

RIGSHOSPITALET VEJLEDNING I PALLIATION

Denne vejledning i palliation er udarbejdet af personale på Urologisk Klinik på Rigshospitalet til eget brug. Den afspejler derfor lokale forhold.

I forbindelse med Dansk Urologisk Selskabs E-kursus "Palliation i urologien", 30/3 2006, blev der udtrykt stor interesse for vores vejledning, og flere ønskede at kunne bruge den i egen afdeling.

Vi lægger derfor vejledningen ud på nettet til fri afbenyttelse, dog med det forbehold, at der ikke er tale om en lærebog, ligesom doser, medicamina mm. bør tillempes egne forhold.

Enkelte steder er der direkte link til sites, hvorfra f.eks. Terminaltilskudserklæring kan udprintes, ligesom der er forslag til breve til Kommunerne ved ansøgning om §107 betalt fysioterapi samt ernæringspræparater.

Det er vores håb, at vejledningen vil blive brugt flittigt.

Helle Hvarness
Afdelingslæge
Urologisk Klinik
Rigshospitalet

INDHOLDSFORTEGNELSE

Definitioner (side 2)

Symptomkontrol (side 3-15)

- Appetitløshed
- Kvalme og opkastning
- Lugtgener
- Lymfødem
- Mundproblemer
- Obstipation
- Psykiske reaktioner
- Smerter
- Træthed
- Væsketerapi generelt
- Subcutan medicinering

Checkliste (side 16-18)

Tilskudsordninger og økonomi (side 19-23)

- Terminaltilskud
- Kronikertilskud
- Cancerlegat
- Love vedr. pasning af døende, terminal vederlag og sociale ydelser, herunder udkast til breve vedrørende §107 ansøgninger
- Rekreation
- Livstestamente

Retningslinjer for personalets omgang med pårørende til en alvorligt syg patient (side 24)

Orientering til pårørende (side 25)

- Pjece om afdelingen

Tværfaglige kontakter (side 26-35)

- Socialrådgiver
- Fysioterapeut
- Præst
- Smerteklinik
- Psykolog
- Diætist
- Kræftens Bekæmpelse
- Palliativ Afdeling på BBH
- Hospice på Sankt Lukas og Diakonissestiftelsen
- Palliativ aflastningsenhed på Bispebjerghemmet

Litteraturhenvisninger (side 36)

DEFINITIONER

- Palliativt team :** Den gruppe læger, sygeplejersker og sygehjælpere, der primært varetager afdeling D's uhelbredeligt syge patienters behov og interesser ved at forestå formidling, vejledning og undervisning af afdelingens øvrige personale i udførelsen af det palliative arbejde med denne patientgruppe.
Beslutninger vedrørende den sidste levetid træffes af hele gruppen samt de, der til daglig passer patienten, helst i overensstemmelse med patient og pårørende.
- Uhelbredeligt syg :** Helbredende behandling er ikke mulig.
Sygdommen vil med tiden medføre døden.
At patienten er uhelbredeligt syg skal være en lægelig vurdering, og skal fremgå af journalen.
Checkliste kan opstartes, dog med individuel vurdering.
Terminaltilskud (eller evt. kronikertilskud) kan søges til denne patientgruppe.
- Terminalt syg :** Patienten er uhelbredeligt syg.
Den forventede levetid er måneder eller uger. Dette bør fremgå af jr.
Lægen skønner, at livsforlængende behandlingsmuligheder er udtømte, og at yderligere behandling kun er palliativ.
Komplikationer behandles kun for at afhjælpe uudholdelige gener.
Checkliste skal opstartes, hvis ikke allerede gjort.
Medicinliste vurderes og justeres dagligt.
Genoplivning skal ikke forsøges, og dette skal fremgå af journal.
Stående indlæggelse skal etableres og patienten registreres i kartotek.
Terminaltilskud skal søges til denne patientgruppe, dog med accept.
- Døende patient:** Terminalt syg patient, hvor organpåvirkning uundgåeligt vil medføre døden indenfor få døgn.
- Checkliste:** En liste/skema, der skal sikre, at patienten tilbydes relevant kontakt til tværfaglige grupper og får tilbudt den assistance og hjælpemidler, som vedkommende er berettiget til.
Anvendes desuden til at træffe tværfaglige beslutninger om patientens sygdomsniveau, samt til at planlægge den sidste levetid.
- Stående indlæggelse:** En mulighed for direkte kontakt/indlæggelse på alle tidspunkter af døgnnet, der gives til den terminalt syge patient.
Patienten udstyres med telefonnumre til afdelingen, samt et kort (der ved behov kan fremvises), hvoraf det fremgår, at patienten til enhver tid kan bringes til indlæggelse i afdelingen, når dette forinden er aftalt.
Patienten registreres i to særlige mapper, der forefindes på såvel 2113 som 2114, så enhver, der besvarer patientens opkald, kan sige god for at patienten møder op.

SYMPTOMKONTROL

APPETITLØSHED

Definition: Manglende lyst til indtagelse af mad og/eller drikke. Af patienten ofte betegnet som madlede, evt. med vægttab til følge.

Årsager: Almen svækkelse pga grundsygdom, dehydrering og elektrolytforstyrrelser, depression, gastrit, kvalme og opkastning, mundtørhed, obstipation, oral candidiasis, smerter etc. Medicinbivirkning.

Behandling: Sygeplejemæssige tiltag:

Forklaring af sammenhæng mellem symptomer og sygdom til patient og pårørende.

Små, hyppige kalorietætte og proteinholdige måltider.

Måltidshygiejne (håndvask og mundpleje før måltid, små tallerkener, æstetik ex. i form af rene, lugtfri omgivelser).

Prioritering af flydende i modsætning til fast føde af hensyn til hydrering

Superkost i samråd med diætist.

Farmakologiske muligheder:

Behandling af andre symptomer (kvalme, smerte, candidiasis osv.)

Glukokortikoid (gives om morgenen af hensyn til nattesøvnen), f.eks. tabl. prednisolon 50 mg/dag.

Andre appetitstimulantia, ex. Megace 160 mg x 1-2

Parenteral ernæring hører generelt ikke hjemme til palliative patienter. Kan dog overvejes i følgende meget sjældent optrædende situationer:

Patienten sulter pga. et mekanisk problem (ex: malign tarmobstruktion)

Patienten har en god almentilstand.

Patienten har god livskvalitet.

De metaboliske forandringer er ikke reversible.

Diætist kontaktes ved at der sendes en henvisning på fax-nummer 5-2553 eller direkte kontakt på dect. tlf. 5-2555. Se også under tværfaglige kontakter.

Superkost kan kun ordineres af diætist.

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Helle Hvarness	3/1 2006	Afdelingsledelsen	December 2007

SYMPTOMKONTROL

KVALME OG OPKASTNING

Definition: Kvalme er den ubehagelige fornemmelse af, at man skal kaste op. Op imod 60% af patienter med cancer oplever kvalme i den sidste levetid.

Årsager: Kvalme forårsaget af sygdommen selv (ex. tarmobstruktion, ascites, cytokiner, hjernemetastaser) eller behandlingen af den (lægemidler, kemo- eller stråleterapi). Kvalme forårsaget af andre, samtidigt optrædende tilstande (elektrolytforskydninger, infektioner, obstipation). Kvalme kan forværres af f.eks. smerter, angst, hoste.

