

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

| | | |
|----|---|---|
| 1. | Projektets titel: | Min død skal være værdig og efter mit eget ønske! |
| 2. | Baggrund og vision for projektet: | <p>Både undersøgelse og egne erfaringer viser, at pårørende i familier med en alvorlig syg /døende bruger mange ressourcer på at koordinere, skabe overblik, være praktiske og have fokus på symptomer. De ønsker i højere grad at være der mere for den syge som pårørende.</p> <p>Dette bevirker utryghed og stor belastning og forårsager ofte unødvendige indlæggelser. Ofte indfries ønsket om at dø i eget hjem ikke. Der er behov for en øget indsats omkring praktisk hjælp og koordination i disse hjem, samt et øget kompetence niveau hos sundhedspersonalet, for at sikre et bedre forløb og en værdig død efter eget ønske.</p> <p>Vision: Hedensted kommune er en landkommune med en langstrakt geografi, der er længere vej til de specialiserede sygehuse og professionelle netværkstiltag. Vi vil som landkommune gerne være med til, som model kommune, at højne kvaliteten for den alvorligt syge patient og dennes netværk i den sidste tid. Vi ønsker, at den syge og de pårørende oplever et værdigt forløb i den sidste tid og en livsafslutning efter eget ønske. At der er sammenhæng på tværs af faglighed og sektorer – et Team der griber /favner og støtter den syge og dennes nærmeste døgnet rundt. Desuden samarbejdsrum og snitflader, der giver hurtig handling både på det lavpraktiske felt, men også i det specialiserede rum med de samarbejdspartnere, der er nødvendige.</p> |
| 3. | <p>Overordnet mål – herunder forebyggelses/- sundhedsfremmeperspektiv:</p> <p>Delmål:</p> | <p>Overordnet mål er efter en 3 årig projekt periode: At der via etablering af tovholder sygeplejerske i den sygdomsramte familier sker en tidlig forventnings afklaring, som løbende afstemmes. Tovholderen koordinerer tværfagligt og sektorielt en indsats således at de praktiske og sociale behov tilgodeses uden den sygdomsramte familie skal bruge unødvendige ressourcer på disse. Forløbet skal være præget af høj professionelt tilgang døgnet rundt. Dette skulle give øget mulighed for ønske om at tilbringe den sidste tid i hjemmet og undgå unødvendige indlæggelser</p> <p>De sundhedsfremmende perspektiver er, at der drages omsorg for den syges og pårørendes ressourcer, således at den syges behov for at være mest muligt i eget hjem indfries. Ved at de pårørende oplever et godt og trygt forløb, hvor nærværet med den syge er i fokus, vil man også kunne forbedre sorgarbejdet for de efterladte.</p> <p>Tovholder sygeplejerske modtager terminal erklæringer/bevillinger og kontakter den sygdomsramte inden for 2 dage mhb på forventningssamtale.</p> <p>At tovholderen koordinerer og laver aftaler med relevante samarbejdspartnere efter aftale med patienten og de pårørende indenfor 2 dage efter forventningssamtalen, afhængig af hvor akut behovet er.</p> <p>At der er løbende koordination mellem de involverede parter via tværsektorielle møder 1 gang om måneden, som tovholderen indkalder til, hvor nuværende og kommende patienter drøftes.</p> <p>At fagpersonale kompetenceudvikles indenfor palliation, kommunikation, etik m.m. Der vil ved projektperiodens start tilrettelægges undervisningsforløb og der vil ved projektets start, midtvejs og til slut laves fokusgruppe interviews med personalet med det formål at undersøge faglig udvikling og vedligeholdelse af kompetencer.</p> <p>At der sker en styrkelse af netværk og pårørende ved supervision og kontinuerlig opfølgning ved tovholder/palliationssygeplejerske.</p> |

| | | |
|----|---|---|
| | | At der sker en større og forbedret udnyttelse af de eksisterende ressourcer. Herunder en mere struktureret tilgang til hvornår man indkalder mere personale, hvordan man benytter det faste personale og de ekstra ressourcer. På denne måde sikrer man tryghed og højt fagligt niveau for familierne og den alvorligt syge hele døgnet. |
