

Implementeringsprojekt Livets Afslutning – del 2

Flere borgere skal have ro og lov til at dø



vibORG
KOMMUNE



Silkeborg
KOMMUNE



SKIVEKOMMUNE

midt
regionmidtjylland

Hospitalsenhed Midt
Viborg, Silkeborg, Hammel, Skive



**PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION**

PS! Dansk Selskab for
PatientSIkkerhed

Implementeringsprojekt, Livets Afslutning

Implementeringsprojektet, som er del to af Projekt Livets Afslutning, er gennemført i et samarbejde mellem Viborg, Skive, Silkeborg kommune, Hospitalsenhed Midt, PLO-Midt og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Projektperiode: Maj 2021 – September 2022

Styregruppen for implementeringsprojekt, Livets Afslutning:

Maila Tandrup,
Omsorgschef, Viborg Kommune (Formandskab)

Helle Skytte,
Chefsygeplejerske, Kirurgi, Hospitalsenhed Midt (Formandskab)

Luna Rukjær Ihler,
Udviklingskonsulent, Social, Sundhed & Omsorg og Beskæftigelse, Viborg Kommune (Projektleder)

Ove Gaardboe,
Overlæge og ekstern konsulent, Dansk Selskab for Patientsikkerhed (Delprojektleder)

Janne Laursen,
Klinisk Sygeplejespecialist, Kirurgi, Hospitalsenhed Midt (Projektkoordinator)

Henrik Ravn,
Leder af Pleje- og Omsorgscentre, Viborg Kommune

Marianne Frost,
Leder af plejeboligheden, Skive Kommune

Jette Laumand,
Sektionsleder, Sektionen for plejecentre, Silkeborg Kommune

Michael Skov Jensen,
Overlæge, Medicinsk afdeling, Hospitalsenhed Midt

Søren Ringgaard,
Overlæge, Klinik for Lindrende Behandling, Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt

Jane Gregersen,
Praksislæge, PLO-Midt

Forord og resume	4
De 4 indsatsområder i implementeringsprojektet:	4
Indledning	5
Baggrund for projektet	5
Metode og organisering.	5
Indsatsområde 1: Forventningssamtaler og behandlingsniveau.	8
Kompetenceudviklingsforløb	8
Eksistenslaboratorium.	8
Samtaleguide	9
Samtalerne som indsats	9
Evaluering af forløbet i forbindelse med dødsfald	10
Temaeftermiddag for praktiserende læger	10
Animationsfilm og folder	10
Resultater for Indsatsområde 1	11
Indsatsområde 2: Inddrage og støtte pårørende.	13
Samtaleguide	13
Borgercafé	13
Dilemmaspil	14
Resultater for indsatsområde 2	14
Indsatsområde 3: Klare retningslinjer og tydelig dokumentation - også på tværs af sektorer	15
Fælles instruks	15
E-learning	15
Resultater for indsatsområde 3	16
Indsatsområde 4: Udbrede kendskabet til vågetjenester	17
Oversigt over vågetjenester	17
Deltagelse i personalemøder.	17
Samarbejdsaftale mellem Røde Kors Viborg og Regionshospitalet Viborg.	17
Civilsamfundet	17
Borgercafé	17
Resultater af indsatsgruppe 4	18
Opsamling og spredning	19
Afrunding	19
Litteraturliste.	21
Litteraturliste fra Projekt Livets Afslutning – del 1	21
Bilagsliste	24

Forord og resume

Projekt Livets Afslutning er et tværsektorielt projekt igangsat af Klyngestyregruppen i Midtklyngen i 2018. Projektet løb i perioden 2018-2020 og havde fokus på en kvantitativ og kvalitativ afdækning af eksisterende arbejdsgange samt viden om og erfaringer med livets afslutning. Afdækningen viste, at man i flere situationer havde manglende kendskab til og viden om samt muligheder og kompetencer til at indfri og efterleve borgernes ønsker for livets afslutning. På den baggrund blev det besluttet at søge midler fra Sundhedsstyrelsen pulje for at kunne arbejde videre med fire centrale indsatsområder i et stort implementeringsprojekt; Projekt Livets Afslutning implementeringsprojekt 2020-2022. Ambitionen med implementeringsprojektet var, at flere borgere skulle have lov til at dø i fred og ro, og at dette sker i tæt samarbejde mellem borger, dennes pårørende og de sundhedsprofessionelle, der er involverede undervejs.

De 4 indsatsområder i implementeringsprojektet:

1. Forventningssamtaler og behandlingsniveau
2. Inddrage og støtte pårørende
3. Klare retningslinjer og tydelig dokumentation – også på tværs af sektorer
4. Udbrede kendskabet til vågetjenester

Vi tror på, at implementeringsprojektet har været med til at gøre en forskel for borgere og pårørende såvel som for de sundhedsprofessionelle - og på sigt for vores samlede økonomi og ressourcer.

Tak til styregruppen, projektledelsen, projektkoordinatorer, alle deltagende arbejdspladser, ældreråd, seniorråd, pårørende og borgere. Tak til alle der har stillet sig til rådighed og bidraget undervejs i Projekt Livets Afslutning.

God læselyst.

Formandskabet for Projekt Livets Afslutning

Maila Brown Lundberg Tandrup
Omsorgschef, Viborg Kommune

&

Helle Skytte Andersen
Chefsygeplejerske, Hospitalsenhed Midt

Indledning

Baggrund for projektet

I dette afsnit beskrives kort baggrunden for og formålet med Projekt Livets Afslutning.

Implementeringsprojektet har afsæet i det 2-årige projekt Livets Afslutning (2018-2020). Projekt Livets Afslutning er et samarbejde mellem Viborg, Skive og Silkeborg kommune, de praktiserende læger og Hospitalsenhed Midt, som tilsammen udgør Midtklyngen.

Projektet blev igangsat, fordi undersøgelser viste, at borgernes ønsker for livets afslutning ikke altid bliver efterlevet. Projektet bestod af en kortlægning af eksisterende indsatser, 164 samtaler med blandt andet borgere, pårørende, sundhedsprofessionelle og præster samt 18 prøvehandling. Projektet afdækkede, at der var behov for kompetenceudvikling hos personalet, mere systematik i samtalerne om borgerens sidste tid, mere viden om muligheden for at tilkalde vågetjenester samt ensretning af arbejds gange, for at borgernes ønsker for den sidste tid i videst muligt omfang kan efterleves. Rapport og evalueringsrapport fra Projekt Livets Afslutning kan blandt andet findes her www.viborg.dk/livetsafslutning og www.projektlivetsafslutning.hemidt.dk

I Projekt Livets Afslutning blev der derfor udpeget 4 indsatsområder, der skulle arbejdes videre med i implementeringsprojektet:

1. Forventningssamtaler og behandlingsniveau
2. Inddrage og støtte pårørende
3. Klare retningslinjer og tydelig dokumentation – også på tværs af sektorer
4. Udbrede kendskabet til vågetjenester

Formålet med implementeringsprojektet er at styrke mulighederne for, at den enkelte borgers ønsker for livets afslutning efterleves, og at dette sker i tæt samarbejde mellem borgeren, de pårørende og det sundhedspersonale, der er involveret undervejs. Dette sker gennem arbejdet med de 4 indsatsområder, hvor målet er, at flere borgere får ro og lov til at dø, og flere undgår unødvendig behandling og indlæggelse ved livets afslutning.

I denne rapport anvendes ordet borger, når der tales om borger/patient.

Metode og organisering

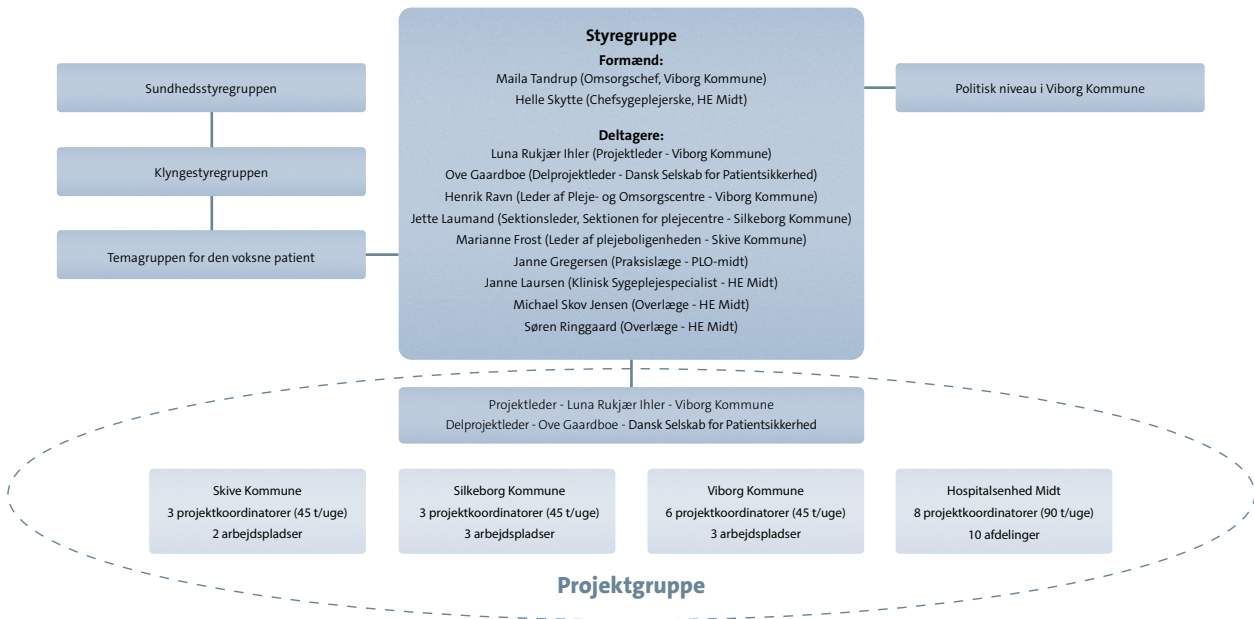
I dette afsnit gennemgås projektets organisering og de metoder, der er anvendt.

Implementeringsprojektet er organiseret i et samarbejde mellem Midtklyngen bestående af Silkeborg, Skive og Viborg Kommune samt Hospitalsenhed Midt og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Viborg kommune er ankerkommune på ansøgningen, hvorfor det politiske niveau i Viborg kommune spiller en rolle i organiseringen.

Implementeringsprojektet er finansieret af puljemidler fra Sundhedsstyrelsens pulje: Styrket omsorg og nærvær i ældreplejen.

På næste side fremgår organiseringen i Projekt Livets Afslutning:

Ankerkommune - Viborg Kommune



Foruden en styregruppe med repræsentanter fra de parter, der har været involveret i projektet, er der nedsat fire indsatsgrupper og en projektarbejdsgruppe. Desuden har projektet frikøbt medarbejdere fra driften til at udfylde rollen som projektkoordinatorer.

Projektkoordinatorernes rolle har været at fastholde fokus og understøtte tiltag fra implementeringsprojektet på den enkelte arbejdsplads.

Projektledelsen, bestående af en projektleder og en delprojektleder, og projektkoordinatorerne har haft et tæt samarbejde og har kontinuerligt mødtes på tværs af arbejdspladser og sektorer. Tilsammen udgør projektledelsen og projektkoordinatorerne projektarbejdsgruppen.

Alle fire indsatsgrupper havde repræsentanter fra styregruppen og projektarbejdsgruppen samt ledere fra de involverede arbejdspladser. Hver af de fire indsatsgrupper var ansvarlig for at arbejde med ét af de indsatsområder, der blev udpeget i Projekt Livets Afslutning.

Projektet har fra start haft et borgerrettet fokus, hvorfor der i to af grupperne også var tilknyttet borgerrepræsentanter, som deltog aktivt i arbejdet.

På næste side ses de 4 indsatsgrupper:

Indsatsgruppe 1 Forventningssamtaler og behandlingsniveau	Indsatsgruppe 2 Inddrage og støtte pårørende	Indsatsgruppe 3 Klare retningslinjer og tydelig dokumentation	Indsatsgruppe 4 Udbrede kendskabet til vågetjenesten
Formænd: Søren Ringgaard (Overlæge, HE Midt) Henrik Ravn (Leder af Pleje- og Omsorgscentre, Viborg Kommune)	Formand: Marianne Frost (leder af plejeboligenheden, Skive Kommune)	Formænd: Michael Skov Jensen (Overlæge, HE Midt) Jette Laumann (Sektionsleder, Sektionen for plejecentre - Silkeborg Kommune)	Formand: Janne Laursen (Klinisk Sygeplejespecialist - HE Midt)
Deltagere: Diana Gaarskjær (udviklingsygeplejerske, Skive Kommune) Lone Hermansen (sygeplejerske, Viborg Kommune) Anne Mette Lyng Sørensén (områdeleder pleje og omsorg, Skive Kommune) Anette Overgaard (sygeplejerske, HE Midt) Laila Tarpgaard (sundhedsfaglig leder Silkeborg Kommune) Lotte Illeborg Skovgaard (sygeplejerske, Silkeborg)	Deltagere: Kirsten Krabsen (klinisk sygeplejespecialist, HE Midt) Mette Haaning Kjærgaard (daglig leder Skive Kommune) Tanja Murphy (distriktsleder, Viborg Kommune) Nataschia Svendsen (sygeplejerske, Viborg Kommune) Heidi Møller (oversygeplejerske, HE Midt) Anne Mette Lyng Sørensén (områdeleder pleje og omsorg, Skive Kommune) Hanne Kirial (sundhedsfagligleder, Silkeborg Kommune) Birgitte Nyboe Høst (sygeplejerske, Silkeborg Kommune)	Deltagere: Janne Laursen (Klinisk Sygeplejespecialist - HE Midt) Diana Gaarskjær (udviklingsygeplejerske, Skive Kommune) Doris Bisgaard (områdeleder, Skive Kommune) Marianne Villekold (centerleder, Viborg Kommune) Marie Louise Daugaard (sygeplejefaglig ansvarlig, Silkeborg Kommune)	Deltagere: Anne Gleerup (distriktsleder, Viborg Kommune) Pia Johansen (sygeplejerske, Viborg Kommune) Doris Bisgaard (områdeleder, Skive Kommune) Irene Læggaard (centerleder, Silkeborg Kommune) Rikke Gryholt (sygeplejerske, Silkeborg Kommune)
Luna Rukjær (Projektleder) Ove Gaardboe (Delprojektleder)	Luna Rukjær (projektleder)	Luna Rukjær (projektleder) Ove Gaardboe (Delprojektleder)	Luna Rukjær (projektleder) Hanne Rasmussen (borgerrepræsentant) Ina Marie Kristensen (borgerrepræsentant)
Hans Jørgen Høring (Borgerrepræsentant)	Ina Marie Kristensen (borgerrepræsentant) Hanne Rasmussen (borgerrepræsentant) Ulla Serup (borgerrepræsentant)		

I alt deltog 21 arbejdspladser i projektet, heraf seks plejecentre, fire hjemmeplejedistrikter og 11 sygehusafdelinger. På disse arbejdspladser blev der arbejdet med implementering af de fire indsatsområder. Arbejdspladserne har ligeledes gennemført kompetenceudvikling og været involveret i udviklingen af de forskellige materialer, der er udarbejdet i implementeringsprojektet. Materialerne præsenteres i de følgende afsnit.

