



# Undervisning for hele klinikken om palliation

## Modul 3 – Praksis' rolle i palliation

UDARBEJDET AF RIKKE PILEGAARD OG TRINE BROGAARD





## Praksis' rolle i palliation

### Forventet tidsforbrug / 3 timer

Indkald til et møde for hele klinikken til at gennemgå praksis' rolle i palliation

#### Forsalg til program for møde

1. Introducér praksis' rolle i forhold til palliation
2. Gennemgang af forslag til tjeklister: Start - fortsatte forløb - terminalfase
3. Organisering i praksis
4. Advanced Care Plan-samtale med patient, pårørende og læge
5. Samarbejdet med pårørende og andre samarbejdspartnere
6. Symptombehandling i palliative forløb
7. Behandling i den terminale fase
8. Se filmen Kontinuitet i behandlingen
9. Nedskriv en plan og aftal starttidspunkt og hvordan I følger op.

I dette modul arbejder praksis med selve den palliative indsats i egen praksis – med særligt fokus på den terminale fase.

Orienter jer gerne i forhold til definitioner om palliation i intro og baggrundsmaterialet.



## Introduktion til praksis' rolle i palliation

# Hvad ved vi?

Den praktiserende læge og/eller praksispersonale kan ofte være en vigtig aktør i hele patientens forløb. Patienter og pårørende vurderer generelt, at den praktiserende læges indsats er værdifuld – også selvom symptomlindringen ikke altid er optimal. Ud over symptomlindring er kontinuitet, kendskab til patienten og aktiv involvering (f.eks. hjemmebesøg) vigtigt i forløbet.

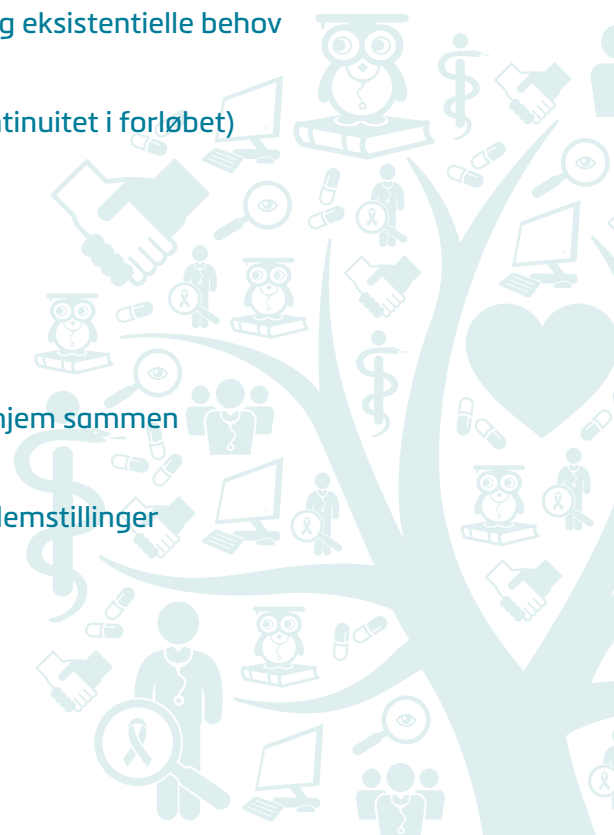
## Praksis' rolle i palliative forløb:

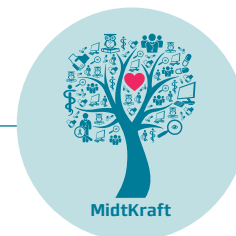
- At være proaktiv og have kendskab til patienten
- At udføre regelmæssig behovsvurdering (Fx EORTC)
- At yde symptomlindring i forhold til fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov
- At give information om hvilke ydelser, der kan bevilges
- At være gennemgående sundhedsperson (sikre overblik og kontinuitet i forløbet)
- At være forudseende
- At være tilgængelig
- At kende muligheder i lokalområdet
- At samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen
- At være opmærksom på de pårørende
- At afholde koordinerende evt. tværfaglige møder i patientens hjem sammen med hjemmesygeplejerske, palliative teams eller andre
- At søge råd og henvise til specialistniveau ved komplekse problemstillinger

### Opgave til jer i praksis:

Hvad tænker I om ovenstående bud på praksis' rolle?

