

Ændrer i/ophæver

- VEJ nr 15090 af 06/12/1995

Den fulde tekst

Vejledning i medikamentel palliation i terminalfasen

Til landets læger

1. Indledning:

Sundhedsstyrelsen udsendte i 1999 Faglige retningslinier for den palliative indsats. Omsorg for alvorligt syge og døende.

Mange patienter med en dødelig sygdom vil gøre sig tanker om, hvordan den sidste fase af deres liv vil forløbe. Patienten skal oplyses om mulighederne for lindring i den terminale periode. Information herom bør tjene det formål at dæmpe patientens frygt, og der bør lægges vægt på, at man vil gøre alt, hvad der er muligt for at lindre ubehagelige symptomer, såfremt patienten ønsker det.

Formålet med nærværende vejledning er at oplyse om visse forhold vedrørende medikamentel palliation i terminalfasen. Vejledningen er rettet til de læger og andet sundhedspersonale, der varetager eller medvirker til smertebehandling hos patienter med forventet kort levetid.

Det understreges, at vejledningen er et supplement til de Faglige retningslinier for den palliative indsats. Omsorg for alvorligt syge og døende. (Sundhedsstyrelsen 1999, se www.sst.dk).

På sygehusafdelinger skal der i fornødent omfang udfærdiges lokale instrukser i medikamentel palliation i terminalfasen. I primærsektoren bør der udarbejdes retningslinier for samarbejdet imellem praktiserende læger og hjemmesygepleje vedrørende den terminale patient.

2. Lovgrundlag:

I henhold til Lov om patienters retsstilling, § 16, 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 dødsbistand (eutanasi), som er forbudt i Danmark.

3. Anvendte begreber:

Ved *terminalfasen* forstås den periode, hvor patientens tilstand er præget af stærk fysisk svækkelse, og hvor patienten må betragtes som uafvendeligt døende med forventet kort levetid.

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

Ved *palliativ sedering* forstås medikamentel lindring af en uafvendeligt døende patient, der er svært lidende på grund af fysiske eller psykiske symptomer (smerte, åndenød o.l.), der ikke har kunnet lindres på anden måde. Behandlingen kan eller vil medføre nedsat bevidsthedsniveau / søvn.

4. Journalføring, information og samtykke:

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.

Patienten skal så vidt muligt være informeret om de forventede virkninger og bivirkninger ved behandlingen og have givet samtykke til sådanne beslutninger. Hvis patienten ikke kan informeres og give sit samtykke, kan lægen handle i varetagelse af patientens interesse, såfremt de øvrige kriterier er opfyldt.

En samlet fælles information kan være hensigtsmæssig, da tæt dialog og samarbejde ubetinget er et grundlag for at sikre patient og pårørende det bedste forløb, velvidende at pårørende dog ikke har et lovgivningsmæssigt krav på dette. Der henvises til Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt - dialog og samarbejde med patientens pårørende (Sundhedsstyrelsen, 2002, se www.sst.dk).

5. Terminalfasens symptomer:

I terminalfasen kan ses mange symptomer, eksempelvis smerter, angst, dyspnø, konfusion, kvalme, opkastninger og sekretproblemer, såvel som udtalt fysisk træthed med sovntrang, ligesom eksistentielle tvivlsspørgsmål er almindeligt forekommende.

6. Palliation:

Medikamenter:

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

Administrationsformer:

Peroral eller rektal behandling fortsættes, så længe dette er muligt. Transdermal applikation (plasterbehandling) er en mulighed i forbindelse med basis smertebehandling, og bør fortsættes gennem hele forløbet. Igangværende epidural/spinal smertebehandling bør ligeledes fortsætte uændret gennem hele forløbet i samarbejde med anæstesiafdeling, palliativ afdeling, palliativt team eller smerteklinik. Er der herudover behov for parenteral medicinering i terminalfasen kan blandt andet anvendes:

6.1. Enkeltinjektioner:

Subkutan injektion er mindre traumatisk end intramuskulær injektion, men maksimal virkning kan indtræde lidt senere. Injektion i en kanyl, der ligger å demeure, er mest skånsom. De medikamina, der aktuelt anvendes i terminalfasen, kan gives subkutan. Enkeltinjektioner bør begrænses antalmæssigt over døgnet, og ved behov for hyppige enkeltinjektioner vælges kontinuerlig infusion med det formål at undgå symptomgennembrud.

Ulempen ved enkeltinjektioner er, at effekt og bivirkninger kan være stærkt fluktuerende, særligt hos patienter med kredsløbsinsufficiens og odemer.

6.2. Subkutan infusion med pumpe:

Ved denne metode opnås også konstant effekt samt til en vis grad forebyggelse af symptomgennembrud. Metoden er ligeledes lidt traumatisk og lidt personalekrævende. Den er særdeles velegnet til brug i hjemmet.

Fraset hos patienter med kredsløbsinsufficiens og odemer (se 6.1), har metoden ingen væsentlige ulemper udover behov for jævnlig observation, men kan dog give plejemæssige problemer i forbindelse med lejring af patienten.

6.3. Intravenøs infusion:

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

Ulemper ved metoden er behov for hyppig observation, hvilket vanskeliggør anvendelse i hjemmet samt risiko for uhensigtsmæssig tilførsel af væske.

Til patienter, der ønsker at komme hjem, bør fra starten så vidt muligt vælges en administrationsform, der kan anvendes i hjemmet.

Behandling i eget hjem bør foregå i et tæt samarbejde imellem sygehus, 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.

I sidste del af terminalfasen må det overvejes konkret for den enkelte patient, om den vanlige medicin, eller dele heraf, skal seponeres, såfremt den ikke bidrager til palliationen.

Vedrørende palliativ sedering, skal det bemærkes, at kontinuerlig palliativ sedering kun meget sjældent er indiceret, såfremt den øvrige palliation er vel tilrettelagt.

Kriterierne for anvendelse af palliativ sedering er:

- at patienten er uafvendeligt døende og er svært lidende på grund af fysiske eller psykiske symptomer, der ikke har kunnet lindres på anden måde,
- at patientens sygdom er så fremskreden, at døden med stor sikkerhed forventes inden for kort tid (timer til få døgn),
- at den nødvendige faglige ekspertise, med indsigt i patientens sygdom, har været inddraget og har anset alle andre behandlingsmuligheder for udtømte, og

- at patienten, så vidt det er muligt, er fuldt informeret om behandlingen og dens konsekvenser.

7. Sundhedsstyrelsens "Vejledning vedrørende kontinuerlig intravenøs opioidinfusion til terminale patienter" af d. 6. december 1995 ophæves.

Sundhedsstyrelsen, den 20. december 2002

Jens Kristian Gotrik

/Michael von Magnus