

Samtalen om Fælles Planlægning af Behandlingsmål

En dansk manual til sundhedsprofessionelle.

Udarbejdet af CAPTAIN (Comprehensive And Prospective Treatment and Individual Nursing) projektet
Nordsjællands Hospital,

Dansk Lunge medicinsk Selskabs arbejdsgruppe om palliation

psykologfunktionen på Palliativ medicinsk afdeling P20 Bispebjerg.

Kristoffer Marså¹, Marie Lavesen¹, Terje Knudsen², Svend Gundestrup³, Maria Ekelund Thorsen⁴,
Henrik Larsen⁵, Nicolai Kirkegaard⁶, Anders Løkke⁷, Saher Burhan Shaker³, Torgny Wilcke³, Peter
Lange⁸ Steen Peter Nielsen⁹, Hélène Johansson⁹ og Elisabeth Bendstrup⁷.



¹ Lunge og Infektionsmedicinsk afdeling, Nordsjælland Hospital ² Medicinsk afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle. ³ Lungemedicinsk Afdeling, Herlev-Gentofte Hospital. ⁴ Lungemedicinsk Afdeling J, Odense Universitetshospital. ⁵ Palliativt Afsnit, 4114 Rigshospitalet. ⁶ Danmarks lungeforening. ⁷ Lungemedicinsk afdeling B, Aarhus Universitetshospital. ⁸ Lunge Sektion, Hvidovre Hospital og Institut for folkesundhedsvidenskab Københavns Universitet. ⁹ Palliativ Medicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital.

”Værdier er vores inderste ønsker for den måde, vi ønsker at interagere med verden, andre mennesker og os selv på. Værdier er, hvad vi ønsker at stå for i livet, hvordan vi ønsker at opføre os....”

- R. Harris¹

Målet med denne manual

Samtaler mellem behandler, patient og eventuelle pårørende er til tider et møde mellem vidt forskellige verdensbilleder. En fælles forståelse af patientens værdier, håb og frygt er nødvendig for at behandleren kan lave en behandlings- plan, som patienten kan blive en medejer af. Et medejerskab og forståelse af planen er en forudsætning for at patienten følger behandlingen. Mange patienter med kronisk lungesygdom har dårlig adhærens til behandlingen, og der er meget sparsom viden om hvordan dette kan bedres². Som minimum skal behandlingsmålene laves med forståelse og respekt for hvad patienten ønsker at få ud af behandlingen. Forståelse og evne til at vise respekt og omsorg i samtalen kræver kommunikative færdigheder. Håb og frygt er til stede hos alle kronisk syge. At kunne gennemføre en god klinisk samtale indebærer forståelse for patientens mulige ambivalens.

Denne manual er ikke en lærebog i kommunikation og skal ses som et supplement til en kontinuerlig udvikling af en hver klinikers kommunikative evner.

Manualen er lavet som et tillæg til en Dansk Lungemedicinsk Selskabs (DLS) *klaringsrapport om palliation til patienter med non-malign lungesygdom*. De fleste af de emner, som manualen omhandler, vil dog være aktuelle for alle patienter med symptomatisk fremadskridende sygdom.

Fælles planlægning, af behandlingsmål

Definition: *Fælles planlægning af behandlingsmål (FPB) er en kommunikationsproces mellem behandlerteam, patient og pårørende og omhandler livet med sygdom og symptomer. I denne proces kan emner som behandlingsniveau og den sidste tid drøftes, men FPB er ikke begrænset til disse emner.*

FPB er den danske betegnelse for, hvad der i engelsk litteratur kaldes advance care planning (ACP).

Sundhedsstyrelsen lægger i deres anbefalinger ”Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model” vægt på, at patienten skal være velinformeret og aktiveret samt at behandlerteamet skal være velforberejede og proaktive³. Netop derfor bør disse egenskaber hos både behandlere og patienter tænkes ind i al former for kontrolforløb. Målet med denne manual er at give anbefalinger for hvordan man via en samtale både kan informere og aktivere patienten og eventuelle pårørende samt forberede behandlerteamet på patientens overvejelser og personlige værdier.

