

Bilag 2

Skema 2: Projektbeskrivelsesskema

"Værdig død - modelkommuneprojekt"

Revideret 29. september 2015, Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune

1.	Projektets titel:	Sammenhængende palliativ indsats i Aarhus Kommune - et tværsektorielt samarbejdsprojekt
2.	Baggrund og vision for projektet:	<p>Aarhus Kommune ønsker, at borgere og pårørende oplever en koordineret, sammenhængende palliativ indsats, som tager udgangspunkt i deres ønsker og behov, og som er af høj faglig kvalitet. Aarhus Kommune ønsker også at flere borgere, som ønsker det, får mulighed for at dø i eget hjem og får en så tryk og værdig afslutning på livet som muligt.</p> <p><u>Baggrund</u></p> <p>Lokale data viser, at mens det på landsplan er ca. 50 % af alle dødsfald, der sker på hospitalerne, er det i Aarhus ca. 35 % af alle dødsfald (2012 tal). Det tyder på, at flere borgere får opfyldt deres ønske om at dø i eget hjem i Aarhus Kommune end andre steder i landet. Befolkningsundersøgelsen fra 2013 viser imidlertid, at kun 5 procent ønsker at dø på hospital og at langt de fleste ønsker at dø i eget hjem. I takt med udviklingen i det nære sundhedsvæsen og de kortere forløb i hospitalsregi forventer Aarhus Kommune, at skulle håndtere stadigt flere og mere komplekse palliative forløb i borgers eget hjem. Der er derfor behov for at styrke indsatsen fremadrettet.</p> <p>Den basale palliative indsats for borgere i Aarhus Kommune foregår i borgerens eget hjem og varetages i et samarbejde med de praktiserende læger. Den specialiserede indsats varetages af Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital eller på hospice. Ansvars- og opgavedelingen er beskrevet i "Sundhedsaftale for Personer med behov for palliativ indsats" gældende for Region Midtjylland. De Praktiserende Lægers Organisation (PLO) er dog ikke medunderskrivere på aftalen. Sundhedsaftalen har til formål at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af sektorgrænser og sikre den specifikke indsats, som borgere med livstruende sygdomme har behov for.</p> <p>I takt med at der kommer flere og mere komplekse palliative forløb i borgers hjem, er det nødvendigt at løfte de faglige kompetencer inden for palliation blandt sygeplejerskerne. Det kan muliggøre at langt flere borgere på sigt kan tilbydes en palliativ indsats af høj kvalitet og få lov at dø hjemme.</p> <p>I udviklingen af den palliative indsats er der også behov for, at afprøve og implementere redskaber/tilgange, som kan styrke borger og pårørende inddragelse tidligere, og at der sker en systematisk behovsvurdering og forventningsafstemning i forhold til fx hvad der er vigtigt for dem i livets sidste fase, ønske om hvor man vil dø og indhold i indsatsen. Endelig er der ønske om at styrke det tværsektorielle samarbejde - både med Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital og i særlig grad med de praktiserende læger.</p>

