



Skema 2: Beskrivelse af projektet

(max 5 sider, skrifttype Arial, skriftstørrelse 10)

1. Projektets titel
Styrket indsats for en værdig død
2. Hovedansøger
Esbjerg Kommune
3. Hvilket/hvilke tema(er) fra værdighedspolitikkerne tager projektet afsæt i? <i>Sæt minimum ét kryds</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Livskvalitet <input checked="" type="checkbox"/> Selvbestemmelse <input checked="" type="checkbox"/> Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen <input type="checkbox"/> Mad og ernæring <input checked="" type="checkbox"/> Pårørende <input checked="" type="checkbox"/> En værdig død <input type="checkbox"/> Bekæmpelse af ensomhed
4. Resumé af projektet (max 15 linjer)
<p>Esbjerg Kommune ønsker at sætte særligt fokus på værdighed for borgere og pårørende i borgerens sidste tid ved at få viden om og en ny praksis for:</p> <ul style="list-style-type: none">• Relevante samarbejdsmodeller og metoder for samarbejdet med og omkring døende borgere og deres pårørende.• Meningssskabende kompetenceudvikling med fokus på faglig viden om palliation og forhold for døende og deres pårørende samt en praksis for at tale med døende og sikre deres selvbestemmelse.• Kommunikation og dokumentation, der understøtter pårørende- og borgerinddragelse via brugen af validerede skalaer. Samtidig vil dokumentationen være effektiv for medarbejderne og sikre tydelige arbejdsgange for overleveringer. Dermed bliver alle relevante informationer delt effektivt og hurtigt på tværs af aktører via et gennemtestet dialogværktøj.
5. Beskriv baggrunden for projektet, herunder det udviklingsområde/den problemstilling projektet tager afsæt i samt hvilken viden / hvilke erfaringer projektet bygger på
<p>Esbjerg Kommune tænker alle livets faser ind i en helhedstænkning. Bl.a. bygger Esbjerg Kommune seniorboliger, som skal være med til at understøtte det gode ældreliv i alle dets faser. Esbjerg Kommune har erfaring for at borgere, der flytter ind i kommunens ældreboliger kan understøttes på en måde, der betyder, de kan opretholde deres selvbestemmelse og magter at håndtere deres evt. sundhedsudfordringer. Dette bevirker, at borgere ikke skal opleve et behov for at flytte i en plejebolig i den sidste tid af livet. Esbjerg Kommune ønsker, som en del af kommunes værdighedspolitik, at kunne sætte særligt fokus på værdighed for borgere og pårørende i borgerens sidste tid ved at kunne tilbyde en værdig afslutning på livet i samarbejde med kompetente medarbejdere, der har den nødvendige viden, tid til nærvær og omsorg. Esbjerg Kommune ønsker således at være kendt for at tilbyde de nødvendige rammer for en dækkende palliativ behandling af døende borgere, og at medarbejderne ser og støtter de pårørende, der ønsker at være en del af forløbet i eget hjem. Med dette projekt ønsker Esbjerg Kommune at tilbyde alle borgere en værdig afslutning på livet ved at fokusere på at udvikle nye faglige tilgange til palliation og afprøve nye samarbejdsmodeller omkring døende borgere og deres pårørende. I projektet ønsker Esbjerg Kommune at inddrage såvel borgere og pårørende som andre samarbejdspartnere tættere i forløbet, så borgere og pårørende oplever at de, så vidt som det overhovedet er muligt, får de bedste forudsætninger for at kunne opleve en rolig og tryk dødsproces i vante og selvvalgte rammer.</p> <p>Esbjerg Kommune ønsker at udbrede eksisterende og gode erfaringer fra og samarbejde om palliative forløb for terminale kræftpatienter, der ønsker at dø i eget hjem til en systematisk tilgang til gavn for andre patientgrupper (særligt KOL, hjerte og demens). Der kan være udfordringer forbundet med at opfylde den døendes ønske, bl.a. komplicerede sagsgange, herunder lang sagsbehandlingstid ved kontakt til sygehus og egen læge. Det er medarbejdernes oplevelse at nogle af doku-</p>

mentationsprocesserne kan forenkles og gøres mere tidseffektive til fordel for fremdriften i borgerens forløb. Dette kan fx imødekommes ved at gøre brug af simple skemaer med afkrydsningsmuligheder fremfor lange afsnit med prosatekst. Implementering af skemaer til brug på tværs af sektorer vil samtidig sikre en ensartethed i dokumentationen og bidrage til en lettere kommunikation. Det er hensigten at projektet skal bidrage til udvikling af smidigere sagsgange og hurtigere kommunikationsveje mellem de forskellige aktører (hospital, almen praksis, hospice og syge-/hjemmepleje) og sikre systematisk inddragelse af borger/pårørendes behov samt en bedre koordinering på tværs af indsatser parallelt med den palliative indsats.

