

Den Sidste Tid

Sundhedsklynge Nykøbing Falster

Maj 2023 – Februar 2026



**Den
Sidste
Tid**

Sundhedsklynge
Nykøbing Falster

Projektets baggrund

I foråret 2023 besluttede Sundhedsklynge Nykøbing Falster at starte projekt Den Sidste Tid med et pilotprojekt maj-december 2023.

Formålet med projektet var:

Projektet vil skabe bedre rammer og mere sammenhængende forløb for ældre borgere på tværs af sektorer, styrke det tværsektorielle samspil til bedre opgaveløsning og øget målretning af ressourcer i akutindsatsen.

På den baggrund har fokus for Den Sidste Tid har været at sikre de ældste og de mest syge borgere i Sundhedsklynge Nykøbing Falster en død i så høj grad som muligt i overensstemmelse med deres egne ønsker – hvilket oftest vil sige derhjemme (plejehjem og egen bolig).

Hermed var det også intentionen at reducere overbehandling især ved at reducere antallet af unødvendige indlæggelser af borgerne i de allersidste faser af livet.

Projektet er således et bidrag til den basale palliation i sundhedsklyngen.

Der blev etableret en projektgruppe med repræsentanter for SUH Nykøbing Falster (ledelse og Akutafdeling), Guldborgsund, Lolland og Vordingborg Kommuner (også på chefniveau), de praktiserende læger/PLO (tre repræsentanter – alle også praksiskonsulenter på sygehuset) og Det Nære Sundhedsvæsen (DNS) (*bilag 1: Projektgruppen september 2025*).

Projektledelse var programleder for Sundhedsklynge Nykøbing Falster Lisette Lind Larsen (frem til 1. november 2025) og ekstern konsulent, overlæge Ove Gaardboe, Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Resultatet af pilotprojektet var et 'Forbedringspotentialekatalog', der resumerede arbejdet i pilotfasen og skitserede, hvordan et projekt involverende alle enheder i sundhedsklyngen kunne se ud.

Den Sidste Tid Fase 1

Maj til december 2023

I pilotfasen afholdtes tre workshops med alle projektgruppens deltagere og afslutningsvis opsummeredes indsatsen således:

Nye samarbejdsmodeller involverende Det Nære Sundhedsvæsen (DNS) drøftet, men ikke afprøvet

Model for undervisning af medarbejdere på plejecentre afprøvet med workshops på et plejehjem i hver kommune

Ensartede regler og retningslinjer udarbejdet i form af fælles instruks vedrørende fravalg af genoplivningsforsøg og livsforlængende behandling for de tre kommuner – involverende den tværsektorielle kommunikation afstemt med sygehuset

- Herunder beskrivelse af sikker dokumentation af aftalt behandlingsniveau

Kompetenceudviklingsmodel afprøvet i form af

- Workshops på de tre plejecentre
- Workshops på Medicinsk afdeling og Akutafdelingen på sygehuset

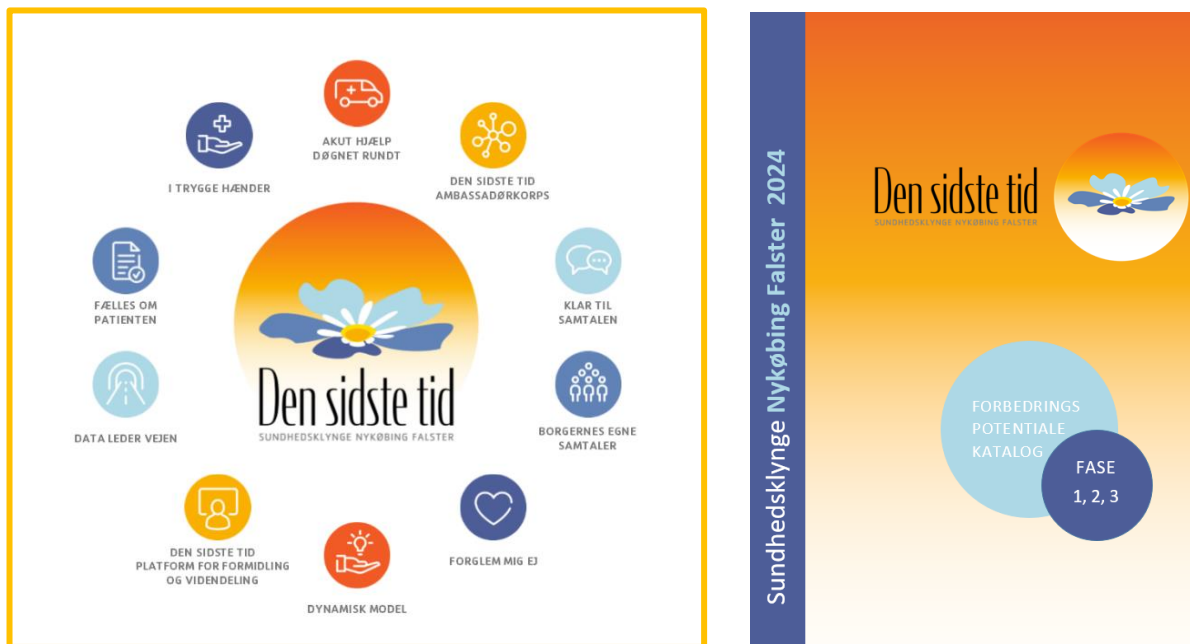


- Orientering om projektet og undervisning i fravalgsjura på 'Samarbejdsforum mellem sygehuset og almen praksis'

Den Sidste Tid Fase 2

Januar 2024 til februar 2026

Projektgruppen anbefalede ved afslutningen af Fase 1 i Forbedrings-potentialekataloget (*bilag 2*) sundhedsklyngen at gennemføre en Fase 2 af Den Sidste tid med de elementer, der ses i nedenstående figur:



Opsummering af arbejdet med de enkelte elementer i Fase 2

Kompetenceudvikling

Dette punkt omhandler følgende elementer fra figuren: "Den sidste tid ambassadørkorps", "Klar til samtalen", "Forglem mig ej".

Udgangspunktet for projektgruppen har været, at hvis kommunikationen omkring den terminale patient skal virke, skal den virke for alle fagpersoner i alle de berørte dele af sundhedsvæsnet.

Altså både for sygehusets læger og plejepersonale, for de praktiserende læger og for alle faggrupper i kommunernes ældrepleje.

Ambulancepersonalet blev undervist i regi af Præhospitalt Center (PHC)).

Kompetenceudviklingen har derfor rettet sig mod alle disse grupper, og dette element anser projektgruppen for at have været en af de største landvindinger i projektet.

Uanset hvor personalet er ansat, har der været fokus på 4 kompetenceelementer:



- Samtalen med borgeren (patienten) og fastlæggelse af det rette undersøgelses- og behandlingsniveau
- Fravalgsjuraen og de lokale instrukser
- Palliation
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Her gennemgås indsatsen og det udviklede materiale for kommunerne, sygehuset, almen praksis og ambulancepersonalet hver for sig.