Da de kroniske non-maligne lungesygdomme ofte har et uforudsigeligt forløb, hvor det kan være umuligt at spå om tidsperspektiv vedr. død og sygdomsforværring, kan behandleren risikere at blive ramt af terapeutisk lammelse, dvs. en situation, hvor behandleren undlader at tale om og planlægge behandlingen til slutning af livet af frygt for at gøre dette for tidligt. Resultatet bliver, at en sådan samtale sjældent afholdes. Vi anbefaler derfor FPB som standardtilbud til alle som følges i hospitalsregi.

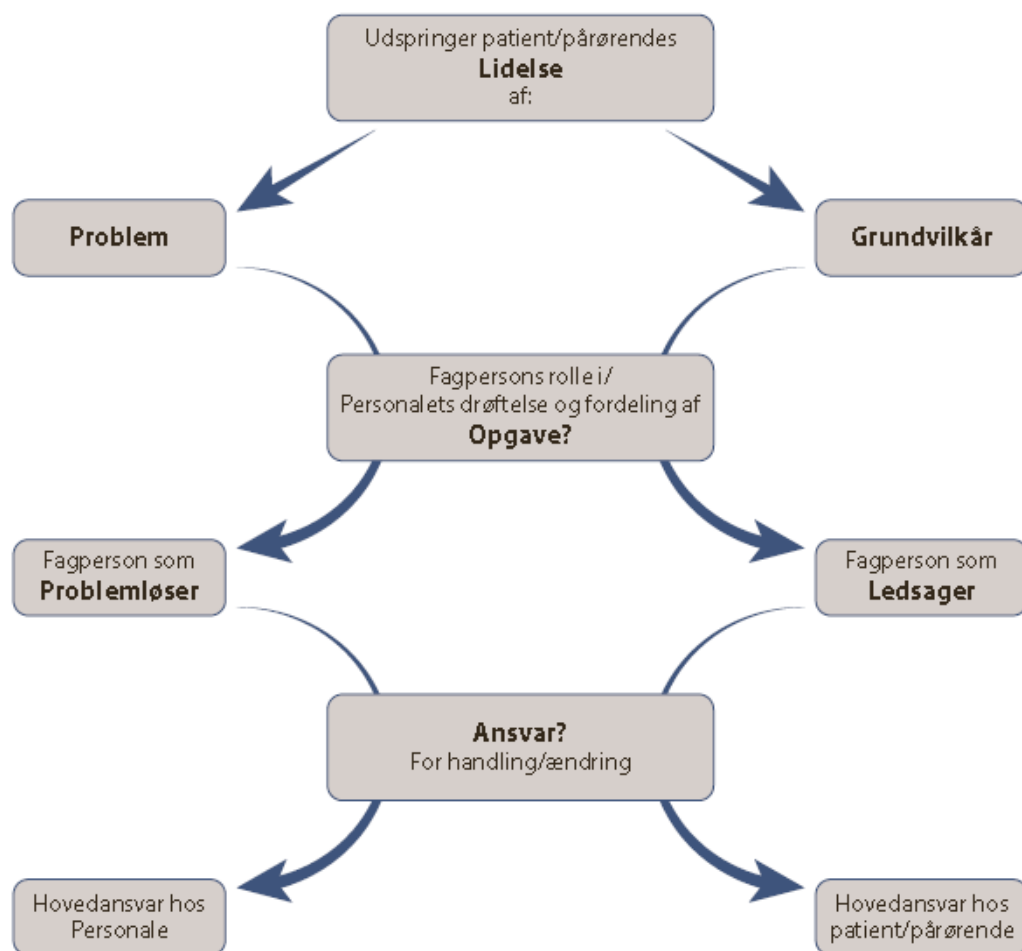
FPB er et middel til at opnå en behandlingsalliance mellem behandleren på den ene side og patienten og pårørende på den anden. FPB er en række af samtaler, hvor sundhedsprofessionelle, patient og pårørende har mulighed for at tale om, hvad der er vigtigt for patienten og de pårørende. Emner kan omhandle symptomer, behandling og hvordan hverdagen med lungesygdom leves. Samtalerne kan derfor ikke standardiseres, da de afspejler, at de patienter og pårørende, som lever med svær kronisk lungesygdom, er forskellige. Samtalerne kan systematiseres således at de bliver en del af tilbuddet til de symptomatisk kronisk syge patienter.

