

Den sundhedsfaglige del

**SUNDHEDSAFTALE
FOR
PERSONER MED BEHOV FOR
PALLIATIV INDSATS**

Lommehåndbog
for personer på hospitaler, i kommuner og
praksissektoren

Region Midtjylland

Sundhedsaftalen er udarbejdet af en arbejdsgruppe med repræsentanter fra de somatiske hospitaler, hospice, kommunerne og de praktiserende læger.

Januar 2012

ISBN: **xxxxx**

Kontaktsted: Afdelingen for Nære Sundhedstilbud
Charlotte Jensen, tlf. 78 41 22 20
Regionshuset Viborg
Region Midtjylland

E-mail: Naere.Sundhedstilbud@rm.dk

Telefon: 78 41 22 00

Lommeåndbogen findes også på hht://e-dok.rm.dk
under [Region Midtjylland Fælles](#), [Regionale dokumenter](#),
[Generelle patientforløbsrettede PRI](#), 2.22.
[Sundhedsaftaler Region Midtjylland](#) og på Region
Midtjyllands hjemmeside www.sundhedsaftaler.rm.dk

Parterne **skal** melde ændringer i de forskellige
kontaktoplysningsoversigter til Nære Sundhedstilbud, som
opdaterer oversigterne.
(tlf. 78 41 22 00, E-mail: Naere.Sundhedstilbud@rm.dk)

Indledning

Formålet med sundhedsaftalen for personer med behov for palliativ indsats er at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorgrænser og at sikre ensartet kvalitet i den palliative indsats. Alle, uanset alder er omfattet af aftalen.

Derudover skal aftalen sikre den specifikke indsats, som personer med behov for palliativ indsats har brug for på grund af den specielle situation, som en livstruende sygdom bringer dem og deres pårørende i.

Den sundhedsfaglige del af sundhedsaftalen beskriver ansvars- og opgavedelingen mellem praktiserende læger, kommunernes hjemmepleje, de somatiske hospitaler, de palliative teams og hospice ved tildeling, igangsættelse og varetagelse af den palliative indsats.

De behandlings-, pleje-, omsorgs- og støttetilbud, som findes regionalt og kommunalt, hos hospice og frivillige organisationer på det palliative område er ligeledes beskrevet i aftalen.

Nye indsatsområder, som indgår i aftalen, er at øge fokus på, at alle patienter med livstruende sygdom, uanset diagnose, får tilbud om palliativ indsats og at sikre tidlig opsporing af behandlingskrævende palliative symptomer med efterfølgende relevant indsats.

Desuden er der fortsat behov for kompetenceudvikling inden for det palliative område, specielt på basisniveau og hos det samlede personale, herunder også læger.

Palliative nøglepersoner i relevante kliniske somatiske afdelinger og i kommunerne skal være specielle videnformidlere på palliative basisniveau og for at formidle kendskabet til sundhedsaftalen for personer med behov for palliativ indsats.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Værdier og målsætninger	7
1.1. Værdier i det tværsektorielle samarbejde	7
1.2. Målsætninger for den palliative indsats	7
2. Definitioner på det palliative område	9
2.1. Palliativ indsats og omsorg	9
2.2. Palliativ rehabilitering	10
2.3. Palliativ indsats og tidlig opsporing	10
3. Målgruppen for den palliative indsats	11
3.1. Klassifikation af palliativ indsats	11
4. Information og kommunikation i det palliative forløb	12
4.1. Den svære samtale	12
4.2. Information til patienten	12
4.3. Patientens reaktioner	13
4.4. Kommunikation med pårørende	13
5. Palliative symptomer og problemstillinger	15
5.1. Fysiske problemstillinger	15
5.2. Psykiske problemstillinger	18
5.3. Sociale problemstillinger	19
5.4. Eksistentielle og åndelige problemstillinger	19
5.5. Pårørende	20
6. Palliative indsatsniveauer og stratificering	21
6.1. Palliative indsatsniveauer	21
6.2. Stratificering	21
6.3. Kriterier for stratificering af patienter m. palliative problemstillinger	22
7. Identificering og tidlig opsporing af behov for palliativ indsats - ansvar og opgavedeling	25
7.1. Symptomscreeningsredskab	25
7.2. Ansvarlige for brug af screeningsredskab	25

8. Tildeling, igangsættelse og varetagelse af palliativ indsats – ansvar og opgavedeling	27
8.1. De somatiske sengeafsnits ansvar og opgaver	27
8.2. Praktiserende læges ansvar og opgaver	33
8.3. Kommunens ansvar og opgaver	37
8.4. Det palliative teams ansvar og opgaver	42
8.5. Hospices ansvar og opgaver	43
9. Palliative behandlings- og pleje, omsorgs- og støttetilbud i regionalt regi	44
9.1. Palliativ indsats	44
9.2. Sundhedsfaglige kontaktpersoner	48
9.3. Egenomsorgstilbud	49
9.4. Palliativ symptomkontrol	49
9.5. Åben indlæggelse	50
9.6. Palliativ fysioterapi og ergoterapi	52
9.7. Psykologbehandling	56
9.8. Medicin og terminaltilskud	58
9.9. Sygeplejeartikler	59
9.10. Tilskud til ernæringspræparater	59
9.11. Udlån af ilt i hjemmet	61
9.12. Udlån af sug	61
9.13. Udlån af inhalator	61
9.14. Tryghedskasse	61
9.15. Transport	62
10. Palliative behandlings-, pleje, omsorgs- og støttetilbud i kommunalt regi	63
10.1. Kommunal sundhedskontaktperson	63
10.2. Terminalerklæring	63
10.3. Plejevederlag	64
10.4. Palliativ hjemmesygepleje	66
10.5. Sygeplejeartikler, sondeernæring, ernæringspræparater og vask af tøj og linned	67
10.6. Praktisk hjælp og pleje	67
10.7. Madservice	68
10.8. Hjælpe midler	68
10.9. Medicin og terminaltilskud	68
10.10. Palliativ fysioterapi	69
10.11. Psykologisk bistand	69
10.12. Midlertidigt ophold på kommunal institution	69

10.13. Livstestamente	69
10.14. Omsorgs- og støttetilbud til pårørende	70
10.15. Økonomiske og juridiske forhold	72
11. Frivillige organisationer	74
11.1. Frivillige organisationers palliative tilbud	74

1. Værdier og målsætninger

1.1. Værdier i det tværsektorielle samarbejde

Følgende værdier ligger til grund for samarbejdet om den palliative indsats i Region Midtjylland:

- Vi vil sikre trygge, sammenhængende og individuelt tilrettelagte forløb for patienterne
- Vi vil – i størst muligt omfang - respektere patienternes selvbestemmelse i forhold til eget liv og egen død
- Vi vil sikre en faglig kompetent lindrende behandling, pleje og omsorg døgnet igennem uanset, hvor patienten er
- Vi vil basere det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde på dialog, tillid og anerkendelse af faggruppernes faglige viden
- Vi vil sikre, at den palliative indsats på basis- og specialistniveau foregår på rette tid og rette faglige niveau
- Vi vil sikre, at samarbejdsparterne har let adgang til at kontakte hinanden

1.2. Målsætninger for den palliative indsats

Den overordnede målsætning er at sikre høj kvalitet og skabe sammenhæng i den tværsektorielle indsats på det palliative område og i det konkrete patientforløb.

Følgende målsætninger retter sig mod de særlige behov, som den palliative patient har på grund af den specielle situation, som vedkommende og dennes pårørende befinder sig i:

- Den palliative patient og evt. dennes pårørende
 - Får - ved påbegyndelse af palliativ indsats og løbende - information om sygdomsforløbet og den palliative pleje og behandling samt hjælpe- og støttemuligheder
 - Tilbydes tidlig opsporing af behandlingskrævende palliative symptomer samt indsats over for disse
 - Får mulighed for at træffe egne valg med hensyn til, hvor og hvordan den sidste tid skal forløbe

- og, at disse ønsker, i sammenhæng med det faglige skøn, imødekommes, hvis det er muligt
- Får hjælp til at mestre situationen og støtte til at få det bedste ud af den tid, der er tilbage, og at denne er så aktiv som mulig
 - Får tildelt en sundhedsfaglig kontaktperson ved kontakt med hjemmeplejen, hospitalerne, praktiserende læge (tovholder) og det palliative team, - én fra hvert sted, og når det er relevant
- Pårørende tilbydes opfølgning efter dødsfaldet mhp. hjælp og støtte fra sundhedspersonalet i kommuner, på hospitaler og i almen praksis

Derudover er målsætningen, at

- Der findes specielle uddannelses- og kompetenceudviklingstilbud til de forskellige sundhedsfaglige personalegrupper inden for det palliative indsatsområde.
- Den palliative indsats monitoreres for at sikre, at der leves op til de fastlagte målsætninger.

2. Definitioner på det palliative område

2.1. Palliativ indsats og omsorg

"Palliativ indsats fremmer livskvaliteten hos patienter og pårørende, der står over for de problemer, som er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykosocial og åndelig art¹."

"Den palliative omsorg

- tilbyder lindring af smerter og andre generende symptomer
- bekræfter livet og opfatter døden som en normal proces
- tilstræber hverken at fremskynde eller udsætte dødens indtræden
- integrerer omsorgens psykologiske og åndelige aspekter
- tilbyder en støttefunktion for at hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt indtil døden
- tilbyder en støttefunktion til pårørende under patientens sygdom og i sorgen over tabet
- anvender tværfaglig teambaseret tilnærmelse for at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inklusive støtte i sorgen om nødvendigt
- har til formål at fremme livskvaliteten og kan også have positiv indvirkning på sygdommens forløb
- kan indsættes tidligt i sygdomsforløbet, i sammenhæng med andre behandlinger, som udføres mhp. livsforlængelse, fx kemo- og stråleterapi, og inkluderer de undersøgelser, som er nødvendige for bedre at forstå og håndtere lidelsesfyldte kliniske komplikationer"¹

¹ WHO's definition af palliativ indsats. 2002

Palliativ indsats kan ikke kun afgrænses til de sidste dage/uger af patientens liv, men omfatter også tidlig indsats ved behandlingskrævende palliative symptomer. Det vil principielt sige fra den dag, den livstruende diagnose stilles.

2.2. Palliativ rehabilitering

Rehabilitering hos personer med livstruende sygdom er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem den palliative patient, dennes pårørende og de involverede tværsektorielle og tværfaglige fagfolk.

Formålet er, at den palliative patient, der undervejs i sygdomsforløbet får betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og sociale funktioner, får hjælp og støtte til et selvstændigt og meningsfyldt liv så længe, det er muligt.

Rehabiliteringen baseres på personens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats².

2.3. Palliativ indsats og tidlig opsporing

Tidlig opsporing i den palliative indsats er at identificere behandlingskrævende symptomer så tidligt som muligt hos de patienter, som har fået tildelt palliativ indsats. Formålet er at lindre og derved at medvirke til en forbedring af patientens fysiske og psykiske situation.³

² Omskrevet efter: Rehabiliteringsforum Danmark. Rehabilitering i Danmark. Hvidbogen om rehabiliteringsbegrebet. 2004.

³ Sundhedsstyrelsen. Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005.

3. Målgruppen for den palliative indsats

Den palliative indsats er et tilbud til alle patienter med livstruende sygdom, når de får behov for palliativ indsats uanset, hvor i sygdomsforløbet de befinder sig og uanset, hvilken livstruende sygdom, det er.

Tilbuddet gælder bl.a. patienter m. kræft, hjerte- og lungesygdomme, aids og neurologiske sygdomme som fx sclerose, ALS og demens.

Sundhedsaftalens primære målgrupper er patienter, der befinder sig i:

- Den sene palliative fase, hvor helbredende behandling er ophørt, hvilket stiller nye krav til fokus på lindring og livskvalitet
- Den terminale palliative fase, i hvilken patienten vurderes at være uafvendeligt døende, og hvor fokus er på lindring over dage eller uger. Herefter omfatter indsatsen også støtte til efterladte.⁴

3.1. Klassifikation af palliativ indsats

ICD-10 kodning: Palliativ care: Z51.5

Anvendes i sekundær sektor, men ikke som aktionsdiagnose. Der skal være en konkret sygdomsdiagnose, fx kræftdiagnose, ALS, hjertesygdom⁵.