Kompetenceudvikling i kommunerne

Kompetenceudviklingskonceptet er en optimering fra Klar Til Samtalen-projekter i andre sundhedsklynger (se evt. nærmere om disse hos Viden På Tværs: <https://vpt.dk/klar-til-samtalen>).

Som nævnt indledningsvis har projektet fra starten været begunstiget med stor ledelsesinteresse fra både kommuner og sygehus.

Alle tre kommuner har således bidraget med deltagelse i projektgruppen på både direktør- og chefniveau, hvilket uden tvivl har været bidragende til, at projektet også har haft stor opbakning fra de øvrige ledelseslag i kommunerne.

Det er dog også afgørende, at der i alle afsnit af kommunernes ældreområder har været et meget stærkt engagement fra plejepersonalets side.

Der er ingen tvivl om, at det at sikre borgerne en god afslutning på livet af de fleste medarbejdere opfattes som noget dybt centralt i deres virke.

Jf. udgangspunkt om at nå alle medarbejdere – inklusive dem med kortest uddannelse - blev en gruppe på godt 70 medarbejdere bestående af repræsentanter for alle plejehjem og udekørende teams og en del kvalitets- og udviklingspersoner fra de tre kommuner inviteret til to kompetencedage i Nykøbing Falster.

Medarbejderne var af deres ledere udpeget til at være **Den Sidste Tid-ambassadører** og skulle - ud over netop at være ambassadører for projektet på deres arbejdspladser – også stå for undervisning af deres kolleger i de udvalgte 4 temaer:

- Samtalen med borgeren og fastlæggelse af det rette undersøgelses- og behandlingsniveau
- Fravalgsjuraen og de lokale instrukser
- Palliation
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Over de to dage, hvor en stor gruppe af deltagernes ledere deltog ved åbningen, blev der

1. gennemført undervisning i de 4 temaer ved projektledelsen med bidrag fra de tre kommuners palliationsansvarlige og praktiserende læge Kristine Skytte Hansen
2. gennemført en workshop, hvor Den Sidste Tid-ambassadørerne selv arbejdede med prioritering af materialet fra undervisningen for i nogenlunde fællesskab at beslutte, hvilke slides og andet materiale, der skulle være med i det endelige undervisningsmateriale til anvendelse 'derhjemme'
3. givet input til 4 pjecer og et samtalekort

Projektledelsen gjorde materialet færdigt, og undervisningen gik nogle steder i gang inden og andre steder umiddelbart efter sommerferien 2024.



Materiale til borgere, pårørende og personale

Som supplement til undervisningen udarbejdedes 4 pjecer og et lommekort:

- **Din behandling sidst i livet** – til borgerne med orientering om egne muligheder for at beslutte forhold omkring behandling, pleje og andet sidst i livet
- **De sidste levedøgn** – til de pårørende med en gennemgang af, hvordan døden sker for de fleste, så man har mulighed for at være bedre forberedt og for bedre at kunne støtte den døende
- **Når døden er indtrådt** – til de pårørende om sorg og om praktiske forhold efter et dødsfald
- **Samtale med borgeren om den sidste tid** – til personalet med støtte til de vigtige samtaler med borgerne
- **Lommekort** – til personalet med små tips til samtalerne

Materialet er blevet flittigt anvendt og er i slutningen af 2025 udgivet i en revideret version – bl.a. medinddragende den ny lov om fravalg af genoplivningsforsøg for personer over 60 år.

Pjecer og lommekort er vedhæftet rapporten (*bilag 3-7*).



Lommekortets for- og bagside



Medarbejderundervisningen

Efterfølgende har alle tre kommuner sammen med Den Sidste Tid-ambassadørerne arbejdet med at få undervist alle medarbejdere.

Ved en opsamling i januar 2025 meldte alle tre kommuner ind, at den største del af medarbejderne var blevet undervist.



Undervisningen var foregået på mange forskellige måder i større og mindre grupper og med forskellig varighed.

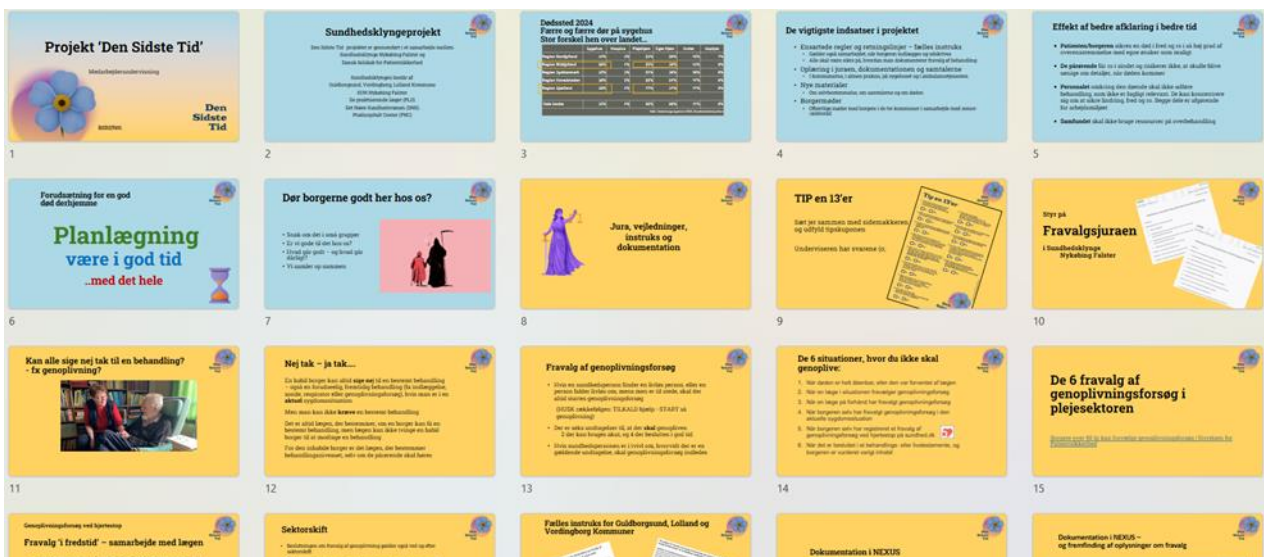
Der havde været et forventet frafald af Den Sidste Tid-ambassadører i forbindelse med jobskifte, men så havde man oplært nye, ligesom der i alle tre kommuner var strategier for oplæring af nye medarbejdere i forbindelse med naturlig udskiftning.

Allerede i januar 2025 kunne der opregnes et antal underviste samlet set for de tre kommuner på betydeligt over 1000 medarbejdere.

I 2025 er undervisningsindsatsen fortsat i alle tre kommuner som en del af driften med undervisning af nye medarbejdere og med inddragelse af elementer af undervisningen på personalemøder efter behov.

Det oprindelige undervisningsmateriale er blevet tilpasset på forskellig vis i de tre kommuner, men stadig så man kommer rundt om de 4 hovedelementer.

I forbindelse med projektets afslutning er basismaterialet til undervisning udgivet i en opdateret version (*bilag 8: Opdateret undervisningsmateriale*):



Til brug for undervisningen i fravalgsjuraen blev der udviklet et lille værktøj til skærpelse af deltagernes opmærksomhed omkring de mest centrale spørgsmål (*bilag 9: Tip en 13'er og bilag 10: Tip en 13'er Svarark*).

