



PALLIATIONS- VÆRKTØJSKASSE

FOR PRAKTISERENDE LÆGER

REDSKABER TIL AT FORUDSE | AT FOREBYGGE | AT FORBEREDE

Indhold

Om Palliationsværktøjskassen	3
Diagnose	4
Før-behandling	5
Behandling	8
Genoplivning	12
Terminal patient	14
Tilskud	17
Rådgivning	18
Viden	19

Om Palliationsværktøjskassen

GIV MIG SINDSRO
TIL AT ACCEPTERE, HVAD
JEG IKKE KAN ÆNDRE,
MOD TIL AT ÆNDRE
DET JEG KAN OG
VISDOM TIL AT SE
FORSKELLEN

Palliationsværktøjskassen er målrettet praktiserende læger og deres personale. Den giver i kort version et overblik over de vigtigste værktøjer, som almen praksis kan få brug for i den kliniske hverdag med patienter med livstruende/alvorlig sygdom.

Målet er at leve til man dør – ikke at forlænge eller afkorte livet.

En undersøgelse fra Århus dokumenterer, at 70 procent af kræftpatienterne ønsker at dø i eget hjem. Kun 22 procent får deres ønske opfyldt.

Det er vigtigt med regelmæssig kontakt med patienten og evt. pårørende og at være opmærksom på palliative behov, der kan lindres. Et godt samarbejde med hjemmeplejen og andre faggrupper er altafgørende, hvis det skal lykkes

at opfylde patientens ønske om at dø i eget hjem på en værdig måde.

Værktøjskassen er udarbejdet til brug for kurser i palliation og som praktisk hjælp til hverdagen med palliation i almen praksis.

Palliationsværktøjskassen er udarbejdet af Anette Denker, Thomas Górlén og Jakob Maraldo, praktiserende læger og praksiskonsulenter i KAP-H inden for onkologi og palliation.

Februar 2025 (version 9)



WHO's definition af palliation

"Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos **patienter og familier**, som står over for de problemer, der er forbundet med **livstruende sygdom**, ved at forebygge og lindre lidelse gennem **tidlig** diagnosticering, umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både **fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art**".

Diagnose

Når din patient har fået diagnosticeret kræft eller anden alvorlig sygdom

Du har fået en epikrise om, at en af dine patienter har været igennem udredning og fået diagnosticeret kræft eller anden alvorlig sygdom.

- › Kontakt patienten telefonisk og lav evt. en konkret aftale om konsultation eller sygebesøg, eller send et brev eller mail, hvor du gør opmærksom på, at du kender til hans/hendes situation og samtidig tilbyder din hjælp
- › Du kan bruge udkastet til højre som inspiration (omskrivning af det såkaldte Korsør-brev)

Fasthold kontakten til patienten

Nedenstående er udarbejdet af DSAM, Klinisk vejledning for almen praksis – Palliation (2024), bilag 7.

Forslag til ordlyd i et brev til en patient, der nyligt er diagnosticeret med en livstruende sygdom.

Kære

Vi har fået besked fra sygehuset om, at du har været udredt/indlagt med alvorlig sygdom.

Vi er klar over, at der kan ligge et længere behandlingsforløb forude, og meget information bliver givet på sygehuset. Vi ved dog også, at man i den situation kan have yderligere spørgsmål og behov for samtale, men at mange har svært ved at tage initiativ til at kontakte deres praktiserende læge.

Vi vil gerne vide, hvordan vi bedst kan støtte dig nu og i fremtiden. Vi tilbyder bl.a. en samtale tidligt i dit sygdomsforløb, også selvom sygehusbehandlingen stadig pågår. Din ægtefælle eller andre nære pårørende er velkomne til at deltage, alt efter dit behov og ønske.

Du bestemmer selv, hvilken læge du ønsker at tale med og give yderligere indsigt i din situation. Ønsker du ikke samtalen nu, er du altid velkommen til at kontakte os på et senere tidspunkt. For os er det afgørende, at du ved, at du kan bruge os, når du har behov for det – også med anden sygdom end den aktuelle.

Følges du i forvejen her med faste kontroller/årskontroller, skal de selvfølgelig fortsætte.

Med venlig hilsen

Download

Opfølgningsbrev

Nedenstående er udarbejdet af DSAM, Klinisk vejledning for almen praksis – Palliation (2024), bilag 8.

Forslag til ordlyd i et brev til en patient, der har gennemgået et behandlingsforløb med livstruende sygdom.

