

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

1.	Projektets titel:	En værdig død
2.	Baggrund og vision for projektet:	<p>Varde Kommune indledte i 2014 et samarbejde med Hospice Sydvestjylland. Baggrunden for samarbejdet var et ønske om at styrke den palliative indsats. Der blev her hentet viden og inspiration fra Palliativt Videnscenter (Karstoft, Nielsen og Timm, Palliativ indsats i den kommunale pleje, 2012) og fra andre lignende undersøgelser.</p> <p>Målet med samarbejdet er at samtlige social og sundhedsassistenter 245 i Varde Kommune skal gennemføre et palliativt kursusforløb som afholdes af Hospice. Indtil videre har 154 Social og Sundhedsassistenter gennemført kurset, og der er planlagt kursusforløb både i forår og efterår 2015. Evalueringen af de første forløb viser, at medarbejderne føler sig bedre klædt på til at pleje borgere med palliative behov, vidensdeling med sygeplejen og at samarbejdet med pårørende og andre faggrupper er forbedret.</p> <p>Samarbejdet mellem Hospice Sydvestjylland og Varde Kommune har vist, at vi sammen kan gøre meget for de borgere, der har behov for palliativt pleje og ligeledes for deres pårørende. Hvis medarbejderne i Varde Kommune skal blive endnu bedre på det palliative område, og hvis vi skal lykkes med den palliative pleje, omsorg og behandling, forudsætter det et endnu tættere samarbejde mellem kommunale afdelinger, praktiserende læger og det specialiserede palliative niveau, ligesom frivillige har en væsentlig rolle. Satspuljen gør det muligt at udbrede samarbejdet til flere aktører og videreudvikle den kommunale palliative indsats.</p> <p>I Varde Kommune er visionen for arbejdet med det palliative område at skabe den bedst mulige palliative pleje, omsorg og behandling for den enkelte borger og dennes pårørende.</p>
3.	Overordnet mål – herunder forebyggelses/- sundhedsfremmeperspektiv:	<p>Formålet med projektet er, at styrke den basale palliation så alvorligt syge borgere, som ønsker at dø hjemme, får mulighed for dette under hensyn til borgerens livskvalitet, patientsikkerhed og med høj faglig kvalitet.</p>
	Delmål:	<p>For at formålet kan blive opfyldt inden for projektperiodens rammer igangsættes et arbejde med følgende delmål. Der er i formuleringen af delmålene blevet arbejdet med sammenhængen til formålene med Satspuljen samt de beskrevne indsatsområder i pkt. 4, disse punkter uddybes endvidere yderligere under pkt. 8. På den måde sikres det, at der er sammenhæng i projektet og sandsynligheden for at realisere projektets formål og forankre tiltagene undervejs og efterfølgende er større. Delmålene vil ved projektets start blive konkretiseret og operationaliseret gennem udarbejdelse af succeskriterier.</p> <p>Inden for projektperioden er målet, at følgende sker;</p> <p>Tidlig afklaring og forventningsafstemning omkring borgerens ønsker i forhold til at dø hjemme.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er beskrevet samt implementeret hvordan palliative borgere identificeres. • Der er udviklet og afprøvet redskaber til tidlig afklaring af borgernes og pårørendes ønsker for sted at dø.

		<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsstyrelsens vejledning om valg og fravalg af genoplivning er implementeret. <p>Sammenhængende tværfaglige og tværsektorielle forløb med fokus på borgernes mulighed for at dø hjemme under hensyn til borgerens livskvalitet og med høj faglig kvalitet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er udarbejdet og implementeret beskrivelser af faglighed, ansvar og arbejdsgange for samarbejdet mellem faggrupperne i kommunen. • Der er udarbejdet og implementeret beskrivelser af faglighed, ansvar og arbejdsgange for samarbejdet mellem Varde Kommune og eksterne relevante aktører. • Der er et styrket internt samarbejde i Varde Kommune. • Det tværsektorielle samarbejde omkring borgeren er styrket. • Der er et styrket samarbejde mellem Varde Kommune og de frivillige aktører. • Der er et styrket samarbejde mellem Varde Kommune og Patientforeningerne. <p>Kompetencer hos alle parter i forhold til at sikre den bedst mulige palliative pleje, omsorg og behandling for den enkelte borger og dennes pårørende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjemmesygeplejerskerne er opkvalificeret i palliation • Fysio- og ergoterapeuter samt socialrådgivere/visitatorer er opkvalificeret i forhold til mødet og arbejdet med palliative borgere • Involverede praktiserende læger er opkvalificeret i palliation • De frivillige er klædt på til at indgå i samarbejde med de palliative borgere • Fortsat opkvalificering af Social og Sundhedsassistenterne. • Der er udviklet og afprøvet metoder, der sikrer god palliativ pleje og omsorg.
