

Evalueringsrapport



Projekt lindrende indsats

Hæmatologisk Afdeling, Aalborg Sygehus

Hæmatologisk Afdeling
Hæmatologisk Forskningsenhed
Aalborg Sygehus
Århus Universitetshospital

Forskningsenhed for
Klinisk Sygepleje,
Aalborg Sygehus
Århus Universitetshospital

Indholdsfortegnelse

FORORD.....	5
1. KONKLUSIONER	7
UDVIKLING AF DEN LINDRENDE INDSATS I HÆMATOLOGISK AFDELING	7
GENNEMFØRELSE AF PROJEKTET I HÆMATOLOGISK AFDELING	11
2. BAGGRUND.....	14
3. EVALUERINGSMETODER OG DESIGN	17
SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE	17
INTERVIEWUNDERSØGELSEN.....	18
DATAANALYSE.....	19
<i>Statistisk analyse</i>	19
<i>Analyse interview</i>	22
FREMSTILLING AF RESULTATER OG FUND	22
4. UNDERSØGELSESPOPULATION.....	24
OPGØRELSER AF BAGGRUNDSVARIABLE.....	24
<i>Ansættelsessted</i>	24
<i>Anciennitet i afsnit/afdeling</i>	24
<i>Antal år uddannet i fag</i>	24
<i>Arbejdstider</i>	26
<i>Alder</i>	26
DISKUSSION AF RESULTATER.....	26
SAMMENFATNING.....	27
5. INDSATSEN FOR PATIENTER OG PÅRØRENDE.....	28
DEN PALLIATIVE MÅLGRUPPE - RESULTATER.....	28
DISKUSSION AF RESULTATER.....	31
DEN PALLIATIVE MÅLGRUPPE - INTERVIEWFUND.....	31
LINDRING OG INTERVENTION AF PATIENTENS SYMPTOMER OG BEHOV - RESULTATER.....	38
DISKUSSION AF RESULTATER.....	41
LINDRING OG INTERVENTION AF PATIENTENS SYMPTOMER OG BEHOV - INTERVIEWFUND.....	41
INDSATSEN FOR PÅRØRENDE	46
DISKUSSION AF RESULTATER.....	47
INDSATSEN FOR PÅRØRENDE - INTERVIEW FUND	48
SAMMENFATNING.....	49
6. ORGANISATORISKE FORHOLD.....	54
ORGANISATORISKE FORHOLD - RESULTATER.....	54
DISKUSSION AF RESULTATER.....	56
ORGANISATORISKE FORHOLD - INTERVIEWFUND.....	56
SAMMENFATNING.....	57
7. PERSONALET'S KOMPETENCE	58
PERSONALET'S KOMPETENCE - RESULTATER	58
DISKUSSION AF RESULTATER.....	61
PERSONALET'S KOMPETENCE - INTERVIEWFUND	62
SAMMENFATNING.....	67
8. TVÆRFAGLIG INDSATS.....	69
TVÆRFAGLIG INDSATS - RESULTATER	69
DISKUSSION AF RESULTATER.....	70
TVÆRFAGLIG INDSATS - INTERVIEWFUND	71
FLERFAGLIG INDSATS - RESULTATER.....	79
DISKUSSION AF RESULTATER.....	82

FLERFAGLIG INDSATS - INTERVIEWFUND.....	83
SAMMENFATNING.....	89
9. GENNEMFØRELSE AF PROJEKTET	95
FORBEDRING AF DEN SAMLEDE PALLIATIVE INDSATS	95
DISKUSSION AF RESULTATER.....	96
FASE 1: STATUS	96
<i>Status - resultater</i>	96
<i>Diskussion af resultater</i>	97
<i>Status - interviewfund</i>	97
FASE 2: AKTIONSPLANLÆGNING	100
<i>Aktionsplanlægning - resultater</i>	100
<i>Diskussion af resultater</i>	101
<i>Aktionsplanlægning - interviewfund</i>	101
FASE 3: IMPLEMENTERINGSFASEN.....	103
<i>Implementeringsfasen - resultater</i>	103
<i>Diskussion af resultater</i>	104
<i>Implementeringsfasen - interview fund</i>	105
<i>Kompetenceudvikling og læringskontekster</i>	105
<i>Implementeringsfasen - barrierer</i>	111
PROJEKTFORLØB: ORGANISERING OG STYRING	113
<i>Organisering og styring - resultater</i>	113
<i>Diskussion af resultater</i>	114
<i>Organisering og styring - interviewfund</i>	114
PROJEKTFORLØB: PROCES.....	116
<i>Proces - resultater</i>	116
<i>Diskussion af resultater</i>	118
SAMMENFATNING.....	118
REFERENCER.....	125

Forord

Projekt lindrende indsats har været undervejs i Hæmatologisk Afdeling siden marts 2007. Der har været arbejdet på mange fronter for at udvikle den lindrende indsats i afdelingen og en stor personalegruppe og flere faggrupper har deltaget i bestræbelserne herpå. Tusind tak for det engagement, alle deltagere har udvist i projektperioden. I denne rapport præsenteres de resultater og fund, som er et resultat af den indsats. Det er projektgruppens håb, at de resultater og fund, vi lægger frem og de valg, som vi har gjort, kan bruges som inspiration og vejledning for andre hospitalsafdelinger, som ønsker at udvikle den lindende indsats.

Der skal lyde en stor tak til de uheldeligt syge patienter og pårørende, som så velvilligt har bidraget til at berette om deres oplevelser, erfaringer og ønsker til en indsats, Hæmatologisk Afdeling lægger vægt på at styrke. Vi håber, at projektet har bidraget til at gøre en positiv forskel for patienter og pårørende i mødet med Hæmatologisk Afdeling.

Tak til styregruppen for et godt samarbejde omkring projektet, for den tid og de økonomiske ressourcer, I har bidraget med og ikke mindst tak fordi I troede på projektet. Takken skal lyde til over-sygeplejerske June Korup, ledende overlæge Anne Bukh, souschef Conny Lyngholm og professor Hans E. Johnsen.

Tak til Trygfonden, Det Obelske Familiefond og Region Midtjyllands Sundhedsvidenskabelige Forskningsfond for økonomisk støtte til projektet.

Takken skal lyde på vegne af projektgruppen Fagligt Forum, som består af sygeplejerske Ellen Riis, sygeplejerske Gerda Mikkelsen, sygeplejerske Anne Mette Skals, ledende projektsygeplejerske Lene Lundby og overlæge Georg Thorsell, alle Hæmatologisk Afdeling på Aalborg Sygehus

På projektgruppens vegne

Karen Marie Dalgaard
Projektleder
Aalborg, februar 2010

1. Konklusioner

I denne rapport præsenteres evalueringen af projekt lindrende indsats, som er gennemført ved Hæmatologisk Afdeling, Aalborg sygehus i perioden marts 2007 - april 2009 med det formål at udvikle den lindrende indsats i afdelingen og udvikle ny viden om, hvordan den lindrende indsats kan implementeres i andre hospitalsafdelinger. I rapporten præsenteres resultater og fund relateret til udvikling af den lindrende indsats og de antagelser og metodevalg, som projektforslaget baserer sig på som baggrund for de opnåede resultater. Evalueringen er baseret på en spørgeskemaundersøgelse, fire fokusgruppe interview og tre individuelle interview gennemført blandt projektdeltagerne.

Rapporten rummer følgende kapitler:

- I kapitel 2 opsummeres det samlede projektforslag, som evalueringen retter sig mod.
- I kapitel 3 redegøres for evalueringsmetode, design og rapportens fremstilling
- I kapitel præsenteres baggrundsvariable for evalueringens undersøgelsespopulation
- I kapitel 5 - 8 præsenteres projektets resultater og fund i relation til udvikling af den lindrende indsats: Kapitel 5: Indsatsen for patienter og pårørende; kapitel 6: Organisatoriske forhold; kapitel 7: Personalets kompetence og kapitel 8: Tværfaglig indsats.
- I kapitel 9 sættes fokus på resultater og fund relateret til gennemførelsen af projektet

Nedenfor præsenteres rapportens konklusioner i to hovedområder: 1)Udvikling af den lindrende indsats; 2) Gennemførelse af projektet i Hæmatologisk Afdeling.

Udvikling af den lindrende indsats i Hæmatologisk Afdeling

Projektets bidrag til udvikling af den lindrende indsats i Hæmatologisk Afdeling vurderes forskelligt i sengeafsnit/lægegruppen og dagafsnit. Sygeplejepersonalet i sengeafsnit (100 %) og lægegruppen (92 %) vurderer, at projektet i høj grad eller nogen grad har bidraget til at forbedre den samlede palliative indsats. Dagafsnittet skiller sig signifikant ud, idet 60 % vurderer, at projektet i høj grad eller nogen grad har bidraget til at forbedre den samlede palliative indsats og 30 % vurderer, at projektet har haft mindre betydning. Interviewfund viser, at disse forskelle kan tillægges forskelle i implementeringsfasens forløb i sengeafsnit/lægegruppen og dagafsnit. I dagafsnittet er der ikke blevet implementeret nye tiltag i projektperioden og kompetenceudvikling har alene været baseret på eksterne læringskontekster frem for interne læringskontekster. De opnåede resultater op-

summeres nedenfor i følgende hovedområder: 1) Indsatsen for patienter og pårørende; 2) Organisatoriske forhold; 3) Personalets kompetence; 4) Tværfaglig indsats; 5) Flerfaglig indsats.

Indsatsen for patienter og pårørende

(1) I sengeafsnit/lægegruppen har indsatsen rettet mod at identificere den palliative patientgruppe og kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb været et basalt fundament for udvikling af palliation og det har ført til et fagligt kvalitetsløft i afdelingens lindrende indsats. Introduktion af den tidlige palliative fase har udvidet den palliative målgruppe og sat fokus på uhelbredeligt syge patienters særlige behov tidligere i sygdomsforløbet. Introduktion af kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb har medført en faglig kvalificering af tværfaglige diskussioner, et mere åbent tværfagligt samarbejde og etablering af fælles tværfaglige mål i konkrete patientforløb. Personalet er mere opmærksomme på at differentiere indsatsen i de forskellige kliniske faser og samarbejdet med patienter og pårørende om mål for indsatsen er forbedret.

(2) Lindring og intervention af patientens symptomer og behov er forbedret i sengeafsnittet. Det gælder især lindring af fysiske symptomer, men også psykiske, sociale og eksistentielle aspekter: (a) Projektet har minimeret personalets berøringsangst og bidraget til større åbenhed og ærlighed mellem patienter, pårørende og personale; (b) Personalet har fået flere redskaber til lindring i form af konkrete medikamenter, retningslinjer og fremgangsmåder; (c) Lindring ansues i et bredere fagligt perspektiv med inddragelse af sociale og eksistentielle aspekter; (d) Personalet har fået en større faglig bevidsthed om, hvor afdelingens lindrende indsats kan forbedres fremover.

(3) Støtte til pårørende i sygdomsforløbet og især indsatsen for efterladte pårørende er forbedret i sengeafsnittet. Sygeplejepersonalet beretter om øget inddragelse af pårørende i sygdomsforløbet og afholdelse af flere lægesamtaler med deltagelse af pårørende. Implementering af opfølgningssamtaler som et tilbud til efterladte pårørende har betydet et kvalitetsløft for den gruppe.

Organisatoriske forhold

(1) Lægegruppen og sygeplejepersonalet i sengeafsnit vurderer, at der er sket positive forbedringer omkring udskrivelsesplanlægning, inddragelse af Det Palliative Team og især hospicetilbud, idet et muligt hospiceophold i højere grad indgår i samtaler mellem patienter, pårørende og personale.

Personalets kompetence

(1) Projektets bidrag til kompetenceudvikling i palliation er mest markant i sygeplejegruppen i sengeafsnit efterfulgt af lægegruppen og dagafsnit. Der er fundet signifikant forskel mellem grupper,

idet dagafsnit skiller sig ud med en lavere positiv score. Fundene tyder på, at der opnået en individuel kompetenceudvikling, som ikke er fuldt implementeret på det konkrete handlingsplan og således ikke fuldt ud omformet til organisatorisk læring.

(2) Sygeplejepersonalet i begge afsnit beretter om personlig merviden, men fundene tyder på, at sygeplejepersonalet ikke ved egen kraft kan omsætte personlig merviden til konkrete handlinger i klinisk praksis. Der er identificeret både personlige, kollegiale og organisatoriske, som skal overkommes, hvis det skal lykkes.

(3) I sengeafsnit har der været etableret interne læringskontekster som supplement til eksterne læringskontekster. Sygeplejepersonalet har udover personlig merviden, fået en større bevidsthed om palliation, ændrede holdninger og ny erfaring indenfor palliation, som har givet dem større mod til at overskride personlige grænser. De tværfaglige konferencer med fælles faglige drøftelser og etablering af fælles tværfaglige mål har betydet, at sygeplejepersonalet oplever kollegial støtte og opbakning og får mod til overskride personlige grænser. Tværfaglige palliationskonferencer har således bidraget til at overkomme personlige og kollegiale og organisatoriske barrierer.

(4) I dagafsnittet er der identificeret personlige, kollegiale og organisatoriske barrierer, som ikke er overkommet, da der ikke har været etableret interne læringskontekster eller tiltag rettet mod at overkomme kollegiale eller organisatoriske barrierer. Det har betydet, at den merviden, den enkelte har fået på basiskursus i palliation, ikke udmøntes i tilstrækkelig grad i praksis.

(5) I lægegruppen henføres kompetenceudvikling især til anvendelse af nye redskaber som introduktion af kliniske faser og palliationsmappen, medikamentel symptomlindring og tværfaglige/ flerfaglige palliationskonferencers bidrag med nye perspektiver og handlemuligheder.

Tværfaglig indsats

(1) Der er sket en forbedring af den tværfaglige indsats i palliative forløb. Forbedringerne er mest markant i sengeafsnit/lægegruppen, hvor det har været et konkret indsatsområde i modsætning til dagafsnittet, som skiller sig signifikant ud med en betydeligt lavere positiv score.

(2) Forbedringer i den tværfaglige indsats kædes sammen med gennemførelse af to ugentlige palliationskonferencer, som har optimeret afdelingens konferencekultur i forhold til faglighed, samarbejdsclima og strukturen omkring gennemførelse af palliationskonferencer.

(3) Lægegruppen fremhæver forbedringer i den tværfaglige indsats. Øget faglighed har betydet en mere nuanceret debat og et mere kvalificeret beslutningsgrundlag i konkrete patientforløb. Det tværfaglige samarbejdsclima er forbedret og har betydet færre konflikter mellem faggrupper. Struk-

turforbedringer henføres til forberedelse, oplæg om konkrete patientforløb, et diskussionsredskab som udgangspunkt for diskussionen, styring af debatten og inddragelse af konferencedeltagere.

(4) For sygeplejepersonalet i sengeafsnit har det tværfaglige samarbejde især betydning for etablering af fælles tværfaglige mål, som giver dem mod til at overskride personlige grænser. Den øgede faglighed kommer til udtryk i, at sygeplejepersonalet med introduktion af de kliniske faser i palliative forløb har fået et mere nuanceret sprog til at indgå i tværfaglige diskussioner, stille de rigtige spørgsmål og holde fast i diskussionen. De kliniske faser udgør et fælles tværfagligt sprog, som giver et fælles udgangspunkt for tværfaglige diskussioner og det har bidraget til at ændre det lægefaglige fokus fra en meget behandlingsorienteret tilgang til også at omfatte en mere palliativ orienteret tilgang. Samarbejdsklimaet er forbedret i retning af større gensidig forståelse, anerkendelse og respekt for faglighed og synspunkter. Strukturforbedringer relateres til planlægning og koordinering i egen faggruppe, disciplineret fremmøde og tovholder - og ordstyrerfunktion på konferencen.

(5) Læge - og sygeplejegruppen udtrykker bekymring for, om den nye konferencekultur er tilstrækkelig forankret til at sikre kvalificeret gennemførelse af palliationskonferencerne efter projektperiodens afslutning, idet gennemførelse af disse konferencer blev sikret i kraft af projektlederens rolle og ansvar for gennemførelse af konferencerne. Bekymringerne relateres til flg. forhold: (a) Gennemførelse af konferencerne er personafhængig og kræver særlige faglige kompetencer i palliation og konferenceledelse; (b) Forberedelse, planlægning og koordinering i sygeplejegruppen; (c) Uklar ansvarsfordeling i sygeplejegruppen; (d) Sygeplejegruppen efterspørger faglig respekt fra lægegruppen; (e) Svigtende interesse og mødedisciplin i lægegruppen efter projektafslutning. (f) Kontaktlægesystemet og manglende kontinuitet i lægegruppens fremmøde.

En flerfaglig indsats.

(1) Resultater relateret til den flerfaglige indsats viser signifikant forskel mellem grupper på samtlige spørgsmål. Dagafsnit skiller sig ud med en betydelig lavere positiv score. Interviewfund underbygger, at en konkret satsning på gennemførelse af flerfaglige konferencer i sengeafsnit har gjort en positiv forskel i retning af en flerfaglig palliativ indsats.

(2) Forbedringer i den flerfaglige indsats skyldes ifølge lægegruppen og sygeplejepersonalet i sengeafsnit øget inddragelse af socialrådgiver og præst og i mindre omfang fysioterapeut og ergoterapeut. Socialrådgiver og præst er blevet mere synlige i afdelingens palliative indsats og de har bidraget positivt med nye perspektiver og synsvinkler på konkrete patientforløb og som ressourcepersoner for sygeplejepersonalet.