Der er anvendt følgende metoder ved opsamling på projektarbejdet:

- Samtaler med borgere og medarbejdere vha. borgerdesign metoden¹
- Fokusgruppeinterviews
- Mundtlig opfølgende opsamling på hver arbejdsplads med projektledelsen
- Skriftlig udfyldelse af opsamlingskema fra hver projektkoordinator fra hver arbejdsplads (bilag 1)
- Evalueringsskema: Evaluering af dødsfald (bilag 2)
- Filmdokumentation fra undervisning
- Datatræk fra kommuner og Hospitalsenhed Midt (bilag 3 & 4)
- Videointerviews med medarbejdere

I de kommende afsnit beskrives de initiativer, der er igangsat indenfor projektets 4 indsatsområder:

1. Forventningssamtaler og behandlingsniveau
2. Inddrage og støtte pårørende
3. Klare retningslinjer og tydelig dokumentation – også på tværs af sektorer
4. Udbrede kendskabet til vågetjenester

¹ Metoden "At borgerdesign" er en systematisk metode udviklet i Koncern HR, Region Midtjylland. Metoden er i projektet anvendt til at indsamle aktørernes perspektiver, gennem samtaler. Under samtalerne er sigende citater noteret, og materialet er systematiseret ud fra mønstre og temaer, der dukker op i samtalerne.

Indsatsområde 1: Forventningssamtaler og behandlingsniveau

Indenfor indsatsområde 1 blev der igangsat flere forskellige initiativer med det formål at styrke mulighederne for, at den enkeltes borgers ønsker for livets afslutning afklares og om muligt efterleves. I dette afsnit beskrives initiativerne. Nogle af initiativerne retter sig mod de sundhedsprofessionelle på hospitalet, i hjemmeplejen og på plejecentre samt de praktiserende læger. Andre initiativer retter sig mod borgere og pårørende.

Indsatsområde 1 og initiativerne heri har haft en stor vægtning i projektet. Et af fundene i første del af Projekt Livets Afslutning var nemlig, at medarbejderne efterspurgte kompetencer til at tage samtalerne om livets afslutning. Derfor var en central del af dette indsatsområde et kompetenceudviklingsforløb for projektdeltagerne på to hele arbejdsdage med mindst en måned imellem.

Det var ønsket fra projektafdækningen i del 1, at samtaler om livets afslutning skulle afprøves i en mere formaliseret ramme. Derfor skulle der sættes tid af hos medarbejderne til at tage samtalerne – akkurat på samme måde som der afsættes tid til behandling og pleje hos den enkelte borger. Formålet med at gennemføre forventningssamtaler med borgerne og deres pårørende var blandt andet at afklare behandlingsniveauet og udbrede kendskabet til behandlingstestamentet både blandt sundhedsprofessionelle, borgere og pårørende.

Kompetenceudviklingsforløbet og de øvrige initiativer i indsatsområde 1 beskrives nærmere nedenfor.

Kompetenceudviklingsforløb

Kompetenceudviklingsforløbet bestod af to hele dages undervisning suppleret med et forarbejde før første undervisningsdag, en "hjemmeopgave" på arbejdspladsen mellem første og anden undervisningsdag samt en opfølgning med arbejdspladsen et stykke tid efter sidste undervisningsdag. Der blev arbejdet med en vekselvirkning mellem input fra uddannelsesleder og fra eksterne undervisere og deltagernes egne erfaringer – alt sammen rettet mod at udvikle og gennemføre indsatser på arbejdspladsen.

I alt gennemførtes 10 forløb á 2 hele dage med deltagelse af 235 medarbejdere fra 21 arbejdspladser. Princippet for undervisningen ses i bilag 5.

Undervisningen blev varetaget af delprojektleder, overlæge og ekstern konsulent Ove Gaardboe, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, sammen med eksterne undervisere blandt andet præster, den lokale praksislæge og Klinik for Lindrende Behandling. Denne sammensætning af undervisere sikrede, at de essentielle temaer og dilemmaer blev behandlet og, at de sundhedsprofessionelle blev klædt på til samtaler om livets afslutning med borgere og pårørende.

Eksistenslaboratorium

Flere undersøgelser peger på, at sundhedsprofessionelle oplever stor usikkerhed, når de i deres arbejde med eksistentiel støtte til borgere og pårørende mangler afklaring i forhold til egne værdier og holdninger. Formålet med eksistenslaboratoriet er derfor at styrke deltagernes bevidsthed om egne eksistentielle grundantagelser og på at forholde sig til sin egen død og derved ruste deltagerne til at blive bedre til mødet med mennesker, som oplever svære eksistentielle udfordringer, for eksempel når livets afslutning nærmer sig og ændrer hverdagslivet (1).

Afholdelse af eksistenslaboratorium blev en del af undervisningsplanen. En hospitalspræst hjalp med at få sat fokus på medarbejderen selv (se bilag 6, for eks. på undervisningsprogram). Derudover gennemførtes et eksistenslaboratorium af 4 timers varighed for 2 af de involverede arbejdspladser. Alle eksistenslaboratorier blev faciliteret af en præst.

Deltagerne tog godt imod eksistenslaboratorierne. En medarbejder siger:

”Men der dykkede man sådan ned i os selv... Hvorfor er det, vi har så svært ved at tale om det her (red. Livets Afslutning). Det fik vi i hvert fald tilbagemeldinger på, at... Altså det havde gjort noget ved dem (red. deltagerne) på en god måde.”

- Sygeplejerske

At tale om livets afslutning og at være i stedet for altid at være i gang og gøre er altså noget, der skal arbejdes med og ikke kommer af sig selv. Vi er vant til at ”fikse” og tilbyde, og stilhed og det blot at være – det ligger ikke lige som det første. Det kan et eksistenslaboratorium være med til at understøtte, at vi bliver bedre til.

Samtaleguide

I forbindelse med kompetenceudviklingen udtrykte deltagerne ønske om en samtaleguide til samtalen med borgeren. Derfor blev der udviklet en samtaleguide af en arbejdsgruppe bestående af projektkoordinatorer og projektledelsen. Samtaleguiden kan blandt andet findes her:

www.viborg.dk/livetsafslutning og www.projektlivetsafslutning.hemidt.dk.

Samtaleguiden er et redskab til medarbejderne, som kan give dem et afsæt for samtaler med borgerne om livets afslutning. I 2021 indgik Region Midtjylland en ny samarbejdsaftale om palliative indsatser. Samarbejdsaftalen beskriver, at sundhedspersonalet i kommunen og på hospitalet er ansvarlige for at afdække borgers ønsker til pleje, behandling og dødssted. Samtaleguiden understøtter dette.

Samtaleguiden er blevet til sidst i implementeringsprojektet, og derfor kan der endnu ikke evalueres på denne.

Samtalerne som indsats

Samtaler om livets afslutning har i dette projekt været afprøvet i en mere formaliseret ramme. Erfaringen er, at det er vigtigt, der bliver afsat tid til disse samtaler. Det kan lade sig gøre ved at betragte samtalerne som en ydelse på lige fod med alt andet. I fagsystemet er der blevet oprettet en indsats, så der er mulighed for at afsætte tid til samtalerne i den daglige praksis. På denne måde understøttes systematik i samtalerne samtidig med, at der er kommet systematik i dokumentationen.

Dette har gjort, at samtalerne er blevet prioriteret og er blevet en integreret del af opgaverne:

”Samtalerne er en del af vores opgave, lige så vigtig som at tage temperaturen, og lige så stor en del af det, vi skal”

- Medarbejder, hjemmeplejen

”Der skal være tid til det – hvis ikke der er tid, skal det ikke indledes. Det skal prioriteres og planlægges”

- Medarbejder, hospital

Citaterne tydeliggør, at medarbejdere og ledere oplever, at der nu er sat rammer om samtalerne, og at de derved får øget fokus og opmærksomhed. Der bliver vist rettidig omhu i forhold til at invitere til samtalerne og at afholde dem i god tid, i ’fredstid’. Det er også blevet mere legalt at tale om døden, både blandt borgere og pårørende, og blandt personale. Opmærksomheden på samtalerne styrker en fælles faglig refleksion, og med den sker der et kompetenceløft.

Evaluering af forløbet i forbindelse med dødsfald

Som en del af projektet er der desuden udviklet et skema, som medarbejderne kan bruge til at evaluere det enkelte dødsfald. Formålet med skemaet er at undersøge, om borgerne rent faktisk får en død i overensstemmelse med egne ønsker.

Skemaet 'Evaluering af dødsfald' (se bilag 2) blev udleveret på første undervisningsdag. I løbet af 6 måneder blev der indsamlet 107 evalueringsskemaer. Erfaringerne var, at skemaerne i mange tilfælde bidrog med gode refleksioner over, hvad der kunne gøres bedre.

De indsamlede skemaer viser følgende:

- Når noget går godt fra starten, går det som oftest godt under hele forløbet. Når noget går dårligt fra starten, går det som oftest dårligt under hele forløbet.
- Når noget går godt/dårligt, er det som oftest vurderet, at det afhænger af kommunikation. Det er enten kommunikation personale/pårørende eller faggrupper imellem eller ved sektorovergange.
- De største udfordringer er der, hvor samtalen om ønsker til livets afslutning ikke er taget i tide. Derudover er der også udfordringer i forhold til samarbejdet på tværs af arbejdspladser/sektorer.

Evaluering af dødsfald har vist sig at være en god metode. Samtlige arbejdspladser har derfor også taget metoden til sig og vil anvende den fremover.

Temaeftermiddag for praktiserende læger

Foruden kompetenceudviklingsforløbet og eksistenslaboratorier er der også afholdt temaeftermiddag med praktiserende læger i to af de involverede kommuner. Temaeftermiddagen havde fokus på fravalg af livsforlængende behandling samt palliation og tværsektorielt samarbejde. Derudover havde temaeftermiddagen også fokus på behandlingsniveau og forventningsafstemning mellem borger og læge, og de fælles nye retningslinjer.

Program for fagligt indhold til temaeftermiddagen:

1. Orientering om Projekt Livets Afslutning v/Maila Tandrup, Omsorgschef Viborg Kommune
2. Oplæg om palliation i almen praksis v/Anna Weibull, praktiserende læge, Grenå og Sverige
3. Praktisk jura for almenmedicinere: Hvad siger vejledningen? v/Ove Gaardboe, overlæge og ekstern konsulent, Dansk Selskab for Patientsikkerhed
4. Hvordan afleverer vi patienter med fravalg af livsforlængende behandling til hinanden v/Michael Skov Jensen, Lungemedicinsk afd., Hospitalsenhed Midt Viborg
5. Diskussion

Animationsfilm og folder

Foruden fokus på livets afslutning blandt sundhedsprofessionelle er det vigtigt, at civilsamfundet også får viden om emnet. Jo mere man selv har tænkt, afklaret og besluttet på forhånd, jo bedre mulighed er der for, at man i mødet med sundhedsprofessionelle får efterkommet sine egne ønsker ved livets afslutning.

Derfor er der udarbejdet to animationsfilm og en folder, som skal oplyse om, hvad man som borger selv kan gøre, herunder hvad der kan tages stilling til på forhånd, og hvordan man kan gøre det. De to animationsfilm: "Tag stilling til genoplivning" og "Behandlingstestamente" samt folderen kan blandt andet findes her www.viborg.dk/livetsafslutning og www.projektlivetsafslutning.hemidt.dk.

Animationsfilmene ligger til fri afbenyttelse og kan anvendes af alle, dog uden redigering. Ydermere sørger involverede parter for at omtale og vise animationsfilmene til borgere, pårørende, ældre- og seniorråd samt personale. Folkemødet Bornholm 2022 er et af de steder, hvor animationsfilmene er blevet fremvist. Animationsfilmene kan også anvendes på sociale medier, og findes på hjemmesiden for Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Folderen er ligesom animationsfilmene blevet omtalt og uddelt mange steder; til borgere på hospitalet samt til borgere og pårørende, der enten er tilknyttet hjemmeplejen eller et plejecenter i en af de tre kommuner. Folderen er også egnet til at lægge i lægepraksis, og der er lavet animationsfilm - uden lyd men med tekst - så de kan bruges på infoskærme i lægepraksis og andre relevante steder.

