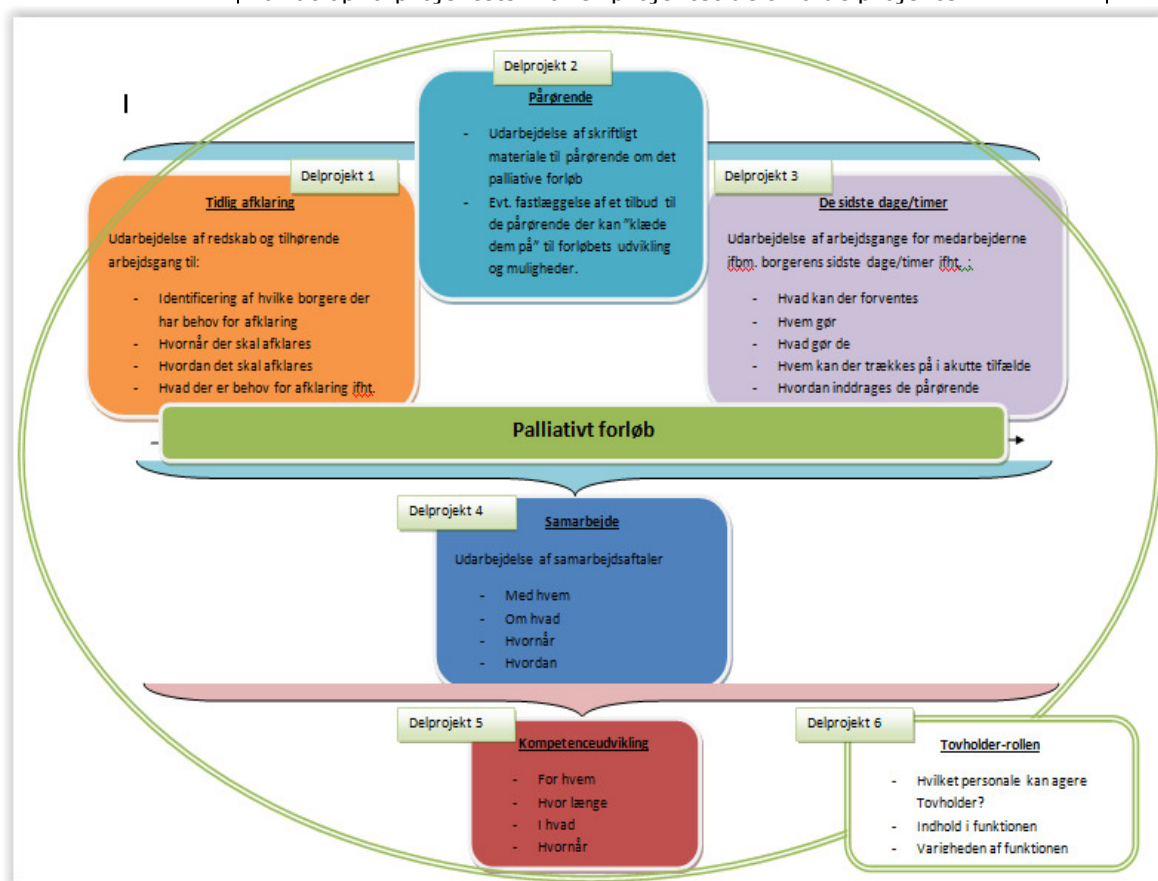


Skema 2: Projektbeskrivelsesskema

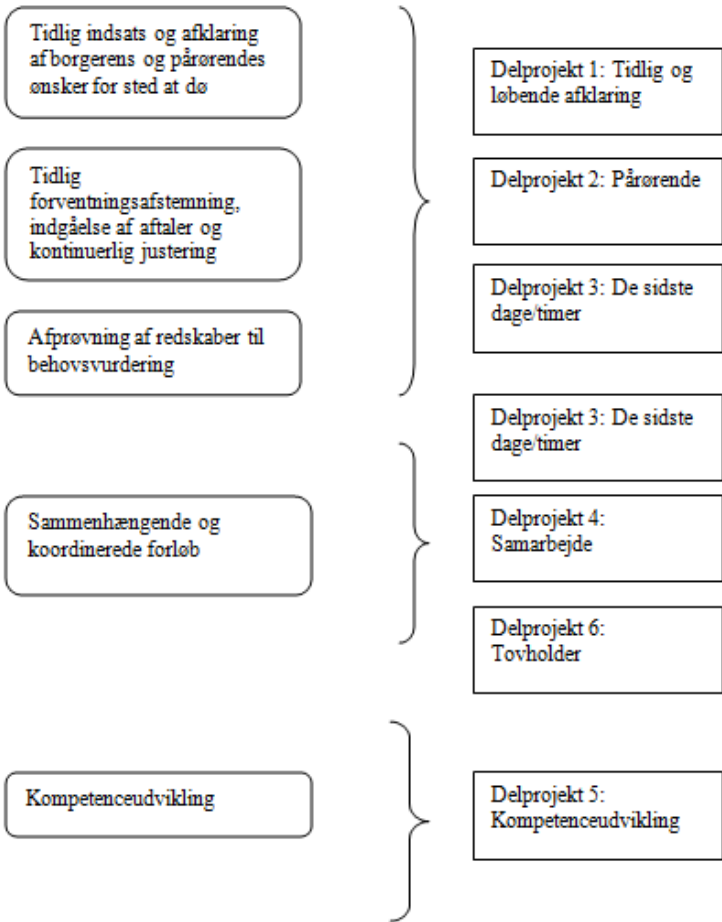
”Værdig død - modelkommuneprojekt”

1.	Projektets titel:	Min sidste tid
2.	Baggrund og vision for projektet:	<p>Døden er en begivenhed som strækker sig over tid - fra erkendelsen af dens snarlige komme til den sidste tid inden døden indtræffer, selve døden og tiden umiddelbart efter. Denne definition af døden er en central forudsætning for at sikre, at borgerne oplever det, der kan beskrives som en værdig død. Erfaringer viser, at mennesker med uhelbredelige livstruende sygdomme ønsker at være længst muligt i hjemmet og eventuelt at dø der, men at mange hindres i dette pga. manglende organisatoriske rammer i kommunen. Erfaringer viser også, at ønsket om at dø hjemme kan ændre sig undervejs i et sygdomsforløb og at dette ønske formindskes jo mere kompleks og progressiv sygdomsforløbet bliver.</p> <p>Visionen for projektet ”Min sidste tid” er derfor ikke, at alle borgere skal dø hjemme, men at døden skal foregå der, hvor den enkelte borger ønsker det. Borger, pårørende og personale skal således tidligt i borgerens sygdomsforløb og løbende frem til den sidste tid have mulighed for at afstemme forventninger til borgerens død, så de bedst mulige rammer for denne kan etableres.</p> <p>Konkret er visionen, at alle døende med tilknytning til Svendborg Kommunes hjemmepleje kan dø i rammer, som så vidt muligt stemmer over ens med deres og deres pårørendes forestilling om hvor og hvordan, de bedst forlader livet.</p>
3.	Overordnet mål – herunder forebyggelses/-sundhedsfremmeperspektiv:	<p>I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens formål med puljen er det overordnede mål med projektet at sikre, at flest mulige borgere og pårørende oplever, at rammerne omkring borgerens død så vidt muligt er i overensstemmelse med <u>borgerens ønsker</u>.</p> <p>Formålet med projektet er endvidere at bidrage til at udvikle og afprøve metoder til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at fremme en tidlig afklaring og løbende forventningsafstemning i forhold til hvor den enkelte borger med livstruende sygdom ønsker at dø. • at udvikle og optimere sammenhængende tværfaglige og tværsektorielle forløb for borgere i palliative forløb. • at udvikle og optimere kompetencer hos de involverede aktører i kommunen. <p>Det er projektets konkrete målsætning at 80% af borgerne i hjemmeplejen og på plejecentrene dør i rammer der er i overensstemmelse med deres ønske. For at opnå dette mål er projektet opdelt i 6 delprojekter, der følger puljens indsatsområder (se yderligere herom nedenfor).</p> <p>Gennemgående i delprojekterne – både i mål og i sammensætning af projektgrupperne - er fokus på samarbejde mellem de parter, som mødes omkring og er en del af borgerens palliative forløb. Kun gennem smidigt og respektfuldt samarbejde kan der skabes de rette rammer for borgerens sidste tid. Derfor vil dette projekt have som</p>