(3) Præsten anfører, at deltagelse i de flerfaglige konferencer har bidraget til øget forståelse og respekt for andre faggruppers indsats og præsten inddrages målbart mere i palliative patientforløb i afdelingen og som ressourceperson for personalet.

(4) Socialrådgiveren fremhæver, at kontakten og samarbejdet med læger og sygeplejepersonale har ændret sig positivt og der er med projektet skabt et fundament for et gensidigt anerkendende flerfagligt samarbejde. Den formelle organisering af samarbejdet har haft positive effekter på det uformelle flerfaglige samarbejde i hverdagen.

(5) Mulighed for palliativ fysioterapi efterspørges af læger og sygeplejepersonale. Fysioterapeut og ergoterapeut har på grund af ressourcemangel i terapiafdelingen stort set ikke været synlige i afdelingens palliative indsats. Både fysioterapeut og ergoterapeut bekræfter dette. De vurderer begge, at deltagelse i projektet har betydet, at personalet har fået større kendskab til og forståelse for, hvad de kan bidrage med i en palliativ indsats. Det førte i en periode til flere henvisninger på fysio- og ergoterapi, men det ændrede sig med de ændrede organisatoriske forudsætninger i terapiafdelingen.

Gennemførelse af projektet i Hæmatologisk Afdeling

Konkrete initiativer og tiltag i projektperioden afspejler de antagelser og metodevalg, som ligger til grund for udvikling af den palliative indsats i Hæmatologisk Afdeling med aktionsforskning som metodisk tilgang. Nedenfor præsenteres konklusioner i relation til de antagelser og metodevalg, som projektdeltagerne tillægger betydning for de opnåede resultater.

(1) Projektets antagelser udvikling og forandring målrettet den konkrete kontekst bekræftes i vurderingen af statusrapportens betydning for den videre proces og valg af indsatsområder. Det tillægges betydning, at statusrapporten er uvildig men dog genkendelig i sine konklusioner, udarbejdet af en udefrakommende ekspert og forsker, som er uafhængig, troløs og fordomsfri i forhold til identificering af potentielle udviklingsområder. Det har bidraget til opbakning, respekt, motivation, engagement og lydhørhed uafhængig af faggrupper omkring projektet og den videre proces. Rapportens tydeliggørelse af potentielle udviklingsområder med inddragelse af patienter og pårørendes perspektiver har bidraget til refleksion over egen praksis og valg af bevidst reflekterede indsatsområder.

(2) Projektets antagelser om medbestemmelse og deltagelse kommer især til udtryk i forhold dialogkonferencens gennemførelse og udarbejdelse af den overordnede udviklingsplan. Gode tværfaglige dialoger, prioritering af de rette tiltag, som også implementeres i praksis ser ud til at være afgørende for projektdeltageres oplevelse af medbestemmelse og deltagelse.

(3) Vedrørende prioritering af aktioner ser det ud til at være afgørende, at aktioner prioriteres i den rette rækkefølge, så basale elementer i afdelingens lindrende indsats implementeres først. Identificering af den palliative målgruppe og kliniske faser i palliative forløb foruden etablering af fælles tværfaglige mål opfattes som basale fundament for udvikling af afdelingens palliative indsats.

(4) Projektets antagelser om prioritering af kompetenceudvikling i den konkrete kliniske praksis tillægges stor betydning af samtlige projektdeltagere. I dagafsnit har der ikke været etableret interne læringskontekster. Sygeplejepersonalet der har imidlertid ikke som enkelt personer kunnet omsætte personlig merviden erhvervet via eksterne læringskontekster til den daglige kliniske praksis. Etablering af interne læringskontekster i sengeafsnit har derimod bidraget til at overkomme personlige, kollegiale og organisatoriske, så personlig merviden udmøntes i klinisk praksis.

(5) Projektets antagelser om, at forskellige forskerroller bidrager forskelligt til udvikling og forandring bekræftes. Aktionsforskers konkrete tilstedeværelse i den daglige kliniske praksis tillægges meget stor betydning af både læger og sygeplejepersonale. Aktionsforskeren har været igangsætter og tovholder for udviklingen af palliation i den daglige kliniske praksis og bidraget til kompetenceudvikling af personalet især som rollemodel og ekspert i palliation. Rollerne som facilitator og mentor har været mindre fremtrædende og det ser ud til at have betydning organisatorisk forankring af konkrete tiltag og organisatorisk læring. De forskerroller, som har været mest fremtrædende i implementeringsfasen, har således betydet, at konkrete udviklingstiltag ikke i tilstrækkelig grad er organisatorisk forankret og kompetenceudvikling er forankret som individuel læring og ikke fuldt ud som organisatorisk læring.

(6) Kompetencegruppens funktion som rollemodel for det øvrige personale er ikke realiseret i tilstrækkelig grad. Organisatoriske forhold som teamopdeling, arbejdstilrettelæggelse og kompetencegruppens sammensætning ser ud til at udgøre barrierer herfor.

(7) Projektets antagelser om kompetenceudvikling baseret på eksterne læringskontekster som supplement bekræftes. Merviden erhvervet via eksterne læringskontekster er vigtigt, men vidensformidling baseret på eksterne læringskontekster skaber ikke i tilstrækkelig grad udvikling i klinisk praksis. Eksterne læringskontekster kan med fordel kombineres med tiltag som retter sig mod at overkomme personlige, kollegiale og organisatoriske barrierer, hvis kompetenceudvikling skal sætte sig igennem i den daglige kliniske praksis.

(8) Projektets antagelser om kompetenceudvikling baseret på tværfaglighed, individuel og organisatorisk læring tillægges stor betydning. Fokus på tværfaglig kompetenceudvikling har betydet, at faggrupperne har fælles viden og fælles sprog, som udgangspunkt for et tværfagligt samarbejdet om

konkrete patientforløb. Projektets bidrag til individuel læring er betydningsfuld, men såfremt, der skal ske blivende forandringer i en afdelings palliative indsats, har det betydning at kompetenceudvikling er forankret som organisatorisk læring.

(9) I dagafsnit er der identificeret interne og eksterne forhold, som har påvirket arbejdsmiljøet negativt og rettet fokus mod andre forhold. Disse forhold har således været barrierer for implementeringsprocessen. Dermed antydes, at forudsætninger for vækst og udvikling i et afsnit ikke er afhængig af faglig anciennitet, stabilitet og kontinuitet, som personalegruppen i dagafsnit er kendetegnet ved, men snarere afhængig af trivsel, arbejdsglæde, engagement og muligheder for fokusering på aktuelle udviklingstiltag.

(10) Projektets antagelser om tydelig organisering og styring af projektet anfægtes ikke. Der er stor opbakning til tværfaglighed/flerfaglighed som bærende ide i projektførelsen, Omkring projektledelse fremhæves, at det er vigtigt med en tovholder på projektet, som har erfaring med undersøgelsesfeltet og som kommer udefra.

(11) Fastholdelse af motivation i et projektførelse ser ud til at være afhængig af implementeringsprocessens forløb og hvorvidt det lykkes at implementere konkrete forandringer. Projektets positive betydning for arbejdstilfredsheden kommer markant til udtryk i sygeplejegruppen i sengeafsnittet.

2. Baggrund

Projekt Lindrende indsats er gennemført i Hæmatologisk Afdeling, Aalborg Sygehus som et aktionsforskningsprojekt i et tæt samarbejde mellem afdelingens personale og projektleder Karen Marie Dalgaard, postdoc. ved Hæmatologisk Afdeling og Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Sygehus. Projektet havde som mål at udvikle den palliative indsats i Hæmatologisk Afdeling og udvikle ny viden om, hvordan den lindrende indsats kan implementeres i andre hospitalsafdelinger.

I den rapport præsenteres den afsluttende evaluering af projektet, men indledningsvis er der et kort resume af projektets design, som er uddybende beskrevet i intern projektbeskrivelse (Dalgaard 2007a). Projektets målgruppe er uhelbredeligt syge kræftpatienter, hvor helbredelse ikke er mulig og hvor behandling, pleje og omsorg har lindring og livskvalitet som hovedmål. Patientens pårørende er en selvstændig målgruppe i den palliative indsats og derfor også en potentiel målgruppe i dette projekt. Pårørende er her de pårørende og/eller andre nærtstående, som patienten har defineret som sine nærmeste. Projektdeltagere er sygeplejerspersonale og læger i Hæmatologisk Afdeling, som har den palliative indsats som en del af deres arbejdsområde. Hæmatologisk Afdeling består af et sengeafsnit og et ambulans dagafsnit, som også rummer modtagelses - og ambulatoriefunktion. Derudover har deltaget fagpersoner fra Aalborg Sygehus, som indgår i afdelingens i den palliative indsats: Fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver og præst.

Projektet er gennemført i fire faser: 1) Status; 2) Aktionsplanlægning; 3) Implementering; 4) Evaluering. Fase 1 blev påbegyndt marts 2007 og med udgangen af april 2009 blev fase 3 afsluttet. Status for den nuværende lindrende i Hæmatologisk Afdeling (fase 1) er beskrevet i en statusrapport og var udgangspunkt for planlægning i fase 2 (Dalgaard 2007b). På to dialogkonferencer i september 2007 blev projektets fund og anbefalinger fremlagt for alle projektdeltagere. De fik mulighed for at diskutere rapportens fund og anbefalinger og komme med forslag til prioritering af udviklingsområder og konkrete udviklingstiltag. Efterfølgende udarbejdede Fagligt Forum en overordnet og foreløbig udviklingsplan, som blev gennemført i implementeringsfasen (fase 3) i perioden oktober 2007 - april 2009. Implementeringsfasen er beskrevet i en særskilt rapport (Dalgaard 2009). I implementeringsfasen har der været fokus på følgende udviklingsområder:

- Identificering af målgruppen for palliation, herunder identificering og tydeliggørelse af palliative faser og overgange i uhelbredelige sygdomsforløb
- At virkeliggøre en helhedsorienteret palliativ indsats, som omfatter lindring af fysiske symptomer og intervention i forhold til sociale, psykologiske og eksistentielle aspekter

- Samtalen - at bygge bro mellem sygdom, liv og død i den tidlige palliative fase
- Støtte til efterladte pårørende
- Kompetenceudvikling indenfor den lindrende indsats
- Styrkelse af det tværfaglige samarbejde
- Styrkelse af en flerfaglig indsats
- Reduktion af ventetid for patienter ved kontakt til dagafsnit, ambulatorium og modtagelsen.

Udviklingsområderne blev gennemført ved iværksættelse af følgende initiativer og tiltag, som fremgår af nedenstående oversigt (figur 1). Det fremgår af oversigten, hvilke udviklingstiltag henholdsvis lægegruppen, sengeafsnit og dagafsnit har været involveret i - i implementeringsfasen.

Oversigt udviklingstiltag i implementeringsfasen
<p>Implementering 1. periode:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventetider og mødetider i dagafsnit (arbejdsgruppe læger/sekretærer) - Opfølgningssamtaler - et tilbud til efterladte pårørende (arbejdsgruppe sengeafsnit) <p>Implementering 2. periode</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificere og tydeliggøre overgange i uheldelige sygdomsforløb (sengeafsnit/læger) - Palliationsmappen - de sidste døgn anvendes i terminalfasen (sengeafsnit/læger) - Tværfagligt samarbejde, tværfaglige og flerfaglige palliationskonferencer x2/uge i sengeafsnit (sengeafsnit/læger) - Samtaletilbud til patienter i den tidlige palliative fase (dagafsnit/læger) - Kompetenceudvikling (alle projektdeltagere) <ul style="list-style-type: none"> a. Kompetenceudvikling i den daglige kliniske praksis (sengeafsnit) b. Internt basiskursus i palliation (alle projektdeltagere) c. Intern kompetencegruppe i palliation (identisk med Fagligt Forum) <ul style="list-style-type: none"> 1. Kursus- og kongresdeltagelse for kompetencegruppen 2. Nordisk specialistuddannelse palliation (overlæge i Hæmatologisk Afdeling) 3. Eksterne uddannelses tilbud

Figur 1: Oversigt udviklingstiltag i implementeringsfasen

Konkrete initiativer og tiltag i projektets tre første faser afspejler de antagelser og valg, projektet er baseret på for at skabe udvikling og forandring i Hæmatologisk Afdeling med aktionsforskning som metodisk tilgang. Valgene er ikke nødvendigvis de mest optimale, men de bedst mulige i den givne kontekst med de konkrete projektdeltagere. Projektforløbet afspejler en tilgang til udvikling og forandring som bygger på flg. overordnede antagelser og valg, som kan opsummeres i ni punkter:

1. Udvikling og forandring målrettes den konkrete kontekst
2. Et bottom-up perspektiv kendetegnet ved medbestemmelse og deltagelse
3. Udarbejdelse af en overordnet og foreløbig plan for relevante aktioner
4. Prioritering af aktioner, valg af arbejdsmetoder og konkrete initiativer under hensyntagen til muligheder og begrænsninger i konteksten
5. Kompetenceudvikling baseret på tværfaglighed, individuel og organisatorisk læring
6. Kompetenceudvikling i den konkrete praksiskontekst prioriteres højt
7. Kompetenceudvikling baseret på læringskontekster løsrevet fra praksiskonteksten som supplement
8. Forskellige forskerroller bidrager til udvikling, forandring og forankring
9. Tydelig organisering af projektet med en projektleder, projektgruppe og styregruppe

3. Evalueringsmetoder og design

Formålet med evalueringen af dette projekt er at udvikle ny viden om, hvordan kvaliteten af den palliative indsats kan udvikles i hospitalsregi. Udvikling af ny viden er således baseret på evaluering af et konkret aktionsforskningsprojekt gennemført i en Hæmatologisk Afdeling.

Det kan det være væsentligt både at få viden om de resultater, der er opnået med projektet, om nogen og hvordan resultaterne er opnået. Det peger på effektevaluering som en mulig evalueringsmetode (Togeby 2001). Effektevalueringer sigter på at vise hvilken effekt, der kan tilskrives en given aktivitet. Den store udfordring i forbindelse med effektevalueringer er at fastlægge årsagsvirkningsforholdet. En ting er at dokumentere, at der er sket ændringer, noget andet og langt sværere er at dokumentere, at ændringerne er sket på baggrund af en given indsats. Effektevalueringer kan således især sige noget om opnåede resultater, men ikke hvordan resultaterne er opnået.

Målet med evaluering af dette projekt er også at få viden om, hvordan eventuelle resultater er opnået, få viden om komplekse årsagsvirkningsforhold og ikke mindst om selve projektforløbet (processen). Det taler for, at der suppleres med procesevaluering. Derfor vælges en kombination af kvantitative og kvalitative evalueringsmetoder: En spørgeskemaundersøgelse, suppleret med fokusgruppe interview og individuelle interview (Kvale 1995; Olsen 1998; Morgan 2001; Togeby 2001).

Evalueringspopulationen afgrænses til det personale, som har deltaget i gennemførelse af projektet: Sygeplejepersonale i sengeafsnit og dagafsnit, læger ansat i Hæmatologisk Afdeling, fysioterapeut, ergoterapeut, hospitalspræst og socialrådgiver. Patienter og pårørende, som er målgruppe i den palliative indsats, er af metodiske og tidsmæssige grunde fravalgt som evalueringspopulation. Det er således personalets vurdering af ændringer, evalueringen siger noget om.

Evalueringen gennemføres af projektleder og aktionsforsker, Karen Marie Dalgaard.

Spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaundersøgelsen gennemføres blandt det personale, som er ansat i Hæmatologisk Afdeling før januar 2009: Sygeplejepersonale i sengeafsnit og dagafsnit foruden læger ansat i Hæmatologisk Afdeling. Flerfaglige samarbejdspartnere er fravalgt i spørgeskemaundersøgelsen, fordi de ikke har været med i alle projekttiltag. De inddrages i evalueringen på anden vis.

Spørgeskemaets spørgsmål er konstrueret med udgangspunkt i den palliative indsats som en samlet ide (figur 2) og med inddragelse af de 12 anbefalinger, som er fremkommet i statusrapporten (Dalgaard 2007b:5-10; bilag 1). For nok er der prioriteret særlige udviklingsområder og gennemført specifikke tiltag, som kunne evalueres, men da der har været fokus på kompetenceudvikling i den

daglige kliniske praksis med udgangspunkt i konkret patientforløb og afledte problemstillinger og eksterne kurser med et generelt indhold, må det antages at udviklingen potentielt kan omfatte flere aspekter af den palliative indsats.

Patient ide	Pårørende ide	Personale ide	Organisatorisk ide
-------------	---------------	---------------	--------------------

Figur 2: Den palliative indsats som samlet ide

Spørgeskemaet er konstrueret med henblik på at få viden om: Deltagernes faglige baggrund/ansættelsesforhold, deltagernes vurdering af udvikling af den palliative indsats med fokus på resultat, metoder og proces (bilag 2). Spørgeskemaet er konstrueret med lukkede svarkategorier med mulighed for skriftlige kommentarer og opdelt i fem hovedområder: 1) Baggrundsvariable relateret til respondentens faglige baggrund og ansættelsesforhold; 2) Respondentens vurdering af opnåede resultater med fem svarkategorier og 24 spørgsmål; 3) Respondentens vurdering af de samme 24 spørgsmåls vigtighed; 4) Respondentens vurdering af metode og proces med fem svarkategorier og i alt otte spørgsmål; 5) Mulighed for skriftlige kommentarer. Spørgeskemaet er valideret i tre seancer af medlemmer af Fagligt Forum (en læge, en sygeplejerske fra dagsafsnit, to sygeplejersker fra sengeafsnit). Formålet har været at teste spørgsmålenes forståelighed.

