

Bilag 2
Skema 2: Projektbeskrivelsesskema
"Værdig død - modelkommuneprojekt"

1.	Projektets titel:	En værdig død – i eget hjem
2.	Baggrund og vision for projektet:	<p>Mange borgere ønsker at dø i eget hjem. Dette ønske bliver dog ikke altid opfyldt og borgere, som ønsker at dø hjemme, ender med at dø på hospital. En væsentlig medvirkende forklaring på dette er utryghed omkring håndteringen af de forværringer der sker i patientens tilstand når døden nærmer sig. Denne usikkerhed kan forebygges med en systematisk tidlig forventningsafstemning mellem borgeren og det tværsektorielle behandlings- og omsorgssystem og et tværsektorielt og tværfagligt kompetenceløft i kombination med adgang til specialistviden.</p> <p>I dette projekt udvikles og afprøves modeller for forventningsafstemning, kompetenceudvikling og tværsektorielt samarbejde, der gør det muligt for borgere som ønsker det, at dø trygt i eget hjem. Projektets omdrejningspunkt er et styrket samarbejde omkring palliative forløb. Det er også en videreførelse af det veletablerede samarbejde mellem Roskilde Kommune, Roskilde Sygehus og almen praksis.</p> <p>I projektet arbejdes der systematisk med idéudvikling, afprøvning og læring efter IHI's forbedringsmodel, som er kendt fra bl.a. Patientsikkert Sygehus. Projektets bidrag til viden omkring et styrket samarbejde om palliative forløb vil bl.a. omfatte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et afprøvet redskab til afklaring af borgerens ønsker til den sidste tid, som kan bruges i et samarbejde mellem borger, sygehuse, praktiserende læge og hjemmesygeplejen. • Et læringsspil som kan indgå i kompetenceudviklingen af personalet i hjemmeplejen. • En tværsektoriel samarbejds- og rådgivningsmodel som øger tilgængelighed til en stratificeret faglig rådgivning i forhold til det palliative specialiseringsniveau. I projektet hentes inspiration fra "Epitalet", som er en telemedicinsk platform, der understøtter adgang til sundhedsfaglig rådgivning. <p>Projektets redskaber dokumenteres i en samlet "pakke" som andre kommuner efterfølgende kan tilpasse og implementere.</p>
3.	Overordnet mål – herunder forebyggelses-/sundhedsfremmeperspektiv:	<p>Projektets overordnede mål, er at sikre, at alle borgere i Roskilde Kommune med livstruende sygdom og deres nærmeste pårørende, særligt ældre borgere og borgere med anden sygdom end kræft, som ønsker at dø i eget hjem, får mulighed for dette.</p> <p>Roskilde Kommune ønsker i samarbejde med Roskilde Sygehus, Onkologisk afdeling, almen praksis og konsulentfirmaet Par3 at forebygge, at borgere, som ønsker at dø i eget hjem, i stedet dør på sygehus, hvis en adækvat tværsektoriel palliativ indsats kan gennemføres i eget hjem.</p> <p>Projektets mål er at udvikle og tilbyde den støtte, som kan give borgeren med en livstruende sygdom og dennes pårørende tryghed omkring livets afslutning i eget hjem.</p>
	Delmål:	<p>1. Redskaber til tidlig afklaring og løbende justering af behov</p> <p>Mål: udvikle og afprøve redskaber til forventningsafstemning og afklaring af ønsker til den sidste tid, både mht hvor og hvordan borgeren ønsker at dø. Borgeren og deres pårørende støttes i at forstå deres valgmuligheder og mulighederne i forhold til at vælge at dø hjemme. Redskaberne skal give viden og kvalificere borgerens grundlag for at tage stilling, således at dialogen mellem sundhedspersonale og borger kan leve op til principperne for fælles beslutningstagning. Redskaberne designes så de kan anvendes systematisk til løbende opfølgning og justering af aftaler i borgerens sygdomsforløb.</p>

		<p>2. Rådgivnings- og samarbejdsmodel Mål: Udvikling og afprøvning af tværsektoriel samarbejdsmodel/rådgivningsfunktion, der stratificerer behov for sundhedsfaglig, herunder lægefaglig rådgivning og understøtter, at relevante (specialist)kompetencer er til rådighed for det personale, der varetager den palliative indsats i hjemmet. Der udarbejdes i projektet en model, der involverer hhv. almen praksis og sygehus. Modellen vedrører et uddybet samarbejde omkring palliative besøg, udvidede muligheder for telefon- og telekonsultation og etablering af kommunale palliative teams. Projektet sigter mod udvikling af en digitalt understøttet samarbejdsmodel, inspireret af tankegangen i "Epitalet", hvor borgerens forløb sættes i centrum gennem øget tilgængelighed til faglig rådgivning i hjemmet.