



# PALLIATIONS- VÆRKTØJSKASSE

FOR PRAKTISERENDE LÆGER

REDSKABER TIL AT FORUDSE | AT FOREBYGGE | AT FORBEREDE

## Indhold

Om Palliationsværktøjskassen	3
Diagnose	4
Før-behandling	5
Behandling	8
Genoplivning	12
Terminal patient	14
Tilskud	17
Rådgivning	18
Viden	19

## 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 er målrettet praktiserende læger og deres personale. Den giver i kort version et overblik over de vigtigste værktøjer, som almen praksis kan få brug for i den kliniske hverdag med patienter med livstruende/alvorlig sygdom.

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

En undersøgelse fra Århus 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.

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

Palliationsværktøjskassen er udarbejdet af Anette Denker, Thomas Górlén og Jakob Maraldo, praktiserende læger og praksiskonsulenter i KAP-H inden for onkologi og palliation.

*Februar 2025 (version 9)*



### 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.

[www.sundhed.dk/content/cms/90/115190\\_  
fasthold-kontakten-til-patienten.pdf](http://www.sundhed.dk/content/cms/90/115190_fasthold-kontakten-til-patienten.pdf)

- › Kontakt patienten telefonisk og lav evt. en konkret aftale om konsultation eller sygebesøg, eller send et brev eller mail, hvor du gør opmærksom på, at du kender til hans/hendes situation og samtidig tilbyder din hjælp
- › Du kan bruge udkastet til højre som inspiration (omskrivning af det såkaldte Korsør-brev)

[www.sundhed.dk/content/cms/90/115190\\_  
opfolgningsbrev.pdf](http://www.sundhed.dk/content/cms/90/115190_opfolgningsbrev.pdf)

#### Fasthold kontakten til patienten

*Nedenstående er udarbejdet af DSAM, Klinisk vejledning for almen praksis – Palliation (2024), bilag 7.*

Forslag til ordlyd i et brev til en patient, der nyligt er diagnosticeret med en livstruende sygdom.

Kære

Vi har fået besked fra sygehuset om, at du har været udredt/indlagt med alvorlig sygdom.

Vi er klar over, at der kan ligge et længere behandlingsforløb forude, og meget information bliver givet på sygehuset. Vi ved dog også, at man i den situation kan have yderligere spørgsmål og behov for samtale, men at mange har svært ved at tage initiativ til at kontakte deres praktiserende læge.

Vi vil gerne vide, hvordan vi bedst kan støtte dig nu og i fremtiden. Vi tilbyder bl.a. en samtale tidligt i dit sygdomsforløb, også selvom sygehusbehandlingen stadig pågår. Din ægtefælle eller andre nære pårørende er velkomne til at deltage, alt efter dit behov og ønske.

Du bestemmer selv, hvilken læge du ønsker at tale med og give yderligere indsigt i din situation. Ønsker du ikke samtalen nu, er du altid velkommen til at kontakte os på et senere tidspunkt. For os er det afgørende, at du ved, at du kan bruge os, når du har behov for det – også med anden sygdom end den aktuelle.

Følges du i forvejen her med faste kontroller/årskontroller, skal de selvfølgelig fortsætte.

Med venlig hilsen

#### Opfølgingsbrev

*Nedenstående er udarbejdet af DSAM, Klinisk vejledning for almen praksis – Palliation (2024), bilag 8.*

Forslag til ordlyd i et brev til en patient, der har gennemgået et behandlingsforløb med livstruende sygdom.

Kære

Vi har fået besked fra sygehuset om, at du har været igennem et behandlingsforløb for alvorlig sygdom.

Vi vil gerne vide, hvordan vi bedst støtter dig nu og fremover. Vi ved, at der kan være behov for at følge op på dig og din sygdom. Derfor vil vi gerne tilbyde dig en samtale. Her kan du fortælle om forløbet, og vi kan sammen lægge en plan for opfølgning for din aktuelle sygdom og eventuelt andre sygdomme.

Din ægtefælle eller andre nære pårørende er velkomne til at deltage i samtalen – alt efter dit behov og dine ønsker.

Du bestemmer selv, hvilken læge du ønsker at tale med og give yderligere indsigt i din situation.

Med venlig hilsen

## ➤ 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/sundhedsfaglig/opslag-og-vaerktoej/sundhedstilbud/search/?providerId=97730](http://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/opslag-og-vaerktoej/sundhedstilbud/search/?providerId=97730)

### Har patienten brug for palliation?

SPICT kan hjælpe med at identificere patienter, som kan have palliative behov.