Evalueringspopulation består af 59 respondenter, som udgør den samlede personalegruppe i Hæmatologisk ansat før januar 2009 (16 sygeplejerspersonale i dagsafsnit, 28 sygeplejerspersonale i sengeafsnit, 15 læger). Der er således udleveret i alt 59 spørgeskemaer. Spørgeskemaerne er udsendt 1 måned efter projektets afslutning med returnering indenfor 14 dage. Det betyder, at resultaterne af evalueringen siger noget om opnåede resultater 1- 2 måneder efter projektperiodens afslutning og ikke i hvilken grad resultaterne er forankret på længere sigt.

Interviewundersøgelsen

Som et supplement til spørgeskemaundersøgelsen gennemføres fokusgruppe interview med sygeplejerspersonale og læger ansat i Hæmatologisk Afdeling. Der er gennemført i alt fire fokusgruppe 1-2 måneder projektets afslutning:

- Gruppe 1: Læger tilknyttet team 1 og team 2 (6 deltagere)
- Gruppe 2: Sygeplejerspersonale, dagsafsnit (5 deltagere)
- Gruppe 3: Sygeplejerspersonale, sengeafsnit team 1 (7 deltagere)

- Gruppe 4: Sygeplejepersonale, sengeafsnit team 2 (6 deltagere)

Fokusgrupperne er sammensat, så læger, sygeplejepersonale i dagafsnit og sengeafsnittets team 1 og team 2 indgår i hver sin fokusgruppe med det formål at få eventuelle forskelle frem i relation til afsnit, faggruppe og team. Derudover er udvælgelsen foretaget med spredning i forhold til anciennitet i afdeling, uddannelse, uddannelsesniveau og alder og for lægernes vedkommende i forhold til teamtilknytning i sengeafsnit. Udvalget er sket i samarbejde med repræsentanter i Fagligt Forum, som har skabt kontakt til potentielle deltagere ud fra ovenstående udvælgelseskriterier og informeret dem om deltagelse skriftligt og mundtlig (bilag 3). Efterlevelse af fortrolighed, anonymitet og frivillighed blev understreget for deltagerne.

Interviewene blev gennemført af projektleder og varede fra 1 - 1½ time. Interviewene tog udgangspunkt i overordnede temaer, som blev uddybet i en indbyrdes dialog mellem gruppedeltagerne med det formål at få gruppedeltageres subjektive vurdering af opnåede resultater, metodevalg og projektforsløbet (bilag 4). Interviewene blev optaget på bånd og efterfølgende transskriberet ordret.

Derudover er der gennemført individuelle interview med socialrådgiver og præst og et fælles interview med ergo - og fysioterapeut, som alle har deltaget i projektet. Hensigten med disse interview var at få disse fagpersoners evaluering af deres deltagelse i projektet og af i hvilken grad deres respektive fagområder er blevet inddraget i en flerfaglig palliativ indsats. Der var således både fokus på, at få deres vurdering af opnåede resultater og af selve projektforsløbet. Interviewene blev gennemført af projektleder som et åbent og ustruktureret interview med to overordnede temaer relateret til den enkeltes fagområde: 1) Opnåede resultater og 2) Selve projektforsløbet. Interviewene varede fra 20 - 60 minutter. De blev alle optaget på bånd og efterfølgende transskriberet ordret.

Dataanalyse

Dataanalyse omfatter statistisk analyse af kvantitative data fra spørgeskemaundersøgelsen og kvalitativ analyse af data fra fokusgruppe interview og individuelle interview.

Statistisk analyse

Den statistiske analyse er baseret på data fra 43 returnerede, gyldige spørgeskemaer (dagafsnit 11, sengeafsnit 20, lægegruppen 12). Det giver en samlet besvarelsesprocent 73 %.

Formålet med den statistiske analyse er at undersøge spørgeskemadata med fokus på flg. forhold:

- 1) Opgørelse af baggrundsvariable for samtlige deltagere

- 2) Opgørelse og sammenligning af besvarelser af spørgeskemaets 24 + 8 spørgsmål mellem tre udvalgte grupper: Læger, sygeplejepersonale dagsafsnit og sygeplejepersonale sengeafsnit
- 3) Opgørelse af respondenters vurdering af vigtigheden af hver af spørgeskemaets 24 spørgsmål

Opgørelsen i de tre grupper er valgt af flere grunde. For det første har der været fokus på forskellige forhold i implementeringsfasen i sengeafsnit og dagsafsnit og forløbet af denne fase har også udviklet sig forskelligt. Det vurderes væsentlig at få viden om, hvilken betydning disse forskelle har haft i forhold til opnåede resultater. For det andet er der forskel på lægegruppen og sygeplejegruppen i forhold til uddannelse, opgaver og ansvarsområder indenfor palliation. Det kan betyde, at de to grupper har forskellige vurderinger.

Dataanalysen baserer sig på et datasæt indtastet i Excelformat med opgørelser af besvarelser for i alt 44 respondenter, herunder detaljeret beskrivelse af variabelkodning. Datasættet er efterfølgende transponeret og konverteret til Stata-format ved hjælp af programmet Stat/Transfer. Analyser er foretaget i Stata/SE 9.0.

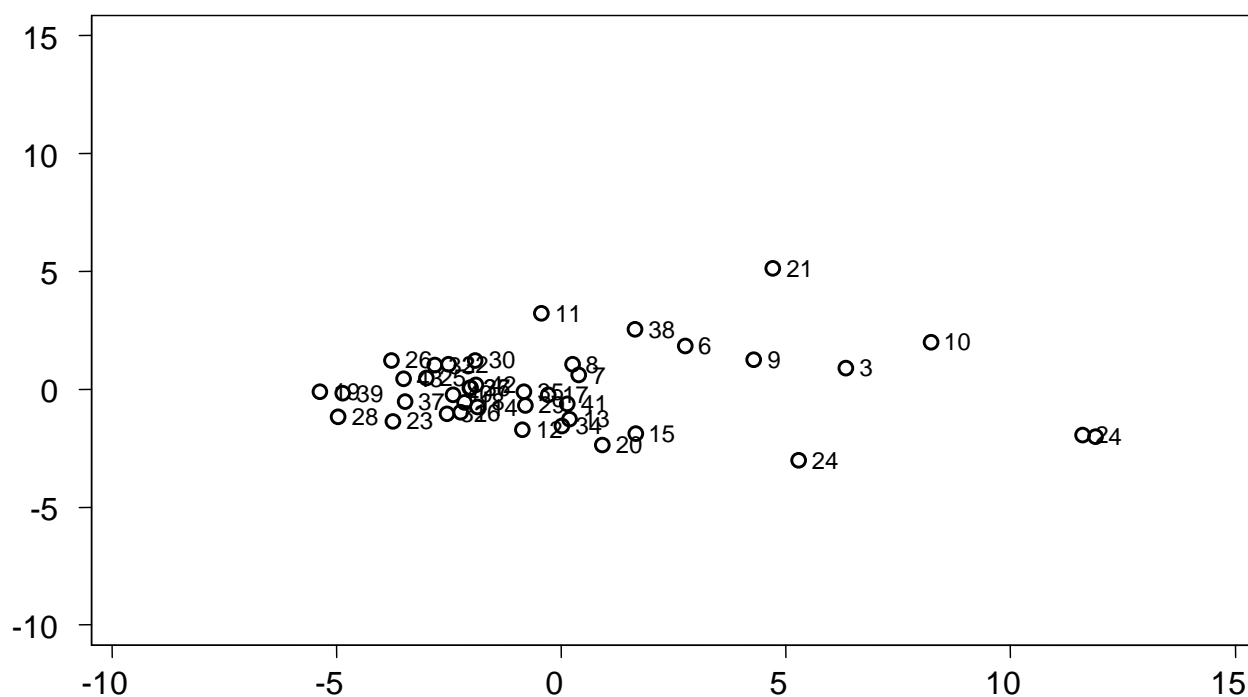
Der er foretaget dataoprensning således. Spørgsmålene ”Øvrige kommentarer” samt ”Forslag til videre udvikling” er fjernet fra datasættet. De åbne kommentarer i spørgeskema behandles som kvalitative data. Opgørelse af faggruppe (spørgsmål ”Hvilken faggruppe tilhører du?”) er udeladt fra opgørelserne på grund af mangelfulde besvarelser. Opdeling i grupperne anført i ad 2. under formål er foretaget på baggrund af spørgsmålet ”Hvilket afsnit/afdeling var du ansat på pr. 1. maj 2009?”. En læge (respondent 12) er anført som ansat i sengeafsnit; vedkommende er omkodet som ansat i Hæmatologisk Afdeling. Respondent 42 er udeladt fra analyserne pga. for kort ansættelsesperiode. Der indgik således i alt 43 respondenter i analyserne. Opgørelse af besvarelser viser, at der er 7 ubesvarede spørgsmål blandt samtlige besvarelser; respondent 1 står for 5 af de ubesvarede spørgsmål.

Data præsenteres som tællotal (%). Forskelle mellem grupper er undersøgt vha. Fischer’s eksakte test. En p-værdi < 0.05 regnedes for statistisk signifikant. Statistiske analyser blev foretaget med Stata, version 9.0. For hver svarmulighed angives: 1) Antal respondenter i hver gruppe, 2) Den procentuelle andel af respondenter i hver gruppe; 3) Det totale antal respondenter i den pågældende kategori og den procentuelle andel; 4) Påført en p-værdi (rækken ”Fisher’s exact = ...”) af testet af nulhypotesen om ingen forskel mellem dagsafsnit, sengeafsnit og Hæmatologisk Afdeling. Tællotalene er i de fleste tilfælde så små, at udsagn baseret på p-værdier bør tages med forbehold.

Respondenternes vurdering af spørgsmålenes vigtighed er opgjort ved at rangordne de 24 spørgsmål i henhold til antal gange, hvert spørgsmål er udvalgt som vigtigt blandt de 43 responden-

ter. Analysen er dernæst gentaget på undergrupperne givet ved ansatte på dagsafsnit, sengeafsnit samt Hæmatologisk Afdeling.

Derudover er der foretaget en supplerende analyse med det formål at belyse variationer i de simultane svarprofiler. Der er udelukkende tale om et *eksplorativt værktøj*, som kan antyde, hvilke respondenter, der skiller sig ud. Nedenstående plot giver en grov indikation af, hvilke svarprofiler, der ”ligner hinanden”; svarprofiler der i nedenstående plot er tæt på hinanden, ”ligner hinanden” mere end svarprofiler, som er fjernt fra hinanden. Mest interessante i sådanne plots er outliers, svarprofiler som skiller sig ud fra mængden. De meget ens profiler oveni hinanden i nederste højre hjørne er henholdsvis 2 og 4.



Figur 3

Respondenter fra dagafsnit har svarprofil nr. 1-11, lægegruppen svarprofil nr. 12- 23, sengeafsnit svarprofil nr. 24 - 44. Det fremgår, at en del svarprofiler fra dagafsnit (nr.2, 3, 4, 6, 9,10 og 11), 7 ud af 11 adskiller sig fra svarprofiler i sengeafsnit og lægegruppen. Men figuren viser også, at de samme respondenters indbyrdes svar profiler ligner hinanden. I lægegruppen er der især en svarprofil (nr. 21), som adskiller sig fra de fleste og fra egen faggruppe. I sengeafsnit er der to svarprofiler (nr. 24 og 38), som skiller sig ud på lignende vis. Figuren tyder på, at svarprofiler for

personalet i sengeafsnit og lægegruppen og et mindre antal fra dagafsnit ligger tæt på hinanden, ligner hinanden.

Analyse interview

Resultater af den statistiske analyse af spørgeskema er underbygget og uddybet med fund fra fokusgruppe interview og individuelle interview.

Der er først foretaget en grundig gennemlæsning af alle interview for at få en oversigt over meningsindhold. Dernæst er der foretaget en åben kodning af interviewene baseret på de overordnede temaer fra spørgeskemaet: 1) Indsatsen for patienter; 2) Indsatsen for pårørende; 3) Organisatoriske forhold; 4) Personalets kompetence; 5) Tværfaglig indsats; Flerfaglig indsats; 6) Proces.

Kategorier udviklet ved den åbne kodning er relateret til resultater af den statistiske analyse ved en aksial kodning på tværs af interviewmaterialet. Her indgår også åbne, skriftlige kommentarer fra spørgeskemaet, hvor de har relevans.

Fremstilling af resultater og fund

Resultater og fund antages at være påvirket af, hvordan implementeringsfasen er forløbet i henholdsvis dagafsnit og sengeafsnit. I dagafsnit har der udelukkende været arbejdet på, at implementere et samtaletilbud til patienter i den tidlige palliative fase. Der deltog tre sygeplejersker fra dagafsnit i dette arbejde, men tilbuddet blev ikke klar til implementering inden for projektperioden. Dagafsnittes personale har som de øvrige projektdeltagere deltaget i forskellige kursustilbud i implementeringsfasen:

- Alle har deltaget et todages basiskursus i palliation
- To sygeplejersker har deltaget i et 5 dages eksternt kursus i palliation
- En sygeplejerske har deltaget i en tværfaglig konference om palliation.

men derudover har der ikke været iværksat konkrete tiltag, som har haft fokus på implementering af viden i den daglige kliniske praksis i dagafsnittet (Dalgaard 2009 27-28).

Disse forskelle i implementeringsfasen er begrundelsen for at lave statistiske analyser i forhold til de tre grupper: Dagafsnit, sengeafsnit og lægegruppen. Der må således forventes, at dagafsnittet vil skille sig ud i forhold til sengeafsnit og lægegruppen. Et forhold som figur 3 præsenteret ovenfor (eksplorativt værktøj til at belyse variation i simultane svarprofiler) antyder. På den anden side giver det mulighed for at sammenligne to forskellige tilgange til udvikling af palliation. En tilgang

med hovedfokus på eksterne kursustilbud og en tilgang med fokus på eksterne kursustilbud kombineret med den daglige kliniske praksis som intern læringskontekst.

En besvarelsesprocent på 73 % må siges at udgøre et repræsentativt antal i forhold til at udlede resultater af projektet i den konkrete Hæmatologiske Afdeling, men det skal pointeres, at spørgeskemaundersøgelsen er baseret på forholdsvis få personer, som i analysefasen er opdelt i tre mindre grupper. Det betyder, at resultaternes generaliserbarhed udenfor den konkrete kontekst skal tages med forsigtigt forbehold.

Fremstillingen sigter således på at præsentere resultater og fund relateret til tre hovedgrupper: Dagafsnit, lægegruppen og sengeafsnit frem for et samlet resultat gældende for Hæmatologisk Afdeling. Den samlede gennemsnitlige score for Hæmatologisk Afdeling er dog anført i teksten i forbindelse med præsentation af resultater på de enkelte spørgsmål i spørgeskemaet. Resultater af de statistiske analyser præsenteres i søjlediagrammer, som viser den procentvise svarfordeling mellem de tre grupper; fordelt på positiv score (omfatter svarkategorierne høj grad/nogen grad); negativ score (omfatter svarkategorierne mindre grad/slet ikke) og ved ikke svar. Endelig er der for hver figur angivet en p-værdi. Procentfordelinger er i præsentationerne afrundet til nærmeste hundrede.

Resultater af spørgsmål om vigtighed indgår ikke i denne rapport. Interviewfund præsenteres løbende i relation til de resultater, de underbygger eller uddyber.

Endelig skal det fremhæves, at der er ansat tre social- og sundhedsassistenter i sengeafsnittet, men der skelnes i fremstillingen ikke mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. De benævnes samlet sygeplejegruppen (splp.). Deltagere i spørgeskemaundersøgelsen kaldes respondenter, deltagere i interviewundersøgelsen informanter.

4. Undersøgelsespopulation

I det flg. præsenteres en opgørelse af spørgeskemaundersøgelsens fem baggrundsvARIABLE fordelt på tre grupper: Sygeplejepersonale i dagafsnit, sygeplejepersonale i sengeafsnit og lægegruppen. De fem baggrundsvARIABLE er: 1) Ansættelsessted; 2) Anciennitet i afdeling/afsnit; 3) Antal år uddannet i fag; 4) Arbejdstid; 5) Alder (tabel 1).

Opgørelser af baggrundsvARIABLE

Ansættelsessted

Respondenterne er fordelt på henholdsvis dagafsnit, sengeafsnit og Hæmatologisk Afdeling. Ansatte på Hæmatologisk Afdeling er identisk med lægegruppen, idet de er ansat i Hæmatologisk Afdeling med funktioner i både dagafsnit og sengeafsnit. I dagafsnit er der udelukkende ansat sygeplejersker, i sengeafsnit sygeplejersker og tre social- og sundhedsassistenter (1.maj 2009).

Fordeling af respondenter i forhold til ansættelsessted udgør i dagafsnit 26 %, sengeafsnit 47 % og lægegruppen 28 %. En p-værdi på 0.000 indikerer, at der er signifikant forskel på antal respondenter i de tre grupper. Sengeafsnit er ca. dobbelt så stort antalmæssigt end de to øvrige grupper.

Anciennitet i afsnit/afdeling

Projekt Lindrende indsats startede 1. halvår 2007 og afsluttes i slutningen af 1. halvår 2009. Svarende indikerer hvor mange respondenter, der har været med fra projektets start og hvor mange der er kommet til undervejs. Personale ansat efter 2008 indgår ikke i undersøgelsen, da deres deltagelse antages at være for kort til vurdering af det samlede projekt.