	<p>fokus at bidrage til samarbejdspartneres interne forståelse for hinanden samt klarlægge og understøtte mulighederne for samarbejde parterne imellem.</p>
<p>Delmål:</p>	<p>For at nå projektets mål skal der igangsættes indsatser både på det strukturelle og det individuelle niveau. Begge niveauer har borgeren i fokus, men opnår det med forskellige tilgange.</p> <p>På det strukturelle niveau er målet med indsatserne, at der gennem ændrede arbejdsgange skabes tidlig og løbende afklaring af borgers ønsker til død, samt at der sikres et koordineret og systematise- ret tværfagligt og -sektorielt samarbejde omkring borgerens behov. Det kræver at medarbejderne besidder de rette kompetencer til både at kunne imødekomme de ændrede arbejdsgange på det strukturelle niveau men også at kunne inddrage og støtte på pårørendeniveau.</p> <p>På det individuelle niveau er målet er at sørge for viden om det forventede palliative forløb (herunder rammerne for døden) hos de pårø- rende, samt sikre, at de pårørende føler sig inddraget og samtidig opnår forståelse for mulighederne for at kunne imødekomme borge- rens ønsker til døden.</p> <p>Projektets målhierarki i bilag 2 illustrerer grafisk målene med projek- tet – herunder overordnet mål, projektformål, delprojekter, delmål og effektmål.</p> <p>Det overordnede mål følger Sundhedsstyrelsen mål med puljen, mens projektformålet er at bidrage til udvikling og afprøvning af metoder til at opnå det overordnede mål. Delprojekterne og delmålene følger projektets indsatsområder, da det er disse, som baner vejen for at øge muligheden for at afdække og imødekomme borgerens ønsker til rammerne for døden. Effektmålene skal bruges til at følge op på om projektet har den ønskede effekt for borgere, pårørende, medarbej- dere og samarbejdspartnere i relation til det overordnede formål.</p> <p>For at opnå projektets mål er projektet delt i 6 delprojekter:</p>



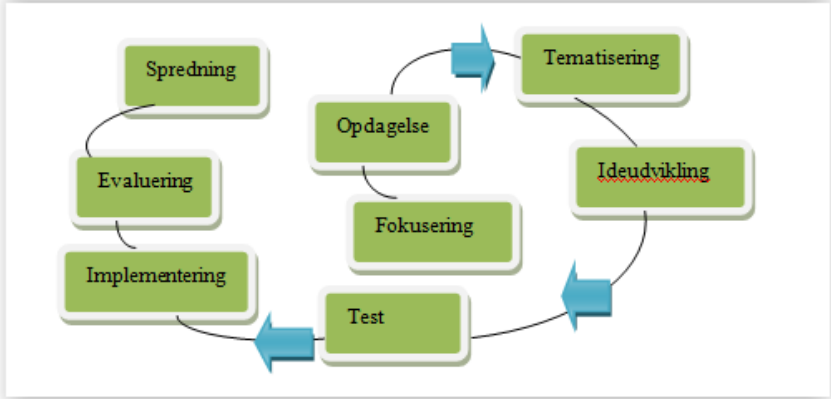
		<p>Delprojekt 1: Tidlig og løbende afklaring Delprojektet har til mål at udarbejde redskaber, der kan støtte medarbejderne i: 1) At identificere borgere, hvor det er relevant at afklare ønsker ifht. døden, 2) Afdække/dokumentere borgernes ønsker til døden 3) Vurdere behov i det palliative forløb med henblik på at kunne imødekomme borgerens ønsker til døden samt 4) Handle på viden genereret i 1)-3). Yderligere skal dette delprojekt udmunde i en arbejdsgang, der sikrer kontinuerlig brug af redskaberne til løbende behovsvurdering og afklaring i forhold til borgerens ønsker til døden</p> <p>Delprojekt 2: Pårørende Erfaringerne viser, at mange indlæggelser omkring dødstidspunktet sker fordi de pårørende er utrygge ved, at borgeren forbliver hjemme frem til døden. Dette delprojekt har til mål at udarbejde skriftligt materiale sammen med et mestings-tilbud til de pårørende, så der i fællesskab kan ske en tidlig og løbende forventningsafstemning ifht. borgerens ønsker til hvor døden skal finde sted. Dette projekt bygger som beskrevet indledningsvis på forståelsen af en god/værdig død som en begivenhed, der strækker sig over tid, og som også indebærer tiden efter dødens indtræffen. Og det er netop i tiden umiddelbart efter, at de pårørende ikke skal glemmes. Derfor skal dette delprojekt også udarbejde en metode og en arbejdsgang, der sikrer at de pårørende også i tiden umiddelbart efter døden tilgodeses.</p> <p>Delprojekt 3: De sidste dage/timer En del indlæggelser ifbm. med den døendes sidste dage/timer sker fordi plejepersonalet omkring borgeren ikke er tryk ved forløbet. Forløbet omkring borgerens sidste dage/timer er særlig for det palliative forløb, da der her kan opleves et meget accelereret og komplekst forløb. For at sikre at personalet kan imødekomme borgernes ønsker om at forblive hjemme, og samtidig føle sig trygge i denne situation, er målet med dette delprojekt, at de rette muligheder for sparring og inddragelse af andre faggrupper etableres ligesom adgang til og fortrolighed med de nødvendige redskaber til monitorering og lindring af borgerens tilstand sikres. Denne "værktøjskasse" til brug for personalet omkring borgeren i de sidste dage/timer, bør være fleksibel i sit indhold og indeholde støtte til medarbejderen skræddersyet i forhold til hvilken sygdomssituation en given borger befinder sig i – hvad enten borgeren f.eks. er diagnosticeret med cancer, KOL eller hjertekomplikationer.</p> <p>Delprojekt 4: Samarbejde Der er mange tilbud til borgere og pårørende i forhold til støtte og bistand i det palliative forløb – kommunale, regionale og private. Disse tilbud er dog ikke altid koordinerede, og alle involverede parter omkring borgeren er ikke altid bevidste om mulighederne hos hinanden. Et sammenhængende forløb, hvor alle relevante aktører involveres er med til at skabe et trygt forløb for borgeren – og støtte borgeren længst muligt i egne valg i forhold til døden. Dette delprojekt har til mål at afdække muligheder for at samarbejde omkring borgerne - fra den tidlige afklaring frem til døden – samt udarbejde arbejds gange eller nye tiltag, der understøtter udarbejdelse og afprøvning af samarbejdsformer. Som eksempel kan nævnes afprøvning af en "døgnåben telefonlinje mellem hjemmesygeplejersker og hospicesygeplejersker", hvor der kan gives sparring i det enkelte palliative forløb uden for almindelig dagarbejdstid.</p> <p>Delprojekt 5: Kompetenceudvikling En del af årsagerne til, at borgernes ønske om at dø i hjemmet ikke imødekommes, er, at plejepersonalet omkring borgeren ikke nødvendigvis har de rette kompetencer i forhold til at forstå og håndtere et palliativt forløb frem til døden i eget hjem. Dette skaber utryghed hos</p>
--	--	--