4.		<p>Projektet her sætter fokus på alle de beskrevne områder. I pkt. 8 uddybes nærmere, hvordan der vil blive arbejdet med områderne. Kort beskrevet vil der blive arbejdet med områderne på følgende måde:</p> <p>Tidlig indsats og afklaring af borgerens og pårørendes ønsker for sted at dø: Der iværksættes tiltag, der sikrer, at palliative borgere identificeres, og at der systematisk foretages en tidlig indsats og afklaring af, hvor borgeren ønsker at dø. Dette kræver involvering af forskellige faggrupper og sektorer. Der vil blive afprøvet redskaber til identificering af palliative borgere, og udarbejdet en beskrivelse for hvornår, der spørges ind til, hvor borgeren ønsker at dø.</p> <p>Tidlig forventningsafstemning, indgåelse af aftaler og kontinuerlig justering: Ved opstart af et palliativt forløb vil der blive afholdt et tværfagligt hjemmebesøg fortrinsvis med praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. Samtalen vil munde ud i aftaler/plan for det videre forløb, der løbende justeres ud fra borgeren og pårørendes behov.</p> <p>I det palliative forløb vil Hjemmesygeplejerskens instruks <i>Fravalg eller afbrydelse af livsforlængende behandling samt forsøg på genoplivning ved hjertestop</i> inddrages systematisk. Instruksen er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens <i>Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg og om afbrydelse af behandling uden for sygehus</i> (Januar 2014).</p> <p>Afprøvning af redskaber til behovsvurdering: Behovsvurderingsredskabet EORTC QLQ-C15-PAL afprøves som redskab til behovsvurdering. Vurdering ud fra skemaet foretages løbende. Center for kliniske retningslinjer anbefaler, at skemaet EORTC QLQ-C15-PAL anvendes i det kommunale sundhedsvæsen til at identificere palliative problemer og Symptomer. (Kilde: www.kliniskeretningslinjer.dk/media/345722/bilag_8_resume.pdf)</p> <p>Sammenhængende og koordinerede forløb: Udover det interne samarbejde i kommunen vil der, med udgangspunkt i</p>

		<p>SAM:BO (Samarbejdsaftale om tværsektorielle borger/patientforløb i Region Syddanmark), være fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde med almen praksis, Det Palliative Team, Sydvestjysk Sygehus, og Hospice Sydvestjylland. Der udarbejdes beskrivelser og arbejdsgange, der placerer ansvar og opgaver imellem faggrupper og sektorer, herunder hvornår der afholdes tværfaglige og tværsektorielle koordinationsmøder.</p> <p>Derudover vil samarbejdet med frivillige have en særlig rolle, for at få deres tilbud om vågetjeneste, tryghedsbesøg, aflastning af pårørende og sorggrupper mere i spil.</p> <p>Samarbejdet med patientforeningerne bidrager med faglig viden ligesom de fungerer som "ambassadører" for indsatsen hos deres medlemmer.</p> <p>Kompetenceudvikling: Da der i kommunen allerede er igangsat kompetenceudvikling af kommunens social og sundhedsassistenter, som fortsættes i projekt perioden, vil der i projektet være fokus på at styrke og videreudvikle hjemmesygeplejerskernes viden og færdigheder inden for den palliative pleje og omsorg. Kompetenceudviklingen vil indeholde viden om palliative symptomer og behov. Derudover vil der være fokus på kommunikation samt redskaber til at håndtere den følelsesmæssige påvirkning, der kan opstå, når mennesker berøres af andres livssituation.</p> <p>Kommunes socialrådgiver, ergo- og fysioterapeuter vil ligeledes gennemgå et kursusforløb.</p> <p>Den teoretiske kompetenceudvikling suppleres af praktikforløb for hjemmesygeplejersker på Hospice Sydvestjylland og i Det Palliative Team. Ligesom der vil blive skabt rum for refleksion over palliative forløb med både et fagligt og et personligt perspektiv.</p> <p>Ligesom kommunens fagpersoner har de frivillige behov for at få et øget kendskab til palliation samt redskaber til at indgå i relationer med palliative borgere og deres pårørende gennem et kursusforløb.</p>
5.	Målgruppe(r):	<p>Projektets primære målgruppe er</p> <ul style="list-style-type: none"> - Borgere med alvorlig sygdom som er livstruende og deres pårørende. Det forventes, at det særlig vil være borgere med Kræft, KOL, diabetes, hjerte sygdom, Sklerose og ALS, men alle diagnoser indgår i projektet. - Der vil være en særlig opmærksomhed på borgere, der er enlige eller udsatte. - Voksne borgere over 18 år. <p>Projektets sekundære målgruppe er kommunale hjemmesygeplejersker, social og sundhedsassistenter/hjælpere, ergo- og fysioterapeuter, socialrådgivere, almen praksis og frivillige.</p>
6.	Rekrutteringsstrategi:	<p>Rekrutteringsstrategi: Til identificering af palliative borgere tænkes en kombination af forskellige redskaber:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Opsporingsskema til tidlig opsporing af palliative forløb af social og sundhedsassistenter og hjælpere. Skemaet skal især anvendes i hjem, hvor der ikke kommer en sygeplejerske (Kilde: Raunkiær, M. (2013). Udvikling af den kommunale palliative indsats: Evaluering af Projekt Palliation i Nyborg Kommune (PINK). København: Palliativt Videnscenter). 2. I almen praksis og hjemmesygeplejen afprøves en tilpasning af screeningsredskab The Gold Standards Framework (Raunkiær, 2013), der består af tre faktorer: <ol style="list-style-type: none"> a. Overraskelses spørgsmål "Vil du blive overrasket, hvis denne borger dør inden for de næste 6-12 måneder?" b. Har borgeren foretaget valg, som indbefattede lindrende pleje og behandling og ikke kurativ behandling, eller har vedkommende behov for særlig støttende og palliativ pleje c. En bred klinisk vurdering

		<p>3. Derudover identificeres de palliative borgere ved henvendelse til kommunen fra Sydvestjysk Sygehus eller Hospice Sydvestjylland oftest via Visitationen i Varde Kommune.</p> <p>Udfordringer og løsningsforslag vedr. rekruttering: Det kræver en særlig timing at rekruttere de palliative borgere. Ligesom at det ikke må ske for sent i forløbet, må det heller ikke ske for tidligt. Hvis borgerne rekrutteres for tidligt risikeres det, at livsmodet tages fra borgerne. Den rigtige timing er derfor vigtig, for at kunne forebygge og være medvirkende til at opretholde en høj livskvalitet så længe som muligt for den palliative borger.</p> <p>Forskellige scenarier kan gøre det vanskeligt, at rekruttere palliative borgere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manglende erkendelse af egen livssituation hos borgeren eller pårørende kan gøre det svært at komme i dialog med borgeren om, hvor denne ønsker at dø samt at få denne til at indgå i en dialog om behovsvurderingsskemaet. 2. Borgeren ønsker ikke en palliativ indsats og vil derfor ikke deltage i en forventningssamtale. 