ICPC- systemet: BEHOV for palliativ indsats: A99

Primærsektorens diagnosesystem, hvor denne diagnose anvendes bredt ved klassificering af indsatser⁶.

⁴ Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation ifm. kræft. Høringsudkast nov. 2011.

⁵ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Version 2007

⁶ Den internationale klassifikation for almen praksis – ICPC-2-DK. 2008.

4. Information og kommunikation i det palliative forløb

Det er vigtigt, at fagpersonen har evnen til at kommunikere ifm. palliation, hvor patienten, de pårørende og fagpersonen befinder sig i et krydsfelt mellem fysiske, psykiske og eksistentielle problemer.

Det er vigtigt, at fagpersonen kan lytte og spørge til patientens angst, pinefulde tanker og følelser og være indfølelse, medlevende og medfølelse⁷.

4.1. Den svære samtale

Det kræver forberedelse at skulle føre en samtale med en patient m. livstruende sygdom.

Den svære samtale indbefatter:

- Videregivelse af konkret og oftest ubehagelig information til patienten og pårørende
- Lytten og forståelse samt at kunne forholde sig til patientens reaktioner

God kommunikation:

- Reducerer usikkerheden i fremtiden
- Støtter patienten i at foretage realistiske valg mellem givne muligheder
- Medvirker til en fortsat tillid mellem patient og fagperson³

4.2. Information til patienten

Forberedelse inden samtalen:

- Hvilke informationer skal patienten have
- Vær hele tiden klar til at ændre dagsorden undervejs
- Sørg for velegnede omgivelser, evt. at tilbyde samtalen i hjemmet
- Hav tilstrækkelig med tid og undgå afbrydelser
- Anbefal at pårørende deltager

⁷ Dansk Selskab for almen medicin. Klinisk vejledning. Palliation i primærsektoren, s. 23-28. 2004.

Under samtalen:

- Find ud af hvad patienten ved om sygdommen, og hvor meget patienten ønsker at vide
- Giv ikke mere information end ønsket
- Giv information i små bidder
- Vær sikker på at have forstået patientens spørgsmål
- Læg mærke til patientens reaktion
- Tillad stilhed
- Resumer og aftal ny kontakt³

4.3. Patientens reaktioner

Patientens reaktion på informationen er oftest den vanskeligste og mest uforudsigelige del af den svære samtale.

Vær opmærksom på:

- Det normale har vide grænser
- Tillad stærke følelser som vrede og gråd
- At svare på det, patienten spørger om

Gunstige reaktioner:

- Humor, fornægtelse og vrede
- Gråd, frygt, tillid og håb,
- Købslåen og vrede imod sygdommen

Ugunstige reaktioner:

- Skyld, voldsom fornægtelse,
- Kollaps, angst, håbløshed
- Voldsom og langvarig vrede eller raseri
- Manipulation, mistillid, vrede over for hjælpere³

4.4. Kommunikation med pårørende

Palliativ indsats indebærer at forholde sig til patienten og de pårørende – både individuelt og til familien som helhed. Rollerne i familien er ofte ændrede. De pårørende kan have svært ved at overskue situationen og undertrykker egne følelser og behov.

Behov hos pårørende til døende patient

- At være hos og hjælpe den døende
- At være sikker på, at den døende har det komfortabelt
- At være informeret, når dødstidspunktet nærmer sig
- At kunne udtrykke egne følelser
- At få støtte fra andre familiemedlemmer
- At få accept og støtte fra de professionelle³

*Link til Klinisk vejledning om palliation i primærsektoren.
DSAM 2004: <http://www.e-pages.dk/dsam/172074491//>*

5. Palliative symptomer og problemstillinger

I den palliative indsats tages der udgangspunkt i patientens symptomer og ikke patientens grundsygdom. Målet er at få størst mulig kontrol over symptomer.

Hos den palliative patient er der karakteristiske symptomer og specielle problemstillinger, som sundhedspersonale skal være opmærksomme på i den palliative omsorg.

5.1. Fysiske problemstillinger⁸

Anoreksi/ Appetitløshed

- Manglende lyst til indtagelse af mad og/eller drikke, evt. m. vægttab til følge. Betegnes ofte som madlede af patienten

Ascites

- Fri væske i abdomen/bughulen som følge af enten peritoneal carcinomatose og/eller levermetastaser m. ledsagende portal hypertention

Blødning

- Blødning eller sivning fra isolerede sår eller fra indre organer, hud eller slimhindeoverflader

Diarré - tynde afføringer

- Øget frekvens og vandig afføring m. > 3 uformede fæcesafgange inden for 24 t.

Dysfagi - synkebesvær

- Besvær med eller kan ikke synke føde inkl. medicin. Klager over smerter, fejlsynkning, hoste, opkastning og kvælningss fornemmelser

⁸ Andersen S, Jensen N-H, Ottesen S. Symptomkontrol i palliativ medicin. En "quick guide".

Dyspnø – åndenød

- En subjektiv fornemmelse af vejrtrækningsbesvær

Fatigue – træthed

- Træthed er et multifaktorielt symptom m. kompleks patologi. Forekomme alene eller i kombination m. andre symptomkomplekser. Hyppigste symptom hos terminale patienter

Hikke

- Patologisk respiratorisk refleks karakteriseret af spasmer/kramper af den ene eller begge sider af diafragma. Giver et stort "distress", en tilstand, som er svært at tilpasse sig til. Hyppighed lav.

Hudproblemer

- Generelle hudproblemer, som kan skyldes grundsygdommen, bakterier, vira, svampe, lægemidler

Kakeksi - dårlig ernæringstilstand

- Tilstand præget af dårlig ernæringstilstand og kraftsløshed m. bleg gullig hudfarve og stærk afmagring. Relaterer ikke nødvendigvis til fødeindtagelsen eller omfanget af den maligne sygdom. Til stede hos > 50 % af patienter m. avanceret kræftsygdom, især gastrointestinal eller lungecancer

Kramper

- Muskelryk som kan være fokale eller universelle og være ledsaget af bevidstløshed og evt. urin og/eller fæcesafgang

Kvalme og opkastning

- Hyppigt symptom hos terminale patienter m. mange årsager. Inden påbegyndelse af medikamentel behandling skal reversible årsager identificeres og behandles. Obs følgende tilstande: hjerne – eller levermetastaser, nyresvigt, hypercalcæmi og ileus

Lugt

- Dårlig lugt fra fx mund eller hud, som følge af absces, tumor m. nekrose mm. skyldes typisk infektion med anaerobe bakterier

Lymfødem – ophobning af lymfevæske

- Vævsødem pga. svigtende lymfedrænage m. tilstopning eller kompression af lymfekar grundet infektion, kirurgi eller strålebehandling

Mundtørhed

- Kan skyldes mange faktorer. Fx nedsat spytksekretion, lokal tumorvækst, strålebehandling, kemoterapi, stomatitis, dehydrering, O₂-terapi, medicin, feber, angst mm.

Obstipation – forstoppelse

- Tale om forstoppelse, når patienten klager over hårde fæcesknolde, som det er svært/umuligt at udtømme (følelsen af mangelfuld udtømning), ofte ledsaget af abdominalt ubehag, oppustethed, kvalme og diffuse abdominalsmerter.
Obs: sterkoral diarré v. svær obstipation
Til stede hos > 50 % af patienter m. avanceret malign sygdom og > 85 % af patienter i vedvarende opioid behandling

Sekretstagnation – ophobning af sekret

- Excessiv/kraftig produktion af sput og evt. sejt sekret i øvre luftveje, som ikke kan borttransporteres. Kan give "dødsrallen"

Smerter

- En subjektiv oplevelse, forbundet m. vævsskade eller beskrevet at en sådan finder sted. Smerte har altid både en sensorisk og emotionel eksponent. 70-80 % m. kræftsygdom oplever smerter i sygdomsforløbet. Ofte tale om blandingstilstande m. typisk en kombination af nociceptive smerter, som følge af vævsskade og neuropatiske smerter, som følge af

nervepåvirkning centralt og/eller perifert i nervesystemet

Stomatitis – mundbetændelse

- Samlebetegnelse for de slimhindeforandringer i mundhulen, som dækker over rødme, ødem, belægninger og sår

Tværsnitsyndrom – afklemning af rygmarv

- Ofte malign og udefrakommende kompression af medulla spinalis m. ledsagende sensoriske/ motoriske neurologiske udfald

Tørst

- Sjælden tilstand hos terminale patienter. Se mundtørhed

Vandladningsproblemer

- Afvigelser fra normalt vandladningsmønster og m. mange forskellige årsager

Vena cava superior syndrom:

- Forsnævring/ aflukning af v. cava superior/den øvre halvene med nedsat blodgennemstrømning til følge

5.2. Psykiske problemstillinger⁴

Angst

- Følelsesmæssig reaktion, som viser sig ved psykiske, adfærdsmæssige og fysiske symptomer. Kan fylde hele kroppen og ens tankevirksomhed, er universel og har ikke som frygten et objekt. Tilstede hos 60-70 %.

De fysiske symptomer er oftest et tidligt signal m. fx kropslig uro, diarré, svedudbrud, dyspnø, søvnforstyrrelser, hjertebanken og hænderrysten.

De psykiske symptomer spænder fra let ængstelse til panik, fra anspændthed og let uro til dødsangst, en overbevisning om, at noget forfærdeligt er ved at ske, koncentrationsbesvær, irritabilitet og evt.

rastløshed. Panikangst er tilbagevendende anfald af pludseligt uforudsigeligt indsættende akut angst.

Depression

- Sjælelig nedtrykthed, som ikke optræder så hyppigt som angst hos terminalt syge patienter (let til moderat tilstand: 15-25 %, svær: 5-10 %). Symptomer: forsænket stemningsleje, negativ tankeindhold, motorisk hæmning og fysiske symptomer

Konfusion (forvirring) – Delirium

- Tilstand m. varierende grad af bevidsthedsplumring, desorientering, vrangforestillinger og hallucinationer

5.3. Sociale problemstillinger⁹

- Ændringer i forsørgelsesgrundlaget v. tab af lønindtægter
- Arv og skifte
- Begravelse
- Børns tab af en far eller mor

5.4. Eksistentielle og åndelige problemstillinger⁵

- Eksistentielle behov er det følelsesmæssige og forståelsesmæssige engagement, som ofte melder sig i situationer med truende livsforandringer og omstillinger.

En sådan trussel kan opleves som en uudholdelig smerte, når den virkelighedsopfattelse og egenforståelse, som personen har, ikke rummer billeder og begreber, som kan give mening til det, der sker. I de situationer er der behov for at kunne stille

⁹Sundhedsstyrelsen. Faglige retningslinjer for den palliative indsats. Omsorg for alvorligt syge og døende.1999, s. 96-99 og 86-95.

spørgsmål og om at blive mødt med åbenhed og forståelse.

For den enkelte kan de eksistentielle spørgsmål have både en religiøs og en ikke-religiøs dimension, og hvor vedkommende (åbenlyst eller skjult) søger svar herpå.

Link: http://www.sst.dk/publ/publ1999/palliativ_indsats/clean.html

5.5. Pårørende¹⁰

Pårørendes tilstedeværelse og engagement er ofte en nødvendig forudsætning for et optimalt forløb. Men undertiden kan de pårørendes behov være modsatrettede i forhold til patientens og give anledning til psykosociale problemstillinger.

Støtte til pårørende i den palliative indsats indgår som en integreret del i den palliative indsats, både i sygdomsperioden og i perioden med sorg over tabet.

Personalet må hele tiden sikre, at de pårørende også får den fornødne opmærksomhed vedr. deres personlige behov. Disse kan være betydeligt forskellige fra patientens behov.

¹⁰ Sjøgren P, Mørch M, Eriksen J. Håndbog i Palliativ Medicin. Munksgaard. DK. 2002

6. Palliative indsatsniveauer og stratificering

Den palliative indsats i det samlede sundhedsvæsen sker ud fra en gradueret indsats, hvor det er det faglige personales palliative kompetenceniveau og den faglige organisering, som er styrende for indholdet i indsatsen. Der opereres med basis niveau og specialistniveau.