| 4. | Projektets fokusområder: | <p>Tovholder sygeplejersken</p> <ul style="list-style-type: none"> tager kontakt til patienten/pårørende og aftaler møde, eventuelt med egen læge til både en forventningsafstemning samt afklaring af ønsker. Ved indlæggelse deltager tovholder i udskrivningssamtale. skaber samarbejdsrum og laver aftaler omkring sammenhængende og koordinerende forløb sammen med de involverede partnere, tværfaglige møder, på tværs af afdelinger og sektorer, evt. med audit for at kvalitetssikre Der sker løbende justering og opfølgning på de ønsker som er fremsagt ved forventningssamtalen.. Professionelle omkring familien har fokus på opsporing af ændring i tilstanden, således den kontinuerlig justeres efter behov Der skal gøres indtag i forhold til telekommunikation, for at undgå unødvendige transporter og indlæggelser på sygehuse <p>Kompetence udvikling/samarbejde</p> <ul style="list-style-type: none"> Der skal udarbejdes skema til forventningssamtale, fokusgruppeinterview af personale, auditskemaer SOSU personalet og sygeplejersker skal gennemgå undervisningsforløb Frivillige skal undervises og have supervision Andre samarbejdspartnere – evt undervisning / supervision Løbende supervision af pårørende <p>Netværk</p> <ul style="list-style-type: none"> Opfølgning efter den syge er afgået ved døden, for at forebygge ensomhed, selvmord, alvorlige kriser og psykosociale problematikker og bedre sorgbearbejdet og mestringen af den nye livssituation hos de efterladte. |
| 5. | Målgruppe(r): | <p>Borgere i Hedensted kommune der har fået/får en terminal bevilling og/eller terminal erklæring uanset alder før og under projektperioden og deres familie</p> <p>Sundhedsfagligt personale der har direkte borgerkontakt samt tværfaglige samarbejdspartnere hvor der er snitfladekontakt - socialrådgiver, sundhedsfremme afd., daginstitutioner, frivillige mm.</p> |
| 6. | Rekrutteringsstrategi: | <p>Der indgår borgere/familier, der er ramt af alvorlig sygdom. Det forventes på baggrund af statistik på tidligere år at oprette ca 150 nye i målgruppen pr år, men der kan forventes flere, da der vil blive et tættere samarbejde og kontakt omkring en tidligere indsats med sygehuse, palliationsteam m.m. Her vil tovholderen være den opsporende og være kontaktperson.</p> <p>Der er ca 1200 ansatte, der skal have et undervisningsforløb. Der er stor interesse hos personalet omkring opkvalificering i palliation. Ledere og nøglepersoner i organisationen vil spille en stor rolle i rekrutteringen og fokus på kompetenceudviklingen.</p> <p>Derudover frivillige/personer i netværket. Her vil der skulle laves informationsmateriale, foredragsaftener og supervision, desuden opsøgende arbejde på institutioner i kommunen omkring frivilligt netværksdannelse og støtte. Tovholderen og nøglepersoner i organisationen vil indgå i denne rekrutteringsstrategi.</p> |
| 7. | Sikring af kompetencer blandt fagpersonale: | <p>SSH: 2 dages undervisning med formålet at kursisterne ud fra en tværfaglig tilgang opnår viden og indsigt i de hyppigste problemstillinger hos den palliative patient og pårørende. At kursisterne bliver i stand til at observere, vurdere og evaluere de dynamiske processer i det palliative forløb, at kunne handle ud fra disse og inddrage relevante tværfaglige samarbejdspartnere (kommunikation /sorg reaktioner/krisereaktioner/observationer.)</p> <p>SSA: 4 dages undervisning med formålet at kursisterne ud fra en tværfaglig tilgang opnår viden og indsigt i de hyppigste problemstillinger hos den palliative patient og dennes pårørende. At kursisterne bliver i stand til at observere, vurdere og evaluere de dynamiske processer i det palliative forløb, at kunne handle ud fra disse og inddrage relevante tværfaglige samarbejdspartnere</p> |

| | | |
|----|-------------------------|--|
| | | <p>Sygeplejerske: 2 temadage med fokus på symptomlindring og den svære samtale. Supervision ved behov.</p> <p>Tovholdersygeplejerske: En sygeplejerske med specialeviden indenfor palliation. Skal være fuldtidsansat i projektperioden.</p> <p>Projektleder: Ansættelse af 1 fuldtidsansat projektleder i projektperioden med erfaring indenfor projektledelse og kvalitetsudvikling. Skal have sundhedsfaglig uddannelse, gerne indenfor palliationsområdet.</p> <p>Tema dag for tværfaglige samarbejdspartnere: 1 dag som omfatter information om projektet og fremtidigt samarbejde.</p> <p>Undervisning/sparring af frivillige</p> |