3. Pårørende deler ikke den palliative borgers ønske om at dø i eget hjem. 4. Personalet har ikke kompetencer til at identificere palliative borgere eller redskaberne til at indgå i dialog med borgere og pårørende. <p>Gennem et teoretisk og praktisk kompetenceløft samt et styrket tværfaglige/sektorielle samarbejde styrkes medarbejdernes kompetencer og de klædes på til at gå i dialog med palliative borgere og deres pårørende, og tale om det der er svært. Det er vigtigt, at medarbejderne udviser empati og kan fornemme mennesket, de står overfor. Ligesom der altid skal udvises respekt for den enkeltes grænser og valg.</p> <p>Der er ofte en langvarig og krævende opgave at følge den syge frem til livets afslutning. Derfor skal de pårørende støttes til at kunne føle sig trygge i at have den døende hjemme, ligesom der skal udvises omsorg overfor den pårørende følelsesmæssige behov. Det kræver, at de professionelle har viden, forståelse og rummelig overfor de pårørendes behov, samt en vilje og lyst til at finde individuelle løsninger og samarbejdsformer så alle behov tilgodeses.</p> <p>Overvejelse om antal palliative borgere: I Varde Kommune blev 140 borgere i 2014 registreret som terminale. Herudover er der et ukendt antal afdøde borgere med livstruende sygdom. På den baggrund forventes ca. 200 borgere årligt at indgå i projektet.</p>
7.	Sikring af kompetencer blandt fagpersonale:	<p>Hjemmesygeplejerskerne For at styrke hjemmesygeplejens viden og forståelse for den palliative pleje og omsorg skal kommunens hjemmesygeplejersker i løbet af den tre-årige projektperiode gennemgå kompetenceudvikling:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Otte hjemmesygeplejersker tilbydes diplomuddannelse i palliation, og skal efterfølgende være en del af netværksgruppen, der er forankret i det palliative team. 2. 85 hjemmesygeplejersker skal deltage i et 2-dages palliativt kursus afholdt af det palliative team. Formålet med kurset er at de bliver opkvalificeret til at kunne opfylde de "7 roller og kompetencer for basis sygeplejersker" der er beskrevet og udarbejdet af en arbejdsgruppe under Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliation (DMCG-PAL). http://www.dmcqpal.dk/files/anbefalinger_til_kompetencer_for_sygeplejersker_i_den_palliative_indsats.pdf 3. 20 kommunale hjemmesygeplejersker skal have et 3-dages praktisk ophold enten i Det Palliative Team eller på Hospice Sydvestjylland. 4. Der indføres systematisk kollegialsupervision, da der kan hentes meget læring i at reflektere over egen praksis. <p>Social og sundhedsassistenter 91 social og sundhedsassistenter deltager i et 5-dages palliativt kursusforløb i regi af</p> <p>Indledningsvis afholdes der workshop for:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Social og sundhedsassistenter og hjælpere for at indføre det tidlige opsporingsredskab • Hjemmesygeplejen for at indføre det tilpassede The Gold Standards Framework og behovsvurderingsskemaet EORTC QLQ-C15-PAL <p>Almen praksis Indledningsvis i projektet afholdes et palliativt uddannelses forløb for de involverede praktiserende læger, hvor de også præsenteres for The Gold Standards Framework og behovsvurderingsskemaet EORTC QLQ-C15-PAL. Underviser og lokaleleje søges finansieret gennem KEU (Kvalitets og Efter Uddannelse), alternativt finansieres det af Varde Kommune.</p> <p>Frivillige En intensiverende frivilligindsats hos døende i eget hjem kræver særlige kompetencer hos den frivillige. Derfor tilbydes de frivillige temaeftermiddage, der skal give dem øget kendskab til de palliative faser samt de reaktioner og udfordringer, der kan opstå for såvel den syge, de pårørende og for dem selv.</p>
8.	<p>Aktiviteter og metoder:</p> <p>Palliativt Frivilligt Netværk, 2014, Inge Hansen.</p>	<p>Tidlig indsats og afklaring af borgerens og pårørendes ønsker for sted at dø: Der iværksættes tiltag, der skal være med til at sikre, at palliative borgere identificeres. Afhængig af faggruppe og borgerens forløb indgår der forskellige redskaber hertil. Ligeledes foretages der en systematisk tidlig indsats og afklaring af, hvor borgeren ønsker at dø. Dette kræver involvering af forskellige faggrupper og sektorer. I Varde Kommune vil vi sikre, at dette sker ved konkret;</p> <ul style="list-style-type: none"> - At identificere palliative borgere gennem en kombination af forskellige redskaber, disse er nærmere beskrevet under pkt. 6 om rekrutteringsstrategi. - At udarbejde en beskrivelse af, hvornår og hvordan de forskellige faggrupper (her tænkes faggrupper på tværs af sektorer) skal spørge ind til borgernes ønsker for sted at dø. I udarbejdelsen af denne beskrivelse trækkes der på samarbejdet med Det Palliative Team fra Sydvestjysk Sygehus, som har erfaringer med disse spørgsmål og samtaler. I beskrivelsen vil det også fremgå, hvordan det koordineres og dokumenteres når en fagperson har haft denne snak med borgeren, samt hvordan informationen videre formidles til andre fagpersoner, der kommer i kontakt med borgeren. <p>Tidlig forventningsafstemning, indgåelse af aftaler og kontinuerlig justering: Ved opstarten af et palliativt forløb vil der blive afholdt et tværfagligt hjemmebesøg, der fungerer som forventningsafstemning. Hjemmebesøget vil fortrinsvis være med deltagelse af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. Social og sundhedsassistenter og hjælpere kan deltage, hvor det giver mening. Familiens spørgsmål, forventninger og ønsker afklares. Ligesom netværket, palliative behov og behandlingsmuligheder afdækkes. På baggrund af samtalen udarbejdes en plan for den kommende tid, og ansvaret mellem praktiserende læge og sygeplejerske fordeles. Planen justeres løbende ud fra borgerens og den pårørendes behov. Under samtalen vil borgeren og pårørende blive orienteret om de frivilliges tilbud. Hvis borgeren og den pårørende ønsker det, vil de frivillige efterfølgende tage kontakt til dem, for at tilbyde støtte.</p> <p>I Varde Kommune vil vi sikre, at dette sker ved konkret at;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varde Kommune bliver opmærksom på en palliativ borger, og tager der kontakt til borgeren mhp. en aftale om et tværfagligt hjemmebesøg. Det er hjemmesygeplejerskerne der har ansvaret for dette. - Hjemmesygeplejerskerne tager kontakt til borgerens praktiserende læge for at aftale tidspunkter. - Aftalerne dokumenteres i Avaleo – et fælles dokumentationsredskab for ældre og sundhedsområdet i Varde Kommune - Kommunikation mellem sektorerne foregår via korrespondance-meddelelser jf. SAM:BO. <p>Afprøvning af redskaber til behovsvurdering: Behovsvurderingsredskabet EORTC QLQ-C15-PAL afprøves som redskab til behovsvurdering.</p> <p>Redskabet anbefales, at blive brugt hos patienter over 65 år, der lever med</p>