Resultater for indsatsområde 1

Undervisningen har været en stor del af kompetenceudviklingen. Noget af det, der fremhæves fra deltagerne til undervisningen, er repræsentationen af alle faggrupper. Det understreges blandt andet i et medarbejderinterview, at det relationelle forhold til borgeren er en vigtig faktor i samtalerne, hvorfor kompetenceudviklingen er relevant for alle faggrupper. Interviewet kan bl.a. findes her projektlivetsafslutning.hemidt.dk og viborg.dk/livetsafslutning. Derudover er samtaler om døden en opgave, der skal løftes i fællesskab på den enkelte arbejdsplads på tværs af de forskellige faggrupper.

Undervisningen er blevet godt modtaget både på små og store arbejdspladser og har også fået en rigtig god evaluering. En af de ting der pointeres er, at alle faggrupper var repræsenteret til undervisningen.

"Det vores ledelse gjorde var, at de udvalgte jo deltagerne. Vi havde medarbejdere fra alle områder, der havde vi simpelthen repræsentation fra plejegruppen med til undervisningsdage. Og det var i hvert fald noget af det jeg oplevet, at det betød rigtig meget, at vi fik den der fælles undervisning."

- medarbejder, hospital

Som nævnt har 235 medarbejdere deltaget i undervisningen mod forventeligt 160 medarbejdere frikøbt gennem projektet. Arbejdspladserne har altså prioriteret selv at finde finansiering til at flere medarbejdere har kunne deltage i undervisningen, hvilket viser stor ledelsesopbakning.

Den høje grad af medarbejdernes egen involvering har været en væsentlig del af metoden til forandring. Der har været fokus på, at det er medarbejdernes engagement, der sammen med et stærkt og vedvarende ledelsesfokus skal sikre, at forandringen varer ved.

Det har været en del af projektets formål at udbrede kendskabet til behandlingstestamentet, idet der kun er få, der kender til det – under 100.000 borgere har oprettet et behandlingstestamente, siden det blev indført i 2019.

Mange borgere og sundhedsprofessionelle kendte ikke til behandlingstestamentet ved projektets start, hvor 56.740 borgere havde oprettet et behandlingstestamente (Se rapport: Projekt Livets Afslutning, s. 22, rapporten kan bl.a. findes her: www.viborg.dk/livetsafslutning og www.projektlivetsafslutning.hemidt.dk). Aktuelt har 90.714 borgere oprettet et behandlingstestamente (3).

Med et behandlingstestamente kan man som borger på forhånd træffe beslutninger om livsforlængende behandling og forsøg på genoplivning ved hjertestop. Behandlingstestamentet gælder kun i den situation, hvor man er blevet varigt inhabil og ikke længere selv kan træffe beslutning (ligger i koma eller er dement).

Ved at oprette et behandlingstestamente kan man spare de sundhedsprofessionelle og sine nærmeste for nogle overvejelser ved selv at have besluttet en række ting på forhånd.

Alle projektdeltagere er undervist i behandlingstestamente og kan nu rådgive borgerne om dette. Denne rådgivning understøttes af animationsfilmen: "Behandlingstestamente". Animationsfilmen kan bl.a. findes her: www.viborg.dk/livetsafslutning og www.projektlivetsafslutning.hemidt.dk.

Under projektperioden er der blevet afholdt mange samtaler om livets afslutning. Disse samtaler har naturligvis haft forskellig karakter:

"Der er forskel på at tale om de "hårde" ting, som genoplivning, og de "blødere" (eksistentielle) omkring den sidste tid."

- Medarbejder, plejecenter

Samtaler om ønsker til livets afslutning har altid været en del af dagligdagen i Midtklyngen. Vi er gået fra at snakke om at tage stilling til genoplivningsforsøg til nu også at snakke om ønsker til behandlingsniveau. På de involverede plejecentre er der taget stilling til genoplivningsforsøg ved stort set alle borgere.

I projektperioden har der været afholdt rigtig mange samtaler om ønsker for den sidste tid. Samtalerne blev først påbegyndt på de involverede arbejdspladser efter undervisningen i efteråret 2021. Derudover valgte en kommune at udsætte samtalerne til samtaleguiden var færdigudviklet. Dette tog længere tid end antaget, hvorfor de påbegyndte samtalerne struktureret i foråret 2022.

I kommunerne er indsatsen: "samtale – livets afslutning" anvendt 404 gange. Det vurderes, at samtalerne foregår langt oftere, da samtalerne ofte opstår spontant, og ikke som følge af et planlagt besøg/samtale. Derudover erfarer det, at indsatsen: "samtale – livets afslutning" ikke altid er blevet anvendt, men derimod har der været anvendt andre indsatser til samtalen for eksempel sygeplejefaglig opfølgning, årlig opfølgning, indflytningssamtaler og lignende.

På Hospitalsenhed Midt er der fra januar til september 2022 udfyldt 2.607 SFI'er om aftalt behandlingsniveau – herunder stillingtagen til genoplivning ved hjertestop. SFI er en forkortelse af Sundheds Fagligt Indhold i den elektroniske patientjournal (EPJ). Til sammenligning blev denne SFI i hele 2020 udfyldt 1.654 gange. Der ses altså en væsentlig stigning i antallet af udfyldte SFI'er.

Indsatsområde 2: Inddrage og støtte pårørende

Erfaringer fra Projekt Livets Afslutning 2018-2020 pegede på, at pårørende ikke altid føler sig inddraget og støttet tilstrækkeligt ved livets afslutning. Det andet indsatsområde, der blev defineret, er derfor "Inddrage og støtte pårørende". Indenfor dette indsatsområde blev der igangsat tre initiativer, som er med til at fremme inddragelsen og støtten af pårørende til borgere, der befinder sig i den sidste del af livet. De tre initiativer beskrives nedenfor. Derefter er der en kort opsamling på resultaterne af indsatserne.

Samtaleguide

I indsatsområde 2 er der udviklet en samtaleguide til sundhedsprofessionelle. Samtaleguiden kan anvendes i samtalen med pårørende til borgere, der befinder sig i den sidste del af livet. I prøvehandlingerne i Projekt Livets Afslutning 2018-2020 blev det fremhævet, at samtaleguides ikke skal bruges som tjekliste men som inspiration og støtte. Derfor er den nye guide også udarbejdet sådan. Mange pårørende spiller en helt afgørende rolle i den sidste tid. De er både en vigtig ressource for borgeren og en central samarbejdspartner for de sundhedsprofessionelle. Med guiden bliver de sundhedsprofessionelle klædt bedre på til at afdække de pårørendes behov og til at få afstemt forventningerne.

Ifølge samarbejdsaftalen for palliative indsatser er sundhedspersonalet medansvarlig for at vurdere, om de pårørende har behov for en indsats, og de sundhedsfaglige er forpligtede til at handle og iværksætte den nødvendige hjælp. Samtaleguiden kan derfor også bruges af de sundhedsprofessionelle, som et redskab til netop at afklare dette.

Samtaleguiden målrettet pårørende kan bl.a. findes her: www.viborg.dk/livetsafslutning og www.projektlivetsafslutning.hemidt.dk.

Borgercafé

I indsatsområde 2 er der også igangsat et initiativ med en borgercafé. Dette initiativ har et civilsamfundsperspektiv, da den blev afholdt i samarbejde med frivillige organisationer. Formålet med cafeen var at inddrage de pårørende og give dem indblik i og viden om den sidste tid – livets afslutning.

Programmet for borgercaféen indeholdt følgende:

1. Hvad er mine muligheder for fravalg?
- herunder oplysning om behandlingstestamentet
2. Vågetjenesten fortæller om det at våge hos en døende
- den lokale vågetjeneste fortæller
3. Hvad vil det sige at være pårørende til en døende?
- fortællinger fra sygeplejerske på plejecenter samt input fra deltagerne

Borgercafeen varede to timer og ca. 25 personer deltog.

Dilemmaspil

Det tredje initiativ, der blev igangsat indenfor indsatsområde 2, er et dilemmaspil. Som sundhedsprofessionel kan man opleve forskellige dilemmaer op til og i forbindelse med et dødsfald. Et dilemmaspil kan bidrage til at skabe en åben kultur på arbejdspladserne, hvor det er okay at snakke om døden og de dilemmaer, der knytter sig hertil. I dilemmaspillet er dilemmaerne stillet på forhånd, og de giver anledning til drøftelse med medarbejdere imellem. På denne måde bliver der skabt en åben dialog om livets afslutning i dagligdagen, og det kan åbne for kollegasparring også i de svære situationer.



Mange af de dilemmaer, som medarbejderne kan stå i, involverer også de pårørende. Dilemmaspillet er udformet, så det også kan understøtte medarbejderne i på bedst mulig vis at inddrage og støtte de pårørende i svære situationer.

Dilemmaerne i dilemmaspillet er indsamlet fra de arbejdspladser, der har været involveret i projektet. Spillet tager altså udgangspunkt i dilemmaer og udfordringer, de sundhedsprofessionelle selv har mødt i arbejdet med borgere og pårørende i den sidste del af livet. Dilemmaspillet kan bl.a. findes her: www.viborg.dk/livetsafslutning og www.projektlivetsafslutning.hemidt.dk.

Resultater for indsatsområde 2

To initiativer var målrettet de pårørende til borgere i den sidste tid af livet. Både folder og animationsfilm er med til at skabe samtaler allerede inden mødet med sundhedsvæsenet.

Borgercaféen, som blev afholdt sammen med frivillige fra den lokale vågetjeneste, fik gode tilbagemeldinger. Deltagerne gav efterfølgende udtryk for, at det havde været relevant både at høre om egne muligheder for fravalg og vågetjenestens fortælling.

Begge initiativer kan bidrage til at indlede samtaler i hjemmet familiemedlemmer og nære relationer imellem og derved være med til at skubbe til døden som tabubelagt emne i samfundet i sin helhed. To andre initiativer var målrettet medarbejderne. Samtaleguiden er et redskab til medarbejderne i arbejdet med inddragelse af pårørende. Den skal være med til at afklare den pårørendes egen rolle, behov og forventninger. Her er det altså den pårørendes følelser og behov der er i centrum og ikke den døendes.

Dilemmaspillet er tænkt som et redskab, der kan understøtte kollegasparring og kompetenceudvikling på den enkelte arbejdsplads i forhold til de dilemmaer, man som medarbejder kan støde på i en borgers sidste tid. En medarbejder giver udtryk for værdien i spillet:

"Jeg var ude på et plejecenter, der var med i det her projekt, fordi vi skulle prøve det her dilemmaspil. Og der sad nogle ufaglærte, hjælpere, assistenter og sygeplejersker. Det som der virkelig var en aha-oplevelse for mig, det var, at alle sammen, faktisk kunne sige: 'Det kunne vi lige drage nytte af...', altså de kunne ligefrem sige nogle ting, (som) overraskesspørgsmålet..... Og de følte også selv, at de var blevet bedre klædt på, qua den undervisning."

- Sygeplejerske, kommune

Indsatsområde 3:

Klare retningslinjer og tydelig dokumentation - også på tværs af sektorer

I den seneste vejledning fra Styrelsen for Patientsikkerhed fra november 2019 blev det tydeliggjort, at fravalgsbeslutninger, herunder også fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop, gælder på tværs af sektorer, indtil der træffes en anden beslutning. Derfor er det ikke kun vigtigt at sikre, at alle sundhedsprofessionelle kender og anvender gældende retningslinjer i egen sektor. Det er også vigtigt, at de kender til, hvordan fravalgsbeslutninger videregives mellem sektorer.

Indenfor indsatsområde 3 blev der derfor igangsat to initiativer, som skal sikre klare retningslinjer og tydelig dokumentation – også på tværs af sektorer. De to initiativer beskrives nedenfor. Derefter er der en kort opsamling på resultaterne af indsatserne.

Fælles instruks

Det første initiativ, der er igangsat, er en fælles instruks. Ved projektstart havde de tre kommuner hver sin retningslinje for fravalg af livsforlængende behandling og fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop. Retningslinjerne var kun i begrænset omfang koordineret med den gældende retningslinje for sygehuset og regionen.

En arbejdsgruppe med en repræsentant for hver kommune, Hospitalsenheden Midt og Dansk Selskab for Patientsikkerhed udviklede derfor én fælles instruks for de tre kommuner. Denne instruks er opdateret i forhold til både den aktuelle tolkning af vejledningerne om fravalg og regionens retningslinje. Der er ligeledes udarbejdet en 'pixi-udgave' til den basale forståelse af fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Instruksen er formentlig den eneste fælles instruks med dette tema mellem flere kommuner og hospital og den er nu implementeret i Skive, Viborg og Silkeborg kommuner (se bilag 7 & 8 for instruks og pixi-udgave.)

Efterfølgende har der været afholdt møde med Præhospitalet i Region Midtjylland. Mødet resulterede i initiativer, der skal sikre yderligere afstemning af procedurerne for kommunikationen mellem Regionen og kommunerne. Præhospitalet har desuden fået tilrettet deres lokale retningslinje, så deres procedure er afstemt med hospitalet og kommunerne.

E-learning

Det andet initiativ, der er igangsat, omhandler e-learning. For at understøtte anvendelsen af ovennævnte fælles instruks er der udarbejdet 4 e-learningprogrammer. E-learning er en simpel måde at understøtte kompetenceudvikling på et område og skal i dette tilfælde bidrage til, at instrukser og vejledninger på området følges. E-learningprogrammerne omhandler ikke blot instruksen, men også gode råd til samtaler om livets afslutning.

Titlerne på e-learningprogrammerne er:

1. Samtaler om livets afslutning
2. Du finder borger livløs
3. Hvad er fravalg af livsforlængende behandling
4. Ethiske overvejelser i forbindelse med dødsfald

Resultater for indsatsområde 3

Den fælles instruks har betydet, at man i Midtklyngen nu ved, hvor man som sundhedsprofessionel kan finde vigtige oplysninger om bl.a. fravalg af genoplivningsforsøg. Det fremgår også af nedenstående citater:

"En af de helt store gevinster i dette projekt er, at datadeling og problematikker angribes."