For alle tre grupper gælder, at mere end 2/3 har deltaget i projektet fra starten (ansat før 2. halvår 2007) med en variation fra 67 % for lægegruppen, 75 % for sengeafsnit til 82 % i dagafsnit. Det fremgår af data, at der har været nogen udskiftning i de tre grupperne undervejs i projektet. Der er dog ikke signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,163). Den totale udskiftning for alle tre grupper udgør 26 %, som er ansat i 2. halvår 2007 eller senere.

Antal år uddannet i fag

Opgørelse over antal år i fag for de tre grupper viser, at 90 % i dagafsnittet har en anciennitet på 6 år eller mere, i sengeafsnit er det tilsvarende 60 % og for lægegruppens vedkommende 67 %. En lavere anciennitet fremkommer således med omvendt fortegn, idet dagafsnit har 9 % med en anciennitet på < 5 år, i sengeafsnit er det 40 % og i lægegruppen 32 %. Data indikerer forskelle mellem

grupperne, idet sygeplejepersonalet i dagafsnit har en forholdsmæssig højere anciennitet end sygeplejepersonalet i sengeafsnit og lægegruppen. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant, idet p-værdien er 0,597.

Baggrundsvariable for undersøgelsespopulation¹

	Dagafsnit %	Sengeafsnit %	Lægegruppen %	P-værdi
Ansættelsessted	26	47	28	0.000
Anciennitet i afdeling/afsnit				0.163
< 2007	82	70	67	
2007-1.halvår	0	5	0	
2007-2.halvår	0	0	25	
2008-1. halvår	18	10	8	
2008-2.halvår	0	15	0	
Antal år i fag				0,597
< 1	0	5	8	
< 2	0	5	8	
< 3	0	20	8	
< 4	9	0	0	
< 5	0	10	8	
6-10	27	10	0	
11-20	36	20	25	
> 20	27	30	42	
Arbejdstider				0.000
Dagtid	100	10	42	
Dagtid/vagter	0	90	58	
Vagter	0	0	0	
Alder				0.107
< 30 år	0	30	8	
30-39 år	36	15	17	
40-49 år	55	30	25	
50-59 år	9	25	33	
> 60	0	0	17	

Tabel 1: Baggrundsvariable for undersøgelsespopulation

¹ Procent afrundet til nærmeste hundrede

Arbejdstider

I spørgeskemaet er der spurgt om tre kategorier for arbejdstider, men for respondentgruppen er kun de to repræsenterede, nemlig dagarbejdstid og dagarbejdstid med vagter. Dagafsnittet skiller sig signifikant ud fra de to andre grupper ((p-værdi 0,000), idet alle respondenter (100 %) og i øvrigt alt sygeplejepersonalet udelukkende arbejder i dagsarbejdstiden. I sengeafsnit arbejder 90 % i blandede vagter og 10 % udelukkende i dagtiden. For lægegruppen gælder, at 58 % arbejder i blandede vagter og 41 % udelukkende i dagarbejdstid. Blandt respondenter især i sengeafsnit, men også i lægegruppen er der således en overvægt af personale, som arbejder i skiftende vagter.

Alder

Opgørelse over alder for dagafsnit viser, at 91 % af respondenterne falder i aldersgruppen 30-49 år. Der er ingen < 30 år og ingen > 60 år. I sengeafsnit befinder 45 % sig i aldersgruppen 30-49 år. Der er desuden 30 % < 30 år og 25 % i aldersgruppen 50 -59 år. For lægegruppens vedkommende befinder 42 % sig i aldersgruppen 30-49 år, men derudover er 8 % > 30 år, 33 % 50-59 år og 17 % er > 60 år. Data indikerer forskelle mellem grupperne, idet sygeplejepersonalet i dagafsnit har en stor andel i gruppen fra 30-49 år, ingen i de to ydergrupper. Der er større aldersspredning i sengeafsnit, flere yngre (< 30 år), knap halvdelen (45 %) i gruppen 30-49 år, men også 25 % i gruppen 50-59 år. Lægegruppen har repræsentanter i alle aldersgrupper med en procentvis tyngde med stigende alder, få unge (8 %); 42 % i gruppen 30-49 år og 50 % er 50 år eller mere. Forskellen i aldersspredning mellem grupper er dog ikke statistisk signifikant, idet p-værdien er 0,107.

Diskussion af resultater

For så vidt angår dagafsnit består respondentgruppen udelukkende af sygeplejersker med en høj anciennitet indenfor sygeplejefaget (90 % > 6 år), i en moden alder (91 % 30-49 år), med en forholdsvis høj anciennitet i afsnittet, som har betydet, at 82 % har været med i projektet fra starten. Dertil kommer, at gruppen udelukkende arbejder i dagtiden, hvor projekttiltag overvejende har været forankret. Respondenter i dagafsnit er således kendetegnet ved høj anciennitet i fag og afsnit og kendetegnet ved en personalegruppe præget af stabilitet og kontinuitet som udgangspunkt for at deltage i projektet. Disse forhold tilsammen må formodes at skabe optimale betingelser for gennemførelse af projektet i forhold til både kompetenceudvikling og mulighed for etablering af læringskontekster og styring og formidling af projektførelsen.

Sammenlignet med dagafsnittet er tendensen, at respondentgruppen i sengeafsnit har en lavere anciennitet (60 % > 6 år; 30 % < 3 år) indenfor sygeplejefaget, med en større og jævn aldersmæssig

fordeling fra forholds ungt sygeplejepersonale (30 % < 30) til den mere modne (25 % 50-59 år). Anciennitet i afsnittet er stort set på linje med dagafsnittet og det betyder, at 75 % af respondenterne har været med fra projektets opstart. Der er dog som i dagafsnittet en vis udskiftning undervejs i projektforsløbet (henholdsvis 18 % i dagafsnit og 25 % i sengeafsnit), som har betydet en kortere læringsperiode og øgede krav til styring af projektet. Forhold som også er påvirket af personalets arbejdstider, hvor 90 % af respondenterne arbejder i dagtid med skiftende vagter. Det er således signifikant forskel på spørgsmålet om arbejdstider sammenlignet med dagafsnit. Det betyder, at kontinuiteten i personalets fremmøde i sengeafsnit i dagtiden, hvor projektleder har været til stede i implementeringsfasen og informationer om konkrete tiltag har udspillet sig, har været svingende.

Lægegruppen er kendetegnet ved forholdsvis høj anciennitet indenfor lægefaget, idet 67 % har en anciennitet på > 11 år, heraf 42 % > 20 år. Det betyder formentlig, at gruppen af speciallæger i hæmatologi er godt repræsenteret i undersøgelsen. Den aldersmæssige spredning i lægegruppen indikerer det samme forhold og dertil kommer at godt 2/3 har været ansat i afdelingen ved projektets start. Det indikerer forholdsvis høj anciennitet i afdelingen. Lægegruppens arbejdstider er mere koncentreret i dagtiden end gældende for sengeafsnittet, men der er dog stadig 58 %, som arbejder i skiftende vagter og med de muligheder og krav det fordrer i forhold til etablering af læringskontekster og styring og formidling af projektforsløbet.

Sammenfatning

Baggrundsvariable for respondenter i henholdsvis dagafsnit, sengeafsnit og lægegruppen relateret til faglig baggrund og ansættelsesforhold viser forskelle i de tre grupper. Dagafsnittes sygeplejepersonale har en højere anciennitet i fag og afsnit og er således en personalegruppe kendetegnet ved stabilitet og kontinuitet sammenlignet med sengeafsnit, som har en lavere anciennitet især i fag men også i afsnit. Lægegruppen er kendetegnet ved forholdsvis høj anciennitet indenfor fag og afsnit. Gruppen af speciallæger i hæmatologi ser ud til at være godt repræsenteret i undersøgelsen. Der er desuden større aldersmæssig spredning i sengeafsnit og lægegruppen end i dagafsnit, som overvejende befinder sig i aldersgruppen 30 - 49 år.

Der kun fundet signifikant forskel på de tre grupper i forhold til arbejdstider. Dagafsnittet arbejder udelukkende indenfor dagarbejdstiden, hvorimod især dagafsnit og men også lægegruppen har skiftende vagter.

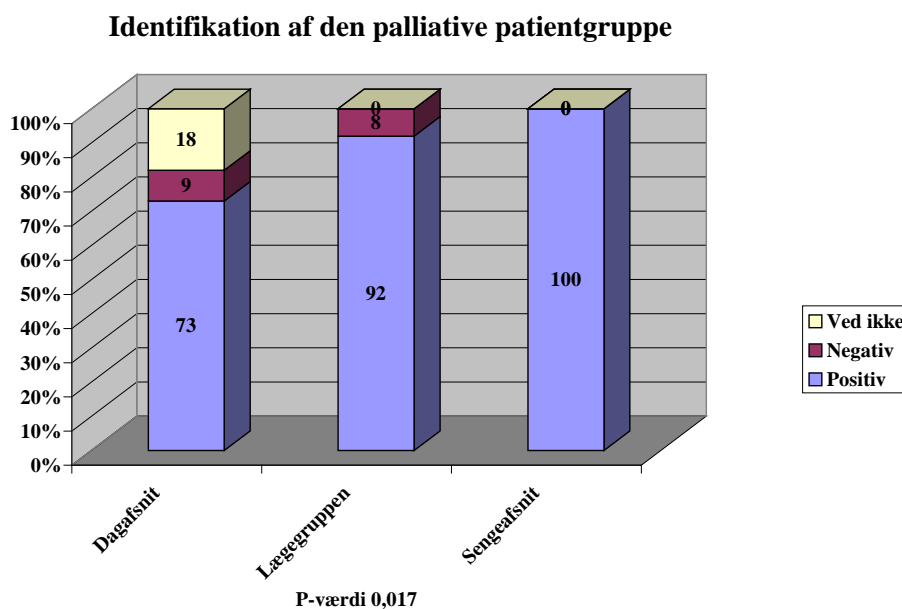
5. Indsatsen for patienter og pårørende

I dette kapitel redegøres i tre afsnit for resultater og fund relateret til projektets bidrag til at forbedre indsatsen for patienter og pårørende med fokus på flg. områder: 1) Den palliative målgruppe; 2) Lindring og intervention af patientens symptomer og behov; 3) Indsatsen for pårørende. Fremstillingen er baseret på data fra spørgeskemaundersøgelsen, individuelle interview og fokusgruppe interview.

Den palliative målgruppe - resultater

I spørgeskemaet har spørgsmål 1-4 fokus på, i hvilken grad projektet har bidraget til at forbedre forskellige forhold relateret til den palliative målgruppe med fokus på: Identifikation af den palliative patientgruppe (spørgsmål 1); Identifikation af kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb (spørgsmål 2); Differentiering af indsats i forhold til kliniske faser (spørgsmål 3); Samarbejde med patienter og pårørende om mål for indsatsen (spørgsmål 4). Resultaterne uddybes nedenfor.

Resultater af spørgsmål 1 fremgår af figur 4.

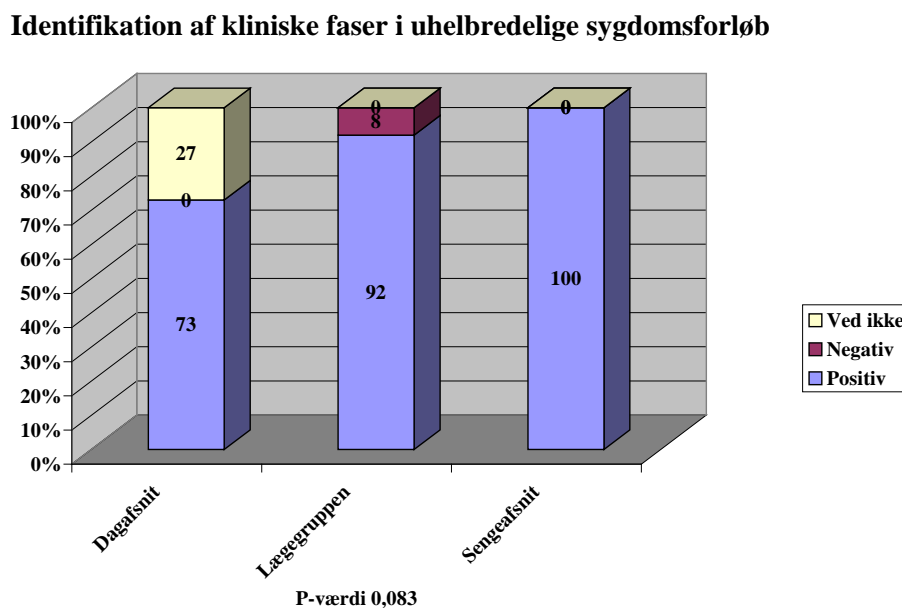


Figur 4

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 91 %; negativ score 5 %; ved ikke 5 %. Der er fundet signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,017). Sengeafsnit og lægegruppen ligger

henholdsvis over og omkring den gennemsnitlige totalscore. Sengeafsnit har en total positiv score på 100 %, lægegruppen med 92 % ligger lidt lavere. Dagafsnittet skiller sig ud med en lavere positiv score end gennemsnittet (73 %) og en stor andel ved ikke svar.

Resultater af spørgsmål 2 fremgår af figur 5.

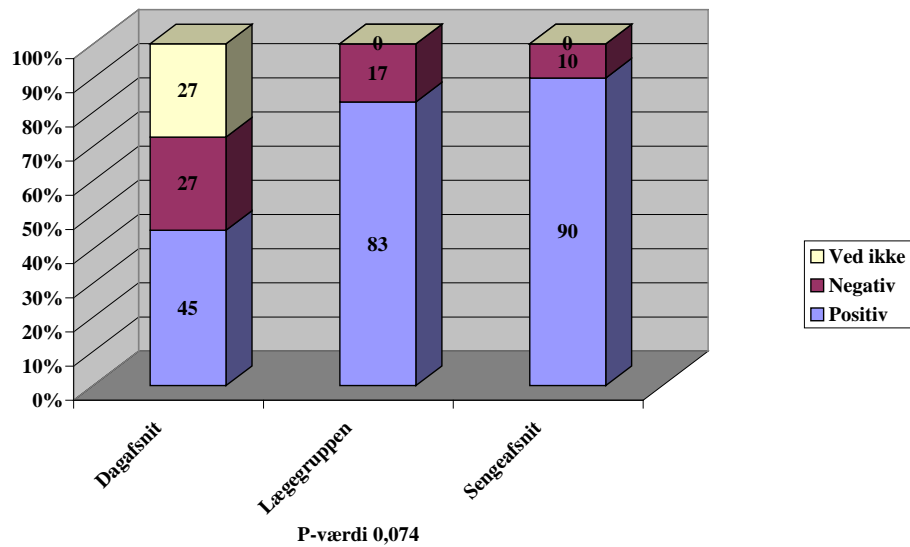


Figur 5

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 91 %; negativ score 2 %; ved ikke 7 %. Der er ikke fundet signifikant forskelle mellem grupper (p- værdi 0,083), men der tegner sig et mønster som nævnt for spørgsmål 1. Sengeafsnit har en total positiv score på 100 %, lægegruppen en tilsvarende på 92 % og dagafsnittet en score, som ligger under den gennemsnitlige totalscore.

Resultater af spørgsmål 3 fremgår af figur 6. Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 77 %; negativ score 16 %; ved ikke 7 %. Der er ikke fundet signifikant forskel mellem grupper (p- værdi 0,074), men en tendens til, at især sengeafsnit, men også lægegruppen ligger over den gennemsnitlige positive totale score og dagafsnit betydeligt under.

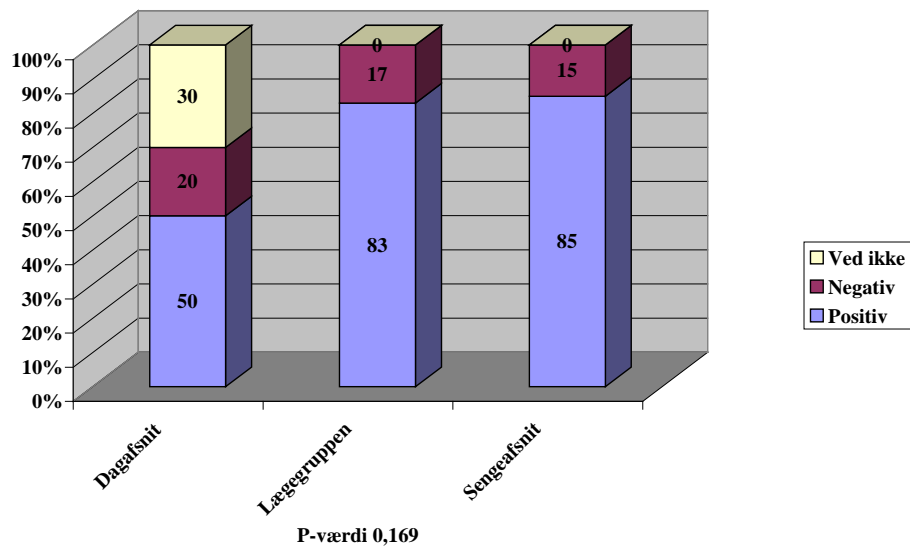
Differentiering af indsats ift. kliniske faser



Figur 6

Resultater af spørgsmål 4 fremgår af figur 7.