		<p>livstruende kræft, KOL og/eller kronisk hjertesvigt. I dette projekt vil redskabet afprøves på samtlige borgere >18 år, der identificeres som palliative uafhængig af diagnose. Gennem projektet opnås erfaringer for hvornår det er mest hensigtsmæssigt at tale med borgere og pårørende om skemaet.</p> <p>Behovsvurderingen foretages løbende - når diagnosen stilles, ved forværring af sygdommen, ved sektorovergang samt ved andre væsentlige begivenheder. Både sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter samt social- og sundhedsassistenter kan i dialog med borgeren komme rundt om temaerne i skemaet. Behovsvurderingsskemaet understøtter, at der arbejdes ud fra en holistisk tilgang, det vil sige at borgeres fysiske, psykiske, sociale og åndelige behov afdækkes.</p> <p>I Varde Kommune vil vi sikre, at dette sker ved konkret;</p> <ul style="list-style-type: none"> - At introducere alle relevante medarbejdere til skemaet, samt lade dem afprøve det på hinanden, så de er trygge ved at bruge det i mødet med den palliative borger. - At beskrive, hvem der skal vurdere, hvornår skemaet skal i brug, dvs. hvornår er borgerens tilstand ændret så meget, at der er behov for en ny vurdering. - At vurdere fundene og iværksætte konkrete indsatser i et samarbejde mellem de kommunale sundhedsprofessionelle og almen praksis. - At give projektlederen ansvaret for, at der følges op på erfaringerne med brug af skemaet, således at det er muligt, at foretage justeringer og forbedringer. <p>Som behovsvurderingsskemaet afprøves Hjemmesygeplejens instruks <i>Fravalg eller afbrydelse af livsforlængende behandling samt forsøg på genoplivning ved hjertestop</i> systematisk. Formålet med instruksen er, at undgå at borgere udsættes for genoplivningsforsøg, der ikke er fagligt indiceret og kan opleves som uværdigt overfor borgerne og pårørende.</p> <p>Sammenhængende og koordinerede forløb:</p> <p>Udover det interne samarbejde i kommunen vil der, med udgangspunkt i SAM:BO (samarbejdsaftale om tværsektorielle borger/patientforløb i Region Syddanmark), være fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde med almen praksis, Det Palliative Team fra Sydvestjysk Sygehus og Hospice Sydvestjylland.</p> <p>I Varde Kommune vil vi sikre, at dette sker ved konkret;</p> <ul style="list-style-type: none"> - At der udarbejdes beskrivelser og arbejds gange, der placerer ansvar og opgaver imellem faggrupper og sektorer, herunder hvornår der afholdes tværfaglige og tværsektorielle koordinationsmøder. - At indgå aftaler om, at der ved behov kan indkaldes til tværfaglige møder mellem almen praksis og hjemmesygeplejen evt. med deltagelse af Det Palliative Team. Ligesom der vil være planlagt regelmæssig kontakt mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen i de palliative forløb. - At ansvaret for at beskrivelserne implementeres bliver placeret hos Projektlederen i hjemmesygeplejen. - Beskrivelserne justeres ud fra evalueringerne af arbejdsgruppen og godkendes derefter i styregruppen <p><u>Særligt for Almen praksis</u></p> <p>Sammenhængende og koordinerende forløb understøttes af, at der i almen praksis-regi er udarbejdet en § 2-aftale, for arbejdet med indholdet i Region Syddanmarks Samarbejdsaftale om det tværsektorielle samarbejde vedr. alvorligt syge og døende, SAM:BO.</p> <p>Aftalen indeholder overordnet fire ydelser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deltagelse i udskrivningskonferencer. Formålet er at sikre borgeren en problemfri overgang fra sygehusafdeling til primærsektor. 2. Mulighed for at afholde planlægningsmøder mellem hjemmesygeplejerske og praktiserende læge enten via telefon eller som et møde. Denne ydelse er udarbejdet med det formål at understøtte samarbejdet mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken. 3. Mulighed for længerevarende sygebesøg hos patienten. Der lægges op til, at både hjemmesygeplejerske, praktiserende læge og borger
--	--	---

		<p>og evt. pårørende mødes og bliver enige om indholdet af en behandlingsplan. Ydelsen kan også anvendes, hvis der opstår nye problemer med en borger, som allerede indgår i et planlagt behandlingsforløb for alvorligt syge og døende.</p> <p>4. Mulighed for, at den alvorligt syge og døende borgers pårørende kan have behov for en samtale med patientens læge. Dette kan enten omhandle behandlingsforløbet, pårørendes sorger og bekymringer under forløbet eller efter at borgeren er afgået ved døden.</p> <p>Aftalen har således til hensigt at understøtte den praktiserende læges rolle som tovholder i forbindelse med pleje af alvorligt syge og døende patienter (http://www.regionsyddanmark.dk/wm348620).</p> <p>Derudover aftaler praktiserende læge og hjemmesygeplejersken et debriefing møde efter komplicerede forløb, hvor de reflekterer over forløbet – "Hvad fungerede godt" og "Hvad fungerede mindre godt".</p> <p>For projektperioden udarbejdes en særlig samarbejdsaftale med almen praksis. I samarbejdsaftalen uddybes rammerne for samarbejdet (Bilag 5).</p> <p><u>Særligt for Det Palliative Team</u> Samarbejdet med Det Palliative Team styrkes bl.a. gennem afprøvning af en ordning, hvor en medarbejder fra det palliative team 2x i ugen vil arbejde i hjemmesygeplejen. Medarbejderen skal sparre med personalet, deltage i tværfaglige møder og foretage hjemmebesøg hos palliative borgere sammen med hjemmesygeplejersken. Derudover vil en hjemmesygeplejerske deltage i den indledende samtale, som det palliative team har i borgerens hjem.</p> <p>For projektperioden udarbejdes en særlig samarbejdsaftale med Det Palliative team. I samarbejdsaftalen uddybes rammerne for samarbejdet (Bilag 5).</p> <p><u>Særligt for Hospice Sydvestjylland</u> Borgere fra Varde Kommune udgør 22 % af patienterne på Hospice Sydvestjylland, der udskriver 25 % af deres patienter til at dø hjemme. Det stiller andre forventninger fra patienten og pårørende til kommunen, når de har været på hospice og oplevet hospicefilosofien. Der vil blive afholdt udskrivningsmøder mellem hospicepersonale og hjemmesygeplejen, for at sikre den bedst mulige overgang for både borgeren og pårørende.</p> <p>For projektperioden udarbejdes en særlig samarbejdsaftale med Hospice Sydvestjylland. I samarbejdsaftalen uddybes rammerne for samarbejdet (Bilag 5).</p> <p><u>Særligt for de frivillige</u> I løbet af det palliative forløb kan den palliative borger eller de pårørende have behov for en frivillig indsats fx social samvær og fælles gøremål med den syge samt aflastning af pårørende ved at være hos den syge. Tidligt i forløbet skal da derfor informeres om, hvordan den frivillige indsats kan være en supplerende støtte, og der skal skabes kontakt mellem borgeren, pårørende og de frivillige.</p> <p>Aflastningstjenesterne i Varde Kommune har ansatte til at lede og koordinere indsatsen. Koordinatoren besøger altid hjemmet efter forespørgsel om at få en frivillig, for at få et indtryk af familien, deres ønsker og behov m.m. Det giver mulighed for at finde en frivillig til opgaven, som passer ind i det specifikke hjem. Derudover sikres, at det er en opgave, Aflastningstjenesten kan varetage.</p> <p>Frivillig koordinatoren på Hospice Sydvestjylland er også koordinator i Aflastningstjenesten i Esbjerg Varde. Patienter kan derfor allerede inden hjemkomsten fra hospice få etableret støtte efter hjemkomsten.</p> <p>Udover de eksisterende frivillige tilbud, afprøves der, med inspiration fra Odense, i projektperioden et tilbud med mere fleksibel aflastning efter borgeren og pårørendes behov og ønsker, dvs. at de frivillige vil kunne være hos borgeren og pårørendes længere tid ad gangen og hjælpe dem med påtrængende ad hoc opgaver, som ikke ellers ville kunne løses her og nu fx gå på apoteket, varme mad op eller gå tur med hunden. Det vil hovedsageligt være den samme frivillige, der kommer (Palliativt Frivilligt Netværk, 2014).</p>
