

Bliv 'Klar til samtalen'



Syv tommelfingerregler og
fire medarbejderkompetencer

Indhold

Bliv 'Klar til samtalen' – Syv tommelfingerregler og fire medarbejderkompetencer	3
---	---

Introduktion til rapporten	4
-----------------------------------	---

Syv tommelfingerregler – og fire medarbejderkompetencer	5
--	---

1. Ledelsen skal gå forrest	5
2. Fokusér bredt og tværsektorielt	5
3. Opdatér de lokale instrukser	5
4. Løft ALLE medarbejderes kompetencer	6
A. Den vigtige samtale	6
B. Det rette undersøgelses- og behandlingsniveau	7
C. Fravalgsjura og lokale instrukser	8
D. Kendskab til almindelig palliation	8
5. Planlægning	9
6. Saml data	9
7. Opbyg lokalt understøttende materiale	9

Gennemgang af de enkelte projekter

• 'Den Sidste Tid' – Aalborg Kommune	13
• 'Livets Afslutning – Implementeringsprojekt' – Midtklyngen, Region Midtjylland	15
• 'STOP OP! – Før livet stopper...' – Sundhedsklynge Nord, Region Nordjylland	17
• 'Tidlig og koordineret palliativ indsats' – NSR-klyngen, Region Sjælland	19
• 'Den Sidste Tid' – Sundhedsklynge Nykøbing Falster, Region Sjælland	20
• 'Den Sidste Tid' – Sundhedsklynge Midt, Region Nordjylland	22
• 'Det gode palliative forløb' – i Ringkøbing-Skjern Kommune	23
• 'BYG BRO' 23 – Gribskov Kommune, Nordsjællands Hospital og praktiserende læge	24
• 'Tidlig palliation' – Region Hovedstadens Center for HR og Uddannelse og Sundhedsklynge Syd, Region Hovedstaden	25

Bliv 'Klar til samtalen'

Syv tommelfingerregler og fire medarbejderkompetencer

Vi har her formuleret syv tommelfingerregler, der understøtter en god proces, når kommunen vil udvikle indsætter, så sundhedsprofessionelle og borgere bliver "Klar Til Samtalen" – og fire vigtige medarbejderkompetencer.

1. Ledelsen skal gå forrest

Kun hvis ledelsen aktivt understøtter processen opnås gode resultater for borgerne.

2. Fokusér bredt og tværsektorielt

Praksis- og kulturændringer på dette område virker bedst i tværsektorielt samarbejde.

3. Opdatér de lokale instrukser

Sørg for opdaterede instrukser – afstemt mellem sygehus, præhospitalet og kommune.

4. Løft ALLE medarbejderes kompetencer

Inddrag ALLE faggrupper med borgerkontakt. Styrk deres kompetencer på disse områder:

A. DEN VIGTIGE SAMTALE

At kunne føre meningsfulde samtaler med borgeren og de pårørende om fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov og praktiske ønsker ved livets afslutning.

B. DET RETTE UNDERSØGELSE- OG BEHANDLINGSNIVEAU

I samarbejde med borgeren, de andre faggrupper og borgerens læge at få besluttet og dokumenteret det rette undersøgelses-, behandlings- og plejeniveau.

C. FRAVALGSJURA OG LOKALE INSTRUKSER

Have det nødvendige kendskab til basale principper i juraen og i de lokale instrukser om fravalg af genoplivningsforsøg og livsforlængende behandling.

D. KENDSKAB TIL ALMINDELIG PALLIATION

Understøtte tidlig start på den rette lindrende behandling.

5. Planlægning

En død i så høj grad som muligt på borgerens egne betingelser kræver planlægning, hvilket igen kræver tidligt og godt samarbejde mellem alle parter.

6. Saml data

Skaf flest mulige data, der kan dokumentere indsatsen.

7. Opbyg lokalt understøttende materiale

Forslag til materiale til borgere, pårørende og personale, der understøtter processen.



Bliv 'Klar Til Samtalen'

- introduktion til rapporten

Under den fælles ramme: 'Klar Til Samtalen' er der siden 2017 gennemført en række projekter med det formål at understøtte, at sundhedspersonalet bliver bedre til at tale med de ældste og de meste syge borgere om livets afslutning og døden.

Målet har for alle indsatserne været, at livets afslutning i så høj grad som muligt sker i overensstemmelse med borgernes ønsker.

Denne rapport præsenterer anbefalinger til andre kommuner og sundhedsklynger, der vil gennemføre indsatser på området.

PROJEKTERNE

Fremfærd Sundhed og Ældre har bedt Dansk Selskab for Patientsikkerhed gennemføre opsamlingen og herunder inddrage projekter fra andre kommuner og klyngesamarbejder.

I rapportens anden del gennemgås seks projekter under Klar Til Samtalen-rammen med deltagelse af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i Aalborg Kommune, Sundhedsklynge Midt i Region Midtjylland, NSR Sundhedsklyngen i Region Sjælland, Sundhedsklynge Nord i Region Nordjylland, Sundhedsklynge Nykøbing Falster i Region Sjælland og Sundhedsklynge Midt i Region Nordjylland.

De seks projekter er i høj grad bygget oven på hinanden, så de bedste initiativer, indsatser og materialer i det ene projekt er blevet til inspiration og yderligere udvikling i de næste projekter. Det er sket i en opadgående spiral førende til større og større afklaring af, hvilke indsatser der ikke blot er relevante, men også gennemførlige med et overskueligt ressourcetræk.

Det har været gennemgående for de lokale projektere, at der har været stor interesse for at dele alle nye idéer, resultater og materialer med dem, der måtte være interesserede.

I denne rapport gennemgås ovennævnte projekter sammen med projekter fra Region Nordsjælland, Ringkøbing-Skjern Kommune og Region Hovedstaden blandt andet på baggrund af interviews med projekterne. Hvert projekt eller indsats omtales særskilt i rapportens anden del.

På den baggrund præsenteres syv tommelfingerregler til andre, der vil igangsætte projekter eller indsatser på området – og dertil fire temaer for kompetenceudvikling hos medarbejderne.

Syv tommel- fingerregler

– og fire medarbejderkompetencer

1. Ledelsen skal gå forrest

Der gennemføres ingen ændringer – og da slet ikke kulturforandringer – uden en stærk ledelsesmæssig forankring.

Der, hvor det lykkes at indløse 'Klar Til Samtalen' projekternes formål, er i de kommuner, hvor hele ledelsesniveauet ønsker og prioriterer indsatsen – fra det politiske udvalg, gennem alle ledelseslagene til og med førstelinjelederne.

Det, der ofte er startet som projekter eller indsatser, men som skal ende som kultur og rutiner, bør altså besluttes på det overordnede politiske niveau og gennemføres af ledelsen. Herved er der et godt grundlag for at få alle medarbejdere med i processen til gavn for kommunens ældste og mest syge borgere.

2. Fokusér bredt og tværsektorielt

Fokus i denne rapport er især den kommunale indsats, men det er en af vores hovedkonklusioner, at hvis man effektivt skal forbedre mulighederne for den bedst mulige sidste levetid for den enkelte borger og indfri så mange af borgerens forventninger som muligt, så må indsatsen nødvendigvis være tværsektorielt og involvere også de praktiserende læger og sygehusene.

Sygehuset og den praktiserende læge er centrale samarbejdspartnere for kommunen, når beslutninger om undersøgelses- og behandlingsniveau skal tages og dokumenteres. Svigt i et enkelt led risikerer at ødelægge en nok så velment og god planlægning i de andre led – med utilsigtede hændelser i form af unødvendige indlæggelser og anden overbehandling til følge.

Der indlægges landet over hver uge et betydeligt antal døende mennesker på sygehusene, hvor de sundhedsprofessionelle oplever, at borgeren ikke har nogen som helst gavn af indlæggelsen. Tværtimod udsættes de ved indlæggelsen for unødige forstyrrelser i den naturlige dødsproces,

der ofte ville have forløbet langt roligere og mere tilfredsstillende for den døende og de pårørende, hvis man havde beholdt borgeren i eget hjem.

