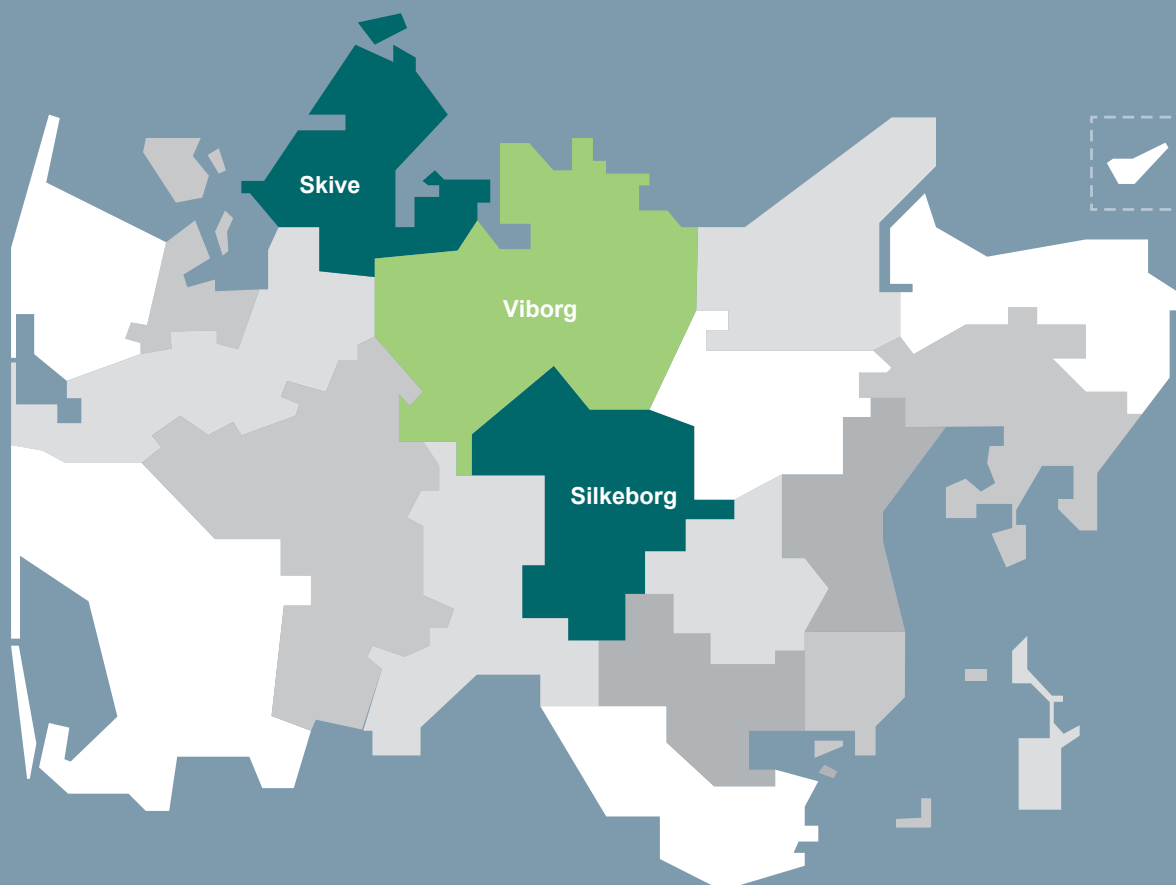


Evaluering af prøvehandlinger i **PROJEKT LIVETS AFSLUTNING**

HVAD BETYDER EN TYDELIG FORVENTNINGSADFÆSTEMNING FOR, OM DEN DØENDE FÅR RO OG LOV TIL AT DØ?



Midtklyngen

PROJEKT LIVETS AFSLUTNING

Initieret af Klyngestyregruppen i Midtklyngen

Foregår i et samarbejde mellem Viborg, Skive og Silkeborg kommuner, de praktiserende læger samt Hospitalsenhed Midt.

Projektperiode: September 2018 – August 2020

PROJEKTARBEJDSGRUPPEN FOR PROJEKT LIVETS AFSLUTNING:

Maila Tandrup, Omsorgschef, Viborg Kommune (Formandskab)

Helle Skytte, Oversygeplejerske, Kirurgi, HE Midt (Formandskab)

Anja Elkjær Rahbek, Udviklingskonsulent, Sundhed og Omsorg, Viborg Kommune (Projektleder)

Janne Laursen, Klinisk Sygeplejespecialist, Kirurgi, HE Midt (Projektleder)

Marianne Frost, Leder af Plejeboligheden, Skive Kommune

Mette Palshøj, Leder, Sundhed og Omsorg, Skive Kommune,

Steffen Brun, Sektionsleder, Nære Sundhedstilbud, Silkeborg Kommune,

Martha Højgaard, Sektionsleder, Hjemmepleje og Hjemmesygepleje, Silkeborg Kommune,

Helle Kornbek, Afdelingssygeplejerske, Akutafsnit 2, HE Midt

Heidi Møller, Afdelingssygeplejerske, Klinik for Lindrende behandling, HE Midt

Grethe Vestergaard Nielsen, Leder, Rehabiliteringscenter og akutteam, Viborg Kommune,

Ulla Serup, Klyngebrugerrådet

Hans Jørgen Hørning, Klyngebrugerrådet

Trine Laura Overgaard Hasle, Konsulent, Borgerdesign

Kirsten Engholm Jensen, Senior-konsulent, Borgerdesign

INDHOLD

Forord	6
1. Udbrede kendskab til og brug af Behandlingstestamentet	9
Baggrundsviden for prøvehandling 1-5	9
1. Viborg Kommune. Pleje- og Omsorgscenter Banebo	10
2. HE Midt. Klinik for Lindrende Behandling	12
3. HE Midt. Neurologi, Neurologisk Afsnit og Klinik	14
4. HE Midt. Akutafdelingen, Akutafsnit 2	16
5. Viborg Kommune. Visitation Sundhed og Omsorg	18
2. Systematisk samtale med borger og pårørende om livets afslutning	21
Baggrundsviden for prøvehandling 6-8	21
6. Viborg Kommune. Pleje- og Omsorgscenter Kildehaven	22
7. HE Midt. Kirurgi, Mave- og Tarmkirurgisk Afsnit	24
8. HE Midt. Afdeling for Hjertesygdomme	26
3. Systematisk kontinuerlig stillingtagen til behandlingsniveau – i dialog med borger og pårørende	29
Baggrundsviden for prøvehandling 9-12	29
9. Viborg Kommune. Hjemmeplejedistrikt Nord	30
10. Skive Kommune. Demensplejecenter Skovbakkehjemmet	32
11. Viborg Kommune. Rehabiliteringscenter Viborg	34
12. HE Midt. Medicinsk Afsnit 1	36
4. Udvikling og implementering af klare retningslinjer	39
Baggrundsviden for prøvehandling 13	39
13. Viborg Kommune. Visitation Sundhed og Omsorg	40
5. Kompetenceudvikling gennem ”Eksistenslaboratorium”	43
Baggrundsviden for prøvehandling 14-15	43
14. Almen Praksis. Lægehuset Roslev	44
15. Viborg Kommune. Demensplejecenter Liselund	46
6. Udbrede kendskab til kurset ”Lær at tackle hverdagen som pårørende”	49
Baggrundsviden for prøvehandling 16	49
16. HE Midt. Kirurgi, Karkirurgisk Afsnit	50
7. Udbrede kendskab til muligheden for våger hos den døende	53
Baggrundsviden for prøvehandling 17	53
17. Hospice Limfjord	54
8. Udvikling og kvalificering af informationsmateriale til borgere/pårørende	57
Baggrundsviden for prøvehandling 18	57
18. Silkeborg Kommune. Sundhed og Omsorg	58

Bilag	61
Bilag 1: Spørgeskema om behandlingstestamentet og resultater. Klinik for Lindrende Behandling, HE Midt.....	62
Bilag 2: Plakat om Behandlingstestamentet. Akutafsnit 2, HE Midt	64
Bilag 3: Pårørendesamtale – guide til samtale. Kirurgi, Mave- og Tarmkirurgisk Afsnit, HE Midt	65
Bilag 4: Samtalen om den sidste tid, Afdeling for Hjertesygdomme, HE Midt	67
Bilag 5: How-to-guide for samtalen om den sidste tid og behandlingsniveau. Distrikt Nord, Viborg Kommune.	68
Bilag 6: Nexusskema ”Samtale om ønsker til pleje og behandling i den sidste levetid”	69
Bilag 7: Systematisk spørgeguide til behandling og livsafslutning. Demensplejecenter Skovbakken, Skive Kommune. ...	70
Bilag 8: Samtaleguide. Rehabiliteringscenter Viborg, Viborg Kommune	71
Bilag 9: Pjece til indflytningssamtale. Demensplejecenter Liselund, Viborg Kommune.	72
Bilag 10. Hjemmesiden Helbredsprofilen. Sundhed og Omsorg, Silkeborg Kommune	73

FORORD

Dette katalog præsenterer hovedtrækkene af de 18 prøvehandlinger, der har været iværksat i Midtklyngen i forbindelse med Projekt Livets afslutning. Kataloget supplerer den mundtlige præsentation fra prøvehandlingsdeltagerne, der finder sted ved stormødet i Midtklyngen d. 3. marts 2020.

Projekt Livets afslutning har til formål at styrke mulighederne for, at den enkelte borgers ønsker for livets afslutning kan efterleves, og at det sker i tæt samarbejde med borger, dennes pårørende og det sundhedspersonale, der er involveret undervejs.

Ambitionen med projektet er at videreudvikle og nytænke eksisterende indsatser i kommuner, på hospitaler og tværsektorielt - på en måde, der kobler borgerperspektiver med de faglige og organisatoriske perspektiver.

Midtklyngen har valgt, at der i projektet skal indgå prøvehandlinger, og disse skal ligge til grund for en mulig spredning af indsatser på tværs af klyngen.

Ved hjælp af metoden "at borgerdesigne" og på baggrund af 164 interviews med fagpersonale, borgere, pårørende, præster mv., har projektet fundet frem til følgende fokusområde, som med borgerperspektivet har været helt centralt i de mange samtaler:

"Hvad betyder en tydelig forventningsafstemning for, om den døende får ro og lov til at dø".

Forventningsafstemningen sker gennem samtalerne om:

- Livsforlængende behandling og pleje
- Genoplivning
- Det praktiske
- Det eksistentielle – liv og død

Under dette fokusområde og perspektiv, har en række forskellige afdelinger/enheder i Midtklyngen, efter en workshop d. 26. august 2019, udvalgt 8 af i alt 11 emneområder for prøvehandlinger. Der er arbejdet med 18 forskellige prøvehandlinger i perioden november 2019 til primo februar 2020.

Vi håber, ved stormødet d. 3. marts 2020 via deltagerens præsentation, at få en pejling på, hvad mødedeltagerne mener har potentiale for spredning i Midtklyngen. Vi håber kataloget kan være dig til hjælp i den vurdering, der skal finde sted ved mødet.

God læselyst og vi ser frem til en spændende fremlæggelse af prøvehandlingerne.

Formandskabet for Projekt Livets afslutning

Maila Brown Lundberg Tandrup & **Helle Skytte Andersen**
Omsorgschef, Viborg kommune Oversygeplejerske, HE Midt.





1. Udbrede kendskab til og brug af Behandlingstestamentet

BAGGRUNDSVIDEN FOR PRØVEHANDLINGER 1-5

FORMÅL

At udbrede kendskab til og brug af Behandlingstestamentet

Projektets indsigter viser, at:

- Familierne har svært ved at tale om døden.
- Plejepersonalet oplever tvivl om, hvornår de må tilgå Behandlingstestamentet.
- Der opleves manglende kendskab til Behandlingstestamentet blandt borgere og sundhedsprofessionelle.

PROJEKTETS FORSLAG TIL, HVAD EN PRØVEHANDLING KUNNE UNDERSØGE?

1. Hvordan udbredes kendskabet til Behandlingstestamentet for borgere?
 - a. Via Sundhed.dk? Digital selvbetjening?
 - b. Opfordre borger til at oprette Behandlingstestamente?
2. Hvordan udbredes kendskabet til Behandlingstestamentet for sundhedsprofessionelle?
 - a. Via FMK online?
 - b. Hvordan skabes klarere retningslinjer for, hvordan/hvornår man foretager opslag om borgers Behandlingstestamente?

GENEREL INFORMATION OM BEHANDLINGS-TESTAMENTET - FOR BORGERE

Med et Behandlingstestamente kan du sikre, at lægerne følger dine ønsker til behandling, hvis du ikke selv er i stand til at give besked. Hvis du ikke har registreret dine ønsker i Behandlingstestamentet, vil lægerne som udgangspunkt gøre, hvad de kan for at holde dig i live. Hvis du allerede har et livstestamente, kan du vælge at beholde det eller ændre det til et Behandlingstestamente.

GENEREL INFORMATION OM BEHANDLINGS-TESTAMENTET – FOR SUNDHEDSPROFESSIONELLE

Læger og sygeplejersker er berettiget til at indhente oplysninger i Livs/Behandlingstestamenteregistret såfremt:

- Patienten ligger for døden (dvs. er uafvendeligt døende)
- Patienten ligger hjælpeløs pga. sygdom, ulykke mv., og der ikke er tegn på bedring.

Uberettiget indhentning, videregivelse og/eller udnyttelse af oplysninger er strafbart i henhold til sundhedsloven. Alle opslag i Livs/Behandlingstestamenteregistret via FMK Online logges i borgerens "Min Log".

MERE INFORMATION

- [Behandlingstestamentet](#) på Styrelsen for Patient-sikkerheds hjemmeside.
- [Pjece til borgere](#) om Behandlingstestamentet

Herefter følger prøvehandlingerne 1-5.

1. VIBORG KOMMUNE. PLEJE- OG OMSORGSCENTER BANEBO

PRØVEHANDLING: UDBREDE KENDSKAB TIL OG BRUG AF BEHANDLINGSTESTAMENTET

Tovholder og ambassadører:

- Centerleder, Anette Hald Hansen. Mail: a3h@viborg.dk. Telefon: 8787 6550.
- Sygeplejerske, Lerke Winther Kastbjerg. Mail: lyk@viborg.dk
- Sygeplejerske, Gitte Thomsen Danielsen. Mail: gid@viborg.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Opfordret tre beboere til at udfylde Behandlingstestamente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Udvalgt tre beboere med forskellig kognitiv kunnen.• Sygeplejersken har præsenteret de tre beboere og deres pårørende for pjecen om Behandlingstestamentet fra Styrelsen for Patientsikkerhed, og efterfølgende fulgt op og talt med beboer/pårørende om emnet• Ved lægestuegang/årsgennemgang, og sammen med beboer, pårørende og sygeplejerske, har emnet om oprettelse af Behandlingstestamentet været drøftet.• Sygeplejersken har derefter fulgt op på, om beboer, i samarbejde med pårørende, selv har oprettet et Behandlingstestamente, eller om sygeplejersken skal hjælpe, hvis det er ønsket. <p>Orientering og dialog om Behandlingstestamentet til:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kollegaer og plejecenterlæge• Bruger-/pårørenderåd
--------------------------------	--

Fordele

- Borger	<p>Borgere og pårørende var positive over at blive lyttet til og taget alvorligt i forhold til samtaler om livets afslutning</p> <p>Borgere får mulighed for at udtrykke ønsker til Behandlingstestamentet og fx undgå uønskede indlæggelser.</p>
- Medarbejder	<p>Gennem samtaler om disse emner kan vi få en tættere relation mellem sygeplejerske og borger/pårørende, som er vigtig for alle parter.</p> <p>Plejecenterlæge giver fuld opbakning for prøvehandlingen og lægens involvering deri.</p>
- Økonomi/ressourcer	<p>Ved at nå frem til at oprette Behandlingstestamente, så undgår vi at sætte behandling i gang, som ikke er ønsket af borger.</p>



Barrierer

- Borger	Vi forventer, at der kan være pårørende, som ikke vil acceptere, at borger skal dø, og derfor ikke finder det naturligt at tale om emnet.
- Medarbejder	Plejepersonale og læge mener, at det er en barriere, at frontpersonale på tværs af sektorer ikke kan finde tilgængelig dokumentation for, om der er oprettet Behandlingstestamente. Samarbejdet med lægen opleves udfordrende på plejecenter grundet sparsom tid og tilgængelighed.
- Økonomi/ ressourcer	Tidskrævende at tage emnet op måske ad flere omgange, alt afhængig af borger/pårørendes behov og ønsker, men det opvejes af fordelene.

Vurdering	Vi finder det vigtigt fortsat at udbrede kendskab til samt brug af Behandlingstestamentet. Det har givet værdi for personalet, borgere og pårørende, så vi ønsker at fortsætte.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingstestamentet kan med fordel nævnes på indflytningsmøde, men grundet en række andre praktiske dagsordener, samt evt. emotionelle aspekter ved at flytte på plejehjem, bør emnet drøftes yderligere på et senere tidspunkt.• Emnet skal tages op i fredstid, i vante rammer og af en sygeplejerske, som kan tale naturligt om emnet, og som har en relation til borger/pårørende for at kunne vurdere hvordan og hvornår.• Hvis borger/pårørende ønsker at oprette Behandlingstestamente, bør lægen inddrages.• Emnet er følsomt og kan være tidskrævende, fordi det kan være en proces for borger og pårørende. Derfor bør der ikke sættes en deadline for implementeringen, i forhold til hvornår vi skal have spurgt ind til alle nuværende borgere og få involveret deres egen læge i emnet.• Tværsektorielt samarbejde: Værdifuldt og relevant og samtidig vigtig for succesfuld spredning/ implementering. Derfor anbefaler vi, at man får en makker i anden sektor med fastlagt mødedato, for at kunne videndele og sparre.
Hvad har gjort størst indtryk	Vi er blevet overraskede over, at såvel borgere som pårørende gav udtryk for, at emnet var naturligt og nemt at tale om, og at samtalerne blev så godt imødekommet.