For at sikre at patienten kan træffe valg omkring fremtidig behandling skal FPB også formidle viden om sygdommens prognose og behandlingstilbud. Det er bedst, hvis samtalen foregår i en klinisk rolig fase⁴.

De emner som drøftes vil ændres i takt med, at sygdommen progredierer. Hvor man måske ved de første samtaler har fokus på evt. fysiske kompetencer, som patienten ønsker at genvinde eller styrke, kan man senere i sygdomsforløbet drøfte forestillinger, forventninger og frygt omkring fremtiden og den sidste tid. Det er vigtigt at alle samtalerne inviterer til drøftelse af emotionelle emner. Centralt er det at patienten er styrende for emner som drøftes i fælles planlægning af behandlingsmål. Samtalen må aldrig blive en tjekliste af emner som skal dokumenteres.

Vi ved fra mange studier, at patienter oplever alt for ringe muligheder til at drøfte håb og frygt for den sidste tid og døden,⁵ hvorfor en sådan mulighed skal gives. Samtidig skal disse emner ikke påtvinges patienten. Dette modsætningsforhold udfordrer såvel patient, pårørende og behandlere.

Når man som sundhedsprofessionel skal arbejde med uhelbredelige syge og døende er det vigtigt at holde fokus på, hvad der kan ændres og hvad der ikke kan ændres. Det er ligeledes bedst, hvis man som sundhedsprofessionel kan opnå en fælles forståelse med patienten om disse forhold. Omstændigheder som ikke kan ændres kaldes et *grundvilkår*. At vi alle skal dø er et *grundvilkår*. Omstændigheder som kan lindres kaldes et *problem*. Hvordan man håndterer åndenød er et *problem* hvorimod en grad af åndenød er et *grundvilkår* for patienter med svær kronisk lungesygdom.



Figur 1. viser opdelingen mellem grundvilkår og mulige mere eller mindre reversible problemer. (Figuren er fra bogen "Palliativ medicin" Munksgaards Forlag, gengivet med tilladelse fra forfatterne¹)

Figur 1 viser de overvejelser man bør gøre sig, når der præsenteres nye eller forværrede symptomer og behov. Hvis man mener at de nye symptomer kan lindres eller fjernes, skal man selvfølgelig gøre alt for at opnå dette. Dette kunne f.eks. være øget dyspnø i forbindelse med en exacerbation. Hvis der derimod er tale om svækket fysisk funktionsevne grundet langsom progression af uhelbredelig sygdom, må man i sin behandling "ledsage" patienten med symptomet. At ledsage er at kunne lytte empatisk til patientens oplevelser og de følelser, som de vækker samt at anerkende dem. Det som patienter oplever som god kommunikation er oplevelsen af at behandleren viser en oprigtig interesse og omsorg¹ for patienten. Den oplevelse er vigtig for at bygge en relation, hvor ledsagerens rolle er en del af behandlerens opgave. Man skal således som sundhedsprofessionel påtage sig den rette rolle afhængigt af lidelsens karakter. Enten er man problemløser eller også skal man ledsage. Hvis man forsøger at løse et uløseligt problem, som sorgen ved at miste fysisk funktionsevne eller uvisheden for hvordan det går ens familie når man er død eller hvis man omvendt ignorerer en potentiel reversibel forværring, vil man få et utilfredsstillende og uacceptabelt resultat.