Kære

Vi har fået besked fra sygehuset om, at du har været igennem et behandlingsforløb for alvorlig sygdom.

Vi vil gerne vide, hvordan vi bedst støtter dig nu og fremover. Vi ved, at der kan være behov for at følge op på dig og din sygdom. Derfor vil vi gerne tilbyde dig en samtale. Her kan du fortælle om forløbet, og vi kan sammen lægge en plan for opfølgning for din aktuelle sygdom og eventuelt andre sygdomme.

Din ægtefælle eller andre nære pårørende er velkomne til at deltage i samtalen – alt efter dit behov og dine ønsker.

Du bestemmer selv, hvilken læge du ønsker at tale med og give yderligere indsigt i din situation.

Med venlig hilsen

Download

Før-behandling

De kommunale sundhedstilbud

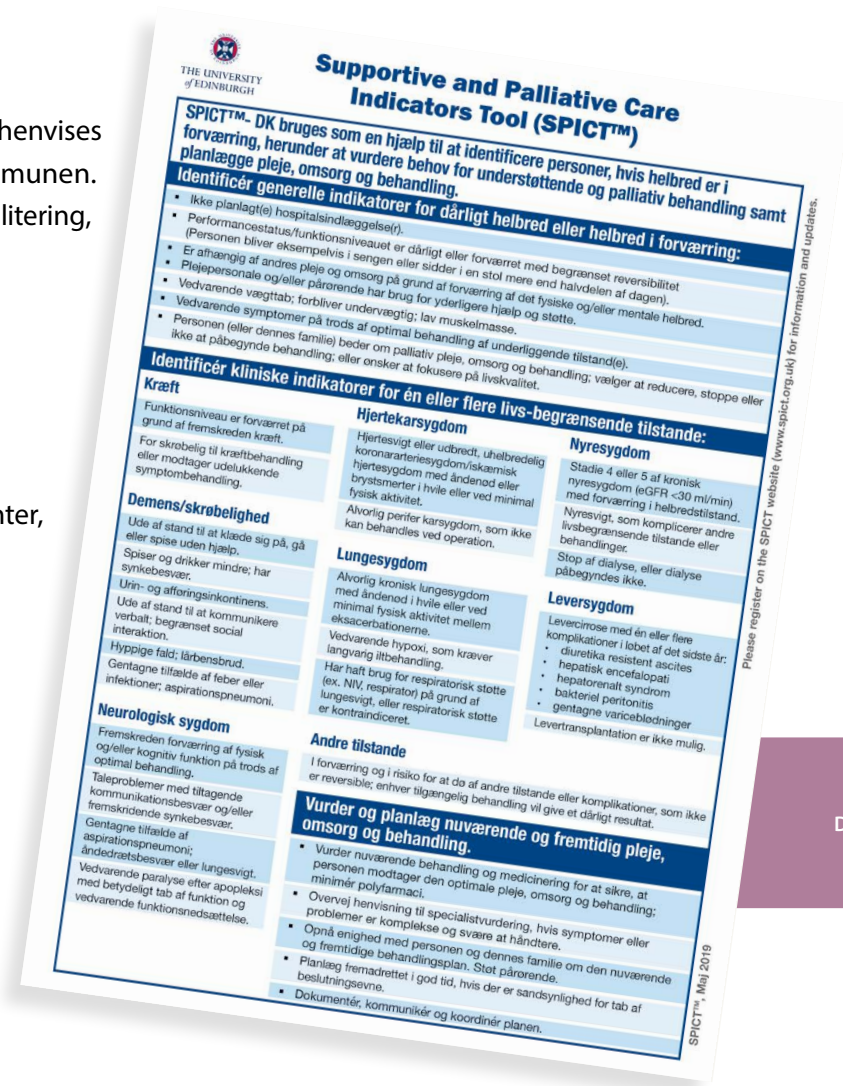
Ved et muligt behov for et sundhedstilbud henvises patienten til en afklarende samtale i kommunen. Tilbuddet kan fx være: rygestop, kræftrhabilitering, KOL-kursus og træning.

Link til kommunale sundhedstilbud:

sundhed.dk

Har patienten brug for palliation?

SPICT kan hjælpe med at identificere patienter, som kan have palliative behov.