Det har borgeren også ofte selv ønsket – eller ville have ønsket, hvis hun eller han var blevet spurgt.

På tilsvarende vis udskrives borgere fra sygehusene, hvor lægerne har fundet yderlige indlæggelser uhenigtsmæssige og har ønsket at fravælge forskellig behandling, men hvor beslutninger ikke formidles tilstrækkeligt tydeligt og med tilstrækkelig rådgivning til de praktiserende læger og det modtagende sundhedspersonale i kommunerne.

Endelig sker det desværre også ofte, at beslutninger om fravalg af genoplivningsforsøg ikke er formidlet tilstrækkeligt præcist til ambulancepersonalet.

3. Opdatér de lokale instrukser

Det er væsentligt, at kommunernes instrukser på området omkring fravalg af genoplivningsforsøg og af anden livsforlængende behandling afspejler de aktuelt gældende vejledninger fra Styrelsen for Patientsikkerhed om fravalg af genoplivningsforsøg og livsforlængende behandling.

I alle de projekter, Dansk Selskab for Patientsikkerhed har deltaget i, har det vist sig, at instrukserne havde brug for at blive opdateret.

Opdateringerne har i de tilfælde, hvor der er blevet arbejdet med sundhedsklyngerne, resulteret i, at der er blevet lavet fælles instrukser mellem kommunerne i sundhedsklyngen. >>

Instrukserne er afstemt med regionens, sygehusets og præhospitalets retningslinjer. Det sidste har stor betydning for en sikker overlevering mellem sektorerne af borgere med dokumenterede fravalgsbeslutninger.

Eftersynet indebærer altid en opdatering i forhold til seneste ændringer i vejledningerne fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

(OBS! Vejledningerne er p.t. under revision, og nye vejledninger lanceres sidst på efteråret 2024).

Byg eventuelt jeres lokale instruks op med inspiration fra ét af Klar Til Samtalen projekterne (de p.t. nyeste instrukser findes i Jammerbugt Kommune (Sundhedsklynge Midt-projektet) og Guldborgsund, Vordingborg og Lolland kommuner (Nykøbing Falster-projektet)).

4. Løft ALLE medarbejderes kompetencer

I sidste ende er det den enkelte medarbejder i hjemmeplejen, på plejehjemmene og i sygeplejen, der skal tage de vigtige samtaler med borgeren og de pårørende.

Det er de samme frontlinjemedarbejdere, der skal understøtte, at lægen involveres, at beslutningerne bliver taget, og at beslutningerne dokumenteres i borgerens journal.

Endelig er det i sidste ende den enkelte medarbejder, der i den konkrete situation skal være afklaret om regler og retningslinjer, så den dokumenterede beslutning følges, når dødsprocessen indtræder.

Det fundamentalt vigtigste og overordnede kan formuleres så simpelt som i denne lille boks:

BORGERENS ØNSKER SKAL KLARLÆGGES
BEHANDLINGSNIVEAUET SKAL AFKLARES
BESLUTNINGEN SKAL DOKUMENTERES
BESLUTNINGEN SKAL FØLGES

Hvis det skal ske, må kompetenceniveauet sikres hos alle relevante medarbejdere i kommunens ældre- og sundhedsområde.

Derfor har det også været gennemgående for de her omtalte projekter og indsatser, at der sættes på kompetenceudvikling hos både sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, terapeuter og uflaglærte.

Først når den samlede medarbejderskares kompetencer spiller sammen omkring borgeren, opnås det optimale resultat.

Selvom vi her har fokus på det kommunale kompetenceløft, kan utilsigtede hændelser opstå hos alle aktører i det samlede kompleks omkring borgeren.

Altså både på sygehuset, hos de praktiserende læger, i kommunerne og hos den præhospitale virksomhed i forbindelse med transport af borgeren mellem sektorerne.

Kompetenceløftet bør derfor ideelt set ske hos ikke blot de kommunale medarbejdere, men også hos redere og paramedicinere, hos praktiserende læger, hos læger på udbuds- og regionsklinikker, plejehjemslæger, og ikke mindst hos læger og andet personale på sygehusene.

Døden er tværfaglig og kræver tæt samarbejde mellem forskellige faggrupper. Den er også tværsektoriel og kræver gode beslutninger ved indlæggelser og udskrivelser samt præcis kommunikation af disse beslutninger mellem sektorerne.

For at understøtte arbejdet med en god og værdig afslutning på livet er det vigtigt at styrke medarbejdernes kompetencer indenfor følgende områder:

A. DEN VIGTIGE SAMTALE

Alle, der arbejder professionelt med de ældste og meste syge borgere, skal være i stand til – planlagt såvel som i spontane situationer – at tage samtaler om døden. Både med borgerne og deres pårørende.

På baggrund af erfaringerne fra projekterne anbefaler vi at styrke medarbejdernes kompetencer i forhold til at tale med borgeren og de pårørende om fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov i forbindelse med livets afslutning.

Det er her vigtigt at have fokus på, at samtalen skal handle om at sikre borgerens sidste vilje. Det gælder både i forhold til hvilken behandling og pleje, der ønskes den sidste tid, til eksistentiel afklaring og til en samtale om mulighederne for at få gjort ting, der er blevet udskudt, og som man gerne vil nå, inden man skal herfra.

Det kan handle om følelsesmæssigt betonede ting omkring emner, der er gået i hårdknude i familien, ligesom det kan være emner af åndelig eller religiøs karakter.

Der er ofte også praktiske ting omkring afvikling af jordisk gods og stillingtagen til økonomi og arv. >>

Og endelig er der rigtig mange, der har vigtige ønsker til begravelse, bisættelse, ritualer og gravøl.

Medarbejderne skal have kompetencer til at vurdere, hvornår en sådan samtale skal tages, så det aldrig bliver en overraskelse for borgeren eller de pårørende, at vedkommende snart skal dø.

Og så skal medarbejderen kunne gennemføre samtalerne, så borgeren og de pårørende støttes bedst muligt i at få taget de vigtige beslutninger, og i forlængelse heraf vide hvordan man aftaler det videre forløb.

Den vigtige samtale ender med, at borgerens ønsker indskrives i omsorgsjournalen, så det kan genfindes – og fx også sendes med ved sygehuisindlæggelser.

I en sundhedsfaglig kontekst bliver afklaring af undersøgelses-, behandlings- og plejeniveau særligt centralt.

Ingen bør udsættes for overbehandling, og alle bør få så meget som mulig indflydelse på eget behandlingsniveau den sidste levetid.

Det kan kun ske i et samspil mellem borgeren, personalet og lægen, der altid skal involveres, hvis behandling skal fravælges.

B. DET RETTE UNDERSØGELSES- OG BEHANDLINGSNIVEAU

Som en vigtig del af at afklare borgerens ønsker til den sidste tid er det vigtigt, at plejehjem og hjemmepleje beslutter en arbejdsgang for, hvornår 'Den vigtige samtale' skal tages, og at medarbejderne

kompetenceløftes til at arbejde efter disse nye rutiner. Under denne del af kompetenceudviklingen ligger også undervisning i, hvad borgeren selv kan beslutte, og hvad fx lægen beslutter.

Erfaringerne fra projekterne peger på, at nedestående beslutningsrækkefølge kan være brugbar i arbejdet med at implementere og undervise i beslutninger om undersøgelses- og behandlingsniveau.

Det er vigtigt at drøfte behandlingsniveauet ved skift i borgerens status – fx ved forværring af helbredstilstanden, ved indflytning på plejehjem, ved øget behov for hjemmepleje, ved årskontrol hos lægen mm.

Som sundhedsprofessionel kan man stille sig selv overraskelsesspørgsmålet:

Vil jeg være overrasket, hvis denne borger dør inden for de næste 6-12 måneder?

