems:	
Expected problems:		Expected problems:	

# ”At være dødelig” af Atul Gawande professor fra Harvard

- ”Medicinske fremskridt skubber hele tiden grænsen for overlevelse”
- ”Vi er i det moderne samfund bange for at tale om døden”
- Livskvalitet/livsforlængelse  
”ikke altid bedst at leve så længe som muligt”

IT'S ALWAYS TOO EARLY  
UNTIL IT'S  
TOO LATE

## At være dødelig

Patienter, hvis læge tør fortælle dem at de er døende, oplever at kunne fokusere på at leve i den sidste tid (ofte lever de også længere ved palliativ pleje).

**Patienter, der kan tale med lægen, sundheds-personale og pårørende om det faktum, at de skal dø:**

- › Oplever mindre ensomhed og større livskvalitet.
- › De pårørende oplever langt færre psykiske problemer, efter døden indtræder.

*Læge og professor Atul Gawande fra Harvard University (”At være dødelig” udgivet i 2016)*

# Anbefalinger for den palliative indsats





# Ursula

- 65 årig lærerinde med cancer coli. Nyligt påvist 2 metastaser i lever, samt i lille bækken, lille plet i højre lunge. Får eksperimentel kemoterapi.
  - Anfaldsvise smerter i abdomen + lændesmerter
  - Kommer til årskontrol diabetes ( 1. gang efter diagnose) .
  - Tabt 5 kg sidste år
  - Almentilstand god.
  
  - Pt har æf med (som du kender fra tidligere - siger ikke noget under konsultationen)

Tabl. Pantoprazol	40 mg x 1
Tabl. Zolpidem	10 mg nocte
Tabl. Alopam	15 mg x 3
Tabl. contalgin	30 mg x 2
Tabl. Morfin	10 mg p.n (10 dagligt)
Tabl. Metformin	1 g x 2
Simvastatin	40 mg x 1
Magnyl	75 mg x 1
Losartan	100 mg x 1

*Hvad tænker du? Hvordan vil du gribe konsultation an? Hvad forestiller I Ursula vil få af problemer fremover? ( 4 dimensioner)*



# Forudse, forbered, forebyg

Problems Square – definér problemstillingerne og vær forudseende

Problems Square definerer de palliative udfordringer inden for fire felter:

- › Det somatiske område
- › Det eksistentielle og psykologiske område
- › Det sociale område
- › Behovet for omsorg/hjælpemidler

Forudse, hvad der kan ske for at forberede og forebygge

SOMATIC DOMAIN		SOCIAL EN FINANCIAL DOMAIN	
Action plan		Action plan	
Actual problems:		Actual problems :	
Expected problems:		Expected problems:	
CARE PROVISION AND ACTIVITY OF DAILY LIVING		EXISTENTIAL AND PSYCHOLOGICAL DOMAIN	
Action plan		Action plan	
Actual problems:		Actual problems:	
Expected problems:		Expected problems:	

*Hvad rør sig af eksistentielle, åndelige og religiøse overvejelser hos alvorligt syge patienter og deres pårørende?*

*Christian Busch.*

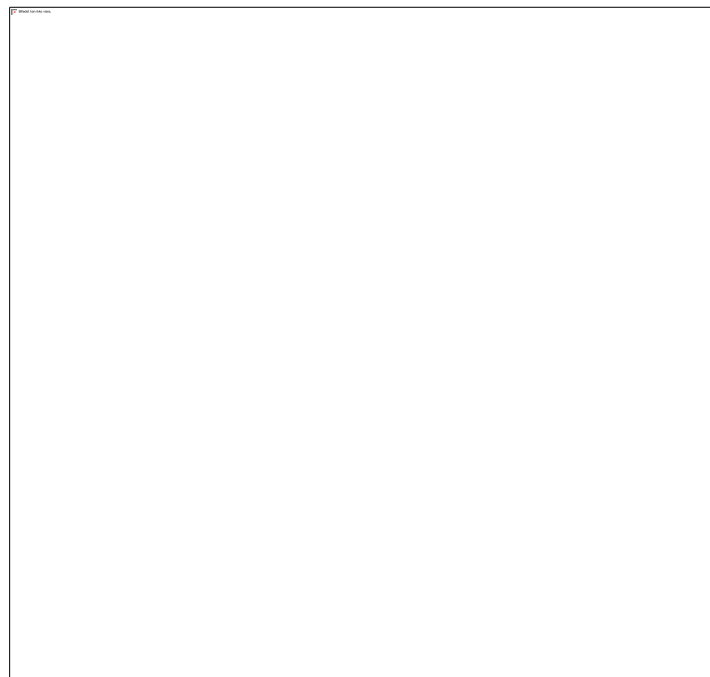
# ”End-of-life care” - målsætning

***Men effektiv symptomlindring er en væsentlig forudsætning for indhold og kvalitet i den sidste levetid.***

# Symptomer

- Træthed
- Kvalme
- Åndenød
- Depression/angst/delir
- Smerter

# Behovsvurdering



# Behovsvurdering

Patienter med palliative behov (kræft, KOL, hjertesvigt mm.) -> fysiske, psykologiske, sociale og eksistentielle problemer

Patientens behov og problemer bliver ofte overset

En struktureret tilgang vil lette identificering af de væsentligste behov



## Til dig og dine pårørende 1

# Støtte til livet med kræft

### Forberedelsesskema – en hjælp til dig – forud for samtale om rehabilitering og palliation

Din kræftsygdom og behandling kan medføre symptomer og forandringer i hverdagen, som du og dine pårørende kan opleve som belastende. Skemaet hjælper dig med at finde frem til de problemer, der fylder mest. Du kan bruge skemaet som forberedelse til samtale med personalet, så du får den rigtige hjælp og støtte. Du bestemmer selv, om du vil bruge skemaet og behøver ikke aflevere det til nogen. Det kan være en god idé, at du udfylder skemaet sammen med dine nærmeste, som eventuelt også kan deltage i samtalen.

### Problemer/udfordringer i hverdagen, som du gerne vil tale om

Marker ved at sætte kryds i ja eller nej rubrikkerne, hvilke problemer eller udfordringer du/l oplever i hverdagen.

#### Udfordringer med de daglige gøremål

- Ja Nej
- Indkøb, madlavning, vask af tøj mm
  - Børnepasning
  - Bad og påklædning
  - Boligforhold
  - Forsikring/økonomi
  - Transport
  - Arbejde/skole
  - Hjælpe midler
  - At tage medicin

#### Udfordringer i dit sociale liv

- Ja Nej
- Børn
  - Arbejde
  - Partner/samlever
  - Netværk fx venner, bekendte, kollegaer
  - Helbredsproblemer blandt dine nærmeste
  - At leve godt/sundt
  - At være sammen med andre
  - At dyrke fritidsinteresser, fx hobby, sport eller lign.
  - At følge min tro og deltagelse i trosfællesskab
  - At have nogen at dele bekymringer og tanker med

#### Jeg får støtte fra

- Ja Nej
- Min familie
  - Omgangskreds, venner
  - Kommunal hjælp fx hjemmepleje, sagsbehandler, jobcenter
  - Egen læge
  - Hospital
  - Andre

#### Fysiske og psykiske udfordringer

- Ja Nej
- Træthed/manglende energi/søvn
  - Smerter
  - Nedsat syn/hørelse
  - Vejrtrækning
  - Mad/drikke
  - Kvalme/opkastninger
  - Forstoppelse/diarre
  - Infektion/feber
  - Kropslugt
  - Vandladning
  - Hud/slimhinder/sår
  - Nedsat bevægelighed og muskelkraft
  - Hævelse af fx arme/ben/hals
  - Svimmelhed/balance
  - Føleforstyrrelser
  - Seksualitet
  - Mulighed for at få børn
  - Udseende
  - Hukommelse/koncentration
  - Tanker om døden
  - Frygt/angst
  - Nervøsitet/bekymring
  - Tristhed/sorg



## Til dig og dine pårørende 2

# Støtte til livet med kræft

### Belastningsgrad

Hvor belastet er du i hverdagen?

Sæt kryds på termometeret

Meget belastet



Ikke belastet

#### Hvad er vigtigt for dig i din hverdag?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Hvad skal kræftsygdommen ikke forhindre dig i?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Hvad bekymrer dig mest?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Andre områder, du gerne vil tale om

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Uddybende udredning

*Når symptombyrden øger!*



**EORTC QLQ-C15-PAL**

<http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c15-pal>





## EORTC QLQ-C15-PAL

Vi er interesserede i at vide noget om dig og dit helbred. Vær venlig at besvare alle spørgsmålene selv ved at sætte en ring omkring det svar (tal), som passer bedst på dig. Der er ingen "rigtige" eller "forkerte" svar. De oplysninger, som du giver os, vil forblive strengt fortrolige.

Patientnummer

Dato for udfyldelse af dette skema (dag, måned, år):

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
1. Har du nogen vanskeligheder ved at gå en <u>kort</u> tur udendørs?	1	2	3	4
2. Er du nødt til at ligge i sengen eller at sidde i en stol om dagen?	1	2	3	4
3. Har du brug for hjælp til at spise, tage tøj på, vaske dig eller gå på toilettet?	1	2	3	4

## I den forløbne uge:

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
4. Havde du åndenød?	1	2	3	4
5. Har du haft smerter?	1	2	3	4
6. Har du haft besvær med at sove?	1	2	3	4
7. Har du følt dig svag?	1	2	3	4
8. Har du savnet appetit?	1	2	3	4
9. Har du haft kvalme?	1	2	3	4

## I den forløbne uge:

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
10. Har du haft forstoppelse?	1	2	3	4
11. Var du træt?	1	2	3	4
12. Vanskeliggjorde smerter dine daglige gøremål?	1	2	3	4
13. Følte du dig anspændt?	1	2	3	4
14. Følte du dig deprimeret?	1	2	3	4

Ved det næste spørgsmål bedes du sætte en ring omkring det tal mellem 1 og 7, som passer bedst på dig

15. Hvordan vil du vurdere din samlede livskvalitet i den forløbne uge?	1	2	3	4	5	6	7
Meget dårlig							Særdeles god
16. Har du haft <u>andre</u> væsentlige symptomer eller problemer, som <u>ikke</u> er nævnt i spørgsmålene ovenfor?							
<input type="checkbox"/> Nej							
<input type="checkbox"/> Ja. Skriv venligst de vigtigste (op til tre), og angiv, I hvor høj grad, du har haft symptomerne eller problemerne i den sidste uge:							

I hvor høj grad har du i den forløbne uge haft:	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
Symptom/problem A: _____	1	2	3	4
Symptom/problem B: _____	1	2	3	4
Symptom/problem C: _____	1	2	3	4

Besvarede du spørgeskemaet:

- Uden hjælp fra personale *eller*  
 Med hjælp fra personale?

Vær venlig at fortsætte på næste side



## EORTC QLQ-C15-PAL

Vi er interesserede i at vide noget om dig og dit helbred. Vær venlig at besvare alle spørgsmålene selv ved at sætte en ring omkring det svar (tal), som passer bedst på dig. Der er ingen "rigtige" eller "forkerte" svar. De oplysninger, som du giver os, vil forblive strengt fortrolige.