		<p>De praktiserende læger har en central rolle i de palliative borgerforløb. De har ofte kendt borgeren og dennes pårørende gennem en årrække og er involveret i udredning af sygdom. De har derfor hyppige kontakter med borgeren og kender de sundhedsfaglige tilbud i området. Erfaringer fra Aarhus Kommune peger på, at der er udfordringer og store variationer i samarbejdet med de praktiserende læger. Dette understøttes af studier som viser, at de praktiserende læger oplever de palliative forløb som komplekse, og at der er behov for bedre planlægning, klarhed om arbejdsdeling og mulighed for at samarbejde. Gennem projektet ønskes det at styrke et mere systematisk og målrettet samarbejde med de praktiserende læger i de palliative forløb.</p> <p><u>Vision</u> I Aarhus Kommune ønsker vi gennem projektet at øge kvaliteten i den basale palliative indsats mhp. at sikre, at alle borgere i Aarhus Kommune i deres sidste tid oplever gode, sammenhængende forløb, og får så tryk og værdig en afslutning på livet som muligt – og dér hvor de ønsker at dø.</p> <p>Projektet skal understøtte, at Aarhus Kommunes politiske vision om en "Kærlig Kommune"- også gør sig gældende i den sidste del af livet." Kærlig Kommune" er Aarhus Kommunes vision for udviklingen af et velfærdssamfund, hvor borgerne har mere magt og hvor velfærd skabes i fællesskab. Udgangspunktet er et velfærdssamfund, som bygger på medborgerskab og nærhed. I overensstemmelse hermed vil borgerens og de pårørendes ønsker og behov stå helt centralt i den palliative indsats fremadrettet- ligesom de pårørende betragtes som en væsentlig ressource og medspiller i indsatsen.</p>
3.	<p>Overordnet mål – herunder forebyggelses/-sundhedsfremmeperspektiv:</p>	<p>Projektets overordnede målsætning er, at medvirke til at styrke den palliative indsats både i forhold til Aarhus Kommunes borgere i det lokale tværgående samarbejde, det tværsektorielle samarbejde, samt nationalt i forhold til at medvirke til at udvikle en indsats, der forventeligt vil kunne styrke den palliative indsats i landets øvrige kommuner og regioner.</p> <p>Målet er at skabe sammenhæng i den tværfaglige kvalitet i borgerforløbet, så borger og pårørende oplever en koordineret og sammenhængende palliativ indsats i lindring af borgers og pårørendes behov og lidelser, uanset om disse er af fysisk, psykisk, social eller eksistentiel/åndelig art.</p> <p>I mange tilfælde er den sidste tid imidlertid præget af udfordringer med ansvarsfordeling og kommunikation mellem borger, pårørende og de mange aktører herunder hospital, praktiserende læge, hjemmesygeplejen, hjemmeplejen m.fl. Det kan føre til utryghed, hvis der i den sidste tid er uklarhed om ansvarsdelingen og en fælles plan for lindring og pleje. I mange tilfælde kan denne utryghed føre til en akut indlæggelse, som formentlig kunne være undgået og øge risikoen for, at den døende ikke får sit ønske om at dø hjemme opfyldt.</p>

		<p>Det er forventningen, at projektet kan udvikle redskaber og øge de faglige kompetencer til at vurdere, tilrettelægge og koordinere en palliativ indsats med udgangspunkt i borgerens og de pårørendes ønsker og behov. Dels ved at afprøve en model, hvor den palliative basisindsats fremadrettet forankres hos sygeplejerskerne i hjemmeplejen og plejeboliger. Dels ved at styrke samarbejdet med praktiserende læger og afprøve relevante redskaber/tilgange til behovsvurdering og systematisk planlægning af indsatsen. Den styrkede indsats skal understøtte en større tryghed for borgere og deres pårørende samt sikre, at en større andel får deres ønsker for den sidste tid opfyldt.</p> <p>Det er et særligt mål i projektet at undersøge, om behovet hos borgere med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) - som ét eksempel på borgere med non maligne lidelser - adskiller sig fra øvrige målgruppers behov i den palliative indsats. I Aarhus skønnes det, at der er ca. 23.650 personer med KOL, hvoraf 2200 har KOL i svær eller meget svær grad. Dette til trods fylder andelen af borgere med KOL kun lidt i gruppen af borgere, der modtager en palliativ indsats (kræftpatienter udgjorde i 2010 96,2 % af de patienter, der blev henvist til hospice eller palliative teams). Hypotesen er, at denne underrepræsentation skyldes, at mange borgere ikke har KOL som hoveddiagnose, hvorfor de ofte ikke kommer i betragtning til palliativ pleje.</p> <p>Derfor er ønsket i projektet at undersøge, hvordan vi kan opspore flere borgere med KOL og systematisk tilrettelægge en palliativ indsats, der imødeser denne målgruppes ønsker og behov. Der vil derfor være et særligt fokus på målgruppen, dels i afprøvningen af de udvalgte redskaber mhp. evt. tilpasning, dels i forhold til kompetenceudvikling.</p>
Delmål:		<p>Projektet sigter mod at øge den faglige, organisatoriske og borgeroplevede kvalitet ud fra det overordnede mål om, at borger og pårørende oplever sammenhængende og koordinerede indsatser i det palliative borgerforløb.</p> <p>Den sundhedsfaglige kvalitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrkelse af basiskompetencer indenfor palliation blandt sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, Social- og sundhedsassistenter og Social- og sundhedshjælpere • Systematisk og koordineret indsats med udgangspunkt i aktuelt bedste viden om relevante metoder og værktøjer i den tværfaglige palliative indsats. <p>Den organisatoriske kvalitet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrke samarbejdet med praktiserende læger mhp. at sikre sammenhæng i indsats og forløb samt udstedelse af terminalerklæring ved udsigtsløs hospitalsbehandling eller kort levetid • Fortsat udvikling af samarbejdet med Det Palliative Team med henblik på at sikre, at der til enhver tid er

