

Kommentarer DSAM

Kære arbejdsgruppe i DSAM

Tak, fordi I igen reviderer jeres Kliniske Vejledning i Palliation, som er et yderst vigtigt arbejde.

Den bruges af mange læger, sygeplejersker og studerende – også uden for det almene medicinske miljø.

Vi synes, det er en grundig opdatering og kan stå inde for det meste.

Vi har dog en del små og større kommentarer, som vi synes er vigtige, at I tager med.

I er velkomne til at kontakte os ved uklarheder.

Med venlig hilsen

Lægerne i Enhed for Lindrende Behandling, Aarhus Universitetshospital

Kontakt: Mette Asbjørn Neergaard (mettneer@rm.dk)

.....

Side 8: Århus skrives med Aa

Side 9: (Gælder hele bogen!):

Navnet *Ønsker for fremtidig pleje og behandling* skrives med flere store bogstaver: *Ønsker for Fremtidig Pleje og Behandling*. Forkortelsen er i øvrigt (FPB)

Side 9: Tilføj livskvalitet: EORTC QLQ 15-PAL er et valideret redskab til screening for symptomer **og livskvalitet**

Side 9 Terminal: Der er ikke helt konsensus om det tidsinterval, I har angivet. Nogle bruger "få dage til få måneder" (Som kriterier i terminalbevilling). Internationalt kan det være helt op til 1 år! I skal være tydelige, om det er noget, I vælger, eller der er konsensus om det. I bør nok henvise til en reference. Her kan I henvise til Sundhedsstyrelsens anbef. fra 2017, som er enige med Jer. Og så kunne man tilføje: Ved *Terminal erklæring* og *Terminal bevilling* bruges dog "få uger til få måneder".

Side 9: Andre steder i bogen bruger I udtrykket også "Uafvendeligt døende", som sundhedsstyrelsen definerer: "Ved uafvendeligt døende patient forstås i sundhedslovgivningen en patient, hvor døden efter et lægeligt skøn med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for **dage til uger** trods anvendelse af behandlingsmuligheder, der er mulige ud fra den tilgængelige viden om grundsygdommen og dens eventuelle følgetilstande." (Pkt 3 hér: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/9387>)

Måske skal *Uafvendeligt døende* også defineres her i starten?

Side 10: Skriv også ved *Ønsker for Fremtidig Pleje og Behandling*, at det er Advance Care Planning

Side 20 + 22: Vejledningen er meget ord-rig. Det hjælper heller ikke at fx

Overraskelsesspørgsmålet og SPICT præsenteres både side 20 og 22

Side 25: Underlig overskrift: "SAMTALER OG BEHANDLINGSNIVEAU: ADVANCE CARE PLANNING" Det forvirrer ift. hvad ACP er. Foreslår at slette ADVANCE CARE PLANNING i titel

Side 26: Ønsker om Fremtidig Pleje og Behandling (Husk store bogstaver) forkortes FPB