Patientnummer

950742 073

Dato for udfyldelse af dette skema (dag, måned, år):

11 06 14

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
1. Har du nogen vanskeligheder ved at gå en <u>kort</u> tur udendørs?	1	2	3	4
2. Er du nødt til at ligge i sengen eller at sidde i en stol om dagen?	1	2	3	4
3. Har du brug for hjælp til at spise, tage tøj på, vaske dig eller gå på toiletet?	1	2	3	4

## I den forløbne uge:

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
4. Havde du åndenød?	1	2	3	4
5. Har du haft smerter?	1	2	3	4
6. Har du haft besvær med at sove?	1	2	3	4
7. Har du følt dig svag?	1	2	3	4
8. Har du savnet appetit?	1	2	3	4
9. Har du haft kvalme?	1	2	3	4

Vær venlig at fortsætte på næste side

S-E

## I den forløbne uge:

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
10. Har du haft forstoppelse?	1	2	3	4
11. Var du træt?	1	2	3	4
12. Vanskeliggjorde smerter dine daglige gøremål?	1	2	3	4
13. Følte du dig anspændt?	1	2	3	4
14. Følte du dig deprimeret?	1	2	3	4

## Ved det næste spørgsmål bedes du sætte en ring omkring det tal mellem 1 og 7, som passer bedst på dig

15. Hvordan vil du vurdere din samlede livskvalitet i den forløbne uge?

1 2 3 4 5 6 7

Meget dårlig

Særlig god

16. Har du haft andre væsentlige symptomer eller problemer, som ikke er nævnt i spørgsmålene ovenfor? Nej Ja. Skriv venligst de vigtigste (op til tre), og angiv, i hvor høj grad, du har haft symptomerne eller problemerne i den sidste uge:

I hvor høj grad har du i den forløbne uge haft:	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
Symptom/problem A: <u>in kombineret on matten</u>	1	2	3	4
Symptom/problem B: _____	1	2	3	4
Symptom/problem C: _____	1	2	3	4

Besvarede du spørgeskemaet:

 Uden hjælp fra personale *eller*  
 Med hjælp fra personale?



# Ursula

- Det viser sig, at Ursulas hovedproblem er træthed og
- Hendes sociale liv er gået i stå.
- Nedsat appetit
  
- *Hvad nu ?*
  
- *Årsager?*

# Træthed - eksistentiel dimension

*v/Christian Busch*



# Træthed – (Fatigue)

## *Identificere og behandle evt. underliggende årsag*

- Obs. På blodprocent (Hb)
- Depression og smerte
- Elektrolytter/hypercalcæmi
- Hypoxi
- Evaluere medicinlisten
- Andet

# Træthed – behandling

## Non - farmakologisk

Væske og adækvat ernæring

Motion

Modificer aktivitets og hvilemønstre

## Farmakologisk

***Prednisolon*** - 25-50 mg mane

***Ritalin*** - Initialt 5 mg x2 evt. pn.

*(Max: 50 mg/døgn)*

# Dyspnoe



# Dyspnoe

***Identificere og behandle evt. underliggende årsag***

***(OBS! Behandlingsniveau!)***

- Pneumoni
- Hydro/pneumothorax
- Tumor (Ståling)
- Hypoxi (Hjemmeilt)



# Dyspnoe

## Non - farmakologisk

- Beroligelse/afspænding
- Lejringsændring
- Skabe tryghed
- Afkøle ansigt (vifte, åbne vinduer)
- Nasal ilt
- Stråleterapi

## Farmakologisk

- Hurtigvirkende morfinpræparater fast doseret eller p.n
- Oramorph dråber (tidl. Røde dråber)
- Morfin p.o/injektion (i subcutan nål)
- Prednisolon tbl/Solu-Cortef i sc nål

Benzod. (*T. Temesta 1 mg,*  
*T. Oxacepam 7,5-15 mg,*  
*inj. Midazolam 1-2.5 mg mg sc.)*

# Oramorph

## Indikation: AKUT dyspnoe

Morphinsulfat 20 mg/ml – 16 dråber = 1ml

1 dråbe = ca. 1,25 mg morfin

## Dosis:

**Start:** ikke-opioid tilvænnede: 3-5 dråber / tilvænnede: 5-10 dråber p.n.  
(1/12 af totale døgndosis)

**Øges:** til måske 30-40-60 dråber p.n.

# Iltbehandling?

- Iltbehandling har kun effekt hvis patienten er hypoxisk (sat < 90%)
- En vifte eller et åbent vindue kan lindre åndenød

# Depression – Angst



# Depression

- OBS: Vigtigt at skelne mellem depression og "ked af det"-hed/sorg
- Fysiske symptomer (i fx Hamilton) kan ikke bruges...
- Screening: Føler du dig deprimeret?
- Behandl kun medicinsk ved forventet restlevetid > 1-2 md
- Behandl!!

# Depression ?

## Eller bare ked af det?

### Depression

1. Føler sig udstødt og alene
2. ruger over tilsyneladende fejltagelser
3. Nedsat selvfølelse, selvhad
4. Konstant og uden afbrydelser
5. Intet håb og ingen interesse i fremtiden
6. Evt.selv mordstanker og impulser

### "Ked af det"

1. Føler sig stadig forbundet med andre
2. Kan glæde sig over gode minder
3. Føler selvværd
4. Kommer i bølger
5. Kan glæde sig til noget
6. Vilje til livet

# Depression – Behandling

## Non-farmakologisk

- Samtaler – evt psykolog, Kræftens Bekæmpelse
- Det eksistentielle – Præst?
- Husk pårørende /familien

## Farmakologisk

### EPCRC Guidelines:

(European Palliative Care Research Collaborative)

- SSRI:  
Fx T. Cipramil 20 mg x 1 el T. Sertralin 50 mg x1
- T. Mirtazapin 15 mg nocte  
(sedativt og appetitstimulerende)
- TCA: Fx T. Saroten 75 mg nocte  
(Hurtigere onset, neurogene smerter og sedativt)

[http://palliasjon-midt.no/wp-content/uploads/2011/01/EPCRC\\_guidelines\\_Depression.pdf](http://palliasjon-midt.no/wp-content/uploads/2011/01/EPCRC_guidelines_Depression.pdf)

# Angst og uro

## Husk underliggende årsager som:

- Sygdomsudvikling
- Smerter
- Åndenød
- Infektioner
- Medikamenter
- Mfl.



# Angst

## Non-farmakologisk

- Støttende samtale om angst / eksistensielle faktorer
- ”Redskaber” til at håndtere angsten
- Afledning (massage, musik, mm)
- Medicinsanering

## Farmakologisk

### PN.

- T. lorazepam (Temesta) 1 mg pn (Kan tygges)
- T. oxacepam (Alopam) 10 – 15 mg pn

### Fast medicin

- T. Citalopram 10-20 mg
- T. Mirtazapin 15-45 mg nocte

### Terminal patient:

inj Midazolam 1-2,5( – 5 mg) sc pn

OBS: Stesolid har en halveringstid på 72 timer!!!

# Angstens eksistentielle udtryk

*v/Christian Busch*





# Ursula:

Smerterne sidder konstant i lænderegionen og bæltstedet lidt ned i højre ben.

Patienten er tidligere opereret for diskusprolaps to gange, og er derfor vant til at have "lidt ondt" i ryggen

## Medicin liste

Tabl. Pantoprazol	40 mg x 1
Tabl. Zolpidem	10 mg nocte
Tabl. Alopam	15 mg x 3
Tabl. Contalgin	30 mg x 2
Tabl. Morfin	10 mg p.n (tager 10 dagl)
Tabl. Metformin	1 g x 2
Tabl. Simvastatin	40 mg x 1
Tabl. Magnyl	75 mg x 1
Tabl. Losartan	100 mg x 1

## *Overvejelser*

*Forslag til smertebehandling?*

*Snak med sidemand*

Smerter



# Smerte-anamnese

- **HVORHENNE** (PRÆCIS)
- **HVOR MEGET** (VAS..0-10)
- **HVORDAN...** (Smerte-kvalitet)
- **HVORNÅR** (Døgnvariation?)
- **HVAD UDLØSER / LINDRER** (hvile, aktivitet, medicin, søvn, selskab..)

# Behandlings mål - hos cancer patienten

- smertefrihed i hvile
- intakt nattesøvn
- lindre aktivitets udløste smerter
  
- De fleste cancerpatienter kan smerte lindres i tilfredsstillende grad



# Smerte inddeling

## *Nociceptiv*

somatisk, visceral,  
muskulær

*”Almindelig”  
smerte*

## *Neurogen.*

dysæstesi, neuralgi

- *Brændende*
- *Prikkende*
- *Udstrålende*



# Neurogene smerter

Skyldes skade på nervestrukturen, hvorved nerverne reagerer abnormt på stimuli

Tumor-tryk / infiltration

Følger efter kirurgi

Strålebehandling

Farmaka, KEMOTERAPI

Infektion



# Smerte – yderligere info

- Andre generende symptomer
- Påvirkning af daglige aktiviteter/søvn
- Vurdering af psykologiske/sociale/eksistentielle faktorer
- Objektiv undersøgelse
- Evt billeddiagnostik

# Behandling af smerter



# Behandling af smerter

- Paracetamol ja
- NSAID måske
- Kodein, tramadol nej
- Stærke opioider ja

# Opstart af opioid 1

1. Hurtigtvirkende morfin 5-10 mg p.n.  
(evt. depotmorfin – samt morfin p.n)
2. Efter 1-2 døgn vurderes samlet forbrug og effekt
3. Døgndosis fordeles på 2 doser depotmorfin,  
**p.n.-dosis 1/6 af totale døgndosis**
4. Dosis vurderes på baggrund af p.n. indtaget og justeres m. 2-3 døgn interval
5. **Husk at med-justere p.n. dosis**

# Opstart af opioid 2

## **Alternativt:**

Depotmorfin 10 mg x 2 + 5-10 mg morfin p.n til smertelindring

Dosis vurderes på baggrund af forbrug og effekt og justeres m. 2-3 døgns interval

# Bivirkninger morfin (opoider)

## Tolerance

- Kvalme
- Træthed
- Svimmelhed
- Respiration

## Ikke Tolerance

- Forstoppelse
- Allodyni
- Osteoklokke
- ?
- Urinretention
- Kløe
- Hallucinationer
- Myoklonier

# Fentanyl

- **plaster**  
Ind.: Peroral behandling ej mulig, korttarmssyndr., dårlig compliance  
Uegnet til titrering !!
- **sugetabletter (Abstral)**  
stærke gennembrudssmerter i specielle tilfælde, **dyr behandling**
- **nasalspray.**  
**Meget dyr behandling.** Samme indikation som actic
- **subcutant inj.** Nyresvigt. Kort  $T_{1/2}$
- **25 mikrogram/t plaster svarer til 60 mg morfin/døgn p.o**

# Oxycodon

- Samme indikationer som morfin.
- Euforiserende
- Akkumuleres også ved nedsat nyrefunktion
- Har ikke større dokumenteret effekt på neurogene smerter end andre opioider
  
- Dyrere?
- Dosis:                   p.o: morfin=oxycodon x 1.5

Indikation: Intolerance til morfin

Manglende effekt



# Vigtige omregningsfaktorer!

**Begynd med at omregne al opioid (peroral, plaster og parenteralt givet sidste døgn) til morfin**

- *Fentanyl plaster*: 25 mikrogr./time svarer til 60 mg morfin p.o./døgn
- *Oxycodondosis* : p.o. 15 mg morfingosis svarer til 10 mg oxycodon (faktor 1,5)
- (*Tramadol*: 50 mg svarer til 5-10 mg morfin (faktor 1:5-10)
- *Kodein*: 25 mg svarer til 2,5 mg morfin (faktor 1:10)
- *Buprenorfin*: 5 mikg/t Norspan sv. 7.5 mg morfin /dg. obs Temgesic p.n)

P.n. dosis: 1/6 af total døgndosis (evt max 6-8 x dgl af medicolegale grunde)

**Ved skift af opioid reduceres ekvipotent dosis med 25%**

# Tips !

- **Vurder regelmæssigt... juster behandling rationelt efter effekt og pn-indtag**
- **Lad være med at 'skifte til plaster', hvis effekten ikke er tilstrækkelig**
- **Hvis der er gennembrudssmerter ved dosis-slut... øg dosis, ikke frekvens af indtag**

# *HUSK!!!*

Ved opstart af opioid behandling

- Informer om obstipation
- Ordiner **LAKSANTIA**
  - Osmotisk: Movicol, Lactulose, Husk
  - Peristaltikfremmende: Perilax, Toilax, Laxoberal
- Informer om øvrige bivirkninger

# Sekundære analgetika

Start lavt – langsom optrapning!!!