Projektets tre overordnede spor:

1) Samarbejdsmodel og ny innovativ organisering af indsats: Med udgangspunkt i borgerrejsen gennem alle faserne i et palliationsforløb (tidlig, sen og terminal) skabes der et overblik over nødvendige samarbejdsflader og indsatser. Konkret planlægges følgende:

- *Optegning af borgerrejsen og dertil udvikling af en dynamisk behandlingsplan* for den enkelte borger med inspiration fra triagering. Denne behandlingsplan kan let, og evt. ved afkrydsning, tilpasses i takt med at symptomerne ændrer sig (velkendt fra triagering indenfor ældreområdet¹).
- *Afprøvning af nye innovative samarbejdsmodeller- og metoder*, Esbjerg Kommune planlægger bl.a. at afprøve tværsektorielle møder via korte videokonferencer så det sikres, at der handles hurtigere ved rette instans (fx almen praksis eller sygehus) ift. at imødekomme eksempelvis regulering af medicin for den døende borger i eget hjem. Nærværende projekt har afsæt i en formel regional samarbejdsaftale².

2) Kompetenceudvikling: Medarbejdere på tværs af borgerforløb skal have indsigt i den palliative indsats og forståelse for borgeres og pårørendes forløb samt mulige ønsker. Konkret planlægges:

- *Faglig kompetenceudvikling:* Med afsæt i erfaringer fra kræftområdet, udbredes disse til øvrige patientgrupper. Dels den faglige forståelse for palliation samt relevante indsatser. Undervisning varetages af eksperter på området.
- *Praksis-øvebaner:* De interpersonelle kompetencer hos alle medarbejdere ift. at tale om døden og være i den sorg som pårørende og den døende oplever, skal styrkes via praksis-øve-baner. Konkret vil materialer fra "Klar til samtalen"³, som er nyudviklet materiale fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed, der bl.a. handler om behandlingstestamente og holdning til genoplivning, blive anvendt. Implementering vil ske gradvist og med kontinuerligt fokus på at afdække hvordan ændringer i praksis opleves af borgere og pårørende med henblik på løbende justering.

3) Kommunikation, dokumentation og faglig dialog: I projektet arbejdes der målrettet med intern kommunikation og dokumentation ved implementering af validerede skemaer, herunder:

- *Validere skalaer:* En systematisk implementering af skalaer der bruges nogle steder i kommunen. Fx i form af CSNAT⁴ (afdækker pårørendes behov tidligt i forløbet v. sygeplejerske), CAM-score⁵ (afdækker delir v. relevante borgere), EORTC-QLQ-C15-PAL⁶ (afdækker borgers behov for rehabilitering og palliation tidligt i forløbet v. sygeplejerske), advanced care planning⁷ (afdækker borgers præference til den allersidste tid v. sygeplejerske). Derved kan den faglige dialog på tværs af sektorer databaseret og sikre tæt inddragelse af borgere og pårørendes eget perspektiv. CSNAT anvendes i dag i Esbjerg Kommune på kræftområdet, hvor kommunen har gode erfaringer fra deltagelse i forskningsprojektet 'Pårørende i Hjemmet' (PiH)⁸.
- *En trinvis observation:* Udvikling af en lettere måde at dokumentere egne indsatser via forståelse af borgerforløbet som progredierende i trin. I takt med at borgerens forløb forværres, oprettes et nyt trin ud fra en præ-udviklet model. Dvs. beskrivelse og dokumentation er præ-udviklet og gør det lettere for fagpersonen, der skal dokumentere.

¹ Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker. Sundhedsstyrelsen. 2017.

² Samarbejdsaftalen om patienter med uheldelig livstruende sygdom og kort forventet levetid i Region Syddanmark. Fælleskommunal Sekretariat. 2019.

³ Klar til Samtalen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed. 2019. <https://patientsikkerhed.dk/projekter/klartil samtalen/>

⁴ Carer Support Needs Assessment Tool – validering måleredskab til afdækning af behov hos pårørende, se <http://csnat.org/>

⁵ Confusion Assessment Method – til måling af delir hos patienter, se <http://www.oxfordmedicaleducation.com/geriatrics/cam/>

⁶ Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen 2017.