FPB skal altid udføres med udgangspunkt i de emner, patienten eller de pårørende ønsker at drøfte. Det er vigtigt at hjælpe patienten til at forstå sin situation og til tider tale om måske unødvendige bekymringer. Til andre tider skal der tales om begrundet frygt og hvordan f.eks. dyspnø i den sidste del af livet kan lindres. Denne manual rummer forskellige punkter, som kan drøftes ved FPB. Manualen skal forstås som en guide til

en samtalerække og er *ikke en tjekliste* til den enkelte samtale. Emnerne i manualen er heller ikke beskrevet i prioriteret rækkefølge, idet det er vigtigt at imødekomme patientens aktuelle behov og ønsker.

Det er centralt at patienten har givet tilladelse til og er forberedt på at have denne type samtale⁶. Ligeledes er det vigtigt at inddrage de pårørende i processen. FPB samtalen adskiller sig fra den almindelige kliniske samtale ved at give tid og rum til at patienterne formulerer, hvad der er vigtigt for dem. Vi ved, at læger og sygeplejersker ved en almindelig klinisk samtale får et meget ringe indblik i af patientens samlede symptomatologi^{7,8}.

	<i>Fælles Planlægning af behandlingsmål</i>	<i>Almindelig Klinisk samtale</i>
Formål	Forberedelse af patient og pårørende på mulige fremtidige problemstillinger. Sundhedsprofessionelle og patient opnår fælles forståelse og mål.	At få afdækket en klinisk problemstilling. F.eks. anamnese op til en indlæggelse under diagnosen pneumoni.
Form	Patient og pårørende fortæller. Deres behov styrer samtalen. Sundhedsprofessionelle skal katalysere en proces.	Sundhedsprofessionelle skal have svar på en række kliniske spørgsmål.
Følger	Bedre samarbejde, højre adhærens og større patienttilfredshed. Mindre angst og utryghed. Patient og pårørende bliver aktive i behandlingsplanen.	Relevant behandling startes mhp. at løse en konkret problemstilling.

Formål

Ved at indføre FPB som et rutinetilbud til patienter med svær lungesygdom forsøger man blandt andet at reducere den angst, som sygdommen ofte kan medføre. Man forsøger at hjælpe patienten med at leve aktivt i en hverdag med symptomer og sygdom for derved at opnå de bedste muligheder for kontrol over eget liv. FPB skal samtidig give behandlerteamet mulighed for at planlægge behandling og pleje ud fra både sundhedsfaglige overvejelser samt en fælles forståelse med patientens ønsker og værdier

For at dette kan ske skal:

- Patienten have tilstrækkelig viden om symptomer, sygdom, behandling og prognose for dermed bedre at kunne træffe valg og leve i overensstemmelse med egne værdier.
- Patient og pårørende skal gives tid og rum til at fortælle om sygdommens indvirkning på familien.
- Der stræbes efter fælles forståelse for mulige behandlingsmål og begrænsninger.
- Behandlerteamet skal forstå hvilke mål deres behandling skal forsøge at opfylde.

Hvis patienten har klart definerede overvejelser om fravalg af behandlinger f.eks. respirator eller ønsker til opholdssted for den sidste tid kan disse med fordel nedskrives som et dokument. Et sådan dokument kaldes i engelsk litteratur Advance directives (AD) og svarer til det danske begreb behandlingsniveau.

Netop det uforudsigelige i de kroniske lungesygdomme medfører et større behov for at drøfte mulige fremtidsscenarier frem for at lave konkrete aftaler⁶. Ligeledes er der en risiko for at fokus på behandlingsniveau fjerner fokus fra patienten. Det er helt essentielt for FPB at der er sammenhæng mellem en fælles forståelse af behandling og prognose på den ene side og patientens personlige værdier og ønsker på den anden⁹. Der er ikke en facitliste til indholdet af FPB-samtalen. Det er graden af gensidig forståelse og ikke blot indholdet i en given information som er succeskriteriet.

Forberedelse, samtale og opfølgning.

