

# Vejledning i medikamentel palliation i terminalfasen

Til landets læger

## 1. Indledning:

Patienter med en dødelig eller livstruende sygdom vil gøre sig tanker om, hvordan den sidste fase af deres liv vil forløbe. Nogle kan frygte, at de ikke kan blive tilstrækkeligt lindret, og patienterne skal derfor løbende oplyses om mulighederne for lindring.

En målrettet og behovsstyret individuel information kan tydeliggøre de konkrete muligheder, og der bør lægges vægt på, at man vil gøre alt, hvad der er muligt for at lindre fysiske og psykiske symptomer, hvis patienten ønsker dette.

Formålet med denne vejledning er at oplyse om rammerne for medikamentel palliation i terminalfasen. Vejledningen er rettet til de læger og andet sundhedspersonale, der varetager eller medvirker til palliation hos patienter med en dødelig eller livstruende sygdom.

På sygehuse skal der i fornødent omfang laves lokale instrukser for medikamentel palliation i terminalfasen. I primærsektoren bør der på samme måde være retningslinjer for samarbejdet imellem praktiserende læger og hjemmesygepleje og øvrige personale, der deltager i behandlingen og pleje af terminale patienter.

Vejledningen er et supplement til "Anbefalinger for den palliative indsats" (Sundhedsstyrelsen 2017), se Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

## 2. Lovgrundlag

I henhold til autorisationslovens § 17 er læger under udøvelsen af deres virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Det indebærer blandt andet en pligt til at sikre den nødvendige medicinske lindring af den enkelte patient.

I henhold til sundhedslovens § 25, stk. 3, kan en læge i en situation, hvor en patient er uafvendeligt døende, indgive de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

Der er ikke tale om aktiv dødshjælp (eutanasi), som er forbudt i Danmark. Ved uafvendeligt døende patient forstås 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.

## 3. Anvendte begreber

Ved *medikamentel palliation* forstås medikamentel behandling, der er symptomlindrende, men ikke helbredende.

Ved *terminalfasen* forstås efter denne vejledning patientforløbet efter aktiv sygdomsbehandling er ophørt.

Ved *palliativ sedering* forstås medikamentel lindring af en uafvendeligt døende patient, der er svært lidende på grund af fysiske symptomer (smerter, åndenød o.l.) eller psykiske symptomer (angst o.l.), der ikke har kunnet lindres på anden måde. Behandlingen kan eller vil medføre nedsat bevidsthedsniveau eller søvn. Bevidstheden bliver således nedsat så meget, at muligheden for at kommunikere med patienten bliver nedsat eller helt ophører. Sederingen kan forekomme kontinuerligt (varigt) eller periodisk og kan som nævnt alene gives, når patienten er uafvendeligt døende.

Palliativ sedering må ikke forveksles med den almindelige symptomlindring af den døende patient, som også omfatter medicinering med opioid, anxiolytika m.v., se i øvrigt afsnit 6.

## **4. Information og samtykke**

### **4.1. Habile patienter**

Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden en habil patients informerede samtykke. Ved informeret samtykke forstås ifølge lovens § 15, stk. 3, et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. sundhedsloven § 16.

Habile patienter skal derfor før medicinske palliative interventioner informeres om de forventede virkninger, risici og bivirkninger ved behandlingen og have givet sit samtykke hertil.

Fyldestgørende information er betinget af god kommunikation mellem patient og læge. Informationen skal indeholde tilstrækkelig oplysning om sygdomstilstanden, behandlingsmuligheder, risici og bivirkninger m.v., så patienten med mening kan tage stilling til behandlingsspørgsmålet. Fra lægelig side skal der tages udgangspunkt i, at patienten ikke har nogen særlige forudsætninger for at tage stilling til det. Herudover er lægen forpligtet til at svare på spørgsmål og give yderligere information. Den enkelte patients særlige situation kan bevirke, at yderligere information er nødvendig.

Lægen har således pligt til at give så megen information, som er nødvendig for, at patienten kan overskue behandlingsforløbet samt eventuelle følger af behandlingen. Da patienten også skal have mulighed for at tage stilling til, om der overhovedet ønskes behandling, skal der udover forskellige behandlingsmuligheder også informeres om konsekvenserne af, at der ikke iværksættes behandling.

De nærmeste pårørende til en habil patient bør informeres og høres i beslutningsprocessen, hvis patienten samtykker til dette, da tæt dialog og samarbejde ubetinget er et grundlag for at sikre patient og pårørende det bedste forløb.