Download

Palliations-koordinationsmøde i hjemmet

1. Afdække behov (fysiske, psykiske, åndelige og sociale) Hjælpemidler? Rehabilitering? Andre?
2. Skab klarhed over patient og pårørendes ønsker og behov (FPB [se side 15](#))
3. Medicingennemgang. Unødvendig medicin seponeres
4. Terminaltilskud? Terminalerklæring?
5. Genoplivning?
6. Fælles plan og opgavefordeling
7. Kommunikationsveje aftales – tlf. numre (HUSK aften og nat)
8. Næste kontakt aftales
9. Dokumenter

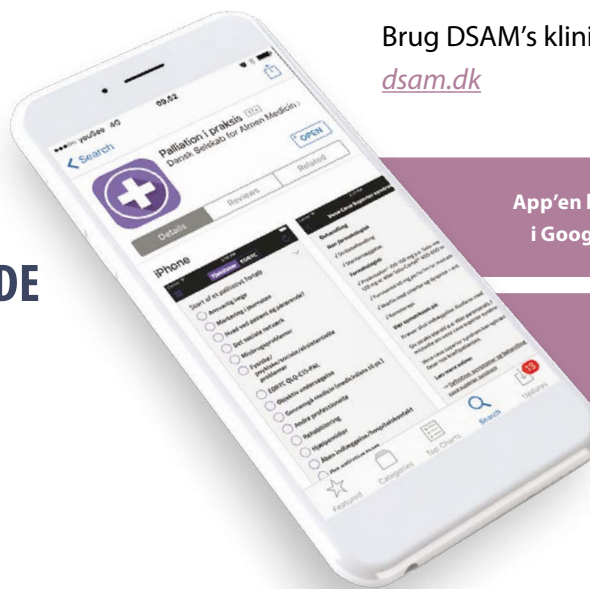
Skab et overblik før symptombehandling

Vær opsøgende, observer, spørg, vent ikke på at patienten klager over symptomer

- › Overvej årsager (grundsygdommen, komorbiditet, behandlingen og andet)
- › Undersøg patienten
- › Estimere forventet restlevetid
- › Foretag en realistisk klinisk vurdering. Noget udløsende der kan behandles? (fx UVI, obstipation, delir)
- › Lav handlingsplan

Brug DSAM's kliniske vejledning og tilhørende app.

dsam.dk



App'en hentes gratis
i Google Play Butik

App'en hentes gratis
i App Store

**ET BESØG VED EGEN LÆGE ER AFGØRENDE
FOR MULIGHEDEN FOR AT DØ I EGET HJEM.**

Problems Square – definér problemstillingerne og vær forudseende

Benyttes til at kortlægge aktuelle og forventede udfordringer.

Forudse, hvad der kan ske for at forberede og forebygge

Somatisk område		Socialt og økonomisk område	
Handleplan		Handleplan	
Aktuelle problemer		Aktuelle problemer	
Forventede problemer		Forventede problemer	
Pleje og daglige aktiviteter		Eksistentielt og psykologisk område	
Handleplan		Handleplan	
Aktuelle problemer		Aktuelle problemer	
Forventede problemer		Forventede problemer	

Problem Square i dansk udgave. Udarbejdet af Dansk Selskab for Almen Medicin, Klinisk vejledning for almen praksis – Palliation (2024).

Behandling

Behovsvurderingsskemaer

Behovsvurderingsskemaer er vigtige i moderne palliativ medicin – vi ved at kun 10-25% af patienternes symptomer kommer frem ved almindelig anamneseoptag hos patienter i sen palliativ fase eller terminale fase.

EORTC QLQ-C15-pal eller PRO til basal palliation

- Bruges i specialiseret palliation til at afdække palliative behov og få overblik hos patienter i sen- og terminalfase

Spørgeskema om hvordan du har det
Spørgeskemaet er udarbejdet af sundhedsdatastyrelsen, 2023.
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/digitale-loesninger/pro-pro-omraader/palliation>

EORTC QLQ-C15-PAL

Vi er interesserede i at vide noget om dig og dit helbred. Vær venlig at besvare alle spørgsmålene selv ved at sætte en ring omkring det svar (tal), som passer bedst på dig. Der er ingen "rigtige" eller "flekserte" svar. De oplysninger, som du giver os, vil forblive strengt fortrolige.