- **TCA**

Amitriptylin (start 10 mg nocte)

Nortriptylin (10 mg 2 gange dgl)

- **Antikonvulsiva**

Gabapentin 300 mg nocte (gradvis optrapning)

Lyrica 25 mg x 2 (gradvis optrapning)

- **Antidepressiva**

Duloxetine (30 mg x 1)

Venlafaxin (75 mg x 1)

- **Kortikosteroider**

Prednisolon fx 50 mg dgl. i 1 uge ('effekt test')

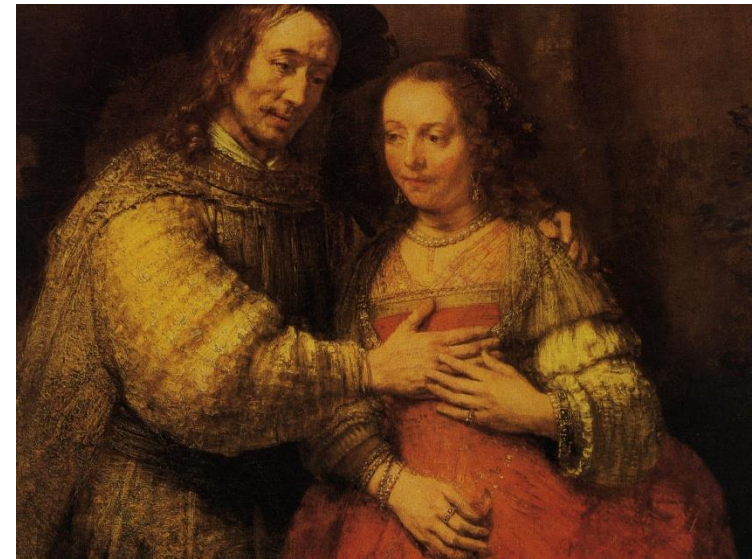
- **Bisphosphonater** (Fx Zometa) - **Stråleterapi**

- **NSAID?**

**Samlet dosis op til  
75 mg/døgn**

# Non-farmakologisk smertebehandling

- **Psykologisk behandling**
- **Det eksistentielle!!**
- **Visualisering, afspænding**
- **Fysioterapi**
- **varme bade, pakninger,**
- **Andre (akupunktur m.m.)**



# Opioid og kørekort

SSTs vurdering: Stabil døgndækkende opioid-behandling, hvor der sædvanligvis kan anbefales kørekort gruppe 1

(ikke kørekort med korttidsvirkende opiater):

*Max døgndosis:*

*Fentanylplaster 100 mikrogram/time*

*Metadon 120 mg/døgn*

*Morfin Depot 360 mg/døgn*

*OxyContin depot 110 mg/døgn*

*Tramadol depot 400 mg/døgn*

# Husk Prednisolon

## Indikation

- Træthed
- Appetitløshed
- Kvalme
- Smerter, tumorødem
- Hjernetumorer/metastaser (ofte højere doser)
- Evt åndenød af tumor/KOL

## Dosering

- Test dosis på 50 mg i en uge,
- så dim 37,5 mg i en uge
- herefter 25 mg i max 3 til 4 måneder.
- Obs udtrapning over de sidste ca. 2 uger før terminalfase



# Ursula

## Medicin ved diabetes årskontrol

Tabl pantoprazol	40 mg x 1
Tabl zolpidem	10 mg nocte
Tabl alopam	15 mg x 3
Tabl contalgin	20 mg x 2
Tabl morfin	10 mg pn (taget 10 stk)
Tabl metformin	1g x 2
Tabl simvastatin	40 mg x 1
Tabl magnyl	75 mg x 1
Tabl losartan	100 mg x 1

## Medicin nu

Tabl. Contalgin	60 mg x 2
Tabl. Morfin	20 mg p.n.
Tabl. Noritren	10 mg x1
Tabl. Amitriptylin	10 mg x 1
Tabl Alopam	pn max x 3
Tabl. Mirtazepin	15 mg x1
Tabl. Prednison	25 mg x 1
Tabl. Pantoprazol	40 mg x 1
Tabl. Ritalin	5-10 mg p.n
Movicol	1 brev dagligt + pn





# Ursula; æf ringer

- Der er gået nogle måneder
- Det viser sig at metastasen i lungen nu vokser. Hun har haft 2 pneumonier, lige været indlagt herfor. Appetitten næsten væk og hun taber sig
- Ægtefællen ringer og fortæller at hun er urolig om natten, vågner op, ved ikke hvor hun er. Bedres udover dagen

*Hvad gør vi nu?*

*Hvad ser I af kommende problemer?*

# Forudse, forbered, forebyg

Problems Square – definér problemstillingerne og vær forudseende

Problems Square definerer de palliative udfordringer inden for fire felter:

- › Det somatiske område
- › Det eksistentielle og psykologiske område
- › Det sociale område
- › Behovet for omsorg/hjælpemidler

Forudse, hvad der kan ske for at forberede og forebygge

SOMATIC DOMAIN		SOCIAL EN FINANCIAL DOMAIN	
Action plan		Action plan	
Actual problems:		Actual problems :	
Expected problems:		Expected problems:	
CARE PROVISION AND ACTIVITY OF DAILY LIVING		EXISTENTIAL AND PSYCHOLOGICAL DOMAIN	
Action plan		Action plan	
Actual problems:		Actual problems:	
Expected problems:		Expected problems:	

# Koordinationsmøde i hjemmet /opfølgende hjemmebesøg

1. Afdække behov ( fysiske, psykiske, åndelige, sociale; hjælpemidler? Rehabilitering? mm)
2. Medicingennemgang. Unødvendig medicin seponeres
3. Terminal tilskud? Terminal erklæring ?
4. Genoplivning?
5. Fælles plan og opgavefordeling
6. Kontaktveje aftales – tlf. numre
7. Altid ny aftale

obs hotline !

# Eksistensielle problemer i terminal fase

*v/Christian Busch*



# Frokost



© Can Stock Photo



# Ursula; æf ringer

- Der er gået nogle måneder
- Det viser sig at metastasen i lungen nu vokser. Hun har haft 2 pneumonier, lige været indlagt herfor. Appetitten næsten væk og hun taber sig
- Ægtefællen ringer og fortæller at hun er urolig om natten, vågner op, ved ikke hvor hun er. Bedres udover dagen

*Hvad er der galt med Ursula?*

# Delirium



# Delirium - Symptomer

Ofte fluktuerende over døgnet, oftest akut opstået

- Forandret / usædvanlig opførsel
- Svært ved at huske eller koncentrere sig
- Skiftende uro i løbet af døgnet; ofte uro om natten
- Syn / høre hallucinationer
- Angst, vrede og/ eller tristhed
- Kontakten til andre mennesker præget af utryghed eller fjendtlighed (Paranoia)

OBS: "Stille delirium" op mod 50%

- Initiativløshed, apati, pillen



# Delirium årsager

- Smerter
- Urinretention, obstipation
- Infektion (pneumoni, UVI)
- Dehydrering, elektrolytforstyrrelser, hypercalcæmi
- Medicin (steroider, opioider, antikolinergica, TCA)
- Hypoxi
- Hjernemetastaser/tumorer
- Stressfyldt ydre miljø, flytning
- Abstinenser (alkohol, medicin)
- M.fl.

# Delirium behandling

## Behandling

De delirøse symptomer og underliggende årsag(er) skal behandles med respekt for forventet restlevetid (indtil det modsatte er bevist, er årsagen somatisk) 45, 46. Medicinrevision og behandling af evt. infektion er vigtig.

### Behandling

#### Non-farmakologisk

- Beroligende tilstedeværelse af pårørende/personale
- Undgå konfrontation
- Bevar vanlig struktur og døgnrytme
- Rolige hjemlige vante omgivelser
- Gerne synligt ur og kalender
- Naturligt dagslys og udsyn
- Få, kendte plejepersoner
- Kritisk medicingennemgang.

#### Farmakologisk

- Haloperidol (Serenase®) 0,5-1 (2) mg -p.o./sc × 2-3 plus p.n. (maks. 6 mg/dgl.)

Hos ældre patienter ved bivirkninger eller manglende effekt:

- Risperidon (Rispedal®) 0,5-1 mg × 2-3
- Olanzapin (Zyprexa®) 1,25-2,5 mg × 1 nocte.

I nødstilfælde ved agiteret delirium kan behandlingen kombineres med:

Benzodiazepin: oxazepam 10-15 mg, lorazepam 1 mg eller midazolam 1-2,5 mg sc p.n.

- Brug aldrig benzodiazepiner alene, der kun sederer og ikke behandler det underliggende delirium

# Husk tilskud!

- **Terminaltilskud til medicin:** Lægemiddelstyrelsen: FMK-online.dk – NEM ID/digital signatur (Ydelse: 5093/5993) (104,57kr/130,71kr)
  - Genansøges efter 1 år
- **Terminalerklæring:**  
Kommunen: (LÆ 165/edifact):
  - Iht Serviceloven § 122 ret til plejeorlov, gratis sygeplejeartikler, ernæringstilskud, fysioterapeut og psykolog, plejeorlov.

Tekst fra terminaltilskuds ansøgning: *Undertegnede læge erklærer, at ovennævnte patient har de nævnte diagnoser, at patienten kun kan forventes at leve i kort tid, samt at hospitalsbehandling med henblik på helbredelse må anses for udsigtsløs.*



PLO-HOVEDSTADEN

## § 2-aftaler og andre aftaler i Region Hovedstaden

Takster pr. 1. oktober 2014

### Aftaler gældende i hele regionen

---

- Ydelse 4657      Konsultation i klinikken      404,34 kr\*
- Ydelse 4250      Palliationsbesøg =  
Opfølgende hjemmebesøg      876,04 kr\*
- Ydelse 4253      Kørselsgodtgørelse      4,64 kr pr.km\*
- Ydelse 4201      Tidsforbrug til mødested (0-4km)      82,92 kr\*

Gælder kun hvis pt er terminalerklæret

Ubegrænset antal besøg eller samtale i konsultation

\* Priser gældende fra 01 10 2018

# Sociale aspekter

- Sociale problemer?
- Behov for andre aktører?
- Socialrådgiver – hospitalet, pall.afd, stam afd. – kommunen
  - Pensionskassen
  - A-kassen
  - Patientforeningen

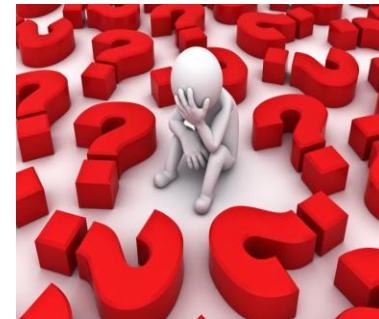
Helbredelse?

Arbejde?

Skole?

Penge?

Behandling?



Børn?

Familie?

Rask?

Død?