- Medarbejder, plejecenter

"Det står i instruksen, og nu har vi også et sted, hvor vi kan skrive det ind. Også viden fra de spontant opståede samtaler."

- Medarbejder, plejecenter

"Der er meget fokus på kommunikationen med borgerne om patientens valg. Det føres til journal og lægges med som papir og kommunikeres på tværs af afdelinger og sektorer."

- Medarbejder, hospital

Der er altså ikke blot fokus på, at den enkelte arbejdsplads ved, hvor de kan finde oplysningerne, men også på at sikre, at oplysningerne deles, når borgeren skifter sektor. Dermed understøttes muligheden for at efterleve borgernes ønsker for livets afslutning også på tværs af sektorer. Det giver tryghed, og flere borgere får ro og lov til at dø.

Dokumentation og sikring af ensartethed har ligeledes været en del af undervisningen og et fokusområde undervejs i projektet for at sikre den retmæssige dokumentation på tværs af sektorer, bl.a. af fravalg af livsforlængende behandling og fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop. Her er der blandt andet arbejdet med dokumentationspraksis for involverede faggrupper, samt hvad der er vigtigt, at sådan en beskrivelse af fravalg indeholder, for eksempel vigtigheden af lægeligt dokumenteret fravalg med tydelig datering.

Indsatsområde 4: Udbrede kendskabet til vågetjenester

Vågetjenesten kan ses som en ressource, der er med til at skabe tryghed, ro og aflastning i den sidste tid, hvis en borger ikke ønsker at være alene. Indenfor indsatsområde 4 blev der igangsat fem initiativer, som skal udbrede kendskabet til vågetjenester. Tre af initiativerne retter sig mod medarbejderne, og to af initiativerne retter sig mod civilsamfundet. De fem initiativer beskrives nedenfor. Derefter er der en kort opsamling på resultaterne af indsatserne.

Oversigt over vågetjenester

Erfaringerne har vist, at det har været en barriere for nogle medarbejdere at kontakte vågetjenesten af praktiske årsager blandt andet vanskeligheder med at finde kontaktoplysninger. Hvis brugen af vågetjenesten skal øges, skal det altså være nemmere for den enkelte medarbejder at tage kontakten. Derfor er der som et af initiativerne rettet mod medarbejderne udarbejdet en oversigt over eksisterende vågetjenester. Oversigten gør det nemt at finde for eksempel telefonnummer til den lokale vågetjeneste (se bilag 10 for oversigt). Skive kommune har valgt at lægge de aktuelle telefonnumre ind i gældende fagsystem.

Deltagelse i personalemøder

Et af initiativerne, der blev igangsat, var at invitere den lokale vågetjeneste med til personalemøder på de involverede arbejdspladser for at styrke samarbejdet og øge anvendelsen af vågere. Når medarbejderne møder vågerne, giver det et indblik i, hvad vågerne kan tilbyde samt en forventningsafstemning i forhold til, hvad en våger kan og gør. Blandt andet er vågetjenester frivillige og kan derfor ikke overtage sundhedsfaglige opgaver. Man kan heller aldrig sikkert love borger/pårørende mulighed for en våger, da muligheden er afhængig af tid, sted og den enkelte situation.

Samarbejdsaftale mellem Røde Kors Viborg og Regionshospitalet Viborg

En afdækning af brugen af vågetjenester blandt de involverede arbejdspladser har vist, at vågetjenester primært er anvendt i kommunerne. Hospitalsenhed Midt i Viborg har derimod ikke anvendt vågetjenester. På hospitalet kan det imidlertid også være relevant at kunne tilbyde borgeren en våge. Som det andet initiativ under dette indsatsområde er der derfor udarbejdet en samarbejdsaftale mellem vågetjenesten Røde Kors Viborg og Regionshospitalet Viborg. Samarbejdsaftalen kører som prøvehandling i 2022, hvorefter den vil blive evalueret. (Se bilag 9 for samarbejdsaftale). Der er aktuelt tilknyttet 13 vågere til hospitalet.

Civilsamfundet

Det er vigtigt, at det ikke kun er de sundhedsprofessionelle, som har kendskab til vågetjenesterne. Som borger eller pårørende kan man kun efterspørge en våger, hvis man har kendskab til muligheden for det. Derfor har Ældre- og Seniorrådene i de tre kommuner hjulpet med at sprede budskabet om vågetjenestens eksistens. Derudover har projektledelsen haft brochure og foldere med til stand ved Seniorfolkemødet i Viborg d. 21. juni 2022. Her var det muligt at formidle budskabet om vågetjenesterne og deres arbejde direkte til borgerne.

Borgercafé

Som nævnt under Indsatsgruppe 2: Inddrage og støtte pårørende har en våger været oplægsholder i forbindelse med en borgercafé. Formålet var at skabe fokus på det arbejde, der ligger i at være frivillig våge og skabe kendskab til vågetjenesten i civilsamfundet. Derudover var formålet også, at vågetjenesten kunne rekruttere nye frivillige. Borgercafeen er således også et initiativ under indsatsområdet "Udbrede kendskabet til vågetjenester".

Resultater af indsatsgruppe 4

Erfaringerne fra de fem igangsatte initiativer er, at det er vigtigt, at borgerne kender til vågetjenesten og vågetjenestens tilbud. Derved har borgerne mulighed for selv at efterspørge en våger eller melde sig som frivillig til vågetjenesten. Det er samtidig også vigtigt, at medarbejderne har viden om vågetjenestens eksistens og har let og overskuelig adgang til de relevante kontaktoplysninger. Ved projektperiodens afslutning er der stor interesse for at udvikle samarbejdet mellem kommuner, hospital og vågetjenester yderligere. For at bevare og videreudvikle samarbejdet og øge anvendelsen af vågetjenesten yderligere inviteres den lokale vågetjeneste derfor med til personalemøder ved behov. I en af kommunerne inviteres en repræsentant fra hver vågetjeneste til møde med kommunen én gang årligt for at fastholde og udvikle samarbejdet.

Opsamling og spredning

Det generelle billede er, at projektet har bidraget til en faglig og kulturel udvikling blandt medarbejderne. En udvikling som vil have betydning for borgernes oplevelse af at blive hørt i forhold til egne ønsker til livets afslutning og give borgerne indflydelse på valg vedrørende genoplivningsforsøg og behandlingsniveau. Medarbejderne oplever desuden et kompetenceløft og udvikling af en kultur, som giver plads til samtaler om den sidste tid.

Ved afslutningen af projektet fortsatte de involverede parter arbejdet med at sprede ideerne og erfaringerne og sikre implementering af initiativerne indenfor de fire indsatsområder. Hver organisation valgte, hvordan de vil løfte opgaven med at opkvalificere de resterende medarbejdere i egen organisation indenfor de rammer, projektet har fastlagt. I dette afsnit gennemgås parternes plan for spredning i egen organisation.

I Viborg kommune har man valgt at forlænge projektlederen til udgangen af 2023 med henblik på at planlægge, koordinere og afholde kompetenceudvikling i form af undervisning, så de resterende distrikter og pleje- og omsorgscentre får mulighed for kompetenceudvikling. Det forventes, at kompetenceudviklingen også vil omfatte 2023, og der vil blive tilkøbt undervisningsforløb. Derudover integreres e-learningprogrammerne som en del af den løbende kompetenceudvikling indenfor palliation, ligesom samtaleguides, animationsfilm, folder og dilemmaspil vil være en del af de redskaber, der arbejdes med for fortsat at holde fokus. Alle redskaber integreres i de samme fagsystemer som ved øvrige retningslinjer og fagredskaber.

I Skive kommune har man valgt at ansætte en projektleder på 30 timer ugentligt frem til udgangen af 2023. Projektlederen skal være med til at sikre fremdrift i spredningen og koordinere kompetenceudvikling af medarbejdere fra de resterende distrikter og plejecentre. Medarbejderne skal opkvalificeres med undervisning i samtaler om livets afslutning.

I Silkeborg kommune har man valgt at have kompetenceudvikling for alle sygeplejersker - både de, der er tilknyttet plejecentre, og de, der er tilknyttet hjemmeplejen. Sygeplejerskerne er ansvarlige for at sprede viden og implementere erfaringer i driften. Silkeborg Kommune har valgt denne metode, fordi der har været et ønske om at holde implementeringen så lokal som muligt.

I Hospitalsenhed Midt har man valgt at arbejde videre med kompetenceudviklingen ved at udbyde undervisning 1-2 gange om året. 4 gange årligt bliver der sendt data på antal udfyldte SFI'er til afdelingsledelse og centerledelse med henblik på opfølgning i egen afdeling. Alle afdelinger har været repræsenteret under kompetenceudvikling, hvorfor det - for nuværende - ikke er nødvendigt med yderligere undervisning. I 2023/2024 bliver der blive afholdt staffmeetingsmøde for læger og andre faggrupper vedrørende behandlingsniveau, herunder behandling ved livets afslutning. Foruden ovennævnte vil der være opfølgning i temagruppen for den voksne patient og undervisning i regi af palliationspsygeplejersker.

Samtidigt arbejder partnerskabet med at sprede erfaringer fra projektet i resten af landet. Endelig har oplæggene fra projektet været bredt efterspurgt, ligesom projektet har været omtalt i flere medier. Se bilag 11 for oversigt over omtale, oplæg og TV-klip.

Afrunding

På de arbejdspladser, der har været involveret i projektet, er man nået langt med implementering indenfor de 4 indsatsområder. Erfaringen fra de første prøvehandlinger var, at det kræver viden, kompetencer og en kulturændring, hvis vi skal styrke mulighederne for at efterleve borgers ønsker for livets afslutning. Gennem de forskellige indsatser vurderes det, at det er lykkedes at få skabt en reel kulturændring samt øget viden og kompetencer. Dette kommer bl.a. til udtryk således:

”Vi har længe haft fokus på, at vi er dårlige til at tale om, at nu er patienten terminal. Og hvad der så skal ske – palliativ hjertebehandling. Med projektet er det blevet aftabuiseret. Projektet har øget fokus og gjort det til en hel almindelig del af hverdagen. Og vi har fået en struktur for at spørge til ønsker ift. genoplivning.”

- Medarbejder, hospital

”Projektet har ændret kulturen, og vi har flere spontane samtaler. Derfor har vi fokus på kompetencer. Hvordan klæder vi alle på til at kunne tage samtalerne? Og alle kan tage samtalerne. Vi skal ikke være bange for det.”

- Medarbejder, plejecenter

I Midtklyngen fortsættes implementeringen og spredningen, så alle arbejdspladser kommer med. Den fælles instruks, e-learningprogrammerne, animationsfilmene og den fortsatte kompetenceudvikling er med til at sikre, at implementering og spredning vil lykkes. Sammenlignes dødsstedsdata fra dødsårsagsregistret døde færre i Midtklyngen på sygehus i 2019 i forhold til 2018. Vi håber projektet understøtter denne udvikling, så vi ved den kommende opgørelse fortsat kan se dette billede.

Produkter

I projektet er der blevet udarbejdet flere produkter, der kan være med til at understøtte arbejdet i kommuner og på hospitaler ved livets afslutning.

Der er blevet udarbejdet følgende:

- Animationsfilm: ”Tag stilling til genoplivning”
- Animationsfilm: ”Behandlingstestamentet”
- Pjece: ”Du har indflydelse på din behandling ved livets afslutning”
- Fælles instruks (bilag 7)
- Pixiudgave af fælles instruks (bilag 8)
- Interviews med medarbejdere
- E-learningprogrammer
- Dilemmaspil
- Samtaleguide målrettet borger patient
- Samtaleguide målrettet pårørende
- Evalueringsskema: Evaluering af dødsfald (bilag 2)

Produkterne kan bl.a. findes via disse links:

viborg.dk/livetsafslutning, projektlivetsafslutning.hemidt.dk og [Projekt Livets Afslutning | Patientsikkerhed](#)

For yderligere interesse, kan der læses mere på disse links:

viborg.dk/livetsafslutning, projektlivetsafslutning.hemidt.dk, [Projekt Livets Afslutning \(skive.dk\)](http://ProjektLivetsAfslutning.skive.dk), og [Livets afslutning - Silkeborg Kommune og Projekt Livets Afslutning | Patientsikkerhed](#)

Litteraturliste

1. Jørgensen M. B., Nielsen, M. N., og Bargfeldt, E. (2016). Eksistenslaboratorium. En undervisningsmodel til sundhedsprofessionelle. Region Hovedstaden.
2. Region Midtjylland (2021). Palliative indsatser. Samarbejdsaftale under Sundhedsaftalen. Lokaliseret d. 23. august 2022, på: www.sundhedsaftalen.rm.dk/sundhedsaftalen-2019-2022/samarbejdsaftale/palliation
3. Sundhedsdatastyrelsen. Lokaliseret d. 23. august 2022, på: [Behandlingstestamenteregisteret - Sundhedsdatastyrelsen](#) (mail til sundhedsdatastyrelsen).