6.1. Palliative indsatsniveauer

Basisniveau¹¹

- Den palliative indsats, som ydes af de dele af sundhedsvæsenet, som ikke har palliation som deres eneste arbejdsopgave

Specialiseret niveau

- Den palliative indsats, som ydes i de dele af sundhedsvæsenet, som har palliation som den eneste opgave
- Den palliative indsats m. komplekse problemer, både mht. sværhedsgraden af de enkelte problemer og kompleksiteten af mange sammenhængende problemområder

6.2. Stratificering

Stratificering af patienter med palliative problemstillinger sker ud fra patientens samlede sygdomsbillede og helbredstilstand og hvilken sundhedsfaglig indsats, patienten har brug for. I denne generelle vurdering indgår følgende, som både basis- og specialistniveauet anvender:

- Sygdommens og symptomernes intensitet, kompleksitet og sværhedsgrad
- Risiko for komplikationer

¹¹ Omtales basal indsats i Sundhedsstyrelsens høringsudkast til forløbsprogram for rehabilitering og palliation ifm. kræft. Nov. 2011.

- Evt. forekomst af flere samtidige sygdomme, både flere sygdomme og følgetilstande af den kroniske sygdom
- Egenomsorgskapacitet/patientens evne til at kunne tage vare på sig selv og deltage aktivt i egen behandling

Formål med stratificering

- Bidrage til, at den enkelte patient m. behandlingskrævende palliative problemstillinger løbende sikres det mest hensigtsmæssige niveau for behandling

6.3. Kriterier for stratificering af patienter m. palliative problemstillinger

Se næste side

Niveau 1: Basisniveau

Kriterium	Basisniveau
Palliative problemstillinger	Patienter m. velregulerede palliative behov uden andre betydelige konkurrerende lidelser
Kognitive forstyrrelser	Sjældne
Comorbiditet /flere samtidige sygdomme	Kan forekomme
Opholdssted	Opgavevaretagelse
Eget hjem/ midlertidigt ophold på kommunal institution	Praktiserende læge Hjemmesygeplejersker Kommunale terapeuter SOSU- assistenter og -hjælpere Evt. patientens præst, patientforeninger, frivillige organisationer mm.
Almindelige sengeafsnit på hospital	Hospitalslæger Hospitalssygeplejersker Hospitalsterapeuter SOSU- assistenter Præster
Personalekompetencer	Noget personale har grundlæggende viden om palliativ indsats fra grunduddannelse og varierende erfaring fra praksis og kortere kurser Andre har udvidede kompetencer fra specielle palliative uddannelser
Ekstern rådgivning	Det palliative team

Niveau 2: Specialiseret niveau

Kriterium	Specialiseret niveau
Palliative problemstillinger	Patienter m. dårligt regulerede palliative behov eller svært regulerbare problemstillinger
Kognitive forstyrrelser	Kan forekomme
Comorbiditet/ flere samtidige sygdomme	Forekommer ofte
Opholdssted	Opgavevaretagelse
Eget hjem/ midlertidigt kommunalt ophold	Besøg v. det palliative team
Almindelige sengeafsnit på hospital	Tilsyn v. det palliative team
Hospice	Tilknyttede hospitelæger Hospicesygeplejersker Hospiceterapeuter Præster
Personalekompetencer	Tværfaglige teams m. min. 4 faggrupper m. relevant efter- eller videreuddannelse i palliation
Ekstern rådgivning/ tilsyn	Andre specialistafdelinger

7. Identificering og tidlig opsporing af behov for palliativ indsats – ansvar og opgavedeling

Fokus for den palliative indsats er forbedret livskvalitet for patient og pårørende og disses oplevelse af situationen. En vigtig indsats for at opnå den øgede livskvalitet er tidlig opsporing af palliative symptomer og behov samt tidlig indsats over for disse¹². Se afsnit 2.3.

7.1. Symptomscreeningsredskab

Der er udviklet følgende screeningsredskab til identificering af patienters palliative symptomer:

Screeningsredskabet: EORTC-QLQ-C15-PAL

- Valideret screeningsinstrument (European Organization for Research and Treatment of Cancer)¹³
Link: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_700201.NSF/UI2/F78E7565A360E4E3C125776900373A17?OpenDocument og i [Praksis.dk](#)

Procedurer ved brug af screeningsredskab

- Patienten udfylder skemaet evt. sammen med personale
- I samråd m. patienten afgøres hvilke palliative indsatser, som skal iværksættes
- Det er en lægelig vurdering, om en konkret palliativ indsats skal iværksættes

7.2. Ansvarlige for brug af screeningsredskab

- Hjemmesygeplejersker og kommunale palliative nøglepersoner

¹² Omtales behovsvurdering og uddybende udredning i Sundhedsstyrelsens høringsudkast til forløbsprogram for rehabilitering og palliation ifm. kræft. Nov. 2011.

¹³ Quality of Life Department, EORTC Headquarters, Brussel.

- Læger - og sygeplejersker på hospitaler
- Praktiserende læger
- Personale på hospice

8. Tildeling, igangsættelse og varetagelse af palliativ indsats

Det er en lægelig vurdering om:

- En patient skal påbegynde en palliativ indsats eller om et konkret palliativt symptom skal behandles
- Den palliative indsats kun skal ydes på basisniveau eller om specialistniveauet også skal inddrages
- Hospitalslæge eller praktiserende læge er ansvarlig for henvisning til palliativ indsats på specialistniveau

Iværksættelse af palliativ indsats kan ske, når den lægelige vurdering foreligger.

8.1. DE ALMINDELIGE SOMATISKE SENGEAFSNIT - ansvar og opgaver ved palliativ indsats

Hospitalernes sengeafsnit varetager den palliative indsats på basisniveau, når:

- Der under indlæggelse vurderes, at en patients fortsatte behandling har et palliativt sigte
- En patient m. Åben indlæggelse indlægges i stamafdeling

8.1.1. Påbegyndelse af palliativ indsats på hospital

- Udpeger sundhedsfaglige palliative kontaktpersoner (læge og sygeplejerske)
- Indkalder patient og pårørende til en informationssamtale om igangsættelse af palliativ indsats og om indsatsniveau v. kontaktlæge- og sygeplejerske. Se afsnit 4. og afsnit 9.2.
- Udleverer informationspjece om, hvor patient og pårørende kan finde støtte og omsorgstilbud, som findes på hospital, i almen praksis, i hjemmeplejen, på hospice og i private organisationer
Link til pjece: www.sundhedsaftaler.rm.dk
- Informerer om Åben indlæggelse og afholder forventningssamtale om tilbuddet m patient og pårørende. Se afsnit 9.5.

- Diagnoseregistrerer v. ICD-10 kodning: Palliativ care: Z51.5, som tilføjelse til sygdomsdiagnose/aktionsdiagnosen. Se afsnit 3.1.
- Følger retningslinjer for palliativ behandling af den uhelbredelige patient og omsorg for patientens pårørende

Link: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_hoveon.nsf/UI2/F8BE74C30D02D5F6C1257817003A8C59?OpenDocument

8.1.2. Udskrivelse fra hospital til palliativ indsats

Udover nedenfor nævnte procedurer følges også udskrivelsesprocedurer i den sundhedsfaglige del af sundhedsaftalen om udskrivningsforløb.

Link: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/UI2/11C80ABC8E9B7D1FC12578490032B30E?OpenDocument

- Afholder udskrivningskonference m. deltagelse af kommunen/ den kommunale sundhedsfaglige kontaktperson og praktiserende læge i de tilfælde, hvor det er relevant og muligt
- Følger retningslinje for udskrivelse af patienter til terminal pleje:
Link: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_7003.nsf/SoegeView/95BAC72CB0F9A81EC12577F10046874C
- Udfylder tjekliste for patienter, der udskrives til terminale ydelser
Link: [http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_7003.nsf/\\$CXIV/ATTACH-RMAP-8F7E52/\\$FILE/Tjekliste%20for%20patienter%20der%20udskrives%20til%20terminal%20pleje.pdf](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_7003.nsf/$CXIV/ATTACH-RMAP-8F7E52/$FILE/Tjekliste%20for%20patienter%20der%20udskrives%20til%20terminal%20pleje.pdf)
- Udarbejder oversigt over medicin og evt. smertebehandling, jf. den generelle sundhedsaftale
Link: [Regionens e- Dok](#)
- Ansøger evt. medicinbevilling til medicin (terminaltilskud). Se afsnit 9.8.

Link: [http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/statistik,-priser-og-tilskud/tilskud-til-medicin/individuelle-tilskud/ terminaltilskud.aspx](http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/statistik,-priser-og-tilskud/tilskud-til-medicin/individuelle-tilskud/terminaltilskud.aspx)

- Medsender doseret medicin efter aftale m. patient/pårørende/hjemmesygeplejen/det palliative team, jf. den generelle sundhedsaftale
- Tildeler Åben indlæggelse og stamafdeling m. udlevering af tildelingsbrev til patient. Se afsnit 9.5.
Link til Åben indlæggelse: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/O/AFED5A06005CF903C125793D0038C437?OpenDocument
- Sender epikrise fra EPJ til praktiserende læge og kommunen på udskrivningsdagen og evt. til det palliative team, hvis det er/skal inddrages
- Udfylder og fremsender terminalerklæring til kommunens visitation ved kommunal inddragelse i den palliative indsats. Se afsnit 9.5. og 10.2.
Link til Åben indlæggelse: [Se afsnit 8.1.2. pkt. 7](#)
- Tager stilling til brug hjælpemidler, sygeplejeartikler (afsnit 9.10.), ernæring (afsnit 9.9.), udlån af ilt (afsnit 9.12), sug og inhalator (afsnit 9.13 og 9.14).
- Henviser til det palliative team v. inddragelse af teamet. Se afsnit 9.1.
Link til visitation palliativt team: <http://www.rm.dk/files/Sundhed/Hospices/visitapall2.pdf>
- Henviser til hospice, hvis dette tilbud ønskes, og kriterier er opfyldt. Se afsnit 9.1.
Link til visitation til hospice: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_kvalkoor.nsf/SoegeView/F44180990EFE59F3C125778C0030DF5D

Under 2.19.1.1 i Fælles dokumenter i regionens e- Dok findes Palliativ behandling af den uheldredelige patient og omsorg for patientens pårørende:

Link: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_7003.NSF/UNIDInformationsdokumenter/C0A4C2C4B589BAD4C1257706002AFCF1?OpenDocument

8.1.3. Genindlæggelse på Åben indlæggelse i stamafdeling

Ved henvendelse fra patient/pårørende, hjemmeplejen eller praktiserende læge/vagtlæge om brugen af Åben indlæggelse (ÅI) gør stamafdelingen sig følgende overvejelser:

- Er det et akutoptået problem hos patienten eller har det været langsomt fremadskridende?
- Bunder den opståede situation i fysiologiske forandringer eller i psykologiske mekanismer?
- Er patienten uafvendelig døende, således at behandlingsindsatsen består i hjælp til accept i forhold til livets afslutning?
- Kan stamafdelingens faglige vejledning af eller sparring med patient/pårørende, hjemmesygeplejen eller praktiserende læge/vagtlæge forhindre brugen af ÅI?
- Kan situationen afklares ved kontakt til en hjemmesygeplejerske/kommunal palliativ nøgleperson eller til det palliative team, hvis de er tilknyttet patienten?
- Kan andre relevante kommunale ydelser/tilbud afhjælpe situationen?