Behandling: Udløsende faktorer skal primært søges behandlet.

Sygeplejemæssige tiltag:

Ro og frisk luft.

Slippe for synet og lugten af mad videst muligt.

Farmakologiske muligheder (ikke prioriteret liste):

Primperan 10-20 mg x 3-4 (især ved mave-tarm påvirkning).

Serenase 0,5-1 mg x 2 (særlig god til morfika-induceret kvalme, samt anden toksisk kvalme, ex. leversvigt og hypercalcæmi).

Zofran 4-8 mg x 2-4 (især ved kemo eller stråleterapi).

Vogalene 10-15 mg x 3-4 (især ved kemo- og stråleterapi)

Phenergan 25 mg x 2-4 eller Marzine 50 mg x 2-3 (begge anti-histaminer; især ved bevægeinducert kvalme, men også uspecifik virkning).

Prednisolon 50 mg x 1

Nozinan 5-10 mg x 1-2 (meget bred uspecifik virkning)

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Helle Hvarness	3/1 2006	Afdelingsledelsen	December 2007

SYMPTOMKONTROL

LUGTGENER

Årsager: Dårlig lugt, f.eks. fra mund eller hud, som følge af absces, tumor med nekrose mv.
Skyldes typisk infektion med anaerobe bakterier.

Behandling: Sygeplejemæssige tiltag:

Hyppig sårskift ved gennemsvning.
Grundig sårrensning med afklipping af nekroser.
Ved purulent sekretion evt. Purilon.
Lugt-absorberende afdækning (med aktivt kul).
Pebermynteolie på stuen.

Farmakologiske muligheder:

Metronidazol 400 mg x 3.
Tetracyclin 250 mg x 1, dog højst i 10 dage.

Andre muligheder:

Stråleterapi, hvis feltet ikke tidligere bestrålet. Typisk 3Gy x (5)-10.

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Helle Hvarness	3/1 2006	Afdelingsledelsen	December 2007

SYMPTOMKONTROL

LYMFØDEM

Definition: Ophobning af lymfe i vævene som følge af mekanisk insufficiens af lymfebanerne. Initialt af pitting-type, men senere hårdt og fast indureret p.g.a. fibrose.

Årsager: Tilstopning eller kompression af lymfekar pga. infektion, kirurgi, strålebehandling eller tumorvækst i lymfeknuder.

Behandling: Sygeplejemæssige tiltag:

Daglig, forsigtig hudpleje og beskyttelse mod sol og varme.

Undgå blodtryksmåling og blodprøvetagning/injektion på afficeret side.

Elastisk støttebind (på om dagen, af om natten)

Speciel elevationsmadras.

Manuel lymfedrænage og kompressionsforbinding ved fysioterapeut.

Farmakologiske muligheder, sædvanligvis kun med minimal effekt:

Diuretika – ved et element af venøst ødem

Eventuelt prednisolon 50 mg x 1 til mindskning af tumortryk.

Fysioterapeut kan kontaktes ved at henvisende læge dikterer et oplæg inklusive indikation for lymfødem-behandling i journalen. Henvisningsseddel udfyldes og hænges op på vanlig vis. Se også under tværfaglige kontakter.

Der kan søges tilskud til lymfødem-behandling udenfor hospitalsregi via §107, se udkast til brev under fysioterapi.

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Helle Hvarness	3/1 2006	Afdelingsledelsen	December 2007

SYMPTOMKONTROL

MUNDPROBLEMER

Definition: Mundtørhed er den subjektive fornemmelse af tørhed i munden, der ikke nødvendigvis skyldes nedsat spyttproduktion.

Stomatitis er samlebetegnelse for slimhindeforandringer i mundhulen (rødme, ødem, belægninger og sår).

Årsager: Nedsat spyttsekretion, lokal tumurvækst, kemo- og stråleterapi, infektioner, dehydrering, medicinbivirkninger, depression og angst, nedsat immunforsvar.

Behandling: Profylakse/sygeplejemæssige tiltag:

God mund/tandhygiejne og stimulation af spyttsekretionen ved hjælp af:
 grundig tandbørstning efter hvert måltid,
 tandhygiejnisk tyggegummi og syrlige, sukkerfrie bolcher
 eller ananas,
 mundskyl m. dansk vand eller rensning med glycerol-vand
 (1:1),
 kunstigt spyt, læbepomade og vaseline.

Sugerør.

Rigeligt væskeindtag.

Ved smerter undgå sure, stærke, krydrede eller meget faste fødeemner, ligesom lemons wabs må frarådes.

Farmakologiske muligheder:

Medicinjusteringer.

Mundskyl med Klorhexidinmikstur 0,1-0,2%, 10 ml x 1-2 daglig.

Mundskyl med viskøs Lidokain 2% x 2-4 daglig.

Candidabehandling med Diflucan 50 – 100 mg x 1 i 1-2 uger.

Herpes Zoster behandling med tabl. Aciclovir 200 mg x 5 i 5 dage.

Se i øvrigt god artikel om mundpleje under litteratur.

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Helle Hvarness	3/1 2006	Afdelingsledelsen	December 2007

SYMPTOMKONTROL

OBSTIPATION

Definition: Vanskelig og sjælden/uregelmæssig defækation med afgang af abnormt faste fæces. Meget hyppigt hos uheldredeligt syge kræftpatienter, op mod 40 – 50 %, og hos næsten alle opioidbehandlede.

Årsager: Farmaka (ofte opioider, NSAID, antidepressiva, antiemetika (Zofran), neuroleptika). Metabolisk/endokrint (DM, dehydratio, hypo/hypercalcæmi, hypothyroidisme). Mekanisk (extern/intern tarmobstruktion, stråleskadet tarm). Uspecifikke årsager som appetitløshed, inaktivitet, svækkelse, kognitiv dysfunktion, lille føde- og væskeindtag.

Behandling: Årsagen skal søges defineret og type fastlægges (akut/kronisk, colon og/eller rektum).

Diarré eller vekslen mellem diarré og obstipation skal betragtes som obstipationsdiarré til det modsatte er bevist.

Hos svært obstiperede bør peroral behandling med peristaltikfremmende midler først påbegyndes, når der har været effekt af olieindhædning eller phosphatklyx

Profylakse/sygeplejemæssige tiltag:

Øge væskeindtag, fiberindhold i kost og fysisk aktivitet.
Faste toiletvaner med god tid, så vidt det er muligt.
Colonmassage.

Farmakologiske muligheder:

Gruppe I: ex. Magnesia og Laktulose – en af disse er førstevalg ved obstipation. Cave magnesia ved creatinin ~150. Virker primært ved volumenøgning af tarmindehold. Også Movicol findes.

Gruppe II: ex. Laxoberal og Perilax; har primært stimulerende virkning på tarmmotorik og hæmmende virkning på salt- og vandabsorption.

Gruppe III: rektale laksantia, ex. Perilax, phosphatklyx eller olieklyx. Sidstnævnte gives langsomt (dråbevist) på sonde over en halv time. Pt. lejres under indhædningen først 10 min. på ve. side, derefter 5 min. på ryggen og herefter lejret på hø. side. Pt. skal helst holde på olien over 8-12 timer.