[www.sundhed.dk/content/cms/90/115190\\_115190\\_spict.pdf](http://www.sundhed.dk/content/cms/90/115190_115190_spict.pdf)

**Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)**

SPICT™ - DK bruges som en hjælp til at identificere personer, hvis helbred er i forværring, herunder at vurdere behov for understøttende og palliativ behandling samt planlægge pleje, omsorg og behandling.

**Identificer generelle indikatorer for dårligt helbred eller helbred i forværring:**

- Ikke planlagt(e) hospitalsindlæggelse(r).
- Performancestatus/funktionsniveauet er dårligt eller forværret med begrænset reversibilitet (Personen bliver eksempelvis i sengen eller sidder i en stol mere end halvdelen af dagen).
- Er afhængig af andres pleje og omsorg på grund af forværring af det fysiske og/eller mentale helbred.
- Plejepersonale og/eller pårørende har brug for yderligere hjælp og støtte.
- Vedvarende vægttab; forbliver undervægtig; lav muskelmasse.
- Vedvarende symptomer på trods af optimal behandling af underliggende tilstand(e).
- Personen (eller dennes familie) beder om palliativ pleje, omsorg og behandling; vælger at reducere, stoppe eller ikke at påbegynde behandling; eller ønsker at fokusere på livskvalitet.

**Identificer kliniske indikatorer for én eller flere livs-begrænsende tilstande:**

Kræft	Hjertekarsygdom	Nyresygdom
Funktionsniveau er forværret på grund af fremskreden kræft.	Hjertesvigt eller udødt; uhelbredelig koronararteriesygdom/iskæmisk hjertesygdom med åndenød eller brystsmerte i hvile eller ved minimal fysisk aktivitet.	Stadie 4 eller 5 af kronisk nyresygdom (eGFR <30 ml/min) med forværring i helbredstilstand.
For skrøbelig til kræftbehandling eller modtager udelukkende symptombehandling.	Alvorlig perifer karsygdom, som ikke kan behandles ved operation.	Nyresvigt, som komplicerer andre livsbegrænsende tilstande eller behandlinger.
<b>Demens/skrøbelighed</b>	<b>Lungesygdom</b>	Stop af dialyse, eller dialyse påbegyndes ikke.
Ude af stand til at klæde sig på, gå eller spise uden hjælp.	Alvorlig kronisk lungesygdom med åndenød i hvile eller ved minimal fysisk aktivitet mellem eksacerbationerne.	<b>Leversygdom</b>
Spiser og drikker mindre; har synkebesvær.	Vedvarende hypoksi, som kræver langvarig iltbehandling.	Levercirrose med én eller flere komplikationer i løbet af det sidste år:
Urin- og afføringsinkontinens.	Har haft brug for respiratorisk støtte (ex. NIV, respirator) på grund af lungesvigt, eller respiratorisk støtte er kontraindiceret.	• diuretisk resistent ascites
Ude af stand til at kommunikere verbalt; begrænset social interaktion.	<b>Andre tilstande</b>	• hepatisk encefalopati
Hyppige fald; lårbrud.	I forværring og i risiko for at dø af andre tilstande eller komplikationer, som ikke er reversible; enhver tilgængelig behandling vil give et dårligt resultat.	• bakteriel peritonitis
Gentagne tilfælde af feber eller infektioner; aspirationspneumoni.	<b>Vurder og planlæg nuværende og fremtidig pleje, omsorg og behandling.</b>	• gentagne variceblødninger
<b>Neurologisk sygdom</b>	Vurder nuværende behandling og medicinering for at sikre, at personen modtager den optimale pleje, omsorg og behandling.	Levertransplantation er ikke mulig.
Fremskreden forværring af fysisk og/eller kognitiv funktion på trods af optimal behandling.	Overvej henvisning til specialstuvurdering, hvis symptomer eller problemer er komplekse og svære at håndtere.	
Taleproblemer med tiltagende kommunikationsbesvær og/eller fremskridende synkebesvær.	Opnå enighed med personen og dennes familie om den nuværende og fremtidige behandlingsplan. Støt pårørende.	
Gentagne tilfælde af aspirationspneumoni; åndedrætsbesvær eller lungesvigt.	Planlæg fremadrettet i god tid, hvis der er sandsynlighed for tab af beslutningsevne.	
Vedvarende paralyse efter apopleksi med betydeligt tab af funktion og vedvarende funktionsnedsættelse.	Dokumentér, kommunikér og koordinér planen.	

