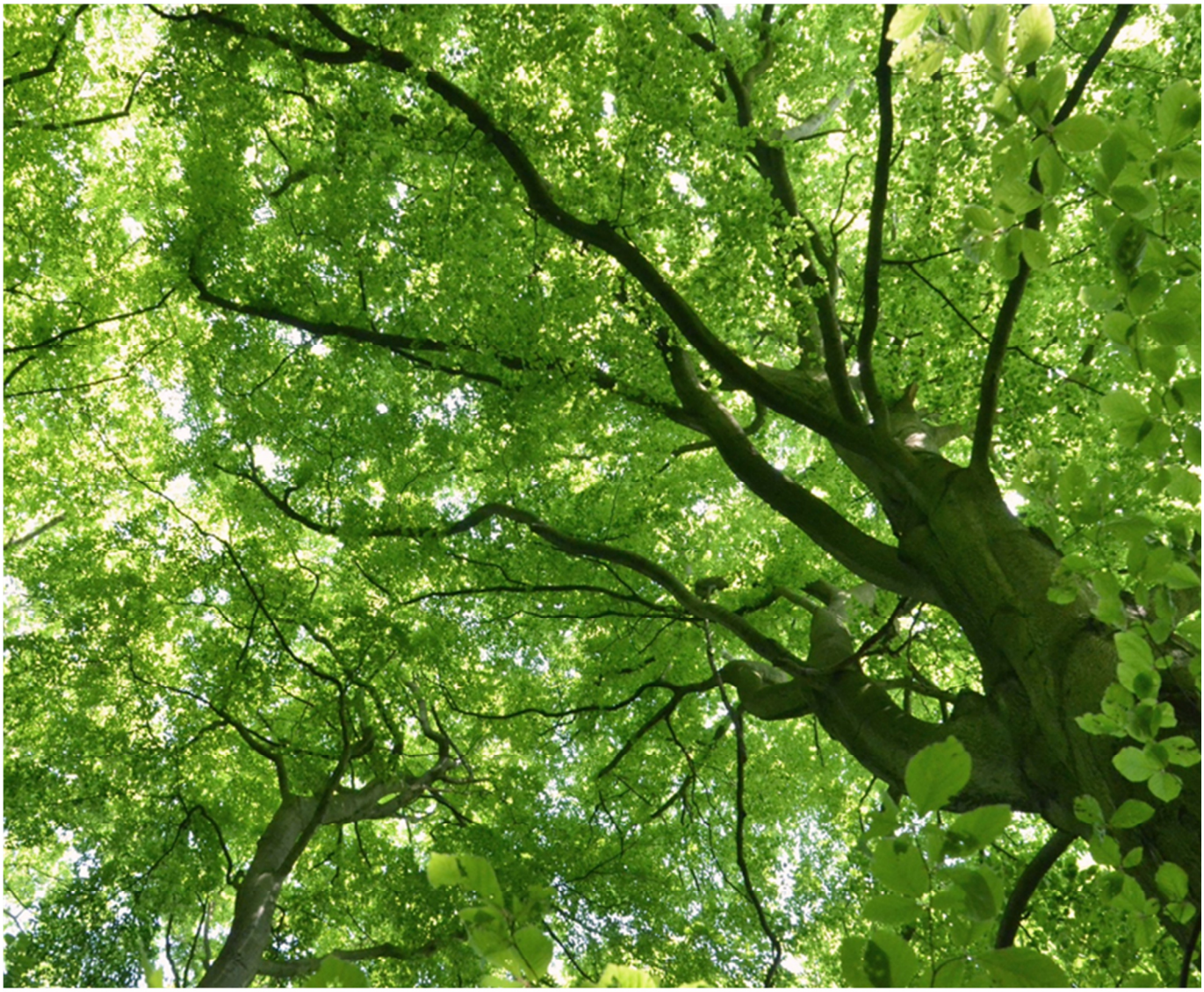
REHPA
Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

SUNDHEDSSTYRELSEN



Bilagssamling til satspulje 'En værdig død - modelkommuneprojekt

Eksempler på udvalgte faglige redskaber og metoder

REHPA |SUNDHEDSSTYRELSEN | FEBRUAR 2019

Indhold

Introduktion 3
Bilag 1-2. Skemaer/redskaber til identifikation af livstruet syge borgere med behov for palliation ..5
Bilag 1. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DK™) 5
Bilag 2. Opsporingsskema - Varde Kommune 6
Bilag 3-6. Skemaer til vurdering af livstruet syge borgeres palliative behov og symptomer 7
Bilag 3. Behovsvurderingsskema EORTC QLQ-C15-PAL 7
Bilag 4. ESAS - systematisk symptomlindring 9
Bilag 5. Retningslinje for delir og CAM-skema – Varde Kommune 10
Bilag 6. CNPI - smertescorings-skema 15
Bilag 7-10. Samtaleguides mhp. afklaring af familiens palliative behov inkl. afklaring af ønsker for opholds- og dødssted 17
Bilag 7. Samtaleguide – Aarhus Kommune 17
Bilag 8. Retningslinje for tværfaglige hjemmebesøg inkl. samtaleguide – Varde Kommune 18
Bilag 9. Samtaleguide – Svendborg Kommune 21
Bilag 10. Samtaleguide – Roskilde Kommune 23
Bilag 11. App – Svendborg Kommune 31
Bilag 12. Retningslinje for opfølgende hjemmebesøg hos pårørende efter dødsfald – Varde Kommune 37
Bilag 13. Guide til debriefingsmøde - Varde Kommune 40

Introduktion

Denne bilagssamling er udviklet til brug for ledere og faggrupper, der arbejder med palliativ indsats i danske kommuner. Bilagssamlingen indeholder udvalgte skemaer og guides som Aarhus, Varde, Svendborg og Roskilede Kommune udviklede og/eller anvendte i forbindelse med satspuljeprojektet "*En værdig død – modelkommuneprojekt*".

Bilagene præsenteres først kort sammen med eventuelle links, hvorfra de kan downloades. Ønskes mere dybtgående og sammenhængende beskrivelser samt erfaringer med brug af disse henvises til rapporten '*Satspuljen 'En værdig død – modelkommuneprojekt": En tværgående slutevaluering'*.

Bilag 1-2. Skemaer/redskaber til identifikation af livstruede syge borgere med behov for palliation

Bilag 1. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DK™)

To kommuner anvendte dele af SPICT–skemaet var på projekttidspunktet ikke oversat til dansk. Her er medtaget *SPICT-DK™,* som november 2018 er blevet oversat af REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, OUH, SDU. Skemaet anvendes til at identificere, hvorvidt et livstruet sygt menneske kan have behov for palliativ indsats eller supportive care. Kan downloades herfra: https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-dk/

Bilag 2. Opsporingsskema - Varde Kommune

Varde Kommune havde udviklet et tidligt opsporingsskema til kortuddannede sundhedsprofessionelle. Skemaet skulle bidrage til at opspore borgere havde brug for yderligere hjælp.

Bilag 3-6. Skemaer til vurdering af livstruet syge borgeres palliative behov og symptomer

Bilag 3. Behovsvurderingsskema EORTC QLQ-C15-PAL

EORTC QLQ-C15-PAL er et selvevalueringsskema, der er udviklet til at identificere palliative behov hos livstruet syge med kræftsygdomme. Kan downloades her: https://qol.eortc.org/eortc-qlq-c15-pal/?q=eortc-qlq-c15-pal

Bilag 4. ESAS - systematisk symptomlindring

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) er et symptomregistreringsinstrument, som benyttes internationalt til symptomscreening hos patienter i palliativ fase. ESAS-skemaet er som udgangspunkt udviklet til brug i klinisk arbejde. Kan downloades her: https://www.sundhed.dk/content/cms/46/29146_9047-2-esas-skema-dansk-version-marts-2008-doc-pdf.pdf

Bilag 5. Retningslinje for delir og CAM-skema - Varde Kommune
Retningslinjen er udarbejdet i Varde kommune. DMCG-PAL har udarbejdet fire retningslinjer om delir i palliative forløb inkl. CAM-skema. Disse kan downloades her.
http://www.dmcgpal.dk/files/retninglinjer/maj18/kr_delirium_endelig_version.pdf

Bilag 6. CNPI (smertescorings-skema)
CPNI (Pain Assessment in Non-Communicative Adult Palliative Care Patients) er et smertevurderingsskema, der anvendes i palliative forløb til syge voksne, som man ikke kan kommunikere med (fx mennesker med demens).

Bilag 7-10. Samtaleguides med henblik på afklaring af familiens palliative behov inkl. afklaring af ønsker for opholds- og dødssted

Bilag 7. Samtaleguide – Aarhus Kommune
I Aarhus Kommune hed samtaleguiden "Dit liv – nu og i fremtiden (advance care planning)". Og som det fremgår af titlen er guiden inspireret af ACP.

Bilag 8. Retningslinje for tværfaglige hjemmebesøg inkl. samtaleguide – Varde Kommune
I Varde Kommune var samtaleguiden en del af en retningslinje for tværfaglige hjemmebesøg.

Bilag 9. Samtaleguide – Svendborg Kommune
Svendborg Kommune havde formuleret nogle spørgsmål i en samtaleguide til de professionelle.

Bilag 10. Samtaleguide – Roskilde Kommune
I Roskilde Kommune havde man valgt at kalde det en "*Samtaleguide om den sidste tid – til dig og dine pårørende*". Denne guide er inspireret af *ACP*.

Bilag 11. App Svendborg Kommune
I Svenborg Kommune arbejdede man på evalueringstidspunktet på at få lagt diverse skemaer og dokumenter ind i en app. Således kunne disse dokumenter automatisk være en del af kommunens dokumentationssystem. Ligesom kommunens professionelle kunne tilgå dokumenterne på deres tablets, når de besøgte familierne. Bilaget giver et indtryk af, hvordan det kommer til se ud.