		<p>borgeren, de pårørende og personalet. Dette delprojekt har som mål at udforme et kompetenceudviklingsforløb i forhold til palliation for hovedsagligt for sygeplejerskerne tilknyttet hjemmesygeplejen. Delprojektet har ikke basispersonale (SOSU-assistenten og SOSU-hjælperen) som fokus, da der allerede er et etableret forløb for dette i kommunen. Som følge af udarbejdelse af kompetenceudviklingsforløbet for sygeplejerskerne kan der dog ske justeringer i eller udvidelse af kompetenceudviklingsforløbet for SOSU-personalet.</p> <p>Delprojekt 6: Tovholder Erfaringer viser, at forløb, hvor der er en udpeget tovholder for tilrettelæggelse og løbende opfølgning for borgerens plejeplan i det palliative forløb frem til døden, er kendetegnet ved en højere grad af tryk hos borgeren, hos pårørende og hos personale. Dette delprojekt skal specificere hvad en sådan funktion skal indeholde, hvornår den er særlig relevant samt sikre at en sådan rolle som tovholder formaliseres og dermed tydeliggøres hos de relevante samarbejdspartner.</p>
4.	<p>Projektets fokusområder:</p>	<p>Døden er en begivenhed som strækker sig over tid - fra tidlig afklaring af ønsker til døden, til den sidste tid inden døden indtræffer, selve døden og tiden umiddelbart efter. Dette tidsperspektiv bidrager til forståelsen af at projektets mål må have fokus på alle fem fokusområder. De seks ovenstående delprojekter er essentielle for at komme igennem alle faserne i forløbet for en værdig død.</p> 
5.	Målgruppe(r):	Målgruppen for projektet er borgere over 18 år som modtager ydelser i hjemmeplejen eller er bosiddende på kommunes plejecentre.

		<p>Der er på nuværende tidspunkt ca. 2700 borgere, der modtager ydelser i hjemmeplejen og ca. 850 borgere bosiddende på Svendborg Kommunes 17 plejecentre.</p> <p>Målgruppen indsnævres yderligere til i første omgang at indeholde borgerne i de sektioner og plejecentre, der udpeges til at deltage i den første pilotprojektperiode. Derefter udvides målgruppen til 2. pilotprojektperiode og igen til 3. pilotprojektperiode jfv. Bilag 5 Tidsplan.</p> <p>Målgruppen vil – med inspiration fra Projekt PINK (Palliativ Indsats Nyborg Kommune) - blive endnu skarpere defineret indenfor de udvalgte sektioner i pilotprojektperioden ud fra hvorvidt personalet kan svare positivt til følgende: "Det vil ikke undre dig hvis denne borger dør indenfor de næste 6-12 mdr." (Se link til projektet under 'aktiviteter og metoder').</p> <p>Målgruppen vil også kunne identificeres inspireret af redskaberne udviklet i forbindelse med tillægget til den regionale implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for kræftpatienter, som Det Administrative Kontaktforum i Region Syddanmark godkendte i marts 2015. Tillægget omhandler kommunikationen omkring vurderingen af kræftpatienternes behov for rehabilitering og palliation. Behovsvurderingen er en identifikation af, om patienten har et rehabiliterings- eller palliationsbehov samt en kort beskrivelse af, hvori behovet består. Der er udarbejdet information og vejledning vedrørende behovsvurderingen til såvel patienter/pårørende som personalet</p> <p>Men da den eksakte afgrænsning af borgere skal foretages i delprojekt 1 sammen med udvikling af redskaberne til tidlig identificering af borgere med behov for afklaring, er det foreløbigt vanskeligt at præcisere omfanget af målgruppen yderligere.</p> <p>Der tages i afgrænsningen af målgruppen ikke udgangspunkt i diagnoser.</p> <p>Der skelnes ikke mellem kønnene i målgruppen og der skelnes heller ikke mellem borgere af forskellig etnisk oprindelse, da det forventes, at de redskaber og arbejdsgange der udarbejdes, er fleksibelt anvendelige i forhold til den enkelte borgers konkrete situation.</p> <p>En anden vigtig målgruppe er medarbejderne. Både SOSU-assistenter, SOSU-hjælpere og sygeplejersker vil alle være en del af det kommunale personale, som er med til at skabe rammerne om borgerens død – allerede fra tidlig afklaring og frem til selve døden. Det er derfor et vigtigt aspekt i projektet at sikre inddragelse samt udvikling af kompetencerne hos denne gruppe i forhold til projektets overordnede mål. Målgruppen i forhold til personale er derfor al SOSU-personale samt sygeplejerskerne i de sektioner og plejecentre der udpeges til at deltage i den første pilotprojektperiode. Derefter udvides målgruppen til 2. pilotprojektperiode og igen til 3. pilotprojektperiode jf. tidsplanen.</p> <p>Samtidig er målgruppen også de samarbejdsparter, som mødes omkring og er en del af borgerens palliative forløb. Disse er alle med til at skabe rammerne for borgerens sidste tid. Kun gennem smidigt og respektfuldt samarbejde kan der skabes de rette rammer for borgerens sidste tid. Derfor vil dette projekt have som fokus at bidrage til samarbejdsparternes interne forståelse for hinanden samt klarlægge og understøtte mulighederne for samarbejde parterne imellem.</p>
--	--	--

