

# KLAR TIL AT TAGE SAMTALEN

Se også vores lommefolder, som du kan benytte dig af, når du sidder i en samtale med patienten.

**Kontaktinfo:**

Heidi Bergenholtz (hbz@regionsjallend.dk)

Ove Gaardboe (ove.gaardboe@patientsikkerhed.dk)

**Materialet kan downloades her:**

[patientsikkerhed.dk/samtaleomdensidstetid](http://patientsikkerhed.dk/samtaleomdensidstetid)



Nogle kalder det for *den svære samtale*. Vi mener ikke nødvendigvis, den er sværere end mange andre alvorlige samtaler i klinikken, selvom vi kan blive følelsesmæssigt påvirkede af den.

**Udarbejdet af:**

Heidi Bergenholtz, postdoc & klinisk sygeplejespecialist, Holbæk Sygehus & REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation  
Ove Gaardboe, overlæge, chefkonsulent, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Her er det vigtigt at holde 'hovedet koldt og hjertet varmt'. Lyt til, hvad der bliver sagt, og udvis empati, selvom du ikke nødvendigvis er enig. Men hold også fast, hvis der er et bestemt budskab, du har med til patienten.

Sætninger du kan benytte:

*"Det virker som om, at denne samtale er lidt svær for os. Vil du fortælle mig, hvad der er svært for dig?"*

*"Som jeg hører det, så er du usikker på (bange for, frustreret over) situationen, og det kan jeg godt forstå. Har du selv forslag til, hvordan vi kan komme videre herfra?"*

*"Jeg ville ønske at situationen var anderledes, men jeg er bekymret for (fortæl hvad du tænker om det alvorlige i situationen), og vi er derfor nødt til at forberede os på, hvad vi kan gøre, hvis tingene forværres."*

Ved uenighed mellem patient og pårørende eller mellem de pårørende, er det vigtigt ikke at tænke, at man skal løse eventuelle familieudfordringer. I stedet må man stille sig et neutralt sted med vægt på, at vi primært er der for patienten:

*"Jeg kan høre, at I oplever i situationen lidt forskelligt. Som jeg ser det (beskriv hvordan du ser situationen)."*

*"Hvordan kan jeg som læge (sygeplejerske) hjælpe jer videre i denne samtale?"*

Ved uenighed mellem jer og patienten eller eventuelt de pårørende, så husk på, at en habil patient i en konkret sygdomssituation **altid kan sige nej** til en bestemt behandling, men at beslutningen om, hvorvidt en bestemt behandling skal tilbydes, altid er lægens - også når det gælder livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg!

Det er vigtigt, at vi inddrager og lytter til de pårørende, men de kan ikke beslutte på patientens vegne.

**Enten bestemmer patienten eller også gør lægen**, og lægen har altid ansvaret for, at der bliver taget en beslutning, når det er nødvendigt.



## AFSLUTNING

**Samtalen afsluttes med en opsummering af de aftaler, der er lavet. Vurdér om det kan være en god idé at lade patienten starte opsummeringen:**

*"Hvad tager du med fra denne samtale?"*

*"Ud fra det, vi har snakket om, så ser jeg planen sådan her (fortæl hvordan du ser planen). Er du enig?"* – fortæl gerne direkte, hvad du vil skrive i journalen.

*"Er der noget, du mener, vi mangler at snakke om?"*

*"Har du brug for støtte til at dele det, vi har talt om, med nogen?"*

Herudover er det vigtigt at sige til patienten, at der til enhver tid vil være mulighed for at tale igen, da man som patient og pårørende kan have brug for tid til at tænke over samtalen.

*"Hvis du kommer i tanke om noget eller har flere spørgsmål, er du altid velkommen til at tale med os igen."*

Det er vigtigt at få dokumenteret plan og aftaler i patientjournalen. Dette af hensyn til at sikre kontinuitet for både patienten og for personalet, men også for din egen skyld, så du sikrer dokumentationen i tilfælde af misforståelser.