Hvis svaret er, at man ikke vil være overrasket, eller hvis man på anden måde fagligt vurderer, at døden er rykket tættere på, er tiden inde til en samtale med borgeren om den sidste tid.

Det er vigtigt at klæde medarbejderne på til at vide, hvornår lægen skal inddrages.

Hvis den faglige vurdering fx er, at bestemt behandling ikke længere bør tilbydes, skal dette besluttes sammen med lægen. Borgeren skal altid inddrages i videst muligt omfang – og under alle omstændigheder orienteres. >>



Det drejer sig om beslutninger vedrørende genoplivningsforsøg ved hjertestop, men også anden livsforlængende behandling, hvor beslutninger om begrænsninger fx kan være: "Fremtidig sygehuisindlæggelse bør så vidt muligt undgås", "Der skal ikke gennemføres yderligere diagnostiske undersøgelser", "Borgeren skal ikke længere have målt værdier", "Ingen sondeernæring" og lignende.

Den habile borger kan altid selv beslutte at sige nej tak til en bestemt behandling, men borgeren kan ikke selv bestemme, at en bestemt behandling skal gennemføres. Det er lægen, der bestemmer hvilken behandling, der skal tilbydes.

C. FRAVALGSJURA OG LOKALE INSTRUKSER

Som det tredje peger erfaringerne fra projekterne på, at det er vigtigt at efteruddanne medarbejderne i forhold til lovgivning og daglig praksis omhandlende fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop og fravalg af anden livsforlængende behandling.

Til januar 2025 indføres nye fravalgsmuligheder, idet alle borgere over 60 år får mulighed for at fravælge genoplivningsforsøg ved hjertestop, uanset om de er syge eller ej.

I den forbindelse opdateres vejledningerne fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Styrelsen udarbejder desuden pjecer og afholder webinarer henvendt til sundhedspersonale i kommunerne. I tilrettelæggelsen af et kompetenceløft er det oplagt at tage udgangspunkt i dette materiale, som i slutningen af 2024 vil kunne findes på styrelsens hjemmeside.

Erfaringerne fra projekterne er også, at en forenkling af reglerne til det absolut vigtigste i den daglige praktik kan være givtigt. På samme måde viser erfaringerne, at der næsten altid er behov for afklaring og diskussion af juraen. Det gælder både for ansatte på sygehusafdelinger, de praktiserende læger og medarbejdere i præhospital og i kommunerne.

Til højre ses et konkret eksempel på, hvordan de væsentligste regler kan formidles på én side. Eksemplet er fra foråret 2024 stilet til de praktiserende læger i Den Sidste Tid-projekterne i Sundhedsklynge Nykøbing Falster og i Sundhedsklynge Midt i Region Nordjylland.

D. KENDSKAB TIL ALMINDELIG PALLIATION

Som en del af kompetenceudviklingen af medarbejderne er erfaringen fra projekterne, at kendskab til almindelig palliation er relevant for alle medarbejdere.

I kompetenceudviklingen er det vigtigt at have fokus på, hvordan medarbejderne kan være med til at sikre den døende borger den nødvendige lindrende behandling.

Dette gælder især den lindrende pleje og behandling i forbindelse med den almindelige død – også kaldet basal palliation, hvilket kræver nogen, men dog begrænset, specialviden.

Det drejer sig om pleje og behandling, som kan gennemføres derhjemme (egen bolig og plejehjem) i samarbejde mellem det daglige plejepersonale og borgerens læge.

Den lidt mere komplicerede lindrende behandling hos borgere med fx særligt smertefulde dødsforløb kan også gennemføres hjemme. Den kræver da typisk samarbejde med personale med specialviden om palliation – ofte fra de specialiserede palliative enheder på sygehusene eller på hospice.

'ALT' OM FRAVALGSJURA PÅ BAGSIDEN AF EN SERVIET

- En habil person kan altid sige nej til behandling – også en forventet fremtidig behandling.
- Patienten kan ikke kræve en bestemt behandling. Behandlingstilbud afgøres altid af en læge.
- Fravalgsbeslutninger gælder altid over sektorovergange.
- Fravalgsbeslutninger skal altid dokumenteres af lægen (egen journal og korrespondance til kommunen).

EN HABIL PATIENT MED SYGDOM KAN SELV FRAVÆLGE HLR OG AL ANDEN BEHANDLING

Lægen skal sikre en vurdering af, om patienten er habil og forstår omfanget af sin beslutning – og om fravalgsønsket skyldes forhold, der kan afhjælpes.

Hos en inhabil patient besluttet behandlingsniveauet af lægen.

LÆGEN SKAL VED KRITISK SYGDOM TAGE STILLING TIL HLR OG ANDEN LIVSFORLÆNGENDE BEHANDLING

Patienten (og evt. de pårørende) informeres og høres, men afgørelsen er lægens. Også igangsat livsforlængende behandling kan afbrydes – dog kun i særlige tilfælde imod patientens ønske.

PATIENTEN KAN I ET BEHANDLINGSTESTAMENTE BESLUTTE FRAVALG AF HLR OG ANDEN LIVSFORLÆNGENDE BEHANDLING

- Behandlingstestamentet gælder først, hvis patienten er varigt inhabil (vurderes af læge).
- Behandlingstestamentet kan tilgås på FMK-online.

UMIDDELBART FRAVALG AF HLR VED FUND AF LIVLØS

- Lægen kan telefonisk fravælge HLR på baggrund af oplysninger fra pleje- og ambulancepersonale.
- Plejepersonalet kan kun erklære en patient død, hvis der er 'lægemandsikre dødstegn'.

(Fra "Alt, hvad du bør vide om fravalgsjura i almen praksis – pixi version".
Månedsskrift for almen praksis, Ove Gaardboe, april 2024)

5. Planlægning

Erfaringerne fra projekterne er, at det måske aller-væsentligste fokus i et godt forløb i den sidste tid er planlægning.

Hvis borgeren fx skal dø i fred og ro derhjemme kræver det, at der tidligt er taget gode samtaler med borgeren og de pårørende om ønskerne, og at der efterfølgende planlægges involvering af de rette faglige kompetencer, når døden nærmer sig. Der kan fx opstå behov for flere hjælpemidler, øget besøgshyppighed og lindrende behandling – herunder medicinordinationer, hvilket altid involverer lægen.

Hvis livsafslutningen indebærer indlæggelser og udskrivelser, må sygehuset og den præhospitale virksomhed også involveres,

Samtidig skal det sikres, at de pårørende er afklarede med den ændrede plejesituation, muligheder for plejeorlov og andre støttemuligheder.

Hvis ikke der tages hul på ovenstående i god tid, lykkes det ofte ikke, og man risikerer fx, at borgeren er nødt til at blive indlagt, fordi enkelte af omstændighederne omkring den døende ikke er på plads.

Behovet for planlægning har med tiden fået sit eget billede, som nu altid er med i undervisningen (her fra Nykøbing Falster-projektet):



6. Saml data

Generelt har mange af de omtalte projekter været lidt svage med hensyn til indsamling af data, og derfor kan det være svært at dokumentere, at indsatserne faktisk har haft konkret effekt – ud over hvad projektejerne og medarbejdere giver udtryk for.

Det har især i kommunerne været svært at finde data til dokumentation af indsatsen.

I Aalborg kommune er det lykkedes løbende at generere data vedrørende indlæggelser fra plejehjem og antallet af borgere fra plejehjem, der dør på sygehus.

I Viborg kommune har man talt op, hvor mange afklarende samtaler, man har afholdt på plejehjem og i hjemmeplejen.

Flere kommuner har lavet manuelle optællinger af registreret behandlingsniveau før og efter indsatsen, og aktuelt arbejdes der i både 'STOP OP! – Før livet stopper...' og 'Den Sidste Tid – Nykøbing Falster' på at sikre løbende automatisk registrering af en større mængde data.

På sygehusene er der trukket data fra de elektroniske patientjournaler på, hvor mange indlagte, der har fået registreret behandlingsniveau – herunder begrænset behandlingsniveau.