--	--	--

		<p>For projektperioden udarbejdes en særlig samarbejdsaftale med de frivillige. I samarbejdsaftalen uddybes rammerne for samarbejdet (Bilag 5).</p> <p>Kompetenceudvikling: Da der i kommunen allerede er igangsat kompetenceudvikling af kommunens social og sundhedsassistenter, vil der i projektet være fokus på at styrke og videreudvikle hjemmesygeplejerskernes viden og færdigheder inden for den palliative pleje og omsorg. Kompetenceudvikling af Social og Sundhedsassistenterne fortsætter med egenfinansiering.</p> <p>I Varde Kommune vil vi sikre, at dette sker ved konkret;</p> <ul style="list-style-type: none"> - At planlægge og afholde kompetenceudvikling for hjemmesygeplejerskerne. Kompetenceudviklingen skal indeholde viden om palliative symptomer og behov. Derudover vil der være fokus på kommunikation samt redskaber til at håndtere den følelsesmæssige påvirkning, der kan opstå, når mennesker berøres af andres livssituation. Kompetenceudviklingen afholdes i samarbejde med det Palliative Team fra SVS. Nærmere uddybning af kompetenceudviklingen kan ses under pkt. 7. - At den teoretiske kompetenceudvikling suppleres af praktikforløb for hjemmesygeplejersker på Hospice Sydvestjylland og i Det Palliative Team. Ligesom der vil blive skabt rum for refleksion over palliative forløb med både et fagligt og et personligt perspektiv. <p>Varde Kommunes socialrådgivere samt ergo- og fysioterapeuter vil ligeledes gennemgå et kursusforløb. Forløbet planlægges ud fra samme skabelon som hjemmesygeplejerskernes. Dog med udgangspunkt i de emner og situationer som er relevante for disse faggrupper i deres møde med palliative borgere.</p> <p>Ligesom de øvrige har de frivillige behov for at få et øget kendskab til palliation samt redskaber til at indgå i relationer med palliative borgere og deres pårørende. I Varde Kommune vil vi sikre, at dette sker ved konkret;</p> <ul style="list-style-type: none"> - At afholde en eller flere (afhængigt af behovet og antallet af frivillige) temaeftersmiddage for de frivillige. Temaeftersmiddagene vil blive afholdt i samarbejde med Hjemmesygeplejen og Det Palliative Team. Projektlederen har ansvaret for planlægningen.
9.	Rekruttering af borgere med livstruende sygdom og deres pårørende	Se pkt. 6
10.	Inddragelse af målgruppen:	<p>Det er væsentligt at få borgernes tilbagemeldinger på, hvordan de oplever forløbet, og kunne justere projektet på den baggrund. I projektperioden vil der løbende blive taget hånd om de udfordringer, de palliative borgere og deres pårørende udtrykker.</p> <p>I Varde Kommune vil vi konkret gøre det ved;</p> <ul style="list-style-type: none"> - At hjemmesygeplejersken hos den enkelte borger vil følge op på deres oplevelse af behovsvurderingsskemaet samt forventningssamtalen. - Som det allerede er tilfældet i dag i Varde Kommune, vil hjemmesygeplejerskerne efter et dødsfald afholde samtale med de pårørende, som ønsker dette. Samtalen omhandler spørgsmål om det palliative forløb fra start til slut. Herunder "hvad har fungeret godt?" og "hvad kan forbedres?" - At projektlederen årligt afholder fokusgruppeinterview med de pårørende, som en del af evalueringen. Resultaterne af disse vil blive brugt til at forbedre indsatsen. - Samarbejdet med Patientforeningerne sikrer at vi får kendskab til medlemmernes udfordringer, behov og erfaringer.
11.	Forventes indsatsen at styrke øvrige områder?	<p>Varde Kommune indgår i et internationalt forskningsprojekt "Learning to coordinate", med den amerikanske forsker Jody Gittel, hvor der arbejdes med begreberne Strategisk Relationel Ledelse, Organisatorisk Sammenhængskraft samt Relationel Koordination (Kilde: Jody Gittel, Effektivitet i sundhedsvæsenet, 2012, samt Carsten Hornstrup og Thomas Johansen, Strategisk Relationel Ledelse. Systemisk ledelse af forandring, 2013). Omdrejningspunktet er at forandringer forløber bedst gennem en bedre ledelse og en organisatorisk</p>

		<p>sammenhængskraft, hvor den enkelte medarbejder arbejder ud fra en organisatorisk helhedsforståelse, der bl.a. opnås gennem kendskab til hinandens arbejdsopgaver via funktions- og arbejdsgangsbeskrivelser og tværfaglige møder.</p> <p>Tidligere forskningsprojekter omkring Relationel Koordination har dokumenteret, hvordan kvaliteten af kommunikationen og relationerne mellem medlemmer i tværfaglige teams påvirker kvaliteten og effektiviteten i opgaveløsningen, samt tilfredsheden blandt borgerne og medarbejderne selv. De centrale elementer i Relationel koordination er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvaliteten af den tværfaglige kommunikation (Hyppig, rettidig, præcis og problemløsende kommunikation) • Kvaliteten af tværfaglige relationer (Delt viden, delte mål og gensidig respekt) <p>Relationel koordinering har vist sig brugbar, når der skal samarbejdes på tværs af faggrupper ved kompleksitet i opgaveløsningen og ved tidspres. Den viden og de erfaringer som allerede er opbygget i Varde Kommune, tages med over i dette projekt.</p> <p>I dette projekt styrkes den relationelle koordination ved:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. At udarbejde funktions- og arbejdsbeskrivelser på det palliative område, så det bliver det tydeligt for alle medarbejdere (i alle sektorerne) hvem der gør hvad hvornår. Udover at den enkelte medarbejder får en tryghed i at kende sit eget ansvarsområde, giver det gennem et indblik i de øvrige faggruppers og sektors funktion og ansvarsområder muligheden for en bedre koordinering. Herved øges chancen for at borgere og pårørende oplever gode sammenhængende forløb. 2. Samarbejdsrelationerne styrkes gennem flere mødefora internt og på tværs af faggrænser og sektorer. Disse er beskrevet i pkt. 8 under sammenhængende og koordinerede forløb.