I forbindelse med undervisningen af medarbejderne beder man alle om at udfylde denne lille tipskupon, som gennemgås igen ved undervisningens afslutning:

Tip en 13'er

1. Kan man som borger kræve en bestemt behandling, fx livsforlængende behandling?
 Ja Nej
2. Må en læge fravælge genoplivning af en borger uden borgers samtykke?
 Ja Nej
3. Gælder fravalg af genoplivning også under og efter sektorskift til og fra sygehus?
 Ja Nej
4. Når Falck henter borgeren til indlæggelse, er det så tilstrækkeligt at fremvise dokumentationen for fravalg af genoplivning i NEXUS?
 Ja Nej
5. Hvis man er alene og finder en livløs borger og er i tvivl om, om der er et då påbegyndt genoplivningsforsøg (HLR) som det første?
 Ja Nej
6. Kan pårørende til en varigt inhabil borger træffe beslutning om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning?
 Ja Nej
7. Hvis en borger har et behandlings- eller livstestamente, træder underskrevet af borger?
 Ja Nej
8. Kan alle nu fravælge genoplivningsforsøg på sundhed.dk uden at have en sygdom?
 Ja Nej
9. Skal der foretages genoplivningsforsøg hos en borger med et aktivet fravalg, hvis hjerTESTOPPET skyldes en ulykke?
 Ja Nej
10. Kan borgeren ændre sin beslutning om fravalg af genoplivning?
 Ja Nej
11. Kan borgeren ændre sin beslutning om livsforlængende behandling?
 Ja Nej
12. Er det tilstrækkelig dokumentation, at lægen sender en korrespondance til kommunen med fravalg af livsforlængende behandling og/eller genoplivning?
 Ja Nej
13. Har kommunen en instruks om fravalg af livsforlængende behandling og fravalg af genoplivningsforsøg ved hjerTESTOP?
 Ja Nej

Den Sidste Tid

Der er ingen tvivl om, at projektet er lykkedes flot med hensyn til kompetenceudvikling.

Alle medarbejdergrupper er nået med undervisning således, at næsten alle er undervist i, hvad de skal gøre, hvis en borger ønsker at snakke om livets afslutning og døden, og således at medarbejderne – også om natten og i weekender med begrænset bemanning – ved, hvad de skal gøre, hvis der indtræder en forværring af en borgers tilstand.

Fra sygehuset rapporterer Akutafdelingens ledelse, at der nu er betydeligt færre uhensigtsmæssige indlæggelser af døende borgere, som ville få en bedre livsafslutning derhjemme.

Og det flugter med, at man fra alle tre kommuners side er sikre på, at man i dag er bedre til at understøtte, at der tages stilling til behandlingsniveauet i god tid i samarbejde med borgerens læge, uanset om det er hjemme i egen bolig eller hjemme på plejehjemmet.

Fra det kommunale plejepersonales side opleves der en generelt større opmærksomhed fra de praktiserende læger i forhold til at få afklaret behandlingsniveauet og dermed også få planlagt den palliative indsats hjemme i god tid.

Plejepersonalet oplever også bedre udskrivninger fra sygehuset af terminalt syge borgere med bedre anvisninger på, hvordan man ønsker, at kommunen og egen læge skal overtage behandlingen den sidste tid. Dette fører til færre uhensigtsmæssige genindlæggelser.



Ex på effekter af det tværsektorielle samarbejde

Som en sideeffekt af det tættere samarbejde mellem kommune og praktiserende læger, har man i Vordingborg kommune udviklet en kommunikationsfrase, som plejehjemssygeplejerske eller udekørende sygeplejerske kan bruge, når der ønskes stillingtagen fra egen læge:

Kære (*lægeXXXX*)

Jeg har været på besøg hos (*borger XXXX*) den (*dato xxxx*).

Borgeren er kendt med (*her indføres en kort beskrivelse af helbredssituationen*)

Borgeren har givet samtykke til at jeg kontakter dig, da borgeren jf. selvbestemmelsesretten ønsker at fravælge genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Jeg vurderer, at borger er habil og kan overskue konsekvensen af sin beslutning.

Vil du samtale med borger og evt. pårørende herom, eller kan du understøtte borgers ønske ud fra ovenstående sygeplejefaglige vurdering?

Vil du dokumentere den endelige beslutning i journalen og give os besked via korrespondance, sådan at vi kan registrere borgers ønske i vores omsorgssystem.

Kompetenceudvikling på sygehuset

SUH Nykøbing Falster har fra projektets start været stærkt repræsenteret i projektgruppen med den lægefaglige direktør og Akutafdelingens ledelse.

Yderligere har alle øvrige afdelingsledelser med ledelsen for Medicinsk afdeling i spidsen tidligt været meget engageret.

Denne ledelsesmæssige opbakning er uden tvivl en af grundene til, at projektet har slået så godt igennem på sygehuset, men som det er bemærket angående kommunerne, er der heller ikke tvivl om, at også sygehusets medarbejdere – uanset faggruppe – mener, at det at sikre en god livsafslutning er en del af kernekompetencen.

Kompetenceudviklingen på SUH Nykøbing Falster er primært sket gennem workshops i alle afdelinger og medicinske afsnit kombineret med kortere møder alene med lægerne.

Workshops har været tværfaglige og med fokus på de samme 4 faglige områder som i kommunerne:

- Samtalen med patienten og fastlæggelse af det rette undersøgelses- og behandlingsniveau
- Fravalgsjuraen og de lokale instrukser
- Palliation
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Ved de lidt kortere sessioner med lægerne alene har fokus været på fravalgsjura, behandlingsniveau og god kommunikation til egen læge og kommunen ved udskrivning.

Der er afholdt 5 workshops i Medicinsk afdeling i henholdsvis Mave-Tarm-afsnittet (testworkshop og opfølgning), Lungeafsnittet, Hjerterafsnittet og Geriatrik afsnit og to morgenmøder med alle afdelingens læger.

I Akutafdelingen er der afholdt et møde med lægegruppen for sig selv og et med plejepersonalet og en del af lægerne.

I Ortopædkirurgisk afdeling er der afholdt tværfaglig workshop og møde med lægerne.

I ITA lægeundervisning med deltagelse af plejepersonale.



I alt har der deltaget mere end 200 af sygehusets medarbejdere i de tværfaglige workshops og tilsvarende møder.

Der har været afholdt to lægemøder i Medicinsk afdeling, og et i hver af de andre afdelinger med i alt over 100 deltagere.

På sygehusniveau har der været afholdt staffmeeting om Den Sidste Tid i december 2024 og september 2025 med fuldt hus i auditoriet (godt 100 personer) begge gange.

Som hos kommunerne er kompetenceudviklingen på sygehuset lykkedes i meget høj grad.

Det er ikke almindeligt at så stor en andel af medarbejderne på et sygehus deltager i en fælles, målrettet kompetenceudvikling.

Og der er rigtig mange indikationer på, at der har været effekt af indsatsen.