Vi kan kun opfordre til, at man i alle projekter og indsatser i så stort omfang som muligt sikrer data til kvalitetssikring og dokumentation af indsatsens effekt.

7. Opbyg lokalt understøttende materiale

Den sidste anbefaling fra projekterne handler om vigtigheden af at opbygge lokalt understøttende materiale. Erfaringerne peger på, at lokalt materiale tilpasset særlige lokale forhold fx kan forberede borgerne og de pårørende på 'Den vigtige samtale' eller være understøttede i medarbejdernes arbejde med samtalerne.

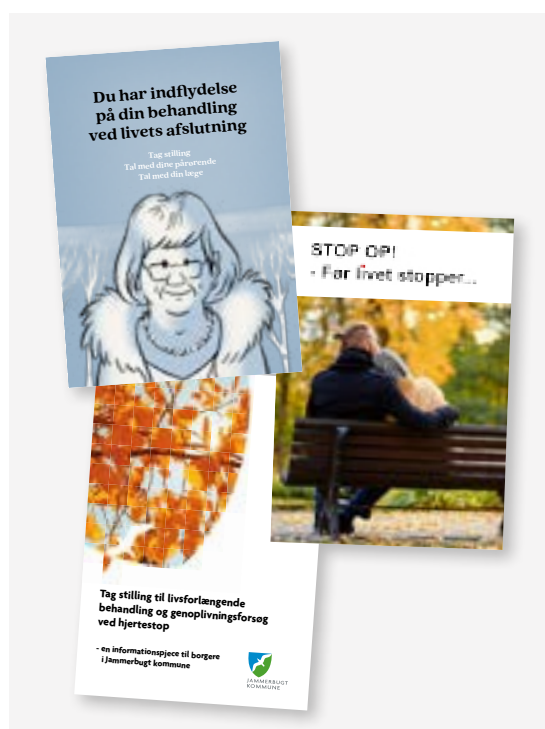
I næste kapitel præsenteres de enkelte projekter nærmere, og her findes også links til forskelligt materiale.

Nedenfor præsenterer vi konkrete eksempler, som vil være anvendelige i de fleste projekter og indsatser, og som med en overskuelig indsats kan tilpasses lokale kontekster. >>

FOLDER TIL BORGERNE OM MULIGHEDERNE FOR SELV AT BESTEMME OVER BEHANDLINGEN

Det er vigtigt at oplyse borgerne om deres ret til at sige nej tak til en tilbudt behandling og herunder anviser, hvad man skal gøre, hvis man selv vil bestemme.

Få fx inspiration fra pjecerne fra projekterne: *'Livets afslutning'*, *'STOP OPI! - før livet stopper...'* og *'Den Sidste Tid - Jammerbugt'*.



FOLDER OG LOMMEKORT TIL PERSONALET MED TIPS TIL SAMTALERNE MED BORGERE OG PÅRØRENDE

Rigtig mange medarbejdere udtrykker et behov for støtte til, hvordan man kan indlede en samtale om den sidste levetid og døden – når borgeren ikke selv lægger op til det.

Erfaringerne fra projekterne viser, at lommekort og samtaleguides er en god støtte. Især i opstarten af indsatsen og ved introduktion af nye kollegaer.

Få fx inspiration fra projekterne: *'Livets afslutning'*, *'Den Sidste Tid - Nykøbing Falster'* og *'Den Sidste Tid - Jammerbugt'*



Lommekort fx *'Den Sidste Tid - Nykøbing Falster'* >>

FOLDER TIL PÅRØRENDE OM HVORDAN DØDEN TYPISK OPLEVES

Der er rigtig mange, der aldrig har overværet et menneske dø, og derfor er det godt at udlevere en folder til de pårørende om det typiske forløb. Sådanne er udviklet mange steder i landet – typisk på hospice, men i en version tilpasset kommuner og sygehuse er de en stor støtte – naturligvis suppleret med samtaler med personalet.

Få fx inspiration fra projekterne: *'Den Sidste Tid – Nykøbing Falster'* og *'Den Sidste Tid – Jammerbugt'*.



FOLDER TIL PÅRØRENDE OM PRAKTISKE FORHOLD, NÅR DØDEN INDTRÆDER

Der påhviler de pårørende rigtig mange praktiske opgaver, når deres kære dør, men også før døden er der vigtige ting om plejeorlov ol.

Få fx inspiration fra projekterne *'STOP OPI! – før livet stopper...'* og *'Den Sidste Tid – Nykøbing Falster'*.



FOLDER TIL DE PRAKTISERENDE LÆGER

I de nyeste projekter er der udviklet foldere med orientering til de praktiserende læger om indsatsen, hvor også relevante centrale juridiske forhold for lægerne gennemgås.

Få inspiration fra projekterne *'Den Sidste Tid – Nykøbing Falster'* og *'Den Sidste Tid – Jammerbugt'*.



Gennemgang af de enkelte projekter

I det følgende gennemgås ni konkrete projekter.

Seks af projekterne er 'Klar Til Samtalen'-projekter, hvor Dansk Selskab for Patientsikkerhed har indgået i projektledelsen. De tre øvrige projekter er fra andre sammenhænge, der har haft tilsvarende formål.

Gennemgangen fremhæver særlige styrker – og enkelte svagheder – ved de konkrete projekter og indsatser.

Under hvert projekt henvises til resultater og produceret materiale, og der linkes til hjemmesider, hvor materialet kan findes. >>



'Den Sidste Tid'

Aalborg Kommune – 2017-2022

Projektets overordnede formål var at sikre flere og bedre samtaler med borgere tilknyttet Aalborg Kommunes ældrepleje om deres ønsker til den sidste levetid, og i samarbejde med lægerne at sikre rettidige beslutninger om pleje- og behandlingsniveau.

Projektindsatsen i Aalborg Kommune breder sig over 3 projekter i perioden 2017-2022:

I Fase 1 deltog Aalborg Kommune med Solside-centret i Nibe i det allerførste Klar Til Samtalen projekt ledet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed, og erfaringerne herfra fik kommunen til at beslutte for egne midler at udbrede erfaringerne til alle plejecentre og hjemmeplejedistrikter.

'Den sidste tid' fase 2 involverede alle 5 plejehjem og sygeplejen i Distrikt Nord Land, som dækker området nord for Limfjorden.

Endelig omfattede Fase 3 resten af arbejdspladserne i kommunens ældreområde, og indsatsen gennemførtes som en integreret del af et større projekt: "Den omsorgsfulde relation med borgeren gennem nærværende møder og samtaler" under Sundhedsstyrelsens pulje "Styrket omsorg og nærvær i ældreplejen".

I alle projektets faser var det væsentligt i så vidt omfang som muligt at sikre, at de praktiserende læger og plejehjems-lægerne var orienterede, fagligt opdaterede og bakkede op.

Til gengæld var der ikke i nogen af projektets faser noget organiseret samarbejde med Aalborg Universitetshospital.

Projektets parter var i alle tre faser Aalborg Kommune (specielt Plejebolig og Sygeplejen), PLO og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Projektejer har i alle 3 faser været Aalborg Kommune. I de første 2 var ejerne Plejebolig og Sygeplejen, mens ejerkredsen i fase 3 blev udvidet med en kommunalt nedsat projektledelse med forpligtelser overfor Sundhedsstyrelsen.

Finansiering i fase 1 Fremfærd Sundhed og Ældre og Aalborg Kommune, i fase 2 Aalborg Kommune og i fase 3 Sundhedsstyrelsen. >>

Pjece til pårørende

Som pårørende til en borger i terminal pleje kan man have mange spørgsmål og usikkerheder. Derfor har projektet også udarbejdet en folio, der tager hul på centrale spørgsmål, de pårørende kan have i forbindelse med deres kares sidste levetid og døden.