		<p>de rette kompetencer til stede i de palliative borgerforløb.</p> <p>Den borgeroplevede kvalitet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere borgere oplever opsporing i tide af deres behov for en palliativ indsats • Flere borgere og pårørende oplever, at indsatsen er sammenhængende og koordineret • Færre akutte indlæggelser i de palliative borgerforløb • Flere borgere, som ønsker at dø i eget hjem, dør i eget hjem
4.	<p>Projektets fokusområder:</p>	<p>I samarbejde med region Midt herunder udvalgte lægepraksis, Det Palliative Team (AUH) og Hospice Søholm ønskes det gennem projektet at videreudvikle og styrke den basale palliative indsats. Der tages afsæt i anbefalingerne fra projektet "længst muligt i eget hjem" - et projekt mellem Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital, hvor formålet var at undersøge, hvordan andelen af borgere, som dør i eget hjem kunne øges. Endvidere bygges videre på de erfaringer de nuværende palliationssygeplejersker har oparbejdet gennem de seneste år i et tæt samarbejde med Det Palliative Team (AUH). Sygeplejerskerne får derfor også en central rolle ift. at videreudvikle og afprøve en styrket indsats i det udvalgte lokalområde.</p> <p><u>Den styrkede indsats indeholder tre centrale spor:</u></p> <p>1) Udvikling og afprøvning af EORTC QLQ-C15-PAL og ACP i den palliative indsats (se beskrivelse nedenfor). Redskaberne skal sikre tidligere opsporing og vurdering af palliative behov samt forventningsafstemning af ønsker for dødssted og planlægning af indsatsen med udgangspunkt i borgere/ pårørendes ønsker og behov.</p> <p>2) Styrkelse af samarbejdet mellem sygeplejerskerne i kommunen og de praktiserende læger mhp. at sikre koordinerede og sammenhængende forløb.</p> <p>3) Udvikling og implementering af et kompetenceforløb fremfor et <u>uddannelsesforløb</u>, der skal løfte basiskompetencerne hos sygeplejerskerne. Kompetenceudviklingen skal sikre at sygeplejerskerne fremadrettet kan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planlægge, koordinere, undervise i og udføre den basale palliative indsats i nært samarbejde med øvrige kollegaer i det lokale team, borger og pårørende • Kan bruge de relevante metoder og redskaber til afklaring/behovsvurdering og planlægning af indsatsen samt bruge dem på de rigtige tidspunkter i indsatsen • Koordinere og samarbejde med tværsektorielle samarbejdspartnere herunder med praktiserende læger, Det Palliative Team (AUH), Hospice Søholm og relevante frivillige organisationer.
5.	Målgruppe(r):	De primære målgrupper i projektet er:

		<p>En palliativ indsats kan være relevant for alle patienter med livstruende sygdom, og ikke kun uhelbredeligt syge. Målgruppen i projektet er således borgere med en livstruende sygdom (herunder kræft, KOL og kronisk hjertesvigt) og samtidige palliative behov - samt deres pårørende. Det vil både være borgere, som vurderes til at være i den tidlige, sene eller terminale fase. I forhold til borgere i plejebolig er der primært tale om borgere i den sene eller terminale fase. Disse borgere udgør projektets primære målgruppe i det udvalgte lokalområde</p> <p><u>De sekundære målgrupper i projektet er:</u> Sygeplejersker, der gennem kompetenceforløbet bliver i stand til at tilrettelægge, lede, koordinere, undervise i samt udføre en systematisk palliativ indsats i det lokalområde, der indgår i projektet.</p> <p>Med afsæt i sygeplejerskerne kompetenceudvikling medinddrages kompetenceudvikling for fysio-ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i relation til den tværfaglige palliative indsats.</p> <p>De praktiserende læger, som gennem deltagelse i projektet får styrket viden om arbejds-/opgavedeling, planlægning og det tværsektorielle samarbejde om borgere i palliative forløb.</p>
6.	Rekrutteringsstrategi:	<p>Rekruttering af den primære målgruppe for projektet er beskrevet under pkt. 9.</p> <p>I forhold til rekruttering af sygeplejerskerne, er målsætningen, at fastansatte sygeplejersker deltager i projektet og gennemfører kompetenceforløbet. Desuden deltager sygeplejersker ansat i Center for Akuttilbud og Rehabilitering i projektet. Sidstnævnte dækker den specialiserede sygeplejefaglige indsats døgnet rundt i lokalområdet.</p> <p>Aarhus Kommune har været i dialog med almen praksis i lokalområdet og fået en samarbejdsaftale med praktiserende læge vedr. deltagelse i projektet.</p> <p>Der er afsat midler til at den udvalgte praktiserende læge kan indgå i hhv. udviklingsarbejde og afprøvning/ implementering af projektet. Konkret udmøntning af projektet skal imidlertid først drøftes i Kommunalt Lægelig Udvalg. Herunder skal der tages stilling til, om der skal etableres en eventuel § 2 (lokal)aftale.</p>
7.	Sikring og forankring af kompetencer blandt fagpersonale:	<p>Et centralt spor i projektet er kompetenceudvikling af sygeplejersker. I Aarhus Kommune er det en del af sygeplejerskernes ansvarsområde at foretage en faglig helhedsvurdering i forhold til de 12 sygeplejefaglige problemområder (jvf Sundhedsstyrelsen), når en borger f.eks. udskrives fra hospital. Helhedsvurderingen kan ikke delegeres til andre faggrupper og sygeplejerskens rolle i forhold til det øgede faglige løft i den palliative indsats er derfor meget central. Sygeplejerskernes kompetenceforløb planlægges og tilrette-</p>