CPR-nummer: _____

Dato for udfyldelse af dette skema (dag, måned, år): _____

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
1. Har du nogen vanskeligheder ved at gå en kort tur udenfor?	1	2	3	4
2. Er du nødt til at ligge i sengen eller at sidde i en stol om dagen?	1	2	3	4
3. Har du brug for hjælp til at spise, tage tøj på, vaske dig eller gå på toilettet?	1	2	3	4

I den forløbne uge:

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
4. Havde du åndenød?	1	2	3	4
5. Har du haft smerter?	1	2	3	4

EORTC QLQ-C15-PAL (screeningsredskab)

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
1. Har du nogen vanskeligheder ved at gå en kort tur udenfor?	1	2	3	4
2. Er du nødt til at ligge i sengen eller at sidde i en stol om dagen?	1	2	3	4
3. Har du brug for hjælp til at spise, tage tøj på, vaske dig eller gå på toilettet?	1	2	3	4

I den forløbne uge:

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
4. Havde du åndenød?	1	2	3	4
5. Har du haft smerter?	1	2	3	4
6. Har du haft besvær med at sove?	1	2	3	4
7. Har du haft dig svag?	1	2	3	4
8. Har du svært at koncentrere dig?	1	2	3	4
9. Har du haft kvalme?	1	2	3	4

I den forløbne uge:

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
10. Har du haft forstoppelse?	1	2	3	4
11. Var du træt?	1	2	3	4
12. Vanskeliggjorte smerter dine daglige gøremål?	1	2	3	4
13. Følte du dig anspændt?	1	2	3	4
14. Følte du dig deprimeret?	1	2	3	4

Ved det næste spørgsmål bedes du sætte en ring omkring det tal mellem 1 og 7, som passer bedst på dig.

15. Hvordan vil du vurdere din samlede livskvalitet i den forløbne uge?
1 2 3 4 5 6 7

16. Har du haft andre væsentlige symptomer eller problemer, som ikke er nævnt i spørgsmålene ovenfor?
☐ Ja. Skriv venligst de vigtigste (op til tre), og angiv i hvor høj grad, du har haft symptomerne eller problemerne i den sidste uge.
☐ Nej

I hvor høj grad har du i den forløbne uge haft:	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
Symptom/problem A:	1	2	3	4
Symptom/problem B:	1	2	3	4
Symptom/problem D:	1	2	3	4

Besvarede du spørgeskemaet: ☐ Uden hjælp fra personale eller ☐ Med hjælp fra personale?

Kilde: Copyright 1995 and 2003 EORTC Study Group on Quality of Life. All rights reserved.
Copyright fra EORTC i "Palliation" (Johann Vagstad), Dansk Sundhedsforbunds Medlemsblad, København, 2014.

Ovenstående er udarbejdet af DSAM, Klinisk vejledning for almen praksis – Palliation (2024), bilag 9.

Download

Download

Medicin-seponering

Lægen bør allerede fra starten af et palliativt forløb have fokus på afmedicinering. Opmærksomheden bør være på at reducere antallet præparater i hele forløbet. Meningen med en given behandling ændrer sig ofte, når restlevetiden ændrer sig. Brug gerne Seponeringslisten med link: [seponeringslisten 2025](#)

Ved forventet restlevetid under 1-2 år, overvej da seponering af:

- › Statiner
- › Antidiabetika
- › Antihypertensiva
- › Osteoporosebehandling
- › Kalk og vitaminer
- › Antikoagulantia (obs. indikation)



Husk Prednisolon (mest for kræftpatienter)

Test dosis på 50 mg* i en uge, så dim. 37,5 mg i en uge og så 25 mg i max 3 til 4 måneder.

Indikation:

- › Træthed
- › Appetitløshed
- › Kvalme
- › Smerter, tumorødem
- › Hjernetumorer/metastaser (ofte højere doser)



Behandling af åndenød

Oramorph dråber (20 mg morfin/ml):

Patienter der ikke får fast morfin: 3-4 dråber som start (1 dråbe = 1,25 mg morfin, dvs. 4 dråber = 5 mg). Det kan øges efter effekt og afhængig af øvrig morfindosis.

Patienter i opioidbehandling: 1/12 af den totale perorale døgn dosis.

*25 mg startdosis ved åndenød, træthed

Behandling af dehydrering i hjemmet

Subkutan infusion

- › Enkel måde at rehydrere patienter i dårlig almentilstand
- › Kan gives i hjemmet af pårørende eller sygeplejerske
- › Ingen væsentlige komplikationer
- › 500 ml pr. 24 timer pr. nål (max 2 l /døgn)
- › Brug normal saltvandsopløsning (Natriumklorid infusionsvæske, opløsning 9 mg/ml)

Hjælp til skift af opioider

Ved skift fra et opioid til et andet begynd med at omregne al opioid (peroral, plaster og parenteralt givet det sidste døgn) til peroral morfin og reducer ekvipotens dosis med 25%. Brug gerne omregner på [pro.medicin](#)

Ved skift til andet morfika, reducer ekvipotent dosis med 25%.