# Sociale aspekter

- **Økonomi** – sygedagpenge, kontanthjælp, fleksjob, pension, boligstøtte, kritisk sygdom
- **Boligændringer** kan hente hjælp hos kommunens ergoterapeut – hjælpe midler – længst mulig i eget hjem.
- **Arv, testamente, begravelse,**
- **Pension** – førtidspension (*ubegrænset sygedagpenge*).
- **Børn** – vigtig med kommunens social rådgiver inddrages
- Hvis attest om uhelbredelig syg – skal patienten ikke arbejdsprøves

# Orlov

- Pasningsorlov af alvorligt syge –  
serviceloven § 118

Nærmeste familie – praktiske og følelsesmæssige belastninger- op til 6 mdr (+ evt. 3 mdr) – kan opdeles

*(ansættes af den syges kommune – ca 22 000/mnd)*

- Plejeorlov til døende –  
serviceloven § 119

Mulighed for at blive i eget hjem den sidste tid. En forudsætning pt. er terminalerklæret -> 14 dage efter dødsfallet

*(1½ x dagpengesats)*



# Ursula:

Hun bliver dårligere, over-vejende sengeliggende og har svært ved at tage de mange piller

*Snak med sidemand*

## Medicinliste

Tabl Contalgin	60 mg x 2
Tabl Noritren	10 mg x 2
Tabl Amitriptylin	10 mg
Tabl. Pantoprazol	40 mg x 1
Tabl. Mirtazepin	15 mg x 1
Tabl. Alopam	15 mg pn (2)
Tabl. Morfin	20 mg p.n. (6)
Tabl Ritalin	5-10 mg p.n
Tabl Prednison	25 mg x 1

## Ny medicinliste

Plaster Fentanyl 75mik/t  
Tabl Morfin pn 30 mg max x 6  
Husk noter og juster tæt

Tabl Alopam 15 mg x 2  
Prednison udtrapning

Tryghedskasse (serenase,  
midazolam, buscopan, furix,  
morfin)



# Tryghedskassen og subcutan nål

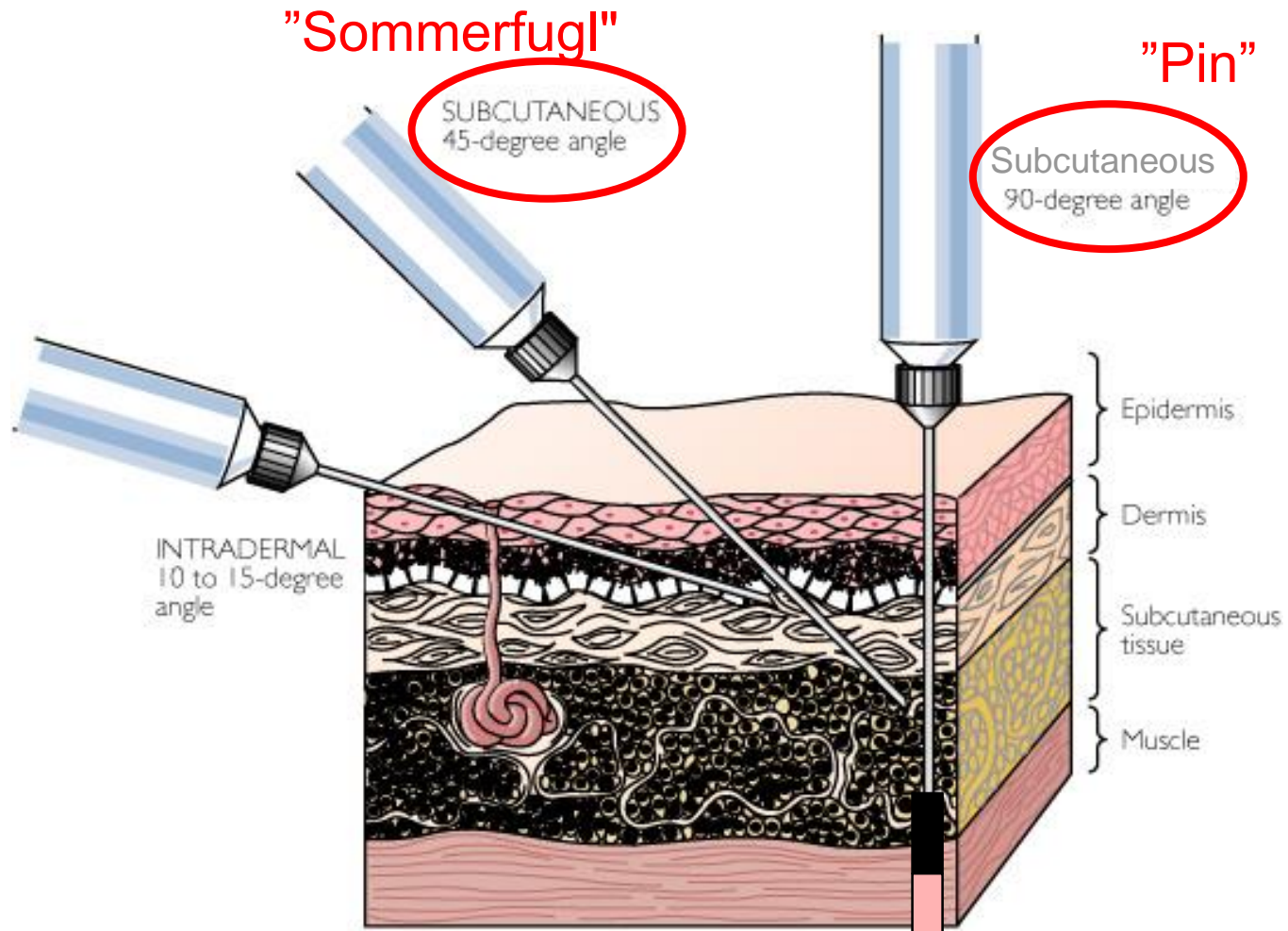


# Subcutan nål

Pin/Tegnestift



# Placering



# Praktisk

- Kan lægges hvor som helst (overarm, bryst (subclaviculært), ryg, abdomen, lår)
- Der kan gives flere præparater i samme nål
- Ikke nødvendigt at skylle igennem/ men hvis der skylles da så lidt som muligt (0,2 ml i slangen)
- Skiftes hver 5.dag eller ved rødme
- Al medicin som gives i.m. kan gives s.c

# Præparater i Tryghedskassen

<b>Morfin</b>	(20 mg/ml)	smerter og åndenød
<b>Midazolam</b>	(1mg/ml)	uro og angst
<b>Buscopan<sup>®</sup></b>	(20 mg/ml)	sekretproblemer
<b>Serenase<sup>®</sup></b>	(5mg/ml)	kvalme, agitation/delir
<b>Furix<sup>®</sup></b>	(10 mg/ml)	lungeødem

5 præparater!

# Uforligelighed

- Morfin og Serenase må ikke gives i samme nål eller blanding.
- Binyrebarkhormoner, skal gives i separat nål.

# Vejledningens frase til sc.behandling

---

## **Forslag til frase til journalen**

– samt ved mail-korrespondance med hjemmesygeplejen og når Tryghedskassen udskrives

*NB! Tilret nedenstående doseringer individuelt.*

**Ved kvalme:** inj. sc Serenase® 0,5-1 mg × 2 plus p.n. × maks. ...

**Ved delirium/uro:** inj. sc Serenase® 0,5-1 mg × 2 plus p.n. × maks. ...

**Ved angst:** inj. sc midazolam 1-2, 5-5 mg p.n. × maks. ...

**Ved akut dyspnoe:** inj. sc morfin ... mg p.n.

**Ved sekretproblemer:** inj. sc Buscopan® 20 mg × 3-6 eller inj. Robinul® 0,2 mg × 3-6.

**Ved lungeødem:** inj. sc Furix® 20-40 mg p.n. × maks. ...

**Ved smerter:** inj. sc morfin ... mg × ... plus p.n. ... mg × maks. ...

---

# Dosering af morfin

Subcutan =  $\frac{1}{2}$  peroral dosis (80 mg po = 40 mg sc)

Giv minimum sc 4 gange dagligt ved fast medicinering

P.n. dosis:  $\frac{1}{6}$  af total døgndosis

25 mikrogram/t fentanyl plaster = 60 mg morfin/døgn po.

Ved skift af opioid reduceres ekvipotent dosis med 25-50 %



# De palliative teams i Region H

- **Indlæggelse: Frit sygehusvalg (100 senge i region H)**
- **Udefunktioner: opdelt i CVI-distrikter**
- **Planområde Nord:**
  - Palliativ Enhed, Nordsjællands Hospital
  - Arresødal Hospice
  - Kommuner: Allerød, Fredensborg, Frederikssund, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød og Hørsholm kommuner
- **Planområde Midt:**
  - Palliativ Enhed, Herlev Hospital
  - Skt. Lukas Hospice
  - Kommuner: Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre
- **Planområde Byen og Bornholm:**
  - Palliativ Medicinsk afdeling, Bispebjerg Hospital
  - Diakonissestiftelsens Hospice
  - Palliativt Team, Rigshospitalet
  - Kommuner: København og Frederiksberg
- **Planområde Syd:**
  - Palliativ Enhed, Hvidovre Hospital
  - Hospice Søndergaard
  - Kommuner: Albertslund, Brøndby, Dragør, Glostrup, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, København, Tårnby og Vallensbæk

# Henvisning til specialiseret palliation

- ->Dynamisk henvisning
- -> Palliation Reg H
- -> Nord, Midt eller Syd
- Så udfyld felter :
- Anamnese
- Kort sygdomsresume
- Er der behov for akut, subakut eller elektiv behandling?
- Er der behov for udefunktion (hjemmehospice)?
- Patientens prioritet for behandlingssted bedes anført
- Hvilken fase er pt i (tidlig, sen eller terminal)?
- Er der søgt terminal tilskud?
- Sociale forhold(fx nærmeste pårørende og dennes telefon nummer)

# Palliations-Hotline

Region Hovedstadens palliative vagtordning

tlf. 3869 2025

Hverdage 8-23

Weekend 8-20

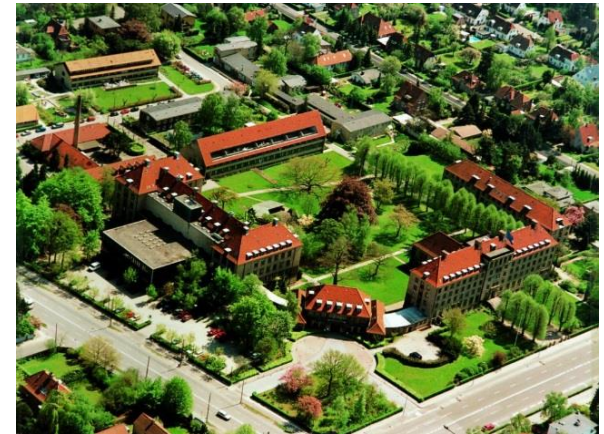


# Palliativ behandling: Muligheder og behandling i den sidste tid

Overlæge Hanne Heegaard  
Sankt Lukas Hospice og udgående Hospiceteam  
12/10-2018

# Kort om Sankt Lukas Hospice

- 2 sengeafsnit med 12 senge på hver.
- Udgående Hospiceteam normeret til 45 patienter i eget hjem (plejehjem)



# Sengeafsnittene

- 40 sygesygeplejersker
  - 2 fysioterapeuter
  - 4 overlæger
  - Præst
  - Socialrådgiver
- 
- -> Kræver lægehenviisning
  - -> "Frit sygehusvalg"
  - -> Min 95% af patienter har kræft
  - -> 1/3 bliver udskrevet



