



Pasientdata

## ***Liverpool Care Pathway (LCP)- for SYKEHJEM***

### **En tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende**

#### **Referanser:**

The National Council for Palliative Care (2006) Changing Gear: Guidelines for Managing the Last Days of Life in Adults. London: The National Council for Palliative Care.

Ellershaw JE, Wilkinson S (2003). Care of the dying: A pathway to excellence. Oxford: Oxford University Press.

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2007) Sosial og helsedirektoratet

Nettsider: [www.mcpcil.org.uk/liverpool](http://www.mcpcil.org.uk/liverpool) care pathway og [www.helse-bergen.no/lindrendebehandling](http://www.helse-bergen.no/lindrendebehandling)

#### **Bruksveiledning:**

1. Alle mål er skrevet med **uthevet** skrift. Tiltak, som er en hjelp til å nå målene, er skrevet med vanlig skrift.
2. Retningslinjer for symptomlindring er trykket på de siste sidene i skjemaet. Vær snill og henvis til disse når det trengs.

Helsepersonell står fritt til å gjøre sine egne faglige vurderinger, men enhver endring i forhold til de anbefalte retningslinjene i tiltaksplanen skal dokumenteres som et avvik på siste side.

#### **Kriterier for å bruke denne tiltaksplanen for omsorg til døende:**

- **Alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert.**
- **Det tverrfaglige teamet er enige om at pasienten er døende. To av følgende kriterier vil vanligvis være oppfylt:**

Pasienten er sengeliggende ☐      Pasienten er i lengre perioder ikke kontaktbar ☐

Pasienten klarer bare å drikke små slurker ☐      Pasienten kan ikke lenger svelge tabletter ☐

Når denne planen settes i gang, erstatter den all annen dokumentasjon og blir den eneste form for rapport som brukes.

Dokumentasjon av medikamentforordning og -utlevering følger sykehjemmets vanlige retningslinjer.

Dato/Klokkeslett:

Avd.:

Lege:

Sykepleier:

Navn.....

Avd.....

Dato: .....

<b>Del 1</b>	<b>Første vurdering (vurdering ved inklusjon)</b>			
<b>Diagnose og personopplysninger</b>	<b>Hoveddiagnose:</b>		<b>Bidiagnoser:</b>	
	Personnummer:		<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne Nasjonalitet:	
	Innlagt dato:			
<b>Symptomer og funn</b>	Klarer ikke å svelge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Våken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Kvalme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Bevisst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Brekninger, oppkast	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Vannlatingsbesvær, UVI	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Obstipert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Kateterisert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Forvirret	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Surkling i luftveiene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Urolig, agitert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Dyspne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Rastløs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Smerte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Anspent, engstelig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Annet (f.eks. ødemer, kløe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Delmål ved første vurdering</b>	<b>Mål 1 Aktuell medikasjon er vurdert og ikke-essensielle medikamenter seponert</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei			
	Hensiktsmessig peroral medikasjon er endret til subkutan, og subkutan pumpe er satt i gang hvis hensiktsmessig.			
	Uhensiktsmessig medikasjon er seponert.			
	<b>Mål 2 Behovsmedikasjon til subkutan administrasjon er skrevet opp for følgende symptomer etter avdelingens prosedyrer:</b>			
	Smerter	- smertestillende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Uro, agitasjon	- beroligende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Surkling i luftveiene	- antikolinergikum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Kvalme og brekninger	- kvalmestillende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Dyspne	- angstdempende/muskelavslappende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	<b>Mål 3 Uhensiktsmessige tiltak seponeres</b>			
Blodprøver	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Iv væske	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Journalført at resuscitering ikke er aktuelt (R -)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
<b>Deaktivering av implantert defibrillator (ICD)</b>			<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Kontakt pasientens kardiolog				
Henvis til lokale retningslinjer og prosedyrer				
Gi ev. informasjonsbrosjyre til pasient/pårørende				
Legens underskrift:		Dato:		
<b>Mål 3a Det er tatt en avgjørelse om å avslutte ikke-hensiktsmessige pleietiltak</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Skal en ha et regime for å snu pasienten, eller gjøre det bare ved behov, vurdere antidecubitusmadrass, vurdere huden, skal en fortsette med å ta BT, puls og temp, osv				
<b>Mål 3b Smertepumpe er satt i gang innen 4 timer etter at den ble forordnet av legen</b>			<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Sykepleierens underskrift:		Dato:	Klokkeslett:	

Navn.....