		<p>lægges i nært samarbejde med Det Palliative Team. Det Palliative Team har mange års erfaring med undervisning af sygeplejersker og har gennem nært samarbejdet med Aarhus Kommunes sygeplejersker solid viden omkring kompetencebehovet.</p> <p>Projektet vil tage afsæt i praksisnær læring med elementer fra Aktionslæring, da undersøgelser viser, at kontekstnær viden og handling har stor betydning for forankring af nye kompetencer og dermed for at <u>borgeroplevede</u> forbedringer sker.</p> <p>Intentionen er således at sikre et tilstrækkeligt løft af <u>vidensniveau</u> via undervisning og samtidigt opnå et <u>øget handlingsniveau</u> ved at læringen til frontpersonalet flyttes ud - tæt på borgerne og de pårørende med hjælp og støtte fra projekts ressourcepersoner - frem for kurser væk fra deres faglige og daglige arbejde hos borgerne.</p> <p>Undervisningsdelen ved Det Palliative Team skal øge sygeplejerskernes viden og styrke deres kompetencer til at planlægge, lede, koordinere, undervise i og udføre den palliative basisindsats i forhold til andre faggrupper, borger og pårørende. Herudover skal undervisningen sikre, at sygeplejerskerne kan varetage koordinering af den <u>tværsektorielle</u> indsats i et tæt samarbejde med de praktiserende læger og andre relevante parter som f.eks. det Palliative Team.</p> <p>En del af undervisningen omhandler de redskaber, som skal anvendes og afprøves i indsatsen herunder bl.a. behovsvurderingsskemaet EORTC QLQ-C15-PAL eventuelt suppleret med CAT (COPD Assessment Test) eller St. George Respiratory Questionnaire ift. borgere med KOL. Ligeledes gælder det redskabet Advance Care Planning (ACP), som kan sikre afklaring af borgerens ønsker for at dø et bestemt sted og planlægning af den ønskede pleje. Der vil bl.a. være fokus på, hvordan og hvornår redskaberne kan bringes i spil i indsatsen.</p>
8.	Aktiviteter og metoder:	<p>Projektet bygges op omkring følgende faser og aktiviteter:</p> <p>1. Udviklingsfasen (oktober 2015- januar 2016) Der nedsættes en projektgruppe (se punkt 19) som mødes efter behov i efteråret 2015 for at udarbejde og kvalitetssikre eksempelvis følgende produkter:</p> <p><u>Vejledninger for anvendelse af redskaber</u> Vejledning for anvendelse af EORTC QLC-C15-PAL suppleret med CAT-skema eller tilsvarende for borgere med KOL. Samt beskrivelse af hvordan ACP (Advanced Care Planning) skal anvendes i indsatsen. Det skal bl.a. fremgå af hvem, hvornår og hvordan skemaerne/tilgangene skal anvendes, samt hvordan disse kan bruges i samarbejdet med øvrige relevante samarbejdspartnere herunder de praktiserende læger.</p> <p><u>Model for styrket samarbejde med de praktiserende læger</u> Beskrivelse af model for styrket samarbejde med de praktiserende læger. Modellen skal pege på, hvor sammenhæng og koordination i de palliative borgerforløb kan styrkes og (som</p>

		<p>supplement til sundhedsaftalen) beskrive, hvordan der kan opnås bedre planlægning, klarhed om opgavedeling og dermed optimering i forløbene. F.eks. gennem fælles opstartsmøder i borgerens hjem ved tildeling af en palliativ ydelse. Endelig skal modellen fremkomme med anbefalinger til, hvordan der kan ske en bred implementering.</p> <p><u>Kvalitetssikre kompetenceudviklingsforløb</u> Kvalitetssikre et kompetenceudviklingsforløb for sygeplejersker som udover at øge kompetencerne til at planlægge, koordinere, udføre og lede den basale palliative indsats - <i>også</i> skal understøtte brugen af de udvalgte redskaber i projektet og modellen for styrket samarbejde med de praktiserende læger.</p> <p>2. Opstartsfase (februar 2016 – december 2016) I opstartsfasen gennemføres kompetenceforløbene for sygeplejerskerne i et udvalgt lokalt område.</p> <p>Ligeledes afholdes der informations/dialogmøder med praktiserende læger. Den deltagende lægepraksis i projektet er ansvarlig for tilrettelæggelse af mødet</p> <p>3. Afprøvningsfasen (juni 2016 – september 2018) I afprøvningsfasen afprøves de udvalgte redskaber og en palliativ basisindsats forankret hos sygeplejerskerne i lokalområdet.</p> <p>For at understøtte afprøvningen ændres projektgruppen i afprøvningsfasen til at bestå af projektlederen og sygeplejersker i lokalområderne, repræsentant fra Center for Akuttilbud og Rehabilitering samt evt. en repræsentant fra Det Palliative Team. Denne organisering skal bidrage til <i>løbende vidensspredning</i> i alle lokalområder undervejs i projektet.</p> <p>Gruppe skal fungere som ambassadører for projektet og understøtte sygeplejerskerne i afprøvningen og indsamle data og sikre indrapportering til den tværgående evaluering.</p> <p>I 2017 påtænkes – afhængigt af resultater - at udrulle relevante dele af projektet yderligere ud til yderligere et eller to andre lokalområder med henblik på yderligere afprøvning og kvalificering af den palliative indsats i andre kontekster. Jvf tankegangen fra Forbedringsmodellen http://www.patientsikkerhed.dk/media/716928/acceleration_af_sundhv_endelig.pdf</p> <p>4. Evalueringsfasen (maj 2018 - september 2018) Som supplement til den tværgående evaluering og med henblik på udbredelse af erfaringer til andre kommuner gennemføres egen evaluering af lokale målsætninger. Se afsnit 15.</p> <p>Designet for egen evaluering udarbejdes, når detaljerne for den tværgående evaluering af kendt.</p>
9.	Rekruttering af borgere med livstruende syg-	Rekruttering til projektet vil ske via visitation til en palliativ ydelse – på samme vis som i dag.