Link til Åben indlæggelse: Se afsnit 8.1.2. pkt. 7

Handlinger ved modtagelse og indlæggelse på Åben indlæggelse

- Bestiller transport
- Gør stue klar
- Finder journal frem og orienterer sig om pågældende patient
- Dokumenterer i journalen om den problemstilling, som har ført til indlæggelse efter kontakt med hjemmesygeplejerske, praktiserende læge/vagtlæge eller patient/pårørende
- Kontakter vagthavende hospitalslæge
- Har indlæggelsessamtale m. sygeplejerske og læge mhp. vurdering af behov for akut intervention og -niveau

Link til Åben indlæggelse: Se afsnit 8.1.2. pkt. 7

8.1.4. Indlæggelse på sengeafsnit i den sidste fase

- Tildeler kontaktpersoner. Se afsnit 9.2.
- Udarbejder en tværfaglig plan for den palliative indsats, herunder inddragelse af palliativ fysioterapi/ergoterapi. Se afsnit 9.6.
- Screener løbende for symptomer m. EORTC-QLQ-C15-PAL. Se afsnit 7.1.
- Udpeger 1-2 kontaktpersoner blandt pårørende
- Tilbydes enestue m. overnatningsmulighed for pårørende – hvis det er muligt
- Drøfter og aftaler pårørendes deltagelse i plejen
- Evt. udleverer pjecen om de sidste døgn og ved dødsfald
- Følger retningslinjer for palliativ behandling af den uheldredelige patient og omsorg for patientens pårørende
Link: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_hoveon.nsf/UI2/F8BE74C30D02D5F6C1257817003A8C59?OpenDocument
- Følger retningslinjer for de sidste 48 timer
Link: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_hoveon.nsf/UI2/F8BE74C30D02D5F6C1257817003A8C59?OpenDocument

Link til skema for 'Daglig vurdering' og 'De sidste levedøgn': [http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_hoveon.nsf/\\$CXIV/ATTACH-RMAP-8DBE2Z/\\$FILE/Døende%20skema%20\(de%20sidste%2048%20timer\).doc](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_hoveon.nsf/$CXIV/ATTACH-RMAP-8DBE2Z/$FILE/Døende%20skema%20(de%20sidste%2048%20timer).doc)

8.1.5. Dødsfald på hospitalet

- Informerer pårørende om, hvad der skal foregå på hospitalet efter dødsfaldet¹⁴:
 - Evt. ligsyn og indhentning af tilladelse til obduktion
 - Udstedelse af dødsattest

¹⁴ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven nr. 546 af 24.06. 2005, §§ 176, 178, 182 og 183.

- Mulighed for at se afdøde i kapellet
- Tilbud om opfølgningssamtale
- Orienterer pårørende om, hvad de skal gøre efter dødsfaldet:
 - Henvendelse til bedemand vedr. begravelse
 - Henvendelse til skifteretten m. fødsels- og dødsattest
- Informerer om dødsfaldet til hjemmeplejen, praktiserende læge og evt. det palliative team

Retningslinjer for omsorg for den afdøde patient.¹⁵

Link: [http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_7003.nsf/\\$CXIV/ATTACH-RMAP-84NFED/\\$FILE/Når%20et%20menneske%20dør.pdf](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_7003.nsf/$CXIV/ATTACH-RMAP-84NFED/$FILE/Når%20et%20menneske%20dør.pdf)

8.1.6. Opfølgning efter dødsfaldet

- Tilbyder de efterladte en samtale m. de sundhedsfaglige kontaktpersoner om behandlings- og plejeforløbet på hospitalet ca. 1 mdr. efter dødsfaldet

¹⁵ Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse. 2.19.2. Omsorg for den afdøde patient.

8.2. PRAKTISERENDE LÆGE – ansvar og opgaver ved palliativ indsats

Den praktiserende læge er i samarbejde m. hjemmesygeplejen ansvarlig for den palliative behandling af patienten på basisniveau.

8.2.1. Før påbegyndelse af palliativ indsats i hjemmet

Praktiserende læge:

- Er den lægefaglige kontaktperson. Se afsnit 9.2.
- Deltager i udskrivningskonference, hvis det er relevant og muligt
- Er ansvarlig for at igangsætte symptombehandling eller fortsætte m. hospitalets medicinske behandlingsplan
- Henviser til hjemmesygeplejen, hvis kommunen skal inddrages i den palliative indsats
- Sikrer sig kendskab til patienten, sygdommen og de igangsatte behandlinger og sociale ydelser via journal, epikrise eller ved telefonisk kontakt til den lægelige kontaktperson på hospitalet
- Udfylder skemaet angående terminalerklæring til den kommunale visitation ved inddragelse af hjemmesygeplejen/ hjemmeplejen i den palliative indsats, hvis dette ikke er sket. Se afsnit 9.5. og afsnit 10.2.

Link til Åben indlæggelse: Praksis.dk

- Udfylder henvisning til det palliative team, hvis teamet skal inddrages. Se afsnit 9.2.
Link til visitation til palliativt team: <http://www.rm.dk/files/Sundhed/Hospices/visitapall2.pdf>
- Udfylder henvisning til hospice, hvis dette tilbud skal inddrages. Se afsnit 9.3.
Link til visitation til hospice: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_kvalkoor.nsf/SoegeView/F44180990EFE59F3C125778C0030DF5D

Anbefaling: Diagnoseregistrering af palliativ indsats i primær sektors diagnosesystem (ICDP): *BEHOV for palliativ indsats: A99*, når en patient tildeles palliativ indsats i hjemmet. Se afsnit 3.1.

8.2.2. Påbegyndelse af og ved palliativ indsats i hjemmet

Praktiserende læge:

- Afholder planlægningsmøde i patientens hjem m. deltagelse af hjemmesygeplejerske /kommunale sundhedsfaglige kontaktperson. Det er hjemmesygeplejersken indkalder til mødet^{16,17}
- Aftaler en tværfaglig plan for den palliative indsats
- Informerer patient og pårørende om igangsættelse af palliativ indsats, hvad dette betyder og hvem (basis-/specialistniveau) der skal inddrages i den palliative indsats. Se afsnit 4 og 9.1.
- Informerer om praktiserende læges tilgængelighed for patient/pårørende/hjemmesygeplejen i dag- og vagttid, evt. i hele døgnet, hvis lægen ønsker det
- Har løbende aftale m. patient/pårørende/hjemmesygepleje om hjemmebesøg
- Screener evt. løbende for symptomer m. EORTC-QLQ-C15-PAL. Se afsnit 7.1.
- Vurderer løbende kompleksiteten i det palliative forløb, og henviser evt. til det palliative team eller hospice. Se afsnit 8.

¹⁶ Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for kommuner. 2.10.1. Samarbejde om de palliative indsatser.

¹⁷ Omtales fælles plan for palliation i Sundhedsstyrelsens høringsudkast til forløbsprogram for rehabilitering og palliation ifm. kræft. Nov. 2011.

8.2.3. Indlæggelse på hospital ved praktiserende læge

Se den generelle sundhedsaftale om indlæggelsesforløb.

Link: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/UI2/052F065CE4779D71C125784800380BD6?OpenDocument

8.2.4. Genindlæggelse på Åben indlæggelse

Praktiserende læge/vagtlæge overvejer følgende før indlæggelse

- Er det et akut opstået problem hos patienten eller har det været langsom fremadskridende?
- Bunder den opståede situation i fysiologiske forandringer eller i psykologiske mekanismer?
- Er patienten uafvendelig døende, således at behandling består i hjælp til accept ift. livets afslutning?
- Kan situationen afklares ved kontakt til hjemme-sygeplejerske/kommunal palliative nøgleperson eller det palliative team, hvis de er tilknyttet patienten?
- Kan andre relevante kommunale ydelser/tilbud afhjælpe situationen?
- Screener evt. for palliative symptomer m. EORTC-QLQ-C15-PAL. Se afsnit 7.1.
Link til skema: [Praksis.dk](#)
- Ringer evt. til stamafdeling og får faglig sparring hos vagthavende hospitalslæge
Link til Åben indlæggelse: [Praksis.dk](#)

8.2.5. Ved palliativ indsats i den sidste fase

Praktiserende læge:

- Revurderer behovet for lægens tilgængelighed for patient/pårørende/hjemmesygeplejen i dag- og vagttid, evt. i hele døgnet
- Har løbende aftale m. patient/pårørende/hjemmesygepleje om hjemmebesøg
- Screener evt. for palliative symptomer m. EORTC-QLQ-C15-PAL. Se afsnit 7.1.

Link: Praksis.dk

- Vurderer løbende kompleksiteten i det palliative forløb, henviser evt. til det palliative team eller hospice. Se afsnit 8.
- Ordinerer evt. tryghedskasse til de sidste levedøgn, under forudsætning af, at en hjemmesygeplejerske er ansvarlig for den palliative indsats. Se afsnit 9.11.

8.2.6. Ved dødsfald i hjemmet

Praktiserende læge:

- Aftaler m. pårørende og hjemmesygeplejen tidspunkt og sted for ligsyn og udstedelse af dødsattest¹¹
- Informerer det palliative team indenfor 24 timer, hvis de er involveret.

8.2.7. Opfølgning efter dødsfaldet

Praktiserende læge:

- Tilbyder de efterladte en samtale om behandlings- og plejeforløbet, evt. m. deltagelse af den kommunale kontaktperson.
- Samtalen afholdes inden for én måned efter dødsfaldet

*Link til Klinisk vejledning om palliation i primærsektoren.
DSAM 2004: [http://www.e-pages.dk/dsam/172074491//](http://www.e-pages.dk/dsam/172074491/)*

8.3. KOMMUNEN - ansvar og opgaver ved palliativ indsats

I samarbejde m. praktiserende læge og i tæt samspil med det øvrige hjemmeplejepersonale er en hjemmesygeplejerske (den kommunale sundhedsfaglige kontaktperson) ansvarlig for den palliative pleje og omsorg på basisniveau.

8.3.1. Før påbegyndelse af palliativ indsats i hjemmet

Kommunen:

- Deltager i udskrivningskonferencer på hospital, hvis patienten er indlagt, hvis der indkaldes, og det er relevant. Se den generelle sundhedsaftale om udskrivelse
Link til udskrivelsesaftale: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/UI2/11C80ABC8E9B7D1FC12578490032B30E?OpenDocument
- Foretager visitationsbesøg ved modtagelse af terminalerklæring mhp. tildeling af kommunale palliative sundhedsydelser og sociale serviceydelser
Link til Åben indlæggelse: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/O/AFED5A06005CF903C125793D0038C437?OpenDocument
- Udpeger en hjemmesygeplejerske til at være sundhedsfaglig kontaktperson. Se afsnit 10.1.
- Registrerer den palliativ indsats i omsorgsjournal, når dette bliver muligt

8.3.2. Palliativ indsats i hjemmet/plejebolig

Hjemmesygeplejersken/den sundhedsfaglige kontaktperson:

- Modtager epikrise ved patientens udskrivelse fra hospital
- Planlægger, indkalder til og deltager i planlægningsmøde i patientens hjem sammen m. praktiserende læge¹⁷

- Udleverer informationspjece om, hvor patient og pårørende kan finde støtte og omsorgstilbud, som findes på hospital, i almen praksis, i kommunen, på hospice og i private organisationer
Link til informationspjece: www.sundhedsaftaler.rm.dk
- Aftaler løbende pårørendedeltagelse i plejen
- Vurderer løbende aflastning af pårørende eller fast vagt i hjemmet. Se afsnit 10.14.
- Screener løbende for palliative symptomer m. EORTC-QLQ-C15-PAL. Se afsnit 7.1.
*Vedlagt som bilag 1 i lommehåndbogen.
Link til skema: www.sundhedsaftaler.rm.dk*
- Aftaler tværfaglig plan for den palliative indsats m. praktiserende læge ved forværring af sygdommen (behandlingsovervejelser og tilgængelig medicin)
- Har løbende aftale m. patient/pårørende om hjemmebesøg m. praktiserende læge
- Sikrer inddragelse af relevante indsatser fra andre faggrupper, herunder palliativ fysioterapi og psykolog. Se afsnit 9.10. og 9.11.
- Inddrager en kommunale palliative nøgleperson ved uløste problemstillinger

8.3.3. Inddragelse af det palliative team i hjemmet

Hjemmesygeplejersken/den sundhedsfaglige kontaktperson

- Er kontaktperson til det palliative team ved hjemmebesøg, såfremt denne er involveret i forløbet
- Sikrer i samarbejde m. praktiserende læge og det palliative team udførelse af den fastlagte palliative behandlings- og plejeindsats

8.3.4. Genindlæggelse med Åben indlæggelse

Til plejepersonale i hjemmeplejen findes der en intern procedure for, at de kontakter en hjemmesygeplejerske, inden de understøtter patientens brug af Åben indlæggelse. Se afsnit 9.5.