</p> <p>3. Kompetenceudvikling Mål: Udvikling og afprøvning af en tværfaglig og tværsektoriel model til kompetenceudvikling for medarbejdere i hjemmesygeplejen, almen praksis og på sygehuse. Der tages udgangspunkt i erfaringer fra Sundhedsaftalen 2015-2018, hvor tværsektoriel kompetenceudvikling er et af de væsentligste indsatsområder i aftaleperioden. Der udvikles et læringsspil som vil indgå i kompetenceudviklingen. Kompetenceudviklingen retter sig mod følgende emner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brugerinddragelse med særligt fokus på ønsker og forventningsafstemning i forhold til livets afslutning (for medarbejdere i alle tre sektorer). • palliative indsatser, herunder konkret behovsvurdering og efterfølgende udarbejdelse af fælles plan for den palliative indsats (for centrale medarbejdere i hjemmesygeplejen, sygehus og almen praksis) • Viden om hvordan det opleves at være pårørende til en person med palliative behov, som evt. ønsker at dø i eget hjem. Dette har til formål at sikre, at den enkelte pårørende får tilbudt den rette støtte i det palliative forløb. <p>4. Implementeringspakke Mål: Dokumentation af en "implementeringspakke" baseret på systematiske evalueringer undervejs i projektet. Pakken kan omfatte elementer som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • beskrivelse af tværsektoriel kommunikations /rådgivningsmodel • organisatoriske "tips" • redskaber til tidlig afklaring, systematisk afdækning af palliative behov, forventningsafstemning og behovsvurdering. • læringsspil • øvrigt undervisningsmateriale til kompetenceudvikling
4.	<p>Projektets fokusområder:</p>	<p>Projektet er fokuseret omkring to hovedspor, som adresserer de fem obligatoriske indsatsområder.</p> <p>Hovedsporene er:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rådgivnings- og samarbejdsspør 2. Kompetenceudviklingsspør <p>1. Rådgivnings- og samarbejdsmodelspor Som en del af rådgivnings- og samarbejdsspøret udvikles en rådgivnings- og samarbejdsmodel på baggrund af en afdækning af rådgivningsbehovet for de respektive faggrupper, der udfører den palliative indsats overfor borgere, der ønsker at opholde sig og dø i eget hjem. På baggrund af det afdækkede rådgivningsbehov udformes en rådgivnings- og samarbejdsmodel med stratificeringsmuligheder i forhold til det konkrete rådgivningsbehov. Der indgås konkrete aftaler om muligheder og adgange til konkret rådgivning henover døgnnet og hvordan modellen kan bemandes af lægefagligt personale fra henholdsvis almen praksis og sygehus. Rådgivnings- og samarbejdsmodellen er tværfagligt og tværsektorielt understøttet med henblik på at sikre, at det sundhedsfaglige personale har mulighed for hurtig og let tilgængelig rådgivning omkring konkrete palliative indsatser henover hele døgnnet. Rådgivnings- og samarbejdsmodellens formål er at sikre sammenhængende og koordinerede palliative forløb. Modellen kan evt. understøttes digitalt med henblik på en yderligere kvalificeret rådgivning. Modellen for rådgivning og samarbejde med almen praksis uddybes i forhold til forskellige "commitment" niveauer med udgangspunkt i det enkelte palliative</p>

		<p>ve forløb. Modellen for rådgivning og samarbejde med Roskilde Sygehus udvikles som en generisk rådgivnings- og samarbejdsmodel. Modellen udvikles og afprøves i samarbejde med onkologisk afdeling og palliativ enhed med henblik på senere udbredelse til flere afdelinger. Der udarbejdes honoreringsmodel for en øget tilgængelighed til almen praksis samt sygehus.</p> <p>2. Kompetenceudviklingsspør Kompetenceudviklingsspøret er todelt og fokuserer både på kompetenceudvikling indenfor brugerinddragelse med fokus på tidlig afklaring og forventningsafstemning, samt kompetenceudvikling indenfor palliation og den konkrete behovsvurdering. Centrale medarbejdere i hjemmesygeplejen, almen praksis og på sygehuset tilbydes kompetenceudvikling i basal palliation. Kompetenceudviklingsforløbet har både fokus på en styrkelse af faglige færdigheder og øget organisatoriske forståelse for de enkelte sektors tilbud og handlemuligheder i et palliativt forløb.</p> <p>Der udvikles et redskab til forventningsafstemning som skal opfylde følgende kriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redskabet skal kunne afdække patientens eksistentielle, spi-rituelle og praktiske ønsker til den sidste tid – så det bliver muligt at afklare hvordan en død i eget hjem bedst muligt kan imødekomme behovene • Det skal kunne bruges til patienter med livstruende sygdomme, ældre borgere samt borgere med anden sygdom end kræft. • Skal være tilpasset danske forhold • Skal valideres med patienter der har forskellige problematikker • Der udarbejdes et vejledningsmateriale der støtter sundhedsfagligt personale i at anvende redskabet • Redskabet skal både være nyttigt set fra et patientperspektiv og praktisk anvendeligt ud fra et organisatorisk perspektiv <p>Der findes i forvejen en række dialogredskaber til at støtte terminale patienter, og projektet tager afsæt i disse. Der er imidlertid endnu ikke lavet et dansk redskab som dækker alle ovenstående kriterier. I projektet arbejder vi med udgangspunkt i flere værktøjer. Region Sjælland og Region Hovedstaden har udviklet støtteskemaer til behovsvurdering af rehabiliterings- og palliative indsatser for kræftpatienter. Skemaerne lægger op til at sundhedspersonalet får et "øjebliksbillede" af behovene, men kommer ikke ind på de mere eksistentielle aspekter af den sidste tid. Disse skemaer anvendes kun til kræftpatienter, men vil sandsynligvis kunne anvendes bredere, evt. med mindre modifikationer.