Før FPB- samtalen skal patienten og de pårørende forberedes således at de har overvejet hvad der er vigtigt for dem at tale om. Dette kan bedst foregå ved en samtale med en kontaktsygeplejerske, en case manager (mere om denne funktion i DLS' klaringsrapport om palliation til non-malignt lungesygge). Behandlerteamet skal også være forberedt på hvilken patient de skal møde og på hvad der blev drøftet ved tidligere FPB-samtaler. Der skal afsættes tilstrækkelig tid til samtalen. Samtalen skal styres af behandlerteamet men omhandle de emner, patienten og de pårørende kommer med. I ugerne efter FPB-samtalen skal der være en opfølgende dialog med behandlerteamet, da der kan dukke en del nye tanker op hos patient og pårørende i kølvandet af en potentielt alvorlig samtale. Patienter med svær uhelbredelig sygdom tilbydes en årlig fast FPB-samtale, samt ad hoc FPB-samtaler ved debut af en alvorlig sygdomshændelse, som f.eks. indlæggelseskrævende exacerbation, ægtefælles død, eller alvorlig ny komorbiditet⁶. Som indledning til selve FPB-samtalen spørges ind til, hvad patienten synes, der er vigtigt for ham/hende at tale om i dag.

Som model deles FPB-samtalen i tre faser:

Patientens del er en afdækning af patientens forventninger, forestillinger og frygt.

- Behandlerens del er formidling af viden om symptomlindring, behandlingsmuligheder og prognose.
- Opsummering hvor de centrale emner og fælles forståelse sikres.

Emne	Eksempelvis
FPB-samtalen	I dag har vi afsat xx minutter. Vi vil godt tale med dig og dine nærmeste om jeres oplevelse af hverdagen med sygdom. Vi vil gerne tale med dig om dine symptomer og oplevelse af at være syg og om dine forventninger til fremtiden. (pause) Kunne du tænke dig en sådan samtale?
Belastning for familien	I dag er din ægtefælle med til samtalen, hvilket jeg tænker er vigtigt. Det kan være svært for hele familien, når et medlem bliver tiltagende syg. Jeg tænker, at samtalen i dag er en god lejlighed til at høre lidt om, hvordan sygdommen påvirker jeres familie. (pause) Vil det være i orden for jer at vi snakker om det?
Patientens frygt	Vores erfaring er, at andre patienter i samme situation som dig oplever gode og dårlige episoder i takt med, at sygdommen forværres. Nogle af disse dårlige oplevelser kan sætte sig som bekymringer eller frygt. Er der noget du specielt er bekymret for? (pause) Og er du parat til at tale om det nu?
Behandlingsloft	I takt med at din sygdom forværres kommer der flere overvejelser omkring hvilke behandlinger der er mulige at tilbyde dig, især ved alvorlig forværring af sygdommen eller andre livstruende situationer. (pause) Vil du tale om disse nu eller skal det være på et andet tidspunkt?

Håb, håbløshed og personlige værdier.

Kronisk syge patienter med progredierende sygdomme oplever ofte at veksle mellem håb og håbløshed. Det store ønske om helbredelse bør anerkendes som et håb – om end ikke et muligt håb (da denne manual henvender sig til FPB hos uhelbredeligt syge) og italesættes på en hensynsfuld måde. Dette er ikke ensbetydende med at man ikke kan tale om håb. Der er håbet om at morgendagen kan blive lidt bedre end i dag. For at bringe håb tilbage i samtalen på realistisk vis arbejdes der med begrebet små håb eller ”håblinger”. Håblinger er mindre håb som er mulige at opnå, f.eks. at kunne gå 50 m, selv at kunne købe ind eller at være i stand til at deltage i sociale arrangementer med familien. Disse håblinger identificeres og konkretiseres således, at der kan laves en (behandlings-)plan som stiler imod at opnå dem. Det centrale i FPB er at bevare håblinger, men samtidig fastholde det sandfærdige fokus på at sygdommen progredierer og kan medføre øget symptombyrde. Samtalen bliver om forventet forværring og på sigt mulig død uden at fjerne håb/håblinger fuldstændigt.

Når man forsøger at svare på spørgsmål, er det således vigtigt, at man ikke starter med de alt for negative beskeder, da disse kan medføre at patienten ikke hører det næste af svaret. Start med at tale om, hvad der er

muligt, for derved langsomt at nå det som er umuligt. Husk aldrig at love hvad resultatet bliver eller hvad andre vil og kan gøre.