2. HE MIDT. KLINIK FOR LINDRENDE BEHANDLING

PRØVEHANDLING: UDBREDE KENDSKAB TIL OG BRUG AF BEHANDLINGSTESTAMENTET

Tovholder og ambassadører:

- Afdelingssygeplejerske, Heidi Møller. Mail: heidi.moeller@rm.dk. Telefon: 2045 2698
- Overlæge, Søren Ringgaard. Mail: SOERIN@rm.dk. Telefon: 7844 7930
- Palliationssygeplejerske, Vinni Jensen VINURT@rm.dk
- Palliationssygeplejerske, Dorte Ørndrup Nielsen Dorte.Nie@midt.rm.dk

<p>Beskriv Prøvehandlingen</p>	<p>Undersøgt kendskab til Behandlingstestamentet blandt 34 patienter/pårørende ved 1. hjemmebesøg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejerske og læge har spurgt patient/pårørende, om de har kendskab til Behandlingstestamentet, og om de allerede har oprettet et. Hvis nej, så har vi forklaret, hvad Behandlingstestamentet indebærer og spurgt, om der kunne være ønske om i fremtiden at oprette et. • Vi har vist og udleveret pjecen om Behandlingstestamentet fra Styrelsen for Patientsikkerhed ved halvdelen af besøgene. • Se spørgeskema og samlede resultater af undersøgelsen i bilag 1. <p>Hvis patienten ikke havde oprettet Behandlingstestamente, men ønskede at gøre det, så ville vi følge op ca. 14 dage efter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det var svært at finde det rette tidspunkt til at følge op. Vi undlod opfølgning, fordi vi ikke fandt det passende, eftersom der var mange andre ting patient/pårørende skulle forholde sig til.
---------------------------------------	---

Fordele

<p>- Borger</p>	<p>At blive spurgt til Behandlingstestamente kan skabe dialog og større afklaring mellem patient og pårørende, til fordel for en akut situation uden tidligere stillingtagen, som kan være hårdt for pårørende. Nogle gange kan emnet være svært at tale højt om, og så kan det være nemmere at få det skrevet ned i et Behandlingstestamente.</p> <p>Det kan være godt at give pjecen til patient/pårørende, så de har noget skriftligt materiale at vende tilbage til, når de får så megen anden mundtlig information til mødet.</p> <p>Pårørende ville gerne hjælpe de patienter, som ønskede at oprette Behandlingstestamente.</p>
<p>- Medarbejder</p>	<p>Det har været naturligt og relevant for os at spørge om Behandlingstestamente ved 1. hjemmebesøg i forlængelse af, at vi til denne samtale også berører beslægtede temaer såsom behandlingsniveau, Advance Care Planning og "Quality of life Questionnaire Palliative".</p> <p>Prøvehandlingen har inspireret os til, at vi overvejer på forhånd at forberede patient/pårørende på emnerne for 1. hjemmebesøg.</p> <p>Vi har egentlig gemt os lidt bag at sige: "Vi er i gang med en undersøgelse om kendskab til Behandlingstestamentet". Det har således gjort det nemmere at komme i gang med at tale om emnet og spørge ind til Behandlingstestamentet, og det har givet erfaringer, som vi tager med os, når vi nu vil til at spørge direkte.</p>
<p>- Økonomi/ressourcer</p>	<p>Hvis flere opretter Behandlingstestamente, og hvis vi får viden om allerede oprettede Behandlingstestamenter i fredstid, så kan indlæggelser forebygges, og der kan skabes mere ro i akutte situationer.</p>



Barrierer

- Borger	Nogle patienter ønsker ikke at tale om døden og den sidste tid – fx er der nogle patienter/pårørende, som ikke har erkendt, at døden kan være nær.
- Medarbejder	Det kan være svært, hvordan man bedst spørger ind til emnet – det kræver øvelse. Tilgængeligheden til Behandlingstestamentet er en barriere – restriktionerne for, hvornår medarbejdere må tilgå en patients Behandlingstestamente gør, at det ofte kan være for sent.
- Økonomi/ressourcer	Vi skal igennem mange informationer til 1. hjemmebesøg. Så dels kan information om Behandlingstestamentet drukne i al anden information, og dels kan vi have svært ved at finde tiden dertil.

Vurdering	Vi tænker, at vi fortsat vil spørge til Behandlingstestamentet – ikke som en undersøgelse af kendskab, men for at kunne orientere patient/pårørende om muligheden, og også for at kunne indhente viden om evt. oprettelse, som vi kan bruge i mange af vores opgaver i patientforløbet.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none">• Med vores specialisering i palliation står vi meget gerne til rådighed for sparring om, hvordan emnet kan italesættes. Samtidig vil vi gerne sende den generelle anbefaling, at medarbejdere også blot skal gå i gang og øve sig på at italesætte emnet.• Man bør bruge sin situationsfornemmelse ift., hvornår/hvordan Behandlingstestamentet skal italesættes. I nogle tilfælde har vi fx ventet til 2. hjemmebesøg med at bringe emnet på banen, hvor patienten bedre kender medarbejderen og tilliden kan være større.• Med fordel kan Behandlingstestamentet præsenteres uden at handle om den aktuelle sygdom/tilstand, men i stedet være et generelt tilbud til alle for at få eventuelle ønsker efterlevet i en mulig fremtid. Fx kan man spørge: "Det er vores erfaring, i langt de fleste forløb, at det er godt at få talt om..."• På samfundsplan bør vi snakke mere åbent om den sidste tid og være mere åbne for at tage samtalerne – i fremtiden.
Hvad har gjort størst indtryk	Vi er blevet overraskede over, hvor få der faktisk kender til Behandlingstestamentet, og det er også overraskende, at de få, som kender til Behandlingstestamentet, ikke har oprettet.

3. HE MIDT. NEUROLOGI, NEUROLOGISK AFSNIT OG KLINIK

PRØVEHANDLING: UDBREDE KENDSKAB TIL OG BRUG AF BEHANDLINGSTESTAMENTET

Tovholder og ambassadører:

- Sygeplejerske, Kirstine Ommen. Mail: kirstine.ommen@viborg.rm.dk. Telefon: 7844 6040.

Beskriv Prøvehandlingen	Undervist lægerne fra Neurologisk Afsnit og Klinik i Behandlingstestamentet <ul style="list-style-type: none">• 45 minutter, under lægernes onsdagsundervisning• Fokus på både orientering og dialog• Afholdelsen af undervisningen var motiveret af, at flere læger kan være meget behandlingsorienterede og kan have svært ved at tale om at afslutte behandling.
--------------------------------	---

Fordele

- Borger	Vi antager, at flere patienter får kendskab til muligheden for at oprette et Behandlingstestamente, i og med at undervisningen giver faglig opmærksomhed herpå.
- Medarbejder	Lægerne har fået kendskab til kriterierne for at anvende Behandlingstestamentet og indsigt i, hvordan man får adgang til Behandlingstestamentet. Lægerne fik en faglig diskussion og sparring om den fortsatte usikkerhed ved at anvende Behandlingstestamentet. Desuden gav det overvejelser om, hvornår man vil vejlede patienter i muligheden for at oprette et Behandlingstestamente.
- Økonomi/ressourcer	Det har været gratis for mig at undervise, og det har skabt værdifulde drøftelser for lægerne.



Barrierer

- Borger	Hvis der er usikkerhed hos lægen om, hvorvidt Behandlingstestamentet kan anvendes, så kan det være, at patientens ønsker ikke bliver mødt.
- Medarbejder	Lægerne var fortsat usikre på anvendelsen af Behandlingstestamentet. Fx manglede de definition af begreber såsom "fysiske konsekvenser". Lægerne gav udtryk for at mangle en indikator i EPJ, som gør det tydeligt, om der forefindes et Behandlingstestamente eller ej. Lægerne mener, at de mangler sikkerhed for, at det er patientens reelle ønsker, der er angivet i Behandlingstestamente.
- Økonomi/ ressourcer	Det har taget tid at forberede undervisningsmateriale.

Vurdering	Undervisning af sundhedsfagligt personale er forudsætningen for at kunne anvende og udbrede Behandlingstestamentet. De 45 minutters varighed af undervisningen har været givende for at kunne få tid til faglig refleksion og drøftelse, hvilket er nødvendigt for at skabe læring og få viden ud at leve – hvis der kun er tid til orientering, så glemmes viden hurtigt igen. Vi er i gang med at planlægge undervisning for sygeplejersker i Behandlingstestamentet.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none">• Det er vigtigt at give plads til faglig refleksion og drøftelse i undervisningsseancen.• Lægerne er ikke uvillige til at tale om at afslutte behandling, men det er vigtigt for lægerne at vide, at de rent juridisk har deres på det rene.• Vi bør i fremtiden spørge patient/pårørende, om der er oprettet Behandlingstestamente, frem for i akutte situationer, hvor det kan være for sent.
Hvad har gjort størst indtryk	Det, som har gjort størst indtryk, er lægernes fortsatte store usikkerhed om de begreber, der er anvendt i Behandlingstestamentet, og derved usikkerheden om anvendelsen af Behandlingstestamentet.

4. HE MIDT. AKUTAFDELINGEN, AKUTAFSNIT 2

PRØVEHANDLING: UDBREDE KENDSKAB TIL OG BRUG AF BEHANDLINGSTESTAMENTET

Tovholder og ambassadører:

- Afdelingssygeplejerske, Helle Kornbæk. Mail: H.Kornbek@rm.dk. Telefon: 7844 5054
- Klinisk Sygeplejespecialist, Inge Trelborg Møller. Mail: Inge.Trelborg.Moeller@midt.rm.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Øge personalets kendskab til og viden om Behandlingstestamentet:</p> <ul style="list-style-type: none">• Udarbejdet plakat, der forklarer, hvad Behandlingstestamentet er, og hvornår det kan tilgås (se bilag 2). Hængt op i kaffestue og teamrum.• Undervist læger og plejepersonale i Behandlingstestamentet, ved morgenundervisning - 15 minutter med fokus på orientering og dialog.• Udarbejdet dokument i e-Dok om Behandlingstestamentet• Fulgt op med information i nyhedsbrev til personalet.
--------------------------------	---

Fordele

- Borger	<p>Vi mener, at det er meget værdifuldt for patienten, hvis vi kan rette os efter deres ønsker for den sidste levetid. Mange har gjort sig overvejelser, og disse skal vi spørge ind til, dokumentere og respektere.</p> <p>Vi oplever jævnligt, at pårørende er uenige, og her mener vi, at et Behandlingstestamente i nogle tilfælde kan skabe mere klarhed. Det kan også lette pårørende, som i akutte situationer kan føle, de står med beslutningen.</p>
- Medarbejder	<p>Undervisning i Behandlingstestamentet har skabt større opmærksomhed på patienters ønsker generelt i forhold til behandling i den sidste tid og givet relevante drøftelser herom i personalegruppen – fx fik vi slået fast, at ønsker i et Behandlingstestamente skal følges.</p>
- Økonomi/ressourcer	<p>Vi oplever jævnligt, at der kommer patienter ind, hvor der allerede er lavet klare aftaler om fravalg af behandling og indlæggelser i den sidste levetid, men hvor det ikke er blevet dokumenteret. Vi kan undgå sådanne unødvendige indlæggelser, hvis det dokumenteres, og hvis egen læge, vagtlæge og plejepersonale i primær sektor nemt kunne tilgå og se de samme oplysninger.</p> <p>Vi prøver først at redde liv, før vi tænker over at undersøge, om der er oprettet et Behandlingstestamente - der er en læge, som på forhånd har vurderet, at borger skal ind til os. Ved at egen læge får spurgt ind til og dokumenteret, hvis der er oprettet Behandlingstestamente, og ved at vagtlægen også kan tilgå disse oplysninger, så kan vi undgå overbehandling.</p>



Barrierer

- Borger	Vi oplevede ingen barrierer for borger.
- Medarbejder	<p>Det er svært for os at vide, hvorvidt en patient har oprettet et Behandlingstestamente. Dels videregives information om Behandlingstestamente meget sjældent i indlæggelsesrapporten, dels grundet skrappe regler for hvornår man må foretage opslag i FMK-online om Behandlingstestamentet, og dels fordi vi ofte ikke kan spørge de ældre patienter, som fx er demente eller delirøse. Det kan resultere i et større detektivarbejde med at få kontakten pårørende og/eller primær sektor.</p> <p>Personalet er usikre på om og hvornår man må fremsøge Behandlingstestamentet i FMK-online. Man møder så mange advarsler i systemet, at man kan føle sig helt "kriminaliseret". Fx mener vores sygeplejersker, at det kun er læger, som har mandat til søge, fordi det er lægen der bedst afgør, hvornår Behandlingstestamentet træder i kraft.</p> <p>Der er ikke et specifikt felt til Behandlingstestamentet i EPJ. Endvidere er det en barriere, at oplysninger om Behandlingstestamente ikke automatisk fremgår ved sektorskift.</p> <p>Vi møder ikke patienter dagligt, hvor emnet Behandlingstestamentet er oplagt at bringe på banen, og det gør det svært, især for nye medarbejdere, at have Behandlingstestamentet i sit mindset.</p>
- Økonomi/ ressourcer	Vi oplevede ingen barrierer for økonomi/ressourcer.

Vurdering	Kendskab til Behandlingstestamentet er vigtigt, også for personalet i en Akutafdeling, men borgers ønsker burde fremgå automatisk fx ved indlæggelse. Hvis borgere har oprettet et Behandlingstestamente, skal vi kunne se og respektere deres ønsker.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none">• Der skal løses op for begrænsningerne for, hvornår man må søge efter Behandlingstestamente i FMK-online, og søgningen skal gøres nemmere. Det ville være allerbedst, hvis vagtlæge, egen læge og hospitalslæge automatisk kunne se, om der er oprettet Behandlingstestamente, fx som et OBS-ikon ved siden af cave. Vi finder det mærkeligt, at oprettelse af Behandlingstestamente nærmest skal holdes hemmeligt. Det antager vi ikke er i borgers interesse.• De fleste sundhedsprofessionelle er uddannet til at behandle – vi skal øve os i og turde at spørge ind til Behandlingstestamente og behandlingsniveau i livets afslutning, for vi erfarer, at utrolig mange borgere allerede selv har gjort sig tanker herom.• I stedet for den omfattende pjece fra Styrelsen for Patientsikkerhed ser vi det mere brugbart, at der udformes en mindre flyer med links til hvor patient/pårørende kan læse nærmere.• Vi vil gerne opfordre til mere uformel kontakt og videndeling på tværs af sektorer, både om Behandlingstestamentet men også mere generelt om konkrete patientforløb – det skaber læring og sammenhæng for patienten.• MED-com standarderne skal understøtte oplysninger om ønsker for livets afslutning både i indlæggelsesrapporten og i udskrivningsrapporten.
Hvad har gjort størst indtryk	Vi finder Behandlingstestamentet utrolig relevant, men det har virkelig undret os, hvorfor det skal være så besværligt at tilgå oplysninger på FMK-online om, hvorvidt borger har oprettet et.

5. VIBORG KOMMUNE. VISITATION SUNDHED OG OMSORG

PRØVEHANDLING: UDBREDE KENDSKAB TIL OG BRUG AF BEHANDLINGSTESTAMENTET

Tovholder og ambassadører:

- Afdelingsleder, Henrik Ravn. Mail: [hrav@viborg.dk](mailto:h rav@viborg.dk). Telefon: 8787 6119
- Teamleder, Dennis Basler Hansen. Mail: dbh@viborg.dk
- Visitator, Susanne Møller Poulsen. Mail: smp@viborg.dk
- Fysioterapeut, Helle Margrethe Frandsen. Mail: hfr@viborg.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Undersøgelse af medarbejderes kendskab til, hvorvidt borgere har oprettet Behandlingstestamente.</p> <ul style="list-style-type: none">• Formål: Generelt ønskede vi at opnå viden om, hvorvidt oplysninger om borgers oprettelse af Behandlingstestamente kan videregives ved sektorskift. Konkret ønskede vi, at viden om oprettelse af Behandlingstestamente undervejs kunne registreres i Nexus eller kunne videregives til hospitalet over telefonen.• Visitatorer har over telefonen adspurgt 30 medarbejdere fra HE Midt ved opkald om udskrivelse, og adspurgt 16 medarbejdere i hjemmeplejedistrikter i Viborg Kommune i forbindelse med indlæggelse.• Resultater:<ul style="list-style-type: none">- 1 ud af 46 medarbejdere kunne informere om, at der var dokumentation om oprettet Behandlingstestamente.- 2 ud af 46 medarbejdere kunne informere om, at de vidste, at borger havde oprettet Behandlingstestamente, men at dette ikke var dokumenteret.
--------------------------------	---

Fordele

- Borger	Vi mener, at undersøgelsen understreger et behov for dels at udbrede kendskab til Behandlingstestamentet blandt medarbejdere, og dels at sikre en ensartet dokumentationsløsning hertil – hvis dette opnås, så styrker vi mulighederne for at kunne efterleve de ønsker, som borger kan have registreret i et Behandlingstestamente.
- Medarbejder	Vi har gennem vores prøvehandling nævnt Behandlingstestamentet for 46 medarbejdere – vi er dog ikke gået ind i længere forklaringer om, hvad Behandlingstestamentet er, og der er heller ingen, som har efterspurgt information. Til gengæld har det sat refleksioner i gang hos os selv om, hvordan vi bedst muligt kan udbrede kendskab til og brugen af Behandlingstestamentet.
- Økonomi/ressourcer	Vi mener, at større kendskab til og brug af Behandlingstestamentet vil kunne skabe tryghed og afklaring for såvel borger/pårørende som medarbejdere. Det ville være tidsbesparende for medarbejdere i akutte situationer, og medarbejdere vil bedre kunne vide, at de følger borgers ønsker og gør det rigtige.



Barrierer

- Borger	Vi oplevede ingen barrierer for borger.
- Medarbejder	De adspurgte medarbejdere svarer at de ikke kan se i fagsystemet hvorvidt der er oprettet et behandlingstestamente, og derudover er det ikke alle medarbejdere der kender til behandlingstestamentet. Arbejdsgange omkring behandlingstestamentet er uklare.
- Økonomi/ressourcer	Vi oplevede ingen barrierer for økonomi/ressourcer.

Vurdering	Vi har på baggrund af vores undersøgelse erfaret, at der kun er sparsomt kendskab til Behandlingstestamentet, og at der derfor er behov for at udbrede kendskabet og behov for at sikre en ensartet dokumentationsløsning hertil. Vi har fået bekræftet, at viden om, hvorvidt borger har oprettet Behandlingstestamente, ikke skal deles over telefonen ved indlæggelse/udskrivelse – i stedet for vurderer vi, at det er vigtigt, at informationen automatisk fremgår digitalt.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none">• Vi anbefaler, at viden om, hvorvidt borger har oprettet Behandlingstestamente, bør fremgå mere tydeligt i Nexus.• Hvis medarbejdere får kendskab til, at borger har oprettet Behandlingstestamente, så skal alle vide, at de så skal spørge borger, om det er i orden, at lægen bliver informeret herom, for at det kan dokumenteres.• Det ville være allerbedst, hvis borgers oprettelse af Behandlingstestamente medførte en automatisk registrering i fx FMK online – vi mener, at det kun er i borgernes interesse, at læger automatisk kan se, og dermed følge ønskerne. Dette ville også kunne løse den situation, hvor en borger måtte trække sit Behandlingstestamente tilbage uden at informere nogen herom.• Det er nødvendigt at udbrede kendskab om Behandlingstestamentet til medarbejdere – ikke blot gennem en mail, men gennem kompetenceudvikling med tid til dialog.
Hvad har gjort størst indtryk	Det har overrasket os at der er mange der ikke kender til behandlingstestamentet. Samtidig har vi erfaret, at det er vanskeligt at formidle/forstå hvordan og hvornår Behandlingstestamentet bruges.