Please register on the SPICT website ([www.spict.org.uk](http://www.spict.org.uk)) for information and updates.

SPICT™ - Maj 2019



### Palliations-koordinationsmøde i hjemmet

1. Afdække behov (fysiske, psykiske, åndelige og sociale)  
Hjælpemidler? Rehabilitering? Andre?
2. Skab klarhed over patient og pårørendes ønsker og behov  
(FPB [se side 15](#))
3. Medicingennemgang. Unødvendig medicin seponeres
4. Terminaltilskud? Terminalerklæring?
5. Genoplivning?
6. Fælles plan og opgavefordeling
7. Kommunikationsveje aftales – tlf. numre (HUSK aften og nat)
8. Næste kontakt aftales
9. Dokumenter

### Skab et overblik før symptombehandling

Vær opsøgende, observer, spørg, vent ikke på at patienten klager over symptomer

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

Brug DSAM's kliniske vejledning og tilhørende app.

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



App'en hentes gratis  
i Google Play Butik

App'en hentes gratis  
i App Store

**ET BESØG VED EGEN LÆGE ER AFGØRENDE  
FOR MULIGHEDEN FOR AT DØ I EGET HJEM.**

Problems Square – definér problemstillingerne og vær forudseende

Benyttes til at kortlægge aktuelle og forventede udfordringer.

Forudse, hvad der kan ske for at forberede og forebygge

Somatisk område		Socialt og økonomisk område	
Handleplan		Handleplan	
Aktuelle problemer		Aktuelle problemer	
Forventede problemer		Forventede problemer	
Pleje og daglige aktiviteter		Eksistentielt og psykologisk område	
Handleplan		Handleplan	
Aktuelle problemer		Aktuelle problemer	
Forventede problemer		Forventede problemer	

Problem Square i dansk udgave. Udarbejdet af Dansk Selskab for Almen Medicin, Klinisk vejledning for almen praksis – Palliation (2024).

## Behandling

### Behovsvurderingsskemaer

Behovsvurderingsskemaer er vigtige i moderne palliativ medicin – vi ved at kun 10-25% af patienternes symptomer kommer frem ved almindelig anamneseoptag hos patienter i sen palliativ fase eller terminale fase.

#### EORTC QLQ-C15-pal eller PRO til basal palliation

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

Spørgeskema om hvordan du har det  
Spørgeskemaet er udarbejdet af sundhedsdatastyrelsen, 2023:  
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/digitale-loesninger/pro-pro-omraader/palliation>



#### EORTC QLQ-C15-PAL

Vi er interesserede i at vide noget om dig og din 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.

CPR-nummer: \_\_\_\_\_

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

	Slut ikke	Lidt	En del	Meget
1. Har du nogen vanskeligheder ved at gå en kort tur udenfor?	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
<b>I den forløbne uge:</b>				
4. Havde du åndenød?	1	2	3	4
5. Har du haft smerter?	1	2	3	4

[www.sundhed.dk/content/cms/90/115190\\_skema--eortcpal-pro.pdf](http://www.sundhed.dk/content/cms/90/115190_skema--eortcpal-pro.pdf)

#### EORTC QLQ-C15-PAL (screeningsredskab)

	Slut ikke	Lidt	En del	Meget
1. Har du nogen vanskeligheder ved at gå en kort tur udenfor?	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
<b>I den forløbne uge:</b>				
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
<b>I den forløbne uge:</b>				
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
15. Ved det næste spørgsmål bedes du sætte en ring omkring det tal mellem 1 og 7, som passer bedst på dig.	1	2	3	4
16. Hvordan vil du vurdere din samlede livskvalitet i den forløbne uge?	1	2	3	4
17. Har du haft andre væsentlige symptomer eller problemer, som ikke er nævnt i spørgsmålene ovenfor?	1	2	3	4
<b>I hvor høj grad har du i den forløbne uge haft:</b>				
Symptom/problem A:	1	2	3	4
Symptom/problem B:	1	2	3	4
Symptom/problem C:	1	2	3	4
Besvarede du spørgeskemaet: <input type="checkbox"/> Uden hjælp fra personale eller <input type="checkbox"/> Med hjælp fra personale?	1	2	3	4