Avd.....

Dato: .....

<b>Del 1</b>	<b>Første vurdering – fortsettelse</b>
<b>Innsikt/forståelse</b>	<p><b>Mål 4 Evne til å kommunisere på norsk er vurdert som adekvat hos pasienten</b> <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>hos de pårørende (familie eller andre) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p><b>Mål 5 Innsikt i pasientens tilstand er vurdert:</b></p> <p>Pasienten er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>De pårørende er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Pasienten er klar over at han/hun er døende <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>De pårørende er klar over at pasienten er dødende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p>
<b>Åndelig omsorg</b>	<p><b>Mål 6 Religiøse/åndelige behov er vurdert</b></p> <p>hos pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>hos de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Pasienten eller de pårørende kan være engstelige for seg selv eller andre. Vurder spesielle behov i forhold til familiens kulturelle bakgrunn. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Vurder støtte fra prest eller annen åndelig veileder. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Pas. trosretning eller livssyn er kjent <input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Hvis ja, hvilken/hvilket: _____</p> <p>Gitt tilbud om kontakt med prest /annen kontaktperson _____</p> <p>Navn: ..... tlf: ..... dato: .....</p> <p>Kommentarer (spesielle behov nå, i forbindelse med dødsfallet, etter dødsfallet): _____</p>
<b>Kommunikasjon med de pårørende</b>	<p><b>Mål 7 Det er avtalt hvordan pårørende skal informeres ved forandring i pasientens tilstand</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>- uansett tidspunkt på døgnet <input type="checkbox"/></p> <p>- ikke om natten <input type="checkbox"/></p> <p>- pårørende overnatter på sykehjemmet <input type="checkbox"/></p> <p>Nærmeste pårørende: ..... tlf: _____</p> <p>Relasjon til pasienten: _____</p> <p>Evt. annen pårørende: ..... tlf: _____</p> <p>Relasjon til pasienten: _____</p> <p><b>Mål 8 Pårørende er gitt informasjon om sykehjemmet</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Skriftlig informasjon om parkering, telefon, mat og drikke, overnatting og annen praktisk informasjon _____</p>
<b>Kommunikasjon med primærhelsetjenesten</b>	<p><b>Mål 9 Pasientens fastlege er klar over pasientens tilstand</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Hjemmesykepleien er informert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p>
<b>Sammendrag</b>	<p><b>Mål 10 Plan for videre behandling og pleie er forklart for og drøftet med</b></p> <p>pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p><b>Mål 11 De pårørende gir uttrykk for at de forstår hva som er planen videre</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>De pårørende er klar over at videre behandling og pleie har fokus på at pasienten er døende. De pårørende har fått komme frem med sine ønsker og bekymringer og disse er dokumentert.</p> <p>Tiltaksplanen kan drøftes hvis dette vurderes som hensiktsmessig.</p>
<p>Hvis du har svart "nei" på et av delmålene, bør du utdype svaret på siste side.</p> <p>Underskrift: _____ Stilling: _____ Dato: .....</p>	

Navn.....

Avd.....

Dato: .....