Litteraturliste fra Projekt Livets Afslutning – del 1

1. Sundhedsstyrelsen (2017). Anbefalinger for den palliative indsats.
2. Timm, H. U., & Hagedorn-Møller, J. (2013). Danskerne om livet med sygdom og død: Undersøgelse af danskernes viden om livstruende sygdomme og mulighederne for lindring, samt vores ønsker for den sidste del af livet. Palliativt Videncenter.
3. Sundhedsstyrelsen (2015). Puljeopslag: En værdig død – modelkommuneprojekt.
4. Brogaard, T., Neergaard, M. A., Sokolowski, I., Olesen, F., & Jensen, A. B. (2013). Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients. *Palliative Medicine*, 27(2), 155-164.
5. Sundhedsdatastyrelsen (2019). Dødsårsagsregisteret 2018, tal og analyse (Tal oplyst af Sundhedsdatastyrelsen d. 29. maj 2020).
6. Sundhedsdatastyrelsen (2019). Dødsårsagsregisteret, dødsfald i 2018 fordelt på dødssteder - regionsfordelt og kommunefordelt (Tal oplyst fra Sundhedsdatastyrelsen d. 12. juni 2020).
7. Det Ethiske Råd (2016). Udtalelse om "Ethiske overvejelser om selvbestemmelse og palliation ved livets afslutning".
8. Duvald, I., Jensen, K.E., & Astrup, P.W. (2015). Prøvehandling – en let innovationsmetode. Gyldendal Business.
9. Dalgaard, K. M. (2013). Hospitalsmodelprojekt: Udvikling af den palliative indsats på danske hospitaler via lokale udviklingsprojekter: Evalueringsrapport. Palliativt Videncenter.
10. Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2019). De sundhedsprofessionelle skal være klar til samtalen. Afrapportering af projekterne "Borgernes ønsker til den sidste levetid – Klar til samtalen" "Klar til samtalen – I god tid".
11. Neergaard, M. A., Skorstengaard, M. H., Brogaard, T., Brendstrup, E., Løkke, A., Aagaard, S. Wiggers, H., Andreassen, P. & Jensen, A. B. (2019). Advance care planning and longer survival in the terminally ill: a randomized controlled trial unexpected finding. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 10(2), 221-222.
12. Region Midt (2018). Advance care planning (ACP) samtale, voksen, regional retningslinje. Hentet 22. juni 2020 fra e-dok.rm.dk/edok/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/portal.nsf/Main.html?open&unid=X4FCF41CA8ED88E48C1257EF2004CDB4B&level=HOMIKI&dbpath=/edok/editor/RM.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=5%F8g.
13. Rådgivende Sociologer (2018). Danskernes holdning til at tale om sin egen og sine næres sidste tid og død. Ældresagen.

14. Hanson, S., Brabrand, M., Lassen, A. T., Ryg, J., & Nielsen, D. S. (2019). What Matters at the End of Life: A Qualitative Study of Older Peoples Perspectives in Southern Denmark. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 5, 1-11.
15. Det Ethiske Råd (2019). Etik ved livets afslutning. Hentet 22. juni 2020 fra livetsafslutning.etiskraad.dk/
16. Raunkjær, M., & Mikkelsen, T. B. (2019). Satspuljen "En værdig død - modelkommune-projekt": En tværgående slutevaluering. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.
17. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation (2020). Beslutninger ved livets afslutning. Hentet 22. juni 2020 fra www.rehpa.dk/professionelle/palliation/beslutninger-ved-livets-afslutning/
18. Oxlund, B., Grøn, L., & Bregnbæk, S. (2019). Introduktion: Sund aldring og sociale relationer. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, 16(30), 5-18.
19. Neergaard, M., & Rosendal, M. (2010). Tæt på døden. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, 7(12), 5-10.
20. Fagbladet sygeplejersken (2019). Tema: Døden. 24(13). Hentet 22. juni 2020 fra dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2019-13
21. Dagbladet Information (2017). Artikelserie: Døden i velfærdsstaten. Hentet 22. juni 2020 fra www.information.dk/serie/doeden-velfaerdsstaten
22. Gawande, A. (2016). *At Være Dødelig. Om livsforlængelse og livskvalitet*. København: Lindhardt og Ringhof.
23. Gaardboe, O., & Frenndved, C. (2019): *Fagligt Nyt: Behandling og pleje ved livets afslutning – Et indblik i dansk og international forskning på området*. Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
24. Styrelsen for Patientsikkerhed (2020). *Behandlingstestamentet*. Hentet 22. juni 2020 fra stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/en-god-afslutning-paa-livet/behandlingstestamente/
25. Sundhed.dk (2020). *Livs-/Behandlingstestamente*. Hentet 22. juni 2020 fra www.sundhed.dk/borger/min-side/mine-registreringer/livstestamente/
26. Sundhedsdatastyrelsen (2020). *Behandlingstestamenteregisteret*. Hentet 22. juni 2020 fra www.sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/testamenter-og-organdonation/behandlingstestamenteregisteret
27. Sundhedsdatastyrelsen (2019): *Vejledning Livs/Behandlingstestamenteregisteret via FMK-online*.
28. Sundheds- og Ældreministeriet (2019, 2. december). *Pressemeddelelse: Sundheds- og ældreminister: Svækkede ældre skal have lov at dø i fred*. Hentet 22. juni 2020 fra sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2019/December/De-svaekkede-aeldre-skal-do-i-fred.aspx
29. Styrelsen for Patientsikkerhed (2019, 1. november). *Nyhed: Nye vejledninger om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg*. Hentet 22. juni 2020 fra stps.dk/da/nyheder/2019/nye-vejledninger-om-fravalg-af-livsforlaengende-behandling-og-genoplivningsforsog/
30. Styrelsen for Patientsikkerhed (2020). *Fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning*. Hentet 22. juni 2020 fra <https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/vejledning/den-sidste-tid/>
31. Lindberg, H. (2019). *Den værdige død*. Fagbladet Sygeplejersken, 24(13).

32. Jørgensen, M. B., Nielsen, M. N., & Bargfeldt, E. (2016). Eksistenslaboratorium. En undervisningsmodel til sundhedsprofessionelle. Region Hovedstaden.
33. Damsgaard, D. (2019). Ugeskrift for læger. 2019. Den svære samtale: "Hvis ikke dit hjertebanker lidt, før du skal give en patient en alvorlig besked, så er der noget galt" Ugeskrift for læger, (21).
34. Lær at tackle (2020). Lær at tackle hverdagen som pårørende. Hentet 22. juni 2020 fra laerattackle.dk/hverdagen-som-parorende/
35. Københavns Kommune (2017). Evaluering af pårørendekursus.
36. Region Midtjylland (2019). Sundhedsaftalen. Triple aim. Hentet 22. juni 2020 fra www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/triple-aim/
37. Løntoft, S. (2019, 6. november). Svækkede ældre kan miste retten til at dø i fred. Altinget. Hentet 22. juni 2020 fra <https://www.alinget.dk/sundhed/artikel/ny-vejledning-kan-fjerne-aeldres-ret-til-at-doe-i-fred>
38. Rudkjøbing, Andreas (2020, 3. februar). Leder: Giv flere ret til at fravælge genoplivning. Ugeskrift for Læger, (3).
39. Region Midtjylland (2020, 1. marts). Kommunikation om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg ved indlæggelse, udskrivelse, ambulante forløb og transport, regional retningslinje. Hentet fra www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/vaerktokskasse/genoplivning/retningslinje-fravalg-af-genoplivning-og-livsforlangende-behandling---kommune.pdf
40. Kjer Møller, J-J., Dieperink, K. B., Rottmann, N., & Mikkelsen, T. B. (2020). Pårørendestøtte: Kortlægning af støtte til pårørende til borgere/patienter med fem udvalgte livstruende sygdomme i kommuner og på hospitaler. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.
41. Pinborg, K. (2020, 4. juni). Har du spurgt, hvor en borger helst vil dø? Kommunal Sundhed 2020. Hentet 22. juni 2020 fra kommunalsundhed.dk/har-du-spurgt-hvor-en-borger-helst-vil-doe-henne/

Bilagsliste

Bilag 1: Opsamlingskema til projektkoordinatorer

Bilag 2: Evalueringsskema: Evaluering af dødsfald

Bilag 3: Udtræk fra Nexus

Bilag 4: Udfyldte SFI'er

Bilag 5: Principprogram for undervisning

Bilag 6: Undervisningsplan dag 1 og 2 eksempel for kommune og for sygehuset

Bilag 7: Fælles instruks

Bilag 8: Pixiudgave – fælles instruks

Bilag 9: Samarbejdsaftalen mellem Røde Kors og Regionshospitalet Viborg

Bilag 10: Opdateret liste med vågetjenester

Bilag 11: Oversigt over omtale, oplæg, TV klip.

Bilag 1: Opsamlingskema til projektkoordinatorer

Kære Projektkoordinatorer,
Igennem det sidste år har vi arbejdet med Projekt Livets Afslutning. Vi vil derfor gerne have en opsamling fra hver arbejdsplads, så vi kan få et samlet overblik over, hvad der er arbejdet med. Dette skal bruges til opsamling og evaluering og vil selvfølgelig blive anonymiseret i den videre proces. Nedenstående vil derfor ikke blive brugt direkte i en afsluttende rapport, men vil blive brugt i en helhed. Vi snakkede med enkelte af jer om det til opsamlingsmøderne / evalueringsmøderne.

Vi vil bede jer om at svare på nedenstående og max skrive 2 sider. Det udfyldte skema skal sendes til Luna på lruk@viborg.dk senest d. 15. juni 2022.

Ved spørgsmål skal I ikke tøve med at henvende jer til os,
Janne Laursen, janne.laursen@midt.rm.dk eller Luna Rukjær, lruk@viborg.dk.

Venlig hilsen

Janne og Luna

- **Navn på arbejdsplads:**
- **Leder og projektkoordinator:**
- **Beskriv hvordan I har arbejdet med Projekt Livets Afslutning**
Hvordan har I arbejdet med 1 eller flere indsatsområder:
 1. Forventningssamtaler og behandlingsniveau
 2. Inddrage og støtte pårørende
 3. Klare retningslinjer og tydelig dokumentation
 4. Udbrede kendskabet til vågetjenesten
- **Beskriv hvad I har fået ud af de 2 undervisningsdage:**
- **Er der en særlig patient- / borger- / pårørende- eller medarbejder-oplevelser der har gjort særligt indtryk, som I har lyst til at dele, så beskriv det herunder:**
- **Beskriv, hvordan I arbejder videre med tiltagene:**
Herunder hvordan I mener tiltagene kan spredes til andre arbejdspladser

Bilag 2: Evalueringsskema: Evaluering af dødsfald

Plejhjem/Hjemmesygeplejedistrikt/Sygehusafdeling: _____
 Døds måned: _____ Dødssted (kommunerne): Plejhjem ____ Hjemme: ____ Sygehus: ____ Aflastning: ____

Kontaktperson _____ Projektkoordinator _____
 evt. andre _____

har vurderet forløbet omkring borgerens/patientens død set fra følgende perspektiver:

<p>Borgerens perspektiv Vurdér så godt I kan, hvor godt det gik med at få forløbet til at blive sådan, som borgeren/patienten havde ønsket det (sæt streg under) Begrund: Er der noget, vi skal huske:</p>	<p>1. rigtig godt 2. godt 3. mindre godt 4. dårligt</p>
<p>De pårørendes perspektiv Vurdér så godt I kan, hvor godt det gik med at få forløbet til at blive sådan, som de pårørende havde ønsket det. Spørg gerne de pårørende (sæt streg under) Begrund: Er der noget, vi skal huske:</p>	<p>1. rigtig godt 2. godt 3. mindre godt 4. dårligt</p>
<p>De professionelles perspektiv Efter vores egen faglige og personlige vurdering gik det ... (sæt streg under) Begrund: Er der noget, vi skal huske:</p>	<p>1. rigtig godt 2. godt 3. mindre godt 4. dårligt</p>
<p>Samlet evaluering af det terminale forløb Angiv gerne jeres samlede vurdering af det terminale forløb – herunder hvor godt det alt i alt gik med at sikre borgeren/patienten en rolig og værdig død. Fulgte vi de nedskrevne ønsker? Har vi hjulpet hinanden? osv. (sæt streg under) Det vigtigste vi kan lære af forløbet:</p>	<p>1. rigtig godt 2. godt 3. mindre godt 4. dårligt</p>

Projekt Livets Afslutning: Evaluering af dødsfald

Formålet med udfyldelsen af skemaet er at lave en kvalitativ evaluering af de enkelte dødsfald hos ældre borgere/patienter i projektperioden.

Efterfølgende evalueres, om redskabet kan bruges fremadrettet.

Skemaet udfyldes som minimum af afdødes kontaktperson og arbejdspladsens projektkoordinator.

”Kontaktperson” = den i personalet, der har haft den tætteste kontakt med afdøde

”Projektkoordinator” = den fra arbejdspladsen, der er ansat i Projekt Livets Afslutning som sådan

”evt. andre” = leder, læge, andre relevante

Pårørende

Pårørende skal som i dagligdagen forstås i den bredeste forstand og kan altså være både familie, nære venner, værge mm. Hvis arbejdspladsen har en rutinemæssig opfølgning med pårørende, kan evalueringen laves der.

Anonymitet

Afdøde skal være anonym, og skemaet skal primært bruges til læring på den enkelte arbejdsplads. Når data samles på tværs af enheder i kommunerne og på tværs af sygehusafdelingerne indgår oplysningen om dødsårsag ikke, da denne eventuelt kunne give mulighed for identificering af afdøde.

Intern læring

Projektkoordinator og leder på den enkelte arbejdsplads aftaler, hvordan læringen samles op og formidles eller drøftes på arbejdspladsen.

Læring på tværs

Projektkoordinator samler kopier af skemaerne til projektledelsen, der forsøger at udtrække emner til fælles læring og formidling på tværs i projektets kommuner og på sygehuset.

Samling og opsamling af evalueringerne

Projektkoordinatorernes opgaver

1. så vidt muligt deltage i udfærdigelsen
2. indsamle og opbevare de udfyldte skemaer

Projektledelsen vil senere indsamle skemaerne med henblik på en fælles opgørelse.

