

## Statusnotat om *Tryghedskassen*

- af bestyrelsen for Dansk Selskab for Palliativ Medicin

*Tryghedskassen* blev udviklet af Palliativ Team, Vejle Sygehus ved overlæge Tove Vejlgård og Jacob Thellesen for næsten 20 år siden. På det tidspunkt var subkutan administration af medicin til uafvendeligt døende patienter stort set ukendt af danske sundhedsprofessionelle uden for det palliative miljø, selvom det længe havde været 'Golden Standard' i de engelsksprogede lande. Dengang havde hjemmesygeplejen ikke selv subkutane nåle, hvorfor en subkutan nål blev placeret i *Tryghedskassen*.

Siden da er lindring af døende patienter blevet pensum på alle sygeplejerske-uddannelser, palliativ medicin er blevet et fagområde, der er kommet en lærebog i palliativ medicin, der undervises i lindring til døende patienter på mange H-uddannelser (fx onkologi, almen medicin, intern medicin) og fx Dansk Selskab for Almen Medicin har lavet en vejledning, hvor behandling med subkutan medicin til uafvendeligt døende patienter er inddraget. De danske sundhedsprofessionelle står således et andet sted i dag ift. viden om medicinsk behandling af uafvendeligt døende patienter, end da *Tryghedskassen* blev indført.

Der er stigende antal indrapporteringer om uhensigtsmæssig brug af *Tryghedskassen*. Den "bestilles" fx til ældre medborgere, som nærmer sig livets afslutning og ordinationerne møder ikke altid de store individuelle forskelle, der er ved borgere/patienter for medicin ved livets afslutning. Der er indberettet flere UTH'er på baggrund *Tryghedskassen* - flere med dødelig udgang. At *Tryghedskassen* er ordineret og står hos patienten er en indikator på, at patienten enten er uafvendeligt døende eller snart vil være det.

*Tryghedskassen* opleves af en del patienter og pårørende som en utryk foranstaltning, hvor medicinen bliver givet automatiseret uden den nødvendige individuelle vurdering af behovet, illustreret i en kronik fra Berlinske d. 06.02.22: <https://www.berlingske.dk/kronikker/hvorfor-har-velfaerdsstaten-sa-travlt-med-at-aflive-de-gamle>

Internationalt tages der nu stærkt afstand fra standard medicinering til døende patienter pga. flere sager, hvor patienter blev medicineret med standard medicin, uden det blev individuelt og løbende evalueret i forhold til, om patienten reelt var døende – jævnfør sagen om den skandale, der opstod omkring *Liverpool Care Pathway* i Storbritannien, fx: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-2217061/Liverpool-Care-Pathway-Family-revive-man-doctors-wasnt-worth-saving.html>

Dertil kommer, at mange læger ved stadig ikke, hvordan de helt konkret skal ordinere/bestille kassen. En enkel ordination og recept på medicin til terminale patienter er ved *Tryghedskassen* gjort til en unødigt besværlig arbejdsgang. *Tryghedskassen* er en magistral ordination, og apotekerne tjener formodentlig godt på at fremstille den. De patienter, som får ordineret *Tryghedskassen*, har oftest fået bevilget terminaltilskud til lægemidler, så kassen er gratis for patienten, men dyr for samfundet.

Nedenfor listes fordele og ulemper ved *Tryghedskassen*, som tydeligt viser, at *Tryghedskassen* har udspillet sin rolle som en hjælp til symptomlindring ved terminale patienter.

Bestyrelsen for Dansk Selskab for Palliativ Medicin vil derfor anbefale, at *Tryghedskassen* afskaffes, og at der fortsat opprioriteres undervisning af læger i medicinsk behandling af uafvendeligt døende patienter, både præ- og post-graduat.