Bilag 12. Retningslinje for opfølgende hjemmebesøg hos pårørende efter dødsfald – Varde kommune
Denne retningslinje kan inspirere til, hvad der kan tales om ved et opfølgende hjemmebesøg med efterladte.

Bilag 13 Guide til debriefingsmøde - Varde Kommune
Guiden giver inspiration til fremgangsmåde og områder, der kan tages op, når professionelle har behov for at evaluere udfordrende palliative forløb.

THE UNIVERSITY of EDINBURGH

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

Bilag 1

SPICT™- DK bruges som en hjælp til at identificere personer, hvis helbred er i forværring, herunder at vurdere behov for understøttende og palliativ behandling samt planlægge pleje, omsorg og behandling.

Identificér generelle indikatorer for dårligt helbred eller helbred i forværring:

- Ikke planlagt(e) hospitalsindlæggelse(r).
- Performancestatus/funktionsniveauet er dårligt eller forværret med begrænset reversibilitet (Personen bliver eksempelvis i sengen eller sidder i en stol mere end halvdelen af dagen).
- Er afhængig af andres pleje og omsorg på grund af forværring af det fysiske og/eller mentale helbred.
- Plejepersonale og/eller pårørende har brug for yderligere hjælp og støtte.
- Personen har haft et betydeligt vægttab over de sidste par måneder eller forbliver undervægtig.
- Vedvarende symptomer på trods af optimal behandling af underliggende tilstand(e).
- Personen (eller dennes familie) beder om palliativ pleje, omsorg og behandling; vælger at reducere, stoppe eller ikke at påbegynde behandling; eller ønsker at fokusere på livskvalitet.

Identificér kliniske indikatorer for én eller flere livs-begrænsende tilstande:

Kræft

Funktionsniveau er forværret på grund af fremskreden kræft.

For skrøbelig til kræftbehandling eller modtager udelukkende symptombehandling.

Demens/skrøbelighed

Ude af stand til at klæde sig på, gå eller spise uden hjælp.

Spiser og drikker mindre; har synkebesvær.

Urin- og afføringsinkontinens.

Ude af stand til at kommunikere verbalt; begrænset social interaktion.

Hyppige fald; lårbensbrud.

Gentagne tilfælde af feber eller infektioner; aspirationspneumoni.

Neurologisk sygdom

Fremskreden forværring af fysisk og/eller kognitiv funktion på trods af optimal behandling.

Taleproblemer med tiltagende kommunikationsbesvær og/eller fremskridende synkebesvær.

Gentagne tilfælde af aspirationspneumoni; åndedrætsbesvær eller lungesvigt.

Vedvarende paralyse efter apopleksi med betydeligt tab af funktion og vedvarende funktionsnedsættelse.

Hjertekarsygdom

Hjertesvigt eller udbredt, uhelbredelig koronararteriesygdom/iskæmisk hjertesygdom med åndenød eller brystsmerter i hvile eller ved minimal fysisk aktivitet.

Alvorlig perifer karsygdom, som ikke kan behandles ved operation.

Lungesygdom

Alvorlig kronisk lungesygdom med åndenød i hvile eller ved minimal fysisk aktivitet mellem eksacerbationerne.

Vedvarende hypoxi, som kræver langvarig iltbehandling.

Har haft brug for respiratorisk støtte (ex. NIV, respirator) på grund af lungesvigt, eller respiratorisk støtte er kontraindiceret.

Nyresygdom

Stadie 4 eller 5 af kronisk nyresygdom (eGFR <30 ml/min) med forværring i helbredstilstand.

Nyresvigt, som komplicerer andre livsbegrænsende tilstande eller behandlinger.

Stop af dialyse, eller dialyse påbegyndes ikke.

Leversygdom

Levercirrose med én eller flere komplikationer i løbet af det sidste år:

- diuretika resistent ascites
- hepatisk encefalopati
- hepatorenalt syndrom
- bakteriel peritonitis
- gentagne variceblødninger

Levertransplantation er ikke mulig.

Andre tilstande

I forværring og i risiko for at dø af andre tilstande eller komplikationer, som ikke er reversible; enhver tilgængelig behandling vil give et dårligt resultat.

Vurder og planlæg nuværende og fremtidig pleje, omsorg og behandling.

- Vurder nuværende behandling og medicinering for at sikre, at personen modtager den optimale pleje, omsorg og behandling; minimér polyfarmaci.
- Overvej henvisning til specialistvurdering, hvis symptomer eller problemer er komplekse og svære at håndtere.
- Opnå enighed med personen og dennes familie om den nuværende og fremtidige behandlingsplan. Støt pårørende.
- Planlæg fremadrettet i god tid, hvis der er sandsynlighed for tab af beslutningsevne.
- Dokumentér, kommunikér og koordinér planen.

Please register on the SPICT website (www.spict.org.uk) for information and updates.

SPICT™, April 2017

Opsporingsskema - Er det tid at etablere palliativ indsats?

Arbejdsskema, skal ikke scannes ind i Nexus

Navn: _____ CPR:_____

Kendetegn om "livskvalitet"	Det går bedre	Uændret	Det går dårligere
Lyst til at leve			
Glæde i hverdagen			
Interesse for omverdenen			
Kommentarer			

Kendetegn om "fysisk velvære"	Det går bedre	Uændret	Det går dårligere
Træthed			
Appetitløshed			
Smerter			
Kvalme			
Faldtendens			
Åndenød			
Vægttab			
Sengeliggende			
Kommentarer			

Kendetegn om "psykosociale forhold og åndelige behov"	Nej	Ja
Tanker kredser om familien og den sidste levetid		
Optaget af åndelige eksistentielle tanker (tanker om livets mening, håb og afslutning)		
Bliver tiltagende indadvendt		
Afklaret – "mæt af dage"		
Angst, depression		
Hallucinationer, uro		
Kommentarer		

Kendetegn i forhold til "pårørende"	Nej	Ja
Udtrykker de pårørende bekymring?		
Ser de pårørende ændringer?		
Kommentarer		

Ser samarbejdspartnere ændringer?	Nej	Ja
Daglig hjælper		
Andre (f.eks. køkkenpersonale, fysioterapeut, præst)		
Kommentarer		

Konklusion – plan - aftaler	Nej	Ja
Er der behov for drøftelse med sygeplejerske?		
Er der behov for samtale med læge og pårørende		
Hvad aftales		
Hvem er ansvarlig for videre plan?		
Udfyldt den: af:		

EORTC QLQ-C15-PAL

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

Patientnummer |_|_|_|_|_|_|

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

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

I den forløbne uge:

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

Vær venlig at fortsætte på næste side

KOPI

I den forløbne uge:	**Slet ikke**	**Lidt**	**En del**	**Meget**
10. Har du haft forstoppelse?	1	2	3	4
11. Var du træt?	1	2	3	4
12. Vanskeliggjorde smerter dine daglige gøremål?	1	2	3	4
13. Følte du dig anspændt?	1	2	3	4
14. Følte du dig deprimeret?	1	2	3	4

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

15. Hvordan vil du vurdere din samlede livskvalitet i den forløbne uge?

1	2	3	4	5	6	7
Meget dårlig						Særdeles god

16. Har du haft andre væsentlige symptomer eller problemer, som ikke er nævnt i spørgsmålene ovenfor?

☐ Nej
☐ Ja. Skriv venligst de vigtigste (op til tre), og angiv, I hvor høj grad, du har haft symptomerne eller problemerne i den sidste uge:

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

Besvarede du spørgeskemaet:
□ Uden hjælp fra personale *eller*
□ Med hjælp fra personale?
Personalet/pårørende har udfyldt skemaet, da borgeren ikke selv har kunnet medvirke hertil pga. nedsat kognitiv funktion _____

© Copyright 1995 and 2003 EORTC Study Group on Quality of Life. All rights reserved.

KOPI

ESAS

Sys ma k symptomvurdering

Hvordan har du de lige nu?

CPR _____

vn:_____

Dato:_____ Tidspu kt:_____

Udfyldt af: Patient ☐ På ende ☐ Pe so le ☐

Sæ n cirk l omkr ng d t l, der beds b kr ver:

Smerte	Inge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Værst tænkelig
Træthed	Inge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Værst tænkelig
Kvalme	Inge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Værst tænkelig
Døsighed	Inge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Værst tænkelig
Appetit	Normal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Værst tænkelig
Ånde d	Inge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Værst tænkelig
edtrykthed	Inge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Værst tænkelig
Angst	Inge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Værst tænkelig
Hvorda e du tilp s i dag?	Godt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Værst tænkelig

Ha du et symptom elle p oblem, de ikke e næv t? _____

Inge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Værst tænkelig

ESAS
(**E**dmo to **S**ymptom **A**ssessme t **S**ystem)
Da sk ve sion ma ts 2008. Oversat og evideret af Det Palliative Team, Thisted, Aalborg og Skive.