- Side 26: Lidt forvirrende, at REDMAP også ser ud til at være planlægning... Dvs REDMAP er mere end ACP
- Side 27: I skriver: " Samtalerne om ønsker om fremtidig pleje og behandling bliver oftest bedst, hvis man som læge tager udgangspunkt i familiens ønsker og værdier ift. at få skabt et godt liv med alvorlig sygdom." – men ACP er definatorisk PATIENTENS ønsker
- Side 28: I skriver " Døden kan variere lige så meget for patienter fra andre kulturer som for etniske danskere." Det er vel oplevelsen af døden eller tanker om døden. Selve døden er vel den samme!
- Side 36: I skriver "depotmedicin". Det er vel kun depot smertestillende, I mener hér.
- Side 36: Intramuskulær anbefales ved akutte situationer, da medicinen optages hurtigere end sc. Fx furix ved svær, akut lungestase eller midazolam ved akut stor blødning eller svært generaliseret krampeanfald. (I nævner det selv under Kramper)
- Side 38: Alle andre bokse er vigtige (og sande) udsagn som lægen skal huske. Denne boks er lidt "ironisk" og er ikke hensigtsmæssig at have stående u-kommenteret. Det er forklaret i teksten... Så fjern boksen.
- Side 40: Skriv gerne, at ascites kun skal behandles ved livstruende syge patienter, hvis det er plagsomt for patienten.
- Side 41: I skelner ikke mellem forebyggende behandling af blødning og behandling af aktuel blødning OG om det er lille blødning eller akut livstruende blødning
- Side 43: Delirium behandling: Antipsykotisk behandling kan overvejes, hvis patienten er meget forpint. Husk der er svag evidens mod anvendelse af antipsykotika ved delirøse tilstande.
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2021/nkr-forebyggelse-og-behandling-af-organisk-delirium>
- Side 44: I skriver i boksen: "Brug aldrig benzodiazepiner alene, der kun sederer og ikke behandler det underliggende delirium." Men da der foreligger svag evidens **imod** at bruge antipsykotisk behandling bruger man ikke antipsykotisk behandling så meget som man gjorde engang. Derfor kan patienterne godt have brug for benzodiazepin uden af modtage antipsykotika – eller kun får det pn. Vi mener derfor I skal slette boksen.
- Side 45: Ved årsager til diare: tilføj efter kemoterapi: immunterapi, strålebehandling
- Side 48: Hvorfor Lorazepam før Oxapax (Lorazepam har længere halverings tid)
- Side 48: I skriver: "Morfin har overbevisende symptomatisk effekt ved dyspnø". Der ses faktisk internationalt en "tilbagetrækning" af den tidligere kraftige anbefaling af morfin ved åndenød. I bør nok modificere teksten til: Morfin har effekt ved dyspnø hos nogle patienter.
- Side 50: Binyrebarkhormon seponeres så vidt muligt *senest* når patienten er uafvendeligt døende.
- Side 54: Nyremedicinerne prøver også anti-histamin ved uræmisk kløe
- Side 57: Vedr kvalmebehandling: I den kommende DMCG-PAL kvalmeretningslinie vil første linie behandling være metoclopramid eller serenase som lige værdige. 2. linie olanzapin (Zyprexa) Startdosis: 2,5 mg x 1 nocte. Ingen dokumenteret effekt af prednisolon eller ondasetron mod kvalme hos kræftpatienter i pallativ fase uden sikker årsag. Domperidon udgår.
- Side 58: I skriver ift. kvalme behandling: " Cerebral/psykisk" skal der gives haloperidol. Dette er kun cerebral. Ved psykisk udløst kvalme gives benzodiazepin eller antidepressiv medicin ved depression.
- Side 60: Protonpumpehæmmere er ikke en del af ilieus-pakken. Gives som vanligt ved gastritgener – som dog sjældent er en del af billedet ved ileus

- Side 62,63: Magnesia 1. valg til obstipation, hvis patienten kan tage tabletter. Man er gået væk fra, at det kræver meget væske. Det er billigere og lettere at administrere. Der findes ikke sammenlignende studier i favør af makrogol.
- Side 66: DSAMs vejledning bør være i tråd med Sundhedsstyrelsens smerteguide: https://www.sundhedsstyrelsen.dk/-/media/Udgivelser/2019/Smerteguide.ashx?sc_lang=da&hash=9546207DC9A3DE821FF1D19E4B231842
Dvs Depot opioid gives x 2 og ikke x 3
- Side 66: Døgndosis af opioid er den faste opioidbehandling, pn doser medregnes ikke. Der er risiko for uhensigtsmæssig øgning af patientens opioidforbrug, hvilket ikke er til gavn for patienten. Mange patienter vil altid have et pn forbrug til gennembrugssmerter lige meget hvor høj grundbehandlingen er, og hvis man hele tiden ligger pn forbruget over i en depotformulering ender man hurtigt i meget høje doser.
- Side 66: Ved opstart af opioid: Mange syge og svækkede tåler ikke 5 mg til en start og hvis de får større dosis, tror de ikke, at de tåler morfin efterfølgende. Start gerne med 2,5-5 mg.
- Side 68: Husk morfin har bedre NNT til neuropatiske smerter end de fleste sekundære analgetika
- Side 77: Vedr Blære spasmer: Da MAP-supp er svære at få fat i, har uhensigtsmæssig adm.form (rektalt) – og dyre, bør morfin po først afprøves.
- Side 78: Vedr Vena cava sup syndrom: Der ses hævelse i begge arme. OBS. Rækkefølge: Hævelse, Halsvenestase og dilaterede kollaterale vener er mest karakteristisk.
- Side 81: Hvad betyder 8-tallet i boksen?
- Side 81: Rækkefølgen i medicinlisten bør være efter vigtighed: byt om på Midazolam og Haloperidol
- Side 82: Ved dyspnoe: Midazolam er også en vigtig behandling
- Side 82: Del uro og delirium op i to. Ved uro, som ikke er delirium: Midazolam (Det er også det, I skriver i boksen øverst side 84)
- Side 82: Kun lidelsesfuldt delirium behandles med haloperidol
- Side 83: I skriver: "Giv fast dosering af morfin – 4-6/døgn" Hvad menes? Man forstår det let som om man altid bare gør det... det er jo kun hvis patienten har smerter...
- Side 83: Foreslår sætningen "Steroider kan oftest seponeres uden nedtrapning i den terminale fase, når patienten ikke længere kan tage peroral medicin, men kan gives subkutant i separat nål ved særlig indikation." omformuleret til: "Steroider bør trappes ned i forløbet i takt med, at patientens almen tilstand forværres. Kan oftest helt seponeres uden nedtrapning i den terminale fase, når patienten ikke længere kan tage peroral medicin. Kan gives subkutant i separat nål ved særlig indikation."
- Side 84: Boks øverst. Igen ville vi anbefale at rækkefølgen er morfin, midazolam, haloperidol. Mange patienter klarer sig med morfin og midazolam.
- Side 84: 2. boks: uafvendelig døende er ikke definere i bogen. Se kommentar vedr side 9.
- Side 87: I skriver" I terminalerklæringen kan lægen tilføje, om patienten er ordineret ernæringspræparater, om en nærtstående ønsker at ansøge om plejeorlov eller andet relevant."
Kan man ikke tilføje: "Det anbefales altid at tilføje disse 2 muligheder, da der ellers skal laves ny terminalerklæring senere i forløbet"
- Side 89: I skriver: "Når patienten er henvist til fysioterapi via egen læge, kan der søges om dækning af egenbetalingen, hvis patienten er terminalerklæret"
Kan man tilføje: ", hvor der ikke skal søges om vederlagsfri fysioterapi"
Vi oplever mange, hvor der bliver problemer ud af dette...