Hvad har I/vil I have særligt fokus på fremadrettet?





## Symptomtjeklister

DSAM har i deres Palliationsvejledning tjeklister til brug ved start af palliativt forløb, i det fortsatte forløb og til brug i terminalfasen (Se bilag i DSAM's vejledning om palliation eller kopi her af i bilag sidst i dokumentet side 15).

<https://www.dsam.dk/vejledninger/palliation>

Tjeklisterne forventes bibeholdt i ny vejledning.

Vi anbefaler, at I drøfter tjeklisterne, og jeres evt. erfaringer med brug disse eller andre tjeklister til patientgruppen.





## Organisering i praksis

I almen praksis kan alle personalegrupper have en naturlig rolle i indsatsen for den alvorligt syge eller terminale patient. Det kan være at tage og fastholde kontakten til patienten, at tage hånd om patientens fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov, at samarbejde med patienten og de pårørende, at sikre samarbejde internt i praksis og med samarbejdspartnere uden for praksis.

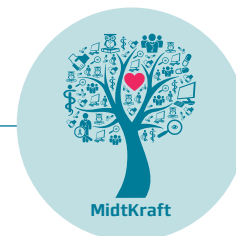
### TIPS til logistik i egen praksis

- Marker patienter med palliative behov i klinikkens journalsystem.
- Aftal diagnosekodning, tekst i reminder eller anden markering, som alle kender.
- Aftal intern arbejdsfordeling mellem læge og personale i klinikken i forhold til de enkelte patienter, og aftal gensidig sparring.
- Marker patientansvarlig læge.
- Brug tjeklisterne i DSAM's vejledning.

Det er vigtigt, at den praktiserende læge er tilgængelig for patient, pårørende, de sundhedsprofessionelle i kommunen, og de øvrige professionelle, der er involveret i det konkrete forløb.

### Hvordan sikrer I tilgængelighed?

- Giv klinikkens direkte nummer og/eller mobilnummer til patient/pårørende /sygeplejersken til brug i klinikkens åbningstid.
- Giv evt. lægens eget mobilnummer i terminalfasen eller måske tidligere. Erfaringen er, at hvis egen læge er forudseende og anvender aftalte, faste kontakter med familien, er antallet af opringninger lavt.
- Lav aftaler med kollegaer ifm. ferier eller kurser, og orienter patient og den kommunale sygepleje.
- Oplys patient/pårørende om, hvem der kan kontaktes i vagttiden i den terminale fase.



## Styr på terminaltilskud og terminalerklæring

Terminaltilskud, dækker udgifter til medicin og dette tilskud kan praktiserende læge ansøge om for borgeren hos lægemiddelstyrelsen.

Der ansøges via FMK (Fælles Medicin Kort).

Terminalerklæring er en henvisning til kommunen, hvor lægen gør opmærksom på, at patienten har en alvorlig livstruende sygdom, hvor helbredelse ikke er mulig, og hvor levetiden forventes at være begrænset. Her udfyldes LÆ165 eller en korrespondance. Fremgangsmåden kan variere fra kommune til kommune.

Forhør dig hos din kommune/kommuner.

### **Opgave til jer i praksis:**

Hvad tænker I om ovennævnte bud på organisering/logistik?

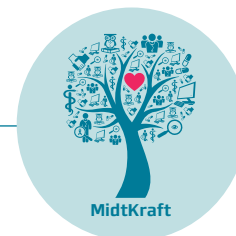
Kende alle i praksis arbejdsgangene omkring terminaltilskud og terminalerklæring?

Hvad vil I arbejde videre med?