Samarbejde med patienterog pårørende om mål for indsatsen



Figur 7

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 76 %; negativ score 17 %; ved ikke 7 %. Der er ikke fundet signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,169), men en tendens til, at sengeafsnit og lægegruppen ligger over den gennemsnitlige positive totale score og dagafsnit betydeligt under.

Diskussion af resultater

Spørgsmål 1 og 2 identifikation af den palliative patientgruppe og identifikation af kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb får en samlet positiv score på > 90 %. Sengeafsnit og lægegruppen har en markant høj positiv score for begge spørgsmål, henholdsvis 100 % og 92 % i modsætning til dagafsnit, som har en positiv score på 73 %. Dertil kommer, at sengeafsnit og lægegruppen også har en forholdsvis høj positiv score på spørgsmål 3 og 4: Differentiering af indsats i forhold til kliniske faser og samarbejde med patienter og pårørende om mål for indsatsen. For spørgsmål 3 henholdsvis 90 % og 83 % og spørgsmål 4 henholdsvis 85 % og 83 %.

For dagafsnittets vedkommende er den positive score på spørgsmål 3 og 4 betydeligt lavere, henholdsvis 45 % og 50 % på spørgsmål 3 og 4. Dagafsnit har således en højere positiv score på spørgsmål 1 og 2 (end 3 og 4). Det kan indikere, at de har fået en viden om identifikation af den palliative målgruppe og kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb, men det påvirker i mindre grad den daglige kliniske praksis, både hvad angår differentiering af indsatsen i forhold til kliniske faser og samarbejde med patienter og pårørende om mål for indsatsen. Det samme mønster antydes i data fra sengeafsnit og lægegruppen, idet den positive score for spørgsmål 3 og 4 er lavere sammenlignet spørgsmål 1 og 2. På trods af de fremhævede forskelle mellem gruppernes positive score, skal det pointeres, at der samlet set kun er fundet signifikant forskel mellem grupperne angående identifikation af den palliative patientgruppe (spørgsmål 1).

Den palliative målgruppe - interviewfund

I fokusgruppe interview har informanter i **dagafsnit** ingen kommentarer til den palliative målgruppe.

Lægegruppen fremfører i fokusgruppe interview både positive vurderinger og en kritisk forholden til identifikation af den palliative målgruppe (spørgsmål 1) og identifikation af kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb (spørgsmål 2).

Vedrørende identifikation af den palliative målgruppe er der forskellige synspunkter på, hvilke hæmatologiske patienter, der indgår i den palliative målgruppe og især om patienter med de såkaldte kroniske kræftsygdomme (fx myelomatose, kronisk leukæmi, lavmalignt lymfom) indgår i den tidlige palliative fase. Der er tale om patienter, som nok har en uhelbredelig kræftsygdom, men det er også kræftsygdomme, som nogle patienter kan leve med en del år. De positive synspunkter går på, at indplacering af disse diagnosegrupper i den palliative målgruppe har sat fokus på deres

særlige behov som uhelbredeligt syge. Det indebærer, at læger får en større forståelse for disse patienters situation. Det udtaler en læge sådan:

Det der med [indplacering i] den tidlige palliative fase betyder, at man som læge bliver gearret til, når man ser en patient, som har en uhelbredelig sygdom inden for vores felt hæmatologi, at tænke den tanke, at de kan gå hjem med en krise her. Jeg synes, det har sat fokus på det område også, for det er nok noget af det, vi ikke har været så gode til... og måske stadig ikke er det, men det at vi allerede tager den tidlige palliative fase med og allerede her skal tænke på, hvor meget det påvirker patienten og familien, som fra starten anføres som kronisk.. det er det ord man bruger, et ord vi ikke kan komme af med (Læge).

Et andet og mere kritiske synspunkt går på, om de patienter, som i princippet kan leve mange år trods uhelbredelig sygdom, skal indgå i den palliative målgruppe. Det udtaler en læge sådan:

Læge: Jeg har haft det lidt svært med den tidlige palliative fase. Jeg tænker ikke og det gør jeg nok stadig ikke palliation meget tidligt. Det gør jeg ved de sygdomme, hvor jeg ved, det kun går en vej og det meget hurtigt, men ved hovedparten af sygdommene er mit fokus helt fra starten stadigvæk ikke palliation. Jeg synes de senere faser er mere værdifulde inde i mit hoved. Der er selvfølgelig mange problemer omkring det at være syg og have fået en diagnose og sådan noget det kan da godt være man skulle, men rent personligt gør jeg ikke. - Interviewer: Tænker du på dem som uhelbredeligt syge eller hvad? - Læge: Ja det gør jeg og det siger man jo også til folk, men inde i mit hoved har jeg svært ved at putte dem i en palliationskasse, fx en med lavmalignt lymfom, som sagtens kan leve i mange år. Det har jeg det lidt svært ved, men måske er det bare mig.

Der er både positive og kritiske synspunkter på identifikation af kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb (spørgsmål 2). De positive synspunkter går på, at anvendelse af de kliniske faser har sat fokus på området og bidraget til et kvalitetsløft i den lindrende indsats. Som læge bliver man tvunget til at stoppe op, at tænke mere struktureret i sit hoved og der bliver en debat læger og sygeplejerspersonale imellem, som betyder, at der kommer flere nuancer med i beslutningen. Anvendelse af faserne er således et godt debatgrundlag. To læger fremfører det sådan:

Læge 1: Jeg synes, det der har været godt, at vi har været tvunget til at sætte dem ind i en af de der faser, ellers er dagene gået, uden at vi måske helt har gjort os klart, at denne patient er langt henne i palliationsfasen. - Læge 2: Vi er tvunget til at blive struktureret i vores hoveder omkring det. Det er selvfølgelig ikke godt at slutte med kasser, men det er vel en del af det at forholde sig til det.

Derudover fremhæver lægegruppen, at sygeplejerspersonalet med de kliniske faser har fået et ”redskab”, som gør dem i stand til at stille flere relevante spørgsmål til konkrete patientforløb og få relevante svar fra lægerne. Det har betydet færre konflikter de to faggrupper i mellem. Det

tværfaglige samarbejde er forbedret til gavn for patienten, idet der er kommet en god debat med flere nuancer om konkret patientforløb. Det fremgår at nedenstående diskussion mellem tre læger:

Læge 1: For mig at se betyder det også, at vi har færre konflikter. Sygeplejepersonalet har fået noget. De ikke bare surmuler og synes vi gør for lidt eller for meget. Nu har de ligesom fået et område, hvor de ved, hvad de kan spørge ind til og dermed også få et ordentligt svar eller forvente at få et ordentligt svar. - Læge 2: Før i tiden var de interesserede i om patienten var til R, altså genoplivning. Andet havde sat lidt på spidsen ikke meget interesse for dem. Nu er de ligesom rykket ind i et område, hvor det er noget mere anvendeligt. - Læge 1: Jo og vi har fået en bedre debat omkring det synes jeg, som netop berører faggrupperne på tværs. - Læge 3: Der er kommet flere nuancer med ind i beslutningen også.

En andet og mere kritisk synspunkt stiller spørgsmål ved, hvilken betydning anvendelse af de kliniske faser har haft for lægegruppen som sådan og om det snarere er sygeplejegruppen, der har fået et fagligt løft med anvendelse af disse faser. Det fremhæves således af en læge:

Jeg er da enig i, at det [de kliniske faser] har løftet niveauet oppe i afdelingen., men jeg tror nu det er mere for plejepersonalet end lægegruppen og det er nok fordi jeg føler, at vi som gamle læger var ret gode til det i forvejen. Det er noget vi har ret stor opmærksomhed på, men jeg tror, det har betydet noget for sygeplejerskerne især for de yngre (læge).

En mere kritisk forholden til identifikation af kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb kommer også til udtryk i en skelnen mellem faserne som et akademisk apparat contra lægekunst. De kliniske faser kan opleves som snærende kasser, et akademisk begrebssæt, som patienterne skal indplaceres i frem for en erfaringsbaseret fornemmelse af, hvor den konkrete patient befinder sig i sygdomsforløbet. Det sidste er udtryk for en mere graderet tilgang med glidende overgange. To læger har i nedenstående citat en diskussion om den problematik:

Interviewer (I): Du [læge] var inde på, at faserne kunne være snærende, kunne du prøve at sige noget mere om det? - Læge 1: Det er nok ikke så nemt at forklare, men det er nok den måde, man arbejder på som læge. Den måde man tænker på. Frem for at sætte dem ind i kasser, så synes jeg tit, jeg bare kører det på min fornemmelse af, hvor de er henne ... og det er jo den der mavefornemmelse, man har, hvor langt patienten er, hvor langt man er nået, hvor langt tidsperspektiv, der er og hvor man tror, patienten står henne. Det er vel noget, der er kommet lige så stille med erfaringen og derfor er det fremmed for mig, at man pludselig skal have et akademisk apparat at sætte ned over det hele. Jeg synes egentlig altid, det har kørt stille og roligt. Det gør det i hvert fald oppe i hovedet på en. Der kan man godt se lidt mere graderet på, hvor de ligger ... men det er så heller ikke noget man skal stå til regnskab for med kryds og det hele. - Læge 2: Nej man kan ikke blive stillet til regnskab på den måde, men man bliver det selvfølgelig indirekte ved, at det [faserne] bliver en del af debatgrundlaget for vores konferencer. Det er måske der, du kan føle, det snerrer. - Læge 1: Ja det er selvfølgelig rigtigt. - Læge 2: fordi du føler dig provokeret af, at de [sygeplejepersonale] spørger til det. -

Læge 1: Ja og jeg synes også det er fint, at det bliver bragt op....men mange af os kender jo ikke sandheden. Vi kan jo tage fejl. Den ene dag har man en kurativ holdning og dagen efter så går det hele galt, ikke. - I: Har det noget at gøre med, at ens fornemmelse skal konkretiseres? Det kan jo være svært i sig selv. - Læge 2: Det er nok noget af det. og tanken om, at det pludselig skal på skrift, ikke. Men der er vi nok så tilpas autodidakte, at ret mange af os føler ikke, vi blotter os, fordi vi skal sætte nogle krydser, men for mit vedkommende er det nok noget, der indgår i den almindelige lægekunst på en eller anden måde. Det er noget jeg har tænkt ret meget over.

Sygeplejepersonalet i sengeafsnittet fremkommer i fokusgruppeinterview overvejende med positive vurderinger både i forhold til identifikation af den palliative målgruppe (spørgsmål 1) og identifikation af kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb (spørgsmål 2), men interviewudsagn viser også, at der er plads til forbedringer.

For så vidt angår de positive vurderinger fremhæves for det første, at arbejdet med identificering af målgruppen og kliniske faser har været et vigtigt og basalt fundament for udviklingen af palliation i afdelingen. Det kommer frem i nedenstående udsagn, hvor interviewer spørger ind til, om projektet har fokuseret på de rigtige tiltag:

Interviewer: Er det de rigtige ting, vi har arbejdet med? Prioriteret? - Splp. 1: Ja overgangene ... [mellem kliniske faser] vi var jo nødt til at starte med Adam og Eva..... var det jeg så som problemet før. Jeg synes stadig, det kunne være bedre og det er stadigvæk svært, fordi det er hæmatologiske patienter. Vi er bare nødt til at finde ud af, hvordan vi identificerer det her og det synes jeg, projektet har gjort bedre. - Splp.2: Jeg kunne godt have tænkt mig at arbejde mere med samtalen, men det er et skridt længere fremme, for vi er nødt til at vide noget om den basale palliation, før vi kan gå op til det næste skridt. - Splp. 3: Jeg synes, skridtene er taget i den rigtige rækkefølge.

For det andet er målgruppen for palliation nu udvidet med introduktion af den tidlige palliative fase og det har åbnet op for en anden og mere relevant faglige tilgang til denne patientgruppe. Det udtaler en informant sådan:

Splp.1:Det er blevet tydeligt, hvor mange af vores patienter, der egentlig er i den tidlige palliative fase, allerede når de bliver diagnosticeret. - Interviewer: Hvad betyder den forskel i den sygepleje, du yder? - Splp. 1: Den tidlige palliative fase kan godt strække sig over forholdsvis lang tid, så jeg ved ikke, hvor meget den til at starte med betyder, men man gør sig nogle tanker om, at det er en palliativ indsats, man skal yde, frem for en helbredende.

For det tredje har introduktion af de kliniske faser bidraget til en øget bevidsthed (monofagligt og tværfagligt) om, hvor patienten er i sit sygdomsforløb og en bedre tværfaglig dialog og afklaring af sådanne spørgsmål. En informant udtaler det sådan: *"Jeg synes, vi er blevet mere bevidste om, hvor*

de [patienterne] er i forløbet. Det hjælper at få nogle kasser, selvom det kan være svært at placere dem, men det at vi stiler imod at have en fælles front for, hvad vi stræber efter her” (splp.). Den forbedrede tværfaglige dialog forklarer sygeplejepersonalet med, at lægerne og de med anvendelse af de kliniske faser har fået et fælles og mere nuanceret sprog at debattere ud fra. Det har betydet, at der er skabt en bro mellem de to faggruppers forskellige perspektiver på patienternes situation. To informanter udtrykker det sådan:

Splp. 1: Vi har fået et fælles sprog på en eller anden måde. Førhen tror jeg, vi talte to meget forskelliges sprog. Vi sagde meget de ting, vi følte og så inde ved patienten.. sådan det kliniske blik på en eller anden måde. Lægerne snakkede på en hel anden måde. Det var tit, vi faktisk slet ikke kommunikerede. Der er måske skabt en bro nu, tror jeg. De har fundet deres bløde side frem. - Splp.2: Jeg synes, at projektet har gjort, at det er blevet mere legalt at tale om det. Da vi brugte begrebet PLEJE, kunne man nogle gange se, at de [lægerne] begyndte at vende øjne. Det var det eneste ord [ordet PLEJE] vi havde. Det var det ord, vi brugte. Jeg synes, vi har fået sat flere mærkater på.

Sygeplejepersonalet fremhæver, at den tværfaglige afklaring af, hvor patienten er i sit sygdomsforløb har ført til mindre berøringsangst og større åbenhed personalet imellem og ikke mindst oplever nogle informanter, at den fælles afklaring har givet en indre ro, lettelse og minimeret deres tvivl om hvilken indsats, der er relevant. Det udtaler to informanter sådan:

Splp.1: Diskussionerne om, hvor patienterne er i faserne...man får lidt mere ro indeni. Jamen ok det er der, vi er. Det er lindrende og hvad der hører den fase til. Det synes jeg har været rigtig godt. - Splp.2: Det der med hvornår er det kurativ og hvornår er det lindrende behandling, der synes jeg, det er rigtig svært at være inde ved patienten. For hvis det er kurativ, så fortsætter vi stadig med at forebygge. Når det bliver lindrende, går man mere ind og tager patientens inderste ønsker op, så er det man skal lindre. Vi har været gode i teamet til at finde ud af det og vi har været afklaret. Så er det den vej, vi skal køre nu og så skal vi finde ud af, hvad patienten så skal. Der hvor man ikke ved, om det er det ene eller det andet, det er lidt svært. På den ene side: ”Du [patienten] skal næsten lige op en tur” og hvornår skal man presse patienten og skal man det, når det er lindrende? Hvorfor skal patienten så op at sidde?

Selvom sygepersonalet fremhæver positive resultater, så betoner flere, at der stadig er plads til forbedringer. For det første fremføres, at overgange mellem de forskellige faser ikke altid identificeres i tide. En informant siger det sådan: *”Vi er på vej. Jeg synes stadig, der er nogen, hvor jeg tænker, det her skulle vi have haft oppe noget før. Så jeg synes ikke, vi er nået helt til ende, men jeg synes, vi er godt på vej i den tid, jeg har været her”*(splp.). Som en forklaring anføres, at identificering af overgange mellem kliniske faser stadig er personafhængig, afhængig af det

sygeplejepersonale og de læger, som er tilknyttet patienten og den erfaring, mod og kompetence, de besidder. Det udtaler en informant sådan:

Der er en sårbarhed i forhold til hvem, der er på arbejde og i forhold til erfaring, om vi tør tage beslutningen, om vi tør lægge frem sygeplejefagligt og lægefagligt. Jeg oplever en meget stor forskel på, om det er X [læge], der er på arbejde, eller om det er mig eller en anden sygeplejerske. Hvis dem med de super gode kompetencer i det her, ikke er på arbejde, så låses det fast på en eller anden måde. Vi skal have dem, der ikke har de kompetencer, hentet lidt mere op. Jeg føler mig ikke selv så kompetent til at handle på de ting... altså faserne. Jeg tror nok, jeg vil se tingene lidt længere tid, end man ellers ville gøre og andre gange måske ikke, fordi jeg står i noget, som ikke er etisk rigtig (splp.).