# Hvem skal henvises til hospice?

Patienter der ikke er i kurativ behandling, og som:

- Har komplekse palliationsbehov (fysiske/psykiske)
- Har børn i hjemmet
- Bor alene/"er alene i livet"
- Har opslidt familie
- "Unge patienter"
- Har brug for specialiseret palliativ indsats hele døgnet



# UHT

- 1 visiterende sygeplejerskebesøg
- 1 lægebesøg (1. tilsyn)
- Fortrinsvis sygeplejerske kontakt telefonisk til patient, pårørende, hjemmesygeplejerske, e.l., plejehjemsansat.
- Sygeplejerskebesøg efter behov
- Konference med læge på SL eller pr. telefon
- Tæt kontakt med hjemmepleje og egen læge
- Socialrådgiver, præst og psykolog
- 24-timers "hotline"





# Specialiseret palliativ indsats

I Region Hovedstaden:

Til hvert CVI hører et hospice og  
en palliativ hospitalsafdeling:

**CVI Midt:** Sankt Lukas Hospice og  
Palliationsenheden, Herlev Hospital.



Region  
Hovedstaden

# Børnehospice: Lukashuset

- Åbnede 1. november 2015
- Normeret til 4 familier



# Specialiseret palliativ indsats

retter sig mod patienter med komplekse palliative behov

- Ekspertise/viden
- Erfaring
- Tværfaglighed
- **Palliativ afd.:** Flere kliniske/parakliniske og billeddiagnostiske undersøgelser/procedurer. Hospitalsbaseret. Cancerpatienter.
- **Hospice:** Enestuer; rummelighed til pårørende; prioritering af restlevetid (nærvær og livsudfoldelse); patienter, som har komplekse palliative behov, som ikke kan varetages i hjemmet/på plejehjem. Døende patienter.



# Specialiseret palliation vs. palliation på basisniveau

- Målet er, at patienten får højest mulig livskvalitet; med de begrænsninger de ofte har
- Palliativ indsats overfor de pårørende
- Patient og pårørende har mulighed for at få telefonisk vejledning/støtte hele døgnet
- UHT især, men også hospice har tovholderfunktion



# Medicinske palliative problemstillinger i hjemmet/på hospice

- Smerter
- Kvalme og opkastninger
- Delir
- Dyspnø
- Angst
- Depression
- Malign tarmobstruktion



# Sociale palliative problemstillinger i hjemmet

- Pårørende pressede/udbrændte
- Hjemmets indretning uegnet
- Børn i hjemmet
- Utryghed hos patienten
- Patientens ønske om at skåne familie
- Manglende vilje til at lukke hjemmeplejen ind
- Sværere at styre besøg



# Shared care

**Shared care** er et tværsektorielt samarbejde.

Gennem integration af hospice, almenpraksis og kommunal indsats imødekommes krav om tættere samarbejde og øget kommunikation mellem sundhedssektorerne:

**MÅL:**

- 1) Bedre udnyttelse af den specialiserede lægefaglige kapacitet
- 2) forbedret behandlingskvalitet
- 3) mere rationel ressourceudnyttelse.

# Shared care Sct. Lukas

- **UHT:** ordination af medicin i lindrende øjemed, "hotline 24/7", jævnlige opkald fra sygeplejerske, tovholder på behandling/ sociale/praktiske tiltag, tilbud om samtale med præst/socialrådgiver/psykolog, HLR-brev, receptfornyelse
- **Egen læge:** Vedligeholdelsesbehandling af tidligere iværksat behandling, receptfornyelse, tilsyn ved akut opstået sygdom, attester, HLR-brev



# De sidste døgn

- Uafvendeligt døende – timer til (få) dage
  1. Nedsat urinproduktion
  2. Nedsat bevidsthedsniveau
  3. Nedsat synkebesvær/indtagelse af væske/føde
  4. Apnø perioder
  5. Perifer kølighed/blåmarmorering
  6. Dødsrallen
  7. Tilspidset ansigt, næse



# Fra peroral til subcutan administration

- Halvering af dosis af opioider
- Biotilgængelighed ved peroral indgift:
  - Morfin - 20-60 % (35%)
  - Oxycodon – 60-87% (75%)
  - Metadon- 40-100 %



# Opioid-udløst delir

- Dosisreduktion
- Ændre opioid
- Ændre administrationsvej (s.c, plaster)
- Serenase



# Dødsrallen

- Sekretstagnation hos døende patient
- Manglende synkefunktion
- Voldsomt for pårørende

## Medicinsk behandling:

- Buscopan 20 mg sc, max x 6
- Furix 20 mg sc, max x 6
- Seponer parenteral væske



# Terminal angst/uro

- Angst/urolig
- Differentialdiagnose: delir

## Behandling:

- Lindre plagsomme symptomer: urinretention, smerter, tørst, dyspnø, obstipation etc.
- Midazolam sc. Start 1,25-2,5 mg, ½ times interval. I pumpe ved kontinuerligt behov.
- Stesolid sc. Start 5 mg x 2-3. Ved behov for præperat med længere T ½.
- Nærvær/tryghed



# Ursula

- Ursula er nu ude af stand til at tage piller
- Sover det meste af tiden
- **Ordinerer til den sidste tid:**
- Nuværende Medicin
- Plaster fentanyl 75mik/t
- Tabl morfin 30 mg har fået 4 stk
- Tabl alopam 15 mg x 2
- Tabl prednisolon 25 mg
- Tryghedskasse uåbnet



# Ursulas terminale medicinliste

Plaster fentanyl øges -> 100 mkg/t

PN: inj morfin 20 mg sc pn, max x 6-12

inj midazolam 2,5 mg sc pn, max 6-12

inj Serenase 1 mg sc pn, max x 10

inj furix 20 mg sc pn, max x 6

inj Buscopan 20 mg sc pn, max x 6

Inj Solumedrol 20 mg sc x 1 (evt reduction)

Inj Pantoloc 40 mg sc x 1

(inj Primperan 10 mg sc pn, max 3)

(inj Stesolid emulsion 5 mg sc pn, max x 3, evt fast)



# Palliativ sedering

- Specialist opgave
- Svært lidende patient, fysisk eller psykisk, som ikke har kunnet lindres på anden måde.
- Skal være uafvendeligt døende! (timer til dage)
- Nedsat bevidsthedsniveau til bevidstløshed
- Vil kunne afkorte patientens liv







# PALLIATIONS- VÆRKTØJSKASSE

FOR PRAKTISERENDE LÆGER

REDSKABER TIL AT FORUDSE | AT FOREBYGGE | AT FORBEREDE

## Om Palliationsværktøjskassen

GIV MIG **SINDSRO**  
TIL AT **ACCEPTERE, HVAD**  
**JEG IKKE KAN ÆNDRE,**  
**MOD** TIL AT **ÆNDRE**  
**DET JEG KAN OG**  
**VISDOM** TIL AT **SE**  
**FORSKELLEN**

Palliationsværktøjskassen giver dig overblik og er samtidig den korte version af vigtige palliationsværktøjer, du kan få brug for i din hverdag med patienter med kræft og anden livstruende sygdom.

En århusiansk undersøgelse dokumenterer, at 70 procent af kræftpatienterne ønsker at dø i eget hjem. Kun 22 procent får deres ønske opfyldt.

Det er vigtigt med regelmæssig kontakt med patienten og evt. pårørende og at være opmærksom på palliative behov, der kan lindres. Et godt samarbejde med hjemmeplejen og andre faggrupper er altafgørende, hvis det skal lykkes at opfylde patientens ønske om at dø i eget hjem på en værdig måde.

Målet er at leve til man dør – ikke at forlænge eller afkorte livet.

Palliationsværktøjskassen er udarbejdet af Anette Denker og Thomas Gorlen, praktiserende læger og specialepraktikonsulenter i KAP-H inden for onkologi og palliation.

Værktøjskassen er udarbejdet til brug for kurser i palliation og som praktisk hjælp til hverdagen med palliation i almen praksis.

*Oktober 2018 (version 5)*

### WHO's definition af palliation

“Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos **patienter og familier**, som står over for de problemer, der er forbundet med **livstruende sygdom**, ved at forebygge og lindre lidelse gennem **tidlig** diagnosticering, umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både **fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art**”.

## » Diagnose

### Når din patient har fået diagnosticeret kræft eller anden alvorlig sygdom

Du har fået en epikrise om, at en af dine patienter har været igennem udredning og fået diagnosticeret kræft eller anden alvorlig sygdom.

- » Kontakt patienten enten ved at sende et brev eller mail, hvor du gør opmærksom på, at du kender til hans/hendes situation og samtidig tilbyder din hjælp eller ring til patienten, hvis du kender ham/hende godt
- » Du kan bruge udkastet til højre som inspiration (omskrivning af det såkaldte Korsør-brev)

#### Tilbud om en samtale

Kære .....

Vi har fået besked fra hospitalet om, at du har været igennem en række undersøgelser, og at du har fået konstateret .....

Vi er klar over, at der nu venter dig et længere behandlingsforløb, og at du fortsat vil være tilknyttet hospitalet. På hospitalet møder du mange forskellige behandlere og får en masse informationer, som det nogen gange kan være svært at forholde sig til.

Vi vil gerne vide, hvordan vi bedst kan støtte dig. Derfor vil vi foreslå, at du bestiller en tid hos os. Din ægtefælle/samlever eller andre nære pårørende er velkomne til at deltage – alt efter dit behov og ønske.

Du bestemmer selv, hvilken læge du ønsker samtalen med.

Det er vigtigt at understrege, at dette er et tilbud, og har du ikke brug for en samtale lige nu, så er du altid velkommen til at kontakte os senere. For os er det afgørende, at du ved, at du kan bruge os, når du har brug for det.

Bedste hilsner .....

Download

## ➤ Før-behandling

De kommunale sundhedstilbud  
Ved et muligt behov for et sundhedstilbud henvises patienten til en afklarende samtale i kommunen. Tilbuddet kan fx være: rygestop, kræftrehabilitering, KOL-kursus og træning.

Link til kommunale sundhedstilbud:

[www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-hovedstaden/](http://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-hovedstaden/)

Har patienten brug for palliation?

SPICT-skemaet bruges til at identificere patienter, som kan have palliative behov.



Download

### Problems Square – definér problemstillingerne og vær forudseende

Problems Square definerer de palliative udfordringer inden for fire felter:

- › Det somatiske område
- › Det sociale område
- › Det eksistentielle og psykologiske område
- › Behovet for omsorg/hjælpemidler

Forudse, hvad der kan ske for at forberede og forebygge

SOMATIC DOMAIN		SOCIAL AND FINANCIAL DOMAIN	
<b>Action plan</b>		<b>Action plan</b>	
Actual problems:		Actual problems :	
Expected problems:		Expected problems:	
CARE PROVISION AND ACTIVITY OF DAILY LIVING		EXISTENTIAL AND PSYCHOLOGICAL DOMAIN	
<b>Action plan</b>		<b>Action plan</b>	
Actual problems:		Actual problems:	
Expected problems:		Expected problems:	

### Palliations-koordinationsmøde i hjemmet

1. Afdække behov (fysiske, psykiske, åndelige og sociale)  
Hjælpemidler? Rehabilitering? Andre?
2. Medicingennemgang. Unødvendig medicin seponeres
3. Terminaltilskud? Terminalerklæring?
4. Genoplivning?
5. Fælles plan og opgavefordeling
6. Kontaktveje aftales – tlf. numre
7. Næste kontakt aftales

### Skab et overblik før symptombehandling

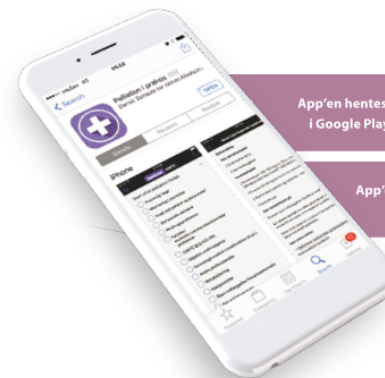
Ved alle tilstande og før behandling bør du:

- › Overveje årsager (sygdommen, behandlingen og andet)
- › Undersøge patienten
- › Estimere forventet restlevetid
- › Foretage en realistisk klinisk vurdering. Noget udløsende der kan behandles? (fx UVI, obstipation, delir)

Brug DSAM's kliniske vejledning og tilhørende app.