<b>Del 2</b>	<b>Fortløpende vurderinger: Er målet oppnådd?</b>					
<b>Fortløpende vurderinger</b>	Kryss "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side.					
<b>Delmål</b>	<b>04:00</b>	<b>08:00</b>	<b>12:00</b>	<b>16:00</b>	<b>20:00</b>	<b>24:00</b>
<b>Smerter</b> <b>Mål: Pasienten er smertefri</b> - Pasienten sier det (dersom ved bevissthet) - Pas. er smertefri ved bevegelse - Pas. virker fredfull - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Uro/forvirring</b> <b>Mål: Pasienten er rolig og avslappet</b> - Pasienten frembyr ikke tegn på delirium, dødsangst eller rastløshet ("plukker") - Utelukk urinretensjon som årsak - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Surkling i luftveiene</b> <b>Mål: Pasienten er ikke plaget med uttalt surkling</b> - Medikament skal gis så snart symptomer oppstår - Vurder behov for leieforandring - Symptomet er drøftet med de pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Kvalme og oppkast</b> <b>Mål: Pasienten er ikke kvalm og kaster ikke opp</b> - Pasienten sier det (dersom ved bevissthet)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Dyspne (tung pust)</b> <b>Mål: Pasienten er ikke plaget av tung pust</b> - Pasienten sier det (dersom ved bevissthet) - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Andre symptomer (f eks ødemer, kløe).....</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Behandling/prosedyrer</b>						
<b>Munnstell</b> <b>Mål: Munnen er fuktig og ren</b> - Se retningslinjer for munnstell - Munnen vurderes minst hver 4. time - Pårørende deltar i munnstell	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Vannlatingsbesvær</b> <b>Mål: Pasienten er ubesværet</b> - Legg inn kateter hvis retensjon - Bruk kateter eller bleier hvis pas. generelle tilstand fører til inkontinens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Medikamenter</b> <b>Mål: Alle medikamenter er gitt korrekt i forhold til legens forordning</b> - Smertepumpe kontrollert minst hver 4. time	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Underskrift:						
Bruk et nytt ark for hvert døgn						



Navn.....

Avd.....

Dato:

<b>Del 3</b>	<b>Ved dødsfallet</b>
--------------	-----------------------

Dato:

Klokkeslett:

Klokkeslett attestert av lege:

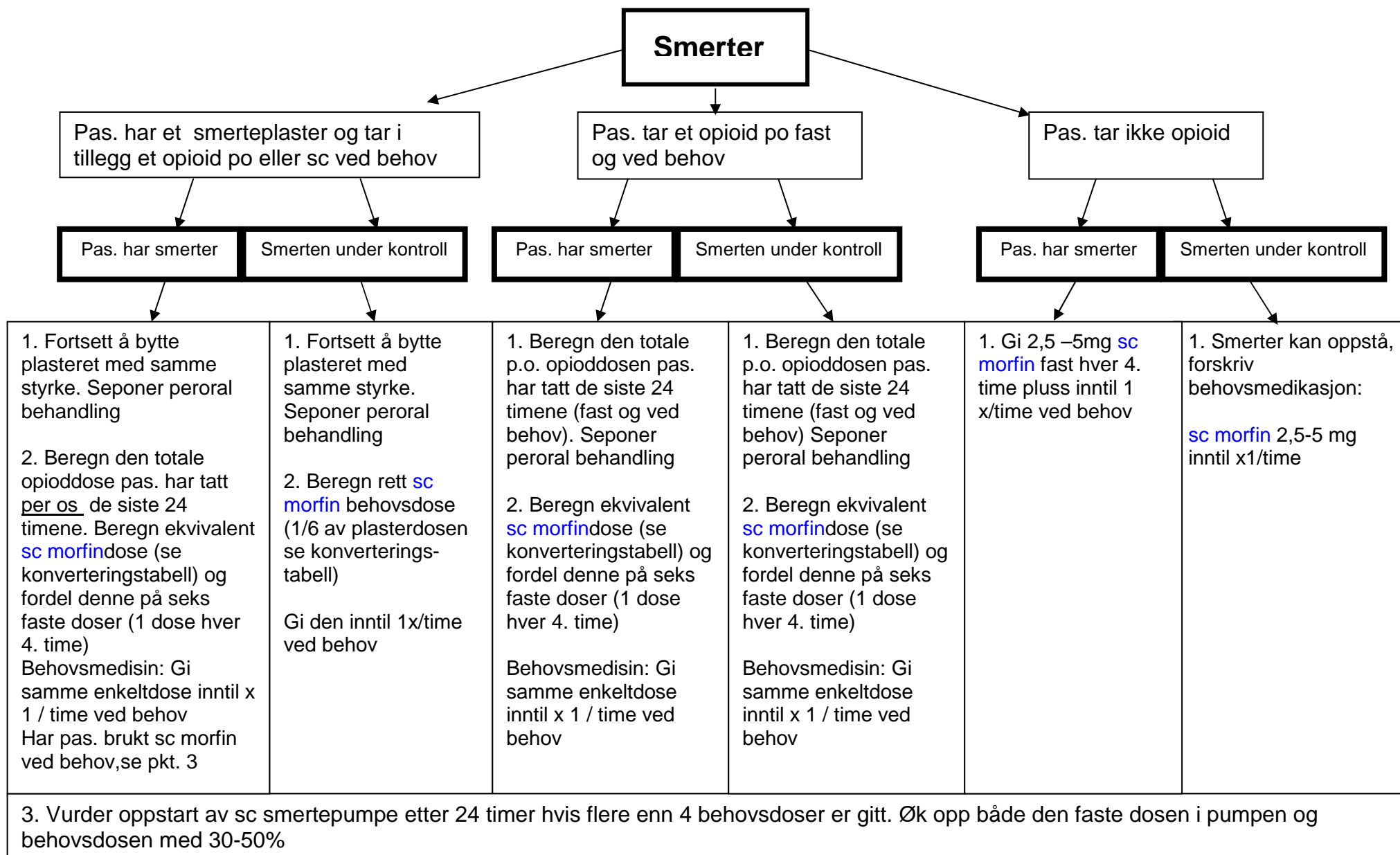
Hvem var til stede:

Rapport:

Underskrift:

<b>Delmål etter dødsfallet</b>	
<i>Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side</i>	
<b>Mål 12 Fastlegen er informert om dødsfallet</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Ta kontakt neste arbeidsdag hvis dødsfallet skjer utenom arbeidstiden	
Hjemmesykepleien er informert om dødsfallet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Mål 13 Avdelingens prosedyrer ved mors og ved stell av døde er fulgt</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
(spesielle religiøse/kulturelle behov ivare tatt )	
<b>Mål 14 Avdelingens prosedyrer etter dødsfall er fulgt</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Sjekk følgende punkter:</b>	
- syning av liket	
- fjerning av ev. pacemaker eller ICD pga kremasjon	
- obduksjon	
- registrering av dødsfallet/dødsattest fylt ut	
- journalen avsluttet og epikrise diktet	
- beskjed formidlet til ev. andre offisielle instanser	
<b>Mål 15 De pårørende er gitt informasjon om rutiner ved dødsfall</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Brosjyre med praktisk informasjon ved dødsfall er gitt til de pårørende	
<b>Mål 16 Sykehjemmets prosedyrer vedr. pasientens verdisaker og eiendeler er fulgt</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
- Eiendeler og verdisaker er signert for av identifisert person	
- Gjenstander er pakket for senere avhenting	
- Verdisakene er registrert og lagret på et trygt sted	
<b>Mål 17 Nødvendig informasjon er gitt til rette vedkommende</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
- Hefte: "Når en av våre nærmeste dør" er utlevert	
<b>Mål 18 Skriftlig informasjon til etterlatte er gitt til de pårørende</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
- Informasjonshefte om sorg og aktuell oppfølging i lokalmiljøet delt ut ("etterlattemappe")	
<b>Underskrift:</b>	<b>Dato:</b>







# EKVIVALENTE DOSER – KONVERTERINGSTABELL (Ref.: Palliative Care Formulary 3 rd ed, 2007)

Tabellen må kun brukes for konverteringer til Morfin sc (ved feil bruk: fare for overdosering!)