### **Se evt. mere på dette link:**

<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/sundhedsaftalen-2024-2027/samarbejdsaftaler/palliation/opsaver-i-forbindelse-med-palliation/terminalerklaring-terminaltilskud/>



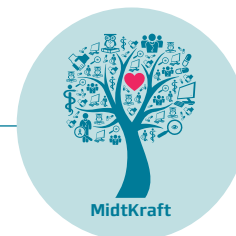


## Advanced Care Plan-samtale med patient, pårørende og læge

- At afdække patientens ønsker til fremtidig pleje og behandling
- Afklaring af hvem, der er nærmeste pårørende
- Afklaring af, hvad patienten (og de pårørende) ved om sin sygdom og dens behandlingsmuligheder.
- Afklaring af, hvad der er de vigtigste ting, som patienten gerne vil gøre eller kunne i den nuværende situation.
- Afklaring af, hvad patienten (og de pårørende) har af erfaringer i forhold til alvorlig sygdom og død. Der spørges ind til mulige bekymringer og ønsker.
- Afklaring af patientens indstilling i forhold til behandlingsniveauet. Spørgsmålene udvælges ud fra en forståelse for, hvilke fremtidige scenarier, der kan være relevante.
- Afklaring af patientens ønsker i forhold til, hvor pleje og behandling skal foregå i perioden fra nu af og frem til den sidste tid.
- Afklaring af, om der ellers er noget, som sundhedspersonalet skal vide for at kunne give den bedst mulige pleje og behandling.

### Samtalens struktur

Som megen kommunikation mellem læge og patient skal ACP-samtalen være struktureret og effektiv. REDMAP-modellen (se forklaring nedenfor) kan være med til at sikre, at samtalen er udtømmende. Vær dog opmærksom på, at det ofte er nødvendigt at tage flere samtaler. Det er individuelt, hvor meget information patient og familie kan rumme ad gangen. Situationen og symptombilledet kan ændre sig, så en revurdering bliver nødvendig.



## Samarbejdet med pårørende og andre samarbejdspartnere

### Kommunikation med patient og pårørende

Pårørende er en vigtig ressource og samarbejdspartner for det sundhedsprofessionelle team. Samtale om behandlingsniveau, forventede scenarier og ønsker kan skabe tryghed hos patienter og pårørende samt forebygge unødvendige behandlinger og indlæggelser. Ved at lægge en god plan for scenarier, hvor patient og pårørende ved, hvad de skal gøre, og hvem de skal kontakte, kan usikkerheden og utrygheden mindskes. Gerne konkrete planer for, hvad der skal ske i en forudset situation/forværring. En plan for patient og pårørendes ønsker ift. hvor patienten skal være i den sidste tid og hvor han/hun skal dø. Det kan være en fordel at have både en plan A og en plan B. Aftaler omkring »Ingen genoplivning ved hjertestop« (IGVH) og behandlingsniveau – skal patienten indlægges? Hvis nej, vil der så være undtagelser?

Ønsker for fremtidig pleje og behandling.

Samtalens struktur: REDMAP

REDMAP – SAMTALE OM FREMTIDIG PLEJE OG BEHANDLING	
<b>Ready</b>	Kan vi tale om dit helbred og dit behov for behandling/pleje? Hvem skal inddrages?
<b>Expect</b>	Hvad <b>ved</b> du? Er der noget, du vil fortælle mig? Vil du spørge mig om noget? Hvad har ændret sig? Nogle mennesker tænker over, hvad der ville ske, hvis...
<b>Diagnosis</b>	Det, vi <b>ved</b> , er... Det, vi <b>ikke ved</b> , er... Vi er <b>usikre på</b> , om... Jeg <b>håber</b> , at ..., men jeg er <b>bekymret</b> for, at... Er det <b>muligt</b> , at du måske... Har du spørgsmål? Har du bekymringer, som vi skal tale om?
<b>Matters</b>	Hvad er <b>vigtigt</b> for dig og din familie? Hvad ville du gerne <b>være i stand til at kunne gøre</b> ? Hvordan <b>ville du foretrække</b> at få din behandling/pleje? Er der noget, som du <b>ikke ønsker</b> ? Hvad ville [navn] <b>sige</b> om denne situation, hvis han/hun blev spurgt? <b>Hvorfor</b> ?
<b>Actions</b>	Det, <b>vi kan gøre</b> , er... Andre muligheder, der <b>kunne hjælpe</b> , er... Dette <b>vil ikke hjælpe</b> , fordi... Det <b>virker ikke</b> , når...
<b>Plan</b>	Lad os lægge en <b>fremtidig plan</b> for, når/hvis... At lægge en fremtidig plan kan ofte lette behandlingen i den sidste tid.