</p> <p>Fra USA henter vi inspiration til de eksistentielle aspekter af forventningsafstemningen i "The Conversation Project", der startede som en dialogmetode der kunne bruges i familier. Efterfølgende har Institute of Healthcare Improvement (IHI, som også står bag Patientsikkert Sygehus) arbejdet med hvordan sundhedspersonalet kvalificeres til at forventningsafstemme om patientens forestående død. Redskabet er blevet anvendt meget bredt, men dets amerikanske tilsnit gør det uegnet til en direkte oversættelse til dansk.</p> <p>Yderligere en inspirationskilde finder vi i den amerikanske Advance Care Planning model, "Respecting Choices", som bl.a. arbejder med en fasemodel for forventningsafstemning og behovsvurdering. Her lægges der vægt på at få afklaret hvordan indsatsen omkring patienten skal organiseres for bedst muligt at tage individuelle hensyn, og der er anvendelige erfaringer m.h.t. implementering. Redskabet til forventningsafstemning udvikles således som et dialogværktøj samt en vejledning i hvorledes det mest hensigtsmæssigt kan indføres i praksis.</p> <p>Som det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats, er mange kroniske sygdomme livstruende og disse patienter har behov for palliative indsatser. Disse patienter med kroniske sygdomme, oplever ofte vekslen mellem perioder med forværring af deres sygdom og rolige perioder, hvor sygdommen er under kontrol. Patienter med kroniske sygdomme oplever ofte genindlæggelser, hvor der kan være usikkerhed om, hvorvidt patienten overlever. Dette er en voldsom belastning for både patienten og pårørende. Mennesker med kroniske sygdomme har derfor ofte et sygdomsforløb, som er karakteriseret af periodevis forværringer og deraf hyppige indlæggelser og genindlæggelser. Dette fluktuierende sygdomsforløb, som er gælden de for en</p>
--	--	--

		<p>stor del af den samlede målgruppe vil være i fokus i projektet, hvor der udvikles og gennemføres tværfaglige og tværsektorielle kompetenceudviklingsforløb med fokus på tidlig brugerinddragelse, særligt fokuseret omkring forventningsafstemning i forhold til hvor og hvordan borgeren ønsker at dø.</p> <p>Tidspunktet for denne forventningsafstemning kan være vanskeligere at definere ved periodevis udsving i sygdomsforløbet. I udvikling af redskabet til forventningsafstemning og behovsvurdering tages der afsæt i borgerens og nærmeste pårørendes ønsker, behov og livssituation.</p> <p>Evaluering: Redskabet til forventningsafstemning skal være nyttigt set fra et patientperspektiv og praktisk anvendeligt ud fra et organisatorisk perspektiv. Der gennemføres en mindre interviewundersøgelse med patienter & pårørende forud for udviklingen af redskabet for at afdække hvor god forventningsafstemningen omkring den sidste tid er. Ligeledes interviewes et tilsvarende antal borgere med hvem redskabet har været brugt for at få en kvalitativ evaluering af redskabets betydning. I forhold til personalet foretages en brugerevaluering der tilsvarende undersøger deres praksis og udfordringer med forventningsafstemning før og efter udvikling af redskabet.</p>
5.	Målgruppe(r):	<p>Projektets målgruppe er alle borgere med livstruende sygdom og deres nærmeste pårørende, ikke mindst ældre borgere og borgere med andre sygdomme end kræft.</p>
6.	Rekrutteringsstrategi:	<p>I Roskilde Kommune døde i 2014 732 personer. 75 af disse døde på hospice. Der foreligger derudover ikke valide data vedr. dødssted, eller ønske om dødssted.</p> <p>På baggrund af erfaringer med samarbejdet på det palliative område, forventes det at der indgår 75-100 borgere i projektet årligt.</p> <p>På baggrund af sundhedsfaglig udredning af den enkelte patients palliative behov i hhv. hjemmesygeplejen og almen praksis foretages en tværfaglig og tværesektoriel vurdering af patientens inklusion i projektet.</p> <p>Inklusionen sker under forudsætning af, at patientens praktiserende læge (lægehus), har indgået en samarbejdsaftale omkring projekt <i>En værdig død – i eget hjem</i>.</p> <p>Behovet for palliative indsatser og dermed initieringen af et palliativt forløb kan ske i alle sektorer.</p> <p>Med afsæt i eksisterende screeningsværktøjer udarbejdes klare ansvars- og rollefordelinger mellem hjemmesygeplejen, egen læge og palliativt team/Onkologisk Afdeling som også indgår i rådgivnings og samarbejdsmodellen.</p>