Fentanyl plaster (transdermalt TD)	Morfin po		Morfin sc		Oksykodon		Codein + Paracet (Paralgin Forte <sup>®</sup> )
µg/24t	mg/24t	ved behov mg inntil x 1/time	mg/24t	ved behov mg inntil x 1/time	mg/24t	ved behov mg inntil x 1/time	
12	30	5	10-15	2.5	15	5	5 tabl/24t
25	60	10	20-30	5	30	5	10 tabl/24t
50	120	20	40-60	10	60	10	
75	180	30	60-90	15	90	15	
100	240	40	80-120	20	120	20	
150	360	60	120-180	30	180	30	

Buprenorfin plaster (TD)	Morfin sc	
µg/24t	mg/24t	ved behov mg inntil x 1/time
5	6	1
10	12	2,5
20	24	5
40	48	10



Hvis kontroll av smertene ikke oppnås, ta kontakt med Sunniva klinikk for lindrende behandling:

Uteteam (man-fre 8.00-15.30): 55 97 94 00

Sengepost (man-fre 15.30-8.00, hele lørdag og søndag): 55 97 94 20

**Morfin:** ..... opioidanalgetikum

**Effekt:** ..... sentral smertestillende, hostedempende, hjelper mot opplevelse av tung pust

**Relevante bivirkninger i livets slutfase:** ..... hallusinasjoner, eufori, forvirring og sedasjon. Se Felleskatalogen.

**Overdosering:** ..... første tegn er trøtthet og sedasjon. Respirasjonsdepresjon kun ved grov overdosering.

**sc absorpsjon:** ..... lik im

**Virkning inntre:** ..... sc/im: i løpet av 15-30 min, iv: straks (2-5 min)

**Tid til maks virkning:** ..... sc/im: 45-60 (!) -90 min, iv: 20 min

**Virkningstid:** ..... 4-5 timer

**Metabolisme:** ..... konjugering med glukuronsyre i leveren

**Utskillelse:** ..... hovedsakelig i urinen. Cave høye doser ved nyresvikt – kan gi opphopning av metabolitter. Reduser dosen eller forleng doseringsintervallene.





## Kvalme/oppkast

**Ja**

1. Gi Haldol® 0,5-1 mg x 2 sc fast og inntil x 3 ved behov.

Til gamle og skrøpelige pasienter: se boks til høyre\*

2. Hvis flere enn 2 doser er gitt, vurder å bruke sc pumpe:

Haldol® 2,5-5 mg i sc pumpe over 24 timer

Til gamle og skrøpelige pasienter: se boks til høyre#

**Nei**

Kvalme/oppkast kan oppstå.  
Forskriv behovsmedikasjon:

Haldol® 0,5-1 mg inntil x 3 sc ved behov

**Til gamle og skrøpelige pasienter gis:**

\* Haldol® 0,5 mg x 2 sc i fast dosering

# Haldol® 2 mg i sc pumpe over 24 timer

Hvis symptomkontroll ikke oppnås, vurder:

Cyclizin (Valoid®) 50 mg x 3 sc (25 mg x 3 sc til gamle). Valoid® er ikke registrert, men fås på Haukeland Sykehusapotek

Alternativt ta kontakt med Sunniva klinikk for lindrende behandling:

Uteteam: (man-fre 8.00-15.30): 55 97 94 00

Sengepost: (man-fre 15.30-8.00, hele lørdag og søndag): 55 97 94 20

**Haloperidol, Haldol®:**..... lavdoseneuroleptikum

**Effekt:**..... antiemetisk, antipsykotisk

**Bivirkninger:**..... Ekstrapyramidale. Se Felleskatalogen.

**Biotilgjengelighet:**..... po: 60-70%

**Virkning etter:**..... sc: 10-15 min, po: > 1t

**Tid til maksimal plasma konsentrasjon:**..... po: 30-40 min, sc: 10-20 min

**Plasma T1/2:**..... 13-35 t

**Virkningstid:**..... opp til 24 t, noen ganger lenger



## Dyspné (tung pust)

**Ja**

Pas. tar peroral morfin

**Ja**

1. Regn ut den totale morfindosen som pas. har fått de siste 24 timene. Gi 1/3 av den totale døgndosen i sc pumpe over 24 timer.

2. Forskriv behovsdose som skal være 1/6 av den totale døgndosen og kan gis inntil x1 /time.

3. Hvis pas. trenger flere enn 4 ekstra doser per 24 timer: Øk opp både den faste dosen i pumpen og behovsdosen med 30-50%.

**Nei**

1. Gi morfin 2,5-5 mg sc inntil x1/time

2. Vurder oppstart av sc pumpe etter 24 timer hvis flere enn 4 doser er gitt.

**Nei**

Dyspné kan oppstå, forskriv behovsmedikasjon:  
Morfin 2,5-5 mg sc inntil x 1/time

Hvis symptomkontroll ikke oppnås, ta kontakt med:

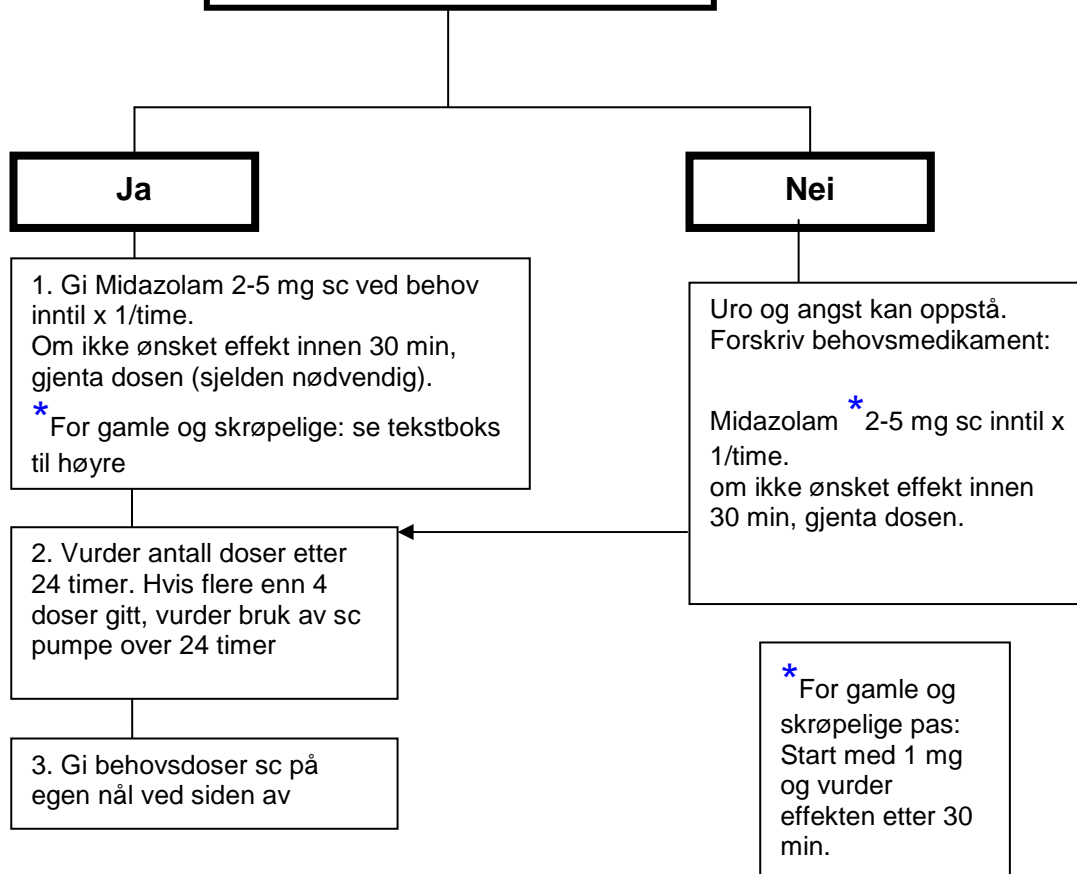
Sunniva klinikk for lindrende behandling,