Plaster

- › Fentanyl/matrifen-plaster: 25 mikrogram/time svarer til 60 mg morfin po/døgn

Peroral

- › Oxycontin: 10 mg svarer til 15 mg morfin
- › Oramorph
- › Pn-dosis: 1/6 af total po-døgndosis

Subkutan

- › Sc morfindosis er 1/3-1/2 af peroral morfindosis (fx 80 mg po svarer til 30-40 mg sc)
- › Pn-dosis: 1/6 af total sc døgndosis (inkl. evt. opioidplaster omregnet til sc morfin)
- › Ved behov for fast behandling da minimum x 4 dagligt

Steroid

- › Tablet prednisolon 50 mg svarer til 40 mg solumedrol sc
- › Forsøg at trappe ud over to uger før terminalfasen

*) Benyttes sjældent i palliativt øjemed.

TÆNK PALLIATION TIDLIGT I FORLØBET



Ernæringstilskud

Fuldgyldige ernæringstilskud er tilsat vitaminer og balancerede mængder af kulhydrater, fibre, fedt og protein (er bedre i sen- og terminalfase end proteindrikke).

Indikation for tilskud (grøn recept): Alvorlig sygdom eller alvorlig svækkelse (ikke nok at være småt spisende)

Ernæringstilskuddet går ikke ud over energiindtagelse ved måltiderne. Det giver bedre livskvalitet, men forlænger ikke livet.



Undgå indlæggelse i den sidste tid

- › Ved at tænke palliation tidligt i forløbet
- › Dokumentere patientens ønsker for den sidste tid (ej genoplivning eller indlæggelse)
- › Sikre pn ordinationer til subkutan medicin



Genoplivning/HLR (hjerte-lungeredning)

- › Hovedregel ved hjertestop: Tilkald hjælp og forsøg genoplivning. 'Der er 6 undtagelser til denne regel – se afsnittet Genoplivning på side 12



› Genoplivning



6 situationer, hvor du ikke skal genoplive

Du skal som udgangspunkt altid forsøge genoplivning, hvis du finder en livløs borger. Men der er 6 situationer, hvor du ikke skal:

- 1.** Når døden er helt åbenbar, eller den var forventet af lægen.
- 2.** Når en læge i situationen fravælger genoplivningsforsøg.
- 3.** Når en læge på forhånd har fravalgt genoplivningsforsøg.
- 4.** Når borgeren selv har fravalgt genoplivningsforsøg i den aktuelle sygdomssituation.
- 5.** Når borgeren selv har registreret et fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop.
- 6.** Når det er besluttet i et behandlings- eller livstestamente, og borgeren er vurderet varigt inhabil.

stps.dk



Pårørende: En habil patient bør spørges, om de pårørende skal involveres, men bestemmer det selv. Hvis patienten er inhabil, skal de pårørende så vidt muligt høres, men har ikke beslutningsret.

Genoplivning – Patientens ønsker skal respekteres og dokumenteres i journalen

Beslutningens varighed

Den habile patients beslutning gælder, indtil patienten selv laver den om.

Den lægelige beslutning gælder, indtil lægen selv eller en anden læge laver den om.

Begge typer beslutninger gælder fortsat, når patienten indlægges, udskrives eller på anden måde skifter sektor – og tilsvarende også under sygetransport

Dokumentation

Det er, i alle situationer, lægens opgave at dokumentere beslutningen. Hvis lægen tager en beslutning i en telefonsamtale, skal den så hurtigt som muligt dokumenteres skriftligt.

Aktuel sygdomssituation

I en aktuel sygdomssituation kan man som patient bestemme, at man ikke ønsker HLR i en fremtidig situation, hvor man falder død om. Den sygdomssituation, patienten skal være i, for at være omfattet af selvbestemmelsesretten, skal være af en vis alvorlighed, men der behøver ikke at være tale om en akut livstruende sygdom. I følge vejledningen skal hjertestop være en "forudsigelig situation" i forbindelse med den aktuelle sygdomssituation, for at man kan fravælge HLR.