Hent pjece til pårørende



17 pårørende om
den sidste tid
på plejehjem i Aalborg Kommune

Indsatsområder: 1. Opdateret instruks: "Fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg", 2. Kompetenceudvikling af alle medarbejdere på alle arbejdspladser under kommunens ældreområde, 3. Samarbejde med PLO Aalborg og lægerne i de enkelte områder i kommunen, 4. Udvikling af materiale til medarbejdere, borgere og pårørende.

Resultaterne af projektet er blandt andet beskrevet i kommunens afrapportering til Sundhedsstyrelsen, som er sammenfattet her: <https://www.sst.dk/da/Omsorg-og-naervaer/Aalborg-Kommune>.

Projektet var i sit udgangspunkt unikt, idet det på daværende tidspunkt var det mest omfattende kommunale projekt på dette område.

En stor styrke ved projektet er, at det i løbet af den samlede projektperiode lykkedes at lave et kompetenceløft på samtlige plejecentre, i sygeplejen og i hjemmeplejen.

Til at understøtte udbredning og fastholdelse blev der med professionel assistance produceret pjecer og videoer, som stadig bruges i undervisning af nye og gamle medarbejdere.

PLO Aalborg var fast samarbejdspartner, og lokalt deltog en stor men varierende del af den lægelige målgruppe.

Projektet var, som mange af de indledende projekter, svagt på dataindsamling, men der blev fundet en model for at følge indlæggelser og sygehusdød for plejehjemsbeboere.

Det var en stor styrke, at der blev prioriteret et kompetenceløft på samtlige arbejdspladser i kommunens ældreområde involverende lederne og en stor del af frontlinjemedarbejderne. En indsats, der ikke kunne være gennemført uden stærkt ledelsesmæssigt fokus.

Ligeledes en styrke, at PLO Aalborg var med hele vejen.

Materiale fra projektet er professionelt og flot udført og siden er blevet anvendt som skabelon ved flere andre projekter. På hjemmesiden for Klar Til Samtalen kan du finde den fine film med Mads Steffensen som vært, der understreger vigtigheden af at få talt om den sidste levetid. Her finder du også pjecen de til pårørende til ældre, der flytter på plejehjem.

Svage for dette projekt var, at det ikke involverede et direkte samarbejde med Aalborg Universitetshospital, og dermed ikke aftaler om udskrivninger og indlæggelser af borgere i den sidste levetid.

Se materiale fra projektet [her](#).

'Livets Afslutning – Implementeringsprojekt'

Midtklyngen, Region Midtjylland – 2020-2022

Projektets overordnede formål: Projekt Livets Afslutning startede som et tværsektorielt projekt gennemført af Styregruppen for Midtklyngen i Region Midtjylland i 2018-2020 med fokus på en kvantitativ og kvalitativ afdækning af eksisterende indsatser, arbejdsgange samt viden om erfaringer med at beskæftige sig med livets afslutning. Afdækningen viste, at der var behov for at styrke kendskab til, viden om og muligheder og kompetencer til at indfri og efterleve borgernes ønsker for livets afslutning. Det lykkedes at få midler fra Sundhedsstyrelsen pulje: "Styrket omsorg og nærvær i ældreplejen" til at arbejde videre med fire indsatsområder i projekt "Livets Afslutning – Implementeringsprojekt" 2020-2022.

Ambitionen med implementeringsprojektet var, at flere borgere skulle have ro og lov til at dø, som de ønskede det, og at dette skulle opnås i tæt samarbejde mellem borgeren, de pårørende og de sundhedsprofessionelle.

Selve projektet, der blev afsluttet i 2022, blev gennemført i samarbejde mellem Hospitalsenheden Midt, Præhospitalet, PLO Region Midtjylland og Viborg, Silkeborg og Skive kommuner – og med konsulentbistand fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Projektet er finansieret dels via ovennævnte pulje og derudover af projektets parter. Aktuelt finansieres de fortsatte aktiviteter af hospitalet og kommunerne selv.



Aktuelt betragtes projektet nu som en indsats, der er under konsolidering hos projektets parter. Både hospitalet og de tre kommuner fortæller, at der stadig er betydelig opmærksomhed om projektet, og at resultaterne stadig mærkes i både kommunernes ældrepleje og på hospitalet. Forskellige grader af kontinuitet på ledelses- og medarbejderplan i de tre kommuner har gjort, at der er forskel på, hvor intenst der i perioden efter den egentlige projektperiode er blevet arbejdet med det, men alle fortæller om fortsat dedikation.

Projektets indsatser var fordelt på disse fire områder: 1. Forventningsamtaler og behandlingsniveau, 2. Inddrage og støtte pårørende, 3. Klare retningslinjer og tydelig dokumentation – også på tværs af sektorer, 4. Udbrede kendskabet til vågetjenester. >>

Projektmidlerne fra Sundhedsstyrelsen blev blandt andet anvendt til at frikøbe omkring 20 medarbejdere som deltids projektkoordinatorer. Projektkoordinatorerne bidrog i forbindelse med undervisningen på de lokale arbejdspladser og med at udarbejde et omfattende materiale til anvendelse i forbindelse med indsatserne.

I samarbejde mellem projektledelsen og de tre kommuner blev udarbejdet en fælles kommunal instruks for fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg (formentlig den første af sin slags i landet).

Undervejs i projektet er der på sygehuset indsamlet data for beslutninger om behandlingsniveau.

Styrkerne i dette projekt har været det meget store og brede engagement, det at projektet som et af de første af sin slags har været udviklet og tænkt tværsektorielt – og ledet med fælles formandskab på tværs af kommune og region, og selvfølgelig også, at puljemidlerne har betydet en projektøkonomi, der har muliggjort tilkøb af eksterne ressourcer til projektledelse og materialeproduktion. Det kunne også have vist sig at være en svaghed, hvis projektet faldt fra hinanden, når projektmidlerne løb ud. Men det er ikke sket.

En svaghed har det til gengæld været, at opbakningen fra de praktiserende læger i projektperioden har været meget forskellig i de tre kommuner – fra ret god til næsten ikke eksisterende. De praktiserende lægers interesse og engagement er helt afgørende, hvis der skal ske ændringer på dette område.

Projektets materialesamling er unik og utroligt velproduceret, og kan tilgås på kommunernes og Hospitalsenheden Midt 's hjemmeside. De smukt producerede videoer er centrale, men samtaleguides, samtalekort og øvrige pjecer og foldere er i høj grad også pionerarbejde – og er siden blevet genskabt i mange andre kommuner.

Se materiale fra projektet [her](#).

'STOP OP! – Før livet stopper..!'

Sundhedsklynge Nord, Region Nordjylland – 2022-2023

I sundhedsklyngen opererer man med 'indsats' i stedet for projekt, da der er tale om et kontinuerligt arbejde.