Hjemmesygeplejerskens opgaver før brug af Åben indlæggelse

- Skaber ro, tryghed og tillid i situationen ift. patient og pårørende
- Danner sig et overblik over situationen ved følgende overvejelser:
 - Er det et akut opstået problem hos patienten eller har det været langsom fremadskridende? Fx behov for ændring af medicinordination, tilstoppet kateter mm.
 - Bunder den opståede situation i fysiologiske forandringer eller i psykologiske mekanismer?
 - Er patienten er uafvendelig døende, således at behandling består i hjælp til accept i forhold til livets afslutning?
 - Kan situationen afklares ved kontakt til den kommunale palliative nøgleperson, prakt. læge, vagtlæge eller det palliative team, hvis de er tilknyttet patienten?
 - Kan andre relevante kommunale ydelser/tilbud afhjælpe situationen?
 - Screener for palliative symptomer m. EORTC-QLQ-C15-PAL. Se afsnit 7.1.
Vedlagt som bilag I i lommehåndbogen
Link til skema: www.sundhedsaftaler.rm.dk
 - Ringer evt. til stamafdeling og får faglig sparring hos det hospitalspersonale, der kender patienten

8.3.5. Indlæggelse på Åben indlæggelse

Hjemmesygeplejersken:

- Udarbejder en opdateret medicinliste og elektronisk kommunikationsark m. patientoplysninger
- Informerer evt. pårørende om indlæggelse
- Aftaler indlæggelsestidspunkt og transport m. stamafdeling
- Sikrer at patientens tildelingskema om Åben indlæggelse medtages v. indlæggelsen
Link til Åben indlæggelse: Se afsnit 8.1.3. pkt. 2

8.3.6. Palliativ indsats i den sidste fase

Hjemmesygeplejersken/den sundhedsfaglige kontaktperson

- Screener for palliative symptomer m. EORTC-QLQ-C15-PAL. Se afsnit 7.1.
Vedlagt som bilag I i lommehåndbogen
Link til skema: www.sundhedsaftaler.rm.dk
- Har løbende aftale m. patient/pårørende om hjemmebesøg m. praktiserende læge
- Aftaler indsatsplan m. praktiserende læge ved forværring af sygdommen (behandlingsovervejelser og tilgængelig medicin)
- Vurderer løbende kompleksiteten i det palliative forløb, henviser evt. til praktiserende læge mhp. henvisning til det palliative team eller hospice. Se afsnit 8.
- Aftaler evt. ordination af tryghedskasse med den praktiserende læge/ det palliative team til de sidste levedøgn. Se afsnit 9.11.
- Vurderer løbende behovet for aflastning af pårørende eller fast vagt i hjemmet. Se afsnit 10.14.

8.3.7. Dødsfald i hjemmet

Hjemmesygeplejerske/den sundhedsfaglige kontaktperson:

- Informerer de pårørende om:
 - Ligsyn og udstedelse af dødsattest ved dødsfald
 - Samtale og beslutning om ligsynet skal foregå i hjemmet eller i kapellet på det nærmeste hospital og muligheden for at se afdøde
 - Henvendelse til bedemand vedr. begravelse og til skifteretten m. fødsels- og dødsattest
- Tilbyder opfølgningssamtale inden for 14 dage - 1 måned efter dødsfaldet om det palliative plejeforløb
- Informerer om dødsfaldet internt i hjemmeplejen og evt. til det palliative team
- Bestiller ligsyn hos praktiserende læge

8.3.8. Opfølgning efter dødsfaldet

Hjemmesygeplejerske/den sundhedsfaglige kontaktperson:

- Foretager en samtale om det palliative plejeforløb m. de pårørende, hvis det er aftalt

8.4. DET PALLIATIVE TEAM – ansvar og opgaver ved palliativ indsats

Det palliative team

- Varetager den specialiserede palliative indsats
- Vurderer henvisningen mhp. opfyldelse af visitationskriterier
Link:
<http://www.rm.dk/files/Sundhed/Hospices/visitapall2.pdf>
- Kontakter patient og pårørende inden for 2 hverdage
- Palliativ læge og sygeplejerske deltager i det 1. besøg
- Efterfølgende er kontakten behovsbestemt (hvem og hvordan)
- Samarbejder med og rådgiver praktiserende læge, hospitalslæge og hospitalssygeplejerske og hjemmesygeplejerske
<http://www.rm.dk/files/Sundhed/Hospices/visitapall2.pdf>
- Web-registrerer i Dansk Palliativ Database (DPD)¹⁸ ved henvisning til det palliative team og hospice:
Link: www.dmcgpal.dk/default.asp? -> *KMS Dataskema*

Se afsnit 9.1.

¹⁸ Landsdækkende klinisk database, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Omfatter alle patienter, der henvises til specialiserede, palliative funktioner (hospice, palliativ team/-enheder/-afdelinger).

8.5. HOSPICE - ansvar og opgaver ved palliativ indsats

Hospice

- Varetager den specialiserede palliative indsats
- Vurderer henvisningen mhp. opfyldelse af visitationskriterier
Link til visitation til hospice: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_kvalkoor.nsf/SoegeView/F44180990EFE59F3C125778C0030DF5D
- Kontakter henvisende instans, patient og pårørende telefonisk inden for 2 dage
- Web-registrerer i Dansk Palliativ Database (DPD)⁹ ved henvisning til det palliative team og hospice
*Link: www.dmcgpal.dk/default.asp? -> KMS
Dataskema*

Se afsnit 9.1.

9. Palliative behandlings- og pleje, omsorgs- og støttetilbud i regionalt regi

9.1. Palliativ indsats

9.1.1. På basisniveau

Den praktiserende læge

- Varetager den palliative medicinske indsats på basisniveau i patientens hjem

Praktiserende fysioterapeut

- Varetager palliativ fysioterapi hos patienter i palliativ behandling efter henvisning fra praktiserende læge

Praktiserende psykolog

- Varetager samtaleterapi hos patienter i palliativ behandling og dennes pårørende efter henvisning fra praktiserende læge

De somatiske sengeafsnit på hospitaler

- Yder palliative indsats, når patienter m. åben indlæggelse indlægges i stamafdeling eller patienter, der ønsker hospitalsindlæggelse i den sidste fase

Se afsnit 6, 8.1. og 8.2.

9.1.2. På specialistniveau

De palliative teams

- Varetager efter henvisning fra praktiserende læge eller hospitalslæge den specialiserede palliative indsats der, hvor patientens opholder sig
- Henvisningen skal ske i samråd og enighed m. praktiserende læge, hvis hospitalslæge foreslår /ønsker indsats af det palliative team
- Sikrer en kvalificeret symptombehandling og pleje, uanset hvor den palliative indsats foregår
- Koordinerer den palliative indsats sektorerne imellem i den enkelte patients forløb

Se afsnit 6 og 8.3.

Desuden medvirker de palliative teams som faglig sparringspartner for sundhedspersonalet og ved at øge disses kompetencer og viden inden for det palliative område.

Visitationskriterier til det palliative team

- Patienten skal have en uhelbredelig livstruende sygdom ledsaget af en kompliceret palliativ problemstilling af fysisk, psykosocial og/eller eksistentiel karakter
- Indsatsen kan kombineres m. livsforlængende palliativ behandling, men mulighederne for kurativ behandling af sygdommen skal være udtømte
- Patientens skal være informeret om sygdommens karakter og skal vide, at indsatsen vil være lindrende pleje og behandling
- Patienten skal selv ønske tilknytning til det palliative team

Indholdet i henvisningen til det palliative team

- Navn, cpr., adresse, telefonnr.
- Henvisningsdiagnose
- Kort beskrivelse af patientens aktuelle problemstilling og formål m. henvisning
- Medicinliste
- Social anamnese
- Oplysning om specielle sociale ydelser (terminalerklæring, medicintilskud, plejeorlov mm.)
- Oplysning om stamafdeling
- Oplysning om egen læge, hjemmesygeplejerske, eller områdecenter

Link til henvisning og henvisningsformular:

<http://www.rm.dk/files/Sundhed/Hospices/visitapall2.pdf>

Dataregistrering i Dansk Database (DPD)

Ved visitation til det palliative team registrerer den palliative læge følgende:

- Hvem der har henvist
- Dato for modtagelse

- Patientens diagnose
- Om indsats er startet: ja/nej
- Opfyldte visitationskriterier
- Dato for 1. kontakt
- Hvor kontakten fandt sted
- Afsluttet som død/i live
- Hor døde patienten
- Børn < el.> 18 år
- Bopæl
- Bor alene eller m. hvem
- Afholdt tværfaglig konference m. min. 4 faggrupper
- Patient udfyldt EORCT- skema, hvis ikke hvorfor

Placering af de palliative team i Region Midtjylland

- Aarhus Universitetshospital
Træffetid: 8-15 på hverdage
Tlf. 89 49 46 70 - Fax: 89 49 45 23
- Regionshospitalet Horsens
Træffetid: man. – tors. 8-15, fre. 8-14.30
Tlf. 78 42 57 57 - Fax: 78 42 57 58
- Regionshospitalet Randers
Træffetid: 8-15 på hverdage
Tlf. 78 42 04 60 – Fax: 78 42 43 15
- Regionshospitalet Silkeborg
Træffetid: hverdage kl. 8-15
Tlf. 87 22 21 44
E-Mail: silkeborg.palliativ_team@rm.dk
- Hospitalsenheden Vest:
Træffetid: hverdage kl. 8-15
Tlf. 78 43 74 96 – Fax: 78 43 74 97
E-mail: hevestpalli@rm.dk
- Regionshospitalet Viborg
Træffetid: hverdage kl. 8-14.30
Tlf. 78 44 79 30 - Fax 78 44 79 39

Oversigt over optageområder findes på:

[Link: www.sundhedsaftaler.rm.dk](http://www.sundhedsaftaler.rm.dk)

Hospice

- Varetager efter henvisning fra praktiserende læge, hospitalslæge eller det palliative team den specialiseret palliative indsats under ophold på hospice
- Ophold på hospice er gratis for patienten
- Der er frit valg af hospice

Visitationskriterier til hospice

(Alle skal være opfyldt)

- Forventet kort levetid og udarbejdet terminalerklæring for den henviste
- Helbredende behandling er ophørt for den henviste
- Komplekse problemstillinger af fysisk, psykosocial eller eksistentiel karakter hos den henviste
- Behandlingsniveauet skal være afklaret, så den henviste ikke har symptomer af karakter, som fordrer indlæggelse på hospital
- Den henviste har et ønske om at leve den sidste tid på hospice og er velinformeret om andre muligheder for ophold og støtte

Link til visitation til hospice: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_kvalkoor.nsf/SoegeView/F44180990EFE59F3C125778C0030DF5D

Indholdet i henvisningen til hospice team:

- Personlige data
- Beskrivelse af sygdomsforløbet
- Begrundelse for ønske om at komme på hospice
- Et fagligt skøn på, hvor patienten er i sit sygdomsforløb, herunder tydeliggørelse af behovet for lindrende behandling
- Medicinoversigt
- Kopi af epikrise og journal

Visitationsprocedurer:

- Hospicechefen varetager visitation sammen med den læge, der er tilknyttet hospice
- Ved ledig plads foretages prioritering ud fra ventelisten

- I visitationen afklares forventninger og sikring af opfyldelse af henvisningskriterier

Dataregistrering i Dansk Database (DPD)

Ved visitation til hospice registreres samme data, som ved de palliative team. Se oven over.