**Dokumentér, kommunikér og koordinér planen.**

### LIDT OM "DEN SVÆRE SAMTALE"

Der kan være tidspunkter, hvor samtalen, trods alle gode intentioner, alligevel bliver svær.

Man kan som sundhedsprofessionel føle sig kørt fast i samtalen. Der kan opstå konflikter i familien, og det kan vise sig, at patienten ikke er enig i den plan, vi som sundhedsprofessionelle taler for.

**Denne pjeces beskriver baggrunden for lommekortet 'Klar til at tage samtalen', som skal støtte de sundhedsprofessionelle i deres samtaler med patienter, der nærmer sig døden.**

Samtalen er afgørende og nødvendig for, at patienter får indflydelse på planlægning af pleje, omsorg og behandling i den sidste del af livet. Og vi betragter det, på linje med Etisk Råd, som en forpligtelse, at vi som sundhedsprofessionelle tilbyder sådanne samtaler. Herudover har vi også en juridisk forpligtelse til at fortælle patienten det, når vi har besluttet et behandlingsloft.

Grundlæggende er guiden udarbejdet ud fra en opfattelse af, at det er vigtigt at involvere patienter og pårørende i beslutningstagning omkring afslutning af livet - og vel at mærke i et stadie af deres sygdom, hvor de fortsat er beslutningsdygtige. Altså tidligt i et alvorligt sygdomsforløb. Så tag samtalen - i god tid!

Der er i princippet to forskellige typer samtaler: Den, hvor patienten reelt har indflydelse på behandlingen, og den, hvor der på forhånd er en lægefaglig beslutning om et bestemt behandlingsloft. I den sidste situation skal patienten ikke gives indtryk af, at der er tale om et åbent valg. Og hvis patienten eller de pårørende ikke er enige i dette behandlingsloft, kan samtalen naturligvis blive svær.

Rådene i guiden er baseret på både forskning og erfaring.

Forskning viser, at tidlig afklaring af behandling og pleje den sidste tid er forbundet med bedre kvalitet - herunder mindre aggressiv behandling og større grad af opfyldelse af ønsket dødssted. Herudover er der flere undersøgelser, der viser, at mange patienter har gjort sig overvejelser om den fremtidige behandling og pleje, men at kun få får delt dette med sundhedspersonalet. Der er mange gode grunde til at tage samtalen – dog med det forbehold, at patienten også ønsker at medvirke til det. Vi skal ikke 'presse' nogen til at tale om noget, de ikke ønsker at tale om. Vi skal derfor være gode til at afklare behovet, og vi må altid gerne invitere.

Vi bruger 'samtalen' som vores nøglebegreb, men det skal understreges, at der tit er tale om mere end en enkelt samtale. Der bygges ofte op gennem samtaler mellem patient og plejepersonale over flere omgange, inden lægen inddrages og måske bringer afklaringerne videre eller i hvert fald sørger for at få dem ført til journalen. Og denne samtale må eventuelt også følges op over flere stuegange eller flere ambulante besøg.

## FØR SAMTALEN - AFKLARING AF PATIENTENS PARATHED

Inden vi planlægger at tage samtalen med patienten, må vi forsøge at afklare, hvor parate vi tror, patienten og de pårørende er til det. Situationen kan være alt fra, at patienten selv har ønsket en samtale, til at vi som sundhedspersonale skal have meddelt patienten, at vi har besluttet ikke at give en bestemt behandling.

## HVEM HAR BRUG FOR SAMTALEN?

Vi må altid være klar til at tage en samtale med en patient, når denne selv ønsker det.

Men med hvem skal vi som sundhedspersonalet selv tage initiativ til en samtale om livets afslutning?

Der findes to validerede redskaber, som begge kan anbefales som støtte i afklaringen af, hvem man bør tilbyde en samtale.

### 1. "Overraskesspørgsmålet" (Surprise Question)

Det første redskab er meget simpelt og udviklet til at identificere patienter med begrænset levetid. Sundhedspersonalet kan spørge sig selv og diskutere dette i en tværfaglig sammenhæng:

*"Ville jeg blive overrasket, hvis denne patient dør inden for de næste 6-12 måneder?"*

Er svaret nej, vil patienten højst sandsynligt være i den sidste del af livet og bør tilbydes en samtale.