Varde Kommune

RETNINGSLINJE

Sygeplejen, Varde Kommune
Dok. nr. 35160 /17

Titel	Delir, forebyggelse, identifikation, behandling
Afdeling	Sygeplejen jvf. delegation og faglige kompetenceprofiler til indsatser efter Sundhedsloven
Formål	At forebygge delir ved at - Identificere patienter med risiko for at udvikle delir - Anvende strukturerede nonfarmakologiske interventioner At sikre identifikation af delir ved brug af et valideret screeningsredskab (CAM) hos patienter i primær sektor At behandle udløsende årsager, såfremt dette er muligt At reducere og/ eller behandle den delirøse patients symptomer på en respektfuld måde At mindske patienter og pårørendes belastninger via information om delir
Fremgangsmåde	**<u>Forebyggelse af delir</u>** *Risikofaktorer* • Nedsatte kognitive evner • Høj alder > 65 år • Nedsat funktionsniveau • Høj grad af komorbiditet • Nedsat syn og hørelse • Tidligere tilfælde af delir Delir kan forebygges hos patienter i middelrisikogruppen (1-2 risikofaktorer) men ikke hos patienter i højrisikogruppen (3 eller flere risikofaktorer) *Forebyggende interventioner* • God nattesøvn (undgå støj, give varm te/mælk, afslapningsmusik, massage, øreprop per, varme sokker) • Opmuntre til væske- ernæringsindtag • Sikre mave-/tarm- blærefunktion, god hygiejne, evt. seponere blærekateter for at undgå infektion • Mobilisering • Adækvat iltmætning, lungefysioterapi, god lejring, frisk luft • Total smertebehandling • Medicinsanering • Kontinuitet i plejen, genkendelig døgnrytme • Rolige og veloplyste omgivelser • Reducere forstyrrende stimuli, eks. TV/radio, mange besøgende • Ur og kalender synlig med jævnlig orientering i tid og sted

- Personlige velkendte ting omkring patienten
- Sikre at briller/høreapparat fungerer og anvendes
- Kognitive stimulerende aktiviteter som puslespil, sudoko, billedalbum, hvis muligt

Identifikation af delir

Confusion Assessment Method (CAM) anvendes ved mistanke om delir. Ved positiv score, anvendes CAM herefter en gang pr. vagt i de første 3-4 døgn.

Hovedtyper af delir
Der skelnes mellem fire forskellige typer af delir.

Den hyperaktive type, som er karakteriseret ved øget psykomotorisk aktivitet, urolig adfærd, rastløshed og agitation. Springende tankeproces evt. kombineret med hallucinationer (oftest syn), samt vrangforestillinger. Denne gruppe er hyppigst identificeret om end mindst forekommende (15%)

Den hypoaktive type, der er karakteriseret ved nedsat psykomotorisk aktivitet, sløvhed og apati, patienten er døsig, svarer med latenstid. Der kan være hallucinationer og vrangforestillinger, men patienten giver ikke udtryk for dette (19%).
Der er risiko for, at patienten med hypoaktivt delir ikke diagnosticeres eller fejldiagnosticeres som depressiv.

Blandingstypen, er kendetegnet ved en kombination af hyper- og hypoaktiv delir og er den hyppigst forekommende (52%).

Terminalt delir, kan ses i livets sidste døgn, hvor målet er at kontrollere symptomer. Opleves ved 90% af de terminalt syge patienter.

De tre første typer er reversible i 505 af tilfældene og varer typisk 3-4 dage. Terminalt delir er ikke reversibelt.

Behandling

Generelt skal man søge efter og behandle årsag til delir. Ofte er der flere samtidige årsager.

1. Identificere og behandle udløsende årsager
Patofysiologiske årsager:
- Infektion – især urinvejsinfektion og pneumoni
- Medicamenter som opioider, corticostereoider, benzodiazepiner og præparater med anticholinerg effekt
- Polyfarmaci. Vurder nødvendigheden af ordineret medicin
- Smerter
- Søvnmangel
- Dehydrering
- Ernæringsunderskud
- Urinretention
- Obstipation
- Hypoxi

	• Biokemiske forstyrrelser (f.eks. Na, Ca, glucose, albumin) • Hurtigt indsættende sygdom <u>Psykosociale årsager:</u> • Angst • Nye omgivelser *2. Farmakologisk behandling* • Haloperidol anvendes oftest som første valg. • Benzodiazepiner bør ikke anvendes til behandling af delir • For symptomatisk behandling, se forslag fra undervisningsforløb En værdig død, dok nr. 72741/17 *3. Pleje af patient i delir* • Er patienten faldet i søvn efter en urolig periode, er det vigtigt, at patienten får lov til at sove. Hjernen reagerer på kroppens sygdom og belastninger og har brug for ro • Rolige omgivelser, reducere forstyrrende stimuli eks. Støj fra døre der knirker, ur der tikker, porcelæn, TV, høj musik, snak udenfor døren • Undgå overstimulering ved mange gæster, socialt samvær og snak. Skærm patienten ved at lukke døren • Når patienten har fået sovet, er det vigtigt at mobilisering sker om dagen og alle aktiviteter neddrosles om aftenen • God nattesøvn, undgå at vække patienten unødig til medicinindgift eller lejeændring • Skab genkendelighed. Familie, venner, billeder og fotos • Skab overskuelighed, ryd op omkring patienten • Sørg for god belysning om dagen. Helt mørkt eller orienterende belysning til natten afhængig af patientens ønske. Kaldesystem tydeligt markeret • Rumtemperatur på 21,1-23,8 grader *4. Kommunikation til patient i delir* • Enkel, rolig, varm, venlig, anerkendende omgang med patienten • Hjælp patienten med at få briller/høreapparat på og sikre at det virker • Roligstemmeføring uden armbevægelser. Undgå berøring. Ansigt til ansigt • Klar, langsom, simpel tale. Brug korte og direkte sætninger. Sig hvem du er og hvad din rolle er. Sig patientens navn. Repeter. Sig én ting ad gangen. • Stil få og enkle spørgsmål • Fortæl om tid og sted, hvis det falder naturligt, men ikke såfremt patienten er agiteret og hallucineret • Ved hallucinationer er det vigtigt at respektere patientens subjektive verden, idet en konfrontation giver større lidelse og tab af værdighed. Hallucinationer er ofte begivenheder fra fortid eller uafsluttede opgaver, som kan være vigtige milepæle at dele med familien. Lad patienten blive i sin verden, eller såfremt det er angstprovokerende, så korriger på nænsom og anerkendende måde Spørg:"det du ser, er det her omkring? Har du haft

	hallucinationer før? En anden strategi kan være afledning:"Fantaserer patienten eksempelvis om flystyrt da spørg:"Har du ofte været ude at flyve? Beskylder patienten hustru for at være utro, da spørg:"Hvodan mødte I hinanden? Snak om familie anliggende og hverdagsting, som har interesse. • Bliver patienten vred, da observer, hvad der fremprovokerede vreden og hvad der reducerede vreden. Hvad skete der før og efter? • Sørg for at familien kan tale sammen i klare perioder, som måske mest er morgen og eftermiddag *5. Information* • Informer og udlever pjece *Delir - når din nære ændrer adfærd* til pårørende **<u>Dokumentation</u>** Dokumentation foretages evt. ved oprettelse af handleplan
Kvalitetsovervågning og kvalitetsforbedring	
Udarbejdet af	Annette Junker, projektleder En værdig død
Godkendelse	Rigmor Jensen, leder af Sygeplejen. Dato 28.04.2017
Dato for næste revision	Januar 2020
Referencer	- Screeningsredskab CAM dok nr. 63741/17 - Træningsmanual dok nr. 72890/17 - For symptomatisk behandling, se forslag fra undervisningsforløb En værdig død, dok nr. 72741/17 - Pjece *Delir - når din nære ændrer adfærd dok nr. 63747/17*

Brief Confusion Assessment Method, B-CAM i dansk oversættelse.

1 *og* 2 skal være positive samt 3 *eller* 4 for at delirium er tilstede.

Kendetegn	Positiv	Negativ
1. Akut indsættende og fluktuerende forløb: Oplysninger om dette punkt fås normalt fra familie eller plejepersonale. a. Er der tegn på en akut ændring i patientens mentale tilstand? b. Varierer dette i løbet af døgnet? *Hvis én eller begge er tilstede = positiv*		
2. Uopmærksomhed: Bed patienten om at nævne årets måneder bagfra fra december til juli. *0-1 fejl = negativ. Mere end 15 sek. pause= positiv*		
3. Ændret bevidsthedsniveau: Score på Richmond Agitation Scale (RASS): +4 Stridbar, voldelig, umiddelbar til fare for personalet +3 Stærkt agiteret. Forsøger at fjerne katetre og sonder; aggressiv +2 Oprevet. Hyppige formålsløse bevægelser +1 Rastløs, angst, bange, rolige bevægelser **0 Vågen og rolig. *Negativ*** -1 Døsig. Ikke helt vågen, men kan holde sig vedvarende vågen på opfordring (åbne øjne / sikker kontakt i mindst 10 sekunder) -2 Sløv. Kortvarigt vågen på opfordring (øjenåbning / sikker kontakt under 10 sekunder) -3 Ingen øjenkontakt, men bevægelse eller øjenåbning på opfordring -4/-5 Kan ikke delirium vurderes *RASS forskellig fra 0=positiv*		
4. Uorganiseret tankegang: Bed patienten svare på: • Kan en sten flyde på vand? • Er der fisk i havet? • Vejer et kilo mere end to kilo? • Kan man bruge en hammer til at slå søm i med? Kommando: "Hold så mange fingre op" (Vis 2 fingre) "Nu skal du gøre det samme med den anden hånd" (uden at du viser fingrene igen) Eller: "Tilføj endnu en finger" (Hvis patienten ikke kan bruge begge arme) *Mere end 0 fejl=positiv*		

Jens Nørbæk, Elsebeth Glipstrup, Helle Svenningsen **©Vanderbilt University 2012**

ER INDARBEJDET i APP

Min sidste tid
En dag skal vi dø.
Men alle de andre dage skal vi leve.