2. Systematisk samtale med borger og pårørende om livets afslutning

BAGGRUNDSVIDEN FOR PRØVEHANDLINGER 6-8

FORMÅL

At borgere og pårørende får tilbud om en forventnings samtale om livets afslutning, evt. et via værktøj eller en retningslinje. Forventningsafstemningen sker gennem samtaler om livsforlængende behandling og pleje, genoplivning, det praktiske og det eksistentielle.

Projektets indsigter viser, at:

- Dokumentation af samtalerne kan være svær at finde i IT-systemerne og går ikke på tværs af sektorer. Det skaber tvivl blandt personalet.
- Ofte bliver kun praktiske opgaver anset som ydelser, og derfor er det svært at finde tid til samtalerne.
- Døden er et tabu.
- Samtalerne om det eksistentielle glemmes ofte.
- Kan man bruge samtalerne om det praktiske, som hjælp til samtaler om andre svære emner?

PROJEKTETS FORSLAG TIL, HVAD EN PRØVEHANDLING KUNNE UNDERSØGE?

1. Hvordan kan I systematisk afholde forventnings samtaler om livets afslutning?
2. Hvordan kan I afprøve forskellige samtaleguides for at se, hvordan de virker?
3. Hvad skal en retningslinje og/eller samtaleguide indeholde?

Herefter følger prøvehandlingerne 6-8.

6. VIBORG KOMMUNE. PLEJE- OG OMSORGSCENTER KILDEHAVEN

PRØVEHANDLING: SYSTEMATISK SAMTALE MED BORGER OG PÅRØRENDE OM LIVETS AFSLUTNING

Tovholder og ambassadører:

- Centerleder, Annette Jensen. Mail: asjen@viborg.dk. Telefon: 87 87 65 05
- Social- og sundhedsassistent, Malene Ginnerup Navntoft. Mail: mgn@viborg.dk
- Demens- og aktivitetsmedarbejder, Marianne Kallestrup Sørensen Mail: maks@viborg.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Kontinuerlige samtaler og observationer med to beboere, ift. at håndtere livets afslutning.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udvalgt to beboere, som har svært ved at acceptere og tale om livets afslutning, som ofte insisterer på lægekontakt og indlæggelser, og som af personalet opleves som udfordrende (kalder meget på personalet, er sjældent tilfredse og kan skabe meget splid i personalegruppen). • Fokus på at gå bag om adfærd og forstå beboers mentale tilstand for hermed at kunne hjælpe beboeren med at sætte ord på ønsker og behov i den sidste tid. <p>Systematisk drøftelse og refleksion på daglige tavlemøder, med fokus på beboers mentale tilstand, og hvor der følges op på observationer og aftaler.</p> <p>Kontakt med stamafdelingen for åben indlæggelse om beboers behov for indlæggelse.</p>
--------------------------------	---

Fordele

- Borger	<p>Begge beboere har følt sig set og hørt, og de har følt, at vi har taget dem mere alvorligt, hvilket har givet dem ro og tryghed i den sidste tid. Især ved den første beboer, hvor både pårørende, personalet og egen læge bemærkede, at der var sket en markant ændring, og at beboeren nu hvilte i sig selv. Ved den anden beboer, har det givet ro, at der er taget "hul" på de svære snakke, og at beboeren nu ved, at der er to faste medarbejdere, der har tid til disse snakke.</p>
- Medarbejder	<p>Det gav en helt anden ro i personalegruppen. Før havde mange nej-hatten på, inden de skulle ind til især den ene beboer. Men grundet samtalerne med fokus på at gå bag om adfærden, og fordi vi som personale havde fået lavet konkrete aftaler mellem os, så kom vi på forkant, og vi oplevede den ro og tryghed det skabte for beboeren.</p> <p>Vi arbejder i forvejen med kompetenceudvikling i forhold til det relationelle, og denne prøvehandling har styrket vores arbejde med dette.</p> <p>Vi er blevet opmærksomme på, hvor gavnligt det kan være at involvere samarbejdspartnere, i vores tilfælde præsten, køkkenet og hospitalspersonalet.</p>
- Økonomi/ressourcer	<p>Vi har ikke brugt ekstra ressourcer på de to beboere i prøvehandlingen.</p> <p>Det har frigivet en masse energi i personalegruppen. Vi har som team oplevet at have gjort en kæmpe forskel for vores beboere. Det at kunne gå hjem fra arbejde med en god følelse, kan i et større perspektiv muligvis forebygge syge- og stressmeldinger.</p> <p>Indsatsen har betydet, at vi i personalegruppen har kunnet drøfte, hvordan vi ved at fokusere på beboers mentale tilstand kan tackle begyndende utryghed og berolige og tage over, så det ikke eskalerer og ender med indlæggelse. Fx fandt vi under samtalerne ud af, at den ene beboers ønske om at få remoulade på sin æggemad ikke var blevet efterlevet. Vi blev opmærksomme på, at denne beboer blev utryg, hvis vi ikke holdt, hvad vi lovede. Ved at imødekomme beboerens behov, gennem sådanne små indsatser, kunne vi berolige beboeren. Beboeren besluttede sig undervejs for, at hun ikke ville indlægges mere, ud fra hendes nye parole: "Der er jo ikke noget, at sygehuset kan gøre bedre end jer".</p>



Barrierer

- Borger	Vi oplevede ingen barrierer for borger.
- Medarbejder	Det kan være svært at inddrage aften- og nattevagter i vores indsatser og aftaler.
- Økonomi/ ressourcer	I aften, nat og weekend kan der være større risiko for indlæggelse, på trods af vores indsatser, blandt andet på grund af akuttteamets og vagtlægens rolle, når der træffes beslutninger.

Vurdering	Vi vil helt klart fortsætte med at afholde samtalerne, med fokus på at forstå beboernes mentale tilstand. Det har været specielt at opleve, hvor stor en forskel selv de helt små ting kan gøre i forhold til "ro i sjælen" hos vores beboere. At det så i tillæg, opleves positivt blandt personalet, pårørende og egen læge, og potentielt også kan forhindre unødvendige indlæggelser, er en win-win-situation
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none">• Det er vigtigt at gå undersøgende til værks, i stedet for at lade sig irritere over udfordrende adfærd. Man skal have modet til at udfordre beboeren, på en nænsom måde, til at reflektere over og forholde sig til fakta. Der bør være fokus på kompetenceudvikling.• Ved borgere, som kan have svært ved at tale om emnet, kan der med fordel tænkes i alternative metoder. Ved den ene beboer valgte vi fx i starten at vinkle det som et projekt, hvor vi havde brug for beboerens bud på, hvad kommende beboere kunne have behov for i den sidste tid.• Det kan være udfordrende at beskrive en beboers mentale tilstand og behov på skrift, hvorfor vi finder direkte telefonkontakt mellem sektorer givende. Hvis erfaringsudveksling skal være elektronisk, så kræver det mere og bedre brug af bemærkningsfelter.
Hvad har gjort størst indtryk	Vi gik fra at have en beboer, der fyldte så meget, og som ingen rigtig ville ind til, og så var det overraskende, hvor lidt der skulle til, for at vi nærmest kæmpede om at skulle være inde ved beboeren. Det er med faglig stolthed, at vi kan sige, at vi formåede at give beboeren ro og tryghed i den sidste levetid.

7. HE MIDT. KIRURGI, MAVE- OG TARMKIRURGISK AFSNIT

PRØVEHANDLING: SYSTEMATISK SAMTALE MED BORGER OG PÅRØRENDE OM LIVETS AFSLUTNING

Tovholder og ambassadører:

- Afdelingssygeplejerske, Birgitte R. Vingborg. Mail: birgitte.vingborg@rm.dk, Telefon: 7844 6373
- Sygeplejerske, Emmelie Holm Mosegaard. Mail: EMMMOS@rm.dk
- Sygeplejerske, Pernille Boe Rusbjerg. Mail: PERRUS@rm.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Tilpasset "Samtaleguide til pårørende", som er udviklet på Hospice Limfjord, så den passer til vores arbejdsgange (se bilag 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtaleguiden har fokus på de pårørendes behov og følelser • Spørgsmålene er ikke fulgt slavisk men tilpasset den enkelte pårørende. <p>Afprøvet den tilpassede version af "Samtaleguide til pårørende"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fem tilfældige pårørende, til terminale patienter på åben indlæggelse. • Samtalerne er foretaget af to sygeplejersker, hvoraf den ene er nøgleperson i palliation. • Varighed max. en time. Derudover evt. opfølgning. • Inden samtalen afleverede sygeplejersken sin telefon til kollega for at være uforstyrret. • Dokumenterede samtalen i EPJ under 'psykosocialt' i 'opdateret status'.
--------------------------------	---

Fordele

- Borger	<p>Samtalen skaber et rum og en tid som gør, at vi kan tage hånd om pårørende til terminale patienter, så de føler sig set og hørt. Vi hører den pårørendes behov og ønsker og kan støtte og give gode råd i tide. Pårørende får lettet hjertet for bekymringer, som de ikke vil bebyrde patienten med.</p> <p>Vi får, som medarbejdere, viden om patientens behov og ønsker, som patienten ikke selv får italesat.</p> <p>Gennem samtalen får vi som personale forventningsafstemt med pårørende og får lettet potentielle konflikter mellem pårørende og borger, såvel som pårørende og personale.</p>
- Medarbejder	<p>Vi oplever øget arbejdsstillefredshed, når vi kan mærke den positive forskel, som det gør for de pårørende. Det tværsektorielle samarbejde styrkes, når vi fx kan handle på viden om, at pårørende ikke kan overskue at efterleve patientens ønske om at dø hjemme.</p> <p>Vi har fået bedre kendskab til primær sektor gennem vores tværsektorielle makker. Kontakten er varm ift. kommende spørgsmål og videndeling.</p>
- Økonomi/ressourcer	<p>Tiden brugt på samtalen gør, at samarbejdet med pårørende glider bedre. Vi får gensidig forståelse og kommer på forkant.</p> <p>På stuegang er der sjældent tid til spørgsmål fra den pårørende. Når vi kender behov/spørgsmål, så kan vi tage dem direkte med lægen. Fx får vi viden om ønsker til nedsættelse af behandlingsniveau, som patienten ikke altid selv får givet lægen. Vi er meget behandlingsorienterede, og ved pårørendesamtalen får man lige stoppet op.</p>



Barrierer

- Borger	Vi oplevede ingen barrierer for borger.
- Medarbejder	Vores dokumentationsløsning er ikke optimal, fordi data bliver svært at genfinde. Sygeplejersken, som ikke var erfaren inden for palliation, savnede sidemandsoplæring og viden om palliation.
- Økonomi/ ressourcer	Det kræver tid at tilpasse samtaleguide til lokale arbejdsgange, og for vores vedkommende har det medført ønsker til ændringer i dokumentationspraksis, som skal udvikles. I uforudsigelig hverdag kan det være svært at få plads til en times planlagt pårørendesamtale, men det opvejes af fordelene ved samtalen.

Vurdering	Meget vigtigt at sprede – så lille en ting, kan gøre så stor en forskel i forløbet. Vi kan slet ikke lade være med selv at fortsætte med at udvikle på og afholde pårørendesamtaler på systematisk vis.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none"> • Fremadrettet ser vi en fordel i allerede ved modtagelsen af patienten at tilbyde den pårørende en samtale, som kalendersættes, hvis/når der er interesse. • Prioritering af samtalen kræver koordinering. • Dokumentation: Ønsker at få lavet en aktivitet i Cetrea, der hedder pårørendesamtale, og som man kan markere fra rød til grøn, når afholdt. Ønsker desuden at kunne dokumentere under en aktivitet i EPJ, som ikke slettes ved udskrivelse, så data ikke går tabt til næste åbne indlæggelse. • Kompetenceudvikling til nøglemedarbejdere i form af kurset "Palliation i egen praksis" udbudt af Hospice Limfjord, og derefter sidemandsoplæring til andre. • Tværsektorielt samarbejde: Vi anbefaler øget videndeling mellem os og primær sektor, hvilket skaber bedre samarbejde og sparer begge parter for unødvendigt bearbejde, kommende spørgsmål og konflikter, og kan medføre at indlæggelse undgås. Vi anbefaler, at opmærksomhedspunkter formidles gennem udskrivelsesrapport og supplerende indlæggelsesrapport, så informationen er skriftlig og tilgængelig for os alle.
Hvad har gjort størst indtryk	En pårørende blev meget rørt under samtalen, begyndte at græde og sagde "Hvor er det dejligt, at der er nogen der spørger mig, hvordan jeg har det". Prøvehandlingen har været en øjenåbner i, hvor stor en ressource de pårørende er. Samtalen gav tæt fortrolighed, hvor den pårørende åbnede op for egne behov, men også for patientens ellers uudtalte behov – fx en landmand, som vi havde givet sovepiller, for at han fik søvn, men som viste sig at være natteravn og derfor fik lov at følge egen rytme til det sidste.

8. HE MIDT. AFDELING FOR HJERTESYGDOMME

PRØVEHANDLING: SYSTEMATISK SAMTALE MED BORGER OG PÅRØRENDE OM LIVETS AFSLUTNING

Tovholder og ambassadører:

- Afdelingssygeplejerske, Jette Roed Brodersen. Mail: Jette.Brodersen@viborg.rm.dk Tlf: 7844 9578
- Sygeplejerske, Jane Nyholm. Mail: Jane.Nyholm@midt.rm.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Indledningsvis plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udarbejde en fleksibel samtaleguide, som medarbejderne kan støtte sig til i dialogen med patienten, og som kan følge patienten ved udskrivelse. <p>Justering af prøvehandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vi blev opmærksomme på, at før man overhovedet kan anvende en samtaleguide, så skal medarbejderne dels have kompetencerne til at spotte, hvornår patient/pårørende er klar til samtalen, og dels have kendskab til de muligheder, som patienten har - fx viden om Klinik for lindrende behandling, hospice og hvad man kan få af hjælp i eget hjem. • Derfor valgte vi at fokusere på kompetenceudvikling i personalegruppen: <ul style="list-style-type: none"> - Vi har udarbejdet et værktøj med indledningsfraser og spørgsmål, som personalet kan lade sig inspirere af og plukke fra til samtalerne med patient/pårørende (se bilag 4). - Vi har afholdt rollespil à ½ times varighed ved morgenmøde, med deltagelse af over 20 medarbejdere (sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt studerende/elever). Udgangspunktet var tre patient- og pårørendecases, hvor vi igennem skuespil viste eksempler, som vi selv har stået i, hvor vi ikke har fanget signalerne og grebet muligheden for samtaler om livets afslutning, og hvor galt det så kan gå.
------------------------------------	---

Fordele

- Borger	<p>Kompetenceudviklingen har gjort os mere opmærksomme på at fange signaler fra patient og pårørende, som vedrører ønsker til den sidste tid/parathed til samtalen herom. Det kan støtte os i vores fornemste opgave som fagprofessionelle – nemlig at vores patienter og pårørende føler sig set og hørt, og at vi formår at arbejde på borgernes præmisser.</p>
- Medarbejder	<p>Under/efter rollespillet, har vi kun fået positive tilbagemeldinger. Personalet fortæller, at de husker og lærer meget af sådan en form for undervisning.</p> <p>At os erfarne sygeplejersker turde udstille os i rollespillet, og sætte os selv i spil og vise, at vi alle har været nye, og at vi alle har fejlet – det kan være med til at understøtte en kulturændring hen imod, at vi er mere åbne om svære situationer og sparrer mere med hinanden.</p> <p>Nogle sygeplejersker efterspørger flowchart eller en spørgeguide, som man kan vinge af i. Vi mener, at vores værktøj med inspirationsspørgsmål til samtalen og rollespillet understøtter kompetenceudvikling hen imod, at personalet skal kunne tage samtaler om livets afslutning ud fra individuel vurdering af den enkelte patient/pårørende, og at det kræver tillid, empati, mod og kollegial sparring. Fx skal mange sygeplejersker også øve sig i ikke kun at ville opfattes som sød og hjælpsom - men at vi skal sætte professionaliteten først, og at det nogle gange kan indebære, at man må være den trælse budbringer.</p> <p>Når man føler sig faglig kompetent, og når man formår at give den pleje og omsorg, som den enkelte patient har behov for, så giver det høj grad af medarbejdertrivsel.</p>
- Økonomi/ ressourcer	<p>Udskrivningssamtaler kan være svære, men når der forinden er taget hul på den svære samtale, så kan det spare arbejde og lette situationen. Og når vi er på forkant, og der er kommet afklaring på patientens situation, så undgår vi mange opkald til vores afdeling, men også til vagtlæge, i aften-, nat- og weekendtimer.</p>



Barrierer

- Borger	Vi oplevede ingen barrierer for borger.
- Medarbejder	Det kræver erfaring at opfange signaler og vide, hvornår og hvad man skal gøre.
- Økonomi/ ressourcer	Det kræver tid at være nærværende, tålmodig og troværdig over for patient/pårørende. For at kunne afholde samtaler om livets afslutning kræver det tid til kompetenceudvikling, træning og kollegial sparring, for såvel nye som erfarne kollegaer – men det er nødvendigt for at have et sundhedsvæsen på borgernes præmisser.

Vurdering	Vi fortsætter med at have fokus på samtaler om livets afslutning med patienter/ pårørende, både igennem gentagelse af rollespil/drøftelser ud fra cases hver 6. uge for egen personalegruppe, og også tværfagligt via afdelingens fokusuger, hvor emnet "livets afslutning", bliver centralt.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none">• Vi mener, at den svære samtale kræver kompetenceudvikling og træning, og dertil anbefaler vi, at man har en åben kultur, hvor man kan dele og sparre med hinanden om de svære situationer. Vi har erfaret, at rollespil og inspirationsspørgsmål til samtalen kan være givende til dette.• Dokumentation: Det er ikke altid relevant, at vi dokumenterer hele samtalen - effekten skulle gerne være, at fx hjemmeplejen oplever større ro. Men det ville være en fordel for mødet med borgeren, at indlæggelsesrapporter indeholdt bløde værdier. Fx ikke bare, at borger er depressiv, men også at borger faktisk lige har mistet sin søn.• På trods af travlhed, så vinder vi mere ved at kunne være fleksible over for patient/pårørende. Hos os er det fx acceptabelt at bede kollegaen om at tage sin telefon, fordi man har brug for tage en samtale uforstyrret.
Hvad har gjort størst indtryk	Det har været en øjenåbner for os, hvor vigtige og givende samtaler om livets afslutning er. Derudover, har det været en øjenåbner for os, hvilke kompetencer det egentlig kræver for personalet, og at personalet har brug for kompetenceudvikling dertil.



3. Systematisk kontinuerlig stillingtagen til behandlingsniveau – i dialog med borger og pårørende

BAGGRUNDSVIDEN FOR PRØVEHANDLINGER 9-12

FORMÅL

At sundhedsprofessionelle kan genfinde borgerens ønsker for behandlingsniveau, samt at der er opmærksomhed på, at borgerens ønsker kan ændre sig i løbet af sygdomsforløbet, og at der derfor løbende skal tages stilling i dialog med borgeren.