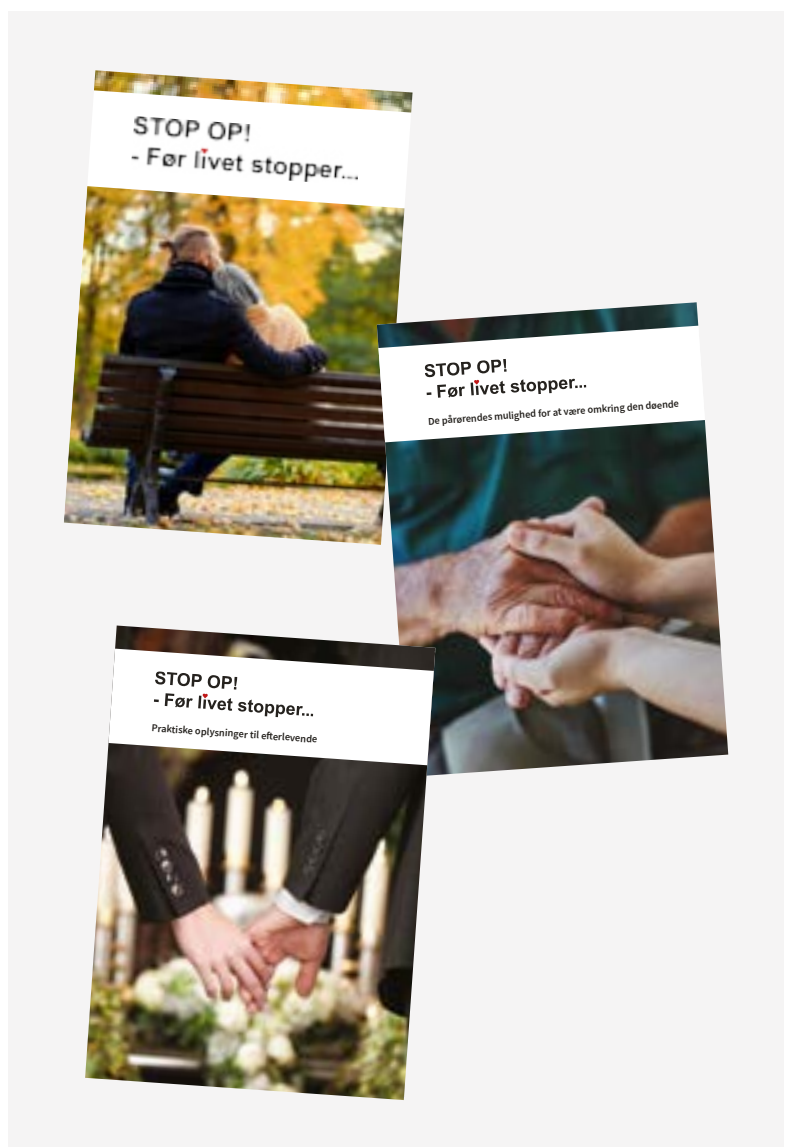
Indsatsens overordnede formål er at bidrage til, at borgeren får en værdig afslutning på livet ved at understøtte, at der bliver taget stilling til fravalg af genoplivningsforsøg og livsforlængende behandling. Det skal ske, så snart det vurderes fagligt relevant, eller når borgeren ønsker det, samt at fravalg dokumenteres både internt i den enkelte organisation og ved sektorovergange.

Indsatsen er tværsektoriel og 'ejes' af parterne i Sundhedsklynge Nord i fællesskab: Regionshospitalet Nordjylland og Hjørring, Brønderslev, Frederikshavn og Læsø kommuner. PLO, som ligeledes er en del af Sundhedsklynge Nord, har fra begyndelsen valgt at forholde sig observerende, men Nord-KAP er nu en aktiv del af samarbejdet.

Indsatsen startede i 2022 med planlægning af kompetenceudvikling og undervisningspakker, som i 2023 blev implementeret og begyndende udbredt. I 2024 arbejdes der med yderligere udbredelse og datamonitorering.

Kompetenceudviklingen, rettet mod arbejdspladserne på sygehuset og i kommunerne, blev udviklet efter en train-the-trainer model, hvor Dansk Selskab for Patientsikkerhed sammen med hospitalspræst, hospitalssocialrådgiver og projektledelsen stod for uddannelsen af 25 'STOP OP-ambassadører'.

Ambassadørerne deltog i udviklingen af undervisnings- og andet materiale til udbredelsen af indsatsen på alle arbejdspladser, og det er nu ambassadørerne, der står for den lokale undervisning på alle relevante arbejdspladser i kommunerne og på sygehuset. >>



De lokale retningslinjer og instrukser for beslutningstagen og for overlevering af beslutninger mellem sektorerne blev koordineret og opdateret bl.a. med fælles tværsektorielle flowcharts for sygehus, kommuner og Den Præhospitale Virksomhed. Der arbejdes desuden på en skabelon for henvendelse fra kommunalt personale til egen læge om fravalgsbeslutninger.

Indsatsens implementeringsfase er delvis finansieret af Region Nordjyllands Patientsikkerhedspulje. Projektledelse finansieres af Regionshospitalet Nordjylland, og de enkelte parter betaler selv egne omkostninger ved projektdeltagelsen.

Resultaterne af indsatsen er foreløbig, at train-the-trainer modellen har virket godt, og at der bliver taget godt imod undervisningen på de lokale arbejdspladser. Skabelonerne for tværsektoriel kommunikation har styrket samarbejdet mellem sygehus, præhospitalet og kommune. Det udviklede materiale anvendes flittigt, og der holdes løbende netværksmøder mellem parterne. Foreløbige data viser, at der tages stilling til behandlingsniveau i et stigende antal tilfælde.

Styrkerne ved projektet er især den højt prioriterede projektstyring, train-the-trainer-modellen, det lokale engagement, udviklingen af flowcharts og andet nytænkt materiale.

Svagheden er, at PLO blot har været observerende, idet de praktiserende læger er centrale i beslutningsforløbet omkring fravalg. Heldigvis har en repræsentant for Nord-KAP deltaget aktivt i udarbejdelse af flowcharts og skabelon for henvendelse til egen læge,

LINK TIL VIGTIGT MATERIALE

STOP OP-indsatsens materiale til både borgere og personale findes på indsatsens meget flotte hjemmeside. Det er en stor styrke, at alt materialet er så let tilgængeligt. Pjecerne til de pårørende: "De pårørendes mulighed for at være omkring den døende" og "Praktiske oplysninger" er helt unikke.

Se materiale fra projektet [her](#).

'Tidlig og koordineret palliativ indsats'

NSR-klyngen, Region Sjælland – 2022-2023

Projektets overordnede formål: Projektet var et afprøvningsprojekt, der skulle undersøge og opstille modeller for en tidlig palliativ indsats for patienter med ikke-maligne sygdomme. Målet var gennem åben og tidlig afklaring af, hvornår en lungepatient med non-malign sygdom må betragtes som havende behov for en palliativ indsats, og at sikre et bedre samarbejde med primærsektoren om at opnå en god basal palliation i hjemmet støttet af den lungemedicinske afdeling og praktiserende læge.

Projektet blev finansieret af midler fra 'Tema-gruppen sårbare ældre og borgere med kronisk eller langvarig sygdom' i Region Sjælland. I projektet deltog NSR Sygehuse ved Lungemedicinsk Afdeling og Akutafdelingen i Slagelse, Næstved Kommune ved Team Vest og Team Øst, to praktiserende læger fra Næstved og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

I selve projektet gennemførtes først arbejdsgangs-analyser hos hver af projektets aktører. Disse dannede baggrunden for tre workshops med deltagelse af alle projektparterne med fagligt input, arbejde på tværs mellem de deltagende parter og med opfølgende arbejde hos de enkelte projektdeltagere i perioderne mellem workshops. Som et afprøvningsprojekt skulle projektet ikke levere dokumentation for, at en indsats kunne gennemføres og give resultater

over en længere periode – blot demonstrere, at en tidlig og koordineret palliativ indsats er mulig, hvis de rette kræfter involveres og prioriterer indsatsen.

Konklusionen efter de tre workshops var, at hvis en god palliativ indsats skal sikres, skal den først og fremmest planlægges i god tid. Kun ved tidlig planlægning kan det lade sig gøre at koordinere indsatsen internt mellem sygehusafdelinger, internt i kommunerne og på tværs af sektorgrænserne mellem sygehus, kommune og lægepraksis.

Det forudsætter igen, at den palliative patient identificeres tidligt gennem et fagligt fokus på nødvendigheden af palliation, og gennem tidlige samtaler med patienten om sygdommens sværhedsgrad, behandlingsmulighederne og ønsker til livets afslutning.

Der er behov for et særligt fokus på at forbedre indhold i indlæggelses- og udskrivningsrapporter, plejeforløbsplaner og epikriser. Det gælder især ved overgangen mellem sygehus og kommune/lægepraksis, når en palliativ patient skal gribes hurtigt efter udskrivelsen og et fagligt godt og menneskeligt trykt forløb skal planlægges.

Projektdeltagerne udviklede undervejs i projektet konkrete forbedringer i eget regi, der understøtter målet.