Metodeudvikling i Medicinsk afdeling

På møder med afdelingsledelse, udviklingssygeplejerske og nøglepersoner for palliation i Medicinsk afdeling blev der taget initiativ til et udviklingsprojekt i afdelingen med intensiveret fokus på tidligt under indlæggelsesforløbet at få taget stilling til behandlingsniveauet hos alle indlagte patienter.

Man overvejede at opsætte mål for, at der skulle være taget stilling hos alle inden for 24 timer fra indlæggelsen, men man var bekymret for, om en sådan beslutning kunne betyde, at der for ofte blot blev, at der blev valgt 'fuldt behandlingsniveau', selv om der var overvejelser over begrænsninger.

På den baggrund besluttede man denne målsætning:

1. At der skal tages stilling til behandlingsniveau hos alle patienter indlagt i Medicinsk afdeling i løbet af indlæggelsen.
2. At alle patienter indlagt i Medicinsk afdeling, som har fået sat et begrænset behandlingsniveau, og som vurderes at have en restlevetid på 6 måneder eller mindre, får tilbudt en dialog om præferencer og ønsker for fremtidig pleje og behandling, sammen med deres pårørende.
Samtalerne kan foregå under indlæggelsen eller senere i ambulatoriet eller via egen læge eller hjemmesygeplejerske.

Der er ikke lavet en systematisk overvågning af målopfyldelsen, men stikprøver viser, at man generelt ligger højt med hensyn til at få registreret et behandlingsniveau.

I et oplæg på opfølgingsdagen for de kommunale Den Sidste Tid-ambassadører opsummerede oversygeplejerske Jane With Aspe fra Medicinsk afdeling følgende som status på udviklingen i afdelingen:

Mere opmærksomhed på at tilknytte palliations opfølgning efter udskrivelsen.
Mere opmærksomhed på at få dokumenteret bekymringer og ønsker for den sidste tid i Plejeforløbsplanen (udskrivningsdokument til kommunen)
Tæt samarbejde om at få patienten hurtigt hjem for at dø
Bevidsthed om at nogle forløb er så komplekse, at nogle vil blive indlagt for at dø på sygehuset



Akutafdelingen har været 'vagthunden i porten'

Projektet blev grundlagt med en audit gennemført af cheflæge og praksiskonsulent i Akutafdelingen, som viste, at der var (for) mange indlæggelser af patienter, der burde være behandlet deres sidste dage eller timer derhjemme.

Under projektet har cheflægen løbende samlet cases af samme karakter, og der er blevet lavet opklarende analyser af de fleste.

En del af disse har i anonymiseret form været anvendt under projektet som opmærksomhedsmateriale for projektparterne.

Derudover er cases (8 cases i 2025) blevet gennemgået sammen med det kommunale plejepersonale, og der er blevet etableret kvartalsvise møder mellem Akutafdelingen og plejepersonale i Guldborgsund kommune og mere sporadiske møder med Lolland og Vordingborg kommuner.

Akutafdelingen refererer fra ovennævnte samarbejde, at det er gennemgående, at indlæggelserne heller ikke har været ønsket fra det kommunale plejepersonale, men at man i situationen ikke har kunnet få tilstrækkelig opbakning fra lægevagten til at undlade at indlægge og i stedet sikre den rette palliation i hjemmet.

I Akutafdelingens eget regi har man fokuseret på allerede ved modtagelsen af patienten at overveje og så hurtigt som muligt at få besluttet et behandlingsniveau.

Ifølge afdelingsledelsen er det nu rutine, og hvis man vurderer, at patienten ikke vil opnå noget godt af indlæggelse, og der skønnes at være tid til det, udskrives man patienten hurtigt med en plan for palliation i eget hjem eller på plejehjemmet.

Ifølge Akutafdelingens ledelse har antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser generelt været faldende i projektperioden.

På tværs af sygehusafdelingerne

I foråret 2025 foreslog afdelingsledelsen i Ortopædkirurgisk afdeling at man på et møde i afdelingsledelsesgruppen tog en drøftelse af, hvordan man kunne styrke samarbejdet på tværs af sygehuset omkring den kritisk syge patient.

Mødet blev afholdt i efteråret, og her viste det sig, at der allerede var taget initiativer ift. koordinering:

- Samarbejde mellem ITA og Ortopædkirurgisk afdeling, hvor man hver dag vurderer, om der er behov for ITA-tilsyn på patienterne med den højeste EWS (Early Warning Score)
- Skal senere udbredes til de andre afdelinger
- Indsats på tværs af sygehuset for at sikre rettidigt fravalg af genoplivningsforsøg – initieret på baggrund af DANARREST-data, der kunne tyde på, at man forsøger at genoplive patienter med for dårlig prognose

Observation fra kommunerne om udskrivelserne fra sygehuset

På møder med kommunerepræsentanter hen over 2025 har kommunerne givet udtryk for, at der er sket en betydelig forbedring af udskrivningsnotaterne omkring de terminale patienter.

Tidligere kunne en patient blive udskrevet til 'kærlig pleje og ikke genindlæggelse', men uden lægelige beslutninger om behandlingsniveau og uden anvisninger til egen læge og kommune om pleje og behandling.

Dette sker angiveligt stort set ikke mere.



Materiale til patienter, pårørende og personale

Det var planlagt, at man på sygehuset i foråret 2025 skulle have et tilsvarende sæt materialer til patienter, pårørende og personale som i kommunerne – og udviklet på baggrund af revisioner af kommunernes pjecer.

Materialet er udkommet op til jul 2025 og fordelt i afdelingerne, ligesom det er gjort tilgængeligt i SUH's Oracle-portal, hvor afdelingerne kan rekvirere pjecerne (*bilag 11-15*).



Lommekortets
for- og bagside



Kompetenceudvikling i almen praksis

I modsætning til de fleste andre projekter i landet vedrørende patienternes sidste levetid er projekt Den Sidste Tid i Sundhedsklynge Nykøbing Falster startet med direkte udgangspunkt i drøftelser, der har involveret de praktiserende læger.

Dette har præget projektet positivt og har uden tvivl også været en del af baggrunden for de enkelte praktiserende lægers positive tilgang til initiativer i forlængelse af projektet – på det generelle niveau og i samspil med den kommunale ældrepleje og med konkrete plejehjem og distrikter i kommunerne (se fx under 'Ex på effekter af det tværsektorielle samarbejde').

Den Sidste Tid projektet er tidligt i forløbet blevet præsenteret på møde i **Samarbejdsforum mellem sygehuset og almen praksis**, hvor der altid møder en meget stor andel af de praktiserende læger i klyngen op.

Der er ikke mindre end tre meget engagerede praktiserende læger, der i øvrigt også beklæder vigtige repræsentative poster lokalt, regionalt og i PLO-sammenhænge, med i Den Sidste Tid projektgruppen.



De praktiserende lægers engagement har givet tyngde i de tværsektorielle drøftelser i projektet og er uden tvivl en af grundene til projektets betydelige gennemslag.