Selvbestemmelse ret

Patienter over 60 år kan registrere fravalg af genoplivning – dette fravalg kan ses på tværs af sektorer – fra lægepraksis systemer til plejesystemer og skal respekteres. Det er ingen forudsætninger for dette fravalg udover alder.

➤ Terminal patient

Tjekliste

Ved opstart af palliativt forløb

- › Tilknyttet læge markeres i journalen
- › Markering i journalen, så alle kan se, at der er en patient med særlig behov (stjerner, pop-up eller...)
- › Hvad ved patient og pårørende
- › Det social netværk
- › Religion/kultur
- › Misbrugsproblemer
- › Behandlingsniveau/fraval af genoplivning (IGVH)?
- › Udlevere pjecen 'Når diagnosen er alvorlig'
- › Kommunikere med kommunale sygeplejerske/koordinationsmøde
- › Specialiseret palliation?
- › Følges på sygehusafdelingen?
- › Rehabilitering?
- › Hjlpemidler?
- › Kontaktform og tilgængelighed
- › Ved egen læges fravær – orienter vikar

Find DSAM's tjeklister her

Tjeklisterne findes også i app'en.

IT'S ALWAYS TOO EARLY
UNTIL IT'S
TOO LATE



At være dødelig

Patienter, hvis læge tør fortælle dem, at de er døende, oplever at kunne fokusere på at leve i den sidste tid (ofte lever de også længere ved palliativ pleje).

Patienter, der kan tale med lægen, sundhedspersonale og pårørende om det faktum, at de skal dø:

- › Oplever mindre ensomhed og større livskvalitet
- › De pårørende oplever langt færre psykiske problemer, efter døden er indtrådt

Læge og professor Atul Gawande fra Harvard University ("At være dødelig" udgivet i 2016)

Man taler bedst om døden ved at tale om livet

Tidlig afklaringssamtale (Samtale om ønsker til Fremtidig Pleje og Behandling - FPB) er en forudsætning for et godt palliativt forløb

FPB er en samtale mellem patient, sundhedsprofessionelle og pårørende, hvor man tager udgangspunkt i patientens ønsker for og tanker om den sidste tid og døden. FPB dokumenteres i patientens journal.

Vigtigt med kendskab til familiens værdier

- › Hvilke mål er de vigtigste? Ønsker for den nærmeste tid og den sidste tid?
- › Hvad frygter familien/patienten mest?
- › Balance mellem tab og kontinuitet – bekræfte livet og forberede døden
- › Fokus på livskvalitet/bevare liv?
- › Enighed om behandlingsniveau? Forsøg på genoplivning? Indlæggelse ved akut forværring?
- › Involvering og støtte til omsorgsperson
- › Åbenhed om at patienten dør til sidst



God rådgivning kræver kendskab til familiens værdier og er en proces over tid.



Citat af Jacob Birkler, tidl. formand for Etisk Råd

Sundhedsvæsenet behandler som aldrig før, og der er skabt en kultur, hvor det er blevet meget lettere at behandle i stedet for at tage den vanskelige dialog med patienten om det udsigtsløse i at gøre det. Derfor er det i visse tilfælde ikke livet, vi forlænger, men snarere dødsprocessen.

Det handler ikke om at beregne, hvad der er udsigtsløst, men om at spørge til patientens udsigt. Der er altid en udsigt og noget at håbe på.

Ud fra min erfaring ved jeg, at en del patienter tænker på deres fremtid. Kender du også til det? (Pause)

Har du gjort dig overvejelser om, hvordan du ønsker, det skal være, hvis du bliver så syg, at du ikke kan klare dig selv længere? (Pause)

Er der noget ved din sygdom/døden, du bekymrer dig specielt om eller frygter? (Pause)

Hvis din sygdom (eller din pårørendes sygdom) tager til, og du/han/hun skulle få hjertestop, vil vi ikke starte hjertemassage. Vi kan ikke tvinge kroppen til at leve, når den er alt for syg til at overleve. (Pause)

Subkutan behandling

- › Husk præcise ordinationer for hvert præparat
- › Husk alle præparater i FMK
- › Skriv på recepten "til brug når po ikke længere er mulig"

Praktisk subkutan behandling:

- › Serenase og morfin bør gives i en separate nåle
- › Øvrige medikamina kan gives i én nål
- › I slangen på en sc nål er der 0,2 ml (0,5 mg serenase sv.t 0,1 ml)
- › Det er ikke nødvendigt at skylle med saltvand. Ved første dosering fylder man slangen med 0,2 ml serenase. Herefter kan gives fx 0,5 mg serenase sv.t 0,1 ml
- › Hvis man vælger at skylle skal det være med så lidt saltvand som muligt af hensyn til absorptionen (obs kun 0,2 ml i slangen)
- › Solumedrol skal også gives i separat nål og i så kort en periode som muligt af hensyn til risikoen for vævsatrofi

Se Palliationsværktøjskassen
på sundhed.dk



Forslag til frase til journal og korrespondancer når subkutan medicin ordineres

NB! Tilret nedenstående doseringer individuelt og informer patient og pårørende om hensigt og muligheder med subkutan behandling.