Derudover fremføres, at manglende kontinuitet i lægers fremmøde, ansvarsfordeling og uenighed internt i lægegruppen kan skabe forvirring om målet for indsatsen. Det udtaler sygeplejepersonalet sig om i nedenstående ordveksling med interviewer:

Interviewer: Så kontinuiteten kan blive en hæmsko? - Splp.1: Ja, det synes jeg i hvert fald! Jeg har nogle gange siddet med en [læge] og tænkt, det her er bare sen palliativ og det er vigtigt, at der bliver taget hånd om det her. Så sidder de bare og siger: "Det kan vi ikke tage stilling til". Vi fik en patient nede fra team 1 på et tidspunkt. Det var simpelthen forfærdeligt. De havde ikke taget stilling til noget i team 1 og der var ingen læger fra team 2 til stede, som ville tage stilling til noget. Det er virkelig en hurdle. - Splp. 2: Det gjaldt også X [patient]. Vi havde først haft en konference, hvor der blev lagt op til, at vi skulle til at sadle om med behandling. Tingene havde udviklet sig, så X var noget længere henne i det palliative forløb og så var det beslutningen. Så var der pludselig en anden konference, hvor man var tilbage igen, fordi der var en læge, som ikke kunne se alle de problemer og ting, vi havde haft oppe. Så er det den totale forvirring opstår. Hvor er vi egentlig henne og arbejder vi frem mod det samme mål. Hvis vi ser, patienten er i den sene palliative eller terminale fase og lægerne er et helt andet sted, så går der et eller andet tabt.

Derudover betones, at det stadig er rigtig svære spørgsmål at afklare, fordi patientens kliniske tilstand kan være præget af uforudsigelighed med hurtigt indsættende forværringer og forbedringer, af hastig og uventet progression eller remission. Det kan bidrage til at skabe usikkerhed og tvivl om målet for indsatsen. Sygeplejepersonalet fortæller om disse forhold nedenfor:

Splp.1: Vi går fra aktiv behandling til den sene palliativ eller terminal fase. Det går så utrolig stærkt og det er stadigvæk problematisk, synes jeg. - Splp. 2: Ja. Der er eksempler på, at vi alle i sygeplejegruppen har sagt, nu er det nok, som fx med X [patient]. Der er pludselig komplet remission, hvor vi alle sammen havde sagt stop for lang tiden siden, fordi vi var sikre på, hun ville dø. - Interviewer: Jeg har tænkt på, om det er et særligt vilkår indenfor hæmatologien, at der er meget uforudsigelighed. Hvad tænker I om det? - Splp. 3: Det tror jeg faktisk rigtig meget, der er. De kan vælte på en tallerken og tilbage igen. Vi har sagt farvel til dem [troede de skulle dø] og så er de udskrevet.

I fokusgruppe interview uddyber sygeplejerspersonalet også spørgsmålene om differentiering af indsatsen i forhold til kliniske faser og samarbejde med patienter og pårørende om mål for indsatsen.

Sygeplejerspersonalet fortæller, at bevidstheden om, hvor patienten er i sit forløb også betyder, at de er blevet mere opmærksomme på at differentiere indsatsen i de forskellige kliniske faser. I den sene palliative fase, der har lindring og livskvalitet som mål, har det betydet, at patientens egne ønsker i højere grad ligger til grund for indsatsen og de handlinger, som udføres. Det er ikke ”hovedløse handlinger”, som en informant udtrykker det, men handlinger, som vurderes i forhold til, om de har et lindrende sigte. Det kommer til udtryk i nedenstående udsagn:

Splp.: Vi er mere bevidste om ikke at gå og lave hovedløse handlinger, fx det at måle værdier tre gange om dagen. De fik jo lavet alverdens ting flere gange om dagen og blodprøver og på den måde synes jeg, patienterne nu bliver forskånet for nogen ting. - Splp. 5: Jeg begynder også at tænke på, hvad det er patienten gerne vil og få alle ting tænkt med i forbindelse med udskrivelse.

Men det fremgår også af udtalelser fra sygeplejerspersonalet, at det vedvarende kræver bevidsthed og mod at tage handlingsmæssig konsekvens af indplacering af patienter i bestemte faser og få det formidlet til patienter og pårørende. En informant siger det sådan: ” *Det er stadigvæk det at turde, nu gør vi altså ikke de ting mere. Men det er patienterne til gavn og nogen gange er det også skønt at gå ind og sige til de pårørende, det her gør vi ikke mere[..] Vi skal ikke tage det hele væk på en gang og den der fornemmelse, at nu måler vi ikke blodtryk mere, men vi gør detovre hos naboen.*” Flere fremhæver, at indplacering af patienter i de forskellige palliative faser ikke altid udmøntes i relevante handlinger. En informant udtaler det sådan:

Jeg synes, vi er blevet gode til at snakke om, hvor de [patienter] er henne [i forløbet] og vi får sat nogle ord på, men jeg synes godt, det kan halte lidt, når vi kommer ud i praksis, for der bliver sat nogle ting i værk i den sene palliative fase, hvor jeg godt kan tænke, det får ingen konsekvenser og det hører ikke hjemme i den fase. Så det er fint nok at få snakken om det, men nogen gange mangler der lige det skridt videre, hvor der også kommer nogle handlinger bag, frem for bare at skrive i VIPS, at det er sen palliativ.

Derudover fremhæves, at identifikation af den palliative målgruppe og kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb har betydet, at samarbejdet med patienter og pårørende om mål for indsatsen er blevet bedre. Der kommer til udtryk i en større åbenhed i forhold til patienter og

pårørende. De bliver i større omfang inddraget i beslutning om behandlingsniveau og der afholdes flere samtaler med patienter og pårørende om sådanne spørgsmål. Det uddybes nedenfor:

Jeg synes, vi får de pårørende inddraget meget mere, end vi gjorde førhen. Det synes jeg, man kan se på sådanne ting som lægesamtaler. Dem er der mange. Mange flere af end førhen. Jeg synes, vi får dem [patienter og pårørende] mere ind i det. Førhen blev der sat begrebet PLEJE på. Var patienten med i det? Nej det var han ikke og de pårørende var heller ikke. Man kan også mærke, at lægerne tør gå mere ind i det på en anden måde. Jeg har oplevet en del læger spørge, hvad tænker du selv om det her og hvad vil du gerne? Der bliver simpelthen sat ord på, også det der med at skulle på intensiv og hvad med genoplivning. Det bliver der direkte sat ord på hos patienten (splp.).

Sygeplejepersonalet fortæller også, at inddragelse af patienter og pårørende i beslutninger om behandlingsniveau ikke altid sker i tide og det kan betyde, at patienter og pårørendes ønsker ikke i tilstrækkelig grad indgår i beslutningsgrundlaget. To informanter uddyber dette nedenfor med udgangspunkt i en konkret patientsituation:

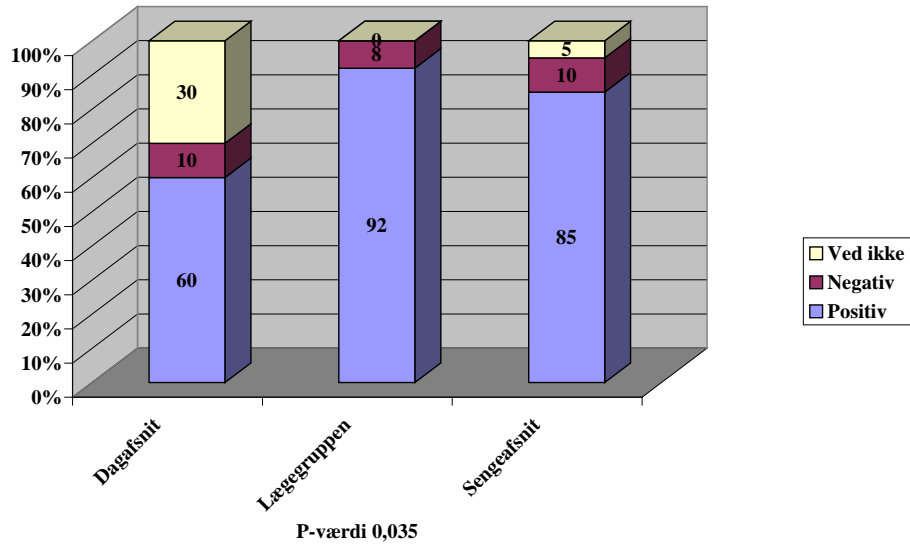
Splp. 1: For at vende tilbage til X [patient], så kom det frem, at han overhovedet ikke havde noget ønske om at komme i respirator eller på intensiv. - Splp.2: Sagde han selv det? - Splp. 1: Ja og hvis bare man havde spurgt om det fra starten, da lægerne kørte på med fuld knald. Det var slet ikke hans ønske overhovedet. Hans kone sagde, at det var hans ønske at dø stille og roligt. Han ville slet ikke være med til alt det der [...] Det vidste man først til sidst, hvor der var blevet snakket om det. Men kom han ikke pludselig på intensiv og i respirator og det var slet ikke hans ønske? - Splp. 3: Han var også i tvivl til at starte med, om han overhovedet ville have behandling.

Lindring og intervention af patientens symptomer og behov - resultater

I spørgeskemaet har spørgsmål 5- 8 fokus på, hvorvidt projektet har bidraget til at forbedre lindring af patientens fysiske sygdomssymptomer (spørgsmål 5); intervention i forhold til patientens psykiske og eksistentielle behov (spørgsmål 6 og 7) og sociale forhold (spørgsmål 8). Resultaterne præsenteres nedenfor.

Resultater af spørgsmål 5 fremgår af figur 8. Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 81 %; negativ score 10 %; ved ikke 10 %. På det spørgsmål ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,035). Især lægegruppen men også sengeafsnit har en positiv score, som ligger over den gennemsnitlige totale score i modsætning til dagafsnit, som skiller sig ud med en lavere positiv score og en større andel ved ikke svar.

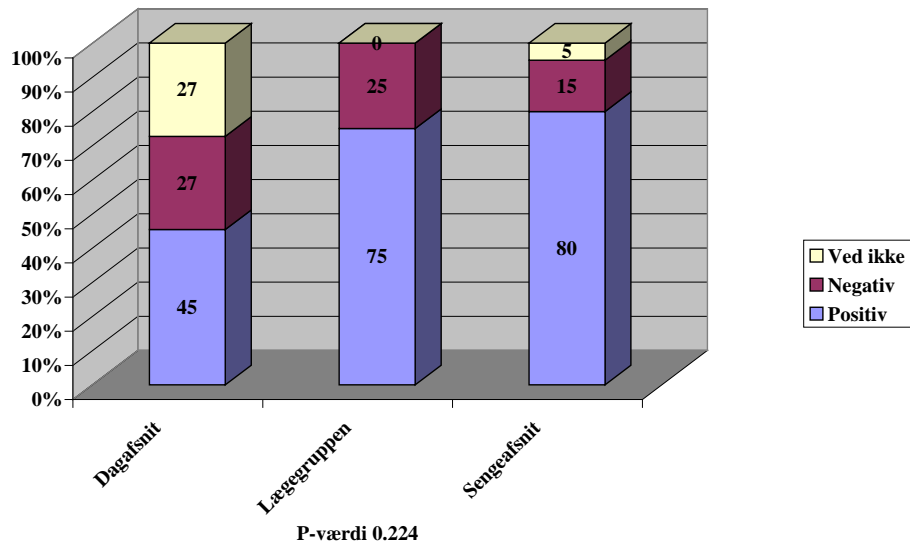
Lindring af patientens fysiske sygdomssymptomer



Figur 8

Resultater af spørgsmål 6 fremgår af figur 9.

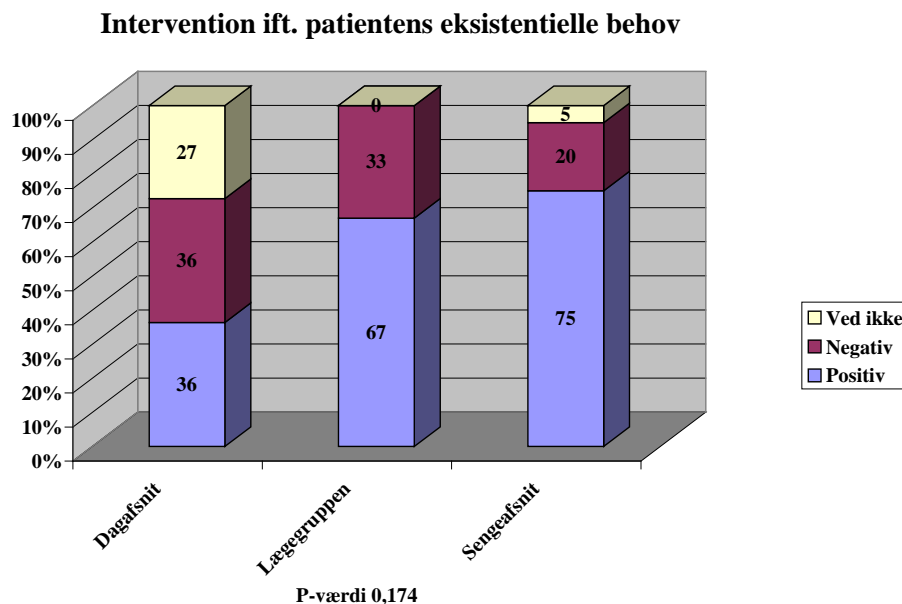
Intervention ift. patientens psykiske behov



Figur 9

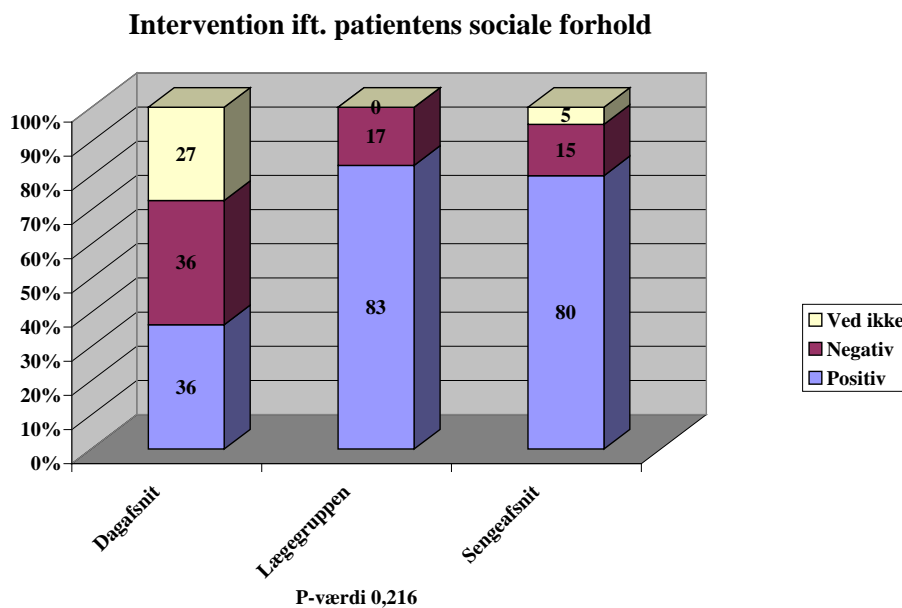
Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 70 %; negativ score 21 %; ved ikke 9 %. Der ses ikke signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,224), men for alle tre gruppers vedkommende ses en lavere positiv score sammenlignet spørgsmålet om lindring af fysiske sygdomssymptomer.

Resultater af spørgsmål 7 fremgår af figur 10. Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 63 %; negativ score 28 %; ved ikke 9 %. Der ses ikke signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,174), men for alle tre grupper vedkommende ses en gennemsnitlig lavere score på dette spørgsmål sammenlignet med de øvrige spørgsmål om lindring og intervention.



Figur 10

Resultater af spørgsmål 8 fremgår af figur 11.



Figur 11

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 70 %; negativ score 21 %; ved ikke 9 %. Der er ikke signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,216), men for alle tre gruppers vedkommende ses fortsat en gennemgående lavere score på dette spørgsmål sammenlignet spørgsmålet om lindring af fysiske sygdomssymptomer. Der er en tendens til en lidt højere score i sengeafsnit for dette spørgsmål sammenlignet med spørgsmålet om intervention i forhold til eksistentielle behov. Det træder dog tydeligere frem i lægegruppens score, som her er 83 % sammenlignet med 67 %, hvad angår eksistentielle behov.

Diskussion af resultater

Spørgsmål 5 om lindring af patientens fysiske symptomer får den gennemsnitlige højeste positive score af samtlige fire spørgsmål, svarende til en total score > 80 %. På det spørgsmål ses signifikant forskel mellem grupperne. Især lægegruppen og sengeafsnit markerer sig ved en høj score på henholdsvis 92 % og 85 %, hvorimod dagafsnit har en positiv score på 60 %.

Om end der kun er signifikant forskel for så vidt angår spørgsmål 5, så er tendensen, at dagafsnittet har en lavere positiv score og en forholdsmæssig stor andel af ved ikke svar. For så vidt angår sengeafsnittets og lægegruppens vurdering af intervention i forhold til patientens psykiske, eksistentielle behov og sociale forhold (spørgsmål 6,7,8), så er sengeafsnittets positive score henholdsvis 80 %, 75 % og 80 % (variation fra 75 % - 80 %) og lægegruppens positive score henholdsvis 75 %, 67 % og 83 % (variation fra ca. 66 % - 83 %). Der ses en tendens til, at intervention i forhold til psykiske og sociale forhold har højere positiv score, end intervention i forhold til eksistentielle behov. For både lægegruppen og sengeafsnittets vedkommende får det psykiske og sociale aspekt af palliation således større positiv score end det eksistentielle aspekt.

Lindring og intervention af patientens symptomer og behov - interviewfund

Fund i relation til lindring og intervention af patientens symptomer og behov inddrager data fra fokusgruppe interview med dagafsnit, sengeafsnit og lægegruppen. Desuden inddrages data fra individuelle interview med socialrådgiver, præst, fysioterapeut og ergoterapeut, som alle påpeger flerfaglighedens betydning for forbedringer af den lindrende indsats.