Det er samtidig vigtigt, at den sundhedsprofessionelle kan lade samtalen handle om og dvæle ved det tunge og vanskelige ved at være syg. Hvis vi hurtigt fjerner fokus ved at spørge til håbløser kan vi sende et signal om emner, vi ikke ønsker drøftet, altså det modsatte af, hvad FPB står for.

Emne	Eksempelvis
Kan du gøre mig rask?	Hvad mener du, når du siger rask? (pause) Der er rigtig meget forskelligt vi kan gøre for at lindre symptomer og forsøge om muligt at bremse sygdom – men det er ikke muligt at helbrede din lungesygdom. (pause) Vil du fortælle mig, hvad du tænker når du hører dette?
Håbløs fremtid	Når jeg hører dine overvejelser om fremtiden, virker det hele meget dystert for mig. (pause) Kan du fortælle mig lidt mere om hvad disse tanker gør ved dig?
Opgivelse	Jeg kan høre, at du ikke magter mere. Sådan er der mange af vores patienter som til tider har det. Vi kan ikke helbrede din lungesygdom, men vi kan nok gøre dig bedre tilpas. (pause) Hvis vi skal det, bliver vi nødt til at tale sammen om, hvad der plager dig mest lige nu.
Kan du love mig behandlingen virker?	Jeg kan love dig, at jeg vil gøre mit bedste og at jeg ikke giver op. Jeg kan derimod ikke love, hvordan fremtiden bliver.
Personlige værdier	Vi har talt lidt om, at du oplever flere symptomer og at din sygdom forværres. Jeg tænker derfor det kan være vigtigt at tale om, hvad der er af størst betydning for dig lige nu? (pause) På hvilken måde oplever du mest at din sygdom påvirker din mulighed for at leve som du ønsker?
Usikker fremtid	Ud fra min erfaring ved jeg, at en del patienter tænker på deres fremtid. Jeg vil derfor foreslå at vi på et tidspunkt taler om din sygdom og hvordan den kan udvikle sig. (pause) Ville det være et godt tidspunkt for dig nu?

Pårørendes oplevelser og overvejelser

Kronisk sygdom belaster hele familien, og det er derfor vigtigt at huske på, at de pårørende også er ramt. Familierne kan leve med belastningen på forskellige måder. *FPB er ikke en psykoterapeutisk intervention*, men en samtale, som åbner mulighed for at også familiemedlemmerne kan fortælle om deres oplevelser og overvejelser. Det er vigtigt at huske på, at modsætninger kan italesættes, men ikke skal værdilades.

<i>Emne</i>	<i>Eksempelvis</i>
Tales der frit i familien	Har du talt om din sygdom i familien? Synes du det kan være svært at tale med familien? Ved du noget om hvordan de andre oplever din sygdom?
Skal familiens oplevelse drøftes ved FPB	Vil det være i orden, hvis vi spørger din familie om hvordan de oplever at I alle skal leve med din sygdom?
Er der noget som er særlig svært for patienten omkring familiesituationen	Er der noget som du gerne vil tale om i forbindelse med dig, din sygdom og din familie?
Hvordan har man valgt at håndtere informationerne omkring sygdom og videreformidling i familien	Hvordan gør I i din familie, taler I om din sygdom eller er det noget du holder for dig selv? I hvilken grad oplever du at din familie har brug for information om din sygdom?

Valg af nærmeste pårørende.

Det kan blive nødvendigt at pårørende skal træffe alvorlige beslutninger omkring fremtidige behandlinger og ophør med behandling. Overvejelser og involvering af den valgte nærmeste pårørende samt information omkring denne beslutning til resten af familien foretages bedst i en klinisk rolig fase. Det kan være, at der er brug for en større familiesamtale for at få bred accept af patientens valg.