12.	Samarbejde med øvrige aktører:	<p>Et sammenhængende palliations forløb kræver involvering af mange forskellige faggrupper og sektorer:</p> <p>Hjemmesygeplejen: Projektet forankres i hjemmesygeplejen, hvor der ansættes en projektleder. Som tovholder for den sygeplejefaglige del af det palliative forløb varetager sygeplejen altid koordineringen jf. SAM:BO. Der vil blive koblet en kontaktsygeplejerske på hvert forløb.</p> <p>Plejepersonalet: Varde Kommunes plejepersonale i hjemmepleje og på plejecentre deltager i projektet, da mange af de palliative borgere og deres pårørende vil have kontakt hertil. Plejepersonalet vil være centralt for at borgerne identificeres, samt at samarbejdet med de øvrige aktører fungerer. Derudover skal den viden, de har fået gennem palliationkurset forankres i deres daglige møde med de palliative borgere.</p> <p>Ergo- og Fysioterapeuter: Kommunens ergo- og fysioterapeuter inddrages i projektet, da deres generelle terapeutiske kompetencer kan omsættes til lindrende indsatser, som modsvarer de behov, som den enkelte palliative borger har, bl.a. karakteriseret ved progression og stor grad af variation fra dag til dag.</p> <p>Visitationen: Social og Handicaps Team Visitation i Varde Kommune har myndighedsopgaven at bevilge og visitere til indsatsområder jævnfør kommunens Katalog over Kvalitetstandarder og Indsatser.</p> <p>Det socialfaglige område: Den socialfaglige indsats omfatter rådgivning og koordinering med henblik på iværksættelse af hjælpeforanstaltninger.</p> <p>Det Palliative Team: Det Palliative Team på Sydvestjysk Sygehus er en vigtig aktør, når det handler om at kunne opfylde borgernes ønske om at dø hjemme. Udover at rådgive og vejlede hjemmesygeplejerskerne udfører de det specialiserede palliative niveau i borgerens hjem.</p>

		<p>Hospice Sydvestjylland: Som Det Palliative Team repræsenterer Hospice Sydvestjylland det specialiserede palliative niveau. Derudover forestår de palliation undervisningen af kommunens social og sundhedsassistenter.</p> <p>Almen praksis: Varde Kommune udarbejder projektets tids- og handleplan i samarbejde med almen praksis ligesom projektets fremdrift og implementering løbende vil blive drøftet gennem KLU (Kommunalt Lægeligt Udvalg), PLO Vardes Bestyrelse og via nyhedsbreve Indledningsvis udvælges (via PLO Varde) fire praksisenheder / praktiserende læger til at indgå i pilottest af indsatsen, hvorefter indsatsen udrulles til de øvrige praktiserende læger i Varde Kommune. Pilottesten gør det muligt at gøre erfaringer på best practice. De involverede praktiserende læger fungerer som tovholder for det palliative forløb jf. § 2 aftalen.</p> <p>Aflastningstjenesten: Frivillige i Aflastningstjenesten understøtter den faglige indsats med diverse frivillige indsatser.</p> <p>Patientforeninger: Patientforeningerne Kræftens Bekæmpelse, Lunge patienten og Hjerteforeningen repræsenterer deres medlemmer, de kan derfor give sparring på, hvordan det basale palliative niveau i kommunen forbedres, og videreformidle viden om indsatsen til medlemmerne. Patientforeningen Lunge patienten har som de andre foreninger indvilliget i et samarbejde, men det har desværre ikke været muligt, grundet manglende tid, at få indhentet en underskrevet samarbejdsaftale. For projektperioden udarbejdes en særlig samarbejdsaftale med Patientforeningerne. I samarbejdsaftalen uddybes rammerne for samarbejdet (Bilag 5).</p> <p>Andre aktører: Undervejs i projektet kan andre relevante aktører blive involveret løbende.</p>
13.	<p>Arenaer, risiko og sundhedsadfærd:</p>	<p>Projektet skal udvikles og implementeres i et samspil mellem Sundheds- og ældreområdet i Varde Kommune, de alment praktiserende læger i Varde Kommune, Hospice Sydvestjylland og Det Palliative Team på Sydvestjysk Sygehus. Samlet set er det mange parter, som skal samarbejde omkring den enkelte borger.</p> <p>I Varde Kommune er der allerede et rigtigt godt samarbejde mellem flere af parterne, et samarbejde som danner et godt grundlag for opfyldelse af projektets mål.</p> <p>De vigtigste snitflader, som er afgørende, for at projektet kommer til at fungere, vurderes at være;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samarbejdet internt i Varde Kommune både mellem enhederne og mellem fagpersonerne I Varde Kommune arbejdes der allerede på at styrke det interne samarbejde og koordineringen. Som beskrevet under pkt. 11 arbejdes der med relationel koordination. Som en udløber af dette projekt er der beskrevet rammer for bla. tværfaglige møder. På de tværfaglige møder koordineres samarbejdet omkring den enkelte borger mellem de relevante fagpersoner. På de tværfaglige møder er der mulighed for, at både sygeplejersker, terapeuter, plejepersonale og visitationen kan deltage. I samarbejdet omkring den palliative borger er der netop brug for at sikre denne koordination, så der bliver taget hånd om borgeren og de pårørende. Arbejdet med de tværfaglige møder er først startet op i foråret 2015, udfordringen er derfor at få samarbejdet og koordinationen til at fungere, der er endnu få erfaringer, som der kan trækkes på. Udfordringen er endvidere, at de tværfaglige møder afholdes med 1-2 ugers mellemrum, så hvis der er akutte situationer, skal det håndteres på anden vis, eks. ved direkte kommunikation mellem de involverede fagpersoner eller gennem omsorgssystemet.