## Koordinationsmøde

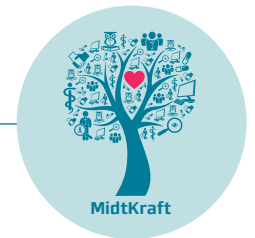
Det anbefales at mødes med den kommunale sygeplejerske i patientens hjem tidligt i forløbet, f.eks. ved udskrivelse fra hospital eller ved særlige komplekse problemstillinger.

Formålet med mødet er:

- at patient, pårørende, læge/evt. klinikpersonale og sygeplejerske i kommunen mødes.
- at få klarhed over patientens og pårørendes ønsker og forventninger
- at planlægge opgavefordeling
- at aftale kommunikationsveje mellem alle implicerede for dag, aften og nat.

I nogle situationer hindrer praktiske forhold dette fælles møde. Det er så op til læge og sygeplejerske at sikre, at ovenstående punkter alligevel bliver afklaret.





## Symptombehandling i palliative forløb

Orienter jer i DSAM's palliationsvejledning ift. tilstandens behandling, hvor der er gode behandlingsforslag for diverse symptomer. Obs også som app.



### Palliation i praksis 17+

Dansk Selskab for Almen Medicin

Designet til iPad

Nr.107 i Medicinsk

★★★★★ 5,0 • 2 vurderinger

Gratis

[Vis i Mac App Store ↗](#)

## Palliation i praksis



Symptomer  
og tilstande



Akutte  
symptomer



Terminal-  
fase



Klinisk  
vejledning



Social-  
medicin



Tjeklister



Den palliative  
patient

### Subkutan behandling i den terminale fase

Alle symptomer i den terminale fase kan i princippet lindres.

Nedenstående kan bruges som frase i journalen og tilpasses den enkelte patient



## Behandling i den terminale fase

### Vejledning til behandling af den terminale patient

- 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: Haloperidol/Serenase® 0,5-1 mg s.c. x 2-4 + p.n. (maks. 4,5 mg/døgn).
- Kvalme: Haloperidol 0,5 mg s.c. x 2-4 + p.n. (maks. 4,5 mg/døgn) eller bare p.n.
- »Dødsrallen«: inj. s.c. hyoscinebutylbromid/Buscopan® 20 mg x 3-6 eller glycopyrron/Robinul® 0,2 mg x 3-6.
- Lungeødem: inj. s.c. furosemid 20-40 mg p.n. (55).

### Omlægning af smertebehandling til subkutan behandling

Morfin bruges som smertebehandling af den terminale patient.

Plasterbehandling med fentanyl seponeres ikke, men husk at medregne dosis ved beregning af, hvor meget patienten skal have i p.n. dosis.

Giv fast dosering af morfin – 4-6/døgn.

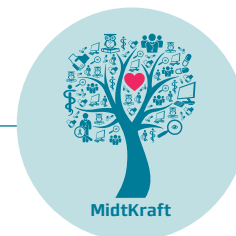
### Fire vigtige omregningsfaktorer

1. Subkutan morfindosis er 1/3 af peroral morfindosis\*.
2. P.n. morfindosis er 1/6 af total opioid døgndosis.  
(inkl. evt. opioidplaster omregnet til morfin), evt. mindre ved meget høje doser.
3. Fentanylplaster: 25 mikrogram/time svarer til ca. 60 mg morfin p.o./døgn.
4. Peroral oxycodon er 1,5-2 gange så potent som morfin  
(dvs. 10-15 mg oxycodon svarer til 20 mg morfin).