Bilag 3:

Udtræk fra Nexus Viborg kommune:

	Total	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022
Organisationshierarki niveau 4	Total	September	Oktober	November	December	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni	Juli	August	September	2022
Total	340	1	4	6	6	51	63	107	26	44	11	9	3	9	
Distrikt Vesterparken	177		4	1		42	32	80	5	6	2	2	1	2	
Distrikt Viborg Midt	60							1	12	10	31	3	2	1	
Pleje- og Omsorgscenter Blichergården	6			1	1		2	1			1				
Pleje- og Omsorgscentre Banebo og Skovgården	45					3	23	11		1	1			6	
Pleje- og Omsorgscentre Åbrinken og Møllehuset	52	1		4	5	6	5	3	11	6	4	5	1	1	

Data på baggrund af forespørgsel på arbejdspladserne:

Kommune	Antal samtaler
Skive	23
Silkeborg	41

Bilag 4: Udfyldte SFI'er

Oversigt over antal SFI aftalte behandlingsniveau og nu med 2019, Samtlige år er for perioden jan-sept. 2019 er med, for at se udviklingen af/bevidstheden om at dokumentere aftalerne.

	2019	2020	2021	2022
663001 - OPERATION OG INTENS...	20	34	72	205
663003 - KVINDESYGDOMME OG ...		1		3
663004 - MEDICINSK AFDELING	250	267	441	349
663005 - KIRURGI		5	37	252
663007 - NEUROLOGI			8	30
663014 - HJERTESYGDOMME	43	99	324	439
663015 - ORTOPÆDKIRURGI			18	108
663020 - AKUTAFDELINGEN	159	347	648	569
663030 - DIAGNOSTISK CENTER	233	329	387	463
663032 - CENTER FOR PLANLAGT ...		1		
663040 - HAMMEL NEUROCENTER		3	11	14
I alt	705	1.086	1.946	2.432

Data for hele år/alle mdr. bortset fra 2022 er til og med d. 22/10-22.

	2019	2020	2021	2022
663001 - OPERATION OG INTENS...	43	40	141	220
663003 - KVINDESYGDOMME OG ...		1		5
663004 - MEDICINSK AFDELING	325	397	589	378
663005 - KIRURGI		6	90	264
663007 - NEUROLOGI			17	33
663014 - HJERTESYGDOMME	68	166	481	474
663015 - ORTOPÆDKIRURGI			45	116
663020 - AKUTAFDELINGEN	218	598	941	605
663030 - DIAGNOSTISK CENTER	324	441	532	498
663032 - CENTER FOR PLANLAGT ...		1		
663040 - HAMMEL NEUROCENTER		4	13	14
I alt	978	1.654	2.849	2.607

Data trukket d. 23/10-22.

Bilag 5: Principprogram for undervisning

Forberedelsen	Dag 1	Mellemtiden	Dag 2	Efterarbejdet
<p>Besøg mhp. kendskab til den enkelt arbejds-plads</p> <p>Deltagerne sættes i gang med at tænke på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selvoplevede cases • Dig selv – børn - forældre 	<p>”En anden slags undervisning – skift mellem person P og arbejdsplads A”</p> <p>Ret til at sige pas, hvis det gør ondt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instruktør/ledelse: Rammesætning 2. P: Oplevelser af aktuell praksis 3. A: Organisationens retningslinjer 4. P: Cases og egne grænser 5. A: Praktisk jura om fravalg 6. P: Eksistenslaboratorium 7. A: Model for kollegasparring 8. AP: Udarbejde arbejds-seddel: Hvad skal vi have styr på? 	<p>Vi prøver at gøre det, vi talte om på Dag 1</p> <p>Fokus på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • samtalen • rammerne og reglerne • samarbejdet • forløbene <p>Kollegasparring</p> <p>Afprøve samtaleværktøjer</p> <p>Hvad virkede?</p> <p>Hvad virkede ikke?</p> <p>Arbejdssedlen</p>	<p>Frem mod: ”Hvordan gør vi her?”</p> <p>Konkret (mere) - stadig kultur-kultur</p> <p>Instruktør:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Opsamling på arbejdssedlen 2. P: Beretninger fra mellemtiden 3. AP: Erfaringer med kollega-spar-ring 4. A: Den ny retningslinje 5. A: Styr på? <ol style="list-style-type: none"> a. Den indledende samtale b. Det tværfaglige samarbejde c. Den terminale fase 6. A: Kulturen: Hvordan fastholder vi borgerens/ patientens ønsker og behov som styrende for arbejdet? 7. A: Eventuel ny arbejdsliste 8. Instruktør/ledelse: Afrunding 	<p>Fortsat fokus på:</p> <p>Person</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opbakning • Kollegahjælp • Debrief <p>Arbejdsplads</p> <ul style="list-style-type: none"> • Virker rutiner og regler? <ol style="list-style-type: none"> a. Indledende samtale b. Tværfaglighed c. Terminal fase d. Opfølgning på dødsfald <p>Opgaverne/Arbejds-sedlen</p> <p>Løbende opfølgning (hvor tit?)</p> <p>Hvilke opgaver skal skubbes opad?</p>

Bilag 6: Undervisningsplan dag 1 og 2

Kommune dag 1:

Tid	Tema	Indhold
8.45	Velkomst	Lederen(ne) og projektkoordinator(erne) byder velkommen og motiverer Rammesætning af dagen
9.15	Hvor gode er vi til at tage samtalen? (grupper)	Gruppearbejde om egne erfaringer Samarbejde internt Samarbejde med lægerne
10.00	Hvad siger lov og vejledninger?	Gennemgang af "praktisk jura"
10.30	Hvad siger kommunens egen retningslinje?	Gennemgås og drøftes
11.00	Eksistensøvelse (grupper)	Hvordan har vi det med at snakke med andre om deres død?
12.00	Frokost	
12.30	Samtaleværktøj (grupper)	Hvornår skal vi tage samtalen? Hvem skal tage den? Har vi brug for et samtaleværktøj? Har vi brug for et samtaleværktøj? Vi arbejder med et af de eksisterende værktøjer
13.30	Den gode død (grupper)	Hvad mener vi med 'en god død' i hos os? Er vi gode til palliativ pleje og behandling? Introduktion af evalueringsredskab.
14.00	Kollegasparring (grupper)	Hvordan støtter vi hinanden? Leder-medarbejdere Medarbejder-medarbejder
14.30	Afrunding og opsamling	Hvad skal vi have ordnet? arbejde med? have afklaret? frem til næste undervisningsfag? og hvem skal gøre det?

Kommune dag 2:

Tid	Tema	Indhold
8.45	Velkomst	Velkommen Opsamling fra sidst Status på Projekt Livets Afslutning Dagens program
9.30	Palliation (oplæg) (grupper)	Hvad er palliation? Hvorfor palliation? Hvordan palliation?
11.00	Arbejdsopgaverne fra sidst (fælles og grupper)	Vi ser på, hvor langt I er kommet med arbejdsopgaverne Herunder 'Evaluering af dødsfald' .. og arbejder videre med dem sammen
12.00	Frokost	
12.30	En lille gentagelse af noget jura	Vi skal lige have gentaget de vigtigste huske-ting fra sidst
13.30	Samarbejdet med plejehjems- lægen	Vi skal lige have gentaget de vigtigste huske-ting fra sidst
14.30	Ny opgaveliste	Hvad mangler vi at få ordnet? Opdatering af opgaveliste til arbejdet frem mod februar/marts
14.50	Farvel og tak	Mikroevaluering og tak for i dag

Hospital dag 1:

Tid	Tema	Indhold
8.45	Velkomst	Der bydes velkommen til dagen Baggrund og program gennemgås
9.15	Hvor gode er vi til at tage samtalen? (grupper)	Gruppearbejde om egne erfaringer Samarbejdet internt Samarbejdet med lægerne
10.00	Hvad siger lov og vejledninger?	Gennemgang af praktisk jura
10.30	Hvad siger hospitalets/regionens retningslinjer? Hvordan dokumenteres der?	Gennemgås, demonstreres og drøftes
11.15	Eksistensøvelse	Hvordan har vi det med at snakke med andre om deres død?
12.15	Frokost	
12.45	Samtaleværktøj (grupper)	Hvornår skal vi tage samtalen? Hvem skal tage samtalen? Har vi brug for samtaleværktøj? Vi arbejder med et af de eksisterende værktøjer
13.30	Den gode død (grupper)	Hvad mener vi med "en god død" hos os? Er vi gode til palliativ pleje og behandling? Introduktion til evalueringsredskab
14.00	Kollegasparring (grupper)	Hvordan støtter vi hinanden? Leder-medarbejdere & medarbejder-medarbejder
14.30	Afrunding og opsamling	Hvad skal vi arbejde med? Og hvem skal gøre det?

Hospital dag 2:

Tid	Tema	Indhold
8.45	Velkomst	Opsamling fra sidst Genopfriskning Status på Projekt Livets Afslutning Dagens program
9.30	ALF-KOL (oplæg og diskussion)	Én systematik – i ét speciale – omkring én patientgruppe
10.00	Palliation (Oplæg og grupper)	Hvad er palliation? Hvorfor palliation? Hvordan palliation?
11.00	Sjælesorg er for vigtigt til at overlade til præsterne alene (åben drøftelse)	Lidelsens rum Billeder til dødens venteværelse Hvad tør man håbe på?
12.00	Frokost	
12.30	Lidt jura	Lidt gentagelse, lidt dokumentation, videre arbejde – især om sektorovergange
13.00	Arbejdsopgaverne fra sidst (fælles og grupper)	Vi ser på, hvor langt I er kommet med arbejdsopgaverne og giver hinanden feedback
14.30	Ny opgaveliste	Hvad mangler vi at få ordnet? Opdatering af opgaveliste
14.50	Afrunding og opsamling	Mikroevaluering og tak for i dag

Bilag 7: Fælles instruks

Instruks om fravalg af livsforlængende behandling og fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop

Baggrund

Instruksen beskriver mulighederne for fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning ved hjertestop med udgangspunkt i gældende vejledninger.

Retningslinjen er udarbejdet i samarbejde mellem Silkeborg, Skive og Viborg Kommuner, HE-Midt og overlæge Ove Gaardboe, Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Formål

Sikre at borgeren får en værdig afslutning på livet ved at understøtte, at der bliver taget stilling til fravalg af genoplivningsforsøg og livsforlængende behandling, så snart det vurderes fagligt relevant, eller når borgeren ønsker det.

Sikre at beslutningen om Ingen Genoplivning Ved Hjertestop og fravalg/afbrydelse af livsforlængende behandling følges og videreformidles ved sektorovergange og internt i kommunen.

Sikre at beslutninger om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg sker i henhold til gældende vejledning og under respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelsesret.

Definitioner

Habil borger: En borger anses for habil, når denne har evnen til at forstå information og kan overskue konsekvenserne af sin beslutning på baggrund af informationen. Den habile borger kan udøve sin selvbestemmelsesret og kan derved give samtykke til og fravælge behandling med videre. Det er den behandlingsansvarlige læge, der vurderer, om en borger kan anses for habil i relation til fravalg af livsforlængende behandling.

Varigt inhabil borger: En borger anses for varigt inhabil, når denne varigt mangler evnen til at give informeret samtykke. Det afgørende er, om borgeren kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.v.

Behandlingsansvarlig læge: Er normalt borgerens praktiserende læge eller en sygehuslæge, hvis vedkommende aktuelt har borgeren i behandling, også ved udskrivelse. Ved en akut lægelig vurdering kan det også være en vagtlæge, som er den nærmeste til at foretage vurderingen af ingen genoplivning ved hjertestop.

Sektorovergange: Ved sektorovergange forstås her dels patientens overgang mellem den primære og den sekundære sundhedssektor dels overgange internt i kommunen.

Hvad er IKKE dækket af fravalg af genoplivning ved hjertestop: Hvis en borger med ordineret ingen genoplivning ved hjertestop får noget livstruende galt i halsen eller fx er selvskadende og deraf kommer i en livstruende situation, så SKAL man, på trods af ordination af ingen genoplivning ved hjertestop, ALTID yde førstehjælp og forsøge genoplivning.

Livsforlængende behandling: Er en behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene en vis livsforlængelse. Ex. respiratorbehandling, parenteral – og eventuelt sonde ernæring og væsketilførsel.

Øvrige sundhedspersoner: Autoriserede sundhedspersoner og ikke-autoriserede sundhedspersoner, som arbejder under autoriserede sundhedspersons ansvar.

Aktuel sygdomssituation: Akut sygdom eller kronisk sygdom uanset alvorlighedsgrad. Almen alderdomssvækkelse kan ikke betragtes som en aktuel sygdomssituation.

I nogle aktuelle sygdomssituationer, hvor det er forventet, at sygdommen vil tage en bestemt udvikling – kan patienten, mens vedkommende fortsat er habil, fravælge den behandling, der vil være behov for, når/hvis patienten bliver bevidstløs eller varigt inhabil. Det kan fx være ALS, hvor patienten tidligt i sygdomsforløbet kan fravælge senere respiratorbehandling.

Uafvendelig døende borger: Borgeren anses for uafvendeligt døende, når døden efter et lægeligt skøn med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage til uger, trods anvendelse af de behandlingsmuligheder, der er mulige ud fra den tilgængelige viden om grundsygdommen og dens eventuelle følgetilstande.

Nærmeste pårørende: Ægtefælle/samlever, børn, forældre, søskende og efter omstændigheden også andre, som borgeren er nært knyttet til. Borgerens opfattelse af, hvem der er nærmeste pårørende, er afgørende.

Hvem der er nærmeste pårørende, må afgøres i den konkrete situation.

Behandlings- og livstestamente: Erklæring hvori borgeren, der er fyldt 18 år og ikke er under værgemål, har tilkendegivet, at denne ikke ønsker at modtage livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, i visse situationer.

Testamentet træder først i kraft når en læge har vurderet, at patienten er varigt inhabil og befinder sig i en af de nærmere fastsatte situationer i testamentet.

Livstestamenter har kunnet oprettes indtil 1. januar 2019 – allerede oprettede livstestamenter er fortsat gyldige. Siden januar 2019 har man udelukkende kunnet oprette Behandlingstestamenter.