| 8. | Aktiviteter og metoder: | <p>Projektleder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skal sikre projektets gennemførelse og projektledelse. - Skal sikre og bearbejde statistikker og datatræk. - Skal udarbejde statusrapporter og evalueringer - Skal sikre korrekt dokumentation og udarbejdelse af - Er ansvarlig for kommunikation, information, PR, artikelskrivning - Er medansvarlig for at holde projektets økonomi - Sikre kompetenceudvikling og supervision - Udarbejdelse af værktøjer og skriftlige redskaber - Gennemførelse af interviews <p>Tovholder</p> <ul style="list-style-type: none"> - skal fungere som bindeled mellem de forskellige parter, der er involveret i den sygdomsramtes forløb. Her tænkes på en indsats, som bevirker en hurtigere og mere struktureret sagsbehandling. Fra projektets start skal der være udarbejdet en specifik handleplan evt. pjece omkring projektet, som skal udleveres til alle samarbejdspartnere. Tovholder skal tage personligt kontakt til samarbejdspartnere, for at øge synligheden af hendes funktion og af projektet. Desuden bliver det et af punkterne på temadagen med samarbejdspartnere. Det er vigtigt, at samarbejdspartnere orienterer patienterne om muligheden for at deltage i projektet. Denne indsats vil bevirke, at patienterne hurtigere får en terminalerklæring/bevilling og bliver visiteret til tovholderen. Der vil blive afholdt audits på samarbejdsforløbene. - kontakter patienten og evt. pårørende med henblik på en forventningssamtale. Her planlægges det nærmeste forløb, der laves en behovsafdækning og der laves aftale om hvilke samarbejdspartnere der skal inddrages. Inden projektets start skal der udarbejdes en guide til forventningssamtalen, der screenes via EROTC skema og benyttelse af skemaet Advanced Care Planning-et redskab som systematisk tager udgangspunkt i patientens ønsker og behov for den sidste tid og døden. Der aftales opfølgningstidspunkter med patienten og tovholderen løbende. Indholdet af opfølgningssamtalerne er udarbejdet i en guide. <p>Kompetence udvikling/samarbejde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Via kompetenceudviklingen af personalet og udarbejdelse af specifik handleplan for personalet for de palliative forløb, sikres at der følges hurtigt og professionelt op på ændringer, ønsker og behov. - Tovholder" sygeplejerske skaber samarbejdsrum med samarbejdspartnere. Tovholder etablerer månedlige møder med fast dagsorden, indkalder og laver referat. Denne jævnlige mødeaktivitet har til formål at sikre det tværfaglige fokus, således at der bibringes den højest mulige kvalitet i forløbet for patienten og dennes pårørende. Tovholder skal også i forbindelse med forventningssamtalen agere med kort varsel ved at inddrage aktuelle samarbejdspartnere hurtigt. Vil ligeledes være ansvarlig for afholdelse af audits på samarbejdsforløbene for at kvalitetssikre - For at undgå unødvendige indlæggelser og sikre at mest mulig be- |

| | | |
|-----|---|---|
| | | <p>handling kan foregå i hjemmet, vil telekommunikation være et værktøj. Ved symptomer, ændringer eller behov for samtale med f.eks. palliativt team, sygehus, egen læge m.m. kan patienten, pårørende og evt. sygeplejerske drøfte den aktuelle situation og behandling. Der kan etableres flere behandlinger i hjemmet bl.a. IV væske, IV antibiotika m.m.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der skal udarbejdes skema til forventningssamtale, fokusgruppeinterview af personale, auditskemaer - SOSU personalet og sygeplejersker skal gennemgå undervisningsforløb. - Frivillige skal undervises og have supervision - Andre samarbejdspartnere – evt. undervisning / supervision - Løbende supervision af pårørende ved tovholder sygeplejerske <p>Netværk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opfølgning efter den syge er afgået ved døden, for at forebygge ensomhed, selvmord, alvorlige kriser og psykosociale problematikker og bedre sorgbearbejdet og mestringen af den nye livssituation hos de efterladte. |