<i>Emner</i>	<i>Eksempelvis</i>
Hvilke pårørende er de nærmeste pårørende	Har du gjort dig overvejelser omkring, hvem der er dine nærmeste pårørende. Jeg tænker både på hvem du måske vil have med til FPB og hvem der på sigt er dem som skal følge dig, hvis du indlægges?
Nærmeste pårørende ved alvorlige situationer	Er det de samme, som vi skal kontakte, hvis du en dag bliver så syg, at du ikke selv kan fortælle om dine ønsker?
Har resten af familien accepteret beslutningen	Har du talt med din familie om dine overvejelser omkring, hvem der bedst taler din sag, hvis du ikke længere kan selv?

Behandlingsniveau

I takt med at sygdommen forværres kan behovet for at drøfte behandlingsniveau øges. Afhængig af sygdom og komorbiditet kan det blive nødvendigt at den sundhedsprofessionelle tager dette emne op uden at patienten nødvendigvis selv kommer ind på det. Det skal selvfølgelig *aldrig* ske mod patientens vilje. Hvis patienten ikke ønsker at drøfte det kan man som behandler blot orientere om, at sådanne overvejelser foregår blandt de behandlende læger.

FPB skal ikke ses som en bindende aftale om fremtiden. FPB er en mulighed for at drøfte de sundhedsprofessionelles overvejelser om mulige behandlinger, herunder hvilke behandlinger der anses for udsigtsløse og hvorfor. Det er vigtigt i denne del af samtalen at holde fast i, hvad man kan og ikke udelukkende fokusere på, hvad man ikke kan. I drøftelsen af behandlingsniveau skal patientens overvejelser høres. Endeligt er det centralt at påpege, at det i sidste ende er en lægelig beslutning om der skal startes respiratorbehandling eller forsøges genoplivning.

Emne	Eksempelvis
Genoplivning	Hvis din sygdom tager til og dine symptomer forværres væsentligt, og du skulle få hjertestop, vil vi ikke starte hjertemassage. Vi kan ikke tvinge din krop til at leve hvis den er alt for syg til at overleve. (pause) Hvad tænker du når jeg siger disse ting?
Respiratorbehandling	Hvis din vejtrækning forværres, og du ikke kan få luft og ilt nok og ophober kuldioxid vil vi behandle dig med maskerespirator (NIV) behandling. Som din sygdom skrider frem kan det blive problematisk hvis NIV-behandling ikke er nok. Vi vil forsøge at behandle alt, hvad vi kan f.eks. infektion og andre sygdomme. Men der kan komme en dag, hvor dette ikke er nok. Hvis dine lunger ikke længere virker og der ikke er noget som kan rettes op, vil vi ikke behandle dig med en respirator. (pause) Hvad tænker du når jeg siger disse ting?
Er der overhoved intet I kan gøre?	Vi vil altid gøre vores bedst til du får det bedre. Jeg synes det er vigtigt, vi taler om de behandlingsmuligheder, vi har. Her tænker jeg blandt andet på morfin som ofte hjælper godt mod åndenød og angst. Det er også vigtigt at vi i dag taler om hvad der er vigtigt for dig, hvis din sygdom forværres uden der er mulighed for at genvinde det tabte. Vi er flere forskellige faggrupper som kan forskellige ting. Det er derfor vigtigt at finde ud af hvordan vi hjælper dig bedst.

Overvejelser om døden

I slutfasen af sygdomsforløbet er det vigtigt, at patienterne får mulighed for at drøfte deres overvejelser omkring døden og den sidste tid op til døden.

Men hvis patienten ikke ønsker dette, skal FPB ikke bruges til at påtvinge dem dette emne. Igennem sygdomsforløbet og ved de forrige FPB-samtaler er prognosen måske blevet berørt. Patienten har derfor haft mulighed for at høre om alvoren af situationen. Hvis de klart tager afstand fra at tale om døden, skal dette respekteres. Det er dog vigtigt, at de ved, at de på et senere tidspunkt kan vende tilbage til emnet. Dette er nemmere for dem, når den mulighed først har været italesat.