7.	Sikring af kompetencer blandt fagpersonale:	<p>Kompetenceudviklingen er som tidligere nævnt rettet mod medarbejdere fra både hjemmesygeplejen, almen praksis og sygehus.</p> <p>Kompetenceudviklingen for fagpersonale retter sig både imod faglige kompetencer indenfor palliation, rådgivningskompetencer med henblik på at vurdere, hvornår og hvilket rådgivningsbehov, der er i konkrete palliative forløb samt styrkede faglige kompetencer indenfor brugerinddragelse.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kompetenceudvikling i palliation: For medarbejdere fra Roskilde Kommunes hjemmesygepleje, medarbejdere i almen praksis samt medarbejdere fra sygehuset. <ol style="list-style-type: none"> a. Læringsmål: At medarbejdere på tværs af sektorer får kompetencer i at skabe sammenhæng i opgaverne i den tværfaglige og tværsektorielle palliative indsats, herunder forventningsafstemning, konkret behovsvurdering og efterfølgende udarbejdelse af fælles plan for den palliative indsats. At medarbejderne (som er involveret i den palliative indsats) har kompetencer i at tage beslutninger og håndtere problemstillinger på en måde, som skaber tryghed for borger og dennes pårørende. At medarbejderne med brug af samarbejds- og rådgivningsmodellen kan levere en sammenhængende palliativ indsats på baggrund af udveksling af sikker information til de rette aktører. b. Indhold: <ul style="list-style-type: none"> • Viden og redskaber til at forstå egen professionelle rolle, organisatorisk forståelse for overgange og koordinering mellem sektorer og tage beslutninger, som omhandler sammenhæng i den palliative indsats. • Tværfagligt samarbejde i den palliative indsats (hjemmesy-

		<p>gepleje, almen praksis og sygehus) og fælles forståelse for situationer der kan være vanskelige at håndtere i borgerens hjem.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om støtte, pleje og rådgivning til borger og nærmeste pårørende i eget hjem i forhold til psykiske og sociale problemer samt eksistentielle/åndelige spørgsmål • Viden om, hvordan det opleves at være pårørende til en borger med en livstruende sygdom med palliative behov. Denne viden skal have et praksisnært fokus med henblik på at sikre støtte til den pårørende i det palliative forløb. <p>Til konkretisering af indhold af kompetenceudvikling hentes inspiration fra "Anbefalinger til kompetencer for sygeplejersker i den palliative indsats", (DMCG-PAL, 2012), erfaringer fra gennemført undervisning i palliation i Roskilde Kommune, samt erfaringer fra andre kommuner.</p> <p>2. Kompetenceudvikling i brugerinddragelse: Deltagere fra Roskilde Kommunes hjemmesygepleje, medarbejdere i almen praksis og sygehus.</p> <p>a. Læringsmål: At medarbejdere på tværs af sektorer og faggrupper får kompetencer til at indgå i et tæt samarbejde med borgere og pårørende i eget hjem i den sidste fase af livet. Medarbejderne har kompetencer i at anvende redskaber i forventningsafstemning i samarbejde med borger og pårørende. Ikke mindst styrkes medarbejdernes kompetencer i at etablere relationer og skabe trykthed for borger og pårørende.</p> <p>b. Indhold vil bl.a. være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • den fagprofessionelle rolle i samarbejdet med borger og nærmeste pårørende (bl.a. om ønsker og forventningsafstemning i forhold til livets afslutning) • etik og håndtering af tabuer omkring døden • teori om at leve med livstruende sygdom, mestring og empowerment • tværfagligt og tværsektorielt samarbejde • formidling og deling af viden (teoretisk og praktisk) om palliation mhp at styrke samarbejdet i løsning af den fælles opgave med borger og pårørende i eget hjem. <p>c. Metode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lærings spil benyttes som metode til tværfaglig læring og organisatorisk forståelse, hvor såvel praktisk, basal og specialiseret viden kommer i spil og alle involverede faggrupper tildeles aktive roller. <p>d. I samarbejde med University College Sjælland tilbydes hjemmesygeplejersker og medarbejdere fra sygehuset faget: "Sammenhæng i patient- og brugerforløb i sundhedssektoren" med særligt fokus på palliation på Diplomuddannelse i Sundhed. Dette bygger oven på allerede gennemført kompetenceudvikling i palliation for 60 hjemmesygeplejersker i regi af 'Diplomuddannelse i Sundhed' (University College Sjælland), se pkt. 14.</p>