Ansvarsfordeling mellem faggrupper

Det sundhedsfaglige personale har ansvar for:

Personalet skal på en hensynsfuld måde sørge for, at borgeren løbende har mulighed for at tilkendegive sine ønsker i forhold til livets afslutning og eventuelt ophør af behandling. Hvis borgeren ønsker at fravælge livsforlængende behandling eller genoplivning ved hjertestop, er personalet forpligtet til at hjælpe med at tage kontakt til egen læge.

At henvendelse til behandlingsansvarlige læge om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg sker ud fra en faglig vurdering af borgerens samlede situation. Borgeren og eventuelt de pårørende skal inddrages.

Personalet skal give den behandlingsansvarlige læge tilbagemeldinger ved væsentlige ændringer i borgerens situation.

Personalet har ansvar for at dokumentere oplysninger om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg i fagsystemet.

Personalet skal, når borgeren tilknyttes kommunens ældrepleje eller flytter ind på plejehjem eller anden institution spørge borgeren og/eller de pårørende, om der er oprettet et behandlings- eller livstestamente, så der kan gøres opmærksom på dette i Fagsystemet. Personalet må ikke uden aftale med lægen foretage opslag i FMK-online for at undersøge, om der er oprettet et testamente.

Den behandlingsansvarlige læge har ansvar for:

Hvis borgeren selv ønsker at fravælge livsforlængende behandling eller genoplivning ved hjertestop, skal lægen vurdere om borgeren er habil samt informere borgeren om konsekvenserne af beslutning om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg. Vurderingen af habilitet kræver som udgangspunkt, at lægen tilser borgeren, men kan undtagelsesvist ud fra en lægelig vurdering ske på anden måde, f.eks. telefonisk eller ved videokontakt.

Når en borger er alvorligt syg eller døende, skal lægen tage stilling til livsforlængende behandling eller ingen genoplivning ved hjertestop.

Lægen skal videregive sin beslutning til det sundhedsfaglige personale skriftligt, så der er fuldstændig klarhed om, hvad fravalget dækker over (fravalg af genoplivning og/eller evt. anden livsforlængende behandling). I akutte situationer kan det dog ske mundtligt, med skriftlig opfølgning.

Som udgangspunkt kan lægen kun træffe en beslutning om fravalg af livsforlængende behandling på baggrund af en aktuel og dækkende undersøgelse af borgeren.

Hvis lægen udsteder en terminalerklæring, skal lægen samtidig tage stilling til, om der skal ske genoplivning ved hjertestop.

Såfremt lægen i en situation, hvor borgeren er inhabil, påtænker at iværksætte eller fortsætte livsforlængende behandling, skal lægen undersøge, om der foreligger et behandlings- eller livstestamente. Det sker ved opslag i FMK-online.

Den behandlingsansvarlige læges ansvar for at foretage revurderinger:

En behandlingsansvarlig læges beslutning om fravalg af genoplivningsforsøg gælder, indtil lægen eller en eventuel efterfølgende behandlingsansvarlig læge beslutter andet.

Den behandlingsansvarlige læge skal revurdere beslutningen om fravalg af genoplivningsforsøg, hvis der sker en væsentlig bedring i borgerens tilstand.

Hvis den behandlingsansvarlige læge vurderer, at beslutningen skal ændres, skal lægen informere det relevante sundhedsfaglige personale og behandlingssteder.

Øvrige personales ansvar ved fravalgt livsforlængende behandling:

At efterleve beslutningen uanset om den er truffet af den behandlingsansvarlige læge eller borgeren. Ændres borgerens tilstand sig væsentligt til det bedre, er det IKKE længere samme sygdomssituation, som da livsforlængende behandling blev fravalgt. Bliver øvrige sundhedspersoner bekendt med dette kontaktes og informeres Social- og sundhedsassistenten eller sygeplejersken om dette, så borgerens læge kan blive involveret.

Borgeren fravælger selv livsforlængende behandling og genoplivning ved hjertestop

Enhver habil borger, der er fyldt 18 år samt de 15-17-årige, hvor den behandlingsansvarlige læge vurderer, at de forstår konsekvenserne af deres beslutning, kan på grund af selvbestemmelsesretten fravælge livsforlængende behandling i en aktuel sygdomssituation.

Der er ikke en nedre grænse for, hvor alvorlig en sygdomssituation patienten skal befinde sig i. Patienter, der fx har KOL, hypertension og diabetes kan således fravælge livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, hvis de er habile og forstår konsekvenserne af deres beslutning. Lægens rolle i den forbindelse er således alene at vurdere, om patienten er habil og forstår konsekvenserne af sin beslutning

Borgeren kan til enhver tid trække sin beslutning tilbage.

KUN den behandlingsansvarlige læge kan fravælge livsforlængende behandling hos borgere under 15 år.

Det er muligt at fravælge livsforlængende behandling som for eksempel kemoterapi, respiratorbehandling, hjertemedicin eller antibiotika. Det er også muligt at sige nej til at blive genoplivet ved hjertestop.

Det er lægens opgave at tale med borgeren om tilbageværende behandlingsmuligheder og konsekvenserne, hvis borgeren fravælger livsforlængende behandling.

Borgerens fravælg gælder først, når den behandlingsansvarlige læge har noteret det i journalen. Det er ikke personalets vurdering, om der skal fravælges livsforlængende behandling.

Det er ikke nok at borgeren har nævnt for personalet, at vedkommende ikke ønsker genoplivning. Det er ikke nok, at borgeren har lavet et livs- eller behandlingstestamente, hvor der er fravalgt livsforlængende behandling i bestemte situationer. Denne information er rettet mod den læge, der skal foretage den lægelige vurdering i en konkret situation. Den er ikke målrettet dig som medarbejder eller dine handlinger i en situation, hvor du finder borgeren livløs.

Borgerens beslutning om fravalg gælder kun i forbindelse med den aktuelle sygdomssituation. Hvis borgeren oplever en bedring af sin sygdom, skal borgeren tale med lægen igen.

Hvis en borger ønsker at tilbagekalde sit fravalg af genoplivning ved hjertestop, kan dette ske ved henvendelse til personalet, som øjeblikkeligt skal rette sig efter ønsket, men herefter skal det bekræftes af lægen i journalen. Hvis borgeren ønsker at tilbagekalde fravalg af livsforlængende behandling, kan behandlingen kun genoptages efter lægelig ordination.

Fravalget af **Genoplivningsforsøg** bortfalder hvis borgeren bliver inhabil og hjertestop ikke er en forudsigelig konsekvens af den aktuelle sygdomssituation. Så er det igen en lægelig beslutning. Denne beslutning kan understøttes ved at borgeren har udfyldt behandlingstestamente.

En læge fravælger livsforlængende behandling og/eller genoplivning ved hjertestop

Hvis personalet vurderer, at der er behov for stillingtagen til ingen genoplivning ved hjertestop eller fravalg/afbrydelse af livsforlængende behandling, inddrages borgeren og dennes pårørende (efter borgerens samtykke) eller værge, og den behandlingsansvarlige læge kontaktes.

Ingen genoplivning ved hjertestop og fravalg/afbrydelse af livsforlængende behandling er en lægefaglig ordination, og ordination skal foreligge skriftligt fra behandlingsansvarlig læge via Medcom korrespondancebrev. I akutte situationer kan ordinationen ske mundtligt, men skal følges op skriftligt ved førstkommande mulighed.

Lægen kan ordinere ingen genoplivning ved hjertestop eller fravalg/afbrydelse af livsforlængende behandling, hvis et af følgende er opfyldt:

Borger er uafvendeligt døende. Borger er svært invalideret og varigt ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

En ikke-uafvendeligt døende borger, hvor behandlingen måske kan føre til overlevelse, men hvor de fysiske konsekvenser af sygdommen, alderdomssvækkelsen eller behandlingen vurderes at være meget alvorlige og lidelsesfulde.

Varigt inhabile borgere

Varigt inhabile borgere kan ikke fravælge genoplivningsforsøg/livsforlængende behandling i en akuel sygdomssituation, men kan på forhånd have taget stilling, før inhabiliteten indtræder, hvilket skal inddrages forud for beslutningen.

Nærmeste pårørende eller værge kan ikke fravælge genoplivningsforsøg/livsforlængende behandling på borgerens vegne, men kan have værdifuld information om, hvad borgeren selv har ment om dette. Genoplivning eller ingen genoplivning ved hjertestop.

Personalet skal som udgangspunkt altid foretage genoplivningsforsøg når:

En borger får pludselig hjertestop, når det sundhedsfaglige personale er til stede.

En borger findes livløs med usikkerhed om, hvor længe tilstanden har varet.

Personalet kan i følgende 5 tilfælde undlade at igangsætte genoplivningsforsøg

Personalet kan konstatere dødens indtræden hvis:

Dødens indtræden er åbenbar - fx forkulning eller knusning af kraniet.

Døden indtræder, mens der er andre til stede og forventeligt på baggrund af borgerens aktuelle helbredssituation.

Døden indtræder, mens borger er alene, men har tilknyttet hjemmesygeplejen som led i terminal pleje.

I b og c er der tale om situationer, hvor lægen har vurderet borgerens tilstand og ikke har taget specifik stilling til fravalg af genoplivning, men til gengæld tydeligt har beskrevet, at døden er forventet. Er personalet i tvivl, skal der påbegyndes genoplivningsforsøg.

Det er altid bedst, hvis lægen skriver tydeligt, at der ikke skal foretages genoplivning.

2. En læge fravælger genoplivning i situationen:

Når personalet kontakter egen læge eller vagtlæge ved fund af livløs borger, kan lægen ud fra en (evt. telefonisk) beskrivelse af findesituationen og sit kendskab til borgeren tage beslutning om ophør af genoplivningsforsøg.

3. Borgeren har på forhånd fravalgt genoplivningsforsøg i en akuel sygdomssituation:

Lægen har vurderet, at borgeren er habil

Lægen har vurderet, at borgeren har forstået omfanget af sin beslutning

Lægen har noteret fravalget i borgerens journal

4. Lægen har på forhånd fravalgt genoplivningsforsøg:

Hvis en borger er alvorligt syg eller alderdomssvækket, kan lægen beslutte, at der ikke skal foretages genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Borgeren (og evt. de pårørende) skal informeres og høres.

Det er godt, hvis borgeren og de pårørende er enige i beslutningen, men afgørelsen er lægens. Lægen skal notere fravalget i borgerens journal.

Borgeren har et behandlings- eller livstestamente:

Et behandlings- eller livstestamente træder først i kraft, når en læge har vurderet, at borgeren er varigt inhabil, og har noteret i borgerens journal, at ønsket i testamentet derfor skal efterkommes. Personalet skal orientere sig i fagsystemet!

Hvis personalet er i tvivl, om der gælder en undtagelse for at iværksætte genoplivningsforsøg, er de altid forpligtet til at handle. Dette betyder blandt andet, at personalet har pligt til efter evne at tilkalde hjælp (anvend ISBAR) og iværksætte genoplivningsforsøg.

Personale, der konstaterer, at borgeren er afdød ved døden, skal underrette den behandlingsansvarlige læge eller vagtlæge, og informere om dødens konstatering, dødstidspunktet og omstændighederne i øvrigt.

Det er lægens vurdering, hvornår de vil lave ligsyn. Indtil ligsynet skal personalet sikre, at afdøde er placeret under forsvarlige forhold, og der skal være jævnlige tilsyn.

Kommunikation på tværs af sektorer.

Skriftlig information mellem behandlingssteder, når livsforlængende behandling eller ingen genoplivning ved hjertestop er fravalgt:

Alle beslutninger om fravalg af livsforlængende behandling eller ingen genoplivning af hjertestop, herunder revurderinger, skal overleveres skriftligt mellem forskellige behandlingssteder. Angivelsen af beslutningen skal være tydelig, og der må ikke være tvivl om betydningen. I akutte situationer kan beslutningen meddeles mundtligt, men dette skal hurtigst muligt følges op skriftligt.

Når en borger indlægges på et hospital:

Personalet skal videregive oplysninger om borgerens eller den behandlingsansvarlige læges beslutning om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg.

Se under dokumentation nederst, hvordan medarbejderne i kommunen sikrer overlevering. Personalet, der er til stede ved indlæggelse, skal overfor ambulancepersonalet eller vagtlægen, fremvise elektronisk dokumentation fra egen læge eller hospitalslægen f.eks. i form af en korrespondance-meddelelse. Ambulancepersonalet har mulighed for at tage et billede af den skriftlige ordination direkte via den Præhospitale Patientjournal (PPJ), hvorved billedet kan anvendes som journaliseret gældende dokumentation i PPJ.

Når en borger udskrives til kommunen:

Beslutning om fravalg af livsforlængende behandling eller genoplivningsforsøg skal fremgå tydeligt af udskrivningsrapporten og af epikrisen til egen læge. Personalet er forpligtet til at sikre, at ordinationen dokumenteres i Fagsystemet og hvis ordinationen er uklart formuleret, skal der tages kontakt til den udskrivende afdeling.

Det skal fremgå, om beslutningen er truffet af lægen eller af borgeren, fordi muligheden for revurdering i primærsektor er forskellig i de 2 situationer:

Hvis beslutningen er behandlingsansvarlig læges beslutning, skal den revurderes af en læge, hvis der sker en væsentlig forbedring i borgerens tilstand.

En habil borgers beslutning skal revurderes, hvis borgeren trækker sin beslutning tilbage, eller hvis der sker en væsentlig forbedring i borgerens tilstand.

Ordinationen af fravalg af livsforlængende behandling eller genoplivningsforsøg vil ofte fremgå under overskriften ”**aftalt behandlingsniveau**” - også i forbindelse med ambulante forløb, som dette eksempel i udskrivningsrapport:

”Aftalt behandlingsniveau

Fravalg af livsforlængende behandling: _____

Ingen lægelig indikation for livsforlængende behandling.

Patienten er habil og ønsker ikke livsforlængende behandling.

Fravalg af genoplivning:

Ingen lægelig indikation for genoplivning ved hjertestop.