Når FPB omhandler døden er det vigtigt ikke udelukkende at fokusere samtalen på det at dø, men også at tale om livet i den sidste tid, om hvad der er vigtigt for patienten og for de pårørende, for herved at finde mulige ”håblinger” i tiden inden døden.

Emne	Eksempelvis
Ønsker patienten at tale om døden?	Ved de sidste samtaler vi har haft, har du ikke ønsket at tale om, hvordan jeg som din læge vurderer din prognose. Jeg vil meget gerne fortælle dig om min vurdering. (pause) Er det et passende tidspunkt nu?
Patient magter ikke at tale om døden samtidig med at familien ønsker flere informationer.	Jeg forstår på dig, at du ikke ønsker at høre mere om din sygdomsstatus og prognose lige nu. Samtidigt får jeg indtryk af, at din familie har behov for at tale om, hvad der kan komme til at ske. Er det i orden for dig, hvis jeg taler med din familie uden dig? Det vil selvfølgelig betyde, at de kommer til at vide lidt mere om mine overvejelser og om din fremtid.
Ønsket sted at dø	Har du gjort dig overvejelser omkring hvor du ønsker at leve din sidste tid? Dit ønske vil vi respektere så godt som muligt. Samtidig må vi også erkende at vi ikke kender fremtiden og måske bliver den ikke som vi har planlagt.
Frygt for døden	Nu har vi talt en del om alvoren af din situation. Vi har talt om døden flere gange. Er der noget du tænker specielt på? (pause) Er der noget ved døden du bekymrer dig specielt om eller frygter?

FPB-samtaler som standard tilbud

For at informere og aktivere patienten og de pårørende samt for at give behandlerteamet den bedste forudsætning for at foreslå en behandlingsplan er en fælles forståelse nødvendig. En sådan fælles forståelse omhandler både patientens personlige værdier og sygdommens kliniske status.

Det er forfatterens anbefaling, at FPB-samtaler bliver standard i de ambulante kontrolforløb af alle med kroniske, symptomatiske, fremadskridende lungesygdomme. FPB-samtaler afholdes bedst i klinisk rolig fase og skal derfor så vidt muligt undgå under en exacerbation. Patient og pårørende skal forberedes på samtalen i god tid og der bør følges op på samtalen i tiden efter.

Der skal afsættes god tid til samtalen. Klinikere som afholder FPB-samtaler skal have gode kommunikative færdigheder og mulighed for supervision og videreuddannelse hertil.

Dansk Lungemedicinsk Selskab anbefaler at FPB-samtalen bliver en del af uddannelsen til speciallæge i lungemedicin.

Referencer:

- 1 Neergaard MA, Larsen H. Palliativ medicin – en lærebog. , Munksgaard, 2015.
- 2 Bender BG. Nonadherence in chronic obstructive pulmonary disease patients: what do we know and what should we do next? *Curr Opin Pulm Med* 2014; **20**: 132–7.
- 3 Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – generisk model. , 2012.
- 4 Seamark D, Blake S, Seamark C, *et al.* Is hospitalisation for COPD an opportunity for advance care planning? A qualitative study. *Prim. Care Respir. J.* 2012; **21**: 261.
- 5 Lungeforening D. Palliativ indsats til KOL-patienter. 2013.<http://www.lunge.dk/rapport-om-palliativ-indsats-til-kol-patienter>.
- 6 Patel K, Janssen DJ a, Curtis JR. Advance care planning in COPD. *Respirology* 2012; **17**: 72–8.
- 7 Strömberg AS, Groenvold M, Pedersen L, Olsen AK, Spile M, Sjøgren P. Does the medical record cover the symptoms experienced by cancer patients receiving palliative care? A comparison of the record and patient self-rating. *J Pain Symptom Manage* 2001; **21**: 189–96.
- 8 Strömberg AS, Groenvold M, Sorensen A, Andersen L. Symptom recognition in advanced cancer. A comparison of nursing records against patient self-rating. , 2001 doi:450905 [pii].
- 9 Frey R. Advance care planning for M. , 2014 doi:10.1111/hsc.12081.