CNPI – skema til observationer der måske skyldes smerter

Navn på beboer:

Skriv et 0, hvis adfærden IKKE er observeret. (Blå= dag/Grøn=aften/Rød= nat).
Skriv 1, hvis adfærden fremkommer under aktivitet eller i hvile – også selvom det kun er i kort tid

	I aktivitet							I hvile							
	Ma	Ti	Ons	To	Fr	Lø	Sø	Ma	Ti	Ons	To	Fr	Lø	Sø	Bemærkninger
1. **Lydklager : ikke-verbale** (Smerter udtrykkes ikke i ord med fx ved at stønne, jamre, grynte, græde, gispe eller sukke)															
2. **Ansigts grimasser/trækninger** (Rynket pande, kniber øjnene i, stramme læber, taber hagen, skærer tænder, fordrejet ansigtsudtryk)															
3. **Støtte – styrke/berøring** (Kylnge sig til eller holde fast i sengehest, seng, bordplade eller andre ting i området ved forflytning)															
4. **Rastløshed** (Konstant skiften af stilling, rokker, konstante/periodevis håndvridning, umulig at få til at sidde stille)															
5. **Gnidning** (Massage af berørte/ramte områder)															
6. **Lyd klager: verbale** (Ord som udtrykker ubehagelighed eller smerte, 'av', 'det gør ondt', bander ved forflytning, eller råber op i protest, fx 'stop', 'nu er det nok'															

Udfyldt dato:

Af:

Bilag 6. CNPI (smertescorings-skema)

CNPI – skema til observationer der måske skyldes smerter

Min sidste tid
En dag skal vi dø.
Men alle de andre dage skal vi leve.

CNPI skemaet skal:

- 'Legitimere' medarbejdernes nærvær med og observationer af adfærd hos beboere med demens, og fungere som redskab til at kunne observere adfærd og symptomer
- Det er et værktøj der skal hjælpe dem til at skærpe opmærksomheden på ændringer i beboerens adfærd, ændringer der kan være tegn på smerter
- Brugen af skemaet 'kobles' til Total Pain modellen som bruges til at vurdere palliative behov

Observationerne skal bidrage til at igangsætte refleksioner, fordi symptomerne hos disse beboere, der har nedsatte kognitive evner, ikke er umiddelbare. Det kan anvendes sammen med 'adfærdsskemaet', og bidrage til at indsamle data til dette. Og dermed også bidrage til at indsamle data til en evt beboerkonference.

Observationsskemaet suppleres med 'AT VISE'-spørge redskabet, der skal anvendes af sygeplejersken i dialogen med kolleger/hjælpere/assistenter – evt i det daglige gruppemøde.

Det skal bidrage til:

- At 'gå på opdagelse i beboerens adfærdsændringer' og bidrage til at finde årsagen til denne
- At sikre at en given behandling er korrekt og virker efter hensigten
- Sikre videregivelse af 'korrekte' observationer til tværfaglige samarbejdspartnere(egen læge, gerontopsykiatrisk team mv)

Bilag 7. Århus Kommunes samtaleguide

Dit Liv - nu og i fremtiden (advance care planning/ACP)	
Kære _____ Følgende spørgsmål skal hjælpe os til at lære dig bedre at kende. Vi ved, at mange mennesker bekymrer sig om den sidste tid af livet. Derfor vil vi gerne åbne op for en snak herom, hvis du har lyst til det, så vi kan tage afsæt i *dine* tanker og ønsker.	
Hvad er vigtigt for dig i din hverdag? Hvad giver dig glæde i livet?	
Gør du dig nogle tanker om den sidste tid af livet? Er der noget, der er vigtigt for dig, noget som bekymrer dig, eller som du tænker særligt over?	
Hvordan kan personalet bedst muligt støtte dig?	
Hvis du en dag kommer til at stå i en situation, hvor du pga. sygdom ikke har evnen til at udtrykke dine ønsker og behov, har du så familie eller anden nærtstående, som du ønsker skal varetage dine interesser?	
Dato for samtale:	
Navn på personale der har haft samtalen med borgeren:	Navn: Stilling:

Bilag 8. Retningslinje for tværfaglige hjemmebesøg inkl. samtaleguide – Varde Kommune

Retningslinje for Tværfaglige hjemmebesøg palliation	
Målgruppe	At voksne borgere med alvorlig, livstruende sygdom, som er vurderet til at have behov for palliation på baggrund af problemstillinger af fysisk, psykisk, social eller åndelig/eksistentiel karakter, kan få et tværfagligt hjemmebesøg. Kriterier der skal være opfyldt: - Borger med alvorlig, livstruende sygdom - Hvis der kan svares nej til overraskelsesspørgsmålet *" Vil det overraske dig hvis patienten dør indenfor de næste 6 – 12 måneder? "* - Ændring i almentilstanden
Formål	1) At styrke den basale palliation så alvorligt syge borgere, som ønsker at dø hjemme, får mulighed for dette under hensyn til borgernes livskvalitet, patientsikkerhed og med høj faglig kvalitet. 2) At sætte fokus på borgerens pallierende behov tidligere i det palliative forløb gennem en styrkelse af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.
Mål	• At afklare borger og pårørendes spørgsmål, forventninger, behov og ønsker til plejeforløb og den sidste tid • Afklare borgerens netværk • Afklare palliative behov og behandlings/plejemuligheder • Aftale plan og aftaler for den kommende tid • Aftale tid for opfølgning (ved behov) Afklare hvilken information borger og pårørende har fået omkring sygdom og fremtidsudsigter • Fordeling af ansvar/opgaver mellem fagpersoner
1 Behov identificeres af:	Borger, pårørende og relevante fagpersoner fx læge, sygeplejerske, Palliativt Team, terapeuter, socialrådgivere, plejepersonale, visitatorer mv. Borgere der opfylder målgruppens kriterier kan drøftes på træffetidsmøder. Det videre forløb igangsætter egen læge eller sygeplejersken der anmoder visitationen om ydelsen.
2 Fremgangsmåde:	Det vil være borgerens individuelle situation der bestemmer hvilke elementer i guiden der er relevante. Det er den praktiserende læge eller koordinerende sygeplejerske der

	er mødeleder, og den koordinerede sygeplejerske er ansvarlig for gennemførelse af mødet, og for den efterfølgende dokumentation af aftaler. Den koordinerende sygeplejerske er ansvarlig for at borgerens behov og ønsker udmøntes i den konkrete planlægning af handlinger og indsatser hos borgeren. <u>Elementer der kan berøres under samtalen</u> • Samtale om plagsomme symptomer (fysiske, psykiske, sociale og åndelig-eksistentielle) • Behovsvurderingsskema EORTC • Hjælpemidler, fysioterapi, ergoterapi, åben indlæggelse, Palliativt Team, Smerteklinik, Center for Sundhedsfremme, Frivillighuset, Aflastningstjenesten mv. • Evt. Ansøgning om terminaltilskud til lægemidler • Evt. ansøgning om socialmedicinsk sagsbehandling (LÆ165) • Evt. grøn recept vedr. ernæringstilskud (OS.91.101) • Evt. tryghedskasse med ordinationer • Evt. drøftelse af *"Fravalg eller afbrydelse af livsforlængende behandling samt forsøg på genoplivning ved hjertestop"* • Aftaler om den sidste tid <u>Samtaleguide</u> Nedenstående spørgsmål er ikke et krav men kan være en hjælp til at åbne op for nogle emner der kan være svære at tale om. Det er borgerens situation der vil være retningsgivende for emner der drøftes. • Hvad fylder mest for dig/ for jer lige nu? – Hvordan ser din verden ud lige nu? – Kan du prøve at beskrive din situation lige nu? • Er der noget særligt du /I bekymrer jer for? – økonomi, bolig, arbejde, din familie mv. • Hvad har du/ I fået at vide om din sygdom? Og om dine fremtidsudsigter? • Hvilke forventninger har du/ I til livet og hverdagen fremadrettet? • Hvilke forestillinger gør du dig/ I jer om livet og hverdagen i den tid der skal leves? • Hvilke ønsker og drømme har du/ I? – er der noget du/ I i særlig grad vil lægge vægt på i dit liv? • Fortæl om hvad det er du frygter ved den tid du har tilbage? Hvad vil du gerne undgå eller forhindre? Har du en tro der hjælper dig i denne situation? • Gør du dig tanker og døden? • Er du bange for at dø? • Hvad vil du/I gerne selv tage jer af, og hvad synes du I har brug for hjælp til? • Er der nogle i din familie eller omgangskreds som hjælper og støtter dig/jer? • Hvis der kommer et tidspunkt hvor du ikke selv er i stand til at give udtryk for dine ønsker og behov, hvem ønsker du så skal være kontaktperson/værge?

	• Har du nogen ønsker for hvor du gerne vil være i den sidste tid af dit liv? • Hvad er dine ønsker i forhold til at modtage livsforlængende behandling? • Hvad er dine ønsker i forhold til genoplivning? • Har du evt. lavet et livstestamente?	
3 Udførelse	Samtalen kan afvikles så hurtigt som muligt eller i løbet af få dage. Der skal være planlagt en dato for det tværfaglige hjemmebesøg indenfor 5 hverdage efter at behovet er blevet identificeret/ korrespondance afsendt.	
Ansvar	Praktiserende læge og sygeplejersken planlægger hvor og hvordan det tværfaglige hjemmebesøg afvikles, hvem der deltager og hvem der er mødeleder samt evt. et senere opfølgende besøg.	
Dokumentation	Sygeplejersken er ansvarlig for dokumentation af de planlagte aftaler. Egen læge har mulighed for at sende Med Com notater. Når en patient er inkluderet i projektet En værdig død, og der kommunikeres med lægen om noget i denne forbindelse, så skal der i korrespondanceteksten stå En værdig død. Dokumentation i Nexus: - Under *Handleplan-uden tema* → Overskrift: tværfagligt hjemmebesøg palliation → Opfølgning indskrives evt. aftaler for næste møder, kopier af korrespondance fra læge, terapeuter, øvrige involverede faggrupper. - Dokumentationen sker i henhold til retningslinjer for handleplaner. 0.4 Indsatsbetegnelse: Opfølgende hjemmebesøg	
Kvalitetsovervågning og kvalitetsforbedring	Målene med besøget skal være indfriet så vidt muligt	
Referencer og bilag		
Udarbejdet	Udarbejdet Foråret 2016	Udarbejdet af Arbejdsgruppe 2, En værdig død
Godkendt	Godkendelsesdato 26.8.2016	Godkendt af Implementeringsgruppen
Revidering	Kommende revidering senest 26.8.2019	Ansvarlig for revidering Annette Junker
Acadre dok nr.	119036/16	

ER INDARBEJDET I APP.