8.	<p>Aktiviteter og metoder:</p>	<p>I kommunalt regi, bliver der i disse år gjort flere erfaringer med palliative indsatser og organiseringen af samarbejdet omkring dette. I projektet vil disse erfaringer, blandt andet fra forskningsprojekter støttet af TrykFonden og Kræftens Bekæmpelse blive inddraget. Endvidere inddrages viden og erfaring fra Videnscenter for rehabilitering og palliation (PAVI) samt Kommunale Institutioner med særlige palliative tilbud (KISPT).</p> <p>Projektets aktiviteter designes så de bedst muligt sikrer udvikling og afprøvning af egnede metoder (understøttet af kompetenceudvikling og organisering) til at realisere målene og de fem indsatsområder, som er beskrevet i de to hovedspor. Borgere og pårørende involveres tidligt mhp at udvikle en helhedsorienteret og fleksibel indsats, der tager højde for forskellige og uforudsigelige behov. Aktiviteterne vil understøtte udvikling af en kommunikations- og rådgivningsmodel og klare aftaler om kommunikation, som sikrer levering af (helhedsorienteret?) rådgivning til borger og pårørende 24/7. Det vil ske ved tværfaglig og tværsektoriel organisering af aktiviteterne og fokus på den fælles opgave. Aktiviteterne skal styrke engagement om fælles mål og indsatser og hjælpe med at overvinde og finde løsninger på fagkulturelle barrierer. Alle aktiviteter udvikles og gennemføres med elementer af og i tæt sammen-</p>

		<p>hæng med kompetenceudviklingen for at sikre integrering og praksisnær udvikling af organisering på tværs af sektorer og fag.</p> <p><u>1. Tidlig indsats og afklaring af borgerens og pårørendes ønsker for sted at dø</u> Der gennemføres tværsektorielle workshops med fokus på det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde omkring identifikation af borgere med palliative behov og en tidlig inddragelse af relevante samarbejdspartnere i det palliative forløb. Endvidere gennemføres interviews med borgere og pårørende.</p> <p><u>2. Tidlig forventningsafstemning mellem borger og sundhedsprofessionelle, indgåelse af aftaler mellem alle involverede aktører og løbende justering</u> Undersøgelse af hvilke redskaber der er udviklet både internationalt og i Danmark m.h.p. at udvikle og validere et redskab som er velegnet til at afdække borgeres behov for hvor og hvordan de ønsker at dø. En tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe udvikler en prototype på redskabet, som skal testes, evalueres og tilpasses med involvering af målgruppen.</p> <p><u>3. Afprøvning og justering af redskaber til behovsvurdering</u> Prototypen på redskabet afprøves af relevant personale sammen med nogle få borgere. Disse samtaler observeres og læringen herfra indgår i tilpasning af redskabet. Herefter anvendes det hos flere borgere, og redskabet revideres yderligere efter behov, indtil det har været anvendt på en bredt sammensat gruppe borgere.</p> <p><u>4. Sammenhængende og koordinerede forløb</u> Der gennemføres en workshoprække som med deltagelse af alle involverede faggrupper på tværs af sektorer som udvikler en samarbejds- og rådgivningsmodel. Modellen beskriver hvilke konkrete former for palliativ rådgivning, der skal gives henover døgnet samt hvordan den bemannes med lægefagligt personale. Modellen udvikles med fokus på håndtering af opgaver på tværs af faggrænser, samarbejde og opblødning af faggrænser. Den vil indeholde aftaler om kommunikation, koordinering og håndtering af snitflader på tværs af fag og sektorer.</p> <p><u>5. Kompetenceudvikling</u> Der udvikles et læringsspil til styrkelse af faglighed i den palliative indsats. Formålet med læringsspillet er at skabe en dialogbaseret tværfaglig og tværsektoriel forståelse af opgaver, kommunikation og samarbejde, som er nødvendig, for at yde den optimale palliative indsats i hjemmet. Spillet vil give et fagligt løft og redskaber til at kommunikere på tværs af sektorer og fagligheder.</p> <p>Kompetenceudviklingsforløbet tænkes overordnet sammensat således:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kick-off workshop: Alle medarbejdere der indgår i projektet fra alle tre sektorer deltager i en indledende workshop hvor projektets mål, projektets samarbejdsmodel m.v. introduceres 2. Kursus: undervisning for medarbejdere i hjemmesygeplejen og almen praksis hvor kompetencer i basal palliation styrkes. Oplæg fra undervisningsvante fagpersoner på specialistniveau. Læringsspillet benyttes. 3. Supervision (ved palliativt team): Tværsektoriel samarbejds- og rådgivningsmodel som giver hjemmesygeplejen og almen praksis behovsdrevet adgang til specialistviden, så de støttes i at løse opgaver i hjemmet som ellers kunne føre til en indlæggelse. I løbet af projektet sigtes der mod at løsningen skal være understøttet digitalt, have karakter af et callcenter eller en anden model. Dette kobles desuden med mulighed for gensidig jobrotation og/eller praktikumlighed mellem medarbejdere i hjemmesygeplejen og på sygehus. 4. Læringsseminarer: periodiske temadage, f.eks. kvartårligt, hvor plejegruppen reflekterer over og deler den viden de har fået gennem erfaring og supervision. På disse temadage bidrager også oplægsholdere fra praksissektoren og palliativt team.