*"Er der noget særligt, der har betydning for dig, når du når den sidste del af livet?"*

*"Har I som familie talt om dette?"*

Herudover kan det være relevant at tale om **Behandlingstestamente, Plejeorlov, Terminal erklæring og Terminalt tilskud**.

### SÆRLIGT OM BEHANDLINGSTESTAMENTE

Det kan være en god idé at spørge patienten, om der foreligger et udfyldt Behandlingstestamente. Først og fremmest fordi det er en indikation på, at patienten allerede har forholdt sig til livets afslutning og døden.

Hvis der foreligger et Behandlingstestamente, er de sundhedsprofessionelle forpligtede til at følge bestemmelserne i det, MEN det er vigtigt at understrege, at testamentet først gælder i den situation, hvor en læge har konstateret, at patienten er varigt inhabil.

Behandlingstestamentet har altså ingen betydning i den akutte situation, hvor en ellers habil patient får hjertestop.

Derfor er det for alle praktiske forhold vigtigt, at det afklares direkte mellem patient og læge, hvilket behandlingsniveau, der skal lægges i en given akut situation, og at beslutningen fremhæves i journalen, så den kan efterleves af dem, der skal håndtere situationen.

(læs evt. mere om Behandlingstestamentet på STPS.dk)



# PLANLÆGNING AF FREMTIDIG BEHANDLING OG PLEJE

Med udgangspunkt i de foregående trin er det vigtigt at få lagt en plan, som baserer sig på patientens ønsker og den sundhedsfaglige vurdering. Planen vil naturligvis ofte være foreløbig og skulle revurderes, men det er altid et mål for samtalen, at den ender i en plan.

*“Ud fra det vi har talt om, hvilke ønsker kunne du så have til fremtidig behandling og pleje?”*

Det vil ofte være rimeligt over for patienten at indsnævre hvilke valgmuligheder, der reelt findes.

*“Ud fra det, vi har talt om, vil jeg anbefale (hvad du vil anbefale).”*

*“Der er følgende muligheder (hvilke muligheder du ser).”*

*“For og imod dette kan være...”*

*“Hvad tænker du om det, jeg har anbefalet?”*

*“Ud fra det, vi har snakket om, så ser jeg planen sådan her (fortæl hvordan du ser planen). Er du enig?”*

### Særligt om den sidste tid:

Det kan også være vigtigt at komme ind på de praktiske detaljer i den sidste levetid, særligt hvis samtalen har peget i den retning. Hvis ikke, må man afklare med patienten, om de har lyst til at tage samtalen videre i det spor:

*“Har du gjort dig tanker om, hvor du gerne vil passes og ende dine dage?”*

*“Er der noget, vi som sundhedspersonale skal vide og kan hjælpe dig med i denne situation?”*

## 2. SPICT™

SPICT™ er en 1-sides guide udviklet til at afdække, hvorvidt mennesker er i risiko for, at deres tilstand forværres eller for, at de dør. SPICT™ kan bruges sammen med overraskelsesspørgsmålet, men indeholder herudover seks generelle- og syv organspecifikke indikatorer om forværret helbred og dermed øget behov for samtale og planlægning af pleje, omsorg og behandling.

Vi anbefaler, at tværfaglige drøftelser gøres til en systematik. Benyt derfor overraskelsesspørgsmålet og eventuelt SPICT™ rutinemæssigt for at sikre systematikken. Det er vigtigt at komme tingene i forkøbet, så vi i mindst muligt omfang ender med at skulle afklare behandlingsniveau i en akut situation.



SPICT™-redskabet findes her i gratis udgave: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-dk/>



## OM SELVE SAMTALEN

Vi vil nu gennemgå de trin, vi fremstiller i samtaleguiden (lommekortet **“Klar til at tage samtalen”**). Sætningerne, vi foreslår, skal selvfølgelig tilpasses til dine egne ord – og til den konkrete situation.