Observation fra kommuner og sygehus om samarbejdet med de praktiserende læger

Det forlyder éntydigt fra de tre kommuner, at samarbejdet mellem den kommunale pleje og de praktiserende læge på det palliative område og særligt med hensyn til i god tid at få lavet aftaler om et passende behandlingsniveau er styrket betydeligt i forbindelse med projekt Den Sidste Tid.

Herunder at det oftere lykkes at få lagt et begrænset behandlingsniveau i god tid, så en død hjemme kan planlægges.

I Akutafdelingen og Medicinsk afdeling er det oplevelsen, at der er færre u hensigtsmæssige indlæggelser.

Materiale til de praktiserende læger

Som et af de sidste produkter under Den Sidste Tid er der i samarbejde med de praktiserende læger udviklet en pjece til almen praksis i klyngen med et koncentreret overblik over reglerne vedrørende fravalg af genoplivningsforsøg og af anden livsforlængende behandling: **Fravalgsjura for praktiserende læger**.

Pjecen er unik på landsplan og indeholder blandt andet: **"Alt" om fravalgsjura i almen praksis på ét opslag (bilag 16)**.



Kompetenceudvikling hos ambulancepersonalet i PHC

PHC påtog sig selv opgaven med at sikre, at redderne er opdaterede på de væsentligste dele af fravalgsjuraen og på udveksling af information om fravalgsbeslutninger ved modtagelse og overdragelse af patienter i kommune og på sygehus.

Fælles om patienten

Alle 98 kommuner i landet har typisk deres egne instrukser om det meste.



Det gælder også instruks om fravalg af genoplivningsforsøg og livsforlængende behandling, hvor også Guldborgsund, Vordingborg og Lolland kommuner frem til 2024 havde hver deres instruks, der var noget divergerende i beskrivelserne af fremgangsmåden.

Da alle tre kommuner er i tæt samspil med samme sygehus, en overlappende kreds af praktiserende læger og den samme ambulancetjeneste, blev man enige om at deltage i udarbejdelse af en fælles instruks i samarbejde med Ove Gaardboe, der tidligere har indgået i en tilsvarende proces i Sundhedsklynge Midt i Region Midtjylland.

Arbejdet gik smertefrit, og selvom det var nødvendigt at beholde enkelte forskelle af hensyn til forskelle i omsorgssystemet (NEXUS-version), arbejder de tre kommuner nu efter samme instruks, som blandt andet beskriver kommunikationen ved overdragelse af borgerne mellem kommune, ambulancetjeneste og sygehuse og samarbejdet med almen praksis.

Nu har de en fælles instruks i Viborg-Skive-Silkeborg og i Guldborgsund-Lolland-Vordingborg – afstemt med henholdsvis Hospitalsenheden Midt og SUH Nykøbing Falster. Så nu er der kun 94 forskellige instrukser på dette område i Danmark.

Instruksen og PIXI-udgaven er opdateret januar 2025 blandt andet med den ny lov om de 60+ åriges ret til selv at fravælge genoplivningsforsøg på sundhed.dk.

<p>Instruks om fravalg af livsforlængende behandling og fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop (opdateret 20. januar 2025)</p> <p>Baggrund Instruksen beskriver mulighederne for fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning ved hjertestop med udgangspunkt i gældende vejledninger.</p> <p>Retningslinjen er udarbejdet i samarbejde mellem Lolland, Vordingborg og Guldborgsund Kommuner, Nykøbing Falster Sygehus, Præhospitalet Center og overlæge Ove Gaardboe, Dansk Selskab for Patientsikkerhed.</p> <p>Formål Sikre at borgeren får en værdig afslutning på livet ved at understøtte, at der bliver taget stilling til fravalg af genoplivningsforsøg og fravalg eller afbrydelse af livsforlængende behandling, så snart det vurderes fagligt relevant, eller når borgeren ønsker det.</p> <p>Sikre at beslutningen om Ingen Genoplivning Ved Hjertestop og fravalg/afbrydelse af livsforlængende behandling dokumenteres internt i kommunen og videreføres til sektorerovergange – herunder når borgeren udskrives fra sygehus.</p> <p>Sikre at beslutninger om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg sker i henhold til gældende vejledning og under respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelsesret.</p> <p>Definitioner Habil borger: En borger anses for habil, når denne har evnen til at forstå information og kan overskue konsekvenserne af sin beslutning på baggrund af informationen. Den habil borger kan udøve sin selvbestemmelsesret og kan derved give samtykke til og fravælge behandling med videre. Det er den behandlingsansvarlige læge, der vurderer, om en borger kan anses for habil i relation til fravalg af livsforlængende behandling.</p> <p>Varigt inhabil borger: En borger anses for varigt inhabil, når denne varigt mangler evnen til at give informeret samtykke. Det afgørende er, om borgeren kan eller ikke kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.v.</p> <p>Behandlingsansvarlig læge: Er normalt borgerens praktiserende læge eller en sygehuslæge, hvis vedkommende aktuelt har borgeren i behandling, også ved udskrivelse. Ved en akut lægelig vurdering kan det også være en vagtlæge, som er den nærmeste til at foretage vurderingen af ingen genoplivning ved hjertestop.</p> <p>Øvrige sundhedspersoner: Autoriserede sundhedspersoner og ikke-autoriserede sundhedspersoner, som arbejder under autoriserede sundhedspersons ansvar.</p> <p>Livsforlængende behandling: Er en behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene en vis livsforlængelse. Ex. respiratorbehandling, parenteral – og eventuelt sonde ernæring og væsketilførsel.</p> <p>Aktuel sygdomssituation: Akut sygdom eller kronisk sygdom uanset alvorlighedsgrad. Almen aldersdoms-svækkelse kan ikke betragtes som en aktuel sygdomssituation.</p> <p>I nogle aktuelle sygdomssituationer, hvor det er forventet, at sygdommen vil tage en bestemt udvikling – kan patienten fravælge den behandling, der vil være behov for, når/hvis patienten bliver bevidstløs eller varigt inhabil. Det kan fx være ALS, hvor patienten tidligt i sygdomsforløbet kan fravælge senere respiratorbehandling.</p>	<p>Pixi-udgave af "Instruks om fravalg af livsforlængende behandling og fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop" for Vordingborg, Guldborgsund og Lolland Kommuner (opdateret 120125)</p> <p>Samtaler om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop Personalet skal på en hensynsfuld måde sørge for, at borgeren løbende har mulighed for at tilkendegive sine ønsker i forhold til livets afslutning og eventuelt ophør af behandling. Hvis borgeren ønsker at fravælge livsforlængende behandling eller genoplivning ved hjertestop, gælder det først, når lægen har bekræftet fravalget, og det er dokumenteret i NEXUS. Personalet skal også gøre opmærksom på muligheden for at fravælge på sundhed.dk.</p> <p>Lægelig beslutning om begrænset behandling Personalet skal – efter aftale med borgeren – bede lægen tage stilling til behandlingsniveauet, hvis der er faglig begrundelse for det.</p> <p>Hvornår skal foretages genoplivning Du skal som udgangspunkt altid forsøge genoplivning og tilkalde hjælp, hvis du finder en borger livløs, men ikke hvis Ingen Genoplivning Ved Hjertestop er ordineret i NEXUS.</p> <p>I følgende situationer skal genoplivningsforsøg ikke gennemføres: Personalet kan undlade genoplivning, når:</p> <ul style="list-style-type: none">• Døden er åbenbar – fx forkulning eller knusning af kraniet• Lægen tydeligt har dokumenteret i NEXUS, at døden er forventet <p>En læge fravælger genoplivning i situationen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lægen beslutter på baggrund af borgerens helbredsstatus at fravælge genoplivningsforsøg <p>Lægen har på forhånd ordineret Ingen Genoplivning Ved Hjertestop – og det er dokumenteret i NEXUS En læge kan på forhånd have ordineret Ingen Genoplivning Ved Hjertestop, når</p> <ul style="list-style-type: none">• en habil borger har ønsket at fravælge genoplivning i en aktuel sygdomssituation• en varigt inhabil borger tidligere har fravalgt genoplivning i et livs- eller behandlingstestamente• borgeren er alvorligt svækket, syg eller døende <p>Borgeren har selv fravalgt genoplivningsforsøg på sundhed.dk – og det er dokumenteret i NEXUS</p> <ul style="list-style-type: none">• Efter den ny lov fra 15. januar 2025 kan alle borgere over 60 år fravælge genoplivningsforsøg på sundhed.dk eller på en blanket. Fravalget vises i NEXUS en uge efter, at det er registreret. <p>Fravalg af genoplivningsforsøg og livsforlængende behandling gælder også ved sektorskifte Når en borger indlægges på et hospital:</p> <ul style="list-style-type: none">• Personalet, der er til stede ved indlæggelse, skal overfor ambulancepersonalet eller vagtlægen fremvise den elektroniske dokumentation fra læge i NEXUS. Ambulancepersonalet kan tage et billede af dokumentationen og journalisere det som gældende dokumentation i den Præhospitale Patientjournal (PPJ)• Fravalgsbeslutninger bør fremgå af indlæggelsesrapporten• Fravalget beskrives i et fagligt notat under Helbredstilstand "Respiratoriske problemer", da det så kommer med i den automatisk genererede indlæggelsesrapport (<i>Gælder kun Vordingborg og Guldborgsund kommuner – og udelades således i Lolland Kommunes version af PIXI'en</i>) <p>Når en borger udskrives til kommunen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Beslutning om fravalg af livsforlængende behandling eller genoplivningsforsøg skal fremgå tydeligt af udskrivningsrapporten og af epikrisen til egen læge. Det modtagende personale er forpligtet til at sikre, at ordinationen dokumenteres i NEXUS. Dokumentation af borgerens fravalg på sundhed.dk sker automatisk i alle elektroniske journalsystemer. Hvis ordinationen er uklart formuleret, skal der tages kontakt til den udskrivende afdeling.
--	---