9.	<p>Rekruttering af borgere med livstruende sygdom og deres pårørende</p>	<p>Rekruttering af borgere kan ske gennem praktiserende læge, kommunal visitation, hjemmesygepleje og hospitalsafdelinger. Personalet i hjemmesygeplejen, som er tættest på borgeren vil ofte være dem, der først vil kunne observere tegn på, at borgerens sygdom og tilstand bevæger sig ind i den sene og terminale palliative fase. Hjemmesygeplejen vil spille en vigtig rolle i at iagttage og vurdere tegn og kommunikation med almen praksis med henblik på at tage stilling til hvornår en tidlig indsats skal sættes ind for den enkelte borger.</p>

10.	Inddragelse af målgruppen:	Borgere og pårørende i målgruppen inddrages i det omfang de kan og vil, og samarbejdet tilpasses til den enkeltes situation og ønsker til at deltage. Forventningsafstemning er (også) borgerens og de pårørendes redskab til at blive afklaret om, hvad deres ønsker er i forbindelse med evt at dø i eget hjem. Inddragelsen skal ske fleksibelt og tilpasset borgerens svingende tilstand. Repræsentanter fra målgruppen af borgere og pårørende inviteres til at bidrage til udvikling af redskabet til forventningsafstemning og behovsvurdering. Endvidere involveres målgruppen i feedback og evaluering af den palliative indsats.
11.	Forventes indsatsen at styrke øvrige områder?	Roskilde Kommune har i samarbejde med almen praksis og Roskilde Sygehus et veletableret samarbejde omkring målgruppen i regi af de indsatser, som er etableret i forbindelse med Sundhedsaftalen. Dette projekt forventes yderligere at styrke det tværsektorielle samarbejde omkring patienters palliative behov, som der traditionelt ikke har været et systematisk tværsektorielt fokus på.
12.	Samarbejde med øvrige aktører:	<p>Projektet samarbejder med konsulentfirmaet Par3 og Copenhagen GameLab i forbindelse med kompetenceudviklingssporet og særligt i forhold til at styrke medarbejderes kompetencer i brugerinddragelse.</p> <p><u>Udvikling af redskab til forventningsafstemning og afklaring af ønsker til den sidste tid</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interviews med/ observationer af borgere og deres pårørende samt research på eksisterende værktøjer i DK og internationalt • Facilitering af innovationsworkshops med deltagelse fra alle tre sektorer m.h.p. indhold og design af et egnet værktøj • Udvikling af et redskab, observationer under afprøvning i praksis samt tilpasninger af værktøjet • Design af evaluering, samt dokumentation • Gennemførelse af evaluering <p><u>Kompetence udvikling</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kursus i brugerinddragelse indgår i projektet og opgaven løses af UCSJ med PAR3 som undervisere. • Udvikling af læringsspil i samarbejde med Copenhagen Game Lab • Kompetenceudviklende tværfaglige og tværsektorielle workshops <p><u>Begrundelse for PAR3's deltagelse</u></p> <p>PAR3 er en konsulentvirksomhed med solid viden og erfaring indenfor kvalitetsudvikling, brugerinddragelse samt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde i sundhedssektoren. PAR3 har specialiseret sig i, hvordan borgere, patienter og pårørendes viden og ressourcer omsættes til øget kvalitet i behandling og pleje på tværs af sektorer og faggrupper.</p> <p>PAR3 har dokumenterede resultater med borgerinddragende kvalitetsforbedring bl.a. i forbindelse med udvikling af "Den patientvenlige modtagelse" i Psykiatrisk Center Ballerup. PAR3 har gennem en årrække løst en lang række konsulentopgaver omkring sundhed i kommuner, på hospitaler, for regioner og på tværs af sektorer. PAR3 har speciale i borgersamarbejde og har stor erfaring i caseorienteret kompetenceudvikling, der tager afsæt i faktorer der hæmmer og fremmer tværsektorielt samarbejde og i udvikling af kompetencer i tværprofessionelt samarbejde med og om borgeren.</p> <p>PAR3's kompetencer dækker organisationsudvikling, procesoptimering og forandringsledelse, og vil kunne bidrage til projektet med erfaringer om de problemstillinger, der er på spil, når en kommune skal samarbejde med praktiserende læger og et hospital om at løse en fælles opgave.</p>
13.	Arenaer, risiko og sundhedsadfærd:	<p>Projektet involverer en række samarbejdspartnere, både internt i Roskilde Kommune (hjemmepleje, hjemmesygepleje, sundhedscenter, rehabilitering, hjælpemidler og myndighedsservice) samt eksternt, herunder Roskilde Sygehus, Onkologisk afdeling, udvalgte praksis i Roskilde Kommune og evt. våge-tjenesten og hospice.</p> <p>Med udgangspunkt i den brede involvering af aktører og deraf følgende komplekse samarbejdsrelationer i projektet, er det væsentligt at afdække og forebygge de udfordringer, der kan være forbundet med ledelse af tværsektorielle projekter.</p>

		<p>Dette projekt fokuserer særligt på kultur- og fagforskelle i den palliative indsats.</p> <p>Den organisatoriske understøttelse af projektet sikres gennem en tæt kobling til Sundhedsaftalens samarbejdsorganisation i Region Sjælland.</p>