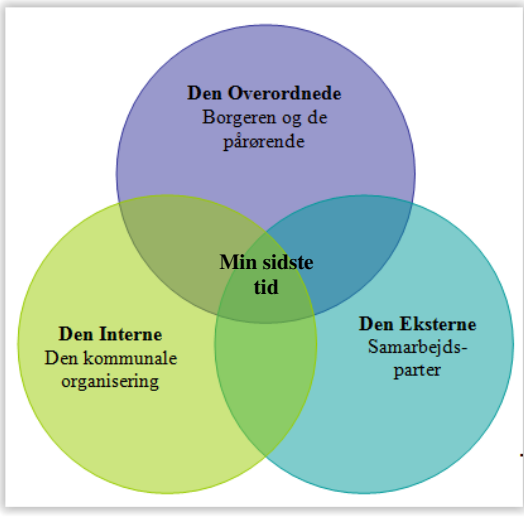
6.	Rekrutteringsstrategi:	<p>Grundet stærk ledelsesmæssig opbakning til projektet i Svendborg Kommune er det muligt at hente en bred faglig repræsentation fra medarbejdergruppen til deltagelse i udvikling af metoder og redskaber i de enkelte delprojektgrupper. Samtidig er det muligt at tilrettelægge projektet således, at al SOSU-personale og alle sygeplejersker i de udpegede pilotsektioner kan inddrages i projektet i pilotprojektperioderne.</p> <p>I forhold til rekruttering af samarbejdspartnere så har der til udarbejdelsen af denne ansøgning været afholdt ide-udviklings-møde samt efterfølgende sparring omkring ansøgningen med relevante samarbejdsparter, der alle har udvist stor interesse for at deltage i projektet. Disse samarbejdsparter har indgået forpligtende samarbejdsaftaler, som kan ses af Bilag 1.</p> <p>I forhold til rekruttering af borgere og pårørende se besvarelse af punkt 9.</p>
7.	Sikring af kompetencer blandt fagpersonale:	<p>Delprojekt 6 har som mål at udarbejde et kompetenceudviklingsforløb til sygeplejerskerne i hjemmeplejen og på plejecentrene dag/aften/nat. Uddannelsen skal udvikles i samarbejde med Hospice Sydfoyn, Palliativt Team Fyn og UCL, Sygeplejeskolen og forventes at have format af et ca. 3 dages efteruddannelsesforløb, der kan tilbydes alle ansatte sygeplejersker. Det skal samtidig være en del af det fremtidige tilbud til efteruddannelse af sygeplejerskerne, så nyansatte også kan sikres disse kompetencer.</p> <p>Fokus for kompetenceudviklingen vil være at højne sygeplejerskernes kendskab til palliation, samt etablere: 1) en fælles forståelse af begrebet 'en værdig død', 2) fortrolighed med nye arbejdsgange og kommunikative redskaber der tilgodeser og understøtter tidlig og løbende afklaring af borgernes ønsker til rammerne for dødens indtræffen 3) kendskab til mulighederne for tværfagligt og -sektorielt samarbejde omkring samme. På et praktisk plan indebærer kompetenceudviklingen selvsagt også at medarbejderne introduceres til og gøres fortrolige med de udviklede redskaber til brug for dette arbejde, som beskrevet under delprojekt 1, i det omfang de er udarbejdet på daværende tidspunkt.</p> <p>I projektperioden forventes ca. 60 sygeplejersker (ud af kommunens ca. 100 sygeplejersker) at kunne gennemgå kompetenceudviklingsforløbet. (20 i første pilotprojektperiode, yderligere 20 i 2. pilotprojektperiode og yderligere 20 i 3. pilotprojektperiode). Kompetenceudviklingsforløbene forventes at blive afviklet umiddelbart inden hver pilotprojektperiode jf. tidsplanen.</p> <p>I Svendborg Kommune er der ansat ca. 300 SOSU-assistenten og ca. 600 SOSU-hjælpere tilknyttet Ældreområdet. Nærværende projekt har ikke fokus på basispersonalet i form af SOSU-medarbejdere, da disse allerede gennem et etableret uddannelsesforløb i kommunens projekt "Færre akutte indlæggelser" modtager undervisning med fokus på palliation. Se yderligere herom under punkt 14.</p>
8.	Aktiviteter og metoder:	<p>Projektet vil afprøve nye tiltag og aktiviteter inden for puljens fem obligatoriske indsatsområder, der tager udgangspunkt i Svendborg Kommunes eksisterende arbejdsgange og supplerer med nye metoder.</p> <p>Som det fremgår af bilag 5 aktivitets- og tidsplan for projektet skal projektet bygge på eksisterende viden og erfaringer, og derfor afsættes tid i projektet til litteraturstudie. Allerede nu kan der identificeres</p>

		<p>følgende referencer – nationale og internationale - som projektets delprojekter skal tage udgangspunkt i og som denne ansøgning bygger på:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats 2011 http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/SYB/Palliation/PalliativeIndsats_anbef.pdf - Evaluering af projekt palliation i Nyborg Kommune – PINK 2013 http://www.pavi.dk/Files/PINK%20rapport%202013.pdf - Evaluering af projekt palliation i Odsherred kommune 2014 http://www.pavi.dk/Files/Udgivelser%20PAVI/Evaluering%20af%20Projekt%20Palliation%20i%20Odsherred%20Kommune%20-%20PPO.pdf - Palliativ indsats i den kommunale pleje 2012 http://www.pavi.dk/Libraries/Kortlaegning/palliativindsats_kommunalepleje.sflb.ashx - 'Conversation Project' http://theconversationproject.org/ - Sundhedsstyrelsens anbefalinger ifht. inddragelse af pårørende til alvorlig syge, https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2012/stoette-og-inddragelse-af-paaroerende-til-alvorligt-syge - Region Syddanmarks Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – samt tillæg hertil http://regionsyddanmark.dk/wm430928 http://regionsyddanmark.dk/wm465192 - Center for Kliniske Retningslinjer: Klinisk Retningslinje om intervention, der støtter voksende pårørende til kræftpatienter i palliativt forløb http://www.kliniskeretningslinjer.dk/media/344467/interventioner_der_stoetter_voksne_paerrende_til_kraeftpatienter_i_palliativt_forlob.pdf - Vagtlægeordningen til det palliative team fra læge til læge 2014 https://www.sundhed.dk/content/cms/50/53450_information-vedr-palliativ-rdgivningsfunktion.pdf <p>Projektet er opdelt i tre næsten ens perioder (se tidsplan bilag 5) – der alle indledes med afholdelse af projektgruppemøder, hvor projektgrupperne til delprojekterne 1-6 udvikler redskaber og arbejdsgange til afprøvning i den kommende pilotprojektperiode. Derefter følger en periode med uddannelse af relevant personale til den efterfølgende pilotprojektperiode. Pilotprojektperioden sættes i gang med et kick-off arrangement for personale i de udvalgte sektioner, hvor redskaber og arbejdsgange introduceres. I løbet af pilotprojektperioderne evaluerer projektlederen sammen med personalet på afprøvningsperioderne, og efter endt pilotprojekt sikrer projektlederen en samlet evaluering af pilotprojektet. Denne evaluering præsenteres for projektgrupperne, som igen afholder en række møder til tilpasning af redskaberne og arbejdsgangene, frem til den nye pilotprojektperiode.</p>
--	--	---