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Helle Hvarness	3/1 2006	Afdelingsledelsen	December 2007

SYMPTOMKONTROL

PSYKISKE REAKTIONER

Psykiske symptomer og tilstande er hyppige hos cancerpatienter. Angst, vrede og depression må erkendes og accepteres af plejepersonale og pårørende, så psykisk støtte og eventuel medikamentel behandling kan påbegyndes.

Der ses ofte såvel fysiske (kropslig uro, svedudbrud, hjertebanken, vejrtrækningsbesvær, søvnforstyrrelser, manglende energi og appetitløshed samt rysten på hænder) som psykiske symptomer. Sidstnævnte kan spænde fra let ængstelse og uro til dødsangst, koncentrationsbesvær, irritabilitet, forsænket stemningsleje og psykomotorisk hæmning.

Behandling: Årsagen til patientens angst, vrede og depression skal udredes såvidt muligt. Afhængig af resultatet kan der blive tale om krisehjælp i bredeste forstand og/eller farmakologisk behandling. Den psykologiske intervention anses for at være primært indsatsområde.

Psyko-sociale tiltag:

- Klar information; ofte behov for gentagelse.
- Involvering af pårørende.
- Nærvær og forståelse, evt. fysisk berøring.
- Psykolog intervention eller psykiatrisk rådgivning.
- Samtale med præst.

Farmakologiske muligheder:

- Beroligende medicamina i form af ex. Alprazolam 0,5-1,5 mg x 1-3 eller Serenase 1-2 mg x 1-2 ved agiteret angst og uro.
- Antidepressiva bør være i form af de nyere SSRI eller SNRI præparater i stedet for tricykliske antidepressiva, idet der er hurtigere indsættende virkning og færre bivirkninger. Ex. Akarin 10 – 20 mg x 1.

Præst kan kontaktes på dect. tlf. 5-1613, 1612 eller 1614 indenfor almindelig arbejdstid. Udenfor dagtid, eller ved brug for grønlandsk, islandsk eller færøsk præst – se under tværfaglige kontakter.

Psykiater tilkaldes på vanlig vis ved henvisning. Akut tilsyn på dect. tlf. 5-1450.

Psykolog arrangeres af patienten selv via egen læge eller Kræftens bekæmpelse, se under tilskudsordninger og økonomi samt tværfaglige kontakter.

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Helle Hvarness	3/1 2006	Afdelingsledelsen	December 2007

SYMPTOMKONTROL

SMERTER 1

Definition: En ubehagelig sensorisk og/eller emotionel oplevelse associeret med aktuel eller potentiel vævsskade eller forestilling om en sådan. Altid en subjektiv oplevelse.

Årsager: Karakteristisk for cancerpatienter er ofte flere konkurrerende årsager og tidsmæssig ustabilitet med hensyn til smertetype (nociceptiv = følge af vævsskade, neuropatisk = følge af nervepåvirkning centralt og/eller perifert i nervesystemet), kvalitet, smerteintensitet og smertelokalisation.

Behandling: Først bør man have en smerteanalyse. Dette omfatter beskrivelse af:

Smertelokalisation og udstråling

Smertetype (ex. somatisk, visceral eller neuropatisk)

Smertekvalitet (brændende, skærende, sviende mv.)

Udvikling

Dynamik (smerter i hvile eller under aktivitet, spontane/ konstante/ recidiverende, periodicitet, vekslende intensitet, evt. provokerende/lindrende faktorer)

Intensitet (evt. VAS skala)

Psykologiske/eksistentielle faktorer

1. Medikamentel behandling (se næste side) bliver ofte en kombinationsbehandling, idet hver enkelt smertetype skal behandles for sig. Skelettet i smertebehandlingen er WHO's smertetrappe:

Trin 1: Paracetamol og/eller NSAID

Trin 2: Perorale opioider +/- Paracetamol/NSAID

Trin 3: Transdermale opioider, skift mellem opioider, evt. epidural/spinal kateter

Trin 4: Subcutan opioidadministration via pumpe. Evt. iv administration.

Husk altid at starte laksantia ved opioidbehandling.

For alle trin gælder, at der kan suppleres med sekundære analgetika (ex. Gabapentin, Amitriptylin) eller andre præparater (ex. Baclofen, Prednisolon og Zometa).

2. Ikke-medikamentelle behandlingsmuligheder i form af palliativ kemoterapi og strålebehandling samt kirurgi bør også overvejes, ligesom fysioterapi og psykologisk smertebehandling.

Ved vanskelige tilfælde under trin 3 og 4 kan smerteklinik kontaktes. Se under tværfaglige kontakter.

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Helle Hvarness	3/1 2006	Afdelingsledelsen	December 2007

SYMPTOMKONTROL

SMERTER 2

Forskellige smerter kræver ofte forskellig behandling. Behandlingsstrategi:

Smertefri om natten

Smertefri i hvile

Smertefri ved aktivitet (ofte ikke altid opnåeligt uden bivirkninger, sig det til pt.)

Behandling af let til moderat smerte:

Skyldes ofte muskuloskeletal affektion, ofte sekundært eller uden cancerrelation.

Pamol 1gx4 po eller 2 g x 2 supp. Hvis ikke nok suppleres med

Brufen 4-600 mg x 3.

Svage opioider (ex. Tramadol) bør ikke forsøges for længe, hvis overhovedet.

Hvis ikke dette hurtigt virker helt tilfredsstillende, overgås til morfinpræparat.

Behandling af moderat til svær smerte:

Morfin er førstevalgspræparat. Man kan vælge at starte titrering med morfin eller gå direkte til depotpræparat (Contalgin ex.) CAVE betydende nyrefunktionsnedsættelse. Optimale administrationsvej er peroral.

Ofte kvalme første uge: giv serenase 0,5 – 1 mg x 2.

Svagt opioid allerede startet seponeres.

Pamol og evt NSAID kan fortsættes, tjek evt. effekt ved at give det p.n. i stedet.

Der er ikke dokumentation for at flere forskellige opioider virker bedre end ét.

Husk p.o. p.n. dosis = 1/6 af totale døgndosis p.o. IKKE max. på antal p.n. doser.

P.n. dosis kan gives med en times interval. Hver andet døgn justeres depotdosis.

Ved gennembrudssmerter af mere akut og kortvarig karakter kan med fordel anvendes Actiq sugetabletter.

Ved bivirkninger til førstevalgsbehandlingen skiftes til enten Oxynorm/Oxycontin eller Durogesicplaster. Sidstnævnte dog mest anvendelig ved stabilt smerteniveau.

Ved svær smerte/ udtalt kvalme/opkastninger eller obstipation og angst ses ofte ventrikelretention og peroral medicinering er u hensigtsmæssig.

Her anvendes med fordel subcutan medicinering via butterfly. Virker næsten lige så hurtigt som iv. medicin og har fordel af længere virkningsvarighed og især af langsommere toleransudvikling. Al medicin der kan gives im kan også gives sc.

Intramuskulær medicinering har ingen plads.