## INVITATION TIL SAMTALEN

**Ideelt set, har vi aftalt med patienten, at vi tager en samtale, hvor vi sammen vil gøre status og drøfte den fremtidige pleje og behandling. Vi anbefaler, at den eller de nærmeste pårørende deltager, men det skal patienten bestemme.**

Det er vigtigt at gøre følgende:

- Afklare hvem der skal deltage i samtalen.  
Hvilke pårørende og hvilke sundhedspersoner?
- Orienter sig grundigt om sygdomsforløbet  
– herunder tjekke om der tidligere har været en samtale
- Sikre så gode fysiske forhold som muligt omkring samtalen
- Afklare om der lægeligt skal besluttes et behandlingsniveau
- Afklare palliative tilbud

Herudover skal man også som sundhedsprofessionel afklare sin egen parathed. I nogle situationer har vi sværere ved denne type samtaler end i andre. Og så kan det være helt i orden at spørge, om en kollega kan tage samtalen i stedet.

Invitationen til samtalen kan ske med følgende sætninger:

*”Vi kunne godt tænke os at have en samtale med dig (og gerne også dine pårørende) om din sygdomssituation, og en snak om den fremtidige behandling og pleje. Hvad tænker du om dette?”*

*”Du er jo indlagt, fordi din sygdom er blevet værre, og derfor vil vi gerne vil have en snak om din behandling og pleje den kommende tid. Vil det være i orden for dig?”*

*”Vil det være i orden med dig, at vi i morgen ved stuegang taler om, hvad vi skal gøre med din behandling og pleje, hvis din tilstand forværres?”*

Når der er aftalt et tidspunkt, er det særligt vigtigt, at aftalen overholdes.

Hvis vi i forvejen har taget en sundhedsfaglig beslutning om et behandlingsloft, skal vi være ærlige om det og fx sige:

*”Vi vil behandle og lindre dine symptomer, så godt vi kan, men hvis du bliver dårligere og får et hjertestop, så vil vi ikke forsøge at genoplive dig. Vi vil heller ikke lægge dig i respirator (evt. suppleret med ”som er en maskine, der trækker vejret for dig”). Vi ved, at i denne fase af din sygdom vil sådan en behandling ikke have nogen langsigtet virkning (og du vil højst sandsynligt ikke overleve). Behandlingen vil muligvis endda kunne påføre dig mere smerte og ubehag.”*

**Sig aldrig:**  
*”Der er ikke mere vi kan gøre”*

En af grundene til, at vi tager samtalen, er, at udsigtsløs behandling bør stoppes, men vi har altid mulighed for at lindre.

Vi anbefaler, at man før samtalen orienterer sig i, hvilke palliative tilbud, der vil være relevante for patienten.



**Andre gode fraser:**

*"Som sygeplejerske (læge) ser jeg din situation som (beskriv hvordan du ser sygdomssituationen)."*

*"Som din læge (sygeplejerske) vurderer jeg, at det bedste scenarie vil være (beskriv det positive scenarie). Det som vi kunne frygte er (beskriv alvorligheden i situationen)."*

**Om behandlingsniveau**

Det at tale om behandlingsniveauet er vigtigt for patienten, som skal have mulighed for at tage stilling til, hvilken behandling han eller hun ikke ønsker at modtage. Men naturligvis også vigtigt for sundhedspersonalet, som skal have afklaret, hvordan de skal agere i en akut situation, hvor patienten ikke længere er i stand til selv at tage beslutninger.

Den endelige stillingtagen til behandlingsniveauet er altid lægens, og beslutning om afståelse fra bestemte typer behandling som fx hjerte-lungeredning gælder først, når lægen har dokumenteret det i journalen.

Hvis der ikke er tale om et reelt valg for patienten, så lad være med at stille det som et spørgsmål!