Min sidste tid
En dag skal vi dø.
Men alle de andre dage skal vi leve.

FORVENTNINGSAFSTEMNINGS-MØDE

Navn	
Cpr.nr	
Dato for forventningsafstemningsmøde	
Dato for næste opfølgende møde	
Den koordinerende sygeplejerske er	

SAMTALEGUIDE:

- Hvad fylder mest for dig/ for jer lige nu? – Hvordan ser din verden ud lige nu? – Kan du prøve at beskrive din situation lige nu?
- Er der noget særligt du / I bekymrer jer for? – økonomi, boglig, arbejde, din familie...
- Hvad har du/ I fået at vide om din sygdom? Og om dine fremtidsudsigter?
- Hvilke forventninger har du / I til livet og hverdagen fremadrettet?
- Hvilke forestillinger gør du dig /I jer om livet og hverdagen i den tid der skal leves?
- Hvilke ønsker og drømme har du /I? – er der noget du / I i særlig grad lægger vægt på og som er vigtigt? Rejser, begivenheder, indhold i livet?
- Hvad er det for nogle ting der særligt betyder noget, og som du / I gerne vil lægge vægt på i dit liv?
- Fortæl om hvad det er du frygter ved den tid du har tilbage? Hvad vil du gerne undgå eller forhindre?
- Har du en tro der hjælper dig i denne situation?
- Gør du dig tanker og døden? – Er du bange for at dø?
- Hvad vil du/I gerne selv tage jer af, og hvad synes du I har brug for hjælp til?
- Er der nogle i din familie eller omgangskreds som hjælper og støtter dig/jer?
- Hvis der kommer et tidspunkt hvor du ikke selv er i stand til at give udtryk for dine ønsker og behov, hvem ønsker du så skal være kontaktperson/værge?
- Har du nogen ønsker for hvor du gerne vil være i den sidste tid af dit liv?
- Hvad er dine ønsker i forhold til at modtage livsforlængende behandling?
- Hvad er dine ønsker i forhold til genoplivning?
- Har du evt. lavet et livstestamente?

FORVENTNINGSAFSTEMNINGS-MØDE

TJEKLISTE:

- ☑ Borgerens og de pårørendes ønsker og behov til den sidste tid er afdækket
- ☑ Der er lavet aftaler med borgeren/de pårørende om hvilke indsatser/handlinger der kan /skal iværksættes mhp at tilgodese ønsker og behov – og planen er efterfølgende dokumenteret i Care under Borgerplan-Kronisk sygdom-Palliativ Koordination.
- ☑ Borger og pårørende har fået oplyst navn og kontaktoplysninger på den koordinerende sygeplejersker, og de har fået et telefonnummer hvorpå de kan få kontakt til hjemmesygeplejen – døgnet rundt.
- ☑ Der er lavet aftaler om hvem det er der gør hvad og hvornår – dvs der er aftalt en klar rolle-, opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede parter i borgerens fremtidige forløb
- ☑ Det er afklaret hvilke samarbejdspartnere der er involveret i borgerens forløb – og der er udarbejdet netværkskort, og dette er efterfølgende dokumenteret i journalen
- ☑ Der er lavet aftaler om kommunikationsvejene dag – aften og nat: Hvem er det der informerer hvem? Og hvem har man mulighed for at kontakte ved behov, og hvornår?
- ☑ Der er lavet aftale med borger/pårørende om næste opfølgningsmøde – disse er dokumenteret i Care
- ☑ Der er lavet aftaler for tværfaglige møder med de involverede samarbejdsparter – disse er dokumenteret i Care

KONTINUERLIG OPFØLGNING:

Behovet for opfølgning på aftaler og plan skal ALTID vurderes ved følgende forhold:

- Når borgerens går fra en fase til en anden i det palliative forløb
- Ved ændringer i borgerens tilstand
- Ved ændringer i borgerens hverdagsliv, netværk, sociale forhold ol.
- Ved involvering af nye samarbejdspartnere
- Hvis borgeren flytter i ældre- eller plejebolig
- Ved sektorovergange: fra eget hjem/plejebolig til sygehus eller hospice, fra sygehus/hospice til eget hjem/plejebolig og fra gæstebolig til eget hjem.

I disse situationer har borger og pårørende brug for:

- ➢ Information om hvad der er 'på spil', og hvad der kan forventes
- ➢ At blive mødt med en ressourceorienteret og helhedsorienteret tilgang i kommunikation og handling
- ➢ At nye aftaler, indsatser og handlinger besluttes ud fra hvad borger og pårørende ønsker
- ➢ Information om hvem den koordinerende sygeplejerske er, og et telefonnummer som kan anvendes til at kontakte personale hele døgnet

Samtaler om den sidste tid
- til dig og dine pårørende

ROSKILDE
KOMMUNE

Indledning

Hvad gør livet værd at leve, når kroppen svækkes? Hvilke ønsker har du, hvis du bliver meget syg? Her finder du spørgsmål som det kan være godt at drøfte med dine pårørende, læger og sygeplejersker. Ved at tale om dine ønsker bliver det nemmere for alle at støtte dig så godt som muligt i en vanskelig tid.

Der er meget at tage stilling til, når man er alvorligt syg eller svækket. Det kan være svært at tale om det hele. Mange føler en lettelse bagefter, når familien har fået snakket om det vigtige i livet og døden. Der skal måske flere samtaler til, før du synes at alt er på plads. Pårørende, læger, sygeplejersker og evt. en præst kan hjælpe med afklaring af forskellige emner. Du kan få brug for at tale om spørgsmålene flere gange, fordi din tilstand ændrer sig.

Dette dokument tilhører dig og dine pårørende. Du kan vælge at skrive dine ønsker til pleje og behandling ned så sundhedspersonalet kan læse det, hvis du ikke selv er i stand til at forklare dig. De vil gerne tale med dig og kende dine ønsker for at give dig pleje og behandling, som passer til dig.

Brug spørgsmålene på de næste sider til at tale med dine pårørende og med sundhedspersonale om hvad der er vigtigt for dig i den sidste tid. Det gør det lettere for alle at støtte dig.

Dine pårørende kan også have brug for en samtale alene med en sygeplejerske om deres behov og forventninger. Bagest finder I spørgsmål, som kan bruges i samtalen mellem pårørende og sundhedspersonale.

Dokumentet er **ikke** af juridisk karakter, men er en mulighed for dig og dine pårørende til at tale om ønsker til pleje og behandling.

Dette dokument tilhører:

_____

Borgerens navn

Det meningsfulde liv

Her er nogle spørgsmål om, hvad du sætter pris på i dit liv, som du kan overveje. Tag dig tid til samtalen, når det passer dig og dine pårørende. I behøver ikke at tale om det hele på en gang. Vend tilbage.

1. Hvordan er en typisk dag? Hvad er jeg glad for? Hvad er svært?

2. Hvad mere vil jeg gerne opleve?

3. Hvad kan jeg være bekymret eller bange for?

4. Har jeg religiøse eller åndelige overbevisninger, som jeg ønsker at tale om? Hvem ønsker jeg at tale med dette om? Er der noget, sygeplejen skal være opmærksomme på?

Din pleje og behandling

Det er en god idé, at gøre sig tanker om, hvad der er vigtigt, hvis du får brug for (mere) behandling og pleje. Hvis du taler med sundhedspersonalet om det, kan de lære dig bedre at kende, så de bedst muligt kan imødekomme dine behov.

5. Hvad er mine tanker og ønsker i forbindelse med min behandling og pleje? Tal om et par af de vigtigste ting, som jeg ønsker at mine nærmeste samt sygeplejersker og læge(r) skal vide.

6. Hvilke tanker og ønsker har jeg om, hvor jeg vil tilbringe den sidste tid af mit liv?

7. Hvilken rolle ønsker jeg, at mine nærmeste skal have i min sidste tid?

8. Hvilke andre tanker vil jeg gerne dele med de personer, der skal varetage min pleje i den sidste tid?

Hvis du kommer i en situation, hvor du ikke kan svare for dig

Hvis det en dag skulle ske, at du bliver ude af stand til at give udtryk for dine ønsker, kan sundhedspersonalet spørge dine nærmeste pårørende til råds om din behandling. Du kan selv bestemme, hvem det skal være ved at udnævne en 'personlig stedfortræder', som kan udtrykke dine ønsker på dine vegne.

9. Ønsker jeg en 'personlig stedfortræder'?

Min 'personlige stedfortræder' er:

Fornavn og efternavn: _____

Det er ikke muligt at forudsige alt, hvad der kan ske, men din læge kan være god at tale med om evt. forværring af din tilstand.

10. Ønsker jeg at have en samtale med min læge om, hvilke komplikationer jeg kan forvente, og drøfte mulige forløb? ___ Ja ___ Nej

11. Hvis jeg skulle få hjertestop, hvilke af disse valg passer så bedst til mine ønsker?

___ 1. Jeg ønsker, at der skal gøres forsøg på genoplivning, undtagen hvis det fra et lægefagligt synspunkt er udsigtsløst i min aktuelle situation. Jeg er indforstået med, at der er risiko for komplikationer, og at indlæggelse kan blive nødvendigt.