<http://vejledninger.dsam.dk/palliation/>

**ET BESØG HOS LÆGEN ER AFGØRENDE FOR  
MULIGHEDEN FOR AT DØ I EGET HJEM.**



App'en hentes gratis  
i Google Play Butik

App'en hentes gratis  
i App Store

## › Behandling

### Medicin-seponering

Ved forventet restlevetid på under et år, overvej da seponering af:

- › Statiner
- › Antidiabetika (metformin og glimepirid)
- › Antihypertensiva
- › Osteoporose-medicin og andet forebyggende
- › Kalk og vitaminer



### Husk Prednisolon

Test dosis på 50 mg i en uge, så dim. 37,5 mg i en uge og så 25 mg i max 3 til 4 måneder.

Indikation:

- › Træthed
- › Appetitløshed
- › Kvalme
- › Smerter, tumorødem
- › Hjernetumorer/metastaser (ofte højere doser)

› **Behandling af åndenød**  
 Oramorph dråber (20 mg morfin/ml):  
 Patienter der ikke får fast morfin: 3-4 dråber som start (1 dråbe = 1,25 mg morfin, dvs. 4 dråber = 5 mg). Det kan øges efter effekt og afhængig af øvrig morfingosis.

Patienter i opioidbehandling: 1/12 af den totale perorale døgndosis.

**Ernæringstilskud**

Fuldgyldige ernæringstilskud er tilsat vitaminer og balancerede mængder af kulhydrater, fibre, fedt og protein (er bedre i sen- og terminalfase end proteindrikke).

Indikation: Alvorlig sygdom eller alvorlig svækkelse (ikke nok at være småt spisende).

Ernæringstilskuddet går ikke ud over energiindtagelse ved måltiderne. Det giver bedre livskvalitet, men forlænger ikke livet.

**Undgå indlæggelse i den sidste tid**

- › Ved at tænke palliation tidligt i forløbet
- › Dokumentere patientens ønsker for den sidste tid (ej genoplivning eller indlæggelse)
- › Sikre pn-ordinationer også til subkutan brug fx Tryghedskasse

**Genoplivning**

Beslutningskompetence:

Behandelnde læge, det vil sige den praktiserende læge.

**Vurder habilitet og helbred****Habil borger**

Tal med patienten, de pårørende og plejepersonalet.

**Hvis patienten selv fravælger genoplivning, er lægens opgave at vurdere, om patienten er habil (ikke delirøs, depressiv, kognitivt svækket).**

**Inhabil borger**

Livstestamente indgår i beslutningen

- › Uafvendelig døende - bindende
- › Andre situationer – vejledende

**VURDERE om genoplivning**

**skønnes udsigtsløs** ud fra følgende faglige kriterier:

1. Uafvendeligt døende patient (dage til uger)
2. Svært invalideret/permanent vegetativ
3. Ikke uafvendeligt døende, men de fysiske konsekvenser af sygdom eller behandling vurderes at være meget alvorlige og lidelsesfulde.

**Dokumentér!**

Helst i god tid! Ved lægebesøg sammen med patient, pårørende og plejepersonale. Obs løbende evaluering afhængig af tilstanden. Se afsnit 6.2 i loven:

[www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=161404](http://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=161404)



### Behovsvurderingsskemaer

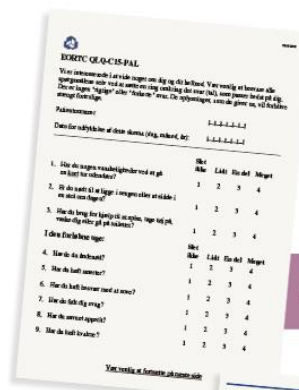
Der findes flere behovsvurderingsskemaer. EORTC og "Støtte til livet med kræft" er dem, der primært anvendes. Skemaerne er gode værktøjer til opfølgning og kan udleveres til patienten fra gang til gang.

#### EORTC

- » Bruges i specialiseret palliation til at afdække palliative behov og få overblik hos patienter i sen- og terminalfase

#### Støtte til livet med kræft

- » Bruges ved kontrol af kræftpatienter på kirurgisk og onkologisk afdeling på hospital



### Behandling af dehydrering i hjemmet

#### Subkutan infusion

- › Enkel måde at rehydrere dårlige patienter på
- › Kan administreres hjemme af pårørende eller sygeplejerske
- › Ingen væsentlige komplikationer
- › 1 l pr. 24 timer pr. nål (max 3 l)
- › Brug normal saltvandsopløsning

### Vigtige omregningsfaktorer ved opioid-behandling

#### Ved skift fra et opioid til et andet

Begynd med at omregne al opioid (peroral, plaster og parenteralt givet det sidste døgn) til peroral morfin.

Ved skift til andet morfika, husk reduktion med 25-50 %.

#### Plaster

- › Fentanyl/matrifen-plaster: 25 mikrogram/time svarer til 60 mg morfin po/døgn

#### Peroral

- › Oxycontin: 10 mg svarer til 15 mg morfin
- › Tramadol: 50 mg svarer til 5-10 mg morfin \*
- › Kodein: 25 mg svarer til 2,5 mg morfin \*
- › Pn-dosis: 1/6 af total po-døgndosis

#### Subkutan

- › Sc morfindosis er 1/2 af peroral morfindosis (fx 80 mg po = 40 mg sc)
- › Pn-dosis: 1/6 af total sc døgndosis (inkl. evt. opioidplaster omregnet til sc morfin)
- › Ved behov for fast behandling da minimum x 4 dagligt

#### Steroid

- › Tablet prednisolon 50 mg svarer til 40 mg solumedrol sc
- › Forsøg at trappe ud over to uger før terminalfasen

\*) Benyttes sjældent i palliativt øjemed.

## › Terminal patient

### Tjekliste ved terminal patient

- › Fysiske/psykiske/sociale/eksistentielle problemer
- › EORTC-QLQ PAL 15 eller ESAS
- › Symptomer – reversible og årsag
- › Estimér forventet restlevetid
- › Forudse akutte forværringer - forebyg
- › Forbered patient, pårørende og hjemmesygeplejerske
- › Terminaltilskud og terminalerklæring (hvis ikke allerede søgt)
- › Tryghedskasse – inkl. ordination
- › Medicin – ny medicinliste
- › Tilgængelighed? Direkte nummer til klinikken og evt. privatnummer
- › Ved egen læges fravær: Orientér vikar!
- › Efter dødens indtræden - information
- › Kommuniker med hjemmeplejen
- › Aftal ny kontakt

[Download tjeklister fra DSAM's vejledning](#)

Tjeklisterne findes også i app'en.

IT'S ALWAYS TOO EARLY  
UNTIL IT'S  
TOO LATE

#### › At være dødelig

Patienter, hvis læge tør fortælle dem, at de er døende, oplever at kunne fokusere på at leve i den sidste tid (ofte lever de også længere ved palliativ pleje).

**Patienter, der kan tale med lægen, sundhedspersonale og pårørende om det faktum, at de skal dø:**

- › Oplever mindre ensomhed og større livskvalitet
- › De pårørende oplever langt færre psykiske problemer, efter døden er indtrådt

*Læge og professor Atul Gawande fra Harvard University ("At være dødelig" udgivet i 2016)*

### Tidlig afklaringsamtale (ACP: Advanced care planning) er en forudsætning for et godt palliativt forløb

ACP er en samtale mellem patient, sundhedsprofessionelle og pårørende, hvor man tager udgangspunkt i patientens ønsker for og tanker om den sidste tid og døden. ACP dokumenteres i patientens journal.

#### Vigtigt med kendskab til familiens værdier

- › Hvilke mål er de vigtigste? Ønsker for den nærmeste tid og den sidste tid?
- › Fokus på livskvalitet/bevare liv?
- › Åbenhed om at patienten dør til sidst
- › Hvad frygter familien/patienten mest?
- › Enighed om behandlingsniveau? Forsøg på genoplivning? Indlæggelse ved akut forværring?
- › Involvering og støtte til omsorgsperson

› God rådgivning kræver kendskab til familiens værdier og er en proces over tid.

#### › Citat af Jacob Birkler, tidl. formand for Etisk Råd

Sundhedsvæsenet behandler som aldrig før, og der er skabt en kultur, hvor det er blevet meget lettere at behandle i stedet for at tage den vanskelige dialog med patienten om det udsigtsløse i at gøre det. Derfor er det i visse tilfælde ikke livet, vi forlænger, men snarere dødsprocessen.

Det handler ikke om at beregne, hvad der er udsigtsløst, men om at spørge til patientens udsigt. Der er altid en udsigt og noget at håbe på.

Ud fra min erfaring ved jeg, at en del patienter tænker på deres fremtid. Kender du også til det? (Pause)

Har du gjort dig overvejelser om, hvordan du ønsker, det skal være, hvis du bliver så syg, at du ikke kan klare dig selv længere? (Pause)

Er der noget ved din sygdom/døden, du bekymrer dig specielt om eller frygter? (Pause)

Hvis din sygdom (eller din pårørendes sygdom) tager til, og du/han/hun skulle få hjertestop, vil vi ikke starte hjertemassage. Vi kan ikke tvinge kroppen til at leve, når den er alt for syg til at overleve. (Pause)

### Subkutan behandling

- › Husk præcise ordinationer for hvert præparat
- › Husk alle præparater i FMK
- › Skriv på recepten "til brug når po ikke længere er mulig"
- › Hvis Tryghedskasse, lav magistrel recept med rp Tryghedskasse og opret ordinationer (ikke recepter) i FMK

#### Praktisk subkutan behandling:

- › Serenase bør gives i en separat nål
- › Øvrige medikamina i Tryghedskassen kan gives i en nål
- › I slangen på en sc nål er der 0,2 ml (0,5 mg serenase sv.t 0,1 ml)
  
- › Det er ikke nødvendigt at skylle med saltvand. Ved første dosering fylder man slangen med 0,2 ml serenase. Herefter kan gives fx 0,5 mg serenase sv.t 0,1 ml
- › Hvis man vælger at skylle skal det være med så lidt saltvand som muligt af hensyn til absorptionen (obs kun 0,2 ml i slangen)
  
- › Solumedrol skal også gives i separat nål og i så kort en periode som muligt af hensyn til risikoen for vævsatrofi



### Fraser til journal og mailkorrespondancer når Tryghedskassen ordineres

#### **NB! Tilret nedenstående doseringer individuelt.**

**Ved kvalme:** inj. sc Serenase® (5mg/ml) 0,5-1 mg x 2 + pn max. x ...

**Ved delirium/uro:** inj. sc Serenase® (5mg/ml) 0,5-1 mg x 2 + pn max. x ...

**Ved angst:** inj. sc midazolam (1 mg/ml) 1-2,5-5 mg pn max. x ...

**Ved akut dyspnoe:** inj. sc morfin (20mg/ml) ... mg pn max. x ...

**Ved sekretproblemer:** inj. sc Buscopan® (20mg/ml) 20 mg x 3-6

**Ved lungeødem:** inj. sc Furix® (10 mg/ml) 20-40 mg pn max. x ...

**\*Ved smerter:** inj. sc morfin ... mg x ... + pn ... mg max. x ...

sc dosis = ½ po-dosis – pn-dosis = 1/6 døgndosis, fentanylplaster 25 mikg sv po 60 mg morfin

(\*) Opioid-naive: 0,2 ml x 4 ved fast dosering eller samme dosis pn. Hos patient i opioidbehandling skal dosis justeres som ovenfor.