I fokusgruppe interview med **dagafsnit** er der ikke specifikke kommentarer til projektets betydning for lindring og intervention. Det skal fremhæves, at der ikke har været gennemført implementering af konkrete tiltag med det fokus udover undervisning på basiskursus i palliation,

hvor temaerne lindring af fysiske symptomer og intervention i forhold til eksistentielle behov er indgået i kursustilbuddet. Det udtaler informanter i dagafsnit således:

Interviewer: Jeg tror, vi har været lidt inde på det, men nu spørger jeg mere konkret, end jeg har gjort før, har den del af projektet, I har været med i, flyttet noget i den palliation patienter og pårørende tilbydes? - Splp. 1: Der melder jeg pas, for jeg synes ikke, jeg har set noget og jeg synes ikke, det er blevet implementeret hernede. - Splp. 2: Jeg tror, man skal op på afdelingen for at se det. - Splp. 1: Det tror jeg også vil være mit svar. - Splp.3: Jeg ved ikke lige, om der er flyttet en hel masse hernede. Det er svært at mærke den forskel. - Splp.4: Det samme her.

I interview med **sengeafsnit og lægegruppen** fremgår, at personalet har en oplevelse af, at den lindrende indsats i afdelingen er forbedret. Flere forhold fremføres som grunde hertil.

For det første skal det pointeres, at især sygeplejepersonalet i sengeafsnittet men også lægegruppen har fremført, at identificering af den palliative målgruppe og kliniske faser har været en forudsætning for et kvalitetsløft i afdelingens lindrende indsats.

Før det andet har projektet medført, at der er kommet fokus på området. Det har betydet, at berøringsangsten er blevet mindre og det har afstedkommet en større åbenhed og ærlighed mellem patienter, pårørende og personale. En læge siger: *"Der er kommet fokus på den problemstilling, som der ikke har været før. Det har nok været et område.. ja.. man har været tilbøjelig til at krybe lidt udenom, for det kan være ubehageligt. Det er ligesom det er blevet rykket lidt frem i projektørlyset, ikke"* (læge). En informant i sygeplejegruppen udtrykker det således: *"Umiddelbart tænker jeg, at berøringsangsten ikke er så stor, at vi er hvor patienten er, fordi der er stor åbenhed om det. Det gør det lettere for mig som personale og det tror jeg også gælder patienter og pårørende"* (splp).

For det tredje nævner både læger og sygeplejepersonale, at de har fået flere redskaber til lindring, både konkrete medikamenter til symptomlindring, men også redskaber i form af retningslinjer og fremgangsmåder. Lindring af fysiske sygdomssymptomer er det område, som får højst positiv score i spørgeskemaet. Personalet fremfører da også i interviewene, at de har fået større viden og bevidsthed om medikamentel symptomlindring og afdelingen har taget medikamenter i anvendelse, som ikke blev brugt tidligere. Både læger og sygeplejepersonale nævner præparater som rubinol og dormicum som eksempler herpå. To informanter udtrykker det sådan:

Splp.1: Jeg er blevet bedre til at observere og lindre i den helt terminale fase. Det er spørgsmål om ny viden og bevidsthed om, hvad man kan bruge af stoffer og selvfølgelig også det psykiske med bare at være der. Jeg bruger flere nye stoffer til at lindre, som vi ikke brugte før. Så jeg synes, jeg er blevet bedre til at lindre. - Splp.2: Jeg er også blevet

MEGET mere bevidst om nogle af de stoffer, man kan give i den terminale fase og det sidder på ryggraden, hvad man kan give. Det vidste jeg ikke noget om overhovedet, før vi gik i gang med det her.

Anvendelse af ”palliationsmappen” til døende patienter er et eksempel på, hvad indførelse af skriftlige retningslinjer har betydet. En læge udtaler: *”Vi har fået redskaber.. og palliationsmappen. Det gav mig noget personligt, for så havde man noget i hånden, som man ikke havde før. Med tjeklister kommer man det hele igennem. Det er nu i mange tilfælde vældig fint for at huske det”*(læge).

For det fjerde fremføres, at lindring ses i et bredere perspektiv, idet flerfagligheden på de to ugentlige konferencer har betydet, at især den sociale og eksistentielle dimension i højere grad indgår i afdelingens lindrende indsats. En læge siger flg.: *”Jeg synes, at der ved nogle patienter er kommet mere struktur på. Man kommer rundt i alle hjørner, fordi man har drøftet det til konferencen [flerfaglig konference]. Nogle gange har patienten fået nogle tilbud, man ikke selv havde tænkt på, for eksempel fra socialrådgiver eller præsten”* (læge). Sygeplejepersonalet kommer med følgende eksempler på socialrådgiverens og præstens betydning for udvikling af den lindrende indsats:

Splp. 1: Hun [socialrådgiver] går ind og snakker plejeorlov og spørger, hvad med de pårørende? Hun er gået ind og har taget teten nogle gange.. og måske fået os til at tænke mere over det med plejeorlov til de pårørende. Jeg ved ikke, om der er flere, der tager plejeorlov. - Splp. 2: Hun [socialrådgiver] er blevet meget mere synlig. Vi gør meget brug af hende. - Splp. 3: Jeg synes især, præsten er blevet meget mere synlig i afdelingen og i vores bevidsthed. Vi bruger hende meget. Det er blevet sådan, at man tænker, hvad med præsten? Det har jeg foreslået til rigtig mange patienter, siden vi har fået hende som en mulighed.

Af individuelle interview med **socialrådgiver og præst** fremgår, at projektet har betydet, at de oplever, at de i højere grad inddrages i afdelingens lindrende indsats og konkrete patientforløb.

Socialrådgiveren fremfører, at projektet har medført en større bevågenhed især i sygeplejegruppen om, hvad man kan bruge en socialrådgiver til. Det har betydet, at hun er blevet involveret i flere ting. Det udtaler socialrådgiveren sådan: *”Projektet har skabt en større bevågenhed primært fra sygeplejersker, også fra læger, men i første omgang fra sygeplejersker om, hvad man kan bruge en socialrådgiver til”*(socialrådgiver). Socialrådgiveren nævner arbejdsretlige forhold, pensionsforhold, plejeorlov, pasningsorlov, boligskift, hjælpemidler, psykosociale samtaler og støtteforanstaltninger i hjemmet som nogle af de problemstillinger, hun har været inddraget i.

Socialrådgiveren fremfører også, at det er blevet synliggjort, hvilke konsekvenser det kan få, hvis hun ikke inddrages, fx i forbindelse med udskrivelse af patienter:

Man kan se, hvilke konsekvenser, det kan få, når det ikke sker [socialrådgiver ikke inddrages]. Det kan være i forhold til færdigmelding og udskrivelse af patienter. Hvad skal der egentlig til, for at man kan tale om en færdigmelding. En ting er, at patienten er færdigmeldt medicinsk, men patienten skal faktisk også være klar til udskrivelse og det vil sige, at der flere ting, der skal være bragt i orden. Hvis man udskriver patienten uden grundlaget er i orden, så falder byggeriet og konsekvensen kan være en forlænget indlæggelse (socialrådgiver).

Af interview med præsten fremgår det, at personalet er mere opmærksomt på at inddrage hende i konkrete patientforløb og der er målbart flere patienter, som får tilbud om at snakke med hende. Præsten udtaler det sådan: ”*Jeg synes, jeg bliver brugt meget, meget mere. Jeg bliver simpelthen brugt målbart meget mere til patienterne nu*”(præst).

Præsten fremfører også, at den eksistentielle dimension efter hendes opfattelse fyldte rigtig meget på de to ugentlige konferencer, ikke bare med præstens stemme, men også i personalets indbyrdes diskussioner om konkrete patientforløb. Præsten antyder en mulig del af forklaringen på, hvorfor den eksistentielle dimension får en lavere positiv score end den psykiske og sociale dimension. Det kan være et spørgsmål om, hvordan man definerer den eksistentielle dimension. Præsten har måske et bredere syn på den dimension end personalet. Det uddyber præsten:

Interviewer (I): Hvordan synes du, det eksistentielle, som du repræsenterer, fik plads. - Præst: Jeg synes faktisk, at det fyldte rigtig meget... ikke nødvendigvis med min stemme, men i rummet. Jeg synes, der blev talt mere om, hvordan det her menneske nu havde det som menneske, end hvor meget movicol hun nu skulle have. Det synes jeg faktisk. Og der var meget perspektiv i det for, for det kom ofte til at handle om, hvordan skal det her forløb være videre. Skal man hjælpe dem med at komme på plejehjem og sådan nogle ting. Men det hører også i min øjne med til eksistensen og det hører med til medicinen. - I: Arbejder læger og plejepersonale mere med det eksistentielle, end de selv går og tror? - Præst: Ja det tror jeg de gør. Det synes jeg i hvert fald, vi gjorde på de konferencer der.

I interviewene peger sygeplejepersonalet i **sengeafsnit** og **lægegruppen** på områder, hvor afdelingens lindrende indsats kan forbedres. Det fremføres, at projektet i sig selv har bidraget til øge bevidstheden herom. Der peges på begrænsede redskaber til lindring og manglende personale-ressourcer hos tværfaglige samarbejdspartnere. En informant siger det sådan:

Det har øget ens bevidsthed om det, vi mangler i afdelingen... fysioterapeut, socialrådgiver indimellem og psykolog og måske.. der kunne være mere understøttende behandling, zoneterapi og forskelligt, der kunne lindre. Så det har åbnet ens øjne for, at vi egentlig er ret begrænsede. Vi talte om, at vi har lært meget om medicin og der er bare så meget andet også, man kunne tænke sig at lindre med, ikke”(splp.).

I interview fremfører socialrådgiveren, at det var ønskeligt med flere socialrådgiverressourcer i Hæmatologisk Afdeling, så hun kunne være mere til stede i afdelingen:

Socialrådgiver (S): Det der var ønskelig var, at socialrådgiveren var i afdelingen i langt højere grad, end det aktuel lader sig gøre [...] men spørgsmålet er, om det er tidens tand, om det er antikvarisk. Det er ikke den tid, der råder. Det er ikke de rammer, vi arbejder under, eller de muligheder vi har. - Interviewer: Hvad kendetegner de rammer, du arbejder under? - S: Økonomistyring, økonomistyring og produktionstal [...] Vi har et statistisk system, vi skriver vores ydelser ind i. På den måde viser vi produktionstal og det får indflydelse på socialrådgivere til rådighed [...] Der er jo også en politisk og en ledelsesmæssig beslutning om, hvad det er for et serviceniveau, man vil have og det har noget med økonomi at gøre [...] Jeg kunne ønske mig, at man kunne tilgodese de behov, der reelt er hos så alvorligt syge patienter, som man har i det hæmatologiske afsnit.

Især mangel på psykolog og fysioterapeut, bidrager til at begrænse konkrete tværfaglige tilbud til patienterne. Sengeafsnittets og lægegruppens vurdering af intervention i forhold til patientens psykiske behov viser, at ca. $\frac{3}{4}$ af respondenterne i begge grupper angiver forbedringer på området, men det antydes i interviewene, at ansættelse af en psykolog i afdelingen kunne bidrage til at forbedre indsatsen yderligere. Det fremhæves også, at en prioritering af ressourcer til lindrende fysioterapi til målgruppen kunne bidrage til forbedringer af den lindrende indsats, som patienterne tilbydes i afdelingen. Både lægegruppen og sygeplejepersonalet er i projektforløbet blevet mere bevidste om ergo - og fysioterapeuters bidrag til en lindrende indsats, men især fysioterapeutens indsats har af ressourcemæssige grunde været stærkt begrænset. To informanter udtaler flg.:

Splp. 1: Det et spørgsmål om ressourcer, ikke. Vi kan ikke engang få fysioterapeut til lungefysioterapi. Vi kan ikke få fysioterapeut til noget som helst. De kunne trækkes rigtig meget på i forhold til lindring, men de er der ikke rent ressourcemæssigt. - Splp.2: De fik så også nogle vilkår, som gjorde, ja man kunne jo nærmest ikke henvide til dem. Det er kun ganske få grupper, de tager. Så palliation det er nok helt uden for deres [tilbud] lige nu.

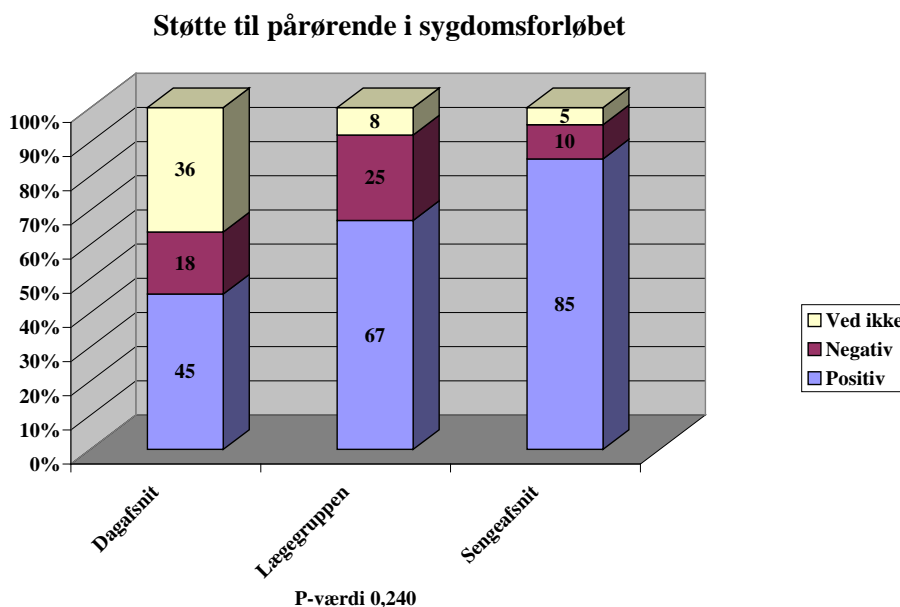
Interview med **fysioterapeut og ergoterapeut** tilknyttet afdelingen bekræfter, at manglende ressourcer i slutningen af projektperioden betød en nedprioritering af palliativ fysioterapi. En lang venteliste betød en prioritering af indsatsområder og en skærpet visitering til palliativ fysioterapi, men ikke ergoterapi. I praksis kan man sige, at palliative patienter blev visiteret ud fra kriterier som gælder alle patienter indlagt på sygehuset, en indsats med fokus på overlevelse og rehabilitering, fx fysioterapi ved dyspnoe, sekretproblemer og ændringer i funktionsniveau. Her er hvad fysioterapeuten (F) og ergoterapeuten (E) udtaler om den ændrede prioritering af indsatsområder:

Interviewer (I): Kort tid efter vi startede de flerkonferencer op, kom der en udmelding om prioritering af indsatsområder. Hvilken betydning har det haft for de palliative patienter? - Fysioterapeut (F): Jamen det havde jo stor indflydelse. Fordi der var så lang en venteliste, blev de nedprioriteret. - Ergoterapeut (E): De var prioriteret meget langt ned. - F: Man kigger på, hvordan funktionsniveauet var før og hvordan det er efter [behandling], har de dyspnoe eller sekret og så går vi ind og bedømmer dem derefter og ser, hvor de skal ligge henne [på ventelisten]. Så de bliver egentlig prioriteret som alle andre patienter. - E: Ja det gjorde de selvfølgelig - F: Der kunne jo godt være en, der var dårlig og blevet det på kort tid, men hvis vi kunne se, at vi skulle ind over med CPAP eller lungefysioterapi, så kunne de godt prioriteres rimeligt. - I: Hvordan siger du, de palliative patienter blev prioriteret udover det, du har nævnt? - F: Hvis der var noget med lungefysioterapi, så ville det blive en etter [højest prioritet]. Så hvis det var en, der virkelig havde store problemer med at få sekret op og skulle have hjælp til det, så ville de blive prioriteret lige så højt som alle andre patienter.

Indsatsen for pårørende

I spørgeskemaet har spørgsmål 9 og 10 haft fokus på projektets bidrag til at forbedre indsatsen for pårørende, dels under sygdomsforløbet, dels i sorgen over tabet. Resultaterne præsenteres nedenfor.

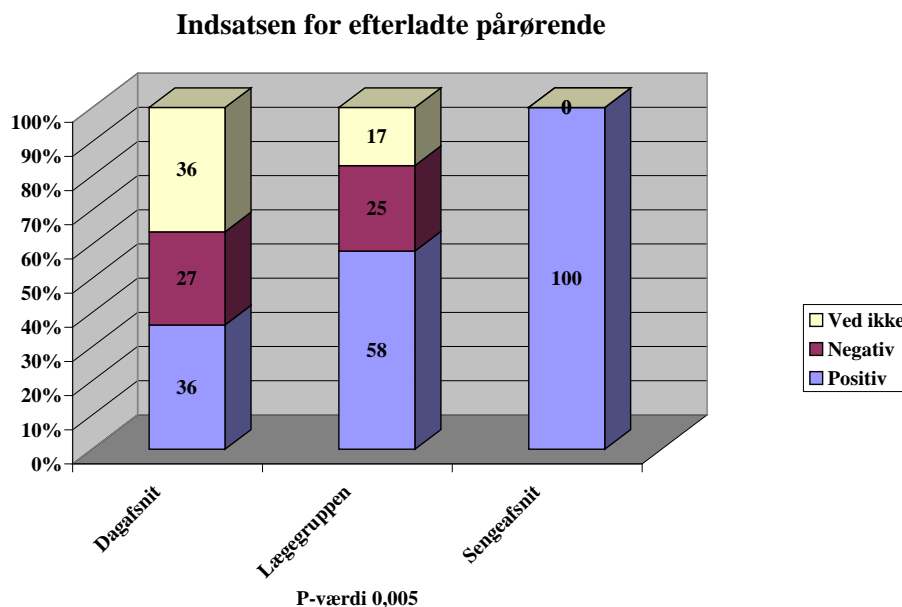
Resultater af spørgsmål 9 fremgår af figur 12.