	dom og deres pårørende	Efter kompetenceudviklingsforløbet forventes det, at antallet af borgere visiteret til palliative ydelser vil stige som følge af de styrkede kompetencer til at opspore og vurdere palliative behov, især i forhold til borgere med andre livstruende sygdomme end kræft, herunder de borgere med KOL, der ofte ikke opdages i dag.
10.	Inddragelse af målgruppen:	Som beskrevet under pkt. 8 inddrages hhv. Kræftens Bekæmpelse og Lungeforeningen i udviklingsarbejdet. Foreningerne vil efterfølgende indgå i projektets referencegruppe for resten af projektperioden. Derudover forventes det, at borgere og pårørende kan bidrage til egevalueringen f.eks. gennem fokusgruppeinterview.
11.	Forventes indsatsen at styrke øvrige områder?	Indsatsen forventes generelt at have en afsmittende effekt på vidensdelingen mellem primær og sekundær sektor. Derudover forventes projektet at styrke det tværsektorielle samarbejde omkring den palliative indsats yderligere, og kan blandt andet være løftestang for en styrket implementering af den del af sundhedsaftalen, der vedrører samarbejdet med de praktiserende læger. Den viden, der generes i projektet, kan forventeligt bruges til at styrke indsatsen i andre forvaltninger, hvor der arbejdes med borgere, der har palliative behov f.eks. i indsatsen for socialt udsatte, borgere med massivt misbrug eller svære sindslidelser på det specialiserede socialområde i Magistraten for Sociale forhold og Beskæftigelse (MSB).
12.	Samarbejde med øvrige aktører:	Følgende aktører indgår i projektet: <ul style="list-style-type: none"> • 1 udvalgt lokalområde i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune • 1 lægepraksis henhørende i et udvalgt lokalområde • Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital • Frivillige organisationer herunder Lungeforeningen og Kræftens Bekæmpelse • Sundhed og Omsorgs frivilligkoordinator indenfor det akutte og rehabiliterende område <p>Sygeplejerskerne i lokalområder får qua deres viden og erfaring med palliation og den eksisterende praksis i områderne en central rolle som aktive medspillere, der kan bidrage til at kvalificere projektet undervejs.</p> <p>Udover at deltage i udviklingsarbejdet, får de også en understøttende funktion ift. afprøvning og implementering i andre lokalområder. På denne måde vil praksis påvirkes og forandres løbende og ikke først efter projektevalueringen i 2018.</p> <p>Den valgte lægepraksis indgår i udviklingsarbejdet samt som samarbejdspartnere i afprøvningen af indsatsen. Derudover får de en særlig rolle ift. At formidle indsatsen til deres kollegaer</p>