Intravenøs medicinering kun ved stærke, akutte smerter

OMREGNINGSFORHOLD:

60 mg morfin (eller contalgin) p.o. = 20 mg morfin sc/iv = 25 µg Durogesicplaster

60 mg morfin p.o. = 40 mg oxynorm/oxycontin p.o.

20 mg oxynorm p.o. = 15 mg oxynorm sc/iv

p.o. p.n. morfindosis ved Durogesicplaster = 1/6 af den mængde morfin plasteret svarer til.

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Helle Hvarness	5/2 2006	Afdelingledelsen	December 2007

SYMPTOMKONTROL

SMERTER 3

Morfindrop: Hvis al anden smertebehandling er uden ønsket effekt kan der være behov for kontinuerlig infusion af morfin.

En almindelig infusionspumpe kan anvendes og subcutan foretrækkes fremfor intravenøs adgangsvej.

Ordinationen skal noteres i journalen af senior læge.

Bør helst være gennemdrøftet med patient og/eller pårørende, men dette er ikke et krav ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Se nedenfor.

Følgende retningslinjer bør følges:

1. Foregående døgns opioidindgift (såvel peroral, rektal, intramuskulær/- venøs som transdermal) opgøres og omregnes til parenteral morfin ved hjælp af ækvipotenstabel i Lægemiddelfortegnelsen. Se også foregående side.
2. Initialdosis tilsættes 500-1000 ml Glukose (eller Nacl). Gives over et døgn via dråbetæller.
3. Der skal være mulighed for supplerende p.n. dosering.
4. Næste døgns morfindosis beregnes som foregående døgns forbrug, incl. p.n. indgift.
5. Ved behov for sedation kan tilsættes 50 – 100 mg Diazepam i denne væske.
6. VIGTIGT: Fortsæt med transdermal/spinal/epidural opioidadministration uændret.

Fra Sundhedsstyrelsens Vejledning i medikamentel palliation i terminalfasen, dec. 2002:

Punkt 2: ...kan en læge i en situation, hvor en patient er uafvendeligt døende, indgive de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet. Der er ikke tale om aktiv dødshjælp (eutanasi), som er forbudt i Danmark.

Punkt 4: Ved beslutninger om palliative interventioner skal behandlingsindikation, information, teknik og dosering, ændring heraf og begrundelse herfor, journalføres tillige med en løbende beskrivelse af patientens tilstand.

Patienten skal så vidt muligt være informeret om de forventede virkninger og bivirkninger ved behandlingen og have givet sit samtykke til sådanne beslutninger. Hvis patienten ikke kan informeres og give sit samtykke, kan lægen handle i varetagelse af patientens interesse, såfremt de øvrige kriterier er opfyldt. En samlet fælles information kan være hensigtsmæssig, da tæt dialog og samarbejde ubetinget er et grundlag for at sikre patient og pårørende det bedste forløb, velvidende at pårørende dog ikke har lovmæssigt krav på dette.

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Helle Hvarness	3/1 2006	Afdelinglederen	December 2007

SYMPTOMKONTROL

TRÆTHED

Definition: Et multifaktorielt symptom med en kompleks patologi. Det hyppigste symptom hos terminale cancerpatienter.

Årsager: Cancersygdommen, med dens produktion af diverse faktorer fra cancercellerne, men også kræftbehandling i sig selv, giver anledning til udtalt træthed.

Komplikationer til sygdommen eller dens behandling, såsom infektioner, elektrolytforstyrrelser, endokrine forstyrrelser, hypoxi og polyfarmaci.

Ethvert andet fremtrædende samtidigt tilstedeværende symptom kan bidrage til oplevelsen af træthed (ex. madlede, smerte, søvnproblemer), ligesom psykosociale og eksistentielle problemer kan fremkalde og forværre træthed (angst, depression).

Behandling: Den grundlæggende årsag skal søges fastslået og behandlet før rent symptomatisk behandling overvejes. Grundig revision af medicinlister hver dag.

Farmakologiske muligheder:

Prednisolon 50 mg hver morgen (af hensyn til nattesøvn)

Ritalin 5 – 10 (evt. 20) mg x 2 kan eventuelt anvendes.

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Helle Hvarness	3/1 2006	Afdelingsledelsen	December 2007

SYMPTOMKONTROL

VÆSKETERAPI

Generelt må det accepteres, at mennesker spiser og drikker mindre, når livets afslutning nærmer sig. Der foreligger ingen prospektive studier, der kan af- eller bekræfte de forskellige holdninger for og imod vedrørende parenteral væsketerapi i den terminale fase.

Beslutningen vedrørende parenteral væsketerapi bør derfor individualiseres, og behandlingen skal altid betragtes som en mulighed eller supplement i omsorgen for patientens velbefindende.

Parenteral ernæring har derimod ingen berettigelse hos patienter med udbredt metastatisk sygdom og dårlig prognose, se dog afsnittet om appetitløshed.

Parenteral væsketerapi til den dehydrerede terminale patient:

Den symptomatiske patient, dvs. den konfuse eller urolige patient, eller en patient med svær tørst, der ikke responderer på mundhygiejne og peroral væske, skal over et par dage have 1 – 2 liter væske intravenøst. Hvis symptomerne ikke svinder, skal behandlingen seponeres.

Den asymptomatiske patient og eventuelt dennes familie bør forklares, at patienten ikke længere har behov for betydende mængder føde og væske og ikke længere føler sult og tørst. Desuden at intravenøs væske kan øge patientens almene ubehag.

Såfremt der ikke gives parenteral væske, bør man forebygge symptomer på tørst ved at sørge for god mundhygiejne, og hyppigt tilbyde små mundfulde væske eller knust is at sutte på. Se også afsnittet om mundproblemer.

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Helle Hvarness	3/1 2006	Afdelingsledelsen	December 2007

SYMPTOMKONTROL

SUBCUTAN MEDICINERING

Hvornår:

Den subcutane administrationsvej kan med fordel anvendes når patienten:

- Ikke kan tage medicin per os
- Ikke kan absorbere oralt administreret medicin
- Har behov for hurtig og sikker medicinering

Dette vil ofte være pt. med opkastninger, med ventrikelretention af forskellig årsag, svært obstiperede, stærkt behov for hurtig symptomlindring, døende mfl.

Hvordan:

- Anlæg en butterfly subcutant, under samme teknik som når der gives en subcutan injektion.
- Overdæk injektionssted og butterfly med Tegaderm, dog med fri adgang til injektionsstuds.
- Efter der første injektion, kan der gives 2 ml ad gangen uden problemer. Større doser gives lidt langsomt.
- Hvis slangen er lang, kan den allerførste gang fyldes med saltvand, ligesom der kan efterskylles med 0,5 ml.
- Fjernes ved mistanke om infektion, ellers skift hver 3 dag.

Hvor:

- Opadtil på thoraxforflade, abdomen, overarme eller lår.
- På intakt hud uden ødem eller infektion.

Hvorfor:

- Kan anvendes utallige gange på kun ét stik.
- Er nem at anlægge og passe/observere.
- Forårsager beskeden gene og hindrer ikke mobilisering.
- Er læge-uafhængig.
- Hvis den falder ud er der ingen blødning.
- Medicinen virker næsten lige så hurtigt som ved intravenøs/muskulær adgang.
- Kan anvendes i hjemmet og også af pt. selv/pårørende.