		<p>Svendborg Kommune er delt geografisk op i to Hjemmeplejeområder (Øst og Vest – som hver består af 4 hjemmeplejesektioner) og to Plejecenterområder (Øst og Vest – som består af henholdsvis 9 plejecenter og 8 plejecentre). De to første pilotprojekter planlægges til at foregå i Øst, fordi det derved er samme aftensygeplejersker og natsygeplejersker der er involveret i begge de to pilotprojektperioder. Det sidste pilotprojektforløb afholdes i Vest, for at afprøve hvorvidt de nu afprøvede redskaber og arbejdsgange kan appliceres i et helt andet område. Derved er det muligt i mindre skala at evaluere på, hvorvidt den udviklede tilgang kan overtages og bruges i andre kommuner.</p> <p>Den løbende evaluering samt den endelige evaluering af projektet vil bestå af både en kvalitativ (proces) og en kvantitativ (effekt) del. Procesevaluering vil bestå af individuelle – og fokusgruppeinterview med borgeren, de pårørende og fagprofessionelle for at afdække hvorledes disse grupper opfatter processen samt det tværsektorielle samarbejde omkring emnet borgerens ønsker til døden. Inddragelse af borgeren i evalueringen vil ske ifht. evaluering af den tidlige og løbende afklaring og koordinering af samarbejdet. Der vil være en naturlig begrænsning i at inddrage projektets målgruppe af borgere i evalueringen af forløbet ifht. den sidste tid.</p> <p>Den kvantitative del skal opgøres i henhold til projektets mål og delmål.</p>
9.	<p>Rekruttering af borgere med livstruende sygdom og deres pårørende</p>	<p>Borgere og deres pårørende vil blive rekrutteret i de udpegede pilotsektioner i henholdsvis 1., 2. og 3. pilotprojektperiode. Fordi Svendborg Kommune allerede nu har en vedtagen arbejdsgang, der sikrer tidlig afklaring af borgernes ønsker til livsforlængende behandling, herunder genoplivning (se Bilag 6), er flere borgere og pårørende tilknyttet Svendborg Kommunes hjemmepleje bekendt med en tidlig afklaring af ønsker ifht. døden. Derfor forventes den initiale barriere omkring samtaler omkring døden med borgere og pårørende at være mindsket, hvilket vil gøre det lettere at rekruttere borgere og pårørende til projektet.</p>
10.	<p>Inddragelse af målgruppen:</p>	<p>I Svendborg Kommune arbejdes der efter "Procesmodel for bruger- og medarbejderdreven innovation", hvor der lægges vægt på en høj grad af bruger- og medarbejderinddragelse i udvikling af løsninger i projektet. Se nedenstående figur som overordnet skitserer modellen. Denne model tænkes benyttet i projektet. Brugerinddragelse vil i dette tilfælde indebære borgere, pårørende og medarbejdere.</p>  <pre> graph TD Opdagelse --> Tematisering Tematisering --> Ideudvikling Ideudvikling --> Test Test --> Implementering Implementering --> Evaluering Evaluering --> Spredning Spredning --> Opdagelse </pre> <p>Til hvert delprojekt nedsættes en projektgruppe med repræsentanter fra medarbejdere og øvrige relevante faggrupper og samarbejdspartnere. Borgere og pårørende inddrages som referencegruppe til pro-</p>

		<p>jektgrupperne. Referencegruppen behovafdækkes gennem kvalitative interviews og bruges som sparringsparter ifht. projektgruppernes produkter.</p> <p>Hver projektgruppe nedsættes med det specifikke mål for det enkelte delprojekt (Fokusering). Gruppen skal derefter arbejde efter procesmodellen hvor de på baggrund af litteraturstudier og egne erfaringer (Opdagelse og Tematisering) udvikler forslag til redskaber og arbejdsgange (Ideudvikling) til afprøvning i pilotprojektperioderne (Test og Implementering). Efter hvert pilotprojekt opsamles erfaringerne fra projektperioden og arbejdsgrupperne skal derfra videreudvikle på redskaberne og arbejdsgangen (Evaluering) til endnu en afprøvning (Spredning). Se punkt 8 for yderligere beskrivelse af projektets aktiviteter.</p>
11.	<p>Forventes indsatsen at styrke øvrige områder?</p>	<p>Tværasektorielt samarbejde</p> <p>Der foregår naturligvis allerede tværasektorielt samarbejde mellem sygehus, kommune og de private patientforeninger, men ofte er samarbejdet mangelfuldt og usystematisk. I projektet skal det tværasektorielle samarbejde suppleres med flere fastlagte arbejdsgange og koordinationsmøder, der systematiserer samarbejdet og sikrer, at det ikke er borgerne og de pårørende selv, der skal viderebringe information på tværs af sektorerne. Projektet kan også være med til at udvikle modeller for bedre kommunikation sektorerne imellem. Det kan både dreje sig om nye it-løsninger eller ændring af arbejdsgange i forhold til den tværasektorielle kommunikation.</p> <p>Der findes flere snitflader mellem fagområder og sektorer, hvor projektet vil være ekstra opmærksomt på at forbedre samarbejdet. Disse snitfalder findes bl.a. i:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontakten mellem sygehusafdeling, praktiserende læge og hjemmeplejen tidligt i det palliative forløb. - Overdragelsen af borgeren til kommunen efter udskrivelse fra sygehuset. - Det løbende samarbejde mellem hjemmeplejen, behandlende sygehusafdeling, Palliativt team og almen praksis i forbindelse med opfølgning i borgerens palliative forløb. - Udskrivelse fra Hospice til hjemmeplejen - Indlæggelse på Hospice fra hjemmeplejen <p>Konkret vil deltagelse i projektgrupperne bidrage til øget vidensdeling og fælles fokus på projektets mål. Derudover vil projektets årlige afholdelse af et fælles arrangement bidrage til større kendskab og forståelse på tværs af fag og sektorer.</p> <p>Indsatsen forventes dermed at øge forståelsen for faggruppernes behandling, prioritering og begrænsning, samt styrke overgangene så viden ikke går tabt. Den øgede kommunikation vil også mindske risikoen for, at nogle faggrupper tror, at andre faggrupper tager sig af en bestemt problematik hos borgeren, hvis det ikke er tilfældet.</p> <p>Af eksisterende tværasektorielle tiltag, der vil blive styrket af projektet kan nævnes tillægget til den regionale implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for kræftpatienter, som Det Administrative Kontaktforum i Region Syddanmark godkendte i marts 2015. Tillægget omhandler kommunikationen omkring vurderingen af kræftpatienternes behov for rehabilitering og palliation. Behovsvurderingen er en identifikation af, om patienten har et rehabiliterings- eller palliationsbehov samt en kort beskrivelse af, hvori behovet består. Alle kræftpatienter skal tilbydes en behovsvurdering, når de påbegynder og afslutter et behandlingsforløb på sygehuset, og når deres behov i øvrigt ændrer sig. Der er udarbejdet information og vejledning vedrø-</p>