		<ul style="list-style-type: none"> - Samarbejdet mellem Sygeplejen og de praktiserende læger. Samarbejdet mellem Hjemmesygeplejen og de praktiserende læger er et område, som der er arbejdet meget med gennem de sidste år. I regi af det Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU) drøftes udfordringer i samarbejdet, og der findes sammen frem til de bedste løsninger. KLU vil også i dette projekt være et vigtigt fora til at finde de bedste løsninger. I Varde Kommune er ansat en praksiskonsulent, som har faste møder med Sundhedschefen – og hvis der er behov andre ledere. Lederen af Sygeplejen har i efteråret 2014 været på besøg rundt ved samtlige læge praksis i Varde Kommune for at fortælle om Hjemmesygeplejens tilbud. Et resultat heraf er også at samarbejdet og netværket mellem de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne er blevet styrket. Der er her fortsat brug for at beskrive rammer og opgaver, samt hvilke kommunikationsveje der skal benyttes mellem Hjemmesygeplejen og de praktiserende læger. Dette skal der arbejdes videre med i projektet her. Udfordringer vil blive løst i regi af KLU og der vil blive taget hånd om enkeltsagerne – på samme måde som det allerede sker nu. - Samarbejdet mellem Varde Kommune og Det Palliative Team I hjemmesygeplejen i Varde Kommune er der ansat to palliative sygeplejersker som indgår i et netværk sammen med det Palliative Team. På den baggrund er der allerede lagt et godt grundlag for samarbejdet. Udfordringen består i at udvikle dette samarbejde til at gælde alle hjemmesygeplejersker i Varde Kommune.
14.	Tilpasning til den eksisterende indsats:	<p>Der eksisterer allerede en god samarbejdsrelation mellem Varde Kommune, almen praksis, de frivillige og det specialiserede palliative niveau (For yderligere beskrivelser af de eksisterende samarbejdsrelationer se pkt. 13). Ligesom der i dag er indsatser til palliative borgere og deres pårørende. Men indsatserne og tilbuddene er hverken koordinerede systematisk internt i kommunen eller mellem de forskellige sektorer.</p> <p>Med dette projekt ønsker vi at koordinere, skabe sammenhæng og øge kvaliteten og patientsikkerheden i de palliative indsatser og forløb.</p>
15.	Dokumentation og afrapportering:	<p>Projektleder vil være ansvarlig for at indhente relevant data i forbindelse med dokumentationen og afrapportering af indsatsen herunder sikre løbende monitoring. Desuden er projektlederen ansvarlig for fremdrift i projektet herunder at tidsplanen overholdes og aktiviteterne iværksættes.</p> <p>For hvert projekt år udarbejder projektleder en faglig status rapport, som både indeholder status og evaluering af projektgennemførelsen, de fem delmål samt en faglig vurdering af projektets foreløbige resultater.</p> <p>I evalueringen af de fem delmål vil erfaringerne med at identificere de palliative borgere samt skemaet til behovsvurdering komme til at indgå. Samarbejdet med de involverede parter vil også blive et fokusområde. Vidensniveauet blandt de kommunale fagpersoner vil blive fulgt, med det formål at se på om den kompetenceudvikling, som er planlagt, er tilstrækkeligt, eller om der er brug for yderligere viden – evt. på specialniveau.</p> <p>Hvis der gives midler til projektet, vil projektlederen sammen med konsulenter fra Social og Sundhedsafdelingen få til opgave at udarbejde en detaljeret evalueringsplan, som har tæt sammenhæng til tids og handleplanen.</p>
16.	Formidling og kommunikation:	<p>Hvis der bliver givet penge til ansøgningen, vil der som noget af det første blive udarbejdet en interessentanalyse og en kommunikationsplan. Ligeledes vil der blive udarbejdet interessentanalyse og kommunikationsplan. I udarbejdelsen af kommunikationsplanen inddrages Varde Kommunes kommunikationschef.</p> <p>I starten vil formålet med kommunikationsplanen være at skabe et kendskab til projektet, senere i projektperioden vil kommunikationsplanen have fokus på at formidle de resultater og den erfaring, som skabes gennem projektet.</p> <p>I arbejdet med kommunikationsplanen får projektlederen og arbejdsgruppen også til opgave at sikre projektet en klar profil og status i hele organisationen.</p> <p>I udarbejdelsen af projektansøgningen er der allerede sikret opbakning til projektet hos de relevante samarbejdsparter, som er beskrevet blandt andet un-</p>

		<p>der punkt 12.</p> <p>Følgende overvejelser er allerede blevet gjort;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varde Kommune har politisk opbakning til projektet da Social og Sundhedsudvalget har godkendt ansøgningen. Udvalget vil løbende blive orienteret om projektet. - Fagpersonalet i Varde Kommune vil løbende på personalemøder blive involveret i projektet. Projektlederen som ansættes i Hjemmesygeplejen har også en opgave i at udbrede viden og erfaringer fra projektet til de fagpersoner for hvem det er relevant. Det kan ske gennem nyhedsbreve, kollegial sparring og på personalemøder. - De praktiserende læger orienteres løbende via det Kommunalt Lægelige Udvalg, gennem nyhedsbreve og gennem praksiskonsulenten. - Der vil blive udsendt pressemeddelelser i de lokale medie for at gøre borgerne i kommunen opmærksomme på projektet.