Pas på:

- Stoffer, der ikke kan gives sc. (typisk antibiotika og syrepumpehæmmere).
- Ved svær thrombocytopeni (spontan blødning).
- Hvis store mængder medicin skal gives på kort tid .
- Hvis meget hurtig effekt ønskes

Modificeret efter

Marianne Klee, www.symptomkontrol.com

CHECKLISTE TIL PATIENTER MED PALLIATIVE BEHOV

F O R M A L I A	1. Patientidentifikation	(label)
	2. Personlig læge/sygeplejerske	/
	3. Patient informeret om diagnose	Dato/læge
	4. Pårørende informeret om diagnose	Dato/læge
	5. Har patienten livstestamente	Ja/nej
	6. Lægelig indikation for obduktion	Ja/nej
	7. Stående indlæggelse etableret	Dato
	8. Plejeplan udfyldt v. stående indlæggelse	Dato

S O C I A L E O G Ø K O N O M I S K E F O R H O L D		Dato	Ja	Nej	Uvist	Initialer	Note, se ark
	8. Terminaltilskud søgt						
	9. Behov for samtale med socialrådgiver						
	10. Berettiget til cancerlegat						
	11. Er der forsikring mod kritisk sygdom						
	12. Behov for hjemmeplejekonference						
	13. Søgt plejeorlov til.....						
	14. Information om Hospice/Palliativ Afd.						
	15. Indstillet til Hospice/Palliativ Afd.						
	16. Egen læge	Navn	Telefon				
	17. Kontakt hos hjemmeplejen	Center	Telefon				

P S Y K E		Dato	Ja	Nej	Uvist	Initialer	Note, se ark
	18.Ønskes kontakt til psykolog						
	19.Ønskes kontakt til præst eller tilsvarende						

F Y S I K		Dato	Ja	Nej	Uvist	Initialer	Note, se ark
	20.Behov for fysioterapeut/lymfeterapeut						
	21.Behov for ernæringspræparat						
	22.Er der søgt §107 tilskud til pkt.20 og 21						

D E N S I D S T E T I D		Dato	Ja	Nej	Uvist	Initialer	Note, se ark
	23.Pjece til pårørende udleveret						
	24.Indikation for genoplivning ved hj.stop						
	25.Indikation for måling af værdier						
	26.Indikation for blodprøvetagning						
	27.Indikation for intravenøs væske						
	28.Hvor ønsker patienten at dø						
	29.Særlige ønsker eller ritualer ved død						

TILSKUDSORDNINGER OG ØKONOMI

TERMINALTILSKUD

For udprintning af ansøgningskema, klik nedenfor:

http://lfappet.laeger.dk/pls/portal/docs/PAGE/LAEGERDK/LAEGER_DK/LAEGEFAGLIGT/LAGEMIDLER/TILSKUD_TIL_LAEGEMIDLER/T_SKEMA_070703.DOC

KRONIKERTILSKUD

For udprintning af ansøgningskema, klik nedenfor:

http://lfappet.laeger.dk/pls/portal/docs/PAGE/LAEGERDK/LAEGER_DK/LAEGEFAGLIGT/LAGEMIDLER/TILSKUD_TIL_LAEGEMIDLER/K_T_SKEMA_010106.DOC

CANCERLEGAT

For udprintning af Kræftens Bekæmpelses ansøgningskema, klik nedenfor:

http://www.cancer.dk/resources/ansogskema_legat_dk.pdf

TILSKUDSORDNINGER OG ØKONOMI

SERVICELOVEN, 1

Pasning af nærtstående med handicap eller alvorlig sygdom:

§103A.

En person med tilknytning til arbejdsmarkedet, der ønsker at passe nærtstående med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse i hjemmet, ansættes af kommunen, hvis følgende betingelser er opfyldt:

- 1) At alternativet til pasning i hjemmet er døgnophold uden for hjemmet, eller plejebehov svarer til et fuldtidsarbejde.
- 2) At der er enighed mellem parterne om etablering af pasningsforholdet og
- 3) At kommunen vurderer, at der ikke er afgørende hensyn, der taler imod, at det er den pågældende person, der passer nærtstående.

Stk. 2.

Personen ansættes af den kommune, hvor den nærtstående bor. Lønnen udgør 14875 kr om måneden. Der betales pensionsbidrag med i alt 12 pct., hvoraf de 4 pct. tilbageholdes i lønnen, mens arbejdsgiveren betaler 8 pct. af lønnen.

Stk.3.

Personen kan ansættes i op til 6 måneder i sammenhæng til at passe den nærtstående. Aftale om en ansættelsesperiode på mindre end 6 måneder kan ikke efterfølgende ændres. Ansættelsesperioden kan efter ønske opdeles i 2 perioder af indtil 3 måneder. En deling af ansættelsesperioden, eller aftale om ansættelsesperioder på mindre end 3 måneder kan ikke efterfølgende ændres. Den samlede ansættelsesperiode kan højst være 6 måneder i alt for den pågældende nærtstående.

Stk.4.

Der indgås en ansættelsesaftale mellem personen og kommunen, hvor de nærmere vilkår i forbindelse med ansættelsesforholdet beskrives, herunder angivelse af, hvem den nærtstående er, periodens længde, arbejdsopgaverne, opsigelsesvarsel m.v.

Hvis ansættelsen på grund af undskyldelige omstændigheder afbrydes i ansættelsesperioden, udbetaler kommunen løn til den ansatte i en måned efter udgangen af den måned, hvor ophøret finder sted. Såfremt personen får et andet forsørgelsesgrundlag inden for denne periode, bortfalder kommunens forpligtelse.

TILSKUDSORDNINGER OG ØKONOMI

SERVICELOVEN, 2

Pasning af døende:

§104.

Personer, som passer en nærtstående, der ønsker at dø i eget hjem, er efter ansøgning berettiget til at få godtgørelse for tabt arbejdsfortjeneste (plejevederlag). Det er en betingelse for at yde plejevederlag, at hospitalsbehandling efter en lægelig vurdering må anses for udsigtsløs, og at den syges tilstand ikke i øvrigt nødvendiggør indlæggelse eller forbliven på sygehus, ophold i plejehjem, plejebolig eller lignende. Det er endvidere en betingelse, at den syge er indforstået med etableringen af plejeforholdet.

§ 105.

Plejevederlag efter § 104 svarer til 1,5 gange det dagpengebeløb, som modtageren i tilfælde af egen sygdom ville have ret til efter lov om dagpenge ved sygdom og fødsel. Til selvstændige, som ikke er tilmeldt den frivillige forsikring, kan der udbetales plejevederlag fra 1. fraværdsdag.

Plejevederlaget kan ikke overstige den hidtidige indtægt, jf. § 9 i lov om dagpenge ved sygdom og fødsel.

Stk. 2.

I ganske særlige tilfælde kan kommunen beslutte at yde plejevederlag med et højere beløb end anført i stk. 1.

§106.

Retten til plejevederlag ophører ved plejeforholdets afslutning. Ved den plejkrævenes død bevares retten til plejevederlag i indtil 14 dage efter dødsfaldet. Den plejkrævenes indlæggelse af kortere varighed på sygehus eller lignende medfører ikke i sig selv bortfald af plejevederlag.