		<p>rende behovsvurderingen til såvel patienter/pårørende som personalet. Nærværende projekt vil både kunne understøtte implementeringen af dette nye behovsredskab for kræftpatienter, samt den i næste fase planlagte udviklingen af et it-redskab, som kan muliggøre udvekslingen af data vedrørende palliation via en fælles portal. Der kan læses yderligere herom på følgende link http://regionsyddanmark.dk/wm465192</p>
12.	Samarbejde med øvrige aktører:	<p>Nedenstående aktører har alle udtrykt positiv interesse for at indgå samarbejde omkring projektet og vil bidrage med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltagelse i styregruppen - Deltagelse i ekstra tværfaglig- og tværsektorielle møder - Bidrage med fagligsparring i pilotprojektperioderne <p>Underskrevne samarbejdsaftaler kan ses af Bilag 1</p> <p>Region Syddanmark:</p> <p><u>Hospice Sydfyn:</u> Hospice Sydfyn er en selvejende institution, der har driftsaftale med Region Syddanmark Det er en specialiseret palliativ enhed, der har palliativ indsats som hovedopgave. Her behandles patienter med alvorlig, uhelbredelig, livstruende sygdom med komplekse palliative problemstillinger af en vis sværhedsgrad, med flere sammenhængende problemstillinger. Patienter med behov for tværfaglig specialindindsats. Symptomerne kan være af fysisk, social, psykologisk og åndelig/eksistentiel karakter. På Hospice Sydfyn indlægges patienterne til palliativ pleje indtil døden eller til et symptomlindrende ophold, hvor patienten efterfølgende udskrives til eget hjem eller plejebolig. Der er et tæt samarbejde med sygehusafdelinger og hjemmepleje.</p> <p><u>Palliativ Team Fyn:</u> Palliativ Team Fyn arbejder med lindrende behandling af patienter med alvorlig, livstruende sygdom, hvor helbredelse ikke er mulig. Teamet er tværfagligt sammensat med henblik på at kunne støtte patienterne i forbindelse med de mange problemstillinger af fysisk, social, psykologisk og eksistentiel art, som ofte forekommer ved uhelbredelig sygdom. Palliativ Team Fyn har specialistfunktion og samarbejder tæt med de primære behandlere, som er omkring patienten i det daglige, f.eks. praktiserende læger, hjemmesygeplejersker, kommunale terapeuter og andre hospitalsafdelinger.</p> <p><u>Palliativt Frivilligt Netværk:</u> En forening der i samarbejde med Palliativ Team Fyn tilbyder en individuel tilrettelagt frivillig indsats hos uhelbredeligt syge i eget hjem.</p> <p><u>Afd. G, Svendborg Sygehus, OUH:</u> Afdeling G. har megen erfaring i de komplekse behandlingsforløb for den ældre medicinske patient, som i stigende grad afstedkommer et behov for tæt samarbejde med den kommunale hjemmepleje.</p> <p><u>University College Lillebælt (UCL), Sygeplejerskeuddannelsen i Svendborg</u> UCL, Sygeplejerskeuddannelsen i Svendborg har en særlig faglig pro-</p>

		<p>fil i forhold til palliation- den palliative indsats. Dette udmøntes i grunduddannelsen på flere moduler, og specielt på valgfaget modul 13 af fire ugers varighed og med inddragelse eksterne tværfaglige partnere inden for palliation i undervisningen af de studerende. Flere undervisere har tillige kompetence inden for området.</p> <p>Almen praksis: Praksiskonsulent, Per Pedersen har en god kontakt til alle praktiserende læger i Svendborg Kommune og fungerer i sin funktion som praksiskonsulent som bindeled i samarbejdsaftaler mellem Svendborg Kommune og de praktiserende læger.</p> <p>Praktiserende læge Cees Stavenuiter er medlem af Kommunalt Læge- ligt Udvalg, Svendborg Kommune og har derfor stor erfaring med at samtænke de praktiserende lægers daglige arbejde med de kommunale tiltag. Cees Stavenuiter har udtrykt interesse i at deltage i projektet, men har grundet udlandsrejse ikke haft mulighed for at fremsende en underskrevet samarbejdsaftale, som kan medsendes ansøgningen.</p> <p>Patientforeninger: Kræftfremmelsen (Odense) kan især bidrage med stor viden om både sygdomsfaglige aspekter men i høj grad også kendskab til borgerne og pårørendes behov og udfordringer.</p> <p>Andre: Høring og dialog med Ældecenteret</p> <p>Der er udover ovenstående patientforeninger ønske om at inddrage patientforeninger for borgere med KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom), Demens og Hjerter.</p>
13.	Arenae:	<p>Overordnet kan der skelnes mellem tre arenaer som omfattes af projektet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Borgeren/de pårørende (den overordnede arena) - Den kommunale organisering (den interne arena) - Samarbejdsparter (den eksterne arena). <div data-bbox="742 1489 1268 2004" style="text-align: center;">  <p>The diagram consists of three overlapping circles. The top circle is purple and labeled 'Den Overordnede' with subtext 'Borgeren og de pårørende'. The bottom-left circle is green and labeled 'Den Interne' with subtext 'Den kommunale organisering'. The bottom-right circle is blue and labeled 'Den Eksterne' with subtext 'Samarbejdsparter'. The central area where all three circles overlap is labeled 'Min sidste tid'.</p> </div> <p>Borgeren og de pårørende er den overordnede arena, da projektets</p>

		<p>indsatser alle sigter på afklaring og imødekomme af borgerens ønsker, i sammenhæng med forventningsafstemning med borgeren og de pårørende. Den interne arena er den kommunale organisering omkring borgeren og de pårørende (hjemmeplejen og hjemmesygeplejen). Det er som projektets fokus at udvikle rammer for den kommunale organisering som kan sikre den gode forventningsafstemning med borgeren og de pårørende forud for det palliative forløb. Samarbejdsparterne kaldes den eksterne arena, for at synliggøre, at der derfra skal hentes faglig viden <i>ind</i> i den interne arena for at kunne organisere den interne arena mest hensigtsmæssigt. Samtidig gør denne skelnen mellem den interne og den eksterne arena det muligt at synliggøre den organisatoriske grænse mellem parterne. Derved sættes der fokus på behovet for tydelige definerede retningslinjer for samarbejdet henover denne organisatoriske grænse.</p>
14.	Tilpasning til den eksisterende indsats:	<p>Den palliative indsats i Svendborg Kommune foregår i dag som en del af den basale sygepleje og pleje. Dog er der flere igangværende projekter, der allerede nu kan danne inspirationsgrundlag for nærværende projekt.</p> <p><i>Projekt Færre akutte indlæggelser</i></p> <p>Projektet blev opstartet i sommeren 2013, som et to-årigt projekt (nu forlænget frem til 2016), der har som mål, at nedbringe antallet af akutte indlæggelser på ældreområdet. Under projektet er der; etableret et akutteam, udviklet nye arbejdsgange og instrukser, samt opsat rammer for målrettet uddannelse og kompetenceudvikling til basispersonalet. To tiltag i projektet har særlig relevans for nærværende projekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Tidlig afklaring af ønsker til livsforlængende behandling, herunder genoplivning</u> <p>I forlængelse af Sundhedsstyrelsens vejledning ifht. fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivning (2014) udarbejdede Svendborg Kommunes Ældreområde nye arbejdsgang ifht. tidlig afklaring af borgernes ønsker til livsforlængende behandling, herunder genoplivning. Den skriftlige og grafiske fremstilling af dette kan ses af Bilag 6. Denne kan danne grundlag for delprojekt 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Uddannelse i palliation til basispersonale</u> <p>I Svendborg Kommune er der ansat ca. 300 SOSU-assistenter og ca. 600 SOSU-hjælpere tilknyttet Ældreområdet, som alle allerede gennem et etableret uddannelsesforløb i projekt "Færre akutte indlæggelser" modtager undervisning i basalpalliation. Undervisningen har det formål at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrke medarbejders faglige kompetencer, så det sikres at der handles relevant i forløb hos kritisk syge og døende. • Styrke medarbejders professionelle tilgang til borger/ptt. og pårørende, så det sikres at der handles relevant i forløb hos kritisk syge og døende. • Forebygge indlæggelser, der kan initieres af utryghed hos medarbejder, der deltager i forløb hos kritisk syge og døende. <p>Uddannelsen er delt i 2 dele – et forløb afholdt i de enkelte sektioner, hvor der undervises af de til sektionen tilknyttede sygeplejersker samt et uddannelsesmodul "Den sundhedsprofessionelle relation til den svært syge og pårørende" etableret</p>