⁷ Metode til at afklare patientens ønsker til behandling og pleje i den sidste tid, se <http://www.dmcgpal.dk/files/2017-q1/vidensforumpakkerne/acppakkeapril2017.pdf>

⁸ Videnskabeligt projekt ved Forskningsenheden for Palliativ Medicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital.



- *ISBAR-palliation*: Styrker den tværgående kommunikation ved brug af et dialogværktøj inspireret af ISBAR⁹ (der har høstet gode erfaringer i sygehusregi). Via en innovativ proces, hvor borgere/pårørende inddrages i udviklingen, udvikles en "ISBAR-palliation", som fungerer som en tjekliste til sikker mundtlig kommunikation om borgerens helbredstilstand og behandling, hvor alle relevante informationer deles hurtigt og effektivt og borgeren dermed får den rette indsats.

6. Beskriv hvordan projektet understøtter puljens formål om at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen med afsæt i mindst ét af de syv værdighedstemaer.

Projektet understøtter fem af de syv temaer værdighedstemaer: en værdig død, livskvalitet, selvbestemmelse, pårørende, samt kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen.

Organiseringen af den palliative indsats skal tage sit fulde afsæt i borgerens perspektiv, ønsker og behov, dermed bidrager projektet til styrket omsorg og nærvær for borgerne i deres sidste levetid og dermed sikres en **værdig død**. Den borgercentrerede tilrettelæggelse af den palliative indsats skal samtidig bidrage til en øget **livskvalitet og selvbestemmelse**, idet den palliative pleje i højere grad tilrettelægges ud fra borgernes egne ønsker og behov. Ligeså vil der samtidig være fokus på i højere grad at inddrage **pårørende** i form af løbende samtaler. Det er forventningen at organiseringen og kompetenceudviklingsforløbet i projektet vil bidrage til en højere **kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen**.

7. Beskriv hvordan projektet understøtter puljens mål om at se på veje til at reducere unødvendige dokumentationskrav og optimere eksisterende dokumentationsprocesser til gavn for den enkelte ældre.

Projektet bidrager til at sikre højere grad af systematik og struktur i de eksisterende dokumentationsprocesser på palliationsområdet. Det sikres ved implementering af validerede skalaer, trinvis model for dokumentation og ISBAR-palliation. Der vil indledende og løbende være fokus på at identificere unødvendig og ikke-lovpligtig dokumentation. Konkret vil der i projektet være fokus på at simplificere dokumentationen samt at optimere og innovere de redskaber, der anvendes hertil. For nuværende er der unødvendig dokumentation i kommunikationen med egen læge, hvilket potentielt kan forsinke processen for borgeren.

8. Beskriv projektets metoder og processer, og hvordan de understøtter formålet om at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen gennem *innovative* veje og skabe positiv forandring i praksis. Herunder overvejelser om inddragelse af borgere, involverede medarbejdergrupper og andre relevante parter.

Projektet bidrager til puljens formål ift. innovation og positiv forandring i praksis ved at arbejde systematisk med samskabelse og inddragelse af borgere og deres pårørende i en iterativ proces, der veksler mellem viden og erfaringer fra de tre udviklingsspor og løbende dataindsamling. Dette sikrer en løbende kvalificering og justering i implementeringen af de nye tiltag, der på sigt forventes udbredt til øvrige patientgrupper. Løsningsbeskrivelsen er præsenteret nedenfor. Bilag 2 illustrerer projektets processer og de tre spor. I bilag 4 findes en detaljeret aktivitets- og tidsplan.

FASE 0: OPSTART (DEC 2020)

Opstartsmøde og aftaler omkring databehandling: Indledende opstartsmøde med projektleder og ledergruppe for de involverede faggrupper/aktører (fx sygeplejen, praktiserende læge, palliative teams mv.). Her fastsættes kriterier og aktiviteter i udviklingen af en ny organisering omkring palliative forløb og aftaler om behandling af data.

- **Videns- og forventningsafdækning:** Udarbejdes for sikre en fælles forståelse og ens målsætning for alle involverede aktører og faggrupper.
- **Samarbejdsaftaler:** Udarbejdelse og godkendelse af endelige samarbejdsaftaler med samarbejdspartnere, herunder roller og forventningsafstemning. Der nedsættes en brugergruppe, som indgår i projektet og består af repræsentanter fra borgere, pårørende (ældreråd, patientforeninger, m.fl.) og frivillige organisationer (afslastningsordningen). Desuden afklares det, hvilke patientgrupper, den nye model skal afprøves på i projektperioden, og hvilke medarbejdere der skal indgå i projektet.