14.	Tilpasning til den eksisterende indsats:	<p>I Roskilde Kommune arbejdes der systematisk og digitalt understøttet, med redskaber til tidlig opsporing af tidlige tegn på sygdom og tab af funktionsevne. Dette systematiske fokus på tidlig opsporing vil være fundamentet i observationen af alle borgere med palliative behov.</p> <p>Roskilde Kommune har i forbindelse med regeringens finanspuljemidler påbegyndt en kvalitetsudvikling af den palliative pleje. 60 ud af hjemmesygeplejens 130 sygeplejersker i Roskilde Kommune har modtaget et kompetenceløft fokuseret på styrket viden og praksisnær rådgivning vedr. palliation.</p> <p>Indsatsen skal understøttes af nye instrukser for den kommunale palliative pleje, blandt andet i forbindelse med implementeringen af Kl's katalog for hjemmesygeplejen.</p>
15.	Dokumentation og af-rapportering:	<p>Egeevalueringen vil tage udgangspunkt i en audit af de palliationsforløb, som har været inkluderet i projektet med udgangspunkt i en række definerede kriterier i forhold til, om den samlede tværsektorielle indsats har understøttet, at borgerens ønske til at dø hjemme er blevet opfyldt.</p> <p>Denne egeevaluering vil lægge sig tæt op ad den samlede evaluering og dataindsamling vedr. de gennemførte konkrete forløb.</p> <p>Det gennemføres desuden en analyse af, hvilke forhold, der har været henholdsvis fremmende og hæmmende i forhold til at opfylde borgerens ønske om at dø hjemme.</p> <p>Der udarbejdes afsluttende rapport samt artikler vedr. projektet.</p> <p>Endelig udarbejdes en samlet "implementeringspakke", som indeholder projektets udarbejdede redskaber og produkter.</p> <p>Der udarbejdes en økonomisk analyse af den udviklede samarbejds- og rådgivningsmodel med hhv. almen praksis og personale fra sygehus.</p>
16.	Formidling og kommunikation:	<p>Projektet indledes og afsluttes med afholdelse af informationsseminar.</p> <p>Der sikres løbende orientering i allerede eksisterende samarbejdsfora med henblik på at sikre løbende opmærksomhed på projektet og forberede projektets overgang til drift ved projektperiodens udløb. De eksisterende samarbejdsfora knytter bl.a. an til Sundhedsaftalens samarbejdsorganisation: Kommunalt Samarbejdsforum Somatik Roskilde/Køge (samarbejdsforum koncentreret omkring Roskilde og Køge Sygehuse og omkringliggende kommuner samt almen praksis)</p> <p>Tværgående Samarbejdsforum Somatik (tværgående samarbejdsforum med repræsentation af alle sygehuse, alle kommuner og almen praksis i Region Sjælland)</p> <p>Styregruppen for Sundhedssamarbejde som har det administrative ansvar for Sundhedsaftalen i Region Sjælland og er forberedende for Sundhedskoordinationsudvalget</p> <p>PLO-K Roskilde</p> <p>Kvalitetsråd for Sundhed og Omsorg i Roskilde Kommune</p> <p>Der laves en film, som kan anvendes til borgere, pårørende samt personale som samarbejder med borgere indenfor målgruppen.</p>
17.	Projektets forankring:	<p>På baggrund af antallet af inkluderede patienter, foretages en økonomisk beregning af udgifterne forbundet med kommunikations- og rådgivningsmodellen og mulighederne for en videre finansiering af funktionen fremadrettet.</p> <p>Der vil være et stærkt fokus på den konkrete organisatoriske forankring omkring det etablerede samarbejde omkring Sundhedsaftalen.</p> <p>Projektet påtænkes derfor fulgt i allerede eksisterende samarbejdsfora med henblik på en tværsektoriel understøttelse af projektets overgang til drift.</p> <p>Forankring af viden, erfaringer og kompetencer hos PAR3 og Copenhagen GameLab som følge af deres involvering i projektet</p> <p>I projektet vil der generes og deles viden fra mange aktører på tværs af sektorer, borgere og pårørende. PAR3 vil bidrage til, at de gode historier og erfaringer, som genereres i kompetenceudviklingsforløbet bliver formidlet og integreret i de redskaber, som udvikles.</p> <p>PAR3 udvikler redskabet til forventningsafstemning i et tæt samarbejde med de øvrige projektdeltagere. I forhold til redskabet er PAR3s rolle at researche eksisterende værktøjer, indhente erfaringer fra den palliative enhed, hjemmesygeplejen og lægepraksis i Roskilde, samt facilitere udviklingen af redskabet.</p>