Projektets indsigter viser, at:

- Det rette tidspunkt for samtalerne er svært at finde.
- Det er svært at genfinde borgerens ønsker for behandlingsniveau.
- Det er uklart, hvilken læge der har behandlingsansvaret.
- De pårørende presser på for fortsat behandling.

PROJEKTETS FORSLAG TIL, HVAD EN PRØVEHANDLING KUNNE UNDERSØGE?

1. Hvordan kan vi tale med borger/pårørende om ønsker for behandlingsniveau? Og hvordan kan vi facilitere opfølgning med lægen.
2. Hvordan kan vi være sikre på, at der ved opstart af livsforlængende behandling, findes en tydelig og dokumenteret plan for løbende stillingtagen til fortsat behandling eller ej, som følger borgerens ønsker?
3. Hvordan kan vi være sikre på, at der ved fravalg af livsforlængende behandling og/eller genoplivning, findes en tydelig og ensartet dokumentation, som afspejler borgerens ønsker?

Herefter følger prøvehandlingerne 9-12.

9. VIBORG KOMMUNE. HJEMMEPLEJEDISTRIKT NORD

PRØVEHANDLING: SYSTEMATISK KONTINUERLIG STILLINGTAGEN TIL BEHANDLINGSNIVEAU – I DIALOG MED BORGERE OG PÅRØRENDE

Tovholder og ambassadører:

- Distriktsleder, Allan Sørensen. Mail: avs@viborg.dk Telefon: 4141 5932
- Sygeplejerske, Stine Buus Rokkedahl. Mail: sbr@viborg.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Udviklet how-to-guide til samtale om den sidste tid og behandlingsniveau (se bilag 3)</p> <ul style="list-style-type: none">• Dynamisk redskab, som tilpasses borgers behov og tiden til rådighed <p>Afholdt samtalen med how-to-guide med seks borgere</p> <ul style="list-style-type: none">• Udvalgt borgere, som nærmer sig/er i den terminale fase• Sygeplejerske har afholdt samtalen under allerede planlagte besøg såsom medicinhandling, sårpleje.• Dokumentation i NEXUS under generelle oplysninger; livshistorie; fremtidsønsker. <p>Opfølgning/forventningsafstemning med almen praksis</p> <ul style="list-style-type: none">• Formålet var dels at kvalificere vores how-to-guide og dels at følge op på samtalerne om behandlingsniveau.• Vi har haft dialog med læge fra "Klinik for lindrende behandling". Men vores dialog med almen praksis er forsinket, grundet udfordringer med at få svar over hhv. mail og telefon - vi har nu fået svar fra en læge, som gerne vil mødes.
------------------------------------	---

Fordele

- Borger	Vi har også tidligere foretaget samtalerne, men gennem systematikken sikrer vi, at vi får taget samtalerne med alle borgere, og at vi dokumenterer samme sted, så vi på professionel vis kan følge op på borgers ønsker senere i forløbet.
- Medarbejder	<p>Sygeplejerskerne har fundet spørgeguidens 'hvorfor' og 'hvordan' meget brugbare, især de sygeplejersker som ikke altid har modet til samtalen.</p> <p>De fleste af vores sygeplejersker har en relation til borgerne, hvilket er en fordel.</p> <p>Ved at tage samtalen i starten af den terminale fase, så er vi på forkant i en senere akut fase, og vi får også nemmere ved at tage samtalen kontinuerligt, hvor vi kan følge op på borgers tidligere udtalte ønsker.</p>
- Økonomi/ ressourcer	Vi oplevede ingen fordele for økonomi/ressourcer.



Barrierer

- Borger	Det har været en barriere at forsøge at afholde samtalerne på et besøg med et andet formål, fx medicinbehandling eller sårpleje. Dels har borger en anden forventning om formålet med besøget, dels har vi sjældent fået de pårørende med til samtalen, og dels kan det være svært at nå samtalen, og vi har således kun fået stillet et par af spørgsmålene.
- Medarbejder	Nexusfeltet "livshistorie" har ikke fungeret optimalt, da vi ikke kan få vores spørgsmål i spørgeguiden ind, og vi kan ikke se, hvilke spørgsmål, som vi mangler at få stillet. Risikoen er for nuværende, at vigtig information forsvinder, fordi man ikke ved, hvor man skal lede, og fordi man måske skal lede langt tilbage. Vi har gennem dialog med læge fra "Klinik for lindrende behandling" fået bekræftet, at de tager lignende samtale som os, men vi kan ikke se deres dokumentation i EPJ – vi får blot et besøgsnotat, hvor vi ikke kan se, hvad der er snakket om. Ligeledes kan klinikken heller ikke se dokumentationen af vores samtale. Vi kan således spørge borger om det samme flere gange.
- Økonomi/ressourcer	Selve samtalen er tidskrævende - når sygeplejersken først har fået åbnet op for emnet, bliver man nødt til at være fleksibel ift. at tage sig tid, hvilket vi har haft svært ved at planlægge efter.

Vurdering	Prøvehandlingen har været super relevant og spændende for os. Fra at have involveret fire sygeplejersker i et område, har vi nu valgt at udvide til, at hele distriktets 12 sygeplejersker er introduceret til samtaleguide og den nuværende dokumentationsløsning.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation: Vi savner en ensrettet dokumentationsløsning – gerne et skema, som kan samle borgers ønsker til pleje og behandling i den sidste tid; fx Nexusskemaet "Samtale om ønsker til pleje og behandling i den sidste levetid" (bilag 6). • Der bør være dialog med Klinik for lindrende behandling om, hvem der tager samtalen om behandlingsniveau og hvornår, og hvordan vi videndeler imellem os. • Vi anbefaler, at aftale tiden for samtalen med borger på forhånd, så borger er forberedt. Ved at få samtalen på kørelisten, så har vi også bedre mulighed for at prioritere tiden. • Samtalen bør tages i fredstid, og det kan også godt være social- og sundhedsassistenter, som foretager samtalen, da de har den tætteste kontakt med borger og ofte spontant kommer ind på emnerne i forvejen. Men det kræver, at der er en klar elektronisk dokumentationsløsning, så man ved, hvor man kan se, om andre har holdt samtalen, og/eller hvor man skal dokumentere den. • Vi savner klarhed over, hvor tit der bør følges op på samtaler om behandlingsniveau, og om det er lægens ansvar at følge op
Hvad har gjort størst indtryk	Det har overrasket os, at vi ikke har nået at have samtalen med flere borgere. Gennem prøvehandlingen har vi tydeligt erfaret vigtigheden af at få tid og sted for samtalerne aftalt på forhånd, så vi får afsat tiden dertil. Vi har lært rigtig meget i processen med at udarbejde how-to-guiden. Det var sværere end vi troede, og det satte mange refleksioner i gang.

10. SKIVE KOMMUNE. DEMENSPLEJECENTER SKOVBAKKEHJEMMET

PRØVEHANDLING: SYSTEMATISK KONTINUERLIG STILLINGTAGEN TIL BEHANDLINGSNIVEAU – I DIALOG MED BORGERE OG PÅRØRENDE

Tovholder og ambassadører:

- Områdeleder, Mette Palshøj. Mail: mepa@skivekommune.dk, Telefon: 9915 7743
- Sygeplejerske, Anita Vognsgaard Nielsen. Mail: anil@skivekommune.dk
- Sygeplejerske, Lotte Sørensen. Mail: lots@skivekommune.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Samtale om behandlingsniveau med borger og pårørende på demensplejehjem</p> <ul style="list-style-type: none">• Udviklet og afprøvet samtaleguide (se bilag 7) på indflytnings- og statusamtaler = 4; og samtaler ved ændring i tilstand = 4• Sygeplejersken har faciliteret samtalen med borger og pårørende.• Dokumentation i sagsnotat under pårørendesamarbejde for nuværende. Sideløbende i dialog med IT om dels at få lavet et Nexusskema om "Samtale om ønsker til pleje og behandling i den sidste levetid" (se bilag 6), og dels at få vist borgers ønsker om evt. fravalg af genoplivning på for-siden.• Opfølgning med borgers læge.
--------------------------------	--

Fordele

- Borger	Nemmere at ytre sig og træffe valg i fredstid.
- Medarbejder	<p>Ved samtalen i fredstid undgår vi de mange løser ender og den utryghed, der kan være i akutte situationer, hvor der ikke er taget stilling til behandlingsniveau. I stedet kan fokus være på lindrende behandling og god pleje.</p> <p>Plejecenterlæge var positiv over at blive inddraget ift. opfølgning.</p> <p>At arbejde systematisk med samtalen har smittet af på andre områder. Prøvehandlinger vil vi bruge igen, da metoden har været praksisnær og værdifuld.</p>
- Økonomi/ressourcer	Før arbejdede vi usystematisk med området og var på bagkant, og nu er vi på forkant og sparer tid i akutte situationer. Det koster flere timer, men i sidste ende er det givet meget godt ud, fx også ift. unødvendige indlæggelser.



Barrierer

- Borger	Demenssygdom er en stor barriere for at få adgang til borgers egne ønsker. Ved indflytningssamtalen er pårørende for nedslidte og mangler ressourcer til samtale om stillingtagen til behandlingsniveau, og samtidig har sygeplejersken ikke fået dannet relation til borger/pårørende, hvilket er en barriere for at tage samtalen – vi skal gøre os fortjente til at komme ind på de områder.
- Medarbejder	Der er meget fokus på behandling. Nogle læger skubber ansvaret til sygeplejersker eller sygehuset ift. beslutning om behandlingsniveau og fravalg af genoplivning. I fredstid er begrebet "Behandlingsniveau" forvirrende for borger/pårørende. Man kan tage stilling til genoplivning, men det kan være svært på forhånd at tale om alle mulige potentielle scenarier, hvilket kan bremse stillingtagen. Dokumentation om samtalen forsvinder, når det ikke står fx i et samlet skema. Ændringer i Nexus kræver ledelsesopbakning.
- Økonomi/ressourcer	En times sygepleje pr. borger pr. uge, er ikke nok – relationsdannelse er nødvendig for at kunne tage samtalen med kognitiv svækkede ældre, og det kræver tid. Plejecenterlægen påpeger, at praksiskoordinator skal inddrages ang. systematisk opfølgning på stillingtagen til behandlingsniveau 3 til 6 måneder efter indflytning, og at det måske skulle gøres til en ydelse.

Vurdering	Det har været en øjenåbner for os – når vi i fællesskab med lægen får taget samtalen i fredstid på systematisk vis, så bliver det bedre for os alle, borger/pårørende såvel som medarbejdere. Vi fortsætter.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none"> • Samtale om behandlingsniveau bør tages inden demens. • Ved demens anbefaler vi at tage samtalen 3-6 måneder efter indflytning, da der så har været tid til relationsdannelse mellem borger/pårørende og sygeplejerske. Snarest herefter bør plejecenterlæge følge op. • Ved indflytningssamtalen bør der spørges til evt. oprettet Behandlingstestamente – hermed sår vi et frø til at tage samtalen om behandlingsniveau senere. • Dokumentation: Ønsker Nexusskemaet "Samtale om ønsker til pleje og behandling i den sidste levetid". Borgers ønsker om evt. fravalg af genoplivning bør stå på forsiden i Nexus. • Vi bør kunne tilgå Behandlingstestamente i fredstid ved dement borger, da pårørende ikke kan vide, om borger tidligere har oprettet dette. • Samtalen kræver sygeplejefaglige kompetencer, og alle sygeplejersker bør få kurset "Palliation i egen praksis" på Hospice Limfjorden. • Social- og sundhedsassistenter bør opkvalificeres til at være opmærksom på signaler fra borger/pårørende, om parathed til samtalen, og herefter orientering til sygeplejersken herom.
Hvad har gjort størst indtryk	Vi er blevet opmærksomme på, at beslutningen om behandlingsniveau er en fælles beslutning. Det er ikke os sundhedsprofessionelle, der ved, hvad der er bedst, men ved samtalen kan vi lade borger/pårørende komme bedre til orde. Vi troede, det var nemt at afholde samtalen, men det viste sig udfordrende at skabe fælles sprog om emnet og kræver kompetenceudvikling.

11. VIBORG KOMMUNE. REHABILITERINGSCENTER VIBORG

PRØVEHANDLING: SYSTEMATISK KONTINUERLIG STILLINGTAGEN TIL BEHANDLINGSNIVEAU – I DIALOG MED BORGERE OG PÅRØRENDE

Tovholder og ambassadører:

- Leder, Grethe Vestergaard Nielsen. Mail: gvn@viborg.dk. Telefon: 2163 7830
- Sygeplejerske, Lisbeth P. Pram. Mail: lipb@viborg.dk
- Sygeplejerske, Marianne Horsbøll. Mail: mho@viborg.dk
- Teamleder, Birgitte Fisker. Mail: bf1@viborg.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Samtale om behandlingsniveau og livsforlængende behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejerske har taget samtalen med borgere i forbindelse med forventningssamtalen, som afholdes 2-5 hverdage efter indflytning, og hvor pårørende oftest deltager. I nogle tilfælde er samtalen taget før eller efter, ud fra vurdering af den enkelte borger ift. tilstand, ønske om at tale om emnet og hvornår det var muligt for pårørende at deltage. • Afholdt samtalen i to teams, med alle nye borgere, som er ældre og svagelige = 22 samtaler • Udviklet og afprøvet samtaleguide til inspiration/støtte (se bilag 8) • Opfølgning med borgers egen læge. • Fortløbende opmærksomhed på ændring i tilstand. <p>Afholdt konsultation med praksiskonsulent for at forventningsafstemme, og for at få viden om prøvehandlingen formidlet videre til almen praksis.</p>
------------------------------------	---

Fordele

- Borger	<p>Gennem systematikken sikrer vi, at alle får taget stilling, og så kan vi imødekomme borgers ønsker og fx undgå uønskede indlæggelser.</p> <p>Vi antager, at fordi vi oftest modtager meget dårlige borgere, så er såvel borger som pårørende sjældent afvisende overfor emnet – derimod udtrykkes ofte en lettelse over, at vi tager emnet op.</p>
- Medarbejder	<p>Vi har også tidligere taget samtalen, også kontinuerligt. Men gennem prøvehandlingen har vi dels sikret, at vi har været alle borgere igennem, og dels har vi haft et mere målrettet fokus mod stillingtagen fremfor at lade borgere glide af på spørgsmålene, og dels har vi været mere opmærksomme på at følge op og være på forkant. Nu undgår vi den tvivl og usikkerhed, der kan opstå i akutte situationer, hvor der ikke er taget stilling.</p> <p>Medarbejdere på rehabiliteringscentret kan have en fordel i at forholde sig til behandlingsniveau og stillingtagen til livsforlængende behandling, da vi her bliver oplært i det med det samme – netop fordi vores borgere her er så komplekse og dårlige. Vi er vant til, at mange er i livets afslutning, så vi er måske mindre berøringsangste ift. emnet. Selvom det kan være nemmest at tale om, når der er opbygget en relation, så er vi et behandlersted, hvor det kan være nødvendigt at spørge om meget tidligt i et forløb.</p> <p>Vi oplevede god opbakning fra de fleste alment praktiserende læger efter samtalerne. Det opleves fordelagtigt at følge op, når lægen alligevel er her.</p> <p>Praksiskonsulenten var meget positiv over for prøvehandlingen og bekræftede vigtigheden i, at lægen skal følge op på samtalerne. Samtidig påpegede han vigtigheden af etisk opmærksomhed på, hvordan vi tager emnet op med borger.</p>
- Økonomi/ ressourcer	<p>Systematisk kontinuerlig stillingtagen skaber effektivitet. Vi kan spare unødvendige ressourcer i akutte situationer – hvis der ikke er taget stilling, skal der bruges tid på at ringe rundt, og i tvivlsituationer opstår der usikkerhed, og det kan resultere i unødvendig indlæggelse.</p>



Barrierer

- Borger	Vi oplevede ingen barrierer for borgere.
- Medarbejder	Én alment praktiserende læge stod fast på, at vedkommende ikke behøvede at dokumentere, at borger fravalgte genoplivning. Det kan være svært at vide, hvordan/hvornår behandlingsniveau dokumenteres, eftersom behandlingsniveauet, og borgers ønsker herom, kan ændre sig.
- Økonomi/ressourcer	Vi bruger ofte lang tid på at hænge i telefonen for at få fulgt op med lægen. Hvis vi så sender en højprioriteret korrespondance, så er vi stadig ikke sikre på opfølgning og skal selv bruge tiden på fortsat at få kontakt – det kan skabe utryghed for os selv, men også for den efterfølgende aftenvagts, som overtager opfølgningen, og også for borger/pårørende som ikke kan få tilbagemelding om, at vi og lægen har styr på situationen.

Vurdering	Vi vil helt bestemt arbejde videre med prøvebehandlingen, da det giver så god mening og værdi. Vores næste skridt er nu at brede den ud til hele centret.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none">• Det er vigtigt at øve sig på samtalen, såvel for nye som erfarne, og her kan samtaleguiden give inspiration.• Vi bør i kommunalt regi træffe beslutning om en ensartet dokumentationsløsning, så vi ved, hvor vi skal dokumentere hvad.• Vi skal have lægens dokumentation af behandlingsniveau/stillingtagen til genoplivning på skrift, før at vi bør dele det på tværs af sektorer.• Vagtlæge/præhospital bør kunne se lægens dokumentation og omvendt. Vi oplever ofte, at fordi vagtlæger ikke kender borgere, så vil de ikke tage stilling og oftest ender beslutningen med at være genoplivning/indlæggelse.
Hvad har gjort størst indtryk	Vi er blevet meget rørte over følsomheden og taknemmeligheden, som vi har mødt fra borger/pårørende. Vi har fx oplevet flere få en lille tåre i øjenkrogen efter afklaringen, og mange er blevet lettede over, at vi har turde sætte ord på situationen, fx med udtryk som ”åh hvor er det godt, at du bringer det på banen”.