		<p>i samarbejde med SOSU-skolen.</p> <p>Nærværende projekt har således ikke fokus på basispersonalet i form af SOSU-medarbejdere, men indeholder som noget nyt og supplerende en plan for kompetenceudvikling af sygeplejerskerne.</p> <p><i>Projekt Tidlig opsporing</i> Projektet afprøver på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger et digitalt værktøj til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsevne og underernæring hos ældre medicinske patienter. Værktøjernes primære formål er - via en tidlig indsats - at forebygge, at den ældre medicinske patient får behov for sygehusindlæggelse. Personalets opmærksomhed på tidlige tegn til forværringer i borgernes tilstande kan være med til at fremme en tidlig identificering af borgere, hvor det vil være relevant at sikre en tidlig afklaring af ønsker til døden. Projektet er dog fortsat i en meget tidlig afprøvningsperiode.</p> <p><i>Tovholder</i> I løbet af projektperioden skal der udvikles metoder til at optimere den tværfaglige og tværsektorielle koordinering. En af de metoder, der skal afprøves, er bl.a. at etablere funktionen 'tovholder' for borgere tilknyttet hjemmeplejen i palliative forløb. I dag fungerer personalet i hjemmeplejen - enten SOSU-assistenterne eller sygeplejerskerne - som koordinatorene ifht. de forskellige aktører, der indgår i borgernes behandlingsforløb. Bla. deltager sygeplejerskerne i tværsektorielle møder med Palliativt Team. Rollen som tovholder er dog ikke en formelt etableret funktion. Nærværende projekt vil konkret definere tovholder funktionen, og sikre at tovholderen bliver en central og formaliseret rolle både for interne og eksterne samarbejdspartner. Tilstedeværelsen af en fast tovholder, som alle relevante faggrupper kender og let kan kontakte, vil betyde at ansvaret for overblik og koordinering af det tværfaglige samarbejde bliver tydeligt placeret i fremtiden. Dermed burde der skabes bedre forudsætninger for at borgerens ønsker og behov til døden løbende afdækkes og imødekommes.</p>
15.	Dokumentation og af-rapportering:	<p>Der afsættes i projektet midler til at ansætte en ekstern evaluatør til at stå for egnevaluering af projektet. For at sikre en god metodisk projektevaluering inddrages den eksterne evaluatør på et tidligt tidspunkt i projektet. Projektlederen og styregruppen beslutter projektets succeskriterier, der efterfølgende udarbejdes en evalueringsplan ud fra.</p> <p>Dertil vil projektet selvfølgelig bidrage med den løbende indberetning og monitorering, som Sundhedsstyrelsens evaluatør efterspørger.</p> <p>En gang årligt vil der desuden blive afrapporteret til Social og Sundhedsudvalget i Svendborg Kommune.</p>
16.	Formidling og kommunikation:	<p>Nedenfor beskrives kommunikationsstrategi målrettet de enkelte interessentgrupper.</p> <p>Helt grundlæggende skal formidlingen af projektet dels a) etablere initiel og løbende kendskab til projektet, dels b) skabe grundlag for fortsat interesse i og rekruttering til projektet samt c) sikre ledelsesmæssig- og politisk opbakning i hele projektforløbet frem til forankring i drift efter projektets afslutning.</p>

		<p><i>Det politiske niveau</i> Alle større puljeansøgninger godkendes af det kommunale Social og Sundhedsudvalg. Derved sikres bred politisk opbakning til projektet. Det politiske niveau orienteres derefter årligt via statusrapporter fra projektet.</p> <p><i>Samarbejdsparter</i> Tilbud fra projektlederen om at deltage på interne møder hos samarbejdsparterne til præsentation af projektet. Halvårlige nyhedsbreve til de deltagende samarbejdsparter.</p> <p>Årlige fælles-arrangementer – til orientering om status på projektet samt introduktion af ny viden om palliation og inddragelse af pårørende.</p> <p><i>Offentligheden</i> Artikel i 'Impulser' om igangsættelse af projektet. Impulser er Svendborg Kommunes gratis blad til alle pensionister. Formidling af emner og tiltag via Ældrerådet.</p> <p><i>Internt i kommunen</i> Deltagelse af projektlederne på sektionsledermøder til præsentation af projektet. Tilbud fra projektlederen om deltagelse på personalemøder i sektionerne til præsentation af projektet. Halvårligt nyhedsbrev til sektionslederne til videreformidling.</p>
17.	Projektets forankring:	<p>Projektet søger at bruge de strukturer, der findes i forvejen, og ikke skabe nye parallelle strukturer. Dette gør det nemmere at implementere og forankre projektet.</p> <p>I forvejen bruger både SOSU medarbejdere og sygeplejersker tid med målgruppen for projektet. Det er forventningen at et ekstra tidsforbrug vil være minimalt som følge af, at projektets investering netop skal sikre, at tiden anvendt med borgeren eller pårørende til samtale om døden i fremtiden lettere kan struktureres, dokumenteres og viderebringes, som følge af projektets forskellige delmål. Det er kun deltagerne i delprojektgrupperne, der inden for projektperioden benytter ekstra tid til udviklingen af redskaberne og metoderne. Efter projektets ophør forventes det, at der er indarbejdet nye arbejdsrutiner, så indsatsen kan implementeres i den daglige drift. Satspuljen vil således medvirke til at få struktureret og opstartet en indsats, som sidenhen kan videreføres uden merudgift.</p> <p>Af andre faktorer, der har relevans for god forankring er, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere af udgifterne i projektet er engangsudgifter, såsom opkvalificeringen af sygeplejerskerne. Den fremtidige udgift til opkvalificering vil blive varetaget indenfor almindelig daglige drift • Der bliver skabt nye kulturer for åbenhed omkring håndtering af døden. • Der generelt bliver skabt et øget kendskab til samarbejdspartnere samt etableret strukturerede rammer for samarbejde. • Man giver opmærksomhed til og yder kompetenceudvikling i forhold til et emne, der formodes at fylde meget i de relevante medarbejders hverdag. <p>I løbet af projektperioden vil projektlederen udarbejde en endelig plan for implementering og forankring, der kan hjælpe projektet i overgangen fra projekt til daglig drift i forbindelse med projektets ophør i</p>