Stk.2

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

§ 107.

Kommunen kan, såfremt udgiften ikke dækkes på anden vis, yde hjælp til lægeordineret medicin, sygeplejeartikler, fysioterapi/lymfedrænage, proteindrik og lignende, når

- 1) Nærtstående i forbindelse med et etableret plejeforhold, jf. § 104, passer en døende,
- 2) Kommunen varetager plejen helt eller delvis eller yder tilskud efter §76 til hjælp, som familien selv antager, eller
- 3) Et hospice varetager plejen.

Stk. 2

Hjælpen ydes uden hensyn til pågældendes eller familiens økonomiske forhold.

TILSKUDSORDNINGER OG ØKONOMI

REKREATION

Der findes muligheder for rekreationsophold også til uhelbredeligt syge cancerpatienter.

På begge sengeafdelinger står der en mappe, mærket "Rekreation".

I den kan man finde meget udførlige oplysninger om rekreationsmuligheder, og der henvises dertil.

Generelt må det siges, at der er egenbetaling af en vis størrelse.

TILSKUDSORDNINGER OG ØKONOMI

LIVSTESTAMENTE

Formål:

At give mulighed for forhåndstilkendegivelse om ønsker til behandling.

Regler:

Ved at oprette et livstestamente kan en person, der er fyldt 18 år og fuldt myndig, udtrykke ønsker til behandling, hvis den pågældende kommer i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en folder med en formular, der skal bruges, hvis man ønsker at oprette og registrere et livstestamente i Livstestamenteregisteret på Rigshospitalet.

Folderen kan fås på bl.a. apoteker, sygehuse og hos praktiserende læger.

Tilkendegivelser:

Formularen indeholder to afkrydsningsmuligheder:

1. At der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor man er uafvendeligt døende.
2. At der ikke ønskes livsforlængende behandling i tilfælde af svær invaliditet, der varigt gør en ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

Man er uafvendeligt døende, når døden med stor sandsynlighed vil indtræde indenfor dage til uger trods anvendelse af foreliggende behandlingstilbud. Det er en lægefaglig vurdering, om en patient er uafvendeligt døende. Ønsket er bindende for lægen.

Ved svær invaliditet er ønsket vejledende, men ikke bindende for lægen, og skal indgå i lægens overvejelser om videre behandling.

Lægens pligt:

I de tilfælde, hvor lægen påtænker at iværksætte en livsforlængende behandling i en af de to nævnte situationer, og patienten ikke kan udøve sin selvbestemmelsesret, har lægen pligt til at spørge Livstestamenteregisteret, om patienten har oprettet et livstestamente.

Det er ikke de pårørendes forpligtelse at forhøre sig, idet de ikke har adgang til Livstestamenteregisterets oplysninger.

Livstestamenteregisteret

Er på Rigshospitalet, afsnit 4102, Blegdamsvej 9, 2100 Kbh. Ø. **Telefon: 35 45 52 69**

RETNINGSLINJER FOR PERSONALET'S OMGANG MED PÅRØRENDE TIL EN ALVORLIGT SYG PATIENT

”Uhelbredelig sygdom påvirker ikke alene den syge - hele familien påvirkes betydeligt følelsesmæssigt”

- Omsorgen for den alvorligt syge, døende og døde patient indbefatter omsorg for de pårørende.
- De pårørende skal føle sig velkomne i afdelingen – pjece til pårørende udleveres.
- Personalet skal i afd. danne et miljø, der giver de pårørende følelsen af tryghed og åbenhed.
- Personalet skal have kendskab til og kunne handle i forhold til fysiske, psykiske, sociale og åndelige problemstillinger, de pårørende måtte opleve.
- Personalet skal kunne hjælpe de pårørende med at se sygdommen i øjnene og til at se støttemuligheder i netværket.
- De pårørende skal føle sig velkomne til en uformel snak/samtale.
- Personalet skal have kendskab til støttemuligheder for de pårørende eller vide, hvor de kan søge viden, f.eks. præst, socialrådgiver, Kræftens Bekæmpelse, psykologbistand via egen læge, hjemmeplejens tilbud, hospice mv.
- Det er det palliative teams ansvar at afklare forventninger hos patient og pårørende.
- De pårørende skal tilbydes at deltage aktivt i den nære fysiske pleje, såfremt dette er et ønske. Det er sygeplejerskens ansvar at afklare disse forventninger.
- Personalet skal støtte de pårørende til den indlagte, døende patient ved omsorg for de basale behov som mad og drikke
at legitimere at de pårørende ”holder fri” – tilbud om aflastning
at tilbyde overnatning
opfordring til at gøre omgivelserne så hjemlige som muligt
at respektere stuen som et privat rum, hvor vi er ”gæster”
- Personalet skal efter dødens indtræden tilbyde de pårørende enerum med diverse drikkevarer
at deltage i istandgørelsen
istandgørelse/ritualer med udgangspunkt i den enkelte families traditioner
eftersamtale med ønsket læge eller sygeplejerske 6 uger efter dødsfaldet

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Det Palliative Team	vinter 2004	Afdelingsledelsen	2007

TIL PÅRØRENDE TIL ET ALVORLIGT SYGT MENNESKE UROLOGISK AFDELING D, RIGSHOSPITALET

Tilbud ambulant og under indlæggelse:

- Mulighed for samtale om behandlingsmæssige spørgsmål med en af de læger, som er i det team, Jeres pårørende er tilknyttet. Helst sammen med pt., så alle ved det samme.
- Aflastning i form af praktisk støtte, vejledning og en snak med det dagligt tilknyttede plejepersonale, fortrinsvis den personlige læge og sygeplejerske.
- Kontakt til socialrådgiver (via egen kommune eller på hospitalet) omkring forsikring, engangssum, plejeorlov og andre økonomiske forhold.
- Kontakt til en sygehuspræst, som gerne lytter til, hvad I har på hjertet. Samtalen behøver ikke omhandle religiøse spørgsmål. Præsten har tavshedspligt overfor det øvrige faste personale.
- Vejledning og evt. kontakt til hjemmepleje, hospice, smerteklinik, palliativ afdeling på Bispebjerg hospital og Kræftens Bekæmpelse.

Tilbud under indlæggelse ved livets afslutning:

- Enestue, som vi forsøger at indrette efter Jeres behov.
I er velkomne til at medbringe personlige ejendele.
- Mulighed for med-indlæggelse/overnatning hos Jeres pårørende.
- Mulighed for at deltage i den nære, fysiske pleje, hvis dette er et ønske.
- Drikkevarer og så vidt muligt mad til den med-indlagte.

Har I spørgsmål kan I altid kontakte afdelingen.

I dagtimerne kan vores ambulatorium kontaktes på tlf.nr. 3545 2111.

Ved indlæggelse kan I kontakte vores to sengeafsnit 2113/2114 på tlf.nr. 3545 2113/3545 2114.

Med venlig hilsen Personalet på afdeling D

TVÆRFAGLIGE KONTAKTER

SOCIALRÅDGIVER

Abdominalcentrets socialrådgiver hedder Susanne Sørensen.