12. HE MIDT. MEDICINSK AFSNIT 1

PRØVEHANDLING: SYSTEMATISK KONTINUERLIG STILLINGTAGEN TIL BEHANDLINGSNIVEAU – I DIALOG MED BORGERE OG PÅRØRENDE

Tovholder og ambassadører:

- Afdelingssygeplejerske, Mette Kirkegaard. Mail: Mette.Kirkegaard@midt.rm.dk. Tlf.: 7844 7115
- Afdelingssygeplejerske, Rikke Thuesen Østergaard. Mail: Rikke.Thuesen@midt.rm.dk
- Overlæge, Anette Bagger Sørensen. Mail: Anette.Bagger.Soerensen@rm.dk
- Overlæge, Anders Neumann. Mail: andeneum@rm.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Afholdt to timers tværsektorielt dialogmøde for at undersøge og forbedre tværsektoriel kommunikation om behandlingsniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Baggrund: Med de nye vejledninger, om fravalg af livsforlængende behandling og forsøg på genoplivning, mangler vi at løse, hvordan vi i praksis kommunikerer om behandlingsniveau ved indlæggelse, ved udskrivelse og for at undgå unødvendige indlæggelser.• Deltagere udover tovholder og ambassadører: Lungemedicinsk overlæge Michael Skov Jensen; Alment praktiserende læge Birgitte Fjerbæk; Sygeplejerske fra Rehabiliteringscentret Lisbeth Pram. (Afbud fra Hjemmeplejedistriktsleder og Hjemmesygeplejerske)• Drøftelse af, hvordan vi sikrer, at data om behandlingsniveau ikke går tabt <p>Dialogmødet resulterede i følgende løsningsforslag:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tværsektoriel kommunikation om behandlingsniveau kan forbedres ved, at der i FMK tilføjes en rubrik til aftaler vedr. behandlingsniveau. <p>For nuværende afprøver vi "gule epikriser" (opfølgning i almen praksis inden 14 dage):</p> <ul style="list-style-type: none">• Vi har 2 gange brugt de gule epikriser ved udskrivelse til at kommunikere overvejelser for behandlingsniveau – hvilket almen praksis har givet god feedback på.• Vi har orienteret hele afdelingen om den nye praksis i nytårsbrev.
--------------------------------	---

Fordele

- Borger	Rubrik i FMK til aftaler vedr. behandlingsniveau, mener vi kan medføre: <ul style="list-style-type: none">• Borger skal ikke tage stilling igen og igen - ønsker ses og respekteres.• Borger/pårørende kan få velbegrundede kliniske argumenter, hvilket kan skabe ro og klarhed.• Patient/pårørende oplever sammenhængende og trygge forløb.
- Medarbejder	Rubrik i FMK til aftaler vedr. behandlingsniveau, mener vi kan medføre: <ul style="list-style-type: none">• Vi sparer meget tid og energi, når viden om allerede besluttet behandlingsniveau kan deles. Det giver tryghed i akutte situationer.
- Økonomi/ressourcer	Rubrik i FMK til aftaler vedr. behandlingsniveau, mener vi kan medføre: <ul style="list-style-type: none">• Alle deltagere til dialogmødet og også præhospitalet bruger allerede FMK, så det kræver ikke køb af/oplæring i brug af nye systemer.• Vi kan undgå overbehandling og uønskede/unødvendige indlæggelser



Barrierer

- Borger	Vi oplevede ingen barrierer for borger.
- Medarbejder	Nuværende tværsektoriel kommunikation om behandlingsniveau: <ul style="list-style-type: none">• Data er ikke tilgængelige over sektorskift:<ul style="list-style-type: none">- Når almen praksis i henvisning skriver oplysninger til hospitalet om aftalt behandlingsniveau, kan informationen ikke ses på hospitalet.- Praktiserende læger tager ofte samtalen om behandlingsniveau, men i aften/nat/weekend kan denne information ikke tilgås af vagtlægen, hvilket ofte resulterer i indlæggelse.- Manglende viden om behandlingsniveau koster tid og energi. Fx opstår usikkerheden ofte uden for dagstid, hvor yngre læger tit har ansvaret for beslutningen i dialog med patient/pårørende.• Ved udskrivelse orienteres plejecentre/hjemmeplejen ikke altid om behandlingsniveau, og savner også baggrundsviden.• Ved indlæggelse kan plejecentre/hjemmeplejen skrive oplysninger om behandlingsniveau i supplerende indlæggelsesrapport, men det er sjældent, at hospitalet beder herom.
- Økonomi/ressourcer	Vi oplevede ingen barrierer for økonomi/ressourcer.

Vurdering	Vi finder det vigtigt og givende med tværsektorielle dialogmøder for at finde fælles løsninger – og vi mener, at den tværsektorielle kommunikation om behandlingsniveau bør forbedres. Vi anbefaler, at der i FMK tilføjes en rubrik til aftaler vedr. behandlingsniveau, og indtil da fortsætter vi med at bruge de gule epikriser ved udskrivelse til at orientere om behandlingsniveau.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none">• Vi anbefaler én teknologisk løsning, fremfor at information om behandlingsniveau gives mund til mund over flere led, som kan forringe patientsikkerheden. Vi mener, at en rubrik i FMK om aftaler vedr. behandlingsniveau er den bedste løsning.• Hvis der er tid, så er det givende også at have direkte dialog over telefonen med dem, som kender patienten.• Hvis behandlingsniveau er noteret i FMK, så må det ikke blive en sovepude – det er vigtigt at få noteret en deadline for revurdering af behandlingsniveau, og få noteret hvem der har ansvaret for såvel revurdering som stillingtagen ved ændringer i tilstand.
Hvad har gjort størst indtryk	Det tværsektorielle dialogmøde var utrolig givende for os alle. Vi fik masser af AHA-oplevelser - fx gjorde det stort indtryk på os, hvor meget fokus vi alle har på emnet, men at vi ikke får hinandens informationer. Dialogmødet har øget refleksion, ift. hos hvem/hvordan vi henter viden, og vi har større forståelse fx over for opkald fra primær sektor, som før kunne opfattes som afbrydelser.



4. Udvikling og implementering af klare retningslinjer

BAGGRUNDSVIDEN FOR PRØVEHANDLING 13

FORMÅL

Udvikling af gode handlingsanvisende retningslinjer for fravalg af livsforlængende behandling og/eller genoplivningsforsøg. Juraen skal være præcis og forståelig.

Projektets indsigter viser, at:

- Retningslinjerne er svære at forstå – særligt i sektorovergange
- Fagprofessionelle følger ikke altid retningslinjerne, selvom de kender dem
- Selvom retningslinjerne er kendte, er dokumentationen af beslutningerne svær at finde
- Lægerne har det overordnede ansvar og kan påvirke tidspunktet for livets afslutning. I de enkelte sektorer og i sektorovergangene er der retningslinjer, men praksis viser stor uklarhed over ansvarsfordelingen.

PROJEKTETS FORSLAG TIL, HVAD EN PRØVEHANDLING KUNNE UNDERSØGE?

1. Kan vi på nye måder skabe forståelse for juraen omhandlende fravalg af livsforlængende behandling og/eller genoplivningsforsøg?
2. Kan vi på nye måder udvikle handlingsanvisende retningslinjer, evt. på tværs af sektorer (i tillæg til de nationale retningslinjer)?
3. Kan vi på nye måder udbrede kendskab til juraen/retningslinjer omhandlende fravalg af livsforlængende behandling og/eller genoplivningsforsøg?

GENEREL INFORMATION

Styrelsen for Patientsikkerhed udsendte d. 1. november 2019 to nye vejledninger til sundheds- og plejepersonale om henholdsvis fravalg af livsforlængende behandling og fravalg af genoplivning. De to vejledninger er relevante for alle patientgrupper og gælder, uanset om behandling sker på sygehus, plejecenter, botilbud, privat institution, i privat hjem, hjemmepleje m.v.

Læger og plejepersonale spiller en central rolle, når en patient falder livløs om – også hvis patienten selv har fravalgt behandling og genoplivningsforsøg. I forbindelse med vejledningerne har Styrelsen for Patientsikkerhed også udgivet to film om fravalg af genoplivningsforsøg, og hvornår man kan undlade at forsøge genoplivning.

MERE INFORMATION:

- [Vejledninger og film](#), på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.

Herefter følger prøvehandlingen 13.

13. VIBORG KOMMUNE. VISITATION SUNDHED OG OMSORG

PRØVEHANDLING: UDVIKLING OG IMPLEMENTERING AF KLARE RETNINGSLINJER

Tovholder og ambassadører:

- Afdelingsleder, Henrik Ravn. Mail: [hrav@viborg.dk](mailto:h rav@viborg.dk). Telefon: 8787 6119
- Teamleder, Dennis Basler Hansen. Mail: dbh@viborg.dk
- Visitator, Susanne Møller Poulsen. Mail: smp@viborg.dk
- Fysioterapeut, Helle Margrethe Frandsen. Mail: hfr@viborg.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Afholdt tværfagligt møde for at indhente oplevelser og erfaringer fra medarbejdere til at kunne sikre klare retningslinjer.</p> <ul style="list-style-type: none">• Formål: Undersøge, om der er tvivl og usikkerhed hos medarbejderne vedr. borgeres fravalg af behandling/genoplivning, og drøfte behov og muligheder for at kunne sikre klare retningslinjer• 2 timers varighed, med deltagelse af én social- og sundhedsassistent fra plejecenter og to sygeplejersker fra hjemmeplejen – samt tovholder og ambassadører. <p>- Indledningsvis åben dialog med medarbejderne om deres tanker og erfaringer med emnet.</p> <p>- Visning af de to film til plejepersonale og læger, som udkom fra Styrelsen for Patientsikkerhed i forbindelse med de nye vejledninger</p> <p>- Drøftelse af, om filmene skaber klarhed, eller om der er behov for mere/andet, for at personalet føler sig sikre i arbejdet med fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning.</p>
--------------------------------	---

Fordele

- Borger	Ved at skabe klare retningslinjer, med udgangspunkt i medarbejderes erfaringer/behov, så opnår borger større sikkerhed for, at tilkendegivelser om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning efterleves.
- Medarbejder	<p>Medarbejderne oplevede, at de to film er med til at skabe klarhed om retningslinjerne for arbejdet med fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning. Fx er det især godt at få klarhed over, at fravalg også gælder på tværs af sektorer, og at lægen har beslutningskompetencen og altid skal orientere relevant sundhedspersonale direkte om fravalgsbeslutninger.</p> <p>Det tværfaglige møde i prøvehandlingen er i sig selv med til at skabe grundlag for at skabe klare retningslinjer. Medarbejderne gav positive tilbagemeldinger på at have fået et rum til at kunne drøfte tvivl og usikkerhed/gråzoner, hvilket havde været lærerigt og givende for dem.</p>
- Økonomi/ressourcer	<p>Klare retningslinjer kan spare unødvendige ressourcer.</p> <p>Sikkerhed og tryghed hos medarbejderne i akutte situationer skaber bedre forløb, og øger medarbejdertrivsel, hvilket også kan påvirke sygefravær positivt. Det at have et rum til at drøfte tvivl/usikkerhed, f.eks i form af debriefing efter konkrete situationer ses også som værdifuldt.</p>



Barrierer

- Borger	Nogle medarbejdere har oplevet, at efter have nævnt overvejelser om fravalg af genoplivning, så er de blevet bedt om at forlade hjemmet. Uanset, hvor godt personalet er klædt på til at gå i dialog, så oplever de stadig et tabu i samfundet om emnet, og der mangler information i samfundet om vigtigheden af at drøfte dette emne.
- Medarbejder	Selvom de to film skaber klarhed, så efterlader de stadig gråzoner for medarbejderne, ift. hvordan de skal handle i konkrete situationer. Fx beskrev medarbejderne også en situation, hvor selv akutlægen og læge fra lægehelikopter var i tvivl. Medarbejderne oplevede usikkerhed i samarbejdet med nogle læger, som ikke tager stilling/oftest beslutter genoplivning. Fx havde en borger fravalgt genoplivning gennem et Behandlingstestamente, men i akut situation havde pårørende kunnet presse vagtlægen til at beslutte, at der skulle forsøges genoplivning - men uden klar og tydelig kommunikation til plejepersonalet.
- Økonomi/ressourcer	Implementering af retningslinjer, og debriefing efter konkrete situationer, kræver tid, men det vinder på den lange bane.

Vurdering	De to film bidrager til at skabe klarhed om emnet, men filmene kan ikke stå alene. Vurderingen fra prøvehandlingen er, at der ikke vil kunne udarbejdes materiale, som alene kan skabe sikkerhed og klarhed hos alle medarbejdere i alle situationer - der er behov for dialog på arbejdspladserne.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none"> • Vi anbefaler, at alle arbejdspladser lægger op til dialog om emnet, både generelt for at emnet bliver naturligt for faglig drøftelse, men også konkret i form af debriefing efter svære situationer. • Vi anbefaler, at der udarbejdes et casekatalog med forskellige scenarier fra praksis, som beskriver korrekte handlinger/overvejelser. Kataloget skal bruges som et udgangspunkt til drøftelse i et læringsrum, hvor det ikke er farligt at komme i tvivl, men hvor fokus er på, hvad man kan gøre, når man er i tvivl. • Alle læger bør efterleve ansvaret som beslutningstager, og samarbejdet/dialogen med lægen bør styrkes for at sikre videndeling og klarhed.
Hvad har gjort størst indtryk	Det har gjort stort indtryk på os, at det på trods af så meget fokus og materiale om emnet, kan være så vanskeligt at skabe sikkerhed og tryghed om udførelsen af arbejdet. Vi havde på forhånd troet, at filmene ville være dækkende, men vi er blevet opmærksomme på, hvor mange nuancer virkeligheden kan have. Sideløbende har det gjort indtryk på os, at vi selv har oplevet tvivl og usikkerhed om retningslinjerne, hvilket har styrket os i vores refleksion om, hvordan vi bedst formidler det klart.



5. Kompetenceudvikling gennem ”Eksistenslaboratorium”

BAGGRUNDSVIDEN FOR PRØVEHANDLINGER 14-15

FORMÅL

At sundhedsprofessionelle rustes til at indgå i samtaler med borgere og pårørende om eksistentielle aspekter ved livets afslutning

Projektets indsigter viser, at:

- Samtalerne om det eksistentielle ofte glemmes
- De fleste sundhedsprofessionelle synes, at det er en relevant opgave som sundhedsprofessionel at indgå i samtaler med beboere og pårørende om eksistentielle emner.
- Flere sundhedsprofessionelle føler sig ikke trygge ved at indgå i samtaler om eksistentielle emner og føler ikke, at de har en grundlæggende viden om eksistentielle emner og temaer.

PROJEKTETS FORSLAG TIL, HVAD EN PRØVEHANDLING KUNNE UNDERSØGE?

1. Deltage i ”Eksistenslaboratorium”
 - a. Opnå viden om den eksistentielle samtale samt blive trænet i samtaleteknikker med hospitalspræster som facilitatorer (Trine Kofoed og Anette Kortegaard).
2. Afprøve viden fra Eksistenslaboratorium
 - a. Indfør og afprøv samtalen om eksistentielle emner med borgere/pårørende/udvalgte patientgrupper i en given periode

GENEREL INFORMATION

Rapport om [Eksistenslaboratorium](#) fra Region Hovedstaden 2016 - evaluering af undervisningsmodellen til sundhedsprofessionelle.

Herefter følger prøvehandlingerne 14-15.

14. ALMEN PRAKSIS. LÆGEHUSET ROSLEV

PRØVEHANDLING: KOMPETENCEUDVIKLING Gennem "EKSISTENSLABORATORIUM"

Tovholder og ambassadører:

- Alment praktiserende læge, Anders Luckow. Mail: andersluckow@gmail.com. Telefon: 9757 1466

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Afholdt Eksistenslaboratorium d. 5. februar kl. 16:00-18:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliteret af to hospitalspræster: Anette Kortegaard og Trine Kofoed • 10 deltagere: 4 læger, 5 sygeplejersker, 1 sekretær • Forinden havde lægehuset været i dialog med præsterne om behov og ønsker. Vores Eksistenslaboratorium gennemgik følgende overordnede punkter: <ul style="list-style-type: none"> - Baggrund og erfaringer fra Eksistenslaboratorier - Mødet med et andet menneske - Vores personlige erfaringer og behov, vores professionelle tilgang, og balancen herimellem.
------------------------------------	--

Fordele

- Borger	<p>Efter at have deltaget i Eksistenslaboratoriet håber vi, at borgerne vil opleve os mere nærværende og troværdige, og at de føler sig mødt med tillid, åbenhed og forståelse. Borgerne skal have en oplevelse af, at vi vil forsøge at gøre vores bedste med hjælp og støtte, også når kurativ behandling ikke er mulig.</p>
- Medarbejder	<p>Emnerne var meget relevante, og det var rigtig godt struktureret og faciliteret af præsterne, så vi hurtigt kom ind i en åben dialog.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det fungerede rigtig godt, at vi indledningsvist fik præsenteret baggrunden og erfaringerne med at afholde Eksistenslaboratorier. • Det andet punkt, om mødet med et andet menneske, fokuserede på, at man gennem åbenhed og indlevelsesevne er nødt til at bevæge sig hen til at forstå, hvilket menneske, man sidder overfor – det var et rigtig fint udgangspunkt for dialog. • Herefter tog vi udgangspunkt i egne behov ift., hvis man står i en traumatisk situation, og hvilke reaktioner det kunne afstedkomme, og hvordan man selv gerne vil mødes. Det var rigtig fint at få fokus på, at vi selvfølgelig skal være faglige, men at traumatiske situationer også kalder på generelle menneskelige behov. Det var godt at få stillet op, at der skal være balance mellem vores indlevelsesevne og vores faglighed – at vi ikke skal adaptere borgerens følelser i os, men at vi skal turde være i rummet og med følelserne sammen. • Undervejs kom vi også godt omkring større eksistentielle emner. Fx håb, og at håb kan være forskelligt og kan ændre sig undervejs bl.a. i livets afslutning. Og fx sorg, både ift. at være efterladt men også ift. at få en dårlig besked, og hvordan man møder sorg i et samfund uden særlig synlig dødkultur, og hvor vi er ved at miste ritualer for det. <p>Gennem Eksistenslaboratoriet har vi lært at tale med hinanden i lægehuset på en ny måde. Det har været rigtig dejligt at opleve, at vi er kommet tættere på hinanden, ikke bare fagligt, men også ift. hvordan vi er her som mennesker, hver især. Det har skabt øget forståelse for hinanden, og det vil kunne styrke vores samarbejde og åbne op ift. sparring. Vi har fået åbnet op for samtaler om, hvad der har betydning for et godt liv, hvilket er nødvendigt i vores møde med patienten, som menneske – fremfor kun at have fokus på behandlingsmål.</p>
- Økonomi/ ressourcer	<p>I almen praksis er vi ikke kun løsningsorienterede. Vi har i forvejen fokus på, at det også er vigtigt bare at være med patienten og støtte vedkommende, fx ud fra: "Det kan godt være, at jeg ikke kan gøre dig rask, men jeg kan støtte og lindre". Eksistenslaboratoriet kan hjælpe os med at turde rumme de svære følelser af afmagt og frustration – for ofte kan det være ens egne behov, der kan komme til at give urealistisk håb og fastholde og faktisk blokere for noget meget vigtigere - og det kan medføre udsigtsløs behandling/overbehandling. Vi ved, at der mange steder bruges mange ressourcer på mennesker i den sidste del af livet – som både økonomisk, men også menneskeligt er udsigtsløs.</p>



Barrierer

- Borger	Vi oplevede ingen barrierer for borger.
- Medarbejder	Vi oplevede ingen barrierer for medarbejder.
- Økonomi/ ressourcer	Vi oplevede ingen barrierer for økonomi/ressourcer.