		<p>2018. Projektevalueringen inddrages naturligvis i planerne for den fremtidige implementering og forankring.</p>																									
<p>18.</p>	<p>Styregruppe:</p>	<p><i>Styregruppen</i> sammensættes så der indgår en repræsentant fra Kommunen (Ældreområdet), Regionen (i form af Palliativ Team Fyn, Hospice Sydlyn, Palliativt Frivilligt Netværk, Afd. G (Svendborg Sygehus, OUH) og UCL, Sygeplejerskeuddannelsen) og almen praksis. Afdelingschef fra Ældreområdet bliver formand for styregruppen.</p> <p>Det er styregruppens ansvar at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • godkende den endelige projektbeskrivelse • projektet følger projektbeskrivelsens retning gennem hele projektet • tidsplanen holdes • projektlederen får den sparring og støtte, der er nødvendig • projektets økonomiske ramme overholdes • arbejde på at projektets interesser varetages i relation til satspuljens formål • godkende opfølgingsrapportering • koordinere i forhold til andre projekter og aktiviteter, herunder håndtere konfliktsituationer, hvis projektets interesser kommer på tværs af andre interesser i organisationen 																									
<p>19.</p>	<p>Projektets organisering og bemanding:</p>	<p>Projektet bliver forankret i Myndighedsafdelingen i Svendborg Kommune, da projektlederen er ansat som stab der. Myndighedsafdelingen er en del af Ældreområdet i Svendborg Kommunes direktørområde, Social og Sundhed. Ældreområdet er organiseret således:</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td colspan="5">Direktør, Social og Sundhed</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">Afdelingschef, Hjemmepæje Øst</td> <td style="width: 15%;">Afdelingschef, Hjemmepæje Vest</td> <td style="width: 15%;">Afdelingschef, Plejecenter Øst</td> <td style="width: 15%;">Afdelingschef, Plejecenter Vest</td> <td style="width: 15%;">Myndighedschef</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Stab</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Visitation og rehabilitering</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Hjælpe-middel</td> </tr> </table> </div> <p>Selve projektet organiseres med en styregruppe (som beskrevet ovenfor), en projektleder og projektgrupper. I Bilag 2 kan projektets organisationsdiagram ses.</p> <p>Projektets bemanding Der skal ansættes én projektleder.</p> <p>Derud over vil der oprettes en styregruppe og 6 projektgrupper.</p> <p>Der forventes følgende bemanding af projektgrupperne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - det skal bemærkes, at det ikke forventes, at det er samme repræsentant fra hverken kommunen eller de enkelte samarbejdspartner, der deltager i alle projektgrupper. Det må meget gerne være forskellige repræsentanter, da der derved skabes 	Direktør, Social og Sundhed					Afdelingschef, Hjemmepæje Øst	Afdelingschef, Hjemmepæje Vest	Afdelingschef, Plejecenter Øst	Afdelingschef, Plejecenter Vest	Myndighedschef					Stab					Visitation og rehabilitering					Hjælpe-middel
Direktør, Social og Sundhed																											
Afdelingschef, Hjemmepæje Øst	Afdelingschef, Hjemmepæje Vest	Afdelingschef, Plejecenter Øst	Afdelingschef, Plejecenter Vest	Myndighedschef																							
				Stab																							
				Visitation og rehabilitering																							
				Hjælpe-middel																							

		<p>kendskab og forankring i forhold til projektet bredt i kommunen og hos samarbejdspartenerne.</p> <p>Delprojekt 1: Tidlig og løbende afklaring</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repræsentant fra Palliativ Team/ Hospice Sydfyn - Repræsentant fra Palliativt Frivilligt Netværk - Praksiskonsulent/almen praksis - Repræsentant fra Afd. G - Sygeplejefaglige ansvarlig - Sektionsleder fra plejecenter - Sygeplejerske fra hjemmeplejen - Sygeplejerske fra plejecentrene - SOSU-assistent fra hjemmeplejen - SOSU-hjælper fra hjemmeplejen <p>Delprojekt 2: Pårørende</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repræsentant fra Palliativ Team/ Hospice Sydfyn - Repræsentant fra Palliativt Frivilligt Netværk - Repræsentant fra patientforening - Sygeplejefaglige ansvarlig - Sektionsleder fra plejecenter - Sektionsleder fra hjemmeplejen - Sygeplejerske fra hjemmeplejen - Sygeplejerske fra plejecentrene - SOSU-assistent fra plejecenter - SOSU-hjælper fra hjemmeplejen <p>Delprojekt 3: De sidste dage/timer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repræsentant fra Palliativ Team/ Hospice Sydfyn - Repræsentant fra Palliativt Frivilligt Netværk - Repræsentant fra patientforening - Praksiskonsulent/almen praksis - Sygeplejefaglige ansvarlig - Sektionsleder fra plejecenter - Sygeplejerske fra hjemmeplejen - Sygeplejerske fra plejecentrene - SOSU-assistent fra plejecenter - SOSU-hjælper fra hjemmeplejen <p>Delprojekt 4: Samarbejde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repræsentant fra Palliativ Team/ Hospice Sydfyn - Repræsentant fra Palliativt Frivilligt Netværk - Repræsentant fra Afd. G - Repræsentant fra patientforening - Praksiskonsulent/almen praksis - Sygeplejefaglige ansvarlig - Sektionsleder fra plejecenter - Sektionsleder fra hjemmeplejen - Sygeplejerske fra hjemmeplejen - Sygeplejerske fra plejecentrene <p>Delprojekt 5: Kompetenceudvikling</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repræsentant fra Palliativ Team/ Hospice Sydfyn - Repræsentant fra UCL, Sygeplejeskolen, Svendborg - Sygeplejefaglige ansvarlig - Sygeplejerske fra hjemmeplejen - Sygeplejerske fra plejecentrene <p>Delprojekt 6: Tovholder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repræsentant fra Palliativ Team/ Hospice Sydfyn - Repræsentant fra Afd. G - Sygeplejefaglige ansvarlig
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Sektionsleder fra plejecenter - Sektionsleder fra hjemmeplejen - Sygeplejerske fra hjemmeplejen - Sygeplejerske fra plejecentrene <p>Se bilag 4 for fordelingen af opgaver og ansvar for projektets organisation og ansatte.</p>
20.	Tidsplan:	<p>Projektet forventes igangsat: 1. oktober 2015 og afsluttet: 30. september 2018</p> <p>Plan for hvert finansår:</p> <p>2015</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ansættelse af projektleder.</i> - <i>Etablering af styregruppe og detailplanlægning af projektet.</i> - <i>Etablering af projektgrupper og afholdelse af de første projektgruppemøder.</i> - <i>Udarbejde og indsende faglig statusrapport og ansøgning om at forsætte projektet.</i> <p>2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Afslutning af projektgruppernes første møderække</i> - <i>Afholdelse af første tværsektoriel arrangement</i> - <i>Faglig opkvalificering af sygeplejersker tilknyttet pilotsektionerne.</i> - <i>Afholde kick-off arrangement.</i> - <i>1. pilotprojektperiode</i> - <i>Egenevaluering</i> - <i>Igangsættelse af anden runde af projektgruppemøderne</i> - <i>Udarbejde og indsende faglig statusrapport og ansøgning om at forsætte projektet.</i> <p>2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Afholdelse af andet tværsektoriel arrangement</i> - <i>Faglig opkvalificering af sygeplejersker tilknyttet 2. pilotprojektperiode.</i> - <i>Afholde kick-off arrangement.</i> - <i>2. pilotprojektperiode</i> - <i>Egenevaluering</i> - <i>Igangsættelse af tredje runde af projektgruppemøderne</i> - <i>Faglig opkvalificering af sygeplejersker tilknyttet 3. pilotprojektperiode.</i> - <i>Udarbejde og indsende faglig statusrapport og ansøgning om</i>

		<p><i>at forsætte projektet.</i></p> <p>2018</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Afholdelse af tredje tværsektoriel arrangement</i>- <i>Afholde kick-off arrangement.</i>- <i>3. pilotprojektperiode</i>- <i>Egenevaluering</i>- <i>Påbegynde implementering og forankring af projektet.</i>- <i>Udarbejde evalueringsrapport.</i>- <i>Udarbejde og indsende slutrapport.</i>
--	--	---