Andre gange er det en nødvendighed for os som sundhedsprofessionelle, at der tages hul på emnet - eksempelvis i en akut situation. Så kan invitationen ikke være helt så åben:

*"Vi er nødt til at have en snak med dig om din sygdom og behandlingsmulighederne på stuegang i morgen. Vil du gerne have, at dine pårørende deltager i det?"*

**Den uventede samtalsituation**

I mange tilfælde vil samtalen opstå i en situation, hvor vi ikke er forberedte. Særligt plejepersonalet oplever at stå i situationer, hvor patienten pludselig åbner for en mere eksistentiel snak. Her kan man måske føle sig usikker på, om man har de rette kompetencer til at tage snakken, og måske har man ikke den nødvendige tid og mod til det.

Under alle omstændigheder er det vigtigt ikke at afvise samtalen, men tage den i det omfang, det er muligt, og sikre, at der følges op.

Hvis man reelt ikke har tiden til at tage en samtale på tidspunktet, er det helt ok at sige:

*"Jeg er klar over, at det her er et emne, som det er vigtigt, vi får talt om. Jeg kommer tilbage til dig om 20 min."*

*"Har du brug for, at vi inddrager (lægen, din kontaktsygeplejerske, dine pårørende, andre) i denne samtale? - så finder vi et tidspunkt hurtigst muligt."*

Spørgsmål som: *"Fortæl mig noget mere om, hvad du tænker"*, kan altid være med til, at patienten uddyber de tanker, han eller hun har om sin situation. Du behøver ikke at have en løsning på de problemer, patienten oplever, men du kan altid tilbyde dit nærvær.

Husk altid, at det er vigtigt at lytte mere, end du taler!

## 2 INDLEDNING

**Når samtalen er planlagt, er det vigtigt at få startet den på en god måde. Det er godt at afklare, hvem der starter og hvordan.**

Som sundhedsprofessionelle er vi gode til at være styrende i samtaler. Men det er langt fra altid hensigtsmæssigt, og især ved denne samtale vil vi anbefale, at man så vidt muligt lader patienten føre an, bortset fra i de forhold, som vi på forhånd har besluttet, at der absolut skal tales om.

Vi skal sikre, at patientens behov kommer i fokus fra samtalestart, men patienter og pårørende forventer også, at der leveres klar besked fra sundhedspersonalet om status på sygdomssituationen:

*"Vi har aftalt at tale om dit sygdomsforløb og behandlingen den kommende tid – hvad tænker du selv om situationen?"*

Det er en god idé at bruge fraser, som åbner for indsigt i patientens liv og tanker:

*"I din situation lige nu, hvad har jeg som din læge (sygeplejerske) så brug for at vide om dig som person, for at jeg bedst muligt kan give dig den rigtige behandling og pleje?"*

## 3 STATUS PÅ SYGDOMSSITUATIONEN

**Samtalen bør altid indeholde en sundhedsfaglig status, og så vidt muligt åbnes med endnu en invitation til at fortsætte samtalen:**

*"Vil det være i orden med dig, hvis vi går videre til at tale om din sygdomssituation?"*

Også her er det godt at starte med patientens (og evt. de pårørendes) egen vurdering. Hvilke tanker, bekymringer, tvivl og håb har patienten?

*"Hvilke tanker gør du dig om din sygdomssituation?"*

*"Hvad håber du på?"*

*"Hvad frygter du?"*

*"Hvad er vigtigt for dig i din nuværende situation?"*

Den sundhedsfaglige status indeholder typisk følgende:

- Hvad ved vi om sygdommen lige nu
- Hvordan tror vi, fremtidsudsigterne ser ud
- Hvilke kurative og palliative behandlingsmuligheder findes der

Under dette punkt er det naturligvis vigtigt at sikre sig, at man ved, hvad patient og pårørende ønsker at vide. Patienten har altid 'ret til ikke at vide'.

Nogle patienter vil stille spørgsmålet om, hvor lang tid de har tilbage. Med hensyn til tidsestimater kan "slutdatoer" ikke anbefales, men sig i stedet:

*"Statistisk set ved vi (hvad jeres vurdering af situationen er), men vi kan aldrig vide det sikkert i det enkelte tilfælde."*

*"Det er meget svært at forudsige, men som jeg ser det, drejer det sig om (dage, uger, måneder, år), men vi kan ikke vide det helt sikkert."*