### **4.2. Varigt inhabile patienter**

Efter sundhedslovens § 18, stk. 1, er det de nærmeste pårørende, der giver informeret samtykke til undersøgelse, behandling m.v. for varigt inhabile patienter. I de tilfælde, hvor patienten er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, kan informeret samtykke gives af værgeren. I de tilfælde, hvor en patient har afgivet en fremtidsfuldmagt, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, kan informeret samtykke gives af fremtidsfuldmægtigen, i det omfang fremtidsfuldmagten bemyndiger fremtidsfuldmægtigen dertil.

Hvis patienten imidlertid er uafvendeligt døende, har de nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig dog ingen kompetence til på patientens vegne at fravælge eller give samtykke til at indlede eller fortsætte en livsforlængende behandling, jf. sundhedsloven § 22 og § 25. De nærmeste pårørende bør dog inddrages i behandlingen, selv om de lovgivningsmæssigt ikke har et krav på dette, da tæt dialog og samarbejde ubetinget er et grundlag for at sikre patient og pårørende det bedste forløb. Lægen træffer den endelige beslutning om, hvilken behandling der skal gives. Lægen skal i denne situation handle i patientens interesse.

## **5. Journalføring**

Ved beslutninger om palliative interventioner skal behandlingsindikation, information, teknik og dosering, ændring heraf samt begrundelse herfor, journalføres tillige med en løbende beskrivelse af patientens tilstand.

## **6. Symptomer i terminalfasen**

I terminalfasen kan ses en forøgelse og/eller forstærkelse af mange symptomer, eksempelvis smerter, angst, dyspnø, konfusion, kvalme, opkastninger og sekretproblemer, såvel som udtalt fysisk træthed med søvntrang, ligesom eksistentielle tvivsspørgsmål er almindeligt forekommende.

## **7. Medikamentel palliation**

### **7.1. Medikamenter**

Indgivelse af opioid er et hovedelement i den palliative smertebehandling, men må ofte kombineres med hjælpestoffer (antiemetika, antipsykotika, anxiolytika, steroider, sekretionshæmmere m.m.).

### **7.2. Administrationsformer**

Peroral (gennem munden) eller rektal (gennem endetarmen) behandling fortsættes, så længe dette er muligt. Medicin bør dog ikke administreres rektalt hos uafvendeligt døende patienter.

Transdermal applikation (plasterbehandling) er en mulighed i forbindelse med basis smertebehandling, og bør, når det først er sat i gang, fortsættes gennem hele forløbet. Igangværende epidural/spinal (gennem rygmarvskanalen) smertebehandling bør ligeledes fortsætte uændret gennem hele forløbet i samarbejde med anæstesiafdeling, palliativ afdeling, palliativt team eller smerteklinik.

Er der herudover behov for parenteral (ved injektion eller infusion) medicinering i terminalfasen kan anvendes enkeltinjektioner, subkutan infusion med pumpe eller intravenøs infusion (se afsnit 7.2.1–7.2.3).

I den terminale fase må det overvejes konkret for den enkelte patient, om vanlig medicin, eller dele heraf, skal seponeres, hvis den ikke bidrager til lindring.

#### **7.2.1. Enkelthinjektioner**

Subkutan injektion (injektion under huden) er mindre traumatisk end intramuskulær injektion (injektion i muskulaturen), men maksimal virkning kan indtræde lidt efter, at behandlingen påbegyndes. Injektion i en kanyle, der ligger á demeure (dvs. blivende), er mest skånsom. De medikamina, der aktuelt anvendes i terminalfasen, kan gives subkutan. Enkelthinjektioner bør begrænses antalsmæssigt over døgnet, og ved behov for hyppige enkeltinjektioner bør vælges kontinuerlig infusion med det formål at undgå symptomgennembrud.

Ulempen ved enkeltinjektioner er, at effekt og bivirkninger kan være stærkt fluktuerende (svingende), særligt hos patienter med kredsløbsinsufficiens og ødemer.

#### **7.2.2. Subkutan infusion med pumpe**

Ved denne metode opnås konstant effekt, og der stiles mod forebyggelse af symptomgennembrud. Metoden er ligeledes minimal traumatisk.

Udover hos patienter med kredsløbsinsufficiens og ødemer (se afsnit 7.2.1.) indebærer metoden særskilte ulemper, da selve pumpens teknik kan risikere at fjerne fokus fra patienten, ligesom anvendelse af pumpe forudsætter tæt kontrol af, at patienten ikke overdoseres. Patienten skal desuden under alle omstændigheder tilses hyppigt med henblik på klinisk vurdering og stillingtagen til medicinjustering og fortsat medicindosering. Endelig kan metoden give plejemæssige problemer i forbindelse med lejring af patienten, infektioner mv.