Figur 12

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 70 %; negativ score 16 %; ved ikke 14 %. Der er ikke signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,240), men der ses en tendens til, at sengeafsnit har en score en del over gennemsnittet, lægegruppen en score lige under gennemsnittet og dagafsnit en score betydelig under gennemsnittet.

Resultater af spørgsmål 10 fremgår af figur 13. Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 72 %; negativ score 14 %; ved ikke 14 %. Der ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,005). Sengeafdelingen skiller sig markant positiv ud i forhold til de to andre grupper.



Figur 13

Diskussion af resultater

Omkring både spørgsmål 9: Støtte til pårørende i sygdomsforløbet og spørgsmål 10: Indsatsen for efterladte pårørende er der en tendens til, at sengeafsnittet har højere positiv score på begge spørgsmål end lægegruppen og især dagafsnit. Der er dog kun signifikant forskel mellem grupperne for så vidt angår indsatsen for efterladte pårørende, hvor sengeafsnittet har en positiv score på 100 % mod dagafsnittes og lægegruppens score på henholdsvis 36 % og 58 %. Samtidig ses der i dagafsnittes besvarelser en større andel ved ikke svar på 36 % for begge spørgsmål. Forklaringen på de ovennævnte forskelle mellem grupperne kan være, at der i sengeafsnit er implementeret opfølgningssamtaler som et tilbud til efterladte pårørende (Dalgaard 2009: 15- 16). Et tilbud, der fortrinsvis er gennemført af sygeplejepersonalet i sengeafsnittet. Derudover skal fremhæves, at støtte til pårørende i sygdomsforløbet (spørgsmål 9) ikke har været et særskilt indsatsområde, men udvikling på det område har i nogen omfang indgået i den løbende kompetenceudvikling i den daglige kliniske praksis i en dialog mellem personale og aktionsforsker og på tværfaglig/flerfaglige konferencer.

Indsatsen for pårørende - interview fund

Indsatsen for pårørende er ikke uddybet i interview med **dagafsnit og lægegruppen**. Af interview med sygeplejepersonalet i **sengeafsnit** fremgår, at projektet har medført en øget inddragelse af pårørende i patientens sygdomsforløb, hvorimod støtten til pårørende som mennesker i sig med særskilte behov under sygdomsforløbet ikke uddybes i interview. Den øgede inddragelse af pårørende i sygdomsforløbet kommer til udtryk i en større bevidsthed om at inddrage pårørende patientforløbet, afholdelse af flere lægesamtaler med deltagelse af både patient og pårørende og pårørendes mulighed for at være til stede hos patienten.

Flere fremfører også, at der trods en positiv udvikling er rum for forbedringer på området. Her fremhæves især personalets bevidsthed om aktivt at inddrage pårørende i sygdomsforløbet, manglende tid og begrænsninger i de fysiske rammer. Det udtrykker to informanter sådan: *"Jeg kunne ønske mig nogle bedre fysiske rammer...jeg synes, vi er blevet bedre til at have pårørende herinde...men sommetider er vi presset op mod den overbelægning"* (splp. 1). - *"Vi skal hele tiden være bevidst om at have pårørende inddraget i det her. Der er selvfølgelig forskellige ting, som påvirker...at have nogle fysiske rammer.. og måske tid. Vi er klart blevet bedre til det"* (splp. 2).

Den udtalte positive vurdering af støtte til efterladte pårørende fra sengeafsnit udbygges i de to fokusgruppe interview med sengeafsnit. Det fremføres, at tilbuddet til efterladte er et godt tilbud, som de fleste pårørende takker ja til. Tilbuddet er godt for personalet, som får mulighed for en tilbagemelding på, hvordan pårørende har oplevet forløbet og selv få afsluttet forløbet. Det er godt tilbud til efterladte pårørende, som får mulighed for at tale forløbet igennem, få rådgivning, få en afslutning på forløbet og komme videre, Det udtrykker to informanter således:

Splp. 1: De to [samtaler], jeg havde, var nogle, jeg selv var knyttet til vi er selvfølgelig professionelle, men vi har også et personligt behov for at få nogle ting afsluttet, som de pårørende har delt med os. Det er en stor personlig tilfredsstillelse at få afsluttet og man føler også, at man yder en god sygepleje til de efterladte. Det er jo egentlig det, det handler om. .. at de også kan komme hel igennem. - Splp. 2: Jeg har haft to af de samtaler. Det var meget livsbekræftende og så får man at vide, hvordan de [efterladte pårørende] har oplevet det. Det var kvinder begge to ... de havde meget at snakke om: "Det var godt han fik fred, og det var sådan og sådan"; og så fortalte de ellers om hverdagen, om hvilke behov de havde og de spurgte: "Hvordan tror du, jeg kan gøre det her." Det føltes på en eller anden måde, at så var det afsluttet for dem. Det var min oplevelse."

Sammenfatning

Nedenfor laves en sammenfatning af resultater og fund relateret til indsatsen for patienter og pårørende: 1) Den palliative målgruppe: 2) Lindring og intervention af patientens symptomer og behov; 3) Indsatsen for pårørende.

Den palliative målgruppe

Resultater og fund relateret til den palliative målgruppe er baseret på spørgsmål 1- 4(Bilag 2:2) og fokusgruppinterview. Sengeafsnit og lægegruppen har på alle spørgsmål en markant positiv score sammenlignet med dagafsnit. Spørgsmål 1 og 2: Identifikation af den palliative patientgruppe og identifikation af kliniske faser får af sengeafsnit og lægegruppen en positiv score på 100 % og 92 % i modsætning til dagafsnit, som har en positiv score på 73 %. Såvel sengeafsnit som lægegruppen har desuden en forholdsvis høj positiv score på spørgsmål 3 og 4: Differentiering af indsats i forhold til kliniske faser og samarbejde med patienter og pårørende om mål for indsatsen. For spørgsmål 3 henholdsvis 90 % og 83 % og spørgsmål 4 henholdsvis 85 % og 83 %, i modsætning til dagafsnittet, som har en positiv score på spørgsmål 3 og 4 på henholdsvis 45 % o 50 %. På trods af de fremhævede forskelle mellem grupperne skal det pointeres, at der kun ses signifikant forskel mellem grupperne i relation til spørgsmål 1(Identifikation af den palliative patientgruppe).

Interviewfund uddyber sengeafsnittets og lægegruppens vurderinger. **Lægegruppen** fremfører både positive vurderinger og kritiske synspunkter. De positive vurderinger af omkring identifikation af den palliative målgruppe går på, at indplacering af hæmatologiske patienter med de såkaldte kroniske kræftsygdomme (fx myelomatose, kronisk leukæmi, lavmalignt lymfom) i den tidlige palliative fase betyder, at der sættes fokus på deres særlige behov som uhelbredeligt syge og læger får en større forståelse af deres situation. Det kritiske synspunkt går på, om patienter, som i princippet kan leve mange år trods uhelbredelig sygdom, skal indgå i den palliative målgruppe.

De positive vurderinger omkring identifikation af kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb går på, at anvendelse af de kliniske faser har sat fokus på området og bidraget til et kvalitetsløft i afdelingens lindrende indsats. Læger tvinges til at stoppe op, forholde sig til patientens situation og tage debatten med sygeplejepersonalet. De kliniske faser udgør et godt debatgrundlag, som har betydet, at der indgår flere nuancer i beslutningen. Et forhold som lægegruppen også henfører til, at sygeplejepersonalet med de kliniske faser har fået et ”redskab” til at stille flere relevante spørgsmål til konkrete patientforløb med mulighed for at få relevante svar fra lægerne. Den faglige kvalificering af debatten har bidraget til at forbedre det tværfaglige samarbejde mellem læger og

sygeplejepersonale til gavn for patienterne og betydet færre konflikter de to faggrupper i mellem. Lægegruppen fremfører således, at identificering af den palliative målgruppe og kliniske faser har betydet et kvalitetsløft i den lindrende indsats, som afdelingen tilbyder.

Et kritisk synspunkt går på, om det ikke snarere er sygeplejegruppen end lægegruppen, der har fået et fagligt løft med anvendelse af disse faser. Det fremføres tillige, at de kliniske faser kan opleves som snærende kasser, et akademisk begrebsæt, patienterne skal indplaceres i frem for en mere gradueret tilgang med glidende overgange baseret på lægekunst.

Sygeplejepersonalet i **sengeafsnittet** fremkommer overvejende med positive vurderinger både i forhold til identifikation af den palliative målgruppe og identifikation af kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb. De positive vurderinger påpeger for det første, at identificering af den palliative målgruppe og kliniske faser har været et basalt fundament for udviklingen af palliation i afdelingen. For det andet vurderes det positivt, at målgruppen for palliation er udvidet med introduktion af den tidlige palliative fase. Det har åbnet op for en anden og mere relevant faglig tilgang til denne patientgruppe. For det tredje har introduktion af de kliniske faser bidraget til en øget bevidsthed monofagligt og tværfagligt om, hvor patienten er i sit sygdomsforløb og en bedre tværfaglig dialog og afklaring af sådanne spørgsmål, idet både læger og sygeplejepersonale med de kliniske faser har fået et fælles og mere nuanceret sprog at debattere ud fra. Det medvirket til at bygge bro mellem de to faggruppers forskellige perspektiver på patienternes situation. Sygeplejepersonalet fremhæver, at den tværfaglige afklaring af, hvor patienten er i sit sygdomsforløb, har ført til mindre berøringsangst og større åbenhed personalet imellem og den fælles afklaring har givet en indre ro, lettelse og minimeret tvivlen relevant indsats.

Sygepersonalet fremfører, at der stadig er rum for forbedringer. For det første fremføres, at overgange mellem de forskellige faser ikke altid identificeres i tide. Identificering af disse overgange er fortsat personafhængig, afhængig af den erfaring, mod og kompetence, som det sygeplejepersonale og de læger, der er tilknyttet den enkelte patient, besidder. For det andet fremføres, at manglende kontinuitet i lægers fremmøde, ansvarsfordeling og uenighed internt i lægegruppen kan skabe forvirring om målet for indsatsen. For det tredje betones, at det kan være rigtigt svære spørgsmål at afklare, fordi patientens tilstand kan være præget af uforudsigelighed med hurtigt indsættende forværringer eller forbedringer, af hastig og uventet progression eller remission. Det kan bidrage til at skabe usikkerhed og tvivl om målet for indsatsen.

Sygeplejepersonalet uddyber også forhold relateret til differentiering af indsats i forskellige kliniske faser og samarbejde med patienter og pårørende om mål for indsatsen. Sygeplejepersonalet

fortæller for det første, at bevidstheden om, hvor patienten er i sit forløb, medfører øget opmærksomhed på at differentiere indsatsen i de forskellige kliniske faser, om end det fortsat kræver bevidsthed og mod at tage handlingsmæssig konsekvens heraf og formidle det til patienter og pårørende. For det andet fremhæves, at identifikation af den palliative målgruppe og kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb har ført til et bedre samarbejde med patienter og pårørende om mål for indsatsen og en større åbenhed overfor dem. De bliver i større omfang inddraget i beslutning om behandlingsniveau og der afholdes flere samtaler med patienter og pårørende om disse spørgsmål.

Lindring og intervention af patientens symptomer og behov

Resultater og fund relateret til lindring og intervention er baseret på spørgsmål 5-8 i spørgeskemaet (bilag 2:2), fokusgruppe interview og individuelle interview. Lindring af patientens fysiske symptomer får den gennemsnitlige højeste positive score af samtlige fire spørgsmål. På det spørgsmål ses en signifikant forskel mellem grupper. Især lægegruppen og sengeafsnit markerer sig ved en høj score på henholdsvis 92 % og 85 %, hvorimod dagafsnit har en positiv score på 60 %. Tendensen er, at dagafsnittet har en lavere positiv score og stor andel ved ikke svar på de øvrige spørgsmål. Tendensen er desuden, at det psykiske og sociale aspekt af palliation får større positiv score end det eksistentielle aspekt i både lægegruppen og sengeafsnittet.

I dagafsnit er der ikke specifikke kommentarer til projektets betydning for lindring og intervention, men det skal fremhæves, at der ikke er blevet implementeret konkrete tiltag i dagafsnittet med det fokus udover undervisning på basiskursus i palliation.

Sygeplejepersonalet i **sengeafsnit** og **lægegruppen** vurderer, at den lindrende indsats i afdelingen er forbedret. Flere forhold fremføres som grunde hertil. Før det første har projektet bidraget til at sætte fokus på området. Det har minimeret berøringsangsten og bidraget til større åbenhed og ærlighed mellem patienter, pårørende og personale.

For det andet nævner både lægegruppen og sygeplejepersonalet, at de har fået flere redskaber til lindring i form af konkrete medikamenter, retningslinjer og fremgangsmåder. Lindring af fysiske sygdomssymptomer får højst positiv score i spørgeskemaet og det uddybes i interviewene, hvor læger og sygeplejepersonale fortæller, at de har fået større viden og bevidsthed om medikamentel symptomlindring og afdelingen har taget nye medikamenter til symptomlindring i anvendelse. Anvendelse af ”palliationsmappen” til døende patienter er et eksempel på, hvordan skriftlige retningslinjer har ført til kvalitetsløft i den lindrende indsats.

For det tredje fremføres, at lindring nu ses i et bredere fagligt perspektiv, idet flerfagligheden på de ugentlige palliationskonferencer har betydet, at den sociale og eksistentielle dimension i højere grad indgår i afdelingens lindrende indsats.

Det underbygges i interview med socialrådgiver og præst. **Socialrådgiveren** fremfører, at der især i sygeplejegruppen er en større bevågenhed om, hvad en socialrådgiver kan bidrage med. Det har betydet, at hun er blevet involveret i flere ting og det er blevet synlig, hvilke konsekvenser det kan få for patienterne, hvis det ikke sker. **Præsten** fremfører på linje hermed, at personalet er mere opmærksom på at inddrage hende i konkrete patientforløb. Præsten fremfører desuden, at den eksistentielle dimension efter hendes opfattelse fyldte rigtig meget i personalets indbyrdes diskussioner om patientforløb på de ugentlige konferencer. Præsten antyder, at forklaringen på, at den eksistentielle dimension får en lavere positiv score end den psykiske og sociale dimension, kan være udtryk for, at hun som præst har et bredere syn på den eksistentielle dimension end personalet.

I interviewene fremføres, at projektet har bidraget til en større faglig bevidsthed om, hvor afdelingens lindrende indsats kan forbedres. Der peges på begrænsede redskaber til lindring og manglende tværfaglige personaleressourcer. Mangel på psykolog og begrænsede fysioterapeutiske ressourcer bidrager til at begrænse konkrete flerfaglige tilbud til patienterne. Især fysioterapeutens indsats har på grund af manglende ressourcer i terapiafdelingen været stærkt begrænset. Både fysioterapeut og ergoterapeut bekræfter i interview, at manglende ressourcer i terapiafdelingen betød en nedprioritering af palliativ fysioterapi i en periode.

Indsatsen for pårørende

Resultater og fund relateret til indsatsen for pårørende er baseret på spørgsmål 9-10 (bilag 2:2) og fokusgruppeinterview. Resultaterne afspejler en vurdering af to indsatsområder for pårørende: Støtte til pårørende i sygdomsforløbet og indsatsen for efterladte pårørende. Sengeafsnittet har højere positiv score på begge spørgsmål end lægegruppen og især dagafsnit. Der er dog kun signifikant forskel mellem grupperne omkring vurdering af indsatsen for efterladte pårørende. Her har sengeafsnittet en positiv score på 100 %. En forskel som tilskrives, at der sengeafsnit er implementeret opfølgningssamtaler som et tilbud til efterladte pårørende. Støtte til pårørende i sygdomsforløbet er indgået i den løbende kompetenceudvikling i den daglige kliniske praksis og på tværfaglig/flerfaglige konferencer i sengeafsnit. Værdien heraf tillægges større betydning af sygeplejepersonalet i sengeafsnit end lægegruppen.

Indsatsen for pårørende er ikke uddybet i interview med dagafsnit og lægegruppen. I interview fremfører sygeplejepersonalet i **sengeafsnittet**, at projektet har medført en øget inddragelse af pårørende i patientens sygdomsforløb. Det kommer til udtryk i en større bevidsthed om at inddrage pårørende og give dem mulighed for at være til stede hos patienten, Vurderingen er desuden, at der afholdes flere lægesamtaler, hvor både patient og pårørende deltager. Trods den positive udvikling er der ifølge sygeplejepersonalet plads til forbedringer. Her fremhæves øget bevidsthed om aktivt at inddrage pårørende i sygdomsforløbet og at manglende tid og begrænsninger i de fysiske rammer udgør en barriere for øget inddragelse af pårørende.

Den udtalte positive vurdering af støtte til efterladte pårørende henfører personale i sengeafsnittet til implementering af opfølgningssamtaler for efterladte pårørende. Disse samtaler opfattes som et godt tilbud for både personale og pårørende. Personalet får mulighed for at få de pårørendes evaluering af forløbet og selv få afsluttet forløbet. De efterladte får mulighed for at tale forløbet igennem med en fagperson involveret i forløbet, få afsluttet forløbet og komme