\*Omregningsfaktoren er 1/3-1/2. Her bruger vi 1/3 i tråd med »Smerteguide« (110).

Omregner findes i promedicin [Oversigt over beregnere - Medicin.dk](#)

**Se filmen: »Kontinuitet i behandlingen«**



## Hvad gør vi nu?

Hvad går vi videre med i praksis? Hvilke tiltag vil vi arbejde videre med i vores praksis. Brug arket et »Plan for opfølgning i praksis«, sidst i dette dokument til nedskrivning af plan, husk at sætte en dato for implementeringsstart på – og hvornår I vil evaluere jeres tiltag i praksis

## Hvis du vil vide mere:

Hvis I vil arbejde videre med at skabe overblik over praksis' mulige patienter med palliative behov, så vil det være en god ide at arbejde videre med Modul 1 i praksis (hvis I ikke allerede har været i gang).

Hvis I vil arbejde videre med at identificere palliative behov (og evt. samarbejde med hjemmeplejen herom) og brug af EORTC skemaet – samt blive bedre til kommunikation med patienter ift. palliative behov, så vil det være en god ide at arbejde videre med Modul 2 i praksis (hvis I ikke allerede har været i gang).





## Brug af ydelser

### Ydelser i palliationsaftale fra oktober 2022:

**4593:** SPICT – overordnet afdækning af palliativt behov

– tillægscydelser (kan anvendes af både læger og klinikpersonale).

**4594:** EORTC – afdækning af specifikke palliative behov

– tillægscydelser (kan anvendes af både læger og klinikpersonale).

*4584-4589: Sygebesøg efter palliativ aftale, ydelse er km afhængig:*

4584 Sygebesøg efter palliativ aftale op til 4 km + \*

4585 Sygebesøg efter palliativ aftale fra 5 km til 8 km + \*

4586 Sygebesøg efter palliativ aftale fra 9 km til 12 km + \*

4587 Sygebesøg efter palliativ aftale fra 13 km til 16 km + \*

4588 Sygebesøg efter palliativ aftale fra 17 km til 20 km + \*

4589 Sygebesøg efter palliativ aftale fra 21 km + \*

\* 1-6 moduler af ydelse 4590 ELLER 4591 pr. påbegyndt 10 min, udover 10 min.

4590: 10 minutters tillæg til almindeligt palliativt besøg

4591: 10 minutters tillæg til planlægnings besøg

4592: Samtale med pårørende i den palliative patients hjem (+tidsforbrugstillæg)

4592: Samtale med pårørende i konsultation

4592 +1003: Samtale med pårørende pr. video

### Her kan I finde yderligere viden:

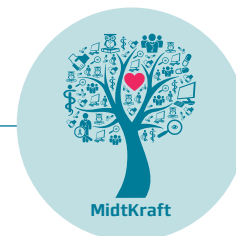
*DSAM vejledningen om palliation:*

<https://www.dsam.dk/vejledninger/palliation>

Nuværende vejledning er fra 2014. En ny vejledning er under udarbejdelse og forventes at udkomme i 2024. Forfatterne bag denne klinik baserede efteruddannelse, har haft kontakt til personkredsen som udarbejder den nye vejledning, og har derfor anvendt grafer og tabeller fra den kommende vejledning. Vi tager forbehold for evt. ændringer inden vejledningen udkommer.

*Sundhedsaftale om palliation i Region Midtjylland:*

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/regionalt/lokaftaler/palliativ-indsats/>



# Plan for opfølgning i praksis:

Hvilke af tiltagene i det ovenstående vil vi arbejde med i vores klinik?