17.	Projektets forankring:	<p>Efter projektets afslutning vil en AC-medarbejder i Social og Sundhedsafdelingen have en rolle i forhold til at sikre forankring af projektet fremadrettet.</p> <p>De enkelte sektorer og fagområder er ansvarlige for at vedligeholde og fastholde de gode samarbejdsrelationer i forhold til arbejdet med palliative borgere, der ønsker at dø i eget hjem.</p> <p>Almen praksis, kommunens plejepersonale og de frivillige vil have fået et palliativt kompetence løft som de fremadrettet kan bruge i deres arbejde.</p> <p>De afprøvede redskaber og arbejdsgange vil være implementeret og dermed blevet en del af hverdagen i arbejdet med palliative borgere og deres pårørende.</p> <p>Netværket i Det Palliative Team fortsætter og understøtter derved det basale palliative niveau i kommunen fremadrettet.</p> <p>Efter projektafslutning skal Det Palliative Team årligt afholde palliation kursus for hjemmesygeplejen, ligesom Hospice Sydvestjylland skal afholde kursus for social og sundhedsassistenterne.</p>
18.	Styregruppe:	<p>Styregruppen sammensættes med repræsentanter for de forskellige aktører i projektet. Styregruppen er sammensat af ledere på strategisk niveau. I styregruppen indgår følgende personer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kirsten Enevoldsen Myrup, Sundhedschef, Varde Kommune, projekt-ejer - Thorkild Pedersen, Social og Ældrechef, Varde Kommune - Rigmor Jensen, Leder af Sygeplejen, Varde Kommune - Anette Førgaard, Leder af Visitationen, Varde Kommune - Ragnhild Rabjerg, Leder, Hospice Sydvestjylland - Lise Mondrup, Specialeansvarlig overlæge, Det Palliative Team - Ragnhild Kallestrup, Koordinator for Aflastningstjenesten i Varde - Ledelsesrepræsentanter for hjemmeplejen og plejecentre - Jytte Møller, Praksiskonsulent, Lægehuset i Ølgod - Projektleder <p>Styregruppen tager de overordnede beslutninger vedrørende projektets gennemførelse og sikre at der er fremdrift i projektet. Styregruppen får desuden til opgave at sikre de nødvendige ressourcer til arbejdet samt bidrager med koordinering og forankring i hele organisationen.</p> <p>Det forventes, at styregruppen samles to gange årligt med en mødelængde på ca. 2 timer pr. gang.</p>
19.	Projektets organisering og bemanding:	<p>Projektet organiseres med en projektejer, en projektleder, en styregruppe og en arbejdsgruppe.</p> <p>Projektejer: Sundhedschefen i Varde Kommune udnævnes som projektejer for projektet.</p>

		<p>Hjemmesygeplejen er organiseret under Sundhedschefen og derfor giver det god mening at placere det overordnede ansvar her. Projektejeren har ansvaret for at projektet skaber værdi for organisationen og at der er opbakning til projektet rundt i organisationen. Projektejer sikrer at der er de nødvendige ressourcer til projektet. Projektejer skal fungere som sparringspartner for projektlederen under hele projektperioden.</p> <p>Projektlederen: Projektlederen ansættes i Sygeplejen og skal have en sygeplejefaglig baggrund med kendskab og erfaring inden for projektledelse. Projektlederen ansættes på 30 timer om ugen. Projektlederen får ansvaret for den daglige fremdrift i projektet og skal sikre kommunikationen til samarbejdspartnerne. Projektlederen skal have overblikket i alle projektets faser. I dette projekt vil projektlederen ud over projektledelsesopgaver få ansvaret for at introducere social og sundhedsassistenter/hjælpere samt hjemmesygeplejerskerne til opsporingskemaet og behovsafklaringskemaet. Projektlederen vil desuden få til opgave at stå for den kollegiale supervision.</p> <p>Projektgruppen: Projektgruppen sammensættes med repræsentanter for de forskellige aktører i projektet. Projektgruppen er sammensat af medarbejdere fra det udførende niveau. I projektgruppen indgår følgende repræsentanter.</p> <p>Gruppen udpeges senere og vil bestå af:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Projektleder - Nøglepersoner fra Hjemmesygeplejen - Nøglepersoner fra Træningsområdet, - Nøglepersoner fra Hjemmeplejen og Plejecentre - Det Palliative Team - Frivillige <p>Projektgruppen bidrager med deres faglige viden og arbejde ind i projektet. De enkelte repræsentanter har en opgave i at skabe opbakning til projektet i deres egen del af organisationen.</p> <p>Der er mulighed for at nedsætte referencegrupper i projektet og/eller indkalde videnspersoner fx Patientforeninger ad hoc, hvis der viser sig et behov herfor.</p>
20.	Tidsplan:	<p>Projektet forventes igangsat: 1.10.2015 og afsluttet: 30.9.2018</p> <p>Inden projektopstart d. 1. oktober vil en AC-medarbejder i Social og Sundhedsafdelingen udarbejde detaljeret tids- og handleplan, interessant analyse, risikoanalyse og kommunikationsplan samt evalueringsplan, således det ligger klar opstarten.</p> <p>2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Senest 1. september ansættes projektleder • Nedsættelse af styre- og arbejdsgruppe • Afholdelse af styre- og arbejdsgruppemøder med udarbejdelse og godkendelse af ovenstående analyser og planer • Udarbejdelse, introduktion og afprøvning af redskaber og arbejds-gange • Indledningsvis udvælges (via PLO Varde) fire praksisenheder / praktiserende læger til at indgå i pilottest af indsatsen • Afholdelse af kursus til de forskellige faggrupper og frivillige • Palliationssygeplejerske fra Det Palliative Team begynder at arbejde i Varde Kommune to dage i ugen <p>2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afholdelse af styre- og arbejdsgruppemøder • Afholdelse af kursus til de forskellige faggrupper og frivillige • Diplomuddannelse til fire sygeplejersker • Praktikforløb på hhv. Hospice Sydvestjylland og Palliativ Team • Implementering af redskaber og arbejds-gange • Justering af projektet gennem lokal evaluering • Palliationssygeplejerske fra Det Palliative Team arbejder i Varde Kommune to dage i ugen • Udrulning af indsatsen til alle praktiserende læger i Varde Kommune • Årlig evaluering og justering af indsatserne • Årlig revision af økonomien

		<p>2017:</p> <ul style="list-style-type: none">• Afholdelse af styre- og arbejdsgruppemøder• Afholdelse af kursus til de forskellige faggrupper og frivillige• Diplomuddannelse til fire sygeplejersker• Praktikforløb på hhv. Hospice Sydvestjylland og Palliativ Team• Implementering af redskaber og arbejdsgange• Justering af projektet gennem lokal evaluering• Palliationssygeplejerske fra Det Palliative Team arbejder i Varde Kommune to dage i ugen• Årlig evaluering og justering af indsatserne• Årlig revision af økonomien <p>2018:</p> <ul style="list-style-type: none">• Afholdelse af styre- og arbejdsgruppemøder• Afholdelse af kursus til de forskellige faggrupper og frivillige• Praktikforløb på hhv. Hospice Sydvestjylland og Palliativ Team• Palliationssygeplejerske fra Det Palliative Team arbejder i Varde Kommune to dage i ugen• Afholdelse af konference med henblik på formidling af resultater og erfaringer. Evt. i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og anden/andre modelkommuner• Årlig revision af økonomien• Evaluering og forankring af indsatserne
--	--	---