Der er ikke nogen socialrådgiver udelukkende til urologisk klinik, og efter nedskæringer kan der kun tilbydes:

1. samtaler med patienter/pårørende i specielle situationer, f.eks. når indlagte patienter diagnosticeres med en uhelbredelig diagnose og har behov for vejledning om fremtidig arbejds- og/eller pensionsforhold.
2. eller har behov for ansøgning om bevilling af plejeorlov (terminal/handicap) til pårørende.

Socialrådgiveren prioriterer henvisninger og henviser, hvis aktuelt, til evt. andre instanser.

Alle henvisninger (med fuld etikette) skal ske via afdelingens personale til **fax 5-2236**.
Telefon 5-2413.

TVÆRFAGLIGE KONTAKTER

FYSIOTERAPI

Der findes en bred vifte af behandlingstilbud, som fysioterapeuter kan tilbyde patienter i den terminale fase. Kun få vil være tilgængelige under indlæggelse, men der er mulighed for at søge gratis fysioterapi i hjemmet via §107, se udkast til brev på næste side.

Henvisning til fysioterapi på en indlagt patient laves som vanligt. Fysioterapeuten tilknyttet Urologisk Klinik kan træffes på **telefon 5-1267**, og særlig henvisning m.h.p. **lymfødem-behandling** (fysioterapeut Helle Tauby) kan bestilles via **telefon 5-0503** (fax 5-2503).

Eksempler på palliativ fysioterapi:

- Genoptræning og /eller vedligeholdelsesbehandling
- Berøring
- Lymfødembehandling
- Hensigtsmæssig lejrning
- Afspænding, oplæring i teknikker
- Tilpasning af hjælpemidler
- Dyspnøbehandling, oplæring i teknikker
- TNS

LYMFØDEMBEHANDLING A.M. FÖLDI

Denne behandling er meget effektiv til at reducere ødem i vævene og mindsker derved smerter og spændingsfornemmelse. Virker derudover beroligende, afslappende og angstdæmpende. Der er dog kontraindikationer i form af hjerte- og kredsløbsproblemer, idet lymfødembehandlingen vil belaste kredsløbet med den øgede væsketilførsel.

Behandlingen består af:

Manuel lymfedrænagebehandling

Udføres som en blid og behagelig massage, hvor man stimulerer de raske lymfeknuder og derved drænerer det ødematøse område. Behandlingen suppleres med øvelser og hudpleje. Hver enkelt behandling varer 1-1,5 time, dog afhængig af patientens tilstand.

Bandagering

Med kortstræksbandager, som bevares døgnet rundt.

Kompressionsstrømpe

Efter nogle ugers behandling vil patienten, hvis muligt, blive udstyret med en kompressionsstrømpe/buks, hvorefter den manuelle lymfedrænage og bandagering ophører. Patienten skal anvende denne bandage formentlig resten af livet.

TVÆRFAGLIGE KONTAKTER

FYSIOTERAPI, 2

Vedrørende ansøgning om vederlagsfri fysioterapi til terminale patienter under §107:

1. Tag kopi af den indsendte Terminaltilskuds-erklæring
2. Vedlæg brev, som redegør for patientens behov, se eksempel på brev nedenfor. **Der kan søges om tilskud til lymfedrænage, afspændingsøvelser, oplæring i dyspnøbeherskende teknikker, vedligeholdelse af opnået færdighed ved genoptræning under indlæggelse mm.**
3. En person kan erklæres terminal, når behandling udelukkende er palliativ, og lægen skønner, der højst er ca. 6 måneders restlevetid. Dette er dog en flydende grænse.
4. Brevet stiles til kommunen.
Vedlæg kopi af Terminaltilskud.

Eksempel:

XX Kommune
”Vedr. Servicelovens §107 – bevilling af fysioterapi”
Adresse
By

Vedrørende §107 bevilling af pallierende fysioterapi til

Navn, CPR, adresse.

Ovennævnte patient lider af (diagnose) og er i terminalfasen af sin sygdom. Sygdommen nødvendiggør ikke på nuværende tidspunkt indlæggelse, hvorfor der ønskes behandling i eget hjem.

Patienten har problemer med lymfephobning i begge ben og der søges dækning af fysioterapi til palliativ lymfødembehandling.

Behandlingsvarighed og hyppighed aftales med fysioterapeuten.

Det præciseres, at dette er en hastesag.

M.v.h

TVÆRFAGLIGE KONTAKTER

RIGSHOSPITALET'S PRÆSTER

RH's præster står til rådighed for eksistentiel/åndelig støtte til patienter og pårørende i alle situationer, hvor patient/pårørende ikke ønsker at benytte sin egen præst, uanset medlemskab af Folkekirken og religiøs overbevisning. Ligeledes står præsterne til rådighed for dåb/nøddåb; vielse/nødvielse; altergang, andagt ved dødsleje og lignende.

1: Tilkald af RH's præster i akutte situationer:

Indenfor almindelig arbejdstid:

- Christian Busch lokal 5-4828 (dect 5-1613)
- Lotte Mørk lokal 5-4803 (dect 5-1612)
- Henning Nabe-Nielsen lokal 5-4827 (dect 5-1614)

Udenfor almindelig arbejdstid:

Hospitalspræsterne har ikke en egentlig vagtordning, men står til rådighed. I presserende tilfælde - f.eks. dåb, nødvielser, andagter ved dødslejer og uopsættelige samtaler - kan man som regel få fat på en af præsterne på deres bopæl.

- Christian Busch kortnr.1356 tlf:
- Lotte Mørk kortnr.1353 tlf:
- Henning Nabe-Nielsen kortnr.1351 tlf

Lykkes det ikke at få fat på en af hospitalspræsterne, ring da til en af følgende tilkaldepræster:

- Flemming Pless kortnr. 1352 tlf:
- Leif Christensen kortnr. 1359 tlf:
- Stefan Lamhauge Hansen kortnr. 1357 tlf:

2: Grønlandsk, færøsk og islandsk præst er særlig tæt knyttet til RH og kommer jævnligt på hospitalet.

- Grønlandsk præst: Pastor Jens Kristian Kleist Tlf:
- Færøsk præst: Pastor Bergur Jacobsen Tlf:
- Islandsk præst: Pastor Thorer Jokull Tlf:

TVÆRFAGLIGE KONTAKTER

SMERTEKLINIK

Hvis en indlagt patient får akutte, vanskeligt behandlelige smerter, kan der sendes en almindelig henvisning til fax 5-2552, så vil en anæstesilæge komme på tilsyn.

Derudover har vi mulighed for at henvise **patienter fra H:S** til Smerteklinikken på Rigshospitalet. Patienterne skal have en smerteproblematik, som vi ikke selv kan klare.

Der sendes en almindelig henvisning til

Tværfagligt Smertecenter
Afsnit 7612

Patienterne skal kunne komme ambulant.

Der vil sædvanligvis være omkring en uges ventetid.

Hvis en patient har meget kompliceret symptomatologi, herunder eventuelt også smerter, (og bor i H:S), er henvisning til Palliativ Afdeling på BBH også en mulighed.

TVÆRFAGLIGE KONTAKTER

PSYKOLOG

-med tilskud fra Sygesikringen

På Rigshospitalet er der ikke mulighed for kontakt til psykolog.

