

Dansk Selskab for Almen Medicin

Høringsbidrag vedr. Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning om palliation

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har den 16. januar anmodet Region Hovedstaden om at bidrage med evt. bemærkninger til den offentlige høringsversion af den kliniske vejledning for almen praksis vedr. palliation.

Region Hovedstaden takker for muligheden for at kunne bidrage med bemærkninger til vejledningen vedr. palliation.

Høringsbidraget er inddelt i to sektioner. I den første sektion fremgår overordnede bemærkninger, mens den anden sektion indeholder mere specifikke kommentarer.

Overordnede bemærkninger

Den kliniske vejledning for almen praksis vedr. Palliation er en omfangsrig vejledning med et højt ambitionsniveau. Vejledningen kan med fordel omhandle mere basal palliation, der er lettilgængelig og kan anvendes i hverdagen. I stedet kan der henvises til andre vejledninger, som løbende opdateres. Herved undgås det, at vigtige pointer drukner i teksten.

Der er mange scoreredskeer i vejledningen, og de giver mening hver især, men antallet kan med fordel mindskes en del.

Flere skemaer har nogle mindre mundrette titler, der kan gøre det svært at huske hvilke skemaer, der skal anvendes i hvilke situationer. Dette gøres mere tydeligt, eksempelvis illustreret ved brug af bokse.

Til trods for at vejledningen allerede er meget omfangsrig, synes det relevant at inddrage betragtninger og kommentarer om medicinbivirkninger, særligt når de anbefalede lægemidler gives i kombination med hinanden. Det kunne med fordel specificeres, at årsagen til nogle af de symptomer, der nævnes i vejled-

ningen, kan omhandle bivirkninger, samt hvilke konkrete præparater, der kan være tale om.

Flere steder i vejledningen omtales nye typer af ydelser til patienterne. Vi er usikre på, hvorvidt de er dækket af ydelser i overenskomsten, da de ikke er dækket af lokale aftaler i Region Hovedstaden. Dette omhandler eksempelvis samtale med pårørende eller samtale om den sidste tid, som vi ikke vurderer kan indeholdes i en almindelig konsultation.

Det synes relevant at inddrage et afsnit om ydelser i overenskomsten, og hvordan disse afregnes.

Det anbefales, at overenskomstparterne gennemgår overenskomsten, når vejledningen er færdig med henblik på, at der skal ske evt. justeringer.

Mere specifikke bemærkninger

Indholdsfortegnelse:

s. 6, der angives forkert sidetal for *bilag 10*.

Afsnit 3 – Den palliative tilgang

s. 11, indfør følgende punkt i rubrikken: Overvej somatisk palliativ tilgang når patient med livstruende sygdom henvender sig pga. sociale udfordringer som arbejdsmarkedstilknytning og udtalelser i relation hertil.

s. 12, under afsnittet: *Hvornår starter den palliative indsats* fremstår ”grænsen” lidt skarp og ”gammeldags”. Det er ikke helt tydeligt i den oprindelige tekst/udkastet, at palliation også kan være livsforlængende tiltag, men det er iht pt præferencer. Det er beskrevet fint i Region Hovedstadens beskrivelse: [link](#) hvor der står følgende:

”Palliation har hidtil været forbundet med den lindrende indsats i den allersidste tid med alvorlig sygdom – indtil døden. Det billede er vendt, og i dag er der i høj grad fokus på at begynde den palliative indsats tidligt for at øge livskvaliteten og understøtte hele behandlingsforløbet og rehabiliteringen fra start, hvor mange stadig forventes at kunne blive helbredt for sygdommen.

Formålet med den palliative indsats er at sikre lindrende og støttende behandling, pleje og omsorg til alle, der er ramt af livstruende sygdom – og med fokus på øge patienternes livskvalitet og tidligt opspore behovet for behandling og hjælp til at opnå et bedre livskvalitet gennem hele sygdomsforløbet.”

Afsnit 4 – Organisation og samarbejde:

Det er godt, at omfanget af samarbejdspartnere illustreres. Den praktiserendes læges etablering af kontakt til samarbejdspartnere kunne i stedet formuleres mere som en mulighed end som en forventning. Herved er fokus på at løse de opgaver den praktiserende læge er bedst til, og som de andre aktører ikke kan varetage.

s. 14, "Den praktiserende læge er den eneste gennemgående sundhedsperson". I almen praksis kan man arbejde i palliative teams. Der kunne i stedet stå almen praksis som gennemgående sundhedspersoner, frem for at gøre den enkelte læge ansvarlig.

s. 15, "At kende mulighederne i lokalområdet" samt "At rådgive om, hvilke ydelser der kan bevilges og evt. henvise til dem". Det er måske for ambitiøst at forvente, at almen praksis skal rådgive om kommunale ydelser.

s. 17 og 19, skriv PRO Palliation i stedet for EORTC-QLQ-C15-Pal. Tilføj evt. en linje om, at PRO Palliation er en videreudvikling af EORTC til brug på tværs af kommuner, hospital og almen praksis.

s. 18, i vejledningen omtales flere steder særligt komplekse problemstillinger, der kan føre til henvisning til specialiseret indsats, herunder hjemmeboende mindreårige børn, stofmisbrugere, kræft i hjernen mm. Det ville måske være relevant at udarbejde en samlet liste for disse opmærksomhedspunkter.

s. 19, Region Hovedstaden vagtberedskab er ikke døgndækkende, i hverdage er rådgivningstelefonen åbent ml. 08.00-23.00 og ml. 08.00-20.00 i weekender og søgnehellidage.