Borgernes egne samtaler

De var en del af oplægget til Fase 2 af Den Sidste Tid, at der skulle rækkes ud til civilsamfundet for at øge opmærksomheden på, at det er vigtigt for alle at få snakket om livets afslutning med vores pårørende, og når der er helbredsmæssige beslutninger, der skal tages – også med vores læge.

Med det formål blev der arrangeret borgermøder i de tre kommuner i samarbejde mellem de relevante politiske udvalg, Ældreudvalgene og Den Sidste Tid under overskriften: **Taler vi nok om døden?**



Der blev annonceret i dagspressen og ved møderne i Nakskov, Maribo, Nykøbing Falster og Vordingborg deltog i alt 320 borgere.

Fra politisk hold var der stor opbakning til arrangementerne og på alle møder var der velkomsttaler fra kommunen. I Guldborgsund kommune ved formand for Ældre- og Omsorgsudvalget, Johannes Kristensen, i Vordingborg ved formand for Social- og Sundhedsudvalget Mette Høgh Christiansen og i Lolland kommune ved formand for Ældre- og Sundhedsudvalget Marie-Louise Brehm Nielsen.

Aftenen bestod ellers af oplæg ved Ove Gaardboe og ikke mindst samtaler mellem mødedeltagerne og drøftelser i plenum af alt, hvad deltagerne syntes var relevant.

På alle møder blev der formidlet viden om borgernes egne mulighed for at bestemme over, hvordan livet skal afsluttes – og der blev alle steder talt om, hvordan man får en god samtale med sine pårørende om det samme.

Til de sidste to emner blev der udleveret lidt materiale til mødedeltagerne om dels det tekniske og lovgivningsmæssige og dels med tips til en god samtale (*bilag 17 og 18*).

Lidt om det juridiske - rettigheder mm.

Godt at vide

DU BESTEMMER SELV, OM DU VIL HAVE BEHANDLING
Hvis du er ved dine fulde fem, kan du altid sige NEJ TAK til en behandling.

Fx undersøgelser, medicin, indlæggelse på sygehus, sonde- og også behandling, som må forventes senere i et sygdomsforløb. Det gælder også, selv om lægen mener, behandlingen er vigtig.

Hvis du er over 60 år, kan du sige nej til forsøg på genoplivning ved hjertestop ved at fravælge det på sundhed.dk – eller ved at indsende en blanket til Sundhedsdatastyrelsen. Så kommer det automatisk ind i din journal.

Det er ikke et krav i loven, men vi synes, det er en god idé, at du tager en snak med din læge om det først.

Du kan altid sige NEJ TAK til en behandling, og det respekterer lægen, men du kan aldrig KRÆVE en bestemt behandling.

Det er din læge, der beslutter, OM du skal tilbydes en bestemt behandling, og lægen tilbyder den ikke, hvis den ikke længere vil gavne. Blåde dit eget fravalgsønske og lægens beslutninger skal følges af alt sundhedspersonale.

BEHANDLINGSTESTAMENTE
På sundhed.dk kan du oprette et behandlingstestamente. Det kan også gøres på en blanket, som indsendes til Sundhedsdatastyrelsen.

Her kan du bestemme, at du ikke vil have livsforlængende behandling eller genoplivningsforsøg, hvis du skulle blive VARTT ude af stand til at tage beslutninger – fx ved demens.

FREMIDTSFULDMAGT
I en fremtidsfuldmagt kan du bestemme, hvem der skal tage beslutninger for dig – især af økonomisk art, hvis du ikke længere kan selv.

PÅRØRENDE
Dine pårørende, en fremtidsfuldmægtig eller en værge kan blive spurgt, hvad de tror, du selv ville have sagt, men det er ikke dem, der bestemmer over behandlingen.

Hvis du ikke selv kan bestemme, er det lægen, der skal tage beslutningerne.