[Link til frase til journalen](#)

## ➤ Tilskud

### Husk tilskud

› **Terminaltilskud til medicin:**

Lægemiddelstyrelsen: fmk-online.dk – NemID/digital  
signatur

Ydelse: 5093/5993

› **Terminalerklæring til kommunen: (ikke muligt til beboere på plejehjem/hospice)**

Kommunen: (LÆ 165/korrespondancemeddelelse)

I henhold til Serviceloven § 122 ret til plejeorlov, gratis sygeplejeartikler, ernæringstilskud, fysioterapeut og psykolog

› Tekst til terminalerklæring:



Undertegnede læge erklærer, at ovennævnte patient har de nævnte diagnoser, at patienten kun kan forventes at leve i kort tid, samt at hospitalsbehandling med henblik på helbredelse må anses for udsigtsløs.

Hent forslag til frasen i dette link:

[www.sundhed.dk/content/cms/46/92646\\_frase-til-journalen-030918.docx](http://www.sundhed.dk/content/cms/46/92646_frase-til-journalen-030918.docx)

### Lokal §2-aftale og andre aftaler i Region Hovedstaden (honorering uden om omsætningsloftet)

› Ydelse 4657

**Konsultation i klinikken**

Takst som samtaleydelse 6101

› Ydelse 4250

**Palliations-besøg**

Takst som opfølgende hjemmebesøg

› Ydelse 4201 (køretid) og 4253 (kilometer-penge)

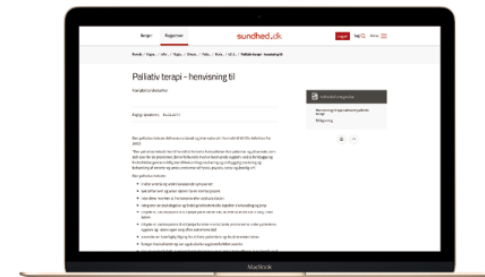
OBS: Lokal (§2)-palliationsydelse forudsætter, at patienten har fået bevilget terminaltilskud til medicin.

Der er ingen begrænsninger på antal besøg eller samtaler i konsultation.

## » Rådgivning

» Hotline - Specialiseret palliativ rådgivning:  
Hverdage kl. 8-23  
Weekender og søgnehelldage kl. 8-20  
Tlf.: 38692025

- » Palliativ medicinsk afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, tlf.: 3531 6225
- » Palliationsenheden, Herlev og Gentofte Hospital, tlf.: 3868 6492
- » Palliativt afsnit, Nordsjællands Hospital Hillerød, tlf.: 4829 5355
- » Palliativ enhed Amager Hvidovre Hospital, tlf.: 3862 2532
- » Arresødal Hospice, tlf.: 4778 7000, kl. 8-16
- » Diakonissestiftelsen, tlf.: 3838 4950, kl. 8-16
- » Hospice Søndergård, tlf.: 4420 8640, kl. 8-15.30
- » Sankt Lukas Udgående Hospiceteam, tlf.: 3945 5136, kl. 9-16
- » Lukashuset Børne- og Ungehospice, Sankt Lukas, tlf.: 3945 5110, kl. 9-16



Ved henvisning til specialiseret palliation (både palliative enheder og hospice) brug dynamisk henvisning i dit lægeprogram.

Link til forløbsbeskrivelsen om henvisning til palliativ terapi:

[www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/a-alment-og-uspecificeret/henvisning-palliativ-terapi/](http://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/a-alment-og-uspecificeret/henvisning-palliativ-terapi/)

Link til forløbsbeskrivelsen om medikamentel palliation:

[www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/a-alment-og-uspecificeret/medikamentel-palliation/](http://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/a-alment-og-uspecificeret/medikamentel-palliation/)

## Viden

### Vigtig viden og links

#### Læsestof:

Du kan finde faglig vejledning om symptombehandling på [vejledninger.dsam.dk/palliation](http://vejledninger.dsam.dk/palliation)

#### Det korte link:

[www.regionh.dk/palliation](http://www.regionh.dk/palliation)

#### Adgang til digitale læringsmoduler (Region H's tværsektorielle kompetenceudvikling):

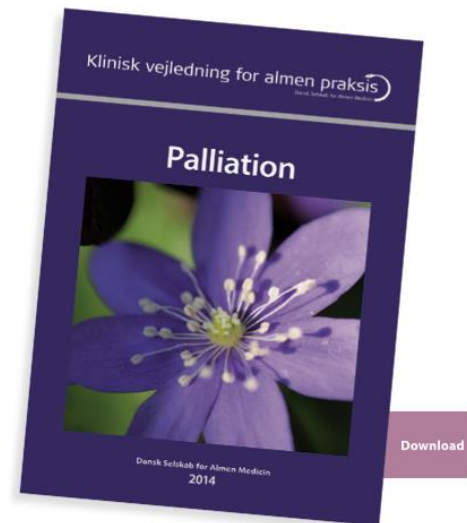
[www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/tvaersektoriel-kompetenceudvikling/Kompetencer-paa-tvaers-tidlig-palliation/Sider/default.aspx](http://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/tvaersektoriel-kompetenceudvikling/Kompetencer-paa-tvaers-tidlig-palliation/Sider/default.aspx)

#### Palliation i praksis - ny App fra Dansk Selskab for Almen Medicin :

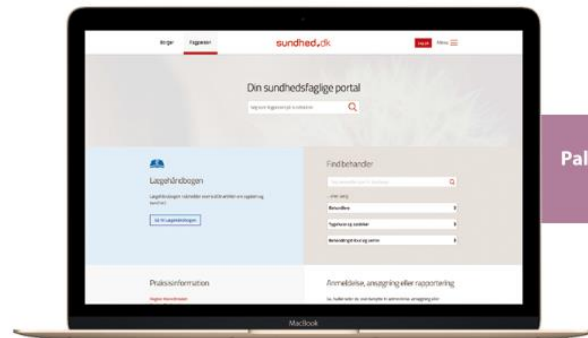
App'en giver hurtig og enkel adgang til information. Den hentes gratis i Google Play Butik eller i App Store. App'en er udviklet på baggrund af den kliniske vejledning.

#### Film og e-læring:

Region Hovedstaden har udarbejdet undervisningsmateriale, som består af film og råd om kommunikation med patienter med livstruende sygdom samt palliation generelt. Konsulenter fra KAP-H har medvirket i udarbejdelsen. [www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/tvaersektoriel-kompetenceudvikling/Kompetencer-paa-tvaers-tidlig-palliation/Sider/default.aspx](http://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/tvaersektoriel-kompetenceudvikling/Kompetencer-paa-tvaers-tidlig-palliation/Sider/default.aspx)







Palliationsværktøjskassen  
på sundhed.dk

# Organisering i egen praksis



# De fleste ønsker at dø i eget hjem.

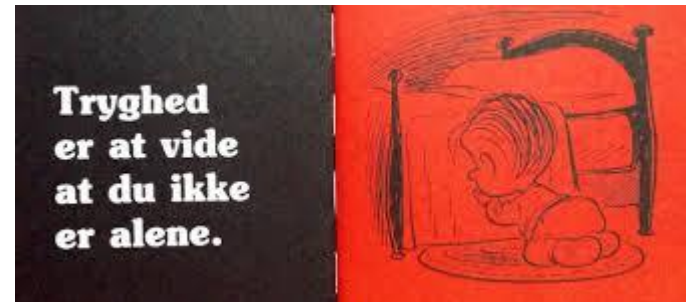
Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients  
in Denmark, Neergaard et al, Scan J Caring Sciences. Mar 2011  
Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients, Brogaard et al, (Accepteret Palliative Medicine 2012)

## Kan vi gøre det bedre?



# *Det handler om at være tryg – i eget hjem*

Det at være rolig og afslappet i tillid til at andre beskytter og tager sig kærligt af én.



*Den danske ordbog:  
<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=tryghed>*

# Fastholde kontakten

*Formål:*

*Bevar kontakten med patienten med livstruende sygdom*

Ny diagnose

- Når du modtager epikrise  
(telefonisk, mail, brev)
- Planlagt opfølgning efter henvisning

*DSAM: Kræftopfølgning i almen praksis –  
(<https://vejledninger.dsam.dk/cancer>)*

# Tidlig afklaringsamtale – ”ACP”

- Samtale om patients og familiens ønsker og behov.
- God rådgivning kræver kendskab til familiens værdier – proces over tid:
  - *Hvilke mål er de vigtigste?*
  - *Hvad frygter familie/patient mest?*
- Enige om acceptabelt behandlingsniveau
- Åbenhed om at patienten dør til sidst -> genoplivning?
- Involvering og støtte til omsorgsperson

= ***Livssamtaler: Hvordan livet skal leves ttf. alvorlig sygdom***

# ACP praktisk

1. **Undersøg** - Patientens/familiens forståelse af tilstanden
2. **Forklar** – at der er varierende holdninger til behandlingsniveau ved alvorlig sygdom/forværring
3. **Undersøg** – Hvilke behandlingsmål som er vigtig
  - *Bevare liv*
  - *Livskvalitet*
4. **Undersøg** – Hvad som er vigtig for pt./fam. fremadrettet
  - *Selvstændighed*
  - *Socialt samvær*
  - *Høre musik*
5. **Diskuter** - Realistisk behandlingsniveau for at opnå 4
6. **Diskuter** - Genoplivning/livsforlængende behandling
7. **Dokumenter**

# Praksis opgaver i den terminale fase

- **Kontakt:** Hyppigere sygebesøg/telefonopkald
- Klar **skriftlig plan** mhp genoplivning og
  - - indlæggelse og ordinationer
- **Seponere** medicin som er overflødigt.
- God **symptomkontrol** – være **proaktiv**
- Ordinere **pn-medicin** og sc. (tryghedskasse)
- Være **tilgængelig** for patient og hjemmepleje
  - ( telefonnumre, evt udlevere private tlf nr.)
- Husk **altid ny aftale** også med hjemmeplejen



**Få lov til at dø når tiden er kommet – og ikke forlænge livet unødvendigt.**



# Personalets mulige roller i det palliative arbejde

## Sekretær

- Kontakt med hjemmeplejen
- Hjælpebidler
- Være tilgængelig
- Støttefunktion læge

## Sygeplejerske

- Behovsvurdering
- Besøg
- Kontakt med hjemmeplejen
- Samtale
- Lægens "øjne og ører"

# Hvad forsøger vi at gøre hos os?

- Markering i journal – ”flydenotat”
- Hele praksis kender til palliation
- Team af læge og sygeplejerske
- Opfølgning efter henvist kræftpakke/diagnose
  - *Tid*
  - *Brev*
- Kontakter gennem tidlig pall fase/ACP
- Kontinuerlig evaluering af medicinlisten
- Fællesmøde med hjemmeplejen/familie/plejehjem i sen pall fase
- Samarbejde med hjemmeplejen i sen/terminal fase
- Tænke palliation hos ældre/plejehjemsbeboere

# Forslag til struktur

Henviser Pakkeforløb – Kontrol senest 12 uger efter - aftale/behov  
*(Kræftopfølgningssamtale + eksistentiel samtale hvis ikke cancer)*

<b><i>Tidlig fase:</i></b>	Regelmæssig kontakt Psykologiske/eksistentielle behov Comorbiditet Advance Care Planning
<b><i>Sen fase :</i></b>	Hyppigere kontakter Medicinsanering Koordinations møde Tilskud/orlov ACP
<b><i>Terminal fase:</i></b>	”Tovholder ” Symptomkontrol Pårørende

# Palliation i din praksis?

Hvordan kan du organisere dig i din praksis så I kan skabe det "gode" palliative forløb for patienterne og deres familie?