Faktisk er der bare mulighed for at lave en henvisning til en privat-praktiserende fysioterapeut, krydse af i alm fysioterapi og så i teksten skrive, at patienten er terminal erklæret og der skal ydes fysioterapi efter §122 i serviceloven. Og så beskrive hvad fysioterapeuten skal have fokus på. Det bilag (nr 10) I har lavet synes vi ikke er en hjælp til lægen i denne sammenhæng.

Laminat ark

Smerter

Vedr "Vigtige omregningsfaktorer

Omregn al opioid (peroral, plaster og parenteralt givet det seneste døgn) til morfin"

- Hvad menes der? Vil I omkonvertere til morfin eller? Det skal være tydeligt HVORFOR I regner al opioid om til morfin.

Vedr: "Analgetika til neuropatiske smerter": Husk morfin har bedre NNT til neuropatiske smerter end de fleste sekundære analgetika

Gabapentin: bør doseres x 2-3, når der øges fra 300 mg x 1

Pregabalin: skal have en "dot"

Delirium:

- Husk der er svag evidens mod anvendelse af antipsykotika ved delirøse tilstande. Skal kun gives, hvis patienten er svært forpint.
- I skriver, at olanzapin med fordel kan anvendes ved agiteret delirium. Det er der ikke evidens for

Åndenød:

- I skriver: "Vifte til afkøling af trigeminus (kinden) med en lille ventilator" Vifte og ventilator er to forskellige ting. Sidstnævnte kalder ofte "fan"
- Hvorfor lorazepam? Oxazepam har kortere halveringstid.
- Midazolam, hvis patienten ikke kan tage tabl

Kvalme:

I den nye DMCG-PAL retningslinje bliver det metoclopramid eller serenase som ligeværdige 1. valg, og olanzapin (startdosis 2,5 mg x 1 nocte) som valg derefter...

Domperidon udgår...

Obstipation:

Se kommentar om Magnesia ovenfor

Blødning:

Tranxamsansyre po er mere som forebyggende.

Slet lorazepam – eller sæt i hvert fald oxapax øverst.

Ileus:

Protonpumpehæmmere er ikke en del af ileus-pakken. Gives som vanligt ved gastritgener – som dog sjældent er en del af billedet ved ileus

Figurer

Figur 6

Det giver ikke mening at skelne mellem Lindrende behandling og Palliativ behandling, som I gør. Det er det samme!

Figur 7

Hvad er den yderste, lyse ring? Den giver kun mening, hvis man også ser Figur 8...

Figur 11

Meget underligt at 1. forfatter af artiklen ikke er blevet spurgt om den må bruges! Men hermed ok til at bruge figuren (Hilsen Mette A.N.)

Figur 16

I skriver " Overvej tillæg af analgetikum til neuropatiske smerter". Nu er det sådan at opioid har bedre NNT end de fleste sekundære analgetika. Forslag: " Overvej tillæg af sekundær analgetikum ved manglende effekt på neuropatiske smerter"