		<p>Den viden som genereres her, bliver dels indlejret i selve redskabet, dels formidlet i vejledningen til redskabet. Evalueringen af redskabet giver ydermere en fastholdelse af viden fra udviklingsprocessen.</p> <p>I design og planlægning af workshops, kompetenceudvikling samt udvikling af redskaber lægges der vægt på at skabe forankring ved at involvere relevante ledere på tværs sektorer, så læring og gode historier formidles og spredes.</p> <p>PAR3's viden og kompetencer overføres og forankres i forbindelse med udviklingen af læringsspillet, hvor de væsentligste elementer af PAR3's viden om organisering af den palliative indsats nedfældes og indgår i form af spillets faglige indhold.</p> <p>Læringsspillet har til formål at indfange og formidle den viden, der genereres i projektet, både fra de offentlige projektdeltagere og PAR3's viden fra arbejdet med redskabet til forventningsafstemningen. Copenhagen Game Labs rolle er at designe selve spilmekanikken og det grafiske udtryk. Deres videnoverførsel sker helt konkret i at levere et fungerende læringsspil.</p> <p>PAR3 står for en del af undervisningen i kompetenceudviklingsforløbet og vil også i denne sammenhæng overføre viden til kommunens medarbejdere og deres samarbejdspartnere.</p> <p>Ved brugen af læringsspillet vil PAR3's faglige viden om organisering og samarbejde om den palliative indsats vil blive overført og spredt til fagpersoner i kommunen, blandt relevant personale på Roskilde Sygehus samt de praktiserende læger.</p> <p>Udviklingen af samarbejdsmodellen vil også bidrage til at fastholde og omsætte PAR3's kompetencer til projektets parter i kommune, region og almen praksis. PAR3 bidrager med udvikling, beskrivelse og dokumentation af samarbejdsmodellen i en form, som gør den anvendelig for andre kommuner.</p> <p>Roskilde Kommune har desuden en betydelig erfaring med inddragelse af eksterne konsulentbistand i forbindelse med fokuserede udviklingsindsatser og efterfølgende lokal forankring af den generede viden og evt. redskaber eller produkter.</p>
18.	Styregruppe:	<p>Der nedsættes en styregruppe med ledelsesrepræsentanter fra Roskilde Kommune og Roskilde Sygehus, samt repræsentant fra Roskilde Kommunale Lægelaug.</p> <p>Styregruppens rolle er at sikre, at projektet opfylder overordnede mål og delmål.</p> <p>Styregruppen har ansvaret for at overvåge projektets fremdrift på baggrund af udarbejdelse af jævnlige statusnotater udarbejdet af projektleder.</p> <p>Styregruppen træffer beslutning om behovet og karakteren af ændringer i projektet, såfremt disse har indflydelse på projektets afsluttende leverance.</p> <p>Styregruppen har ansvaret for at træffe beslutninger vedr. projektets samlede økonomi, herunder anvendelsen af ressourcer hos de respektive samarbejdspartnere.</p> <p>Styregruppens sammensætning Roskilde Kommune: 3. Yvonne Barnholdt, Direktør for Velfærd 4. Mette Olander, Sundheds- og Omsorgschef Roskilde Sygehus: <ul style="list-style-type: none"> • Susanne Friis, Vicedirektør • Mads Nordahl Svendsen, ledende overlæge onkologisk af deling Roskilde Lægelaug: <ul style="list-style-type: none"> • Betina Kornblit, formand for Roskilde Kommunale Lægelaug </p>
19.	Projektets organisering og bemanding:	<p>Der nedsættes en projektarbejdsgruppe.</p> <p>Arbejdsgruppen har til formål at sikre og koordinere den daglige fremdrift i projektet.</p> <p>Arbejdsgruppen sammensætning Roskilde Kommune: <ul style="list-style-type: none"> • Projektleder Tanja Popp • Distriktsleder Grethe Frahm • Centerleder Louise Lund Møller • IT projektleder Preben Hilligsøe Roskilde Sygehus: <ul style="list-style-type: none"> • Specialeansvarlig overlæge, Palliativ enhed Birte Hedal • Afdelingssygeplejerske, Palliativ enhed Helle Jensen • IT: Brit Sunekær </p>

		PAR3 <ul style="list-style-type: none"> Lene Pedersen Almen praksis: <ul style="list-style-type: none"> Praksiskonsulent Sif Kielgast Der nedsættes desuden ad hoc arbejdsgrupper undervejs i projektet i forbindelse med udførelse af specifikke afgrænsede opgaver eller leverancer.
20.	Tidsplan:	Projektet forventes igangsat: Februar 2016 og afsluttet: 30. september 2018 I det nedenstående er listet faser og de vigtigste aktiviteter for hvert finansår. <u>Februar 2016 - 1. juli 2016: Opstarts- og udviklingsfase</u> Opstart af projekt <ul style="list-style-type: none"> Etablering af projektorganisation Planlægning af kompetenceudvikling, herunder udarbejdelse af materialer Udvikling af læringsspil Udvikling af stratificeret samarbejds- og rådgivningsmodel Udarbejdelse af tilhørende honoreringsmodel <u>2016: Udviklings- og implementeringsfase</u> Gennemførelse af kompetenceudvikling Indgåelse af aftaler vedr. samarbejds- og rådgivningsmodel Implementering af samarbejds- og rådgivningsmodel 1. juli 2016: Opstart af inklusion af patienter i projektet. Løbende vurdering af digitaliseringsmuligheder vedr. samarbejds- og rådgivningsmodel <u>2017: Implementeringsfase</u> Inklusion af patienter i projektet Løbende justering af samarbejds- og rådgivningsmodel Evt. suppleringshold på kompetenceudviklingsforløb <u>2018: Evaluerings- og overgang til driftsfase:</u> Økonomisk analyse af forudsætninger for efterfølgende drift af samarbejds- og rådgivningsmodel Evaluering og afrapportering 30.9.18: afslutning af projekt og overgang til drift I hele projektperioden indgår løbende kvalitetssikring og dataindsamling. Projektet drøftes desuden løbende på styregruppe møder. Det første projektår planlægges de med en øget hyppighed, ca. hver anden måned.