Vurdering	<p>Vi finder Eksistenslaboratoriet helt oplagt og relevant for almen praksis, men også for hospitalsafdelinger. Eksistenslaboratoriet handler ikke kun om livets afslutning, men er relevant for mødet med den ældre svækkede patient ift. hvad der er vigtigt i patientens liv, og ift., hvordan vi skal lægge behandlingsniveauet – sådanne beslutninger skal ikke kun træffes gennem guidelines; det kræver samtale med patient og pårørende.</p> <p>Alle i vores lægehus havde en god oplevelse og kunne se relevansen af Eksistenslaboratoriet. Emnerne er ikke nye, men det nye er, at vi fik talt sammen om det. Vi vil helt klart følge op på Eksistenslaboratoriet.</p>
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none">• Eksistens er selvfølgelig et personligt emne, og Eksistenslaboratoriet kræver en interesse for emnet eksistens – men det rummer spørgsmål, som ligger latent i os alle. I hvert fald vakte det stor interesse for os – vi fandt det vigtigt.• Vi kan anbefale at samles om Eksistenslaboratoriet som et team. Det giver en bredere dialog, som kan være givende for samarbejdet, og samtidig kan det være en fordel at kende hinanden, så det bliver et trygt og fortroligt rum.• Vi har været 10 deltagere, hvilket har været et godt antal – ikke alle var lige talende, hvilket der fint var plads til, men alle var reflekterende.
Hvad har gjort størst indtryk	<p>Det som har gjort størst indtryk er, at vi fik bekræftet, hvor vigtig en rolle vi har over for patienter, og hvilket ansvar vi skal leve op til. For patienter, som måske ikke går til præsten, så er vi nogen af de tætteste, de har. Selv om vi fx ikke kan helbrede en patient, så er vi stadig forpligtede til at kunne være der som menneske – og det var godt at få slået fast, og det kan ikke gøres for tit. Vi har alle en fordring; en udfordring.</p>

15. VIBORG KOMMUNE. DEMENSPLEJECENTER LISELUND

PRØVEHANDLING: KOMPETENCEUDVIKLING Gennem "EKsISTENSLABORATORIUM"

Tovholder og ambassadører:

- Sygeplejerske, Mia Gammelgaard Andreasen. Mail: miga@viborg.dk. Telefon: 8787 6592
- Teamleder, Gitte Rasmussen. Mail: gir@viborg.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Deltaget i Eksistenslaboratorium d. 28. november kl. 13:00-15:00</p> <ul style="list-style-type: none">• Faciliteret af to hospitalspræster: Anette Kortegaard og Trine Kofoed• 7 deltagere: 1 teamleder, 1 sygeplejerske, 3 social- og sundhedsassistenter, 1 social- og sundheds-hjælper. <p>Indført og afprøvet samtaler om eksistentielle emner med borger/pårørende</p> <ul style="list-style-type: none">• Udviklet pjecen om indflytningssamtalen, som beskriver et punkt om ønsker til livets afslutning, hvor eksistentielle spørgsmål tages op (se bilag 9). Pjecen udleveres forud for samtalen, så de pårørende har mulighed for at forberede sig.• Anvendt pjecen og taget samtalen på én indflytningssamtale med borger og pårørende.
------------------------------------	--

Fordele

- Borger	Den indflytningssamtale, som vi afprøvede samtalen på, var i udgangspunktet svær. Men vi oplevede pjecen meget gavnlig for de pårørende, dels fordi de havde kunnet forberede sig/drøfte emnerne derhjemme, og fordi vi på mødet sammen havde en klar dagsorden at støtte os til.
- Medarbejder	<p>Tidligere har vi nogle gange oplevet, at borger/pårørende glider af på vores spørgsmål til livets afslutning. Men med pjecen sætter vi nu en klar ramme om, hvad vi gerne vil igennem allerede til indflytningssamtalen - og ved livets afslutning så undgår vi, at pårørende fx siger "Hvorfor gjorde I...?" "Hvorfor gjorde I ikke...?". Ved at være på forkant, så skaber vi tryghed og afklaring for vores medarbejdere såvel som borger/pårørende.</p> <p>Vi har længe snakket om at lave pjecen, men prøvehandlingen skabte anledningen til, at vi fik det gjort. Nu har vi et udgangspunkt, som vi kan videreudvikle på. Vi mener, at pjecen er med til at vise grundighed og omsorg, og at den signalerer, at vi har styr på det – frem for at der før kom mange forskellige spørgsmål til indflytningssamtalen, hvilket kunne give 117 forskellige svar. Vi mener, at pjecen, med den ramme og dagsorden den sætter, er med til at styrke vores relation til pårørende – som vi er så afhængige af i vores pleje.</p>
- Økonomi/ ressourcer	Kompetenceudvikling/supervision/sidemandsoplæring i samtalen om den sidste tid koster selvfølgelig ressourcer, men det er på den lange bane givet godt ud – samtalerne bliver nemmere, og det giver en bedre relation til borger/pårørende, når vi tør sætte ord på, og blive stående i, den svære samtale.



Barrierer

- Borger	Vi har ikke oplevet barrierer for borger - vores næste skridt er at spørge borger/pårørende direkte til, hvordan de oplever pjecen og samtalen.
- Medarbejder	Undervejs er vi blevet bekræftet i, at nogle medarbejdere savner kompetencer i at tage samtalen om den sidste tid, og samtidig er vi blevet opmærksomme på, at der er behov for at kompetenceudvikle bredt blandt alle medarbejdere, så vi får fælles fodfæste/udgangspunkt.
- Økonomi/ressourcer	Samtaler om eksistens kræver tid, fordi det er mennesker, vi møder. Man kan ikke sætte tid på, hvad det kræver over for den enkelte borger/pårørende – det kan tage 10 min eller 1 time gange flere.

Vurdering	<p>Vi finder det meget vigtigt med kompetenceudvikling i samtalen om den sidste tid. I forhold til Eksistenslaboratoriet, så er vores vurdering, at to timer til såvel personlige som faglige emner er for kort tid, og dermed nåede det ikke at tænde ilden hos alle deltagere. Det ville have været allerbedst, hvis Eksistenslaboratoriet kunne afholdes over fx tre til fem gange – så kunne det personlige udgangspunkt godt have fyldt hele den første gang, for det er bestemt et vigtigt område, eftersom det påvirker vores professionelle virke, og så kunne der både være tid til at følge op på de dybe emner, og så ville der de næste gange også kunne være mere fokus på praksis.</p> <p>Vi fortsætter med at videreudvikle pjecen og samtalen om livets afslutning. Næste skridt er at bruge pjecen på alle plejecentrets faste pladser. Desuden ønsker vi at udvikle en pjece omkring livets afslutning til de pårørende.</p>
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none"> • Vi anbefaler Eksistenslaboratoriet til andre, men vi vil gerne anbefale, at det afholdes over tre til fem gange á to til tre timer. Vi deltog i et Eksistenslaboratorium på kun to timer, og her savnede vi, at præsterne kunne have styret det mere, så vi nåede mere omkring praksis. Vores eksistenslaboratorie havde, i forhold til den sparsomme tid, for meget fokus på personlige oplevelser og for lidt fokus på, hvordan vi gør i praksis. • Generelt anbefaler vi kompetenceudvikling i samtalen om livets afslutning, helst i en form hvor der er fokus på øvelse i praksis. Kurset "Palliation i praksis", udbudt af Hospice Limfjord, kan være utrolig givende for sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter, men fordelene ved en længere version af Eksistenslaboratoriet er, at det rammer bredere og kan skabe et fælles udgangspunkt i personalegruppen. • Vi anbefaler at sætte fokus på livets afslutning tidligt i et forløb, hvilket kan gøre emnet minder tabubelagt. Samtidig kan det skabe et bedre grundlag for samarbejdet med pårørende/borger.
Hvad har gjort størst indtryk	Nogle medarbejdere føler sig ikke rustet til at tage samtalen om den sidste tid. Døden er ikke nem, og vi skal heller ikke vænne os til den. Fx kræver det kompetencer at skulle være sjælesørger for pårørende, som søger tilgivelse. Eksistenslaboratoriet har været med til at give medarbejderne viden, som de kan støtte sig til, og især nogle af deltagerne var meget glade for at få et rum til at vende svære oplevelser/følelser ang. samtalen om livets afslutning. Desuden er vi blevet bevidste om, at det er afgørende at have tid til både kompetenceudvikling/supervision og samtaler med den døende.



6. Udbrede kendskab til kurset ”Lær at tackle hverdagen som pårørende”

BAGGRUNDSVIDEN FOR PRØVEHANDLING 16

FORMÅL

Udbrede kendskab til kommuners tilbud om kurset ”Lær at tackle hverdagen som pårørende”

Projektets indsigter viser, at:

- Pårørende har brug for mere hjælp, end de får nu
- Pårørende mangler viden
- Pårørende føler sig ensomme
- Pårørende får ikke sagt ordentligt farvel

PROJEKTETS FORSLAG TIL, HVAD EN PRØVEHANDLING KUNNE UNDERSØGE?

1. Hvordan kan vi på nye måder sprede kendskab til kurset ”Lær at tackle hverdagen som pårørende”?

GENEREL INFORMATION

LÆR AT TACKLE hverdagen som pårørende er et kursus til dig over 18 år, som er tæt på et menneske med langvarig sygdom, uanset hvad den syge fejler. På kurset arbejder vi med de udfordringer, som ofte følger med at være pårørende, så du bliver bedre til at passe på dig selv.

I Midtklyngen findes der gratis kurser i Silkeborg og Viborg Kommune.

Mere information:

[Om kurset ”Lær at tackle hverdagen som pårørende”](#), på hjemmesiden for LÆR AT TACKLE:

16. HE MIDT. KIRURGI, KARKIRURGISK AFSNIT

PRØVEHANDLING:

UDBREDE KENDSKAB TIL KURSET "LÆR AT TACKLE HVERDAGEN SOM PÅRØRENDE"

Tovholder og ambassadører:

- Afdelingssygeplejerske, Pia Tofte. Mail: pia.tofte@midt.rm.dk Telefon: 7844 5640
- Sygeplejerske, Judith Krüger Thykjær. Mail: judith.thyjaer@midt.rm.dk
- Sårsygeplejerske, Pernille Obel. Mail: pernille.obel@midt.rm.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Udarbejdet oversigt over kontaktoplysninger på "Lær at tackle"-kurser i samarbejdende kommuner.</p> <p>Adspurgt fire pårørende, om de kunne være interesseret i et "Lær at tackle"-kursus, eller om de måtte have andre behov.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejerske har orienteret pårørende om tilbuddet og givet folder om kurset samt givet oversigten med kontaktoplysninger – to pårørende var interesseret.• Udvalgt pårørende, som vi vurderede var belastet i pårønderollen. Vi forventer, at vi kunne have adspurgt flere pårørende, hvis ikke afsnittet i samme periode stod i flytteproces – så vi har været pressede på tid. <p>Afholdt møde med Sundhedscentret i Viborg Kommune, som afholder "Lær at tackle" kurserne i Viborg</p> <ul style="list-style-type: none">• Kursusarrangør deltog i plejegruppens onsdagsundervisning for at fortælle nærmere om kurset, hvilket først var muligt i slutningen af vores prøvehandling.
--------------------------------	---

Fordele

- Borger	<p>Vi mener, at kurset kan forebygge, at nogle pårørende slides op og selv bliver patient. Nationale evalueringer af kurset viser, at over 70% af pårørende har gavnlig effekt af kurset.</p> <p>Enkelte pårørende kan være berettiget til, fx i Viborg Kommune, at en omsorgsperson kan være til stede i hjemmet, mens den pårørende deltager i kurset.</p>
- Medarbejder	<p>Udbredelse og viden om vores deltagelse i prøvehandlingen har resulteret i større fokus på de pårørende. Det er nu blevet mere naturligt for personalet på afsnittet, at have de pårørendes behov for øje, og vi reflekterer mere sammen om området nu.</p> <p>Det var givende at få viden om kurset direkte fra Sundhedscentret, som udbyder kurset. Vi fik desuden kendskab til øvrige kommunale tilbud, som vi med fordel kan blive endnu bedre til at rådgive om.</p>
- Økonomi/ressourcer	<p>Det har krævet meget kort tid at orientere om kurset, så det kan betragtes som omkostningsfrit for os.</p> <p>Som forskning viser, så kan det betale sig at tage hånd om de pårørende - fra at have én syg patient, kan man ellers risikere at få to syge patienter ind i systemet, hvilket kurset kan være med til at afhjælpe.</p>



Barrierer

- Borger	<p>En pårørende havde ikke selv overskud til at kontakte egen kommune for tilmelding.</p> <p>En anden pårørende var ikke interesseret, da vedkommende i stedet ønskede et frirum, hvor der ikke skulle tales sygdom.</p> <p>Vi oplever, at mange pårørende er for belastede til, at kunne overskue et kursus, som varer hele syv uger.</p>
- Medarbejder	<p>Vi har oplevet det udfordrende at berøre emnet omkring de pårørendes behov, under et kort ambulans besøg. Vi mener, at en etableret relation til pårørende kan være nødvendig.</p> <p>Kurser findes kun i 6 ud af 12 af vores samarbejdende kommuner, så det udfordrer os i at orientere alle pårørende systematisk.</p>
- Økonomi/ressourcer	<p>Vi oplevede ingen barrierer for økonomi/ressourcer.</p>

Vurdering	<p>Vi finder kurset relevant for belastede pårørende, så vi vil helt klart fortsætte med at orientere de pårørende om tilbuddet. Hvis dette kursus kan hjælpe bare få af vores pårørende, så er det det hele værd.</p>
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none">• Kursustilbuddet bør etableres i alle kommuner og/eller tænkes på tværs af kommunegrænser.• Vi vil opfordre andre til at invitere repræsentanter fra de kommunale tilbud ind – vi fik viden om kurset, med fokus på konkrete cases og effekter, og det understregede relevansen.• Vi savner mulighed for at kunne henvise elektronisk til kurset, ligesom vi gør ved en række andre tilbud om kommunal opfølgning.• Lige som hos os, så vil vi anbefale at have pjecen “Lær at tackle hverdagen som pårørende” tilgængelig i opholdsrum, hvor pårørende færdes.• Det kan kræve en relation at opspore, hvorvidt pårørende er belastede, så vi kan risikere, at vi overser nogen.
Hvad har gjort størst indtryk	<p>Det er blevet langt mere naturligt at nævne de pårørende ved vores daglige gennemgang af indlagte. Arbejdet med prøvehandlingen har sat så mange refleksioner i gang hos medarbejderne om de pårørende, hvilket har skabt udvikling på pårørendeområdet.</p>



7. Udbrede kendskab til muligheden for våger hos den døende

BAGGRUNDSVIDEN FOR PRØVEHANDLING 17

FORMÅL

Udbrede kendskab til muligheden for våger hos den døende, som kan:

- Give støtte og tryghed for den døende samt aflastning for de pårørende
- Medføre at indlæggelse måske kan undgås, ved brug af sundhedsfaglige våger.

Projektets indsigter viser, at:

- Der er uklare forventninger til vågetjenestens opgaver
- Kontakten til vågetjenesten er svær
- Flere kender ikke til brugen af vågetjenesten

PROJEKTETS FORSLAG TIL, HVAD EN PRØVEHANDLING KUNNE UNDERSØGE?

1. Hvordan kan I skabe arbejdsgange for, hvordan og hvornår vågetjenesten kan benyttes?
2. Hvordan kan I på nye måder udbrede muligheden for våger hos den døende?

17. HOSPICE LIMFJORD

PRØVEHANDLING: VÅGER HOS DEN DØENDE

Tovholder og ambassadører:

- Afdelingssygeplejerske, Dorte L. Laursen. Mail: dll@hospicelimfjord.dk. Telefon: 9614 8700
- Sygeplejerske, Lise-Lotte Brøndum Kjelstrup. Mail: lbg@hospicelimfjord.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Kontakt til vågetjenester for at forventningsafstemme ift. brugen af vågetjenester</p> <ul style="list-style-type: none">• Udvalgt og mødtes med fire vågetjenester, som overlapper med hospices optageområde: Vågetjenesten i Skive, Vågetjenesten på Fur og Seldeområdet, Vågetjenesten i Vestsalling og Vågetjenesten ved kirkens sociale arbejde i Viborg.• Forventningsafstemning om muligheder og begrænsninger ved brug af vågetjenester.• Vores fokus har været på dels at kunne aflaste patient/pårørende på venteliste til hospiceplads, og dels ved udskrivelse at kunne henvise patient/pårørende til aflastning. <p>Afprøvning af mulighederne og aftalerne ved konkrete patienter.</p> <ul style="list-style-type: none">• Vi har tilfældigvis ikke haft en patient i prøvehandlingsforløbet, hvor det var aktuelt at involvere en vågetjeneste, så vi har ikke kunnet sætte vores nye viden i spil.
------------------------------------	---

Fordele

- Borger	<p>Involvering af vågetjenesten kan give kvalitet, ro og tryghed omkring borger og de pårørende.</p> <p>Våger kan med fordel bruges dels i den aller sidste tid, så den døende ikke skal være alene om natten, og så eventuelle pårørende kan aflastes, og dels tidligere i forløbet, hvis nærmeste pårørende fx skal til frisør eller har behov for et pusterum.</p>
- Medarbejder	<p>Før havde vi indimellem overvejelser om, hvorvidt vågetjenesten kunne være relevant, uden at have konkret viden herom. Nu er det en fordel at have konkret viden om mulighederne, og herved fungerer vågetjenesterne som en del af det sikkerhedsnet, som vi kan tilbyde patienter/pårørende, og når vi rådgiver samarbejdende instanser.</p>
- Økonomi/ ressourcer	<p>Generelt kan man ikke tale om økonomiske fordele eller barrierer, fordi vågetjenesten er frivillig og aldrig må varetage og således overtage sundhedsprofessionelle opgaver. Lige som andre tilbud baseret på frivillighed, så ser vi våger som flødeskummet, og den ro og tryghed, som våger kan skabe i et forløb, kan have positive effekter på andre dele af forløbet.</p>



Barrierer

- Borger	Borger/pårørende kan aldrig ordineres eller loves muligheden for vågetjeneste, eftersom vågetjenesterne er baseret på frivillighed, og muligheden afhænger derfor af tid, sted og den enkelte situation.
- Medarbejder	Eftersom vågetjenesten er baseret på frivillighed, kan vi ikke ordinere tilbuddet eller på anden vis lave formaliserede aftaler om tilbuddet. Vi skal være omhyggelige i vores kommunikation og forventningsafstemning med patienten, de pårørende og vores samarbejdspartnere, da vi hverken kan garantere vågetjeneste hos den enkelte, og ej heller ved hvad primær sektor vurderer er det rigtige for den enkelte. Viden om og brugen af vågetjenesterne udfordres ved stor udskiftning af personaler på plejecentre mm.
- Økonomi/ressourcer	Vi oplevede ingen barrierer for økonomi/ressourcer.