[www.sundhed.dk/content/cms/90/115190\\_eortc.pdf](http://www.sundhed.dk/content/cms/90/115190_eortc.pdf)



## Medicin-seponering

Lægen bør allerede fra starten af et palliativt forløb have fokus på afmedicinering. Opmærksomheden bør være på at reducere antallet præparater i hele forløbet. Meningen med en given behandling ændrer sig ofte, når restlevetiden ændrer sig. Brug gerne Seponeringslisten med link: [seponeringslisten 2025](#)

Ved forventet restlevetid under 1-2 år, overvej da seponering af:

- › Statiner
- › Antidiabetika
- › Antihypertensiva
- › Osteoporosebehandling
- › Kalk og vitaminer
- › Antikoagulantia (obs. indikation)



## Husk Prednisolon (mest for kræftpatienter)

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 morfindosis.

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

\*25 mg startdosis ved åndenød, træthed

## Behandling af dehydrering i hjemmet

### Subkutan infusion

- › Enkel måde at rehydrere patienter i dårlig almentilstand
- › Kan gives i hjemmet af pårørende eller sygeplejerske
- › Ingen væsentlige komplikationer
- › 500 ml pr. 24 timer pr. nål (max 2 l /døgn)
- › Brug normal saltvandsopløsning (Natriumklorid infusionsvæske, opløsning 9 mg/ml)

## Hjælp til skift af opioider

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 og reducer ekvipotens dosis med 25%. Brug gerne omregner på [pro.medicin](#)

Ved skift til andet morfika, reducer ekvipotent dosis med 25%.

### Plaster

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

### Peroral

- › Oxycontin: 10 mg svarer til 15 mg morfin
- › Oramorph
- › Pn-dosis: 1/6 af total po-døgndosis

### Subkutan

- › Sc morfindosis er 1/3-1/2 af peroral morfindosis (fx 80 mg po svarer til 30-40 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.



### Ernæringstilskud

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

Indikation for tilskud (grøn recept): 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 til subkutan medicin



### Genoplivning/HLR (hjerne-lungeredning)

- › Hovedregel ved hjertestop: Tilkald hjælp og forsøg genoplivning. 'Der er 6 undtagelser til denne regel – se afsnittet Genoplivning på side 12



TÆNK  
PALLIATION  
**TIDLIGT**  
I FORLØBET

## › Genoplivning



### *6 situationer, hvor du ikke skal genoplive*

Du skal som udgangspunkt altid forsøge genoplivning, hvis du finder en livløs borger. Men der er 6 situationer, hvor du ikke skal:

- 1.** Når døden er helt åbenbar, eller den var forventet af lægen.
- 2.** Når en læge i situationen fravælger genoplivningsforsøg.
- 3.** Når en læge på forhånd har fravalgt genoplivningsforsøg.
- 4.** Når borgeren selv har fravalgt genoplivningsforsøg i den aktuelle sygdomssituation.
- 5.** Når borgeren selv har registreret et fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop.
- 6.** Når det er besluttet i et behandlings- eller livstestamente, og borgeren er vurderet varigt inhabil.

[stps.dk/aktuelle-indsatser/fravalg-af-genoplivning](https://stps.dk/aktuelle-indsatser/fravalg-af-genoplivning)



**Pårørende:** En habil patient bør spørges, om de pårørende skal involveres, men bestemmer det selv. Hvis patienten er inhabil, skal de pårørende så vidt muligt høres, men har ikke beslutningsret.

## *Genoplivning – Patientens ønsker skal respekteres og dokumenteres i journalen*

### **Beslutningens varighed**

Den habile patients beslutning gælder, indtil patienten selv laver den om.

Den lægelige beslutning gælder, indtil lægen selv eller en anden læge laver den om.

Begge typer beslutninger gælder fortsat, når patienten indlægges, udskrives eller på anden måde skifter sektor – og tilsvarende også under sygetransport

### **Dokumentation**

Det er, i alle situationer, lægens opgave at dokumentere beslutningen. Hvis lægen tager en beslutning i en telefonsamtale, skal den så hurtigt som muligt dokumenteres skriftligt.