Det er derimod muligt at få tilskud fra Sygesikringen til behandling hos psykolog i privat praksis, hvis man bliver udsat for en hændelse der udløser en psykisk krise.

Hvem?

Personer med en alvorligt invaliderende sygdom
Pårørende til personer med en alvorligt invaliderende sygdom
Pårørende ved dødsfald

Hvordan?

Man kontakter egen læge og får henvisning til psykolog senest tolv måneder efter hændelsen, der udløste krisen.
Henvisningen medbringes til psykologen senest en måned efter den er skrevet.
Psykologen skal være tilknyttet sygesikringsordningen og fortegnelse over psykologer kan fås hos egen læge, på kommunekontoret og hos amtet.

Hvor meget?

Man betaler selv 40% af udgifterne (ca. 250 kr. pr. samtale).
Sygesikringen "Danmark" yder tilskud til denne egenbetaling.
Der kan gives tilskud til op til 12 samtaler á 45-60 minutter.

TVÆRFAGLIGE KONTAKTER

DIÆTIST

Henvisning:

Afdelingen skal selv have sat fokus på at ernære patienten sufficient. Patienten skal vejes tre gange om ugen. Såfremt afdelingens indsats ikke er nok til at ernære/op-ernære patienten tilstrækkeligt kan diætist bestilles. Det bør fremgå, hvilken diagnose patienten har, ligesom vægt, højde, tidligere vægttab, samt tre dages kostregistrering af energi og protein medsendes.

Henvisningen sendes til en klinisk diætist på fax-nummer 5-2553, eventuelt direkte på 5-2555.

Med ovenstående som baggrund vil diætisten tilse patienten og følge vedkommende i ernæringsterapi. I et sådan tilfælde kan diætisten evt. ordinere superkost, og afdelingen kan først bestille superkost, når en diætist har ordineret det.

Procedure for bestilling af tilskudsdrikke og sondeernæring:

Når tilskudsdrikke ordineres i journal og rekvireres på en særlig ordinationsblanket ydes et sygesikringstilskud på 60%. Se også særlig pjece vedrørende dette. Man kan opnå fuld dækning af ovennævnte præparater ved supplerende at søge tilskud via §107.
Se eksempel på brev på næste side.

TVÆRFAGLIGE KONTAKTER

DIÆTIST, 2

Vedrørende ansøgning om tilskud til dækning af udgifter til ernæringspræparater til terminale patienter under §107:

1. Tag kopi af den indsendte Terminaltilskuds-erklæring
2. Udfyld særlig blanket til ordination af ernæringspræparater (præparatype, navn, vejledning vedr. mængde, dosering og anvendelse). Denne gives til patienten, som afleverer den til Apoteket. Blanketten hedder OS91.101 og er en grøn recept, der skaffes af hospitalet. Herved opnås Sygesikringens refusion af 60% af udgiften.
3. Udfyld brev, som redegør for patientens tilstand, se eksempel nedenfor.
4. Brevet stiles til Kommunen
Vedlæg kopi af Terminaltilskud.
Herved opnås at patienten fritages for at betale de resterende 40% af egenbetalingen .

Eksempel:

XX Kommune

”Vedr. Servicelovens §107 – bevilling af ernæringspræparat”

Adresse

By

Vedrørende §107 dækning af udgifter til ernæringspræparater til

Navn, CPR, adresse.

Ovennævnte patient lider af (diagnose) og er i terminalfasen af sin sygdom. Sygdommen har medført alvorlig svækkelse og det er ikke muligt at indtage almindelig føde i tilstrækkeligt omfang.

Der er søgt tilskud fra Sygesikringen på særlig blanket, og hermed søges om dækning af resterende 40 % af udgiften til ernæringspræparatet xx. Der anvendes yy stk. om dagen.

Det præciseres, at dette er en hastesag.

M.v.h

TVÆRFAGLIGE KONTAKTER

KRÆFTENS BEKÆMPELSE

Vedrørende psykologbistand:

Kræftens bekæmpelse yder en ”afklarings samtale” til alle med en cancerdiagnose. Denne samtale varer cirka en time og herefter vurderes den videre hjælp. Dette kan tilbydes til både patienter og pårørende ,og man behøver ikke at være uhelbredeligt syg.

Vedrørende sorggrupper:

Oprettes efter behov, både for patienter og efterladte. Der er enkelte grupper, som kører fast.

Man skal kontakte det lokale kræftrådgivningscenter for oplysning om sorggrupper og øvrige tilbud, se nedenfor.

HELE LANDET:

Kræftlinjen, gratis telefonrådgivning. Ma-fre 9.00-21.00, lø-sø 12.00-17.00
tlf. 8030 1030

KØBENHAVNS OG FREDERIKSBERG KOMMUNE SAMT VESTSJÆLLANDS OG BORNHOLMS AMT:

Kræftrådgivningen i København og Frederiksberg: 3525 7700

Kræftrådgivningen i Holbæk: 5944 1222

Kræftrådgivningen i Bornholms Regionskommune: 5690 9198

KØBENHAVNS AMT:

Kræftrådgivningen: 4593 5151

ROSKILDE AMT:

Kræftrådgivningen i Roskilde: 4630 4660

Kræftrådgivningen i Køge: 5663 8229

STORSTRØMS AMT:

Kræftrådgivningen i Storstrøms Amt: 5574 0400

Kræftrådgivningen i Maribo: 5478 3030

FREDERIKSBORG AMT:

Kræftrådgivningen: 4822 0282

TVÆRFAGLIGE KONTAKTER

PALLIATIV AFDELING, BISPEBJERG HOSPITAL

Der henvises til vedlagte folder fra afdelingen, og for nærmere detaljer, klik på nedenstående:

<http://www.hosp.dk/BBHpalliativ-p20.nsf>

HOSPICE PÅ SANKT LUKAS OG DIAKONISSESTIFTELSEN

Der henvises til vedlagte foldere fra afdelingerne.

PALLIATIV AFLASTNINGSENHED, BISPEBJERGHJEMMET

Der henvises til vedlagte folder fra afdelingen.

LITTERATURHENVISNINGER

1. Symptom management in advanced cancer. Third edition. Robert Twycross et al.
2. Oxford textbook of Palliative Medicine. Third edition.
3. Håndbog i palliativ medicin. Per Sjøgren, Marianne Metz Mørch og Jørgen Eriksen. Gyldendals Akademiske Bogklubber.
4. Symptomkontrol i palliativ medicin. En ”quick guide”. Steen Andersen, Niels-Henrik Jensen og Svend Ottesen. Udgivet af Janssen-Cilag.
5. Handbook of Palliative Care in Cancer. Second Edition 2000. Alexander Waller og Nancy L. Caroline.
6. Vejledning i medikamentel palliation i terminalfasen. Sundhedsstyrelsen. 20/12 2002.
7. Faglige retningslinjer for den palliative indsats. Omsorg for alvorligt syge og døende. www.sst.dk.
8. Mundpleje – et forsømt område. Sygeplejersken 7/2001.
9. www.symptomkontrol.com

Udarbejdet af	Dato	Godkendt af	Næste revision
Helle Hvarness	3/1 2006	Afdelingsledelsen	December 2007