| 9. | Rekruttering af borgere med livstruende sygdom og deres pårørende | Der rettes henvendelse til den primære målgruppe (den alvorligt syge og deres pårørende) ved telefonisk kontakt af "tovholder sygeplejersken", hvorefter der bliver lavet individuelle aftaler efter ønske med inddragelse af de personer der ville kunne bidrage til forløbet. |
| 10. | Inddragelse af målgruppen: | Målgruppen kontaktes af tovholdersygeplejersken -> forelægger projektet-> besøg Interview m syge/pårørende v start Interview/spørgeskema undersøgelse til efterladte. Fokusgruppeinterviews af fagpersonale Fokusgruppeinterviews af frivillige |
| 11. | Forventes indsatsen at styrke øvrige områder? | Det forventes at projektet vil medvirke til et øget samarbejde med de fagkompetencer, sektorer og forvaltninger som den sygdomsramte familie ville skulle have berøring med. Der kunne komme snitflade og samarbejdsrum med: <ul style="list-style-type: none"> • Pædagoger / lærere • Jobcenter og lign fra beskæftigelse • Aktører fra sundhedsfremme • Socialrådgivning Der vil være mange berøringsflader og mulighed for tværsektorielt samarbejde og samskabelse. |
| 12. | Samarbejde med øvrige aktører: | Der ville kunne være mange samarbejdsrelationer alt efter hvilket regi den sygdomsramte samt familie er en del af. Tovholderen vil efter samtykke fra den sygdomsramte og pårørende invitere disse aktører ind i et samarbejdsrum |
| 13. | Arenaer, risiko og sundhedsadfærd: | Der vil skulle arbejdes på tværs af de kommunale forvaltninger. Dette vil indebære personale, som i forvejen har sparsomt kendskab til dette felt. Dette vil betyde behov for supervision, undervisning og kendskab til kompetencer. Hvilket også er gældende for frivillige. |
| 14. | Tilpasning til den eksisterende indsats: | Eksisterende: Hedensted kommune har tre primærsygeplejersker (generalister), som har specialeuddannelse /interesse indenfor det palliative område. De agerer også som konsulenter samtidig med at de kører i hjemmesygeplejen eller er på et plejecenter. Det er ikke nogen selvstændig funktion, men der gives den fornødne tid til opgaven, indenfor den ramme der er. Konsulenterne refererer til en udvalgt leder i Social Omsorg Der er et samarbejde med det palliative team Horsens med netværks møder 2 gange årligt med deltagelse af Horsens, Skanderborg og Odder kommune samt Regions Hospitalet Horsens. Sundhedsaftalen for personer med behov for palliativ indsats – lavet under Region Midtjylland, er gældende retningslinjer indenfor specialet. |

| | | |
|-----|-----------------------------------|--|
| | | <p>Fremadrettet og tilpasning: Tovholdersygeplejersken vil skulle have den koordinerende funktion for de tre palliative sygeplejersker og sammen med disse varetage planlægning - koordinering og kompetenceudvikling af øvrigt personale og samarbejdspartnere.</p> <p>Tovholder sygeplejersken vil varetage den tidlige indsats ude i de sygdomsramte familier – koordinere og i tæt samarbejde med relevante samarbejdspartnere og familien sætte initiativer i gang.</p> <p>Tovholder sygeplejersken vil skulle indgå i allerede eksisterende samarbejde i netværksgrupper samt opstart af nye relevante tværsektioelle samarbejdsrum.</p> |
| 15. | Dokumentation og af-rapportering: | <p>Egen evaluering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 gang pr. måned laves statistiktræk på om alle patienter er tilbudt samtale indenfor 2 dage - om relevante hjælpeværktøjer/skemaer er udfyldt - der trækkes data på hvor mange der indlægges og hvor ønsket var at dø eget hjem - der vurderes på de månedlige møder om de relevante samarbejdspartner visiterer målgruppen til tovholder, der laves audit hvert kvartal - der følges op med patienten og familien på statusmøder omkring hvordan den praktiske hjælp fungerer, dokumenteres via opfølgningsskemaer - der laves kvalitative samt kvantitative evalueringer af forløbene og gavn af kompetenceforløbene ved fagpersonalet og de frivillige - der laves interviews af pårørende i efterforløbet ved opfølgningssamtaler ved tovholder mm. - Der trækkes statistik på hvor mange der ikke ønsker at deltage i projektet |