**Fordele og ulemper ved *Tryghedskassen***

FORDELE	KOMMENTARER
<p>Læger hjælpes til hvilke præparater, der ofte bruges til lindring ved uafvendeligt syge patienter og derved lindres flere patienter</p>	<p>Læger burde vide, at den medicinske behandling af uafvendeligt døende patienter primært udgøres af morfin og midazolam, og det behøver man ikke <i>Tryghedskassen</i> til. Langt hovedparten af alle døende er passende lindret med morfin og midazolam alene</p>
<p>Når <i>Tryghedskassen</i> står i hjemmet og præparaterne er ordineret, giver det en tryghed i forhold til, at patienten måske pludselig ikke kan tage tabletter</p>	<p>Det er mindst lige så nemt at ordinere morfin og midazolam og lave recept på disse to præparater, der så kan ligge i hjemmet og dermed give samme tryghed</p>
ULEMPER	KOMMENTARER
<p><i>Tryghedskassen</i> indeholder fem præparater, og det er langt fra alle døende patienter, der har brug for alle fem præparater. Langt de fleste patienter kan lindres med midazolam og morfin</p>	<p>Der smides meget medicin væk på denne baggrund. <i>Tryghedskassen</i> indeholder derud over midazolam 1 mg/ml, hvilket kan medføre fejl, da der de fleste steder anvendes midazolam 5 mg/ml</p> <p>Hvis præparater som furosemid, buscopan og haloperidol gives uden den rette indikation, er der høj risiko for at påføre patienten flere symptomer, som ex tørst, sejt sekret i luftveje og stivhed i kroppen, uden at der er nogen lindrende effekt af medicinen.</p> <p>Symptomer, som kunne kræve anden relevant behandling kan overses, fordi bevidstheden omkring, hvad den enkelte patient har brug for begrænses til indholdet af <i>Tryghedskassen</i>, især hvis <i>Tryghedskassen</i> (som den ofte gør) bliver ordineret i god tid inden dødstidspunktet.</p>
<p>Informationsarket, som kommer med <i>Tryghedskassen</i>, har u hensigtsmæssige dosisforslag, der ligner til forveksling en ordination på de enkelte stoffer. Intet sted er der beskrevet at doseringerne skal læge-ordineres (Se Appendix).</p>	<p>Informationsarket, som kommer med <i>Tryghedskassen</i> har dosis-forslag som af hjemmesygeplejersker og social- og sundhedsassistenter kan opfattes som den ordinerede dosis.</p> <p>Informationsarket blev i sin tid udviklet i regi af DMGC-PAL som efterfølgende har rettet henvendelse til flere myndigheder med bekymring for den fortsatte brug af <i>Tryghedskassen</i>, dels fordi informationen ikke længere er i overensstemmelse med seneste retningslinjer for eksempelvis behandling af delirium, og dels fordi man ikke kan lave standard doseringer som kan lindre uafvendeligt døende patienter.</p> <p>Mange læger glemmer at lave indikation og dosis ordination på præparaterne i <i>Tryghedskassen</i>, eller</p>

	følger dosisforslagene på Informationsarket uden individuel vurdering grundet utilstrækkelig viden indenfor medicinsk lindring i den sidste tid.
<i>Tryghedskassen</i> indeholder utensilier, men alle hjemmesygelejsker/plejehjemssygeplejersker har alle utensilier til brug ved subkutan medicinering og mange kommuner bruger kun deres egne nåle af sikkerhedshensyn. (Nyere nåle har sikkerheds-funktion i forhold til stik-skader)	Mange utensilier i <i>Tryghedskassen</i> smides væk
Der er kun medicin i <i>Tryghedskassen</i> til opstart, og hvis patienten i forvejen får fast opioid vil morfinen i kassen ikke række langt.	<i>Tryghedskassen</i> er et "start-kit" og indeholder kun medicin til det første døgn til patienter, der ikke får opioid i forvejen. De fleste patienter i palliative forløb får fast opioid i forvejen-  Hvis <i>Tryghedskassen</i> startes fordi patienten ikke kan tage pr oral medicin og i forvejen får fast depot tablet smertestillende er det falsk tryghed, da der ikke er nok opioid nok i kassen.
Det er ofte social-og sundhedsassistenter, der skal vurdere om patienten/borgeren skal påbegynde behandling med medicin fra <i>Tryghedskassen</i> , hvilket de ofte ikke har kompetencer til.	Dette kan i værste fald medføre at patienter/borgere, der ikke er uafvendeligt døende, modtager en behandling, der kan sløre behandlelige symptomer og i værste fald medføre døden
Det er ofte besværligt at få fat i <i>Tryghedskassen</i> , da langt fra alle apoteker har den fast på lager	Dette giver lægerne et ekstra stort arbejde for lægerne med at ringe til apoteker mv Stort set alle apoteker har altid morfin og midazolam på lager
Mange læger er usikre på, hvordan man udskriver <i>Tryghedskassen</i> ordineres mv	Dette giver mange kontakter til ældre kolleger, specialister mv, og de fleste læger er fortrolige med at ordinere morfin/midazolam og lave en alm. recept
Det er uklart, hvem der er lægelig / faglige ansvarlig for <i>Tryghedskassens</i> indhold og informations sedlen, der ligger i kassen (Appendix).	Som det er nu, er det DMCG-PAL, der er ansvarlig, men kan DMCG-PAL, som en tværfaglig organisation, tage det ansvar? På DMCG-PAL's hjemmeside er informationen om <i>Tryghedskassen</i> ikke revideret siden 2013 <a href="http://www.dmcgpal.dk/766/tryghedskassen">http://www.dmcgpal.dk/766/tryghedskassen</a> , selvom informations sedlen ser ud til at være opdateret i 2020. På DMCG-PAL's hjemmeside linkes til Region Midtjyllands information om <i>Tryghedskassen</i> på Sundhed.dk, og der er ikke en faglig ansvarlig på den side.