Vurdering	Fordi vi har fået bekræftet, hvor positiv en forskel våger kan gøre, og fordi vi nu har konkret viden om mulighederne, så vil vi fremover, når relevant, rådgive patienter, pårørende og samarbejdspartnere om mulighederne for brugen af vågetjenester.
Anbefalinger	<ul style="list-style-type: none">• Hvis der er kommuner og områder, som mangler kendskab til våger, så kan man med en lille indsats som vores, opnå viden om mulighederne i eget område.• Vi kunne savne en liste over alle vågetjenesterne med kontaktoplysninger, som løbende blev opdateret.• Forventningsafstemning med patient/pårørende er essentiel, da muligheden for våger i den enkeltes hjem, først skal afstemmes med kontaktpersonen fra den aktuelle vågetjeneste.• Afgrænsning af målgruppen: Vågetjenester indgår helst ikke i forløb med borgere, der ikke er tilknyttet primær sektor, for at undgå potentielle dilemmaer i forhold til løsning af plejeopgaver eller øvrige hjemlige opgaver. Desuden bør sundhedsprofessionelle foretage en screening af hvilke kompetencer, der kræves i de forskellige forløb – ved fx delirøse eller udadreagerende patienter, kræves der sundhedsfaglige kompetencer.• Vi anbefaler, at se vågetjenesterne som en del af et sikkerhedsnet, som kan skabe ro, tryghed og aflastning. På samme måde vil vi også anbefale "Palliafonen", som en del af et sikkerhedsnet, der om aftenen og natten kan give sundhedsprofessionelle mulighed for faglig sparring om palliation med personale på Hospice Limfjord. Kontakt gerne Hospice Limfjord for nærmere information om "Palliafonen".• Vi oplever manglende kendskab hos borgere til tilbud i livets afslutning. Evt. kunne der etableres en mulighed på tværs af Midtklyngen, hvor borgere ved samme lejlighed kan møde både frivillige organisationer, repræsentanter fra primær sektor og hospice.
Hvad har gjort størst indtryk	Jeg bliver enormt ydmyg over for vågernes store frivillige indsats for sine medmennesker. Selv om de fleste vågere er ældre mennesker, så er der også unge og folk, der fortsat er på arbejdsmarkedet.



8. Udvikling og kvalificering af informationsmateriale til borgere/ pårørende

BAGGRUNDSVIDEN FOR PRØVEHANDLING 18

FORMÅL

At udvikle og kvalificere informationsmateriale (fx app, folder, film etc.) til fremtidig fælles brug i Midtklyngen.

Projektets indsigter viser, at:

- Medarbejdere har brug for at føle ejerskab over materialet
- De pårørende mangler viden og har brug for hjælp fra et menneske
- De pårørende har brug for hjælp til at træffe de rette valg for borgeren

PROJEKTETS FORSLAG TIL, HVAD EN PRØVEHANDLING KUNNE UNDERSØGE?

1. Hvordan kan vi bruge eksisterende foldere i Midtklyngen om livets afslutning målrettet døende og pårørende som inspiration til udvikling af materiale til fælles brug?
2. Kan vi udvikle og kvalificere informationsmateriale til fælles brug ved at gøre det mere ensartet?
3. Kan vi udvikle og kvalificere indhold på hjemmesider om livets afslutning i Midtklyngen til fælles brug ved at ensrette det?

Herefter følger prøvehandlingen 18.

18. SILKEBORG KOMMUNE. SUNDHED OG OMSORG

PRØVEHANDLING: UDVIKLING OG KVALIFICERING AF INFORMATIONSMATERIALE TIL BORGERE/PÅRØRENDE

Tovholder og ambassadører:

- Sektionsleder, Steffen Brun. Mail: steffen.brun@silkeborg.dk. Telefon: 2058 6149
- Sektionsleder, Martha Højgaard. Mail: martha.hojgaard@silkeborg.dk. Telefon: 2169 7657
- Specialkonsulent, Birthe Thoft Knudsen. Mail: BirtheThoft.Knudsen@silkeborg.dk
- Fysioterapeut, Alice Pasgaard. Mail: Alice.Pasgaard@silkeborg.dk

Beskriv Prøvehandlingen	<p>Indledningsvis plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indsamle informationsmateriale og søge viden om informationsbehov; Udvælge temaer, der skal udvikles/kvalificeres materiale om; Udvikle/kvalificere indhold og form; Teste materialet. <p>Justering af prøvehandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efter at have indsamlet pjecer i Silkeborg Kommune og gennemgået hjemmesider kommunalt, regionalt og nationalt, blev vi opmærksomme på barrierer: Enten var materialet ikke opdateret/fagligt kvalificeret og/eller også var materialet svært tilgængeligt og krævede mange og ofte ulogiske klik. • Det resulterede i udvikling af følgende kravspecifikationer: <ul style="list-style-type: none"> - Online informationsmateriale - Fagligt kvalificeret og opdateret informationsmateriale - Tilgængelig information på brugervenlig platform: Materiale skal gerne være samlet på én platform, som er logisk og intuitivt opbygget, med sigende overskrifter og visuel understøttelse. • Til sidst blev vi opmærksomme på, at www.helbredsprofilen.dk lever op til vores krav, og vi anbefaler derfor hjemmesiden som Midtklyngens platform for informationsmateriale til borger/pårørende om den sidste tid (se bilag 10 for indblik i hjemmesiden).
--------------------------------	--

Fordele

- Borger	Helbredsprofilen er en let tilgængelig og brugervenlig platform, som samler al den viden, vi finder nødvendig, om livets afslutning for borgere og pårørende. Endvidere er udvalgt materiale tilgængelig på fem fremmedsprog, hvor der blandt andet også er oversat en række videoer.
- Medarbejder	Helbredsprofilen: <ul style="list-style-type: none"> • Er evalueret og holdes fagligt opdateret af redaktionsgruppe. • Muligt for medarbejdere at bogmærke relevant information sammen med borger og direkte sende det via mail til borger. • I stedet for at medarbejderen skal vide det hele, så mener vi, at Helbredsprofilen med fordel understøtter medarbejderen i en rolle, hvor man faciliterer processen med at undersøge borgers behov, og samtidig ved hvor man kan finde mere viden.
- Økonomi/ressourcer	Helbredsprofilen indeholder udviklet og kvalificeret informationsmateriale, som lever op til vores kravspecifikationer, og herved sparer vi mange ressourcer på såvel udvikling som opdatering. Ingen grund til at opfinde den dybe tallerken selv.



Barrierer

- Borger	Borgere uden digitale kompetencer eller adgang til internettet kan ikke selv tilgå hjemmesiden - men sammen med medarbejder kan der printes relevant materiale.
- Medarbejder	Implementering af Helbredsprofilen kan udfordres af, at nogle medarbejdere vil bruge det materiale, som de kender og plejer at bruge.
- Økonomi/ ressourcer	Hvis vi implementerer Helbredsprofilen: <ul style="list-style-type: none">• Kræver ressourcer at implementere hjemmesiden, for at såvel kendskab som fremtidig brug sikres. Hvis Midtklyngen selv skal udvikle/kvalificere materiale - ensretning <ul style="list-style-type: none">• Først kræver det ressourcer at indsamle og dernæst udvikle og kvalificere informationsmateriale. Efterfølgende kræver det ressourcer at holde informationsmaterialet opdateret. Hvis man selv lokalt skal producere informationsmateriale - variation: <ul style="list-style-type: none">• Selv om det kan skabe ejerskab at udvikle materiale lokalt, så kan vi få mange forskellige versioner, hvilket i sig selv koster ressourcer at lave, og hvor kvaliteten kan svinge grundet forskellig lokal prioritering. Samtidig koster det flere ressourcer at holde mange slags materialer opdateret.

Vurdering	Vi finder det vigtigt at udvikle/kvalificere informationsmateriale. Vores søgning i Silkeborg Kommune fremviste sparsomt online tilgængeligt materiale, og det fysiske materiale varierede i kvalitet. Så fra start var vi motiveret for ensretning og kvalificering. Helbredsprofilen lever op til vores krav og sparer ressourcer på udvikling og opdatering af materialet.
Anbefalinger	Vi anbefaler Helbredsprofilen, som lever op til vores krav <ul style="list-style-type: none">• Udviklet af Region Sjælland og kan sagtens bruges, som den er.• National udbredelse er besluttet, men tidshorisonten er ukendt. Anbefalinger til implementering af Helbredsprofilen <ul style="list-style-type: none">• Bør indebære præsentation og gennemgang af hjemmesiden med palliationsmedarbejdere, og bør have fokus på at skabe ejerskab for medarbejderne.• Tilgængelighed for både medarbejdere og borgere kan sikres gennem centralt placerede links til hjemmesiden.
Hvad har gjort størst indtryk	Fra chok til jubelscene: Først var vi i chok over utilgængeligheden og kvaliteten af det informationsmateriale, som vi fandt. Det afstedkom en konstruktiv dialog mellem os om kravspecifikationer. Vi så et stort arbejde med udvikling og fortsat opdatering foran os. Derfor var der jubel iblandt os, da vi fandt ud af, at Helbredsprofilen efterlevede alle vores krav.



Bilag

Kendskab til behandlingstestamente

På Klinik for Lindrende Behandling HEM, er vi aktuelt ved at undersøge kendskabet til det nye behandlingstestamente. Vi er derfor interesseret i, at høre om du har kendskab til muligheden for at oprette et behandlingstestamente. De tager kun 2 minutter at deltage og undersøgelsen er selvfølgelig helt anonymt.

1. Har du hørt om behandlingstestamentet?

- Ja
 Nej

2. Hvis du har hørt om behandlingstestamentet, har du så også registreret et behandlingstestamente?

- ja
 Nej

3. Med et behandlingstestamente kan du sikre, at lægerne følger dine ønsker til behandling, hvis du ikke selv er i stand til at give besked. Hvis du ikke har registreret dine ønsker i behandlingstestamentet, vil lægerne som udgangspunkt gøre, hvad de kan for at holde dig i live. Hvis du allerede har et livstestamente, kan du vælge at beholde det eller ændre det til et behandlingstestamente. Du kan læse mere om behandlingstestamentet her <https://www.sundhed.dk/borger/min-side/mine-registreringer/livstestamente/>

Tror du at du i fremtiden vil lave et behandlingstestamente?

- Ja
 Nej

5. Angiv din alder

6. Dit køn

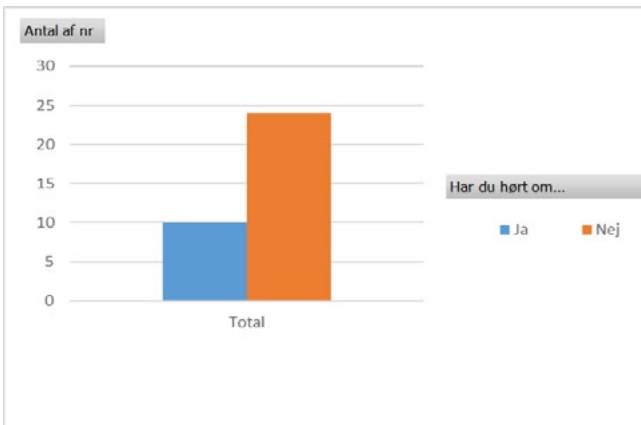
- Kvinde
 Mand

7. Er du patient eller pårørende

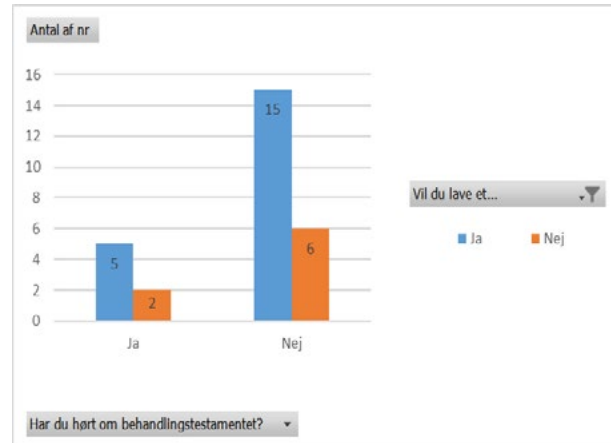
- Patient
 Pårørende



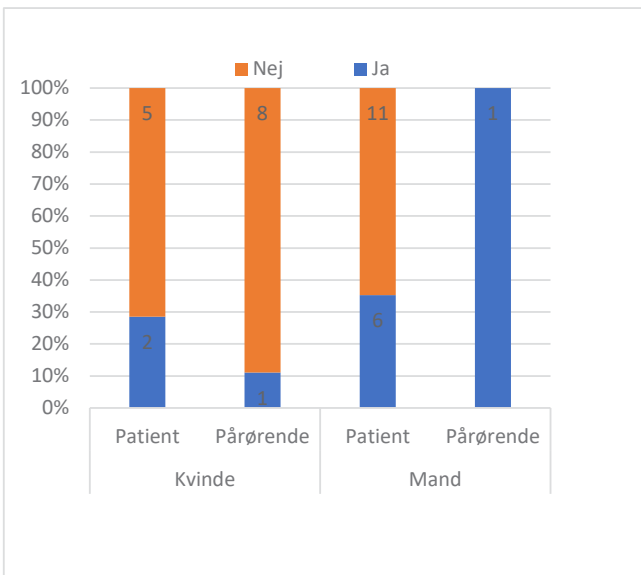
Figur 1: Har du hørt om behandlings-testamente?



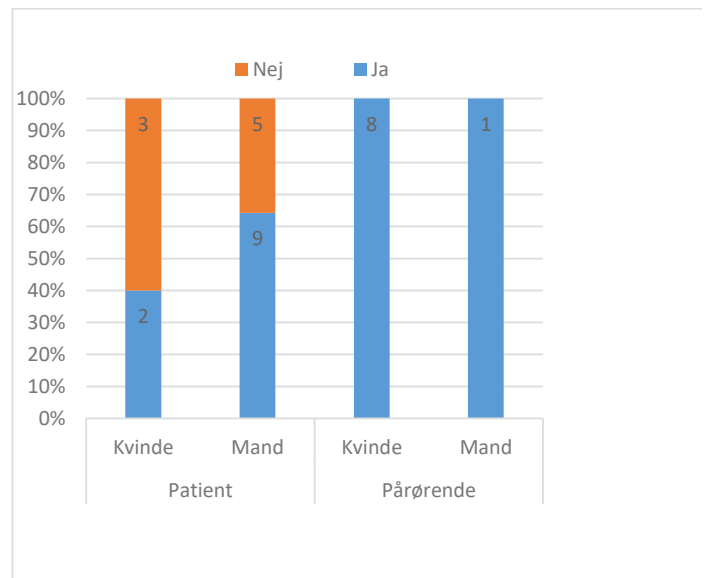
Figur 3: Vil du lave et behandlings-testamente afhængig af om du har hørt om det eller ej.



Figur 2: Har du hørt om behandlings-testamente, fordelt på køn og patient/pårørende



Figur 4: Vil du lave behandlings-testamente, fordelt på køn patient/pårørende



Projekt Livets Afslutning

... mere selvbestemmelse i livets sidste fase

Har din patient oprettet Behandlingstestamente?



Læger og sygeplejersker er berettiget til at indhente oplysninger i Behandlingstestamentet i FMK om patientens ønsker for den sidste tid, hvis ...

1	Patienten er uafvendeligt døende.
2	Patienten ligger hjælpeløs pga. sygdom eller ulykke, og der ikke er tegn på bedring.
3	Behandling kan føre til overlevelse, men de fysiske konsekvenser af sygdom eller behandling vurderes til at være meget alvorlige og lidelsesfulde.
4	Man overvejer at iværksætte behandling ved anvendelse af tvang efter lov om tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile.

- **Log in på FMK-online med NemID medarbejdersignatur.**
- **Fremsøg patient.**
- **Klik på fanen Livs/Behandlingstestamente. Begrund adgang.**
- **Se information fra registret og log ud.**

Hent yderligere information om behandlingstestamentet og opslag i FMK-online i e-dok-dokumentet: Informeret samtykke



BILAG 3:

PÅRØRENDESAMTALE – GUIDE TIL SAMTALE. KIRURGI, MAVES- OG TARMKIRURGISK AFSNIT, HEMIDT

Denne "Pårørendesamtale – guide til samtale", er udformet med udgangspunkt i, og med inspiration fra Hospice Limfjords "Pårørendesamtale – Spørge guide". Guiden er under udvikling.

PÅRØRENDESAMTALE – GUIDE TIL SAMTALE

FORMÅL MED PÅRØRENDE SAMTALE

Formålet med pårørendesamtalen er at skabe et rum og tid, hvor der tages hånd om de nærmeste pårørende, og hvor de pårørende har mulighed for at give udtryk for deres behov og følelser som pårørende. Det er ligeledes at afdække de pårørendes behov og forventninger til indlæggelsen og den fremtidige palliative behandling.

Formålet er ligeledes at anerkende den pårørende som ekspert på den syge. De har været med i hele forløbet, kender den syge bedre end os, og derfor er det vigtigt, at de siger til os, hvis der er noget de undrer sig over, eller noget de har et ønske om bliver gjort anderledes m.m. Ved at samarbejde og inddrage de pårørende, kan vi gøre det bedste for patienten. Det er samtidig en anerkendelse af, at den pårørende kan have brug for at komme lidt ud, og hvordan vi kan støtte dem ved at tage over, imens de f.eks. er hjemme en tur eller lign.

HVORNÅR

Aftales ved indlæggelsen og skal udføres gerne i løbet af et par dage. Samtalen kan foregå på alle tider af døgnet, og på alle ugens dage.

HVORDAN

Der sættes en 1/2 - 1 time af til samtalen.

Der dokumenteres i EPJ under aktiviteten "....". Der laves ligeledes en aktivitet på anywhere som hedder "pårørendesamtale". Denne gøres grøn, når pårørendesamtalen er afviklet eller rød såfremt de pårørende ikke ønsker samtalen.

HVEM

- o Pårørendesamtale udføres af en sygeplejerske eller social og sundhedsassistent.
- o Er der en ægtefælle/samlever er det denne vi udfører pårørendesamtalen med. Ønsker ægtefælle/samleveren at børnene eller andre deltager i samtalen, er dette naturligvis muligt.

I de tilfælde, hvor der ikke er en ægtefælle/samlever afklares det ned familien, hvem der ønsker at deltage i pårørendesamtalen.

- o Pårørendesamtalen er ikke obligatorisk og det er derfor muligt og valgfrit for de pårørende, hvorvidt denne ønskes eller ikke.

Pårørendesamtalen tilbydes til pårørende til en terminalerklæret patient på åben indlæggelse eller til en patient der bliver erklæret terminal under et indlæggelsesforløb.