Placering af hospice i Region Midtjylland

- Anker Fjord Hospice, Hvide Sande
Tlf. 96 59 49 00
E-mail: mail@ankerfjordhospice.dk
- Hospice Djursland, Rønne
Tlf. 87 77 33 00
E-mail: hospice@hospicedjursland.dk
- HospiceLimfjord, Skive
Tlf. 96 14 87 00
E-mail: info@hospicelimfjord.dk
- Hospice Søholm, Viby J. (Hospice Aarhus)
Tlf. 87 33 31 11
E-mail: hospice-soeholm@hospice-soeholm.dk

Link: <http://www.regionmidtjylland.dk/sundhed/hospice+-c12-palliation/hospice+s%C3%B8holm/s%C3%A5dan+kommer+man+p%C3%A5+hospice>

Oplysninger om hospicer i Danmark findes på Hospice Forum Danmarks hjemmeside:

Link: <http://www.hospiceforum.dk/page823.aspx>

9.2. Sundhedsfaglige kontaktpersoner

- Praktiserende læge er den sundhedsfaglige kontaktperson for patienten vedr. den medicinske indsats, herunder den palliative indsats i hjemmet

- Ved indlæggelse i almindeligt sengeafsnit tildeles patienten og pårørende både en sygeplejerske og en læge som sundhedsfaglig kontaktperson¹⁹
- Ved kontakt til det palliative team tildeles fra teamet både en læge og sygeplejerske som sundhedsfaglig kontaktperson for patient og pårørende
- Ved indlæggelse på hospice tildeles patienten og pårørende en sygeplejerske som sundhedsfaglig kontaktperson

Den sundhedsfaglige kontaktpersons opgaver:

- At sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og evt. i ambulante forløb
- At sikre koordinering af de sundhedsfaglige ydelser under indlæggelse og i ambulante forløb
- At sikre information til patient og pårørende om forløbet

9.3. Egenomsorgstilbud

De almindelige somatiske sengeafsnit, praktiserende læger og de palliative teams henviser til frivillige organisationer, primært Kræftens Bekæmpelse.

De palliative teams kan have individuelle støttesamtaler.

På hospice foretages både individuelle og gruppesamtaler for både patienter og pårørende samt henviser til Kræftens Bekæmpelse.

Link: www.cancer.dk

9.4. Palliativ symptomkontrol

- Ydes af både det regionale basis- og specialitniveau
Se afsnit 5 og 7.
- Ved sundhedsfaglig indsats følges de lokale kliniske retningslinjer på de enkelte hospitaler, de faglige

¹⁹ Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse. 2.3.2. Sundhedsfaglig kontaktperson

retningslinjer fra Sundhedsstyrelse og DSAM's kliniske retningslinjer, indtil de nationale kliniske retningslinjer foreligger
Link: <http://www.e-pages.dk/dsam/172074491/>
Link: http://www.sst.dk/publ/publ1999/palliativ_indsats/clean.html

9.5. Åben indlæggelse

Definition på Åben indlæggelse (ÅI)

"Ved Åben indlæggelse forstås, at:

- Patienten ved behov for indlæggelse kan indlægges direkte i stamafdelingen uden om de sædvanlige henvisnings- og visitationsprocedurer
- Patienten og pårørende, den kommunale hjemmesygepleje og praktiserende læge kan få speciallægelig sparring uden eller inden brugen af Åben indlæggelse"²⁰

Formål

- At sikre kontinuitet i patientforløbet
- At sikre hurtig afdækning af behov for pleje og behandling samt afklaring af behandlingsniveau
- Skabe tryghed for patient og pårørende
- Forebygge uhensigtsmæssige og uønskede indlæggelser

Målgruppen for Åben indlæggelse

- Patienter m. livstruende sygdom, der er i et palliativt forløb
- Udover kræftpatienter drejer det sig også om fx hjerte- og lungepatienter, der er i terminalstadiet af sygdommen

²⁰ Region Midtjylland. Åben indlæggelse – en kortlægning af funktion og anvendelse. 2009.

Visitationskriterium

- Patienter m. fremadskridende uhelbredelig sygdom kan tildeles en ÅI
- Dog senest på det tidspunkt, hvor der udfyldes en terminalerklæring til kommunen. Dvs. på det tidspunkt, at den forventede restlevetid vurderes at være under 6 mdr.

Procedurer ved tildeling af Åben indlæggelse

- Det er hospitalet, som tildeler en patient i et palliativt forløb en ÅI
- Der foreligger en lægelig vurdering af, at patienten opfylder det fælles regionale visitationskriterium for tildeling af ÅI
- Patient og pårørende informeres både mundtligt og skriftligt ved en (visitations)samtale, hvor patientens kontaktlæge og kontaktsygeplejerske deltager
- Den skriftlige orientering sker ved udlevering af en skriftlig Tildelingskrivelse til ÅI ved palliativ indsats" med angivelse af stamafdeling. Kopi lægges i journalen.
Link til tildelingskrivelsen: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/O/AFED5A06005CF903C125793D0038C437?OpenDocument
- Udfyldelse af Terminalerklæring ved behov for kommunale palliative ydelser. Erklæringen skal sendes til pågældende kommunes visitation
Link til terminalerklæring: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/O/AFED5A06005CF903C125793D0038C437?OpenDocument
- Registrering af ÅI i patientens journal/EPJ
- Patienten skrives til den oversigt, som hospitalet har over patienter m. ÅI
- Ved tildeling af ÅI og stamafdeling på et andet hospital:
 - Hospitalet kontakter patientens lokale hospital/"hjemhospital" og orienterer om deres vurdering af patientsituationen
 - Aftaler, at patienten kan få ÅI på x- sengeafsnit, som bliver patientens stamafdeling

- Patientens får udleveret tlf.nr. på den tildelte stamafdeling
- Kopi af patientens papirer m. udfyldt meddelelse til lokal stamafdeling om Tildeling af ÅI ved palliativ indsats sendes til det pågældende sengeafsnit på X regionshospital
Link til meddelelse til lokal stamafdeling:
http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/O/AFED5A06005CF903C125793D0038C437?OpenDocument
- Første gang patienten benytter sig ÅI, vurderer stamafdelingen om patientens hele situation indikerer fortsat brug af ÅI

Procedurer ved brug af Åben indlæggelse findes i afsnit 8.1.1., 8.1.2. og 8.1.3.

Link til Åben indlæggelse: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/O/AFED5A06005CF903C125793D0038C437?OpenDocument

9.6. Palliativ fysioterapi og ergoterapi i regionalt regi

Målet med palliativ fysioterapi og ergoterapi er lindring, mens den almindelige fysioterapi og ergoterapi har genoptræning som mål.^{21,22}

²¹ Fysioterapeutforeningen og ergoterapeutforeningen. Ergoterapi og fysioterapi i den palliative indsats samt i rehabiliteringen af kræftpatienter. Dec. 2010.

²² Det palliative team i Københavns Amt. Palliativ fysioterapi til terminale patienter i eget hjem. Erfaringer fra de første 1½ år med fysioterapeut i Sankt Lukas Hjemmehospice. 2002

Palliativ fysioterapi

Lejring og hvilestillinger¹⁷

Optimal lejring kan hjælpe patienten til bedre at føle sin krop og kroppens behov samt mindske behovet for smertestillende og muskelafslappende medicin. Omvendt kan uhensigtsmæssig lejring forstærke symptomer og måske tilføre yderligere komplikationer.

Formålet er at hjælpe den enkelte patient til rette, vælge hjælpemidler (madras, puder, stol osv.) og vejlede patient, pårørende og plejepersonale til at finde hvilestillinger, som mindsker evt. symptomer og modvirker, at sengen opleves ubehagelig

Fodmassage¹⁷

Fodmassage lindrer og afspænder, løsner op så den syge bedre kan mærke sin krop. Fodmassage har både en fysisk og psykisk dimension.

Lymfødembehandling²³

Lymfødem skyldes en ophobning af lymfevæske mellem cellerne i en del af kroppen. Det opstår typisk i en arm eller et ben, men kan også opstå i hoved-hals området, brystet eller kønsorganerne.

Det er især kvinder, der er blevet behandlet for brystkræft eller kræft i underlivet, som får lymfødem, men det kan også opstå efter behandling af kræft i hoved-hals området og prostata.

Lymfødem udvikler sig som regel langsomt, men kan opstå umiddelbart efter operation og strålebehandling og i op til 30 år efter behandling.

Lymfødem er en kronisk lidelse, men med gode muligheder for at kontrollere og begrænse lymfødemet, så

²³ Kræftens Bekæmpelse. Behandling af Kræft. Lymfødem.

det generer mindst muligt i dagligdagen. Jo hurtigere behandling, desto mindre generende vil lymfødemet blive.

Behandling og lindring:

- Består af bandagering med støttebind hos en specialuddannet lymfeterapeut
- Konstant brug af kompressionsstrømpe
- Størst effekt opnås ved også at bruge kompressionsstrømpe om natten

Lymfødem medfører en øget risiko for infektioner i huden, og hudpleje er en vigtig del af behandlingen.

Massage/berøring¹⁷

Uhelbredeligt syge spænder ofte kroppens muskler som et ubevidst værn mod den eksistentielle angst og mod de symptomer, som sygdommen kan give.

Massagens virkning:

- Give afspænding af de spændte muskler, hvilket i sig selv lindrer de gener, som spændingerne giver, og derved løses der op for angst og uro
- Bedre vejrtrækning ved massage af mellemgulvet og kan sammen med massage af mave-tarmregion aktivere en passiv tarm
- Bedre blodgennemstrømning i vævene, så den øvrige lindrende behandling fremmes
- Bedre den fysiologiske optagelse af næringsstoffer og medikamenter og bortskaffelse af affaldsstoffer
- Gennem nænsom og respektfuld berøring efterlade kroppen afspændt og behagelig varm, så personen igen føler velbehagelighed ved kroppen, som gennem kortere eller længere tid mest har givet ubehag fra symptomer og behandlinger

Pårørende kan få vejledning af fysioterapeuten i at give den syge en let massage. Dette kan fremme den fysiske nærhed mellem ægtefælle eller andre nære pårørende, som måske har lidt under sygdommen.

Vejrtrækningsteknik¹⁷

Vejrtrækningsteknik består af øvelser og hvilestillinger.

Formål:

- At hjælpe patienten med at økonomisere med den luft, som vedkommende har til rådighed
- At hjælpe patienten til at bryde uhensigtsmæssige bevægelsesmønstre
- At flytte fokus fra åndenøden til teknikker/handlemåder, der hjælper patienten til at genvinde kontrollen og modvirke den angst, som ofte er åndenødens følgesvend

Virkning:

- Øge funktionsniveauet så meget, at vedkommende kan være mere fysisk aktiv igen – hjemme eller ude

Bevægelsesøvelser¹⁷

Formål:

- At vedligeholde patientens funktionsniveau
- At lære patienten bevægelsesmønstre, som kompenserer for tabet af de funktioner, som sygdommen har medført

Typer af øvelser:

- Aktive bevægelsesøvelser, hvor det er patienten selv, der udfører det aktive muskelarbejde - under fysioterapeutens vejledning
- Ved passive øvelser er det fysioterapeuten, der bevæger patientens arm eller ben ved at støtte eller løfte den del af kroppen, der bevæges
- Ved modstandsøvelser udføres af patienten og fysioterapeuten i samarbejde. Patienten udfører øvelsen og fysioterapeuten yder modstand for bevægelsen

Virkning:

- Lindre smertefulde lemmer
- Forebygge yderligere forværring af tilstanden
- Bedre patientens kropsopfattelse og øger selvværdet

Mange patienter føler det meningsfuldt at træne, at gøre noget der nytter, noget fremadrettet. Nogle har forventning om, at genoptræning til et bedret funktionsniveau er mulig.