___ 2. Jeg ønsker ikke, at der skal gøres forsøg på genoplivning.

Uddyb gerne:

Sundhedspersonalet vil gerne vide, hvad du ønsker. Hvad skal skrives ned?

For at sundhedspersonalet kan varetage din behandling og pleje har de brug for at kende dine ønsker. Derfor er det en god idé at skrive vigtige ønsker til pleje og behandling ned, så det er tilgængeligt for sundhedspersonalet.

Spørgsmål til pårørende

Som pårørende kan du have brug for at tale med en sygeplejerske om spørgsmål, som vedrører alt det, man gør som pårørende. Samtalen med sygeplejersken kan skabe afklaring og være en hjælp til at tale med din nærmeste om disse spørgsmål.

1. Hvordan har jeg det i min nuværende situation?

2. Hvad er mine bekymringer?

3. Hvad er vigtigt for mig i den sidste tid med min kære?

4. Er der noget, som jeg gerne vil skrive ned, for at sundhedspersonalet kan vide det?

Forventningsredskabet "Samtaler om den sidste tid" er udarbejdet med inspiration fra "ACTION, Mine Præferencer" (version 1, 20151112) samt "Your Conversation Starter Kit (IHI, 2016). Det er udviklet i forbindelse med projekt "En værdig død" i Roskilde Kommune, 2017.

Samtaler om den sidste tid
- til dig og dine pårørende.

Et værktøj til Advance Care Planning

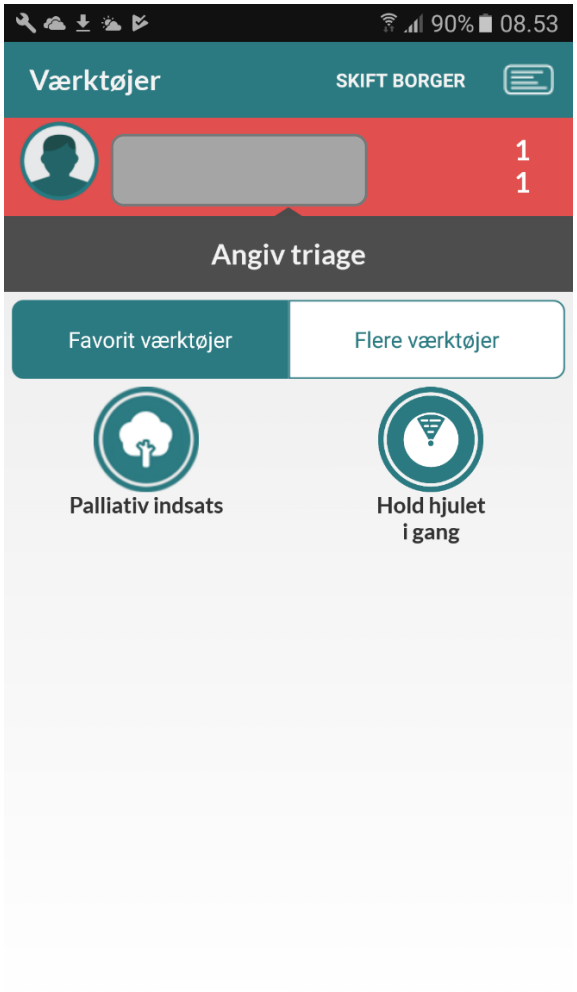
Roskilde Kommune
Byrådssekretariatet
Postboks 100
Rådhusbuen 1, 4000 Roskilde