Fx

- praksis' rolle i forhold til palliation
- Anvendelse af tjeklister – start – fortsatte forløb – terminalfasen
- Organisering i egen praksis
- Advanced Care Plan-samtale med patient, pårørende og læge
- Samarbejdet med pårørende og andre samarbejdspartnere
- Symptombehandling i palliative forløb
- Behandling i den terminale fase
- Andet

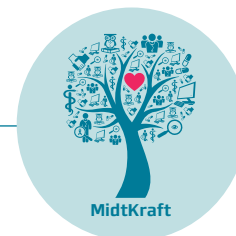
Hvem er ansvarlig/ansvarlige for at planerne føres ud i livet?

Hvordan gør vi det her i klinikken?

Aftalt dato for implementeringsstart:

Aftalt dato for opfølgning:





## PALLIATION

1

### Tjeklister i det palliative forløb

Start af et palliativt forløb	Det fortsatte palliative forløb	I terminalfasen
<input type="checkbox"/> Ansvarlig læge <input type="checkbox"/> Markering i journalen <input type="checkbox"/> Hvad ved patient og pårørende? <input type="checkbox"/> Det sociale netværk <input type="checkbox"/> Misbrugsproblemer <input type="checkbox"/> Fysiske/psykiske/sociale/eksistentielle problemer <input type="checkbox"/> EORTC QLQ-C15-PAL <input type="checkbox"/> Objektiv undersøgelse <input type="checkbox"/> Gennemgå medicin (medicinliste til pt.) <input type="checkbox"/> Andre professionelle <input type="checkbox"/> Rehabilitering <input type="checkbox"/> Hjælpemidler <input type="checkbox"/> Åben indlæggelse/hospitalskontakt <input type="checkbox"/> Det palliative team <input type="checkbox"/> Aftal kontaktform – telefon, akut-telefon, e-mail, vagttid <input type="checkbox"/> Terminaltilskud? <input type="checkbox"/> Terminalerklæring? <input type="checkbox"/> Pjecen 'Når diagnosen er alvorlig' <input type="checkbox"/> Aftal ny kontakt <input type="checkbox"/> Notatkopi (inkl. medicinliste) til hjemmepleje (plus evt. andre aktører).	<input type="checkbox"/> Fysiske/psykiske/sociale/eksistentielle problemer <input type="checkbox"/> EORTC QLQ-C15-PAL <input type="checkbox"/> Medicin – ny medicinliste <input type="checkbox"/> Forudse de kommende behov <input type="checkbox"/> Terminaltilskud/terminalerklæring? <input type="checkbox"/> Tryghedskasse – inkl. ordination <input type="checkbox"/> Forbered patient og pårørende på fremtiden <input type="checkbox"/> Lav handleplan <input type="checkbox"/> Kommuniker med hjemmesygeplejen – koordinationsmøde <input type="checkbox"/> Aftal ny kontakt.	<input type="checkbox"/> Fysiske/psykiske/sociale/eksistentielle problemer <input type="checkbox"/> EORTC QLQ-C15-PAL <input type="checkbox"/> Symptomer – reversible? Årsag? <input type="checkbox"/> Estimer forventet restlevetid <input type="checkbox"/> Forudse akutte forværringer – forebyg <input type="checkbox"/> Forbered patient, pårørende og hjemmesygeplejerske <input type="checkbox"/> Terminaltilskud/terminalerklæring? <input type="checkbox"/> Tryghedskasse – inkl. ordination <input type="checkbox"/> Medicin – ny medicinliste <input type="checkbox"/> Lav handleplan <input type="checkbox"/> Tilgængelighed? Direkte telefonnummer til klinikken og evt. privatnummer <input type="checkbox"/> Ved egen læges fravær: Orienter vikar! <input type="checkbox"/> Efter dødens indtræden – information <input type="checkbox"/> Kommuniker med hjemmesygeplejen <input type="checkbox"/> Aftal ny kontakt.

Husk at udprinte skemaer til symptomscreening (EORTC QLQ15-PAL eller ESAS) og tage dem med på sygebesøg.