Palliativ ergoterapi¹⁶

Følgende er palliative kerneindsatser inden for ergoterapi:

- Indsatser, som i videst muligt omfang letter aktivitetsudførelse og giver mulighed for hvile gennem aktiviteter af berigende art
- Gennem aktivitetstræning, vejledning og evt. hjælpemidler fremme egenomsorgen
- Tiltag som fremmer muligheder for hensigtsmæssige hvile-, ligge- og siddestillinger
- Rådgivningen om indretning og miljømæssige forhold, som kan fremme patientens funktion og trivsel, både i eget hjem og behandlingsmiljøet

Palliativ fysioterapi og ergoterapi ydes af:

- Hospitalets fysioterapeut og ergoterapeuter under indlæggelse på almindelige somatiske sengeafsnit
- Fysioterapeut i det palliative team
- Fysioterapeut under ophold på hospice
- Praktiserende fysioterapeut efter henvisning fra praktiserende læge

*Link til oversigt over tilbuddene på hospitalerne:
www.sundhedsaftaler.rm.dk*

9.7. Psykologbehandling i regionalt regi

Patienter, der er indlagt

- Ved behov tilbydes psykologbehandling evt. lokalt på det enkelte hospital, hvis det findes eller der henvises til Kræftens Bekæmpelse

Patienter i eget hjem

- Tilbud om psykologisk behandling er forskellige i de palliative teams

Patienter på hospice

- Alle hospicer i Region Midtjylland har tilbud om psykologhjælp
- Regionen yder tilskud til behandling hos praktiserende psykolog efter henvisning fra praktiserende læge.²⁴

Henvisningskriterier til praktiserende psykolog

- Personkreds:
 - Personer ramt af alvorligt invaliderende sygdom
 - Pårørende til personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
 - Pårørende ved dødsfald
 - Personer med let til moderat depression mellem 18 og 37 år
 - Personer m. angst
 - Personer, som har været udsat for en eller flere af de anførte hændelser, hvor den praktiserende læge skønner, at personen befinder sig i en krise, som er udløst af det, personen har været udsat for.
- Henvisning kan ske inden 6 måneder efter den begivenhed, der er grunden til, at personen ønsker eller har behov for psykologhjælp.
- Henvisning kan udstedes senere og skal i alle tilfælde udstedes senest 12 måneder efter den udløsende begivenhed.
- Tidsbegrænsningen gælder ikke ifm. bl.a. depression

En henvisning giver ret til max. 12 samtaler, dog kan depressive opnå op til 2 x 12 samtaler efter henvisning fra praktiserende læge.

Kommunalt tilskud til behandling hos praktiserende psykolog: Se afsnit 10.11.

²⁴ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven nr. 546 af 24.06. 2005. § 69.

9.8. Medicin og terminaltilskud²⁵

Patienter, der er indlagt

- Under indlæggelse får patienter i palliativ behandling den medicin, som ordineres af lægerne i lighed med andre indlagte

Patienter i eget hjem

- Patienter m. fremskreden livstruende sygdom, der vælger at tilbringe den sidste tid i eget hjem eller på et hospice, skal ikke stilles økonomisk ringere end patienter, der forbliver indlagt på hospital
- Lægemiddelstyrelsen bevilger 100 % tilskud til lægeordnede lægemidler til personer, der er døende ved (terminaltilskud)

Ansøgning om terminaltilskud i hjemmet

- Patientens læge eller sygehuset skal søge Lægemiddelstyrelsen om terminaltilskud
- Elektronisk ansøgningsskema findes på Medicinprofilen og på Lægeforeningens hjemmeside. Se link neden for.
- I ansøgningen gives en lægelig erklæring på, at patienten er berettiget til terminaltilskud, da prognosen er kort levetid, og at hospitalsbehandling mhp. helbredelse må anses for udsigtsløs
- Lægemiddelstyrelsen svarer på ansøgninger om terminaltilskud indenfor 1-2 dage
- Patienten modtager et brev med bevillingen
- Bevillingen registreres i Lægemiddelstyrelsens Centrale Tilskudsregister (CTR), så apoteket kan se, at patienten har ret til at få alt sit receptordinerede medicin gratis

Terminalbevillingens indhold

- Patienten får alle lægemidler, som er udskrevet på recept, gratis

²⁵ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven nr. 546 af 24.06. 2005. § 148.

- Al medicin, som er ordineret af en læge på recept uanset om der ellers er tilskud til medicinen eller ej
- Terminaltilskud dækker ikke udgifter til hjælpemidler eller ernæringsprodukter. Dette skal søges hos kommunen

Link: <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/statistik,-priser-og-tilskud/tilskud-til-medicin/individuelle-tilskud/terminaltilskud>

9.9. Sygeplejeartikler

Hospitalet medsender sygeplejeartikler i de tilfælde, hvor:

- Hjemmesygeplejen ikke er inddraget i den palliative indsats i hjemmet ved udskrivelsen
- Det er specielle sygeplejeartikler, som ikke almindeligvis findes i kommunens hjemmesygeplejedespot

Der medsendes den nødvendige mængde af sygeplejeartikler, indtil pårørende eller hjemmesygeplejen har kunnet fremskaffe dem.

Se den generelle sundhedsaftale om udskrivningsforløb.

Link til udskrivelsesaftale: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/UI2/11C80ABC8E9B7D1FC12578490032B30E?OpenDocument

9.10. Tilskud til ernæringspræparater^{26, 27}

Personer med svær sygdom, der medfører, at de ikke kan synke eller optage almindelig kost, kan have behov for ernæringspræparater, som evt. indtages gennem sonde.

²⁶ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven nr. 546 af 24.06. 2005, § 159.

²⁷ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1491 af 14.12. 2006 om tilskud til ernæringspræparater.

Ernæringspræparatet til patienter i palliativ behandling er et standardprodukt, som er beregnet til personer, som pga. sygdom eller alvorlig svækkelse ikke er i stand til at indtage almindelig mad i den fornødne mængde til at dække behovet for næringsstoffer.

Det tilskudsberettigede ernæringspræparat skal være ordineret af en læge og være optaget på Sundhedsstyrelsens liste over tilskudsberettigede ernæringspræparater. Listen findes på www.sst.dk.

Patienter, der er indlagt

- Så længe man er indlagt på hospital, afholdes udgifterne til ernæringspræparater af hospitalet

Patienter i eget hjem

- Ved behov for ernæringspræparater i hjemmet ydes der tilskud til sondeernæring og visse andre ernæringspræparater
- Regionen dækker det offentlige tilskud på 60 % af ernæringspræparatets pris
- De resterende 40 % af prisen, som brugeren selv skal betale, svarer til den gennemsnitlige udgift for almindelig kost
- Personer med behov for sondeernæring i eget hjem og der er terminale, kan bevilges tilskud til egenbetalingen på 40 % af den samlede udgift til ernæringspræparater og remedier. Se afsnit 10.5.
- Patienter, som ikke er i kontakt med hjemmesygeplejen, omfatter tilskudsordningen også de nødvendige remedier til sondeernæring (sondeflaske, overlednings-sæt, sonder og dertil hørende sprøjter). Til ernæringspumpe ydes kun tilskud til udgiften til leje af pumpe

[Link til vejledende afklaringskatalog for hjælpemidler og behandlingsredskaber: www.hjaelpemidler.rm.dk](http://www.hjaelpemidler.rm.dk)

9.11. Udlån af ilt i hjemmet

Ved lægeordineret behandling m. ilt i eget hjem etablerer hospitalet dette.

Link til vejledende afklaringskatalog for hjælpemidler og behandlingsredskaber: www.hjaelpemidler.rm.dk

9.12. Udlån af sug

Ved behov for anvendelse af apparat i eget hjem til sugning af luftveje udlåner hospitalet et transportabelt sug m. tilbehør (fx slanger, filtre, connecter, sugekatetere)

Link til vejledende afklaringskatalog for hjælpemidler og behandlingsredskaber: www.hjaelpemidler.rm.dk

9.13. Udlån af inhalator

Ved behandling m. inhalator i eget hjem udlåner hospitalet det.

Link til vejledende afklaringskatalog for hjælpemidler og behandlingsredskaber: www.hjaelpemidler.rm.dk

9.14. Tryghedskasse

Definition på tryghedskasse

- Medicinkasse, som indeholder medicin, utensilier (infusionssæt, sprøjter, kanyler) og informationsmateriale til symptomlindring i de sidste levedøgn

Formål m. tryghedskassen

- Sikre et optimalt afsluttende forløb for patienter, der ønsker at dø i eget hjem
- Være et muligt behandlingsredskab, som anvendes i de sidste levedøgn

Forudsætninger for anvendelse af tryghedskasse

- Der skal foreligge en lægelig vurdering af patienten
- Individuel lægeordination af hvert enkelt præparat i kassen

- Tilstedeværelse af hjemmesygeplejerske, der kan administrere lægens ordinationer

Procedurer v. anvendelse af tryghedskasse

- Kassen ordineres ved udfærdigelse af lægerecept:
Rp. Tryghedskassen
D.s. Symptomlindring efter ordinationsskema
- Udfærdigelse af ordinationsskema m. individuelle ordinationer
- Skemaet skal formidles til hjemmesygeplejen, som ellers ikke må anvende kassen
- Produktions- og distribueringsapotek: Skanderborg Apotek, men lagerføres af mange apoteker
- Afregning sker til Region Midtjylland

*Link til tryghedskassen og ordinationsskema:
<https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=75252.1>*

9.15. Transport

Der ydes befordring til vederlagsfri sygehusbehandling til patienter i palliativ behandling, hvis deres tilstand gør det nødvendigt, herunder ved brug af Åben indlæggelse.²⁸

Link til patienttransport:

www.rm.dk/sundhed/vejledning+til+patienter/befordring

²⁸ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven nr. 546 af 24.06. 2005, § 171.

10. Palliative behandlings-, pleje, omsorgs- og støttetilbud i kommunalt regi

10.1. Kommunal sundhedskontaktperson

- Ved påbegyndelse af palliativ indsats i hjemmet tildeles patienten og pårørende en hjemmesygeplejerske som sundhedsfaglig kontaktperson

Den sundhedsfaglige kontaktpersons opgaver:

- Sikrer sammenhæng i patientforløbet under den palliative indsats i hjemmet eller på plejehjem
- Sikrer koordinering af de sundhedsfaglige ydelser mellem de fagligt involverede parter (hjemmesygeplejen, praktiserende læge, det palliative team mm.)
- Sikrer information til patient og pårørende om forløbet

10.2. Terminalerklæring²⁹

Ved hjælp i forbindelse med pasning af døende i eget hjem er det en generel betingelse, at:

- En læge har fastslået, at hospitalsbehandling er udsigtsløs
- Prognosen er kort levetid, oftest 2 til 6 måneder. Der er dog ikke fastsat nogen bestemt tidsgrænse for, hvor længe der kan ydes hjælp.

For at kunne få tildelt disse kommunale palliative ydelser, skal der foreligge en terminalerklæring, som er udfyldt af en læge.

Det er praktiserende læge eller hospitalslæge, der udfylder erklæringen, som skal sendes til den kommunale visitation. Se afsnit 9.5.

²⁹ Vejledning nr. 33 af 14. juni 2007 om pasning af døende. §§ 119-121.

Link til terminalerklæring i Åben indlæggelse: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/O/AFED5A06005CF903C125793D0038C437?OpenDocument

10.3. Plejevederlag^{30,31}

For patienter i palliativ behandling er det vigtigt, at de sammen med pårørende kan have for dem et godt hverdagsliv, og at dette bevares så længe som muligt.

De fleste patienter i palliativ behandling ønsker også at være i eget hjem så længe som muligt og oftest også at få lov af død i hjemmet.

Personer, som passer en nærtstående, der ønsker at dø i eget hjem, kan søge om plejevederlag.²²

Betingelser for plejevederlag

- Hospitalsbehandling efter en lægelig vurdering må anses for udsigtsløs
- Den syges tilstand ikke i øvrigt nødvendiggør indlæggelse eller forbliven på sygehus eller ophold i plejehjem, plejebolig el.lign.
- Den syge er indforstået med etableringen af plejeforholdet

Plejevederlagets størrelse

- Hos personer m. ret til sygedagpenge udgør plejevederlaget 1,5 gange det dagpengebeløb, som modtageren i tilfælde af egen sygdom ville have ret til
- Hos selvstændigt erhvervsdrivende, der ikke er tilmeldt den frivillige forsikring, eller som iht. den frivillige forsikring har ret til dagpenge fra tredje fraværsdag, kan få udbetalt plejevederlag fra første

³⁰ Socialministeriet. Lovbekendtgørelse nr. 1096 af 21. 09. 2010 om social service. § 119.