		<p>via informationsmøder.</p> <p>Det kan ligeledes komme på tale, at vi allerede i 2017 kan afprøve effektive delelementer fra projektet i en lidt større skala.</p> <p>Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital bidrager til projektet, dels gennem udviklingsarbejdet, dels ved at gennemføre kompetenceforløb og understøtte afprøvningen af indsatsen.</p> <p>Lungeforeningen og Kræftens Bekæmpelse indgår i udviklingsarbejdet i projektet. Ligeledes er de en del af projektets referencegruppe, som har til opgave at følge og kvalitetssikre projektet løbende.</p>
13.	Arenaer, risiko og sundhedsadfærd:	<p>Projektet retter sig mod at styrke den basale palliative indsats i kommunen. Den specialiserede indsats varetages af Region Midt. Opgave- og ansvarsfordeling er velbeskrevet i Sundhedsaftalen for borgere med palliative behov, hvorfor projektet/ den videre udvikling af indsatsen tager afsæt heri.</p> <p>Det er en særlig udfordring at sikre den palliative indsats for de borgere, som er i fritvalgsordning. Der vil i forbindelse med projektet indgås en dialog med de private leverandører om indsatsen.</p>
14.	Tilpasning til den eksisterende indsats:	<p>Projektet bygger videre på den eksisterende palliative indsats og erfaringer med palliation i Sundhed og Omsorg samt et vel fungerende samarbejde med Det Palliative Team.</p>
15.	Dokumentation og af-rapportering:	<p>Den interne egevaluering vil bl.a. have fokus på gennemførelsegraden af undervisning, undervisningens oplevede relevans samt omsætning af viden i praksis - fx følgeskab med udvalgte medarbejdere i konkrete palliative borgerforløb. Ligeledes undersøges medarbejdernes erfaringer med at arbejde systematisk mono- som tværfagligt både lokalt og i det tværsektorielle samarbejde med de redskaber, der udvikles og afprøves i projektet.</p> <p>Derudover skal egevalueringen sætte fokus på, hvilken betydning den styrkede indsats har haft ift. opsporing af borgere med palliative behov, behovsvurdering samt planlægning af plejen med udgangspunkt i borgere/de pårørendes ønsker og behov.</p> <p>I egevalueringsperioden kan f.eks. indsamles kvalitative data om medarbejdernes, borgeres og pårørendes oplevelse af redskabernes relevans.</p> <p>Konkret dataindsamlingsdesign udarbejdes, når designet for den tværgående evaluering er kendt.</p>
16.	Formidling og kommunikation:	<p>Formidling af projektet til professionelle vil i opstartsfasen ske via relevante mødefora dels i det valgte lokalområde, på Direktionsmøder for alle 9 lokalområder dels i de administrative</p>