Appendix. Informationsseddel, der ligger i Tryghedskassen

**Kort beskrivelse af lægemidler i Tryghedskassen, som tages i anvendelse, når patienten ikke længere kan indtage peroral medicin:**

	<b>Morfin</b>	<b>Dormicum (Midazolam)</b>	<b>Serenase (Haloperidol)</b>	<b>Furix (Furosemid)</b>	<b>Robinul (Glycopyrroniumbromid)</b>
Styrke:	20 mg/ml	1 mg/ml	5 mg/ml	10 mg/ml	0,2 mg /ml
Pakn.str:	1 x 10 ml hætteglas	2 x 5 ml glas ampuller	2 x 1 ml glas ampuller	2 x 4 ml glas amp	4 x 1 ml glas ampuller
Virkning:	Analgeticum.	Korttidsvirkende hypnoticum af benzodiazepin gruppen	Lavdosis antipsykoticum med ringe sedativ effekt.	Loop-diureticum.	Antikolinergikum
Indikation:	Stærke smerter. Åndenød	Angst,uro,åndenød,konfusion,delir, kramper og søvnløshed.	Kvalme,opkastning,angst,uro,agitation, Vrangforestillinger, delir	Lungestase.	Sekretralen i øvre luftveje
Bivirkninger:	Sedation,konfusion, obstipation,kvalme, opkastning,urinretension.	Paradoks reaktion.	Extrapyramidale symptomer..	Lokalirritation.	Urinretention. Mundtorhed.
Interaktion:	Sedation forstærkes af hypnotica.Potentierer effektion af hypnotica,tricykliske antidepressiva og antipsykotica.	Sedation forstærkes af opioider,antipsykotica,antihistaminer, macrolider og carbamazepin.	Sedation forstærkes af opioider,hypnotica og antihistaminer. Antikolinerg effekt forstærkes af TCA og antihistaminer.	Ingen	Ingen
Administration:	Subkutan	Subkutan	Subkutan	Subkutan	Subkutan
Dosering:	Individuel.Afhænger af tidligere opioid-dosering	1 - 3 mg p.n.	Kvalme: 1-2 mg til nat/p.n., max 2- 3. Psykose/delir:2,5-5 mg p.n. max. 10 mg/døgn	20-40 mg p.n.	0,2 mg x 3-6 Max 1,2 mg /døgn

Vedlagt i tryghedskassen: "Vejledning i anlæggelse af fastliggende subkutankanyle"

Der kan søges oplysninger om:

- Retningslinjer for symptomlindring i terminale patienters sidste levedøgn på: [sundhed.dk/fagpersoner/terminal\\_pleje](http://sundhed.dk/fagpersoner/terminal_pleje)
- "Tryghedskassen" på: [sundhed.dk/fagpersoner/information\\_om\\_Tryghedskassen](http://sundhed.dk/fagpersoner/information_om_Tryghedskassen).

**DMCG-PAL**  
Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Pleje

24-08-2020