Styrken i dette projekt var især, at det som forventet kan lade sig gøre at realisere en tidlig og koordineret palliativ indsats også for non-maligne patienter, hvis der er et konkret fokus fra de vigtigste aktører på tværs af sektorerne. Og derudover, at der ikke var problemer med at engagere de centrale aktører i projektet. Alle mener, en sådan indsats er vigtig,

En svaghed er, at projektet som et afprøvningsprojekt ikke viser, om indsatsen virker i større skala. Men projektet videreføres nu i regi af Sundhedsklyngen i Slagelse, der vil sprede indsatsen til andre diagnoser og til alle kommuner i klyngen.

Projektets afslutningsrapport kan findes [her](#).



'Den Sidste Tid'

Sundhedsklynge Nykøbing Falster, Region Sjælland – 2023-2025

Projektets parter og formål: 'Den Sidste Tid' er et tværsektorielt projekt besluttet af Sundhedsklynge Nykøbing Falster, og projektet har siden beslutningen i klyngens politiske forum haft aktiv deltagelse fra alle klyngens niveauer og involverende alle klyngens parter: Vordingborg, Guldborgsund og Lolland Kommuner, Almen Praksis, SUH Nykøbing Falster, Det Nære Sundhedsvæsen og Præhospitalt Center i Region Sjælland. Dansk Selskab for Patientsikkerhed er engageret som en del af projektledelsen sammen med en projektleder fra sundhedsklyngen.

Projektet har i 2023 gennemført et forprojekt som fase 1, og aktuelt gennemføres fase 2 med udrulning af den samlede udviklingsindsats fra januar 2024 til januar 2025.

Formålet er fundamentalt som i de andre tværsektorielle Klar Til Samtalen projekter: At sikre sammenhængende behandling på tværs af kommuner, almen praksis, de præhospitale tilbud og sygehuset i den ældres sidste tid med henblik på et fagligt kvalificeret og menneskeligt forløb til gavn for den ældre og de pårørende.

Projektet finansieres for så vidt angår projektledelse, udgifter til seminarer og workshops og produktion af materialer af midler fra sundhedsklyngen, mens de enkelte aktører i øvrigt finansierer egne aktiviteter.

Indholdsmæssigt har projektet valgt at anvende elementer fra modellerne fra 'Livets Afslutning' og 'STOP OP! – Før livet stopper..'. Herunder kompetenceudviklingsmodellen med train-the-trainers for med færrest mulige omkostninger at kunne nå ud til alle frontlinjemedarbejderne i kommunerne. På sygehuset nås alle afdelinger gennem workshops og lægefaglige møder. Og ligesom i Region Midt-projektet var et vigtigt, tidligt resultat, at der blev lavet en fælles instruks om fravalg af livsførelse og genoplivningsforsøg for de tre kommuner. >>



I beskrivelsen for fase to indgår 10 elementer, som kort opsummeres her – mens resultater endnu ikke er relevante:

- 1. AKUT HJÆLP DØGNET RUNDT** – Det Nære Sundhedsvæsens model for samarbejde med almen praksis om fremskudt akutindsats på plejecentre/plejehjem søges udviklet, afprøvet og implementeret gennem projektet.
- 2. FÆLLES OM PATIENTEN** – Retningslinjer, instrukser og sikker dokumentation – også i overgangene mellem sektorerne.
- 3. AMBASSADØRKORPS** – kompetenceudvikling af alle medarbejdere i sektorerne særligt på plejecentre, i udekørende enheder og på sygehusets afsnit.
- 4. KLAR TIL SAMTALEN** – Kommunikation – de vigtige samtaler om den sidste levetid. Der arbejdes med at skabe strukturerede arbejds-gange for samtaler om 'den sidste tid' i alle organisationer og faggrupper.
- 5. FORGLEM MIG EJ** – Det omsorgsfulde farvel for naboer på plejecentre og medarbejdere i organisationerne.
- 6. BORGERNES EGNE SAMTALER** – Civilsamfundets samtale om døden og den sidste tid. En bruger- og borgerinddragende indsats i kommunerne rettet mod bl.a. seniorråd og udvalg, stormøder for ældre – og samarbejdet med frivillige organisationer.
- 7. I TRYKKE HÆNDER** – Medicinsk tryghed og omsorg. Der arbejdes med tanken om fremskudt adgang til medicin mhp. at understøtte den basale palliation.
- 8. DATA LEDER VEJEN** – Dataunderstøttelse af forbedringsindsatsen.
- 9. PLATFORM 'DEN SIDSTE TID'** – Platform for fastholdelse af projektets viden samt formidling og videndeling til borgere, mellem sundhedsklyngen og andre.
- 10. DYNAMISK MODEL** – Modellen betragtes som en dynamisk størrelse og tilpasses løbende gennem 2024.

En af styrkerne i dette projekt i forhold til alle de andre er, at de praktiserende læger har været initiativtagere til sundhedsklyngens beslutning og siden vedvarende været yderst aktive i projektet.

Se materiale fra projektet [her](#).

'Den Sidste Tid'

Sundhedsklynge Midt, Region Nordjylland – 2024

Projektet er det fjerde i en række af lignende sundhedsklyngeprojekter med det formål at sikre flest mulige borgere en sidste levetid og en død i så høj grad af overensstemmelse med egne ønsker – fx i eget hjem/på plejehjemmet. Projektet er stadig under formation og udbredelse blandt parterne.

Projektet er finansieret af Sundhedsklynge Midt, Region Nordjylland, og involverer Jammerbugt Kommune, PLO Jammerbugt Kommune, Aalborg Kommune, Aalborg Universitetshospital, Den Præhospitale Virksomhed i Region Nordjylland og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Indsatserne i projektet er:

1. Opdateret retningslinje i Jammerbugt Kommune vedrørende fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg
2. Intern kompetenceudvikling på alle kommunens arbejdspladser
3. Styrkelse af samarbejdet med de praktiserende læger omkring fravalgsbeslutninger
4. Samarbejde med civilsamfundet blandt andet om fælles planlægning af borgermøder med oplysning om borgernes selvbestemmelse
5. Samarbejde med præhospitalets paramedicinere om håndtering af akutte behandlingssituationer
6. Samarbejde med Aalborg Universitetshospital omkring bedst mulige indlæggelses- og udskrivningsforløb
7. Samarbejde og koordinering med Aalborg Kommune, der selv for nogle år siden har gennemført en lignende indsats

Jammerbugt Kommunes retningslinje er opdateret. Efter princippet om 'træn-trænerne' er der gennemført uddannelse af omkring 70 'Den Sidste Tid-ambassadører' repræsenterende samtlige plejecentre, hjemmeplejedistrikter og sygeplejen i Jammerbugt Kommune. Ambassadører har medvirket til at udvikle den undervisning, de i efteråret 2024 skal gennemføre på alle arbejdspladser. Der er ligeledes udviklet pjecer og foldere rettet mod både borgere, pårørende og personale.

Der er afholdt møder med PLO Jammerbugt, med Seniorrådet i kommunen, med Aalborg Universitetshospital og Den Præhospitale Virksomhed med henblik på projektets øvrige aktiviteter, men yderligere resultater kan endnu ikke rapporteres.

Styrker og svagheder ved projektet kan ikke oplistes endnu.

Materiale fra projektet til både borgere, pårørende og personale findes [her](#).



'Det gode palliative forløb'

Ringkøbing-Skjern Kommune 2019-2022

Formålet med projektet var at fremme muligheden for, at borgerne i Ringkøbing-Skjern Kommune oplever gode palliative forløb gennem at øge de sundhedsfaglige medarbejderes palliationsfaglighed.

Projektejer var Ringkøbing-Skjern Kommune og det blev gennemført i samarbejde med Ankerfjord Hospice og Social- og Sundhedsskolen i Herning.

Finansieringen var dels DUT-midler og dels bidrag fra de tre projektparter. Kommunen har selv finansieret medarbejdernes tid, forplejning mm.