⁹ Tjekliste til sikker mundtlig kommunikation om borgerens helbredstilstand, se <https://patientsikkerhed.dk/isbar/>



- **Udvikling af evalueringsdesign:** På baggrund af aktiviteterne i opstartsfasen aftales det endelige evalueringsdesign med ekstern proces- og evalueringskonsulent (Rambøll). Herunder fastlægges anvendelse af dataudtræk fra kommunens egne systemer (fx antal borgere i palliative forløb, anvendt tid til hjælp, borgertilfredshed samt dokumentation, mm.).

FASE 1: MODELUDVIKLING (JAN-MAJ 2021)

- **Undervisning og indlejring af innovativt mindset og metode:** Projektleder og nøglemedarbejdere fra arbejdsgruppen samt forandringsagenter undervises i innovativ inddragelse af borgere og pårørende samt datadrevet evaluering ved ekstern konsulent. Konkret undervises der i brug af forbedringsmodellen og opstilling af småskalaforsøg, som skal afprøves i projektperioden.
- **Borgerrejseshops:** Borgerrejsen har til formål at afdække nuværende arbejdsgange i palliative forløb (tidlig, sen og terminal) for forskellige patientgrupper (kræft, KOL, demens og hjertesygdom) og på den baggrund idéudvikle en ny organisering. På workshoppen adresseres tre elementer: 1) tid og timing i aktiviteter, 2) de involverede faggrupper, 3) borgeren og pårørende – med et eksplicit fokus på, hvornår og hvordan de inddrages. På workshoppen deltager de involverede faggrupper, ledere og projektleder samt brugergruppen.
- **Baselinemåling:** Evaluerings- og proceskonsulenter indsamler viden og data til baselinemåling, som primært baseres på historiske data fra 2020 og interview med nøgleaktører.
- **Udviklingsaktiviteter i relation til kommunikation og dokumentation:** For at målrette og ensrette den interne kommunikation og dokumentation på tværs afholdes fælles sessioner, hvor de validerede skalaer (fx ISBAR-Palliation og trinvis observation) præsenteres og gennemgås. Derudover vil der løbende afholdes check-ins i form af virtuelle møder på tværs af faggrupper.
- **Tilrettelæggelse og afvikling af kompetenceudvikling:** På baggrund af de ovenstående aktiviteter planlægges kompetenceforløb målrettet de involverede medarbejdergrupper. Der planlægges både fælles kompetenceudviklingsaktiviteter og særskilte aktiviteter for specifikke faggrupper.

FASE 2: UDVIKLING OG AFPRØVNING (FEB-NOV 2021)

- **Afprøvning og justeringer på baggrund af refleksionsmøder:** Den nye organisering og systematiserede indsats afprøves i første omgang på én eller flere udvalgte patientgrupper (med mulighed for udvidelse til flere patientgrupper indenfor projektperioden). For sikre fremdrift og løbende justeringer afholder de involverede faggrupper, brugergruppe og samarbejdspartnere løbende refleksionsmøder. Møderne tager udgangspunkt i data og erfaringer fra småskalaforsøg med henblik på at afklare eventuelle udfordringer samt skabe rum for dialog om forbedringspotentialer. På baggrund af møderne foretages eventuelle justeringer af arbejdsgange, kommunikation mv.
- **Kontinuerlig erfarings- og vidensopsamling:** For at sikre at erfaringerne fra afprøvningen videregives og indarbejdes i den endelige organisering af samarbejdet omkring palliative forløb, afholdes der løbende erfarings- og vidensopsamlingsmøder med de involverede faggrupper, brugergruppe og samarbejdspartnere.

FASE 3: SLUTEVALUERING OG IMPLEMENTERINGSPLAN (NOV-DEC 2021)

- **Slutevaluering:** På baggrund af dataindsamling, herunder kvantitative data og interviews med forskellige faggrupper, frivillige, borgere og pårørende, foretages en samlet analyse af gevinsterne og erfaringer i projektet.
- **Afrapportering:** Den endelige rapport indeholder evalueringens resultater samt evt. andre erfaringer opsamlet i projektperioden.
- **Plan for udbredelse og implementering:** På baggrund af slutevalueringen udarbejdes der en plan for udbredelse/skalering til andre kommuner.