### **Aktuel sygdomssituation**

I en aktuel sygdomssituation kan man som patient bestemme, at man ikke ønsker HLR i en fremtidig situation, hvor man falder død om. Den sygdomssituation, patienten skal være i, for at være omfattet af selvbestemmelsesretten, skal være af en vis alvorlighed, men der behøver ikke at være tale om en akut livstruende sygdom. I følge vejledningen skal hjertestop være en "forudsigelig situation" i forbindelse med den aktuelle sygdomssituation, for at man kan fravælge HLR.

### **Selvbestemmelse ret**

Patienter over 60 år kan registrere fravalg af genoplivning – dette fravalg kan ses på tværs af sektorer – fra lægepraksis systemer til plejesystemer og skal respekteres. Det er ingen forudsætninger for dette fravalg udover alder.

## › Terminal patient

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

### Tjekliste

#### Ved opstart af palliativt forløb

- › Tilknyttet læge markeres i journalen
- › Markering i journalen, så alle kan se, at der er en patient med særlig behov (stjerner, pop-up eller...)
- › Hvad ved patient og pårørende
- › Det social netværk
- › Religion/kultur
- › Misbrugsproblemer
- › Behandlingsniveau/fraval af genoplivning (IGVH)?
- › Udlevere pjecen 'Når diagnosen er alvorlig'
- › Kommunikere med kommunale sygeplejerske/koordinationsmøde
- › Specialiseret palliation?
- › Følges på sygehusafdelingen?
- › Rehabilitering?
- › Hjlpemidler?
- › Kontaktform og tilgængelighed
- › Ved egen læges fravær – orienter vikar

[Find DSAM's tjeklister her](#)

Tjeklisterne findes også i app'en.



#### 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)*



## Man taler bedst om døden ved at tale om livet

**Tidlig afklaringsamtale (Samtale om ønsker til Fremtidig Pleje og Behandling - FPB) er en forudsætning for et godt palliativt forløb**

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

### Vigtigt med kendskab til familiens værdier

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

› 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"

### Praktisk subkutan behandling:

- › Serenase og morfin bør gives i en separate nåle
- › Øvrige medikamina kan gives i én 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

Se Palliationsværktøjskassen  
på sundhed.dk



### Forslag til frase til journal og korrespondancer når subkutan medicin ordineres

***NB! Tilret nedenstående doseringer individuelt og informer patient og pårørende om hensigt og muligheder med subkutan behandling.***

- › Smerter: inj. s.c. morfin i beregnet dosis + p.n.-dosis sv.t. 1/6 af døgndosis.
- › Akut dyspnø: inj. s.c. morfin 2,5-5 mg (eller halvdelen af den aktuelle p.n.-dosis mod smerter)
- › Angst: inj. s.c. midazolam (1)-2,5-(5) mg p.n.
- › Delirium/uro: Tablet/mikstur/injektion haloperidol (Serenase®): 0,5-1,25 mg p.o./s.c. x 1-3 + p.n. (maks. 5 mg/døgn)
- › Kvalme: Tablet/mikstur/injektion haloperidol (Serenase®): 0,5-1,25 mg p.o./s.c. x 1-3 + p.n. (maks. 5 mg/døgn)
- › "Dødsrallen": inj. s.c. hyoscinbutylbromid (Buscopan®) 20 mg x 3-6 eller glycopyrron (Robinul®) 0,2 mg x 3-6.
- › Lungeødem: inj. s.c./i.m. furosemid 20-40 mg p.n.

## ➤ Tilskud

### Husk tilskud

#### › Terminaltilskud til medicin:

Bevilling til alle lægeordnede lægemidler til en patient med forventet kort restlevetid (få uger til få måneder). Bortfalder efter 1 år, men kan genansøges. Lægemiddelstyrelsen: fmk-online.dk – MitId/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:

### Lokal aftale i Region Hovedstaden om palliation (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-palliationsydelser forudsætter, at patienten har fået bevilget terminaltilskud til medicin.

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



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.