Uteteam: (man-fre 8.00-15.30): 55 97 94 00

Sengepost: (man-fre 15.30-8.00, hele lørdag og søndag): 55 97 94 20



## Terminal uro/angst



Hvis symptomkontroll ikke oppnås, vurder å gi haloperidol (Haldol®), 1mg sc x 4 i tillegg.

Alternativt ta kontakt med Sunniva klinikk for lindrende behandling,  
Uteteam: (man-fre 8.00-15.30): 55 97 94 00  
Sengepost: (man-fre 15.30-8.00, hele lørdag og søndag): 55 97 94 20

<b>Midazolam, Dormicum®:</b> .....	benzodiazepin til injeksjon (terminal uro/angst) ikke godkjent indik.område)
<b>Effekt::</b> .....	sederende (tre ganger så potent som diazepam), antiepileptisk (to ganger så potent som diazepam), angstdempende
<b>Bivirkninger:</b> .....	se Felleskatalogen
<b>Biotilgjengelighet:</b> .....	im: >90%, sc: 35-44%
<b>Virkning etter:</b> .....	sc: 5-10 min, iv: 2-3 min
<b>Tid til maksimal plasma konsentrasjon:</b> .....	im: 30 min, sc: data mangler
<b>Plasma T1/2:</b> .....	2-5 t, forlenget inntil 10 t ved kontinuerlig tilførsel
<b>Virkningstid:</b> .....	Maksimalt 240 min for 5 mg, med store interindividuelle variasjoner



## Surkling i øvre luftveier

**Ja**

1. Gi Robinul® 0,4 mg bolus sc. Etter 4 timer gis 0,2 mg x 4 (dvs hver 6. time)

2. Vurder antall doser etter 24 timer. Hvis flere enn 3 doser er gitt, vurder å bruke en sc pumpe over 24 timer. Maks døgndose av Robinul er 2,4 mg.

**Nei**

Surkling kan oppstå. Forskriv behovsmedikasjon:

Robinul 0,4 mg som bolus sc. Ny dose må ikke gis før etter 4 timer; siden gis 0,2 mg inntil x 4/24 timer.

Pasienten er vanligvis ikke plaget av sin surkling. Vurder sideleie. Gi informasjon/forklaring til de pårørende. Er væskebehandling seponert? Sugning frarådes!

Hvis symptomkontroll ikke oppnås, ta kontakt med:

Sunniva klinikk for lindrende behandling,  
Uteteam (man-fre 8.00-15.30): 55 97 94 00  
Sengepost (man-fre 15.30-8.00, hele lørdag og søndag): 55 97 94 20

**Glycopyrron, Robinul®:** ..... antikolinergikum (muskarineffekt) (surkling i luftveier: ikke godkjent indik.område)

**Effekt:** ..... tørker ut slimhinnene  
**Relevante bivirkninger:** ..... tørr og varm hud, ev. temperaturstigning, urinretensjon. Se Felleskatalogen.  
**Biotilgjengelighet:** ..... < 5 % ved po tilførsel  
**Virkning inntre:** ..... sc: etter 30-40 min, iv: etter 1min  
**Tid til maksimal plasma konsentrasjon:** ..... iv: umiddelbart, po og sc: data mangler  
**Plasma T1/2:** ..... 1,7 timer  
**Virkningstid:** ..... 7 timer