³¹ Socialministeriet. Vejledning nr. 33 af 14. juni 2007 om hjælp i forbindelse med pasning af døende.

fraværsdag. Plejevederlaget kan ikke overstige den hidtidige indtægt

- Hos personer, som ikke er berettiget til plejevederlag, da arbejdsgiver ikke yder løn til fravær fra arbejdet ifm. pasning af nærtstående, får udbetalt et månedligt i plejevederlag
- Hvis flere personer deles om plejeopgaven, nedsættes beløbet svarende til den pågældendes forholdsmæssige andel af plejeopgaven. Dog kan det samlede plejevederlag ikke overstige 1,5 gange det maksimale sygedagpengebeløb

Retten til plejevederlag ophører ved plejeforholdets afslutning. Ved den plejkrævendes død bevares retten til plejevederlag i indtil 14 dage efter dødsfaldet.

Den plejkrævendes indlæggelse af kortere varighed på sygehus eller lignende medfører ikke i sig selv bortfald af plejevederlag.

Der kan undtagelsesvis træffes afgørelse om ophør af retten til plejevederlag, hvis pleje i hjemmet ikke fortsat kan anses for hensigtsmæssig.

Pasning af børn i palliativ behandling

Kommunen yder hjælp til dækning af tabt arbejdsfortjeneste til personer, der i hjemmet forsørger et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse.³²

Ydelsen er betinget af:

- Det er en nødvendig konsekvens af den nedsatte funktionsevne, at barnet passes i hjemmet

³² Socialministeriet. Lovbekendtgørelse nr. 904 af 18.08. 2011 om Serviceloven. § 42 om tabt arbejdsfortjeneste.

- Det er mest hensigtsmæssigt, at det er moderen eller faderen, der passer det.

Der er fastsat nærmere regler for beregning og regulering af tabt arbejdsfortjeneste. Rådgivning og ansøgning sker ved kommunens socialrådgivning.

10.4. Palliativ hjemmesygepleje

Den kommunale hjemmesygepleje retter sig mod alle personer uanset alder og boform med behov for sygepleje.^{33,34}

Hjemmesygeplejens ansvar og opgaver v. palliativ sygepleje er:

- At planlægge, lede og udføre:
 - Sygepleje og palliation i forløb af forskellig varighed patienter, der er alvorligt syge og døende
 - Lægeordnede behandlingsopgaver
 - Indlæggelses- og udskrivningsforløb mhp. at skabe kontinuitet, sammenhængende patientforløb, høj kvalitet og patientsikkerhed
- At observere patientens tilstand og effekten af sygepleje og behandling
- At sikre sammenhæng i forhold til sociale ydelser
- At rådgive og vejlede patienter og pårørende om den palliative indsats
- At undervise hjemmeplejens øvrige faggrupper²⁶

Hver kommune vil tilstræbe som minimum at have én hjemmesygeplejerske, som er kommunal palliativ nøgleperson i forhold til kollegaer og det palliative team.

³³ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven nr. 546 af 24.06. 2005, § 138-139.

³⁴ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning nr. 102 af 11.12. 2006 om hjemmesygepleje

10.5. Sygeplejeartikler, sondeernæring, ernæringspræparater og vask af tøj og linned mm.³⁵

Kommunen kan yde hjælp til sygeplejeartikler og lign., når:

- Nærtstående i forbindelse med et etableret plejeforhold passer en døende
- Kommunen varetager plejen helt eller delvis eller yde tilskud til hjælp, som familien selv antager
- Et hospice varetager plejen
- Udgiften ikke dækkes på anden vis

Hjælpen omfatter:

- Sygeplejeartikler
- Egenudgifter til ekstra vask af tøj og linned
- Egenudgift til sondeernæring. Se afsnit 9.9. (Sparede kostudgifter kan ikke fratrækkes)
- Ernæringspræparater og remedier

Formålet er at sikre, at døende personer, som ønsker at blive plejet i hjemmet, ikke påføres udgifter til sygeplejeartikler o. lign., som de ikke ville have haft under indlæggelse på hospital.

Hjælpen ydes efter en konkret vurdering af, om betingelserne er opfyldt, herunder om hjælpe er sagligt begrundet sammenholdt med formålet med hjælpen.

Hjælpen ydes uden hensyn til den pågældendes eller familiens økonomiske forhold og vurderes i hvert enkelt tilfælde. Heri indgår, om vedkommende ville have fået det under indlæggelse.

10.6. Praktisk hjælp og pleje

For personlig og praktisk hjælp, som ydes i tilslutning til pleje af døende, kræves der ikke betaling for udgifter til

³⁵ Socialministeriet. Vejledning nr. 33 af 14. juni 2007 om hjælp i forbindelse med pasning af døende. Pkt. 47.

personale, uanset om den tildelte hjælp er midlertidig eller varig.²⁷

10.7. Madservice

Kommunen skal ud fra en konkret individuel vurdering tilbyde madservice.

Tilbuddene gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.²⁶

10.8. Hjælpe midler

Hvis den døende får behov for hjælpemidler eller hjælp til boligindretning, kan denne hjælp ydes, da vedkommende opfylder betingelserne om varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.²⁷

Hjælpe midler, som den døende herudover har behov for, kan ydes efter servicelovens almindelige bestemmelser om hjælpemidler.²⁶

10.9. Medicin og terminaltilskud³⁶

Personer, der vælger at dø i eget hjem, på plejehjem eller i plejebolig, kan få bevilliget hjælp til køb af lægeordineret medicin (håndkøbslægemidler og receptpligtige lægemidler).

Omfanget af den døendes plejebehov er ikke afgørende for at opnå terminaltilskud.

Det sker efter ansøgning fra den behandlende læge til Lægemiddelstyrelsen om terminaltilskud. Se afsnit 9.8.

³⁶ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven nr. 546 af 24.06. 2005, § 148.

10.10. Palliativ fysioterapi³¹

Hjælp til egenudgiften til fysioterapi kan ydes, hvis denne hjælp kan antages at ville være blevet givet til den døende under indlæggelse på hospital eller være ordineret under indlæggelse. Se afsnit 9.6.

Bevilling af hjælpen sker ud fra en konkret individuel vurdering. Se afsnit 10.5.

10.11. Psykologisk bistand³¹

Hjælp til egenudgiften til psykologisk bistand kan ydes, hvis denne hjælp kan antages at ville være blevet givet til den døende under indlæggelse på hospital eller er påbegyndt under indlæggelse. Se afsnit 9.7.

Bevilling af hjælpen sker ud fra en konkret individuel vurdering. Se afsnit 10.5.

10.12. Midlertidigt ophold på kommunal institution³⁷

Kommunen skal tilbyde midlertidigt ophold i boformer til:

- Personer m. betydelig nedsat fysisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner
- Personer m. behov for pleje
- Personer, der i en periode har behov for særligt behandlingsmæssig støtte

10.13. Livstestamente³⁸

Patienter i palliativ behandling kan gennem et livstestamente udtrykke sine ønsker mht. behandling, når vedkommende kommer i den tilstand, hvor selv-

³⁷ Socialministeriet. Lovbekendtgørelse nr. 1096 af 21. 09. 2010 om social service. § 107.

³⁸ Bekendtgørelse nr. 240 af 20. marts 2007 om livstestamenter.

bestemmelsesretten ikke længere kan udøves af personen selv.

Et livstestamente udtrykker

- Et ønske om ikke livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende
- Et ønske om ikke livsforlængende behandling, når sygdommen har medført så svær invaliditet, at personen ikke vil være i stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt

Ved livsforlængende behandling forstås behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse.

Krav til personen, der opretter et livstestamente

- Skal være fyldt 18 år

Link til livstestamenteformular:

<https://www.sundhed.dk/Applikation.aspx?id=124.1>

Den sundhedsfaglige kontaktperson undersøger gennem samtale m. patienten og pårørende, om der er oprettet livstestamente eller om det ønskes.

10.14. Egenomsorgs- og omsorgstilbud til pårørende

Støttegrupper for pårørende

Kommunerne samarbejder med og henviser til frivillige organisationers støttegrupper for pårørende til patienter m. livstruende sygdom eller som har mistet et familiemedlem m. livstruende sygdom.

På Region Midtjyllands hjemmeside findes en oversigt over de frivilliges tilbud om støttegrupper til pårørende:

Link til oversigt: www.sundhedsaftaler.rm.dk

Kommunal aflastning til pårørende³⁹

Kommunen skal tilbyde afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person m. nedsat fysisk funktionsevne.

Desuden kan kommunen tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje. Se afsnit 10.12.

Aflastningstilbud fra frivillige organisationer

Den enkelte kommune samarbejder mere eller mindre med lokale frivillige organisationer om aflastning af pårørende.

På Region Midtjyllands hjemmeside findes en oversigt over de frivilliges aflastningstilbud til pårørende:

Link til oversigt: www.sundhedsaftaler.rm.dk

Hjælp til børn og unge m. en forældre m. fremskreden livstruende sygdom

Børn og unge, der står over for at skulle miste én forælder pga. fremskreden livstruende sygdom eller som har gjort det, kan i en periode have behov for særlig støtte.

Kommunen kan yde særlig støtte til børn og unge, der har et særligt behov herfor for at sikre, at børn og unge kan opnå de samme muligheder for udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende.⁴⁰

Denne støtte kan gives ved henvisning til psykologisk bistand (se afsnit 9.7.) eller henvisning til børn og ungestøttegrupper under Kræftens Bekæmpelse.

³⁹ Socialministeriet. Lovbekendtgørelse nr. 1096 af 21. 09. 2010 om social service. § 84.

⁴⁰ Socialministeriet. Lovbekendtgørelse nr. 904 af 18.08, 2011 om social service. § 46 om særlig støtte til børn og unge.

På Region Midtjyllands hjemmeside findes en oversigt over støttetilbud til børn og unge i Kræftens Bekæmpelse:
[Link til oversigt: www.sundhedsaftaler.rm.dk](http://www.sundhedsaftaler.rm.dk)

10.15. Økonomiske og juridiske forhold

Begravelseshjælp⁴¹

Kommunen yder begravelseshjælp. Begravelseshjælpens størrelse afhænger af afdødes og den efterlevende ægtefælles formue og formuerettigheder. Der er faste regler herfor.

Løn, dagpenge, pension

Patient og pårørende er ofte usikre omkring økonomien, når alvorlig sygdom optræder og kan have brug for rådgivning om løn, dagpenge og pension. Kommunen giver vejledning og rådgivning herom ved henvendelse til kommunens socialrådgivning.

Ægteskab, arv og testamente

Når man står midt i alvorlig sygdomssituation kan det være svært at overskue alle de praktiske konsekvenser, som et dødsfald kan få.

Ofte skal de anbefales rådgivning om arveregler hos en advokat, om udfærdigelse af testamente, evt. nødtestamente som har samme gyldighed, som et almindeligt eller måske ønskes der etableret et hurtigt bryllup.

Dækning af merudgifter ved pasning af børn i hjemmet

Kommunen yder dækning af nødvendige merudgifter ved forsørgelse i hjemmet af et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktions- evne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse.

⁴¹ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven nr. 546 af 24.06. 2005, § 160.

Det er en forudsætning, at merudgifterne er en konsekvens af den nedsatte funktionsevne.

Der er fastsat regler for beregning af ydelsens størrelse. Vejledning og rådgivning sker ved henvendelse til kommunens socialrådgivning⁴².

⁴² Socialministeriet. Lovbekendtgørelse nr. 904 af 18.08. 2011 om Serviceloven. § 41 om merudgifter.

11. Frivillige organisationer

11. 1. Frivillige organisationers palliative tilbud

Forskellige frivillige organisationer har forskellige støtte- og omsorgstilbud til personer m. livstruende sygdom og til deres pårørende. Det drejer sig primært om:

- Støtte- og omsorgsgrupper for patienter og for børn, unge og voksne pårørende
- Aflastningstilbud i hjemmet til pårørende

En oversigt over de frivillige organisationers tilbud findes på Region Midtjyllands hjemmeside:

Link til oversigt: www.sundhedsaftaler.rm.dk