#### **7.2.3. Intravenøs infusion**

Ved denne metode opnås ligeledes en konstant effekt. Metoden indebærer som hovedregel ingen fordele frem for subkutan infusion, medmindre der skal indgives medicin, der kun kan gives intravenøst.

Ulemper ved metoden er hurtig udvikling af tolerans og behov for hyppig observation, hvilket vanskeliggør anvendelse i hjemmet samt risiko for uhensigtsmæssig tilførsel af væske og risiko for infektioner ved indstiksstedet.

### **7.3. Palliativ sedering**

Kontinuerlig (varig) og periodisk palliativ sedering er kun meget sjældent indiceret, hvis den øvrige palliation er vel tilrettelagt.

### 7.3.1. Kriterierne for anvendelse af palliativ sedering

Følgende kriterier skal være opfyldt, før palliativ sedering kan finde sted:

1. Patienten er uafvendeligt døende og er svært lidende på grund af fysiske eller psykiske symptomer, der ikke har kunnet lindres på anden måde.

Hvis patientens sygdom er så fremskreden, at døden med stor sikkerhed forventes inden for kort tid (timer til få døgn) kan kontinuerlig (varig) palliativ sedering gives. Hvis den forventede levetid vurderes at være længere, kan periodisk palliativ sedering forsøges under løbende vurdering. Vurderingen skal indebære stillingtagen til, om sedering ikke længere er påkrævet, om den periodiske sedering bør fortsætte eller det er nødvendigt at overgå til kontinuerlig (varig) sedering.

2. At patienten, så vidt det er muligt, er fuldt informeret om sin helbredstilstand, prognose og hvad den palliative sedering vil indebære, herunder sederingens dybde og varighed, og at sederingen vil ske i en grad, så symptomerne er tilstrækkeligt lindret.
3. At den nødvendige faglige ekspertise, med indsigt i patientens sygdom, har været inddraget og har anset alle andre behandlingsmuligheder for udtømte. Årsagerne til patientens lidelser skal være diagnosticeret, og al anden behandling af enkeltssymptomer skal være forsøgt eller nøje vurderet, men fundet utilstrækkelig.
4. At der er adgang til eller tilknyttet tilstrækkelig lægefaglig ekspertise, eksempelvis fra palliativt team.

### 7.3.2. Udførelse og overvågning af palliativ sedering

Der må ikke sederes dybere, dvs. patientens bevidsthedsniveau må ikke sænkes mere, end det er tilstrækkeligt til at lindre patientens lidelser.

Patienten skal overvåges med kontrol af bevidsthedsniveauet, frie luftveje og effekt af behandlingen. Overvågningen skal omfatte eventuelle bivirkninger af behandlingen, så der kan følges op på disse.

Ved igangsættelse eller fortsættelse af periodisk sedering skal det altid forinden lægefagligt fastlægges, hvornår patienten skal forsøges vækket igen, med henblik på at afklare, om der fortsat er behov for sedering. Hvis patienten på dette tidspunkt fortsat er ubærligt lidende, skal den periodiske palliative sedering straks genoptages. Sederingen kan dog overgå til at være kontinuerlig (varig), hvis det anses for påkrævet. Når døden med stor sikkerhed efter et lægeligt skøn forventes inden for kort tid (timer til få døgn) kan der under alle omstændigheder overgås til en kontinuerlig (varig) palliativ sedering indtil dødens indtræden.

## 8. Særligt om behandling i eget hjem

Til patienter, der modtager almen symptomlindrende medicinsk behandling, og som ønsker at komme hjem, bør fra begyndelsen så vidt muligt vælges en administrationsform, der kan anvendes i hjemmet.

Behandling i eget hjem bør foregå i et tæt samarbejde imellem sygehus (herunder palliativt team/afdeling), patientens egen læge og områdets hjemmesygeplejersker. Patienten bør tilses af sygeplejersker flere gange dagligt, og lægen bør jævnligt tilse patienten, blandt andet med henblik på eventuel dosisregulering. De involverede sundhedspersoner bør sikre éntydig kommunikation.

## 9. Ophævelse

Sundhedsstyrelsens "Vejledning nr. 9619 af 20. december 2002 i medikamentel palliation i terminalfasen" ophæves.

*Styrelsen for Patientsikkerhed, den XXXX 2017*

Anne-Marie Vangsted

/Helle Borg Larsen