RAMMER

Man finder et roligt sted at snakke. Eventuelt i et samtalerum.

Fagpersonen der afholder pårørendesamtalen videregiver telefonen til en kollega, således kan samtalen foregå i ro og med den pårørende i fokus.

Ved samtalsstart præciseres det for den/de pårørende, at der er afsat en 1/2-time til samtalen. Samt at samtalen handler om den pårørende og ikke patienten.

EMNEOMRÅDER

Den pårørendes oplevelse af situationen:

- Hvordan har du det?
- Hvad er sværest for dig lige nu?
- Hvad tænker du om situationen lige nu?
- Vil du fortælle lidt om dit eget behov for hjælp og støtte? Får du den? Hvorfra?
- Får du sovet?
- Får du mad og drikke?
- Får I snakket sammen, også om det der er svært? Hvis I ikke får snakket sammen, er det så i orden? Eller er det ikke i orden? Er det noget vi kan hjælpe med?
- Har I samme opfattelse af situationen?
- Har du tidligere haft døden tæt på?

Forventninger til hverdagen og indlæggelsen:

- Hvad er dine forventninger til indlæggelsen?
- Er der nogle ting, som du helst selv vil gøre ift. patienten (navn)? Hvad vil du gerne vi tager os af? Hvordan vil du gerne bruge os? Hvordan kan vi støtte dig?

Tanker om fremtiden:

- Hvis du tænker 14 dage frem, hvordan forestiller du dig så, at din hverdag ser ud?
- Har I snakket om hvor patienten (navn) ønsker at dø?
- Hvilke tanker gør du dig om dit liv efter dødsfaldet?
- Er der noget, der gør dig bange ved at tænke på fremtiden?

Afrunding af samtalen:

- Hvordan har du det nu efter vi har haft denne samtale? Er der noget, du ikke har fået sagt? Noget du gerne vil tilføje?
- Opsummering af samtalen sammen med den pårørende. Af den pårørendes behov og forventninger.

Denne samtale guide skal ikke tænkes som en slavisk gennemgang af spørgsmålene, men som åben og uformel dialog med den/de pårørende, hvor ovenstående spørgsmål kan bruges som en hjælp og støtte.



BILAG 4:
SAMTALEN OM DEN SIDSTE TID, AFDELING FOR HJERTESYGDOMME, HE MIDT

Samtale om den sidste tid

Fagpersonen:

VIDEN om samarbejdstilbud i primærsektor

NÆRVÆRENDE i mødet med patienten

TILLID - forudsætning for at patienten føler sig set

TID – aflevere nursefinder til kollega

EMPATI - "Andre i din situation gør sig tanker om hvor lang tid de har tilbage at leve i"

MOD - til at involvere sig

OPMÆRKSOMHED
– TAVSHED

Patienten:

BEKYMRINGER – hvilke trænger sig på?

VIDEN - om egen sygdom

ØNSKER FOR FREMTIDEN

OPHOLDSSTED VED LIVETS AFSLUTNING

PÅRØRENDE – HVILKEN ROLLE SKAL DE HAVE ?

HVEM ER DEN /DE VIGTIGSTE FOR DIG? Navn - relation

LIVETS AFSLUTNING - PRØVEHANDLING

BAGGRUNDSVIDEN

”Det kan være svært for borgers pårørende at vurdere, om man har brug for at tale om situationen, har brug for stille samvær eller adspredelse, der kan være udfordringer med at borger og/eller pårørende tør at give udtryk for sine behov”

” Det kan give ro at tale om tiden efter døden, hvad skal der ske med huset, økonomi og familiens fremtid, herunder borgers begravelse, om denne ønsker at tale åbent om det, eller om borger ønsker at skrive det ned, og familien kan læse dette efter døden”

” samtalen er et udtryk for borgers ønsker, som vi vil efterkomme så godt som muligt, dog med lægen som endelig beslutningstager”

En samtale om den sidste tid og behandlingsniveau i samarbejde med borger og pårørende.

1. Borgers ønske omkring fremtiden, i forhold til hvor pleje og behandling skal forgå?
2. Borgers ønsker til den sidste tid?
 - Mad
 - Personlig pleje
 - Ønsker til besøg af venner, familie og varighed af besøget
 - Aktivitetsniveau, udendørs, indendørs, musik
3. Har borger bekymringer omkring den sidste tid?
4. Borgers egen viden omkring egen sygdom, sygdomsforløb og behandlingsniveau, er dette forventningsafstemt med pårørende?

5. Hvad er borgers ønske om behandlingsniveau og er dette forventningsafstemt med pårørende og egen læge?
 - Livsforlængende behandling
 - Væskebehandling
 - Sonde
 - Indlæggelser
 - Undersøgelser
 - Tilfælde af anden sygdom
 - Fravalg af genoplivning
 - General eller specifik sygdom
6. Opfølgningssamtale på ovenstående samtale? (anbefales efter 3 uger) Hvis der ikke var pårørende tilstede ved samtalen, skal de med til opfølgningssamtalen?



BILAG 6: NEXUSSKEMA "SAMTALE OM ØNSKER TIL PLEJE OG BEHANDLING I DEN SIDSTE LEVETID"

Vi ønsker et skema svarende til nedenstående, som bruges i EPJ i Region Midt:

010156-0TT1 - Test Testesen - Opret resultat

Samtale om ønsker til pleje og behandling i den sidste levetid

Afdækning af patientens ønsker til fremtidig pleje og behandling*

Nærmeste pårørende:

Pårørende tilstede under samtale:

Patientens viden om egen sygdom og behandlingsmuligheder:

Patientens overvejelser i forhold til behandlingsniveau:

Patientens vigtigste fremtidige ønsker i den nuværende situation:

Patientens vigtigste ønsker for nærmeste pårørende:

Patientens vigtigste ønsker for fremtiden i forhold til, hvor pleje og behandling skal foregå:

Patientens ønsker i forhold til opholdssted ved livets afslutning:

Bekymringer eller tidligere erfaringer:

Andre væsentlige aspekter, der er vigtige at kende til:

Udført: 23.01.2020 13:26 af Sygeplejerske Janne Laursen, Mave- og Tarmkirurgisk Afsnit - HEM ...

Speciale(r):* Indtast/Vælg speciale Indtast/Vælg speciale

Tilføj aktivitet... OK Annuller

BILAG 7:

SYSTEMATISK SPØRGEGUIDE TIL BEHANDLING OG LIVSAFSLUTNING. DEMENSPLEJECENTER SKOV- BAKKEN, SKIVE KOMMUNE.

SYSTEMATISK SPØRGEGUIDE TIL BEHANDLING OG LIVSAFSLUTNING

- Hvad tænker du om din sygdom og den behandling, du får for den?
- Skal vi fortsætte behandlingen, som den er nu?
- Har du oprette Behandlingstestamente? Har du gjort dig nogle tanker om livsforlængende behandling (og evt. genoplivning)?
- Er der noget, der har særlig betydning for dig og din familie i den sidste tid – er det noget I har talt om i jeres familie?

Evt. opfølgning ved kvalitetsbesøg.



BILAG 8: SAMTALEGUIDE. REHABILITERINGSCENTER VIBORG, VIBORG KOMMUNE

Fremgangsmåde:

Du kan være den første sundhedsfaglige, der taler med borger/pårørende om tanker og beslutning om behandlingsniveau og evt. livsforlængende behandling.

Af hensyn til at imødekomme borgers ønsker og behov kan det netop være relevant med en afklaring tidligt i et sygdomsforløb.

Indledning til afklaring af ønsker vedr. behandlingsforløb etc. kan tage udgangspunkt i nedenstående:

Hvad tænker du om din sygdom og den behandling, som du får for den?

Hvad tænker du er det næste skridt i dit liv?

Tænker du behandlingen skal fortsætte, som den gør nu?

Har du spørgsmål til din sygdom - er der noget du frygter som konsekvens af din sygdom?

Har du gjort dig overvejelser om at tage stilling til dit behandlingsniveau?

Er det noget du kunne tænke dig at tale mere med din læge omkring?

BILAG 9.

PEJCE TIL INDFLYTNINGSSAMTALE. DEMENSPLEJECENTER LISELUND, VIBORG KOMMUNE

- ≈ Kontaktpersoner Liselund; der vil blive tilknyttet 2 kontaktpersoner, som du/I primært skal henvende jer til. Vi fortæller mere om kontaktpersonernes rolle.
- ≈ Pårørende kontaktperson; Ligeledes vil vi gerne, at en af de pårørende er primær kontaktperson for os, når vi skal henvende os til familien. Den primære kontaktpersons opgave er at orientere den resterende del af familien, om de aftaler der laves med os på Liselund.

≈ Oplysninger som vi ønsker noteret:

- ≈ Primær Kontaktperson:
- ≈ Relation til _____:
- ≈ Telefonnummer / Mobil: _____ / _____
- ≈ Adresse: _____
- ≈ Email: _____@_____
- ≈ Andre kontaktpersoner? I så fald vil vi også meget gerne bede om de samme oplysninger.

Vi ser frem til at møde dig/jer

Med venlig hilsen

Kære _____

- ≈ I forbindelse med din indflytning på Liselund vil det glæde os at se dig/ jer til en indflytnings samtale d. ____/____ kl. ____:____.
- ≈ Formålet med samtalen er at lære _____ og dine pårørende _____ bedre at kende, så vi i fællesskab kan skabe et godt samarbejde omkring din hverdag og liv her på Liselund.
- ≈ Du/I er meget velkommen til at invitere andre pårørende med til samtalen.
- ≈ Hvis tidspunktet ikke passer dig/jer, er du/i velkommen til at kontakte os for en ny aftale på telefonnr.: 8787 65 _____
- ≈

*Plejecenter Liselund - fordi
nærvar er omsorg*



Ved samtalen vil der være flere ting vi vil komme omkring og der vil være mulighed for at stille spørgsmål undervejs samt lave aftaler vedr. de praktiske ting

Vi vil bl.a. komme omkring:

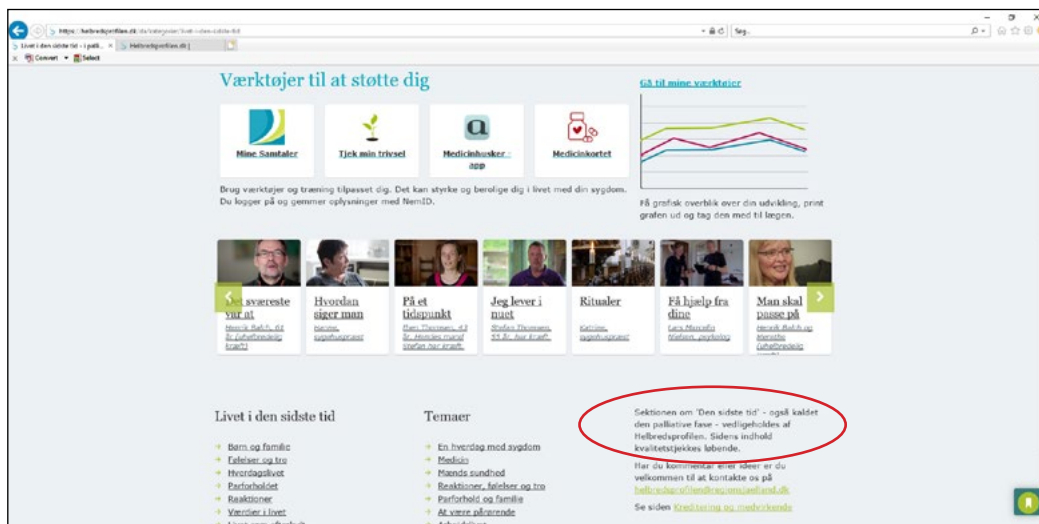
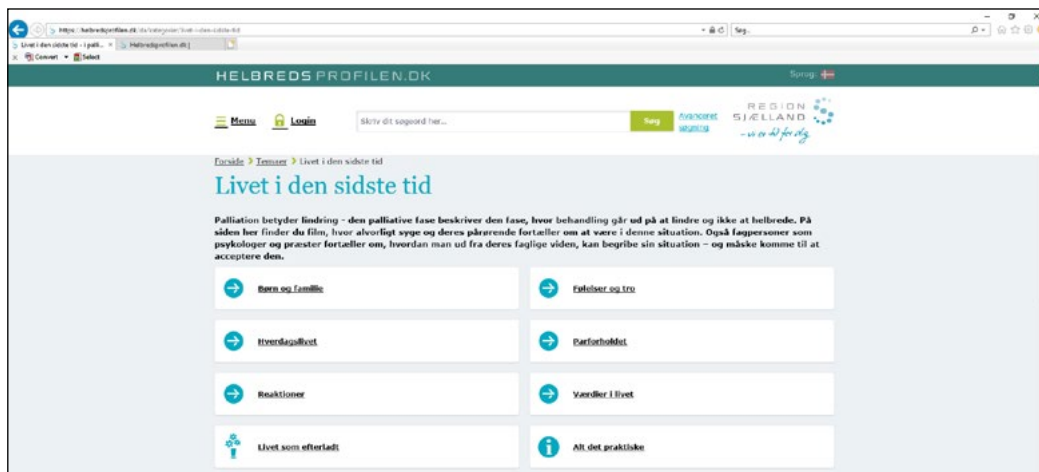
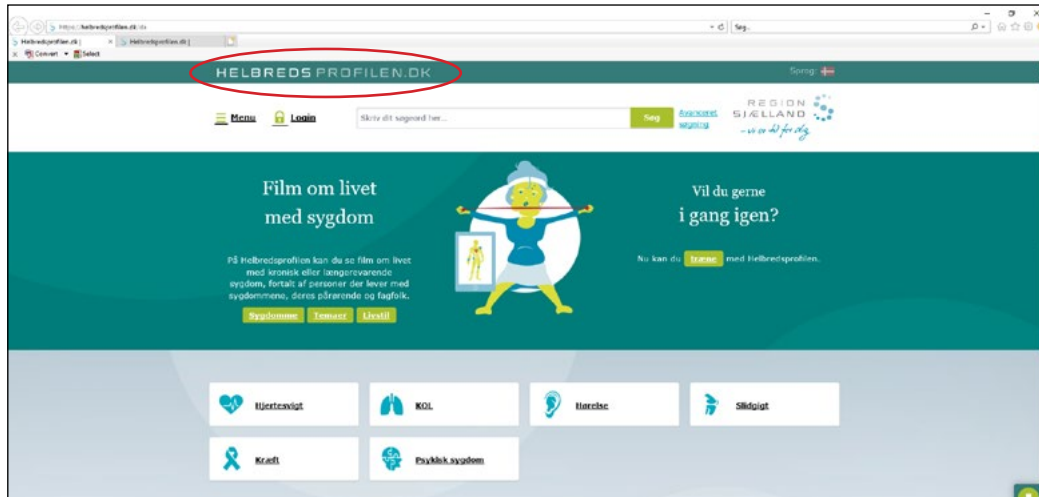
- ≈ Tøjvask; Der vaskes efter behov. Specialvask som uld og silke vaskes kun i særlige tilfælde og efter aftale med personalet.
- ≈ Rengøring; der rengøres på stuen hver 14. dag og efter behov. Der er mulighed for tilkøb af ekstra rengøring, hvis du/I måtte ønske det.
- ≈ Vinduesvask; Uvendigt vaskes vinduerne 2 gange om året. Indvendigt vask skal man selv sørge for, men du/I er velkomne til selv at gøre dette eller bestille vinduespudsning.
- ≈ Medicin; Vi laver fælles aftaler for, hvordan vi håndterer bestilling af medicin
- ≈ Læge; På Liselund er det muligt at blive tilknyttet vores plejehjems-læge eller beholde sin egen læge.
- ≈ Samarbejdspartnere; hvis du ønsker at beholde f.eks. en velkendt frisør eller fodterapeut, vil vi undersøge muligheden og lave aftaler herom.
- ≈ Post; Breve og pakker vil blive lagt i et personligt dueslag på personalekontoret. I skal blot henvende jer til personalet, som så vil udlevere posten til jer. Vi drøfter også digital post
- ≈ Økonomi; Vi kan ikke være behjælpelige med økonomi. Vi anbefaler derfor, at familien har en hovedansvarlig, så vi kan notere dette til vores fremadrettede samarbejde.
- ≈ Indkøbsordning; Der er mulighed for tilmelding dig til en indkøbsordning/ købmand, hvor man kan købe varer udover det, som indgår i den daglige kostpakke.
- ≈ Beboerkassen; denne kasse indbetales der til månedligt. Dette er til ekstra fælles forfødsel i hverdagen og en blomst til fødselsdage. Beløbet er 50kr pr. måned. Det er frivilligt

- ≈ Forplejning; Der er mulighed for pårørende at spise med ved besøg samt få kaffe og brød mod egenbetaling. Det skal bestilles på forhånd
- ≈ Beboerpakken; indeholder rengøringsmidler og standard plejeprodukter samt poser, vaskeklude, toiletpapir mv. Pakken er et tilbud som kan tilkøbes pr. måned.
- ≈ Livshistorie; Vi vil gerne anmode om at du/I som familie skriver lidt ned omkring din livshistorie. Livshistorien er en del af dagligdagen og kan give os som plejepersonale nogle ideer til aktiviteter, gode samtaler og oplevelser.
- ≈ Pleje; Hos os er det vigtigt, at det er dine behov, der er i fokus. Vi respekterer selvbestemmelsesretten og arbejder ud fra flere pædagogiske principper. Dette vil vi gerne drøfte med dig/jer til mødet.
- ≈ Livets afslutning; Vi har alle nogle ønsker til, hvordan livet skal leves og behov der skal opfyldes mens vi er sunde og raske. Alle vil gerne have retten til selv at bestemme. Det gælder også når det handler om den sidste tid. Det er et grundprincip i sundhedsvæsenet, at man i en aktuel situation selv kan bestemme, om man vil have behandling eller ej. Det gælder også forsøg på genoplivning. Derfor skal egen læge altid medinddrages, hvis man overvejer at sige nej til at blive forsøgt genoplivet. Hvis du/I ikke allerede har taget stilling vil vi ved indflytnings samtalen spørge ind til, om der er ønsker til den sidste levetid. Om der eventuelt er udfyldt livstestamente eller et behandlingstestamente, samt hvilken holdning der er til forsøg på genoplivning.
- ≈ Aktiviteter; Liselund har løbende forskellige aktiviteter som både beboere og pårørende kan deltage i. Alle aktiviteter er et tilbud, som flere frivillige er medvirkende til at skabe. I forbindelse med vores aktiviteter tager vi ofte billeder. Vi vil til mødet spørge om samtykke til at tage og dele disse billeder.



BILAG 10. HJEMMESIDEN HELBREDSPROFILER. SUNDHED OG OMSORG, SILKEBORG KOMMUNE

Eksempler på, hvad man kan finde af viden og indsigter på www.helbredsprofilen.dk



Februar 2020



Almen praksis