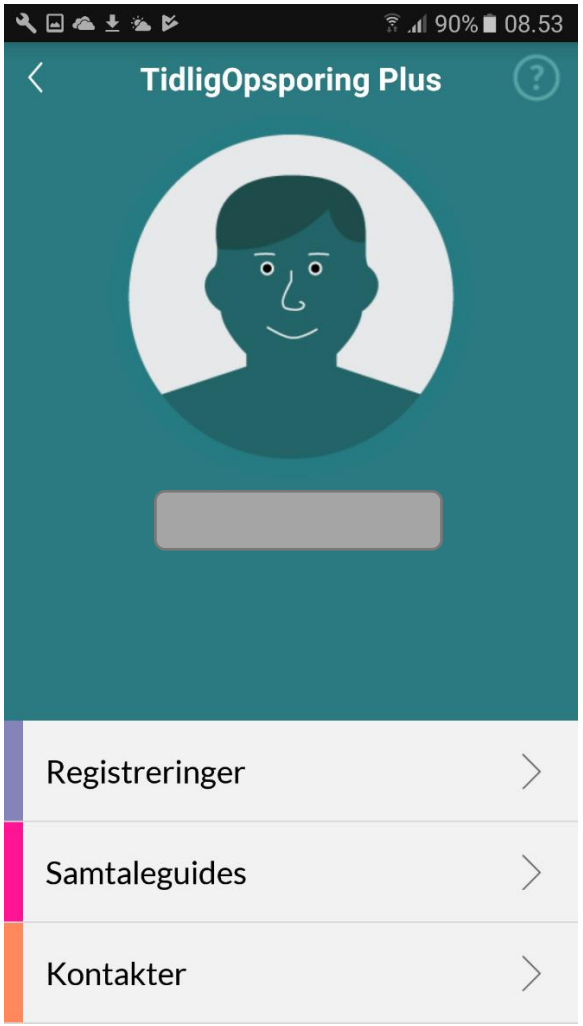
Tlf. 46 31 30 00

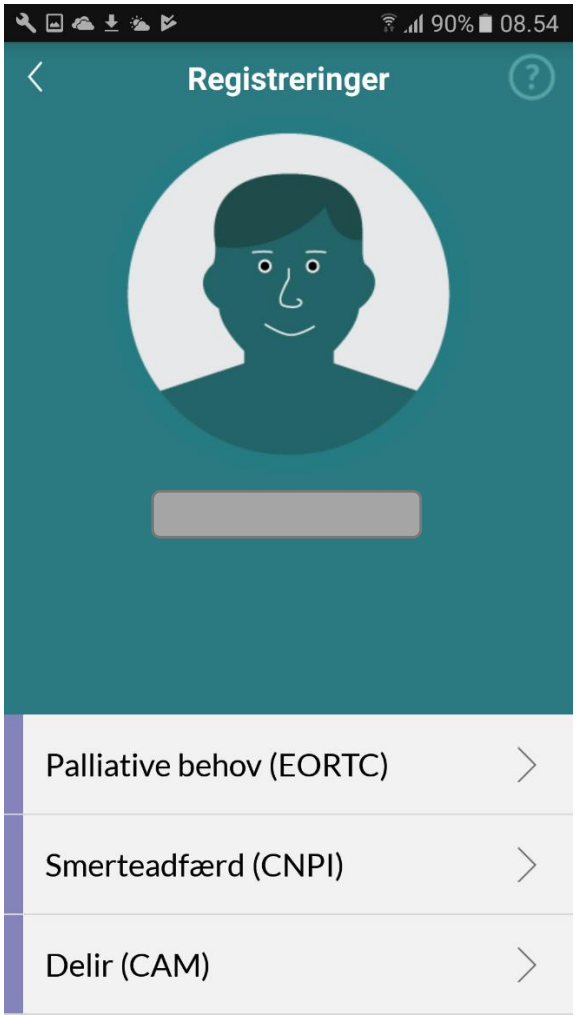
kommunen@roskilde.dk
www.roskilde.dk

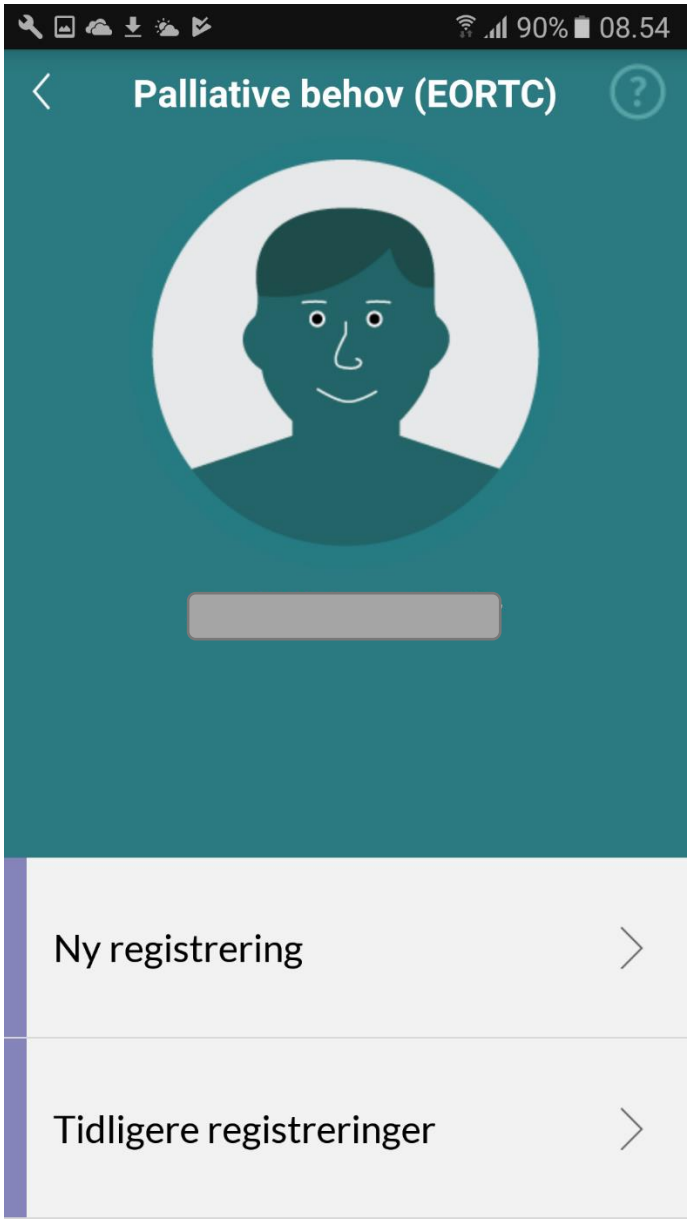
ROSKILDE
KOMMUNE

Bilag 11. APP - Svendborg Kommune

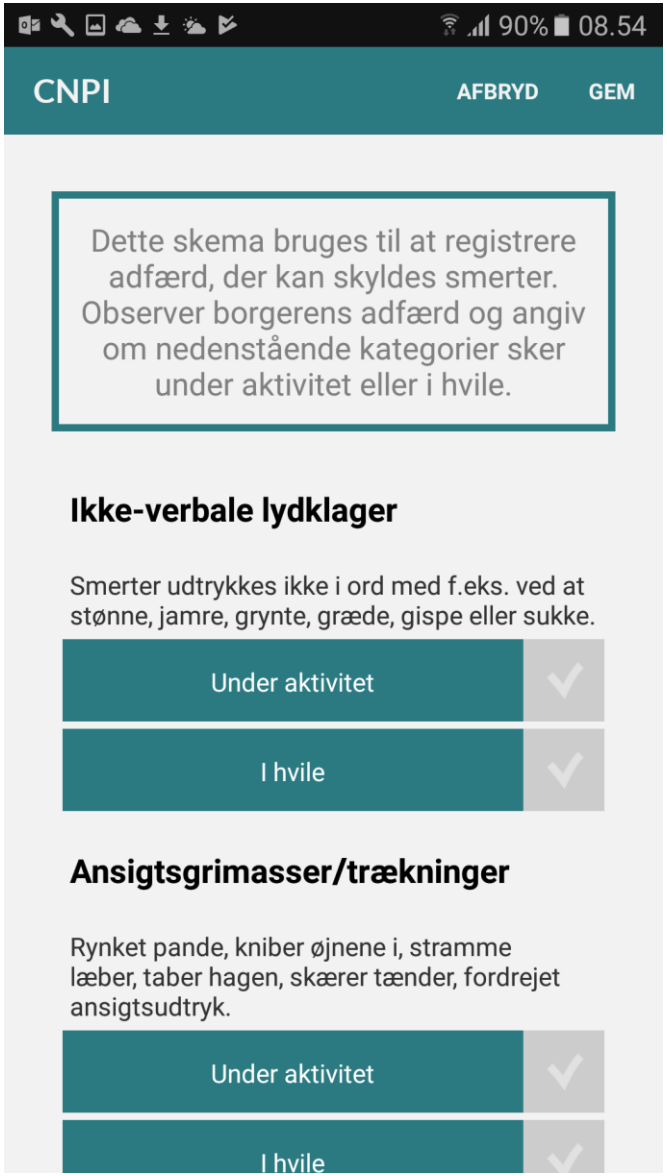




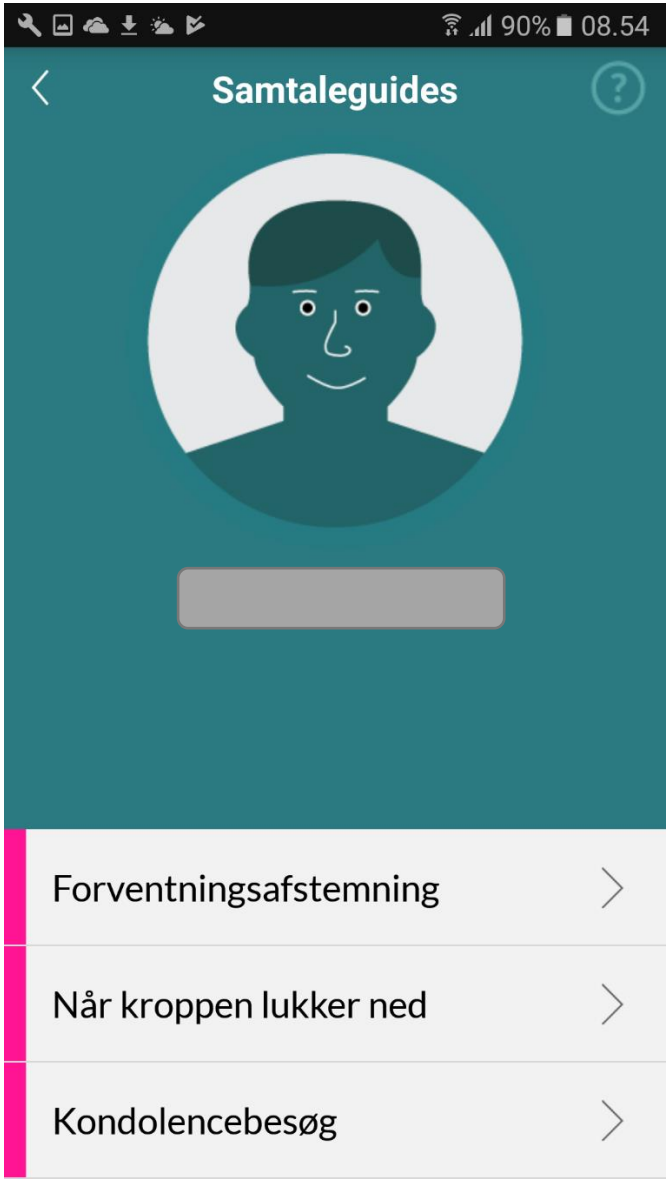



90% 08.54
Palliative behov (EORTC)
Ny registrering
Tidligere registreringer

90% 08.54
EORTC
AFBRYD
GEM
Dette skema bruges til at registrere palliative behov. Læs spørgsmålene op for borgeren og angiv svarene.
Har du nogle vanskeligheder ved at gå en kort tur udendørs
Slet ikke
Lidt
En del
Meget
Er du nød til at ligge i sengen eller sidde i en stol om dagen
Slet ikke


90% 08.54
CNPI
AFBRYD
GEM
Dette skema bruges til at registrere adfærd, der kan skyldes smerter. Observer borgerens adfærd og angiv om nedenstående kategorier sker under aktivitet eller i hvile.
Ikke-verbale lydklager
Smerter udtrykkes ikke i ord med f.eks. ved at stønne, jamre, grynte, græde, gispe eller sukke.
Under aktivitet
I hvile
Ansigtsgrimasser/trækninger
Rynket pande, kniber øjnene i, stramme læber, taber hagen, skærer tænder, fordrejet ansigtsudtryk.
Under aktivitet
I hvile

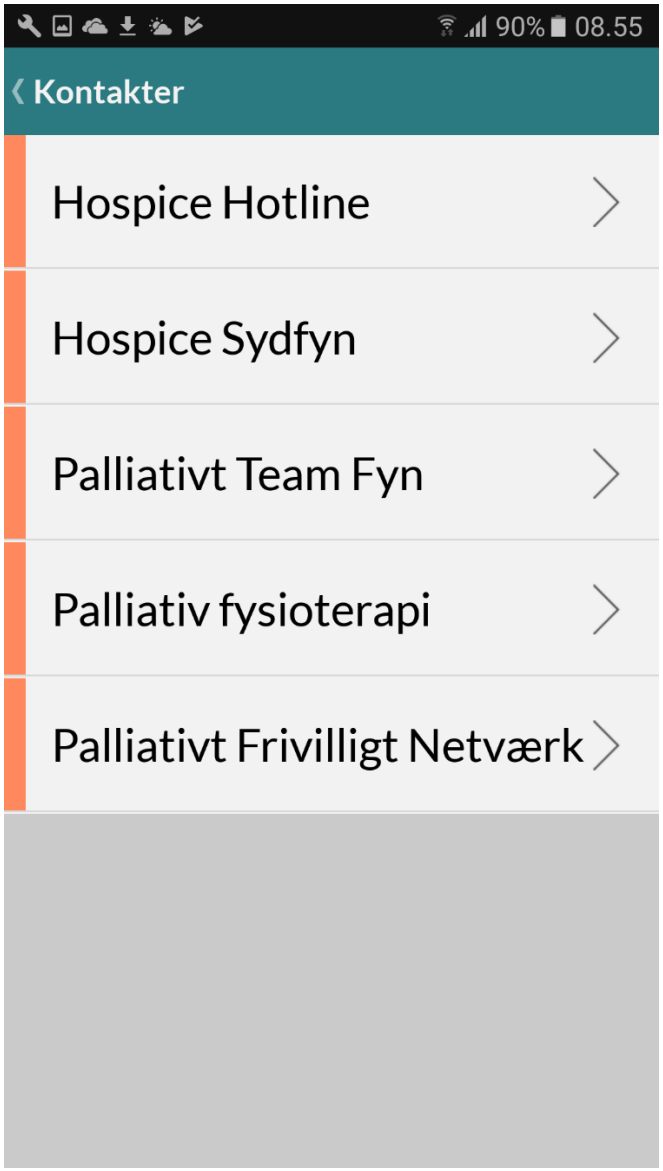
90% 08.54
CAM
AFBRYD
GEM
Dette skema bruges til at registrere delirium. Læg mærke til om borgeren ændrer bevidsthed, kognition, opmærksomhed eller opfattelsesevne og angiv om nedenstående kategorier er tilstedde eller ikke-tilstede.
Akut indsættende og fluktuerende forløb:
Oplysninger om dette kendetegn fås normalt fra familie eller plejepersonale.
Er der tegn på en akut ændring i patientens mentale tilstand i forhold til den habituelle? Varierer denne (abnorme) adfærd i løbet af døgnet?
Dvs. kommer og går den eller bliver den mere eller mindre alvorlig?
Tilstede
Ikke tilstede


90% 08.54
Samtaleguides
Forventningsafstemning
Når kroppen lukker ned
Kondolencebesøg

90% 08.54
Samtaleguides
Forventningsafstemning
Guiden tilbyder dig en række spørgsmål, som du kan lade dig inspirere af til snakken med borgeren, om hvad det er der er vigtigt og betydningsfuldt i den sidste tid.
Samtaleguide
Hvad fylder lige nu?
Kan du prøve at beskrive din situation lige nu?
Hvad bekymrer lige nu?
Har du/I bekymringer for f.eks. økonomi, bolig, arbejde eller familie? Andet?
Hvad er fremtidsudsigterne?
Hvad har du/I fået at vide om din sygdom?