Indsatsen indledtes med en afgrænsning af de faglige indsatsområder, fulgt op af opkvalificering af medarbejderne i kommunen gennem undervisning af social- og sundhedshjælper og -assistenter og opkvalificering af hjælpere og assistenter, sygeplejersker og terapeuter, og senest med en indsats for forankring og implementering af den opnåede læring.

Konkret har personale fra Ankerfjord Hospice deltaget i at opkvalificere underviserne på Social- og Sundhedshjælper-skolen, hvor der fortsat nu undervises på både hjælper- og assistentuddannelsen i disse roller i de palliative forløb.

SOSU-skolen udbyder tre dages AMU-kurser (48 årlige forløb) for kommunens assistenter og hjælpere, mens alle kommunens sygeplejersker og terapeuter tilbydes kurser i palliation i samarbejde mellem Ankerfjord Hospice og skolen.

Sygeplejersker og terapeuter med særlige palliationsfaglige funktioner tilbydes to dages ophold på hospice.

Der arbejdes efter, at selve projektet er afsluttet, fortsat tæt sammen mellem de tre projektparter, idet man har bevaret projektets styregruppe. Samtidig er den løbende faglige opkvalificering nu koordineret af kommunens fagansvarlige sygeplejerske, der arbejder med et stort net af nøglepersoner, der har gennemført ovennævnte uddannelser.

De praktiserende læger har ikke været direkte involveret i den faglige opkvalificering, men er løbende orienteret i KLU, hvor der er givet udtryk for tilfredshed med et tydeligt kvalifikationsløft i korrespondancerne fra kommunens medarbejdere.

Styrkerne ved dette projekt er især, at man har udviklet en samarbejdsmodel mellem hospice, SOSU-skolen og kommunen, hvilket er ganske unikt. Personalet fra Ankerfjord Hospice har ønsket at udbrede palliativ viden, og det har der været behov for på SOSU-skolen og i kommunen. De specialiserede 'palliatører' fra hospice har formået at understøtte den 'almindelige' palliation, som er det, der primært er behov for i ældreplejen. Samarbejde har resulteret i et kompetenceløft på mange niveauer for kommunens medarbejdere, og generelt har opkvalificeringen af SOSU-skolens undervisere på det palliative område højnet grunduddannelserne på dette område og været baggrunden for, at skolen kan udbyde AMU-uddannelser i palliation, hvilket næppe heller er set andre steder i landet.

Det tværsektorielle samarbejde har ikke været projektets primære fokus, men det arbejder kommunen med på anden vis.

Opsamling og materialer er produceret i form af en omfattende evalueringsrapport og en folder, der kort opsummerer principperne bag den samarbejdsmodel, der har knyttet parterne i projektet tæt sammen. Se materiale fra projektet [her](#).



'BYG BRO'

Gribskov Kommune, Nordsjællands Hospital og praktiserende læge – 2021-2024

Formålet med projektet var at skabe sammenhængende borgerforløb for borgere med palliative behov på tværs af de tre sektorer.

Projektejer var i udgangspunktet de tre nævnte parter støttet af Faglig Sundhedsklynge Nord, Region Hovedstaden.

Finansieringen af de tværgående indsatser er kommet fra Region Hovedstaden, Palliativ Enhed på NOH og Gribskov Kommune.

Indsatserne i projektet var: Kompetenceudvikling i basal palliation, Byg Bro mellem hinanden, Fælles sprog og redskaber/arbejds gange på tværs af sektorer og mellem kommunerne.

I evalueringsrapport fra juni 2024 opregnes, at 221 sygeplejersker, social og sundhedsassistenter og -hjælpere fra kommunen har været gennem et kompetenceudviklingsforløb tilrettelagt af Palliativ Enhed og Gribskov Kommune med fokus på opsporing, fælles sprog og redskaber, palliative symptomer, samarbejdspartnere og kommunikation. Målinger af selvvaluerede kompetencer har vist effekt af undervisningen, og rapporten beskriver også, at såvel medarbejdere i kommunen som de praktiserende læger nu har større viden om palliationsredskaber som EORTC og SPICT.

I Projektet er anvendt en lang række forskellige metoder til at understøtte og udbygge det tværsektorielle samarbejde, og Byg Bro erfaringerne er anvendt til etablering af et tværsektorielt ledelsessamarbejde – "Sammen om den palliative borger" i Faglig Sundhedsklynge Nord og under Det Nationale Ledelsesprogram (NLPS) med deltagelse af ældreområdet i Gribskov og Fredensborg kommune, praksiskonsulent fra Gribskov kommune samt palliativ afdeling, Nordsjællands Hospital. Samarbejdet er siden udvidet med et fagligt tværsektorielt netværk på tværs af alle kommuner i Nordklyngen og palliativ afdeling på NOH siden foråret 2023. I forlængelse af ledelsesforløbet i regi af NLPS er der udarbejdet et kommissorium for et tværsektorielt ledelsesnetværk, der skal sikre fælles retning og udvide fælles sprog og arbejds gange over tid til flere kommuner på palliationsområdet og andre patientforløb.



Gennem et stort arbejde af Gribskov kommunes praksiskonsulent er der skabt et godt samarbejde med lægerne i kommunen, og praksiskonsulenten har blandt andet udarbejdet en pjece om palliation i Gribskov kommune med alle relevante oplysninger til lægerne.

Styrkerne ved dette projekt er især det tværsektorielle fokus, og det er spændende at følge, om det lykkes at få alle kommunerne i Sundhedsklynge Nord med på samme niveau som Gribskov kommune, der er medinitiativtager. Lokalt er det en stor styrke, at kompetenceudviklingen har været rettet imod alle medarbejderne i plejesektoren, og tydeligvis også at Gribskov kommune har en meget engageret praksiskonsulent, der har været en af drivkræfterne i projektet, som har sikret et godt samarbejde med de øvrige læger i kommunen. Endelig er det en styrke, at projektet allerede retter blikket fremad mod opfølgning, implementering og udvidelse af det udviklede koncept

Opsamling: Der er udarbejdet en omfattende evalueringsrapport, hvor der blandt andet også omtales indsamling af data fra en undersøgelse blandt de praktiserende læger om ventede og uventede dødsfald, om en spørgeskemaundersøgelse blandt borgere og pårørende, og endelig om en indsamling af data i kommunen, der skal gentages i efteråret 2024 for at se, om der er effekt af indsatsen.

Evalueringsrapporten kan findes [her](#).

'Tidlig palliation'

Region Hovedstadens Center for HR og Uddannelse og Sundhedsklynge Syd, Region Hovedstaden – 2024

Center for HR og Uddannelse i Region Hovedstaden udvikler for øjeblikket på baggrund af en indsats om 'Tidlig palliation og det levede liv' i Gentofte Kommune i samarbejde med Palliativ afdeling på Hvidovre Hospital et tværsektorielt kursusforløb om tidlig palliation og den sidste tid i livet.

Kommunerne i sundhedsklyngen inviteres med i udviklingsarbejdet, der gennemføres i efteråret 2024.

Når et endnu ikke gennemført projekt medtages i denne opsamling, skyldes det, at dette projekt, som de fleste af de andre, der er omtalt her, også retter sig mod kompetenceudvikling af alle frontlinjemedarbejdere i kommunerne i sundhedsklyngen og på sygehuset, Amager-Hvidovre Hospital.

Fra den foreløbige indholdsbeskrivelse af kurserne nævnes her blot overskriften på modulerne:

Modul 1: Tidlig palliation og kommunikation

Modul 2: Vurdering af behov for palliative indsatser

Modul 3: Implementeringsworkshop for deltagere

Der bliver således fokus både på det faglige indhold og på, hvordan indsatser implementeres.

For nærmere om projektet kontakt projektleder Helle Høstrup på helle.hostrup@regionh.dk

Se materiale fra projektet [her](#).

Klar t! 
samtalen

Dansk Selskab for PatientSikkerhed