Patienten er habil og ønsker ikke genoplivning ved hjertestop.

Andet aftalt behandlingsniveau: _____

Baggrund for beslutningen: _____

Besluttende læge: _____

Besluttet den: _____

Information til patient/pårørende: _____

Ved ambulante forløb fremgår ordinationen på samme vis i et korrespondancebrev.

Det vil også her fremgå, om beslutningen er truffet på baggrund af borgerens ønske, eller om det udelukkende er fordi, der ikke er lægelig indikation for behandling

Hvis beslutningerne ikke fremgår tydeligt af lægens MEDCOM eller evt. udskrivningsrapport fra hospitalet, er man forpligtet til at kontakte lægen/udskrivende afdeling og få det afklaret.

Dokumentation (i kommunen)

Sygeplejersken/Social og Sundhedsassistent skal i forbindelse med fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg:

Dokumentere (Medcom) fra lægen ift. fravalg af livsforlængende behandling i skemaet ”fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling”.

Dokumentere (Medcom) fra lægen ift. fravalg af genoplivningsforsøg i skemaet ”fravalg af genoplivningsforsøg”.

Dokumentere fravalget i fagligt notat under Helbredstilstand ”Respiratoriske problemer”, da det så kommer med i den automatiske indlæggelsesrapport.

Eksempel på dokumentation af fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg i det faglige notat:

Fagligt notat ?

Borger har kendt KOL, der aktuelt er velbehandlet med inhalations medicin (se FMK): Egen læge behandlings ansvarlig og borger samtykker til at vi hjælper med medicinen

|

Beslutning om fravalg af livsforlængende behandling og fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop:

Kopi af MEDCOM fra egen læge sættes ind.

Lægens navn:

Dato for beslutningen

Navigationssedler og arbejdsgangsbeskrivelser:

Du finder relevante navigationssedler og arbejdsgangsbeskrivelser via nedenstående link. Disse støtter dig i hvordan, du dokumenterer ovenstående korrekt i Nexus.

Link til nexusdokumenter:

Ansvar

Ledelsen

- Er ansvarlig for at medarbejderen er instrueret og oplært i at handle efter indholdet i instruksen

Medarbejderen

- Er ansvarlig for at handle jf. instruksen.
- Er ansvarlig for at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.
- Ansvarlig for at frasige sig opgaven, hvis pågældende ikke ser sig i stand til at udføre den forsvarligt.

Referencer

Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg. (Vejledning nr. 9934 af 29/10/2019, Sundheds- og Ældreministeriet) www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9934

Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling (VEJ nr. 9935 af 29/10-2019, Sundheds- og Ældreministeriet) www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9935

Kommunikation om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg ved indlæggelse, udskrivelse, ambulante forløb og transport, regional retningslinje. Region Midtjylland. <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/vaerktokjaskasse/genoplivning/retningslinje-fravalg-af-genoplivning-og-livsforlangende-behandling----kommune.pdf>

Behandlingstestamente: www.stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/en-god-afslutning-paalivet/behandlingstestamente/

Behandlingstestamenteregistreret. Sundhedsdatastyrelsen. www.sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/testamenter-og-organdonation/behandlingstestamenteregistreret

Beslutninger om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning, regional retningslinje: [Beslutninger om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning, regional retningslinje](#)

Bilag 8: Pixiudgave – fælles instruks

Pixi-udgave af ”Instruks om fravalg af livsforlængende behandling og fravalg af genoplivnings-forsøg ved hjertestop” gældende for Viborg, Skive og Silkeborg Kommune.

Samtaler om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Personalet skal på en hensynsfuld måde sørge for, at borgeren løbende har mulighed for at tilkendegive sine ønsker i forhold til livets afslutning og eventuelt ophør af behandling. Hvis borgeren ønsker at fravælge livsforlængende behandling eller genoplivning ved hjertestop, skal personalet hjælpe med at tage kontakt til egen læge, idet lægen altid skal vurdere, om et fravalg skal gælde, og skal dokumentere dette.

Hvornår skal foretages genoplivning

Du skal som udgangspunkt altid forsøge genoplivning og tilkalde hjælp, hvis du finder en borger livløs - også hvis du er i tvivl om, om genoplivning kan undlades.

Orienter dig altid i Fagsystemet.

I følgende situationer skal genoplivningsforsøg ikke gennemføres:

Personalet kan beslutte at undlade genoplivning, når:

- Døden er åbenbar – fx forkulning eller knusning af kraniet
- Lægen har ikke taget specifik stilling til fravalg af genoplivning, men det er dokumenteret i Fagsystemet, at lægen tydeligt har beskrevet at døden er forventet

En læge fravælger genoplivning i situationen:

- Når personalet kontakter egen læge eller vagtlæge ved fund af livløs borger, kan lægen ud fra en beskrivelse af borgerens helbredssituation og findesituationen tage beslutning om ophør af genoplivningsforsøg

Lægen har på forhånd fravalgt genoplivningsforsøg, og dette er dokumenteret i Fagsystemet

En læge kan ordinere fravalg af genoplivning når:

- en habil borger ønsker at fravælge genoplivning i en aktuel sygdomssituation
- en inhabil borger tidligere har fravalgt genoplivning i et livs-/behandlingstestamente
- borgeren er alvorligt svækket, syg eller døende

Fravalg af genoplivningsforsøg og livsforlængende behandling gælder også ved sektorskifte

Når en borger indlægges på et hospital:

- Personalet, der er til stede ved indlæggelse, skal overfor ambulancepersonalet eller vagtlægen fremvise den elektroniske dokumentation fra læge i fagsystemet. Ambulancepersonalet kan tage et billede af dokumentationen og journalisere det som gældende dokumentation i den Præhospitale Patientjournal (PPJ)
- Fravalgsbeslutninger bør fremgå af indlæggelsesrapporten (fravalget beskrives i et fagligt notat under Helbredstilstand ”Respiratoriske problemer” eller ”Cirkulatoriske problemer”, da det så kommer med i den automatisk genererede indlæggelsesrapport)

Når en borger udskrives til kommunen:

- Beslutning om fravalg af livsforlængende behandling eller genoplivningsforsøg skal fremgå tydeligt af udskrivningsrapporten og af epikrisen til egen læge. Det modtagende personale er forpligtede til at sikre, at ordinationen dokumenteres i Fagsystemet. Hvis ordinationen er uklart formuleret, skal der tages kontakt til den udskrivende afdeling.

Kontakt til Vågetjenesten ved Røde Kors Viborg



Hvad kan den frivillige våger tilkaldes til:

- Give nærvær og omsorg hos døende/terminalt syge indlagte
- Give ro og tryghed for patient/pårørende
- Tilstedeværelse i ca. 4-5 timer ad gangen

Hvilke opgaver udfører den frivillige våger ikke:

- Ingen former for plejeopgaver

Hvordan gør personalet:

- Aldrig garantere patienten/pårørende en våger
- Kontakt **Jytte Nielsen**, Aktivitetsleder Røde Kors, Viborg
- Alle ugens dage fra kl. 10:00 – 20:00, på Tlf.nr. **86 46 69 46**, læg evt. besked på telefonsvarer.
- Jytte ringer tilbage til afdelingen, når aftaler er på plads med en frivillig våger.
- Byde den frivillige velkommen, vise faciliteter som taskeskab, toilet og hvor vand/kaffe/te kan findes.
- Personalet i afdelingen har det fulde ansvar for den indlagte.



April 2022

Bilag 10: Opdateret liste med vågetjenester

Liste over vågetjenester opdateret d. 22.6.2022:

Viborg:

Røde kors Viborg <https://viborg.drk.dk/aktiviteter/vaagetjenesten/>

Kontaktperson:

Aktivitetsleder Røde Kors, Viborg:

Jytte Nielsen – tlf.: **86 46 69 46**

Kirkernes sociale arbejde i Viborg [Våge- og aflastningstjenesten | Kirkernessocialearbejde](#)

Kontaktpersoner:

Koordinatorer for våge- og aflastningstjenesten:

Kirsten Larsen – tlf.: **50 92 61 34**

Bodil Knudsen – tlf.: **20 14 33 19**

Skive:

Ved kontakt med hjemmepleje, eller plejecenter, kontaktes sygeplejersken, som kontakter vågetjenestens koordinator. [Sådan kontakter du Vågetjenesten \(skive.dk\)](#)

Røde Kors i Spøttrup www.rodekors.dk/afdelinger/spoettrup/aktiviteter

Kontaktperson: Lilian Kjældsén Jensen

Mail: liliankjaeldsen@gmail.com

Tlf.: **61 79 16 86**

Ældresagens Vågetjeneste - [Skive-Spøttrup-Sundsøre](#)

Kontaktperson: Elin Krabbe-Poulsen

Mail: krabbepoulsen@gmail.com

Tlf.: **71 78 20 76**

Ældresagens Vågetjeneste - [Sallingsund](#)

Kontaktperson: Bettina Sand

Tlf.: **24 98 38 31**

Silkeborg:

Røde Kors Silkeborg Vågetjenesten - [Silkeborg - Røde Kors \(drk.dk\)](https://silkeborg.drk.dk)

Kontaktnummer til vågetjenesten: **29 24 96 15**

Ældresagen Silkeborg [Voegetjenesten \(aeldresagen.dk\)](https://aeldresagen.dk)

Telefonnummer til vågetjenesten: **61 29 24 91**

Frivilligcenter Silkeborg, Bryrup/Them -

[Vågetjenesten Bryrup / Them \(frivilligcenter-silkeborg.dk\)](https://frivilligcenter-silkeborg.dk)

Kontaktperson: Karen Bolvig

Telefonnummer: **40 93 95 47** – mellem kl. 9 og 18 - gerne dagen før hjælpen ønskes.

Ældresagen Kjellerup [Vaagetjeneste \(aeldresagen.dk\)](https://aeldresagen.dk)

Kontaktperson: Inge Skou Madsen

Tlf.: **30 81 36 04**

Hospitalsenhed Midt:

Røde Kors Viborg - <https://viborg.drk.dk/aktiviteter/vaagetjenesten/>

Kontaktperson: Aktivitetsleder Røde Kors, Viborg

Jytte Nielsen – Tlf.: **86 46 69 46**

Bilag 11: Oversigt over omtale, oplæg, TV-klip

Oplæg og stande:

- Danske Regioner d. 2.11.2021 - besøg Regionshospitalet Viborg, Oplæg ved Helle Skytte.
- Patientsikkerhedskonference d. 9.11.2021, oplæg ved Maila Tandrup, Omsorgschef Viborg Kommune
- Sct. Lukas hospice d. 10.11.2021 – oplæg for tværfaglige medarbejdere ved Maila Tandrup, Omsorgschef Viborg Kommune og Helle Skytte, Chefsygeplejerske, Hospitalsenhed Midt
- Regionshospitalet Gødstrup, d. 2.3.2022, Palliationskonference, oplæg ved Henrik Ravn, Leder for Pleje- og Omsorgscentre, Viborg Kommune og Janne Laursen, Klinisk Sygeplejespecialist, Hospitalsenhed Midt
- Temaeftermiddag med praksislæger i samarbejde med PLO Midt, afholdt i 2 kommuner foråret 2022
- Folkemødet Bornholm d. 16. til d. 17. juni 2022 – oplæg ved Maila Tandrup, Omsorgschef Viborg Kommune og stand begge dage i Sundhedsteltet
- Seniorfolkemødet Viborg d. 21.06.2022 – Projekt Livets Afslutning stand
- Åbent hus i Sundhedscenteret Viborg, d. 19.10.2022 – oplæg for praksislæger, fysioterapeuter og deres praksis ved Maila Tandrup, Omsorgschef Viborg Kommune og stand
- Region Hovedstaden, d. 27.10.2022 – oplæg for over 80 administrative medarbejdere ved Maila Tandrup, Omsorgschef Viborg Kommune og Helle Skytte, Chefsygeplejerske, Hospitalsenhed Midt
- Danske Regioner, d. 28.10.2022 – oplæg for Udvalget for det nære sundhedsvæsen, ved Maila Tandrup, Omsorgschef Viborg Kommune og Helle Skytte, Chefsygeplejerske, Hospitalsenhed Midt
- Sundhedsstyregruppen Region Midt, d. 10.11.2022 – oplæg ved Maila Tandrup, Omsorgschef Viborg Kommune og
- Regionshospitalet Gødstrup, d. 7.12.2022 – planlagt oplæg for netværksgruppe for implementering af samarbejdsaftalen om palliation, ved Helle Skytte, Chefsygeplejerske, Hospitalsenhed Midt og Henrik Ravn, Leder for Pleje- og Omsorgscentre, Viborg Kommune

Indslag i TV og fagblade:

- Vinder af Årets Borgerinddragende Initiativ 2022, Danske Regioners Pris
- Vinder af Den Gyldne Tråd, 2022 Kommunal Sundhed.
- Altinget, d. 18.01.2022, Ove Gaardboe omtaler projektet. **Overlæge: Vi er godt i gang med samtalen om døden - Altinget: Sundhed**
- DK Nyt – omtale af danske regioners pris **Initiativpris for inddragelse af døende og pårørende (dknyt.dk)**
- TV Midtvest, d. 24.03.2022 **Nyt projekt har vundet stor pris fra Regionerne: 93-årige Anne Lise bestemmer selv over den sidste tid | TV MIDTVEST**
- DR1 d. 7.06.2022, nyderne kl. 21.
- Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, september 2022, **Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 5-2022 Tidsskrift - Side 3 (paperturn-view.com)**
- VAF Viborg Animation Festival – begge animationsfilm nominerede til Best Commissioned Film 2022.



VIBORG
KOMMUNE



Silkeborg
Kommune



SKIVEKOMMUNE

midt
regionmidtjylland

Hospitalsenhed Midt
Viborg, Silkeborg, Hammel, Skive



**PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION**

PS! Dansk Selskab for
PatientSikkerhed