		<p>og politiske organer, herunder ældrerådet. Derudover formidles projektet løbende via intranet og hjemmeside.</p> <p>Borgere og pårørende får viden om projektet gennem lokale brugerråd, og projektet vil temasættes i bladet Vital, som er et husstandsomdelt blad til alle borgere over 60 år samt førtidspensionister i Aarhus Kommune.</p> <p>Borgere som direkte involveres i projektet informeres om indsatsen af den relevante sygeplejerske i forbindelse med tildelelse af en palliativ ydelse.</p> <p>Ved afslutning af projektet, vil projektets resultater ud fra egen evaluering og den tværgående evaluering formidles og danne baggrund for en politisk beslutning omkring implementering i Aarhus Kommune.</p>
17.	Projektets forankring:	<p>Der er en klar forventning om, at projektet allerede undervejs vil løfte kvaliteten i den palliative indsats og bidrage til, at borgere med palliative behov - uanset diagnose - i højere grad opspores og sikres den relevante indsats i overensstemmelse med deres ønsker og behov.</p> <p>På den baggrund er det ligeledes forventningen, at elementerne i projektet på sigt skal udrulles til de øvrige lokalområder i MSO. Det forventes, at dette igangsættes under projektperioden i 2017. Se i øvrigt pkt.12</p>
18.	Styregruppe:	<p>Styregruppen består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Sundhedschef Anne Marie Zacho-Broe (tilskudsansvarlige chef) · Kvalitetskonsulent Sussi Egelund Schmidt (projektleder) · Leder af Kvalitet og Borgersikkerhed Elin Kallestrup · Ledere fra det involverede lokalområde (viceområdechefer med ansvar for Sundhedsenhed, hjemmepleje) · Leder Helle Haunstrup Krogh, Akutenheden · Afdelingssygepl. Ane Bonderup fra Det Palliative Team · Praksiskonsulent Anne Visby Lunde, Aarhus Kommune
19.	Projektets organisering og bemanding:	<p>Projektet bygges op med afsæt i KLS anbefalinger i "Metoder og redskaber til gennemførelse af projekter i kommuner".</p> <p>Aarhus Kommune vil danne følgende projektorganisering:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Styregruppe · Projektgruppe · Referencegruppe. <p>Projektets daglige styring og ledelse varetages af projektleder Sussi Egelund Schmidt. I nedenstående præsenteres kort rollefordelingen projektorganiseringen.</p> <p>Styregruppens sammensætning er beskrevet i afsnit 18.</p> <p><u>Styregruppen</u> er overordnet ansvarlig for projektet fremdrift og træffer de nødvendige, strategiske beslutninger om projek-</p>

		<p>tets retning i overensstemmelse med den godkendte projektansøgning til Ministeriet.</p> <p><u>Projektgruppen</u> er ansvarlig for gennemførelse af projektet. I udviklingsfasen består projektgruppen af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projektleder Sussi Egelund Schmidt • Viceområdechefer for de involverede enheder i det valgte lokalområde • 1 – 2 sygeplejersker fra det involverede lokalområde • Én praktiserende læge fra det involverede lokalområde • Én repræsentant fra Hospice Søholm • Én repræsentant fra Det Palliative Team - Aarhus Universitetshospital • Én repræsentant fra hhv. Kræftens Bekæmpelse og lungeforeningen <p>Efter udviklingsfasen og i resten af projektperioden består projektgruppen som minimum af projektlederen, en sygeplejerske fra lokalområdet samt en repræsentant fra Det Palliative Team AUH.</p> <p><u>Referencegruppen</u> nedsættes efter udviklingsfasen og består af de medlemmer, der udgår fra projektgruppen efter udviklingsfasen. Referencegruppen er ansvarlige for at understøtte projektet blandt andet via input og sparring til projektets øvrige organer.</p> <p>Grupperne skal være dynamiske, således at relevante ressourcpersoner inddrages ad hoc – fx ansatte inden for frivilligområdet i Sundhed og Omsorg, borgere og pårørende.</p> <p><u>Projektleder</u> er den dagligt ansvarlige for sikring af projektets fremdrift. Projektlederen er bindeled mellem styregruppe, projektgruppe og referencegruppe, og blandt andet sikre løbende kontakt og forventningsafstemning med projektets aktører.</p>
20.	Tidsplan:	<p>Projektet igangsættes i oktober 2015 og afsluttes d. 30. september 2018. Se mere detaljeret tidsplan i afsnit 8.</p> <p>2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oktober – januar 2016: Udviklingsfase <p>2016</p> <ul style="list-style-type: none"> • Februar 2016 - december 2016: Opstartsfasen • Juni 2016 –: Afprøvningsfase <p>2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Januar 2017–: Afprøvningsfase og evt. opskalering af vellykkede delelementer fra projektet i andre lokalområder <p>2018</p> <ul style="list-style-type: none"> • Januar 2018 - september 2018: Afprøvningsfase fortsat • Juni 2018 - september 2018: Evalueringsfase