Adresser og links

FRAVALG AF GENOPLIVNINGSFORSØG FOR ALLE OVER 60 ÅR
Oprettes på sundhed.dk med brug af dit MitID.
Adresse til rekvirering og indsendelse af blanket:
Sundhedsdatastyrelsen
Ørestads Boulevard 5
2300 København S
Tlf: 40 35 9766
E-mail: sikkerpost_job@sundhedsdata.dk

BEHANDLINGSTESTAMENTE
Oprettes på sundhed.dk med brug af dit MitID.
Adresse til rekvirering og indsendelse af blanket:
Sundhedsdatastyrelsen
Behandlingstestamenteregisteret
Ørestads Boulevard 5
2300 København S
Tlf: 40 35 9766
E-mail: sikkerpost_job@sundhedsdata.dk

LANDSFORENINGEN LIV&DØD
Adresse:
Landsforeningen Liv&Død
www.livogdod.dk
Bispebjerg Torv 16
2400 København NV
Tlf: 33 36 49 70

'Min sidste vilje'

DANSK SELSKAB FOR PATIENTSikkerhed
Materiale fra Projekt Klar Til Samtalen – mest til læger og sygeplejersker

En invitation til venner og familie

Noget jeg gerne vil snakke om ...

Kære

Vi skal jo alle de gang - og det gælder også mig.


Der er nogle ting, jeg gerne vil have talt om, inden jeg bliver for gammel eller for ægg til det. Og gerne i god tid, inden det bliver for svært. Man siger, at døden skal vi snakke om, når den er langt væk - så kan vi snakke om livet, når døden er tæt på.

Så jeg vil blive glad, hvis vi en dag inden så længe kan snakke om:

- Hvordan jeg gerne vil leve, når døden nærmer sig
- Hvor jeg helst vil dø
- Mine ønsker til lægebehandling den sidste tid
- Mit ønske til genoplivningsforsøg ved hjertestop
- Behandlingstestamente og fremtidsfuldmagt
- Mine ønsker vedrørende arven og mine ting og sager
- Mine ønsker til dødsannonce
- Mine ønsker til min begravelse/bisættelse
- Mine ønsker til mindehøjtidelighed
- Hvad skal der ske med mine sociale medier
-
-

Kærlig hilsen

Den Sidste Tid



I trygge hænder

Akut palliation

På Akutafdelingen på Aalborg Universitetshospital har man udarbejdet og implementeret et Akut Basalt Palliationskoncept rettet mod patienter, som indlægges i Akutafdelingen, hvor det hurtigt erkendes, at patienten er døende og ikke vil have gavn af yderligere akut traditionel behandling.



Når patienten ønsker det og skønnes at kunne pallieres hjemme eller på plejehjemmet med den rette plejemæssige og medicinske støtte, udskrives patienten efter aftale med pårørende og kommunal sygepleje.

Akutfdelingen leverer medicin og utensilier med patienten hjem i den såkaldte "Solnedgangskasse", der dækker behov for medicin i 4 dage, og som også indeholder skriftligt informationsmateriale til plejepersonale og pårørende.



Akutfdelingen i Aalborg har tilbudt at bistå med implementering af konceptet på andre sygehuse, og på SUH Nykøbing Falster har Akutfdelingen og Medicinsk Afdeling vist interesse.

Akut hjælp døgnet rundt

Der har i projektet været drøftet forskellige modeller for et udvidet samarbejde mellem sundhedsklyngens aktører og DNS og PHC.

Senest har der været afholdt meget konstruktive møder med lægefaglig direktør i PHC, Lars Bredevang og Akutfdelingen med idéer om mere direkte samarbejde mellem PHC, lægevagt og Akutfdeling, hvor der måske kunne spares nogle af de mest unødvendige indlæggelser.

Opgaveflytningen i forbindelse med Sundhedsreformen blandt andet med samling af alle mobile enheder i Præhospitalt Center giver formentlig øgede muligheder for samarbejde af denne karakter.

Data leder vejen

Dataunderstøttelse af projektet har været mangelfuld, selv om der har været intentioner om en større datapakke med løbende opdatering.

Der bør i projekter som dette løbende indsamles data på fx stillingtagen til behandlingsniveau i både kommuner og på sygehus, indlæggelser fra plejehjem og lignende.

Det skal på det kraftigste anbefales, at der udvikles en dataindsamlingsmodel, der kan bruges i alle sundhedsråd i Region Øst, så det bliver muligt at følge den formentlig positive effekt af indsatser som dem i Den Sidste Tid.

Den Sidste Tid-platform

I Forbedringspotentialekataloget blev det foreslået, at der skulle laves en platform i form af en hjemmeside, hvor alle materialer og resultater fra projekt Den Sidste Tid kunne tilgås.

Dette er ikke effektueret, og her ved projektets afslutning bliver der nu taget stilling til, hvor materialet skal kunne findes af borgere, pårørende og personale.



Spredning af projektets erfaringer

Regionsrådet besluttede i januar 2025, at erfaringerne fra projekt Den Sidste Tid i Sundhedsklynge Nykøbing Falster skal spredes til de andre sundhedsklynger i Region Sjælland.

Det resulterede i tilførsel af midler til Sundhedsklynge Slagelse, SUH og Holbæk og en pulje til regional koordinering.

Sundhedsklynge Holbæk

Sundhedsklynge Holbæk startede i foråret 2025 et Den Sidste Tid-projekt med betydelig inspiration fra vores projekt i Sundhedsklynge Nykøbing Falster.

Projektledelsen har været inviteret til seminar i Holbæk-klyngen for at fortælle om Den Sidste Tid Nykøbing Falster, og der er lagt op til fortsat samarbejde med projektledelsen i Holbæk.

Sundhedsklynge Holbæk har overtaget 6 af Nykøbing Falster-pjecerne, og de udgives nu med Holbæk-klyngens logoer.

Sundhedsklynge Slagelse

Sundhedsklynge Slagelse har grebet arbejdet med den sidste levetid noget anderledes an med udgangspunkt i plejehjemmene, og der er ikke aftalt noget direkte samarbejde.

Sundhedsklynge SUH

Basal palliation bliver forankret i Kvalitet og Forbedringer pr. 1. februar 2026, og Den Sidste Tid vil indgå i arbejdet som et delelement i den samlede indsats.

Region Sjælland

De regionale midler er blevet placeret på Holbæk Sygehus.

Der er p.t. ikke klare udmeldinger om, hvordan ressourcerne kommer til at blive anvendt.



Opsummering og anbefalinger

Projektgruppen er enig om, at projekt Den Sidste Tid har været et godt projekt med mange landvindinger.

Projektet er gennemført i to faser fra maj 2023 til nu, og Den Sidste Tid i Sundhedsklynge Nykøbing Falster regi afsluttes som projekt februar 2026.

Først og fremmest har projektet vist, at sygehus, almen praksis og kommuner problemfrit kan samarbejde og opnå gode resultater omkring konkrete projekter, når der er politisk, ledelsesmæssig og faglig opbakning.

En opbakning der her er skabt i Sundhedsklynge Nykøbing Falster på både politisk og strategisk niveau.

Gennem projektet er der hos både Lolland, Guldborgsund og Vordingborg kommuner, på SUH Nykøbing Falster og hos de praktiserende læger rejst en betydeligt større opmærksomhed på vigtigheden af at få taget stilling til en række forhold, når borgerens liv nærmer sig sin afslutning.

Dette hænger sammen med kompetenceudviklingskonceptet i kommunerne og på sygehuset, som har vist sig at kunne bære igennem helt frem til nu, hvor selve projektet afsluttes, men hvor der er meget, der tyder på, at de nye arbejdsgange og procedurer vil blive fulgt op efter projektperioden.