9. Beskriv projektets potentiale ift. at skabe ny praksis og løsninger, der kan overføres til andre kommuner, herunder hvordan evt. samarbejde med andre aktører understøtter dette.

Projektet vil derfor kunne bidrage med vigtig viden om, hvordan palliative forløb for forskellige borgergrupper kan tilrettelægges på en måde, der bidrager til en værdig afslutning på livet. Erfaringer vil kunne anvendes i alle danske kommuner i arbejdet med at udvikle organisering og ressourcer til at øge omsorg, nærvær og kvalitet og dermed give borgeren en værdig død.



10. Beskriv overvejelser om afsatte ressourcer i projektet til løbende at indsamle og anvende viden, erfaringer og resultater til løbende evaluering og tilpasning af projektet samt understøttelse af de af Sundhedsstyrelsen planlagte aktiviteter for videndeling mellem kommuner.

Brugerstemmer: Borgere, pårørende og frivillige inddrages løbende for at:

- Deltage i interviews og valideringssessioner, der skal sikre inddragelse af borgerperspektivet
- Bidrage med oplevelser og erfaringer, der skal kvalitetssikre den nye organisering omkring den palliative indsats

Projektleder er ansvarlig for sikre sammenhæng på tværs af de tre spor ved:

- Daglig projektledelse ift. aktiviteter og forandringsagenter
- Løbende at indsamle og anvende viden med hjælp fra forandringsagenter og eksterne konsulenter
- Deltagelse i Sundhedsstyrelsens planlagte aktiviteter for videndeling mellem kommunerne

Forandringsagenter: Centrale medarbejdere, som udpeges som forandringsagenter i projektet, og som primært har ansvaret for spor tre om kommunikation, dokumentation og dialoger ved:

- Kontinuerlig kontakt med sygeplejeteams med henblik på at understøtte den samlede palliative indsats
- Varetage udvikling, pilottest og implementeringen af både samarbejdsmodel og kommunikation/dialog/dokumentationsværktøjer i praksis og med særligt fokus på inddragelse af borgerperspektiv
- Understøtte brugen af de valgte skemaer og løbende indsamle erfaringer herom

Samarbejdspartnere (herunder repræsentanter fra Hospice Sydvestjylland, almen praksis og Sydvestjysk Sygehus) involveres kontinuerligt for at:

- Deltage i de planlagte aktiviteter for at sikre implementering på tværs
- Løbende overlevere viden og erfaringer til projektleder, der skal anvendes til justeringer
- Medvirke til at sikre ensartethed i udviklingsprocessen ved aktivt at tage del i kommunikation og de faglige dialoger om hvert spor

Proces- og evalueringskonsulenter fra Rambøll Management Consulting vil varetage følgende:

- Bidrage til baselinemålinger, dataindsamling og evaluering
- Understøtte metoder til implementering og arbejdet med en systematisk innovativ og brugerinddragende tilgang til positiv forandring af praksis.
- Facilitere refleksionsmøder for at sikre at praksiseksperter og borgere/pårørende alle kan byde ind ligeværdigt

11. Beskriv projektets:

- organisering,
- ledelsesmæssige forankring og opbakning,
- tilknyttede kompetencer og erfaring,
- tids- og milepælsplan.

Beskriv herunder overvejelser om / argumentation for gennemførligheden af projektet i relation til disse.

Projektorganisering (illustreret i bilag 3): Projektleder, tværgående styregruppe med repræsentanter fra de involverede faggrupper, forandringsagenter, sygeplejeteam og hjemmeplejeteam samt samarbejdspartnere (Sydvestjysk Sygehus, praktiserende læger og hospice). Organiseringen styrkes ved løbende inddragelse af en aktiv brugergruppe, der repræsenteres af borgere, pårørende og frivillige. Projektorganiseringen er illustreret i bilag 3. **Gennemførligheden** sikres ved en stærk organisering med fokuserede implementeringskræfter i form af en dedikeret projektleder og forandringsagenter og med **ledelsesmæssig opbakning** fra hele Sundhed og Omsorgsforvaltningen i Esbjerg Kommune, hvor projektet er forankret. Projektet vil primært bestå af **sundhedsfaglige medarbejdere** for at sikre høj faglig kvalitet i projektet, se nærmere beskrivelse i punkt 10. Som tidligere beskrevet gennemføres projektet i fire faser fordelt over et år med forventet opstart december 2020. Detaljeret information om **tids- og milepælsplan** fremgår i punkt 8 og bilag 4.