| 16. | Formidling og kommunikation: | <p>Der er politisk godkendelse og opbakning. Projektet bliver grundigt diskuteret og bearbejdet i samarbejde med politikere, Seniorråd, Kræftens bekæmpelse, Ældresagen, frivilligt netværk og både kommunale og regionale samarbejdspartnere. Her tænkes både på skoler, daginstitutioner m.m. indenfor kommunen og sygehuse, palliativt team m.m. regionalt. Der vil blive informeret via pjecer, nyhedsbreve på kommunens hjemmeside og på personalets intranet. Derudover vil der blive lavet pressemeddelelse omkring projektet. Der vil pågå løbende egen evaluering og status, samt PR på interne ledermøder og politiske møder, samt seniorrådsmøder.</p> |
| 17. | Projektets forankring: | <p>På sigt vil tovholder funktionen skulle varetages af en sygeplejerske, formodentligt på 30 timer. Der vil skulle tilføres ressourcer, men disse vil på sigt minimeres idet man vil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - undgå unødvendige indlæggelser - få et netværk som er bedre rustet både under og efter et palliativt forløb - støtte under og efter et optimalt palliativt forløb vil kunne gavne sorgarbejdet og kunne medvirke til at mindske ensomhed og dermed afhængighed af hjemmehjælp - støtten vil ligeledes kunne medvirke til hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarked, skole, uddannelse m.v. - opnå at personalet bliver bedre fagligt rustet, således at man vil kunne undgå sygemeldinger betinget af manglende kompetencer i håndtering af de svære og belastende forløb. |
| 18. | Styregruppe: | <p>Styregruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repræsentant fra Det palliative Team Horsens: Det forventes, at teamet indgå som tæt samarbejdspartner i de komplekse forløb, deltage ad hoc i månedsmøder, deltage i undervisning og kompetenceforløb, samt sparring og supervision. - Repræsentant fra Gudenås Hospice: Det forventes, at Hospice indgå som tæt samarbejdspartner i relevante forløb, deltager i kompetenceudvikling og undervisning. - Repræsentant fra Hospitals Enheden Horsens: Det forventes, at Sygehuset er en aktiv medpart i forhold til tidlig henvisning til patienter, behandlingsforløb, audits, telemedicin og kvalitative forløb. - Repræsentant for Hedensted kommunes praktiserende læger: Det forventes, at patientens praktiserende læge er en tæt samarbejds- |

| | | |
|-----|---------------------------------------|--|
| | | <p>partner, har fokus på tidlig indsats og hurtig henvisning til tovholder.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frivillig koordinator v. Hedensted Kommune: Det forventes, at koordinator vil være behjælpelig med at give overblik over hvordan og hvem der vil kunne bruges i det frivillige netværk. Vil kunne rekruttere og give informationer til netværket. Medvirke til planlægning også ved evt. opstart af nye netværk relateret til projektet. - Projektleder: Se punkt 8. - Områdeleder: Det forventes, at områdeleder medvirker til implementering af projektet. - Distrikts leder: OBS OBS <p>Styregruppen har første møde kort efter projektstart, hvorefter der lægges plan for videre fremdrift samt etablering af en arbejdsgruppe.</p> |
| 19. | Projektets organisering og bemanning: | <ul style="list-style-type: none"> - Tovholder: Der ansættes 1 sygeplejerske med specialeviden indenfor palliation. Skal være fuldtidsansat i projektperioden. - Projektleder: Ansættelse af 1 fuldtidsansat projektleder i projektperioden med erfaring indenfor projektledelse og kvalitetsudvikling. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Skal have sundhedsfaglig uddannelse, gerne indenfor palliationsområdet. ➢ Projektleder vil sikre den fornødne projektgennemførelse, herunder statusevalueringer, dokumentation, rapportering, samling af resultater og evt. artikelskrivning - Både tovholder og projektleder vil koordinere indsatser nævnt tidligere. |
| 20. | Tidsplan: | <p>Projektet forventes igangsat: 1. oktober 2015 og er afsluttet: 30.09. 2018. Angiv en plan for hvert finansår: Se budget</p> |