- › Smerter: inj. s.c. morfin i beregnet dosis + p.n.-dosis sv.t. 1/6 af døgndosis.
- › Akut dyspnø: inj. s.c. morfin 2,5-5 mg (eller halvdelen af den aktuelle p.n.-dosis mod smerter)
- › Angst: inj. s.c. midazolam (1)-2,5-(5) mg p.n.
- › Delirium/uro: Tablet/mikstur/injektion haloperidol (Serenase®): 0,5-1,25 mg p.o./s.c. x 1-3 + p.n. (maks. 5 mg/døgn)
- › Kvalme: Tablet/mikstur/injektion haloperidol (Serenase®): 0,5-1,25 mg p.o./s.c. x 1-3 + p.n. (maks. 5 mg/døgn)
- › "Dødsrallen": inj. s.c. hyoscinbutylbromid (Buscopan®) 20 mg x 3-6 eller glycopyrron (Robinul®) 0,2 mg x 3-6.
- › Lungeødem: inj. s.c./i.m. furosemid 20-40 mg p.n.

➤ Tilskud

Husk tilskud

› Terminaltilskud til medicin:

Bevilling til alle lægeordnede lægemidler til en patient med forventet kort restlevetid (få uger til få måneder). Bortfalder efter 1 år, men kan genansøges. Lægemiddelstyrelsen: fmk-online.dk – MitId/digital signatur

Ydelse: 5093/5993

› Terminalerklæring til kommunen: (ikke muligt til beboere på plejehjem/hospice)

Kommunen: (LÆ 165/korrespondancemeddelelse)
I henhold til Serviceloven § 122 ret til plejeorlov, gratis sygeplejeartikler, ernæringstilskud, fysioterapeut og psykolog

› Tekst til terminalerklæring:

Lokal aftale i Region Hovedstaden om palliation (uden om omsætningsloftet)

› Ydelse 4657

Konsultation i klinikken

Takst som samtaleydelse 6101

› Ydelse 4250

Palliations-besøg

Takst som opfølgende hjemmebesøg

› Ydelse 4201 (køretid) og 4253 (kilometer-penge)

OBS: Lokal-palliationsydelser forudsætter, at patienten har fået bevilget terminaltilskud til medicin.

Der er ingen begrænsninger på antal besøg eller samtaler i konsultation.



Undertegnede læge erklærer, at ovennævnte patient har de nævnte diagnoser, at patienten kun kan forventes at leve i kort tid, samt at hospitalsbehandling med henblik på helbredelse må anses for udsigtsløs.

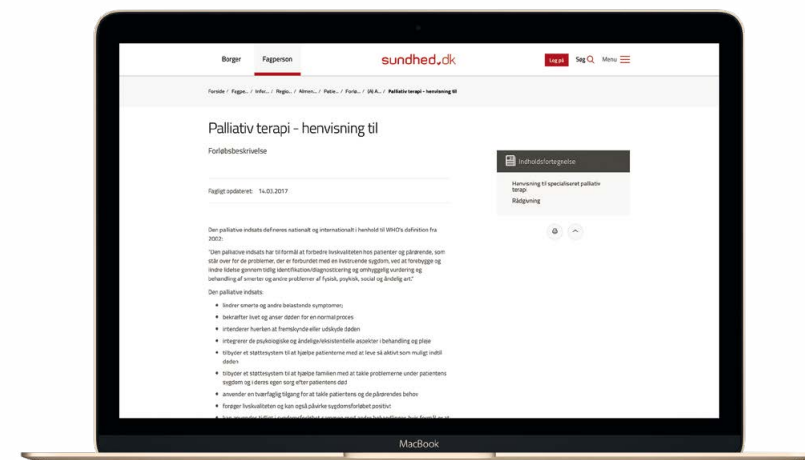
Find forslag til fraser her

➤ Rådgivning



Hotline - Specialiseret
palliativ rådgivning:
Hverdage kl. 8-23
Weekender og søgne-
helligdage kl. 8-20
Tlf.: 3869 2025