Afsnit 5 – Livstruende tilstande:

s. 20, skema for livstruende tilstande og særlige palliative behov er godt og overskueligt.

s. 22, surprise question og SPICT bruges også i kommuner.

s. 23, SPICT4ALL er målrettet personale, der arbejder med mennesker, der kan have behov for en palliativ indsats [link](#)

s. 24, 25 + flere, skriv PRO Palliation i stedet for EORTC-QLQ-C15-Pal. Tilføj evt. en linje om, at PRO Palliation er en videreudvikling af EORTC til brug på tværs af kommuner, hospital og almen praksis.

Afsnit 8 – Pårørende:

s. 30, pårørende til patienter med kognitive udfordringer som hjernemetastaser, demens etc. er særligt belastede og bør støttes maksimalt. Yngre voksne

og ikke hjemmeboende børn overses ofte og bør have særlig opmærksomhed.

Afsnit 9 – Generelt om symptomlindring:

s. 35 vedr. akupunktur "Akupunktur kan anvendes ved kræftrelateret fatigue, kemoinduceret kvalme og opkastning samt leucopeni (78–80)." Det kunne specificeres hvilke symptomer ved leukopeni, som man forventer akupunktur hjælper på.

Afsnit 10 – Lindring af symptomer og tilstande:

s. 37, lymfødeme bør medtages i dette afsnit. Dette er et hyppigt og ofte overset symptom hos særligt kræftpatienter. Der mangler generel viden om lymfødeme blandt lægestanden. Ved at nævne det i vejledningen kan der måske komme lidt mere opmærksomhed omkring dette symptom. Men det kræver, at der skal skrives et helt nyt afsnit ind om lymfødeme, som det ses ved de andre symptomer.

s. 43, i behandlingstabellen for delir, kunne det med fordel tydeliggøres, at farmakologisk behandling er sekundært valg i forhold til non-farmakologisk behandling, i stedet for at placere dem side om side i tabellen.

s. 44, "Brug aldrig benzodiazepiner alene, der kun sederer og ikke behandler det underliggende delirium." Per definition er den underliggende årsag organisk, det bør tydeliggøres, at benzodiazepiner kan forværre delir.

s. 45, at betablokkere kan medvirke til udvikling af depression kan omformuleres til, at der er en association mellem betablokkere og depression, men at kausaliteten er mere usikker.

s. 47, ud for figur 14 står der *Håndholdt vifte*. Det ønskes præciseres, hvad menes der med dette, er der tale om en metafor, eller noget en sengeliggende har glæde af.

s. 50, støtte til pårørende står implicit, men bør være eksplicit.

s. 51, Det kan overvejes at skrive hypercalcæmi i stedet for hyperkalcæmi, herved undgås forveksling med hyperkaliæmi.

s. 54, det kan overvejes om listen bør være udtømmende for medicin, for eksempel kan paroxetin udelades, da det sjældent anvendes, hvorfor erfaring om anvendelse er mangelfuld. Det bemærkes, at naltrexon er på enkelttilskud, hvis patient ikke er terminal.

s. 54, Kolestase 74, er der tale om en kildehenvisning?

s. 57/58, det fremgår under kvalme og opkastning, at opioider bedst gives om morgenen. – er det evidens for det, og er det kun iht. denne indikation? Det bør fremhæves, da det ellers taber sig i mængden af information.

s. 59, Sandostatin er ikke nævnt, dette er vel overvejet.

s. 66, en præcisering af nyrefunktion og opioider, altså at dosis (reduktion) og præparatvalg afhænger af nyrefunktion.

s. 67, Eksemplet med omregning af morfin-ækvivalenter kunne med fordel angives i en tabel.

s. 68, der kunne indsættes skema/boks med ækvipotente doser for at gøre det mere overskueligt.

s. 69, flere steder nævnes høj dosis ved smertebehandling, der kunne indgå afsnit om af- og nedtrapning.

s. 69, øverst på siden står der "*Begyndelsesdosis for alle tre præparater...*" ovenfor nævnes der to.

s. 71, clonidin er ikke nævnt, det kan skaffes på særtilladelse, men det er besværligt at skaffe, da det hele tiden skifter leverandør, så godt valg at undlade det.

s. 72, det er godt med et afsnit om sår til at vejlede personalet.

s. 76, det bør fremgå, at man som praktiserende læge kan søge enkelttilskud til Ritalin ved træthed.

Afsnit 11 – Den døende patient:

s. 79, " Mulighed for kontakt til egen læge udenfor dagarbejdstid er at foretrække. I modsat fald og ved fravær og ferie aftaler lægen med en kollega at varetage situationen." I overenskomsten for almen praksis fremgår det, at besøg afregnes med vagthonorar. Det undrer os lidt, at man har denne anbefaling i overenskomsten, når vagthonorarerne i vagttid på hverdage efter kl. 16 er lavere end honoraret for et sygebesøg i dagtid.

Laminatark

I den seneste vejledning er Serenase maxdosis justeret fra 6 til 4,5 mg.

For at overskueliggøre omregningsfaktorer kunne de med fordel fremgå af en boks.