90% 08.54
Samtaleguides
Når kroppen lukker ned
Få her viden om hvad det er der sker med kroppen, når døden er nært forestående. Brug også guiden til at snakke med de pårørende om hvad det er der sker, og hvad der kan forventes.
Samtaleguide
Svækkelse og udmattelse
Næsten alle døende oplever at have fatique (ekstrem træthed) og er kakeksiske (ekstremt afkræftet/afmagret). Der er ændringer i stofskiftet.
Øget behov for søvn og hvile
Fatique (ekstrem træthed) kan ikke afhjælpes med ekstra søvn og hvile.
Tilbagetrækning fra

90% 08.55
Samtaleguides
Kondolencebesøg
Efter dødsfald tilbydes de pårørende et kondolencebesøg. Brug guiden så du i snakken kommer omkring nogle vigtige forhold.
Samtaleguide
Hverdagen nu?
Hvad er din/Jeres oplevelse med at håndtere den nye hverdag? Hvad med søvn, appetit, samvær m.m.?
Er der bekymringer?
Har du/I bekymringer for f.eks. økonomi, bolig, arbejde eller familie?
Netværk?
Er der nogen i din/Jeres familie eller omgangskreds som hjælper og støtter dig/


90% 08.55
Kontakter
Hospice Hotline
Hospice Sydfyn
Palliativt Team Fyn
Palliativ fysioterapi
Palliativt Frivilligt Netværk

90% 08.55
Kontakter
Hospice Hotline
Skovbovej 100
5700 Svendborg
63 20 30 40
Som sygeplejerske kan du kontakte kolleger på Hospice Sydfyn, hvis du i et forløb har brug for faglig sparring eller gode råd.
Hospice Sydfyn
Palliativt Team Fyn
Palliativ fysioterapi
Palliativt Frivilligt Netværk

Bilag 12. Retningslinje for opfølgende hjemmebesøg hos pårørende efter dødsfald

RETNINGSLINJE

Sygeplejen, Varde Kommune
Dok.nr. 6668/18

Varde Kommune

Titel	Opfølgende besøg hos pårørende efter dødsfald
Afdeling	Sygeplejen jf. delegation og faglige kompetenceprofiler til indsatser efter Sundhedsloven.
Baggrund	Hvert år mister godt 15.000 danskere over 65 år deres ægtefælle. Mange ældre efterladte mistrives efter ægtefællens død. I kommunerne og på landets sygehuse, findes der ikke handleplaner for omsorgen til ældre efterladte. Vi tænker at det er naturligt at dø og tage afsked med sin ægtefælle/samlever, når man er gammel. Derfor forventer vi måske ikke, at gamle mennesker, der mister en ægtefælle oplever så stor en sorg over tabet. Imidlertid ved vi, at det at miste sin ægtefælle er så stort et tab, at det regnes for en af de mest sorgfyldte forandringer, et menneske kan opleve. Når ens livsledsager dør, kan det påvirke hele livet – både fysisk, psykisk og socialt. Tegn på, hvor voldsomt et tab det er for nogle efterladte, når ægtefællen dør, er depression, ensomhed og en øget risiko for selvmord. De fleste selvmord i Danmark sker blandt ældre mennesker og tab af ægtefælle udgør en særlig risiko.
Formål	At opspore eventuelle behov for støtte, råd og vejledning hos de efterladte og støtte en naturlig sorgproces At give mulighed for at tale sygeforløbet igennem
Indhold/fremgangsmåde	Sygeplejersken kontakter inden for 10 dage efter dødsfaldet de pårørende, for at tilbyde et opfølgende besøg. Ønskes et opfølgende besøg anmodes planlæggere om indsats *Vejledning.* Ved det opfølgende besøg kommer sygeplejersken omkring de 4 nedenstående temaer og udleverer pjecen: ”Til dig der har mistet”. (Pjecen findes i Håndbogen under A-Å *Terminale og dødsfald/ En værdig død*)

	Temaer og spørgsmål til inspiration: ✓ Forløbet i den sidste tid indtil døden: Hvilke oplevelser? Hvad fylder for dig lige nu? Hvilke forhold har haft betydning? Hvilke spørgsmål 'presser sig på' lige nu? ✓ Oplevelserne med at håndtere den nye hverdag: søvn, appetit, samvær mv: Hvordan ser din verden ud lige nu? Kan du beskrive din situation lige nu? Er der noget særligt du/I bekymrer jer for?(økonomi, bolig, arbejde, familie mv) Er der nogen i din familie eller omgangskreds som hjælper og støtter jer? ✓ Orientere om støttemuligheder: - Udlever evt. pjecen "Til dig der har mistet" hvis den/de pårørende er interesseret - Kontakt evt. praktiserende læge, der også kan henvise til psykolog, hvis der er behov for det (der gives offentlig tilskud inden for 6 måneder efter dødsfald) - Brug evt. præsten i dit sogn - Kræftens bekæmpelse Kræftlinjen 80 30 10 30 Lokale aktiviteter f.eks. sorggrupper se www.cancer.dk og www.sorgstotte.dk ✓ Samarbejdet med personalet i forløbet: Hvilke oplevelser? Hvilke forhold har haft betydning? Hvad fylder mest for dig/jer lige nu? Er der nogle særlige situationer du/I har behov for at snakke om? Der dokumenteres i FSIII i den afdødes journal, om der har været afholdt opfølgende besøg hos pårørende efter dødsfald. Giver besøget anledning til yderligere et opfølgningsbesøg, da planlægges som vanligt. Der rettes henvendelse til sygeplejens planlæggere om indsats til sygeplejefaglig udredning, såfremt der vurderes at være en sygeplejefaglig problemstilling, og den pårørende ikke modtager nogen indsatser fra kommunen i forvejen. Såfremt der vurderes behov for servicelovsindsatser rettes henvendelse til visitationen.
Kvalitetsovervågning og kvalitetsforbedring	
Udarbejdet af	Anni Barslund Andersen, Jette Kirkegaard og Annette Junker

Godkendelse	Bente Brun Jørgensen, konstitueret leder af Sygeplejen. December 2017
Dato for næste revision	December 2020
Referencer	

Bilag 13. Guide til debriefingsmøde

Retningslinje for debriefingsmøde	
Målgruppe	Faggrupper der er i/ eller har været meget involveret i et kompliceret palliativt forløb.
Formål	At styrke den basale palliation så alvorligt syge borgere, som ønsker at dø hjemme, får mulighed for dette under hensyn til borgernes livskvalitet, patientsikkerhed og med høj faglig kvalitet.
Mål	Evaluering af det komplicerede palliative forløb med henblik på: - At udvikle de tværfaglige kompetencer indenfor palliation - At fremme indblik i og forståelse for øvrige faggruppers arbejdsprocesser - At styrke de tværfaglige relationer
1 **Behov identificeres af**	Sygeplejersken identificerer de palliative forløb. Det palliative forløb kan drøftes og identificeres på f.eks. træffetidsmøder.
2 **Fremgangsmåde**	Sygeplejersken/ teamleder planlægger tid og sted. Tidsrammen er sat til en time og afvikles hvor det er mest hensigtsmæssigt (Hos praktiserende læge, på sygepleje kontor, plejecenter, skype møde etc.) Tidspunkt undervejs i det palliative forløb, hvor kompleksiteten øges evt. efter opfølgende hjemmebesøg efter dødsfald og senest en måned efter døsfald.
3 **Indhold**	Evalueringsspørgsmål: Hvad modtager borger/pårørende hjælp til: - Symptom- og smertebehandling? - Psykiske, - Sociale og - åndelige/eksistentielle palliative behov? • Hvad går godt – forbedringer? • Arbejder vi i samme retning? • Har vi identificeret alle de behov borger/pårørende har? Hvordan forløber det tværfaglige samarbejde mellem sygeplejersker, assistenter, hjælpere, visitationen, almen praksis, ergoterapeuter, fysioterapeuter m.fl.? • Hvad går godt – forbedringer? Hvad gør det ved plejepersonalet at komme i det hjem?

	Hvordan dokumenteres det palliative forløb (f.eks. medicin, palliative behov, aftaler, planer, samtaler mv) • Hvad går godt – forbedringer?	
Ansvar	Det er ledelsens ansvar at der skabes rammer for at mødet kan planlægges og afvikles. Det er den enkelte mødedeltagers ansvar at tage relevante konklusioner fra debriefingsmødet med tilbage i egen organisation.	
Dokumentation	0.3 Indsatsbetegnelse: Koordinering anvendes og dobles op således det giver 60 min.	
Kvalitetsovervågning og kvalitetsforbedring		
Referencer og bilag		
Udarbejdet	Udarbejdet Foråret 2016	Udarbejdet af Arbejdsgruppe 2, En værdig død
Godkendt	Godkendelsesdato 26.8.2016	Godkendt af Implementeringsgruppen
Revidering	Kommende revidering senest 26.8.2019	Ansvarlig for revidering Annette Junker
Acadre dok nr.	133929/16	

REHPA

Vestergade 17
5800 Nyborg
21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

www.facebook.com/videncenterrehpa

www.twitter.com/rehpa_dk

www.linkedin.com/company/3306677

SDU

Region Syddanmark