- › Lægefaglig rådgivning, Palliationsenheden,
Herlev og Gentofte Hospital, tlf.: 3868 6492 kl. 8-15
- › Lægefaglig rådgivning, Palliativ enhed,
Amager og Hvidovre hospital, tlf.: 2336 8177 kl. 8-15
- › Palliativ medicinsk afdeling, Bispebjerg Hospital,
tlf.: 3863 5891
- › Palliationsenheden, Herlev og Gentofte Hospital,
tlf.: 3868 9750
- › Palliativ enhed, Nordsjællands Hospital Hillerød,
tlf.: 4829 5355
- › Palliativ enhed, Amager Hvidovre Hospital,
tlf.: 3862 6450
- › Palliativt afsnit på Rigshospitalet, tlf.: 3545 7124
- › Palliativt team for børn og unge, Rigshospitalet
tlf.: 2037 1892
- › Arresødal Hospice, tlf.: 4778 7000, kl. 8-16
- › Diakonissestiftelsen, tlf.: 3838 4950, kl. 8-16
- › Hospice Søndergård, tlf.: 4420 8640, kl. 8-15.30
- › Sankt Lukas Udgående Hospiceteam,
tlf.: 3945 5136, kl. 9-16
- › Lukashuset Børne- og Ungehospice, Sankt Lukas,
tlf.: 3945 5110, kl. 9-16



Ved henvisning til specialiseret palliation (både palliative enheder og hospice) brug dynamisk henvisning i dit lægeprogram.

Forløbsbeskrivelsen om henvisning til palliativ terapi

Forløbsbeskrivelsen om medikamentel palliation

Podcast: Klyngepakken - Palliation i almen praksis og samarbejdet med kommunen

Podcast: Klyngepakken - Palliation i almen praksis og samarbejdet med Hospitalet

› Viden

Vigtig viden og links

Læsestof:

Du kan finde faglig vejledning om symptombehandling på dsam.dk

Adgang til digitale læringsmoduler (Region H's tværsektorielle kompetenceudvikling):

regionh.dk

Palliation i praksis - App fra Dansk Selskab for Almen Medicin :

App'en giver hurtig og enkel adgang til information. Den hentes gratis i Google Play Butik eller i App Store. App'en er udviklet på baggrund af den kliniske vejledning.

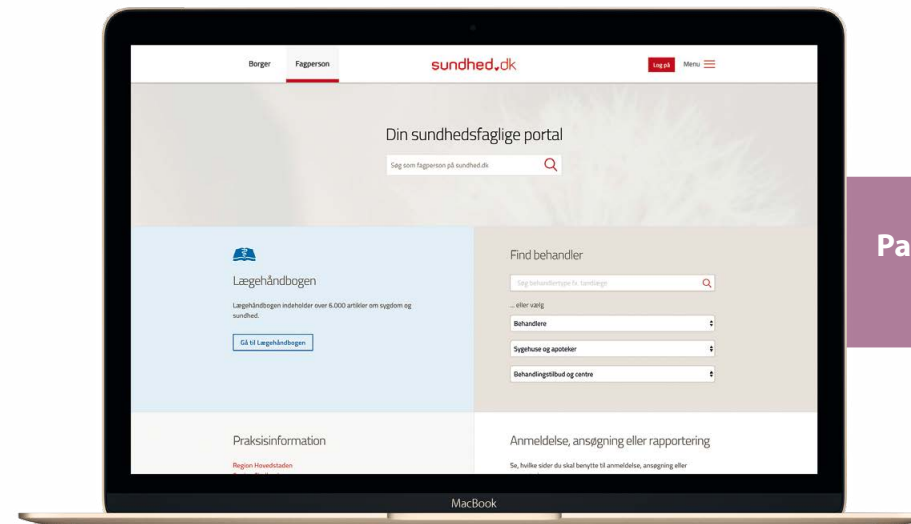
Film og e-læring:

Region Hovedstaden har udarbejdet undervisningsmateriale, som består af film og råd om kommunikation med patienter med livstruende sygdom samt palliation generelt. Konsulenter fra KAP-H har medvirket i udarbejdelsen.

regionh.dk



download



Palliationsværktøjskassen
på sundhed.dk