# Forudse, forbered, forebyg

Problems Square – definér problemstillingerne og vær forudseende

Problems Square definerer de palliative udfordringer inden for fire felter:

- › Det somatiske område
- › Det eksistentielle og psykologiske område
- › Det sociale område
- › Behovet for omsorg/hjælpemidler

Forudse, hvad der kan ske for at forberede og forebygge

SOMATIC DOMAIN		SOCIAL EN FINANCIAL DOMAIN	
Action plan		Action plan	
Actual problems:		Actual problems :	
Expected problems:		Expected problems:	
CARE PROVISION AND ACTIVITY OF DAILY LIVING		EXISTENTIAL AND PSYCHOLOGICAL DOMAIN	
Action plan		Action plan	
Actual problems:		Actual problems:	
Expected problems:		Expected problems:	

Husk  
forudse, forebyg, forbered



*Tak for opmærksomheden*

**HUSK**

**Evaluering**







# Medicinsk Cannabis – THC/CBD



## Effekter

### THC:

- Let smertestillende (neuropatisk)
- Appetit stimulerende
- Kvalmestillende
- Let eufori
- Krampedæmpende

### CBD:

- Kvalmestillende
- Krampedæmpende
- Antidepressivt?

*Set DPT Århus: Smertegennembrud, delir. "locked-in-syndrome"  
Obs Bilkørsel*

## Bivirkninger

### THC:

- Psykoser
- Luftvejslidelser
- Afhængighedsskabende
- Nedsat indlæring

### CBD:

- Påvirket levertal
- Interaktioner – red. leverclearance

***Specialistbehandling – Smerteteam/palliativt team***

# Genoplivning? - Beslutning

- *Principielt: Beslutnings kompetence:  
Behandlende læge dvs. den praktiserende læge!*
  - *lægen skal dokumentere*
  - **Hvis der ikke står noget, skal der handles!**
- **Tænk: Habil eller Inhabil?**

# Genoplivning? – Den habile borger

- Man skal være habil for at have selvbestemmelsesret, og det er lægen der skal vurdere habiliteten.
- Lægen afgør, om lægen ud fra sit kendskab til patienten kan vurdere patientens habilitet, eller der skal en fornyet vurdering til
- Personalets observationer....UVI, depression ? Dvs. observerede forhold, der kan betyde, at borgeren er inhabil, **er væsentlige**
- Plejepersonalets opgave: Tal med patienten (og de pårørende) **(Gerne i god tid)**
- **Lægens hovedopgave vurdere habilitet og helbred**

*Lægens svar: "xx er habil og har selvbestemmelsesret"*

*(Hvis pt. er informeret og lægen kender patienten: OK med besked via korrespondance meddelelse)*

# Genoplivning? – Den inhabile borger

- **Den INHABILE borger** – *vurdere habilitet og helbred*
- Livstestamente - indgår i beslutningen
  - Uafvendeligt døende - bindende
  - Andre situationer – vejledende
- **VURDERE om genoplivning skønnes udsigtsløs** ud fra følgende faglige kriterier
  - **1. Uafvendeligt døende patient.** *(dage til uger)*
  - **2. Svært invalideret/permanent vegetativ**
  - **3. Ikke uafvendeligt døende men de fysiske konsekvenser af sygdom eller behandling vurderes at være meget alvorlige og lidelsesfulde.**

# Aktualitet – vejledningens punkt 6.2

- Lægens beslutning skal til enhver tid være aktuel
- Lægen skal løbende evaluere en beslutning om fravalg af behandling og tale med patienten
- Det er lægens vurdering, hvornår et fravalg skal revurderes; er der tale om en kronisk tilstand, der blot forværres uden nogen udsigt til bedring, vil beslutningen være aktuel, selvom der er gået en vis tid fra vurderingen
- Dokumenter i journalen

Lægen skal have vurderet patienten i den aktuelle situation, denne kan i nogle tilfælde være af kortere varighed, i andre længere varighed:

*(Ligger der en kronisk sygdom, som fx progredierende demens, til grund for beslutningen, er den af længere varighed; men beslutningen skal vendes ved lægens besøg fremadrettet.)*

# Lægens beslutning

- En konkret lægefaglig vurdering af helbredstilstanden, skal ligge til grund.
- Lægen skal informere om: udsigterne til bedring, for overlevelse ved behandling og om hvad risikoen ved behandlingen er.
- Derefter skal patienten sige hvilken behandling han eller hun kunne ønske at blive tilbudt.
- Slutteligt - ud fra ovenstående dialog - er det lægen der beslutter hvilken behandling der fravælges eller tilbydes.
- Patienten informeres.

# Opoidrotation

Teori: Forskellige receptorer involveret

Indikation: Manglende effekt/bivirkninger

Teknik: Reducere dosis 25(-50%) i forhold til tabel

# Brev til patienten

Det er kommet besked fra hospitalet om, at du har været igennem et undersøgelsesprogram og at du har fået svar på at du fået en kræftsygdom.

Vi er klar over, at der ligger et længere behandlingsforløb forude, og megen information gives på sygehuset.

Vi ved dog også, at mange i denne situation har yderligere spørgsmål og behov for samtale, men kan have svært ved at tage initiativ til kontakt med os, specielt i din situation, hvor du aldrig har besøgt os tidligere.

Vi har også behov for at vide hvordan vi bedst støtter dig, nu og i fremtiden.

Vi vil derfor tilbyde dig at du ringer og får en tid hos en af lægerne her i huset. Ønsker du ikke samtalen lige i øjeblikket, skal du altid være velkommen til at kontakte os.



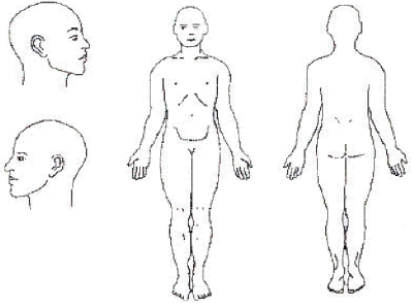
## TERMINALTILSKUD TIL MEDICIN

### – HVORNÅR SKAL LÆGEN SØGE?

- **Lægen kan søge, når patienten er døende**
- Lægen kan søge om terminaltilskud, når patienten er døende og lægen vurderer, at patienten kun kan forventes at leve i kort tid, typisk få uger til få måneder, samt at hospitalsbehandling med henblik på helbredelse må anses for udsigtsløs.
- **Hvornår skal lægen IKKE søge om terminaltilskud**
- Lægen skal ikke søge om terminaltilskud på det tidspunkt, hvor patienten får stillet en malign diagnose eller konstateret anden alvorlig sygdom, med mindre patienten allerede på det tidspunkt er indtrådt i den terminale fase.
- **Hvad dækker et terminaltilskud**
- En bevilling af terminaltilskud dækker alle patientens udgifter til medicin ordineret på recept. Også medicin der ikke er tilskudsberettiget og håndkøbsmedicin.

# Evaluere smerte

- VAS
- EORTC PAL
- Smerteskema

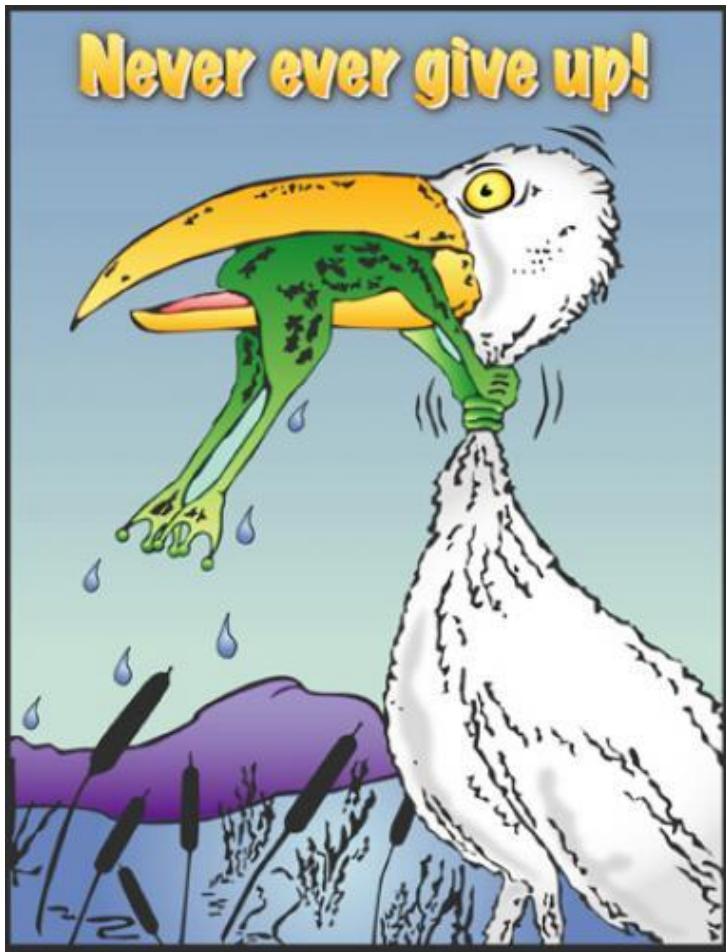
ESAS- smertekort		
<b>Hvor har du ondt?</b> Skriver figuren der, hvor du oplever din smerte / smerter Du bør lave en ny tegning, hvis dine smerter flytter sig eller ændrer karakter.		
		
<b>Hvordan opleves din smerte?</b> Passer nogle af disse ord? Sæt kryds ved de ord, der beskriver din smerte / smerter.		
Dybe/overfladiske	Udstrålende	Krampende
Murrende	Strammende	Stikkende/prykkende
Dumpe	Skærende	Snurende
Dunkende	Kolikagtige	Sviende
Diffuse	Kvælende	Brændende
Skarpe	Ømme	Kvalmende
Borende	Tyngende/trækkende	Udmattende
Trykkende	Jagende	Lammende
ESAS - smertekort (Edmonton Symptom Assessment System) Dansk version marts 2008. Oversat og revideret af Det Palliative Team, Thisted, Aalborg og Skive		

# ”Den Døende Doktor” – Klar til at dø?

<https://vimeo.com/ondemand/thedyingdoctor>

# Specialiseret palliation i region H

Institution	Antal palliative senge	Udgående team
Arresødal Hospice	12	X
Diakonissestiftelsens Hospice	16	X
Sankt Lukas Hospice	24	X
Søndergaard Hospice	14	X
Palliativ medicinsk afd. Bispebjerg Hospital	12	X
Palliativ enhed, Nordsjællands Hospital	10	X
Palliativ enhed, Herlev Hospital	6	X
Palliativ enhed, Hvidovre Hospital	6	X
Palliativ enhed, Rigshospitalet	0	X
I alt	100	



Stigende antal  
kræftpatienter

- Håb?
- *Håbet om at overleve vs.  
håbet om at leve*

# Palliation fra diagnose til død

<https://www.youtube.com/watch?v=vS7ueV0ui5U>