

Palliation

Samtaleguideⁱ

Bilag 2: Løbende opfølgning

SAMTALEGUIDE:

- Hvad fylder mest for dig/ for jer lige nu? – Hvordan oplever du at være ramt af din sygdom? – 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 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?

TJEKLISTE – har I fået drøftet alt det, der er relevant i det konkrete forløb:

- ☒ 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 Nexus i handlingsanvisningen med overskriften "palliation".
- ☑ Borger og pårørende får udleveret et telefonnummer hvorpå de kan få kontakt til Helhedsplejen – 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.
- ☑ 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 – besøget er lagt i kalenderen i Nexus med indsatsen "palliativ-vurdering", eller planlægger er adviseret om at ligge det ind.
- ☑ Der er lavet aftaler for tværfaglige møder med de involverede samarbejdspartner – disse er dokumenteret i Nexus i handlingsanvisningen med overskriften "palliation".
- ☑ Kunne borger eller pårørende have gavn af "Pårørendestøtte" fra Røde Kors ("*for dig, der har brug for et pusterum*") eller Vågetjenesten i de allersidste dage

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 besluttet ud fra, hvad borger og pårørende ønsker

i

Instruksen er udarbejdet af: Mathilde Duckert Palliationssygeplejerske Gitte Widmer Sygeplejefaglig leder	Ansvarlig for instruksen: Gitte Widmer Sygeplejefaglig leder	Godkendt af: Palliationssygeplejerske Faglige koordinators Sygeplejefaglig leder
Revisionsdato: Juni 2024	Næste revision: Juni 2027	