Der skal i god tid tages stilling til behandlingsniveauet, så fx planlægning af død i eget hjem kan startes i tide, og så unødvendig og uhensigtsmæssig behandling – herunder sygehusindlæggelser - i den sidste levetid undgås.

Der er ingen tvivl om, at der er sket en faglig styrkelse af området hos alle tre nævnte projektparter, og heller ikke om, at den tværsektorielle kommunikation er styrket mellem parterne og også med den præhospital virksomhed.

I forbindelse med projektet er der udviklet en række pjecer til borgere og patienter, pårørende og personale i kommuner og på sygehuset, som for nylig er redigeret.

Senest er der også lavet en pjeces til lægerne i almen praksis vedrørende fravalgsjuraen og deres rolle i afklaringen af patienternes behandlingsniveau.

Der har været afholdt fire velbesøgte borgermøder i samarbejde med kommunerne og deres ældegeråd.

Der er åbnet for et samarbejde mellem SUH Nykøbing Falster og Akutafdelingen på Aalborg Universitetshospital omkring konceptet Akut Basalt Palliationskoncept, der er udviklet og implementeret i Region Nordjylland.

Projekt Den Sidste Tid har kun i begrænset omfang sikret dataindsamling.

Der har i det sidste halve år af projektperioden været et tæt samarbejde med projektledelsen for projekt Den Sidste Tid i Sundhedsklynge Holbæk, der har valgt direkte at inddrage erfaringer og materiale fra Sundhedsklynge Nykøbing Falster.

Anbefalinger

Hvis et projekt som Den Sidste Tid i Sundhedsklynge Nykøbing Falster skal lykkes, kræver det

Politisk og ledelsesmæssig opbakning

Politisk prioritering er en god forudsætning for den ledelsesmæssige prioritering.



Og uden tydelig ledelsesmæssig prioritering fra den øverste ledelse på sygehus og i kommune kan det ikke forventes, at de øvrige ledelseslag og de faglige medarbejdere prioriterer indsatser blandt de øvrige, vigtige ting, der skal gøres.

Det gælder også, selv om det som her er en faglig indsats, som praktisk taget alle fagpersoner synes er vigtig.

Kompetenceudvikling af ALLE medarbejdergrupper

Beslutningstagning omkring undersøgelses- og behandlingsniveau kræver lægens involvering, men alle stadier frem mod en beslutningstagning kan varetages af andre faggrupper fra Social- og Sundhedshjælpere over Social- og Sundhedsassistenter til sygeplejersker og øvrige faggrupper i plejen.

Det gælder fx at indlede en samtale med de ældste og de mest syge, at sørge for at få planlagt en lægesamtale, og at få dokumenteret det besluttede korrekt i journalen.

Et tæt og gensidigt tværfagligt samarbejde om disse processer sikrer smidighed, konsekvens og den bedste anvendelse af ressourcerne.

Når de sidste dage og timer nærmer sig, er det allermest vigtigt, at alle faggrupper ved nøjagtigt, hvor de skal finde beslutningerne, og hvordan de skal agere på dem.

Klokken 01 søndag nat er det ikke godt nok, at dagsygeplejersken på plejehjemmet kender proceduren. Alle i vagten skal kende den, hvis en uønsket indlæggelse skal undgås.

Gode materialer til at understøtte afklaring og ro om den døende

Det er vigtigt, at borgere, patienter og pårørende selv kender deres muligheder og rettigheder, og dette understøttes godt af skriftligt materiale.

Oplysningsmateriale til pårørende understøtter den af personalet afgivne information.

Endelig kan man understøtte medarbejdernes samtaler med borgere og patienter med samtaleguides og lommekort, som det er sket i dette projekt.

Den senest udviklede pjeces til praktiserende læger om deres rolle i afklaring af undersøgelses- og behandlingsniveau er ikke evalueret, men er unik og efterspurgt.

Inddragelse af civilsamfundet

Over de seneste år er der sket en betydelig udvikling i sundhedsprofessionelles tilbøjelighed og evner til at tale med de ældste og de mest syge om livets afslutning og døden.

Den samme udvikling ses i civilsamfundet, hvor der blandt andet i medierne er mere og mere fokus på døden.

Der er i stigende omfang behov for, at kulturelle ændringer i civilsamfundet og i sundhedsvæsenet spiller sammen.

Ved at arrangere borgermøder som her i projektet, eller ved på anden måde at gøre civilsamfundet opmærksom på, at sundhedsvæsenet også ønsker og har mulighed for at understøtte en god død, styrkes udviklingen begge steder.

Det kan yderligere anbefales, at projekter, der følger efter Den Sidste Tid-projektet i Sundhedsklynge Nykøbing Falster, optimerer på i hvert fald disse to punkter:

Udnyt alle ressourcer

Der er ingen tvivl om, at der ligger mange muligheder for at undgå unødvendige indlæggelser ved i højere grad at udnytte de præhospital ressourcer.

Det gælder også unødvendige indlæggelser i forbindelse med den sidste levetid.

Saml data

Et godt projekt fortjener at bevise og legitimere sig selv ved at samle data, der demonstrerer udviklinger, ændringer og resultater.



Fremadrettet en god opgave for Sundhedsrådene

Der er gennemført flere væsentlige projekter med fokus på den basale palliation i den sidste levetid i sundhedsklyngeregi rundt omkring i landet.

Det unikke tværsektorielle perspektiv i sundhedsklyngerne matcher behovet for indsatser omkring at undgå unødvendig og uønsket behandling i den sidste levetid.

Man kan sige, at døden er tværsektoriel.

Sådanne indsatser kan modvirke overbehandling til gene for borgerne og ulempe for medarbejderne, men også et samfundsmæssigt ressourcepild, der ovenikøbet ikke skyldes krav eller ønsker fra borgerne, tværtimod.

Denne opgave kan uden tvivl løftes til et endnu højere niveau af Sundhedsrådene.



Bilag:

1. Projektgruppen september 2025
2. Forbedringspotentialekatalog
3. Din behandling sidst i livet – pjece til borgerne i kommunerne
4. De sidste levedøgn – pjece til de pårørende i kommunerne
5. Når døden er indtrådt – pjece til de pårørende i kommunerne
6. Samtale med borgeren om den sidste tid – pjece til personalet i kommunerne
7. Lommekort – til personalet i kommunerne
8. Opdateret undervisningsmateriale
9. Tip en 13'er – Spørgsmål om fravalgsjura til undervisningen
10. Tip en 13'er Svarark
11. Din behandling sidst i livet – pjece til patienterne på sygehuset
12. De sidste levedøgn – pjece til de pårørende på sygehuset
13. Når døden er indtrådt – pjece til de pårørende på sygehuset
14. Samtale med borgeren om den sidste tid – pjece til personalet på sygehuset
15. Lommekort – til personalet på sygehuset
16. Fravalgsjura for praktiserende læger
17. Godt at vide – materiale til borgermøder
18. Noget jeg gerne vil tale om – materiale til borgermøder