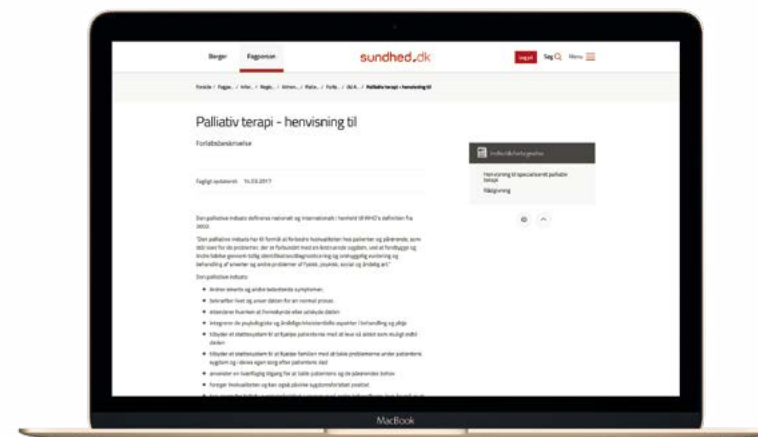
Find forslag til fraser via dette link:

[www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebbeskrivelser-efter-speciale/palliation/palliationsvaerktoejskassen/](http://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebbeskrivelser-efter-speciale/palliation/palliationsvaerktoejskassen/)

## Rådgivning

Hotline - Specialiseret  
 palliativ rådgivning:  
 Hverdage kl. 8-23  
 Weekender og søgne-  
 helligdage kl. 8-20  
**Tlf.: 3869 2025**

- › Palliativ medicinsk afdeling, Bispebjerg Hospital,  
tlf.: 3863 5891
- › Palliationsenheden, Herlev og Gentofte Hospital,  
tlf.: 3868 9750
- › Lægefaglig rådgivning, Herlev Hospital, tlf.: 3868 6492
- › Palliativ enhed, Nordsjællands Hospital Hillerød,  
tlf.: 4829 5355
- › Palliativ enhed, Amager Hvidovre Hospital,  
tlf.: 3862 6450
- › Palliativt afsnit på Rigshospitalet, tlf.: 3545 7124
- › Palliativt team for børn og unge, Rigshospitalet  
tlf.: 2037 1892
- › 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/patientbehandling/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/a-alment-og-uspecificeret/henvisning/henvisning-palliativ-terapi/](http://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/a-alment-og-uspecificeret/henvisning/henvisning-palliativ-terapi/)

### Link til forløbsbeskrivelsen om medikamentel palliation:

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

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

[www.regionh.dk/Sundhed/palliation](https://www.regionh.dk/Sundhed/palliation)

#### Palliation i praksis - 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.



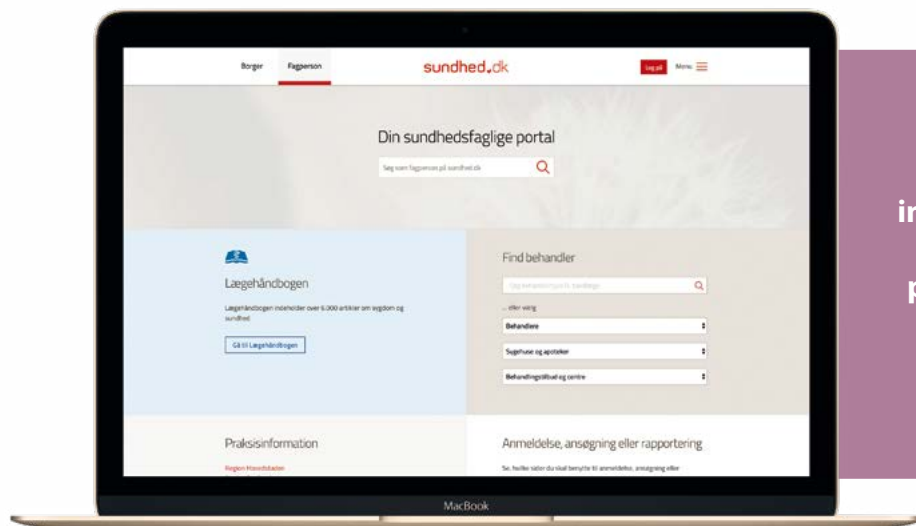
#### Film og e-læring:

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/Sundhed/palliation](https://www.regionh.dk/Sundhed/palliation)



[vejledninger.dsam.dk/palliation](https://vejledninger.dsam.dk/palliation)



[www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/  
information-til-praksis/hovedstaden/  
almen-praksis/patientbehandling/  
patientforloeb/forloebbsbeskrivelser-  
efter-speciale/palliation/  
palliationsvaerktoejskassen/](http://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebbsbeskrivelser-efter-speciale/palliation/palliationsvaerktoejskassen/)



Region  
Hovedstaden

**KAP > H**  
Kvalitet i Almen Praksis  
i Hovedstaden  
[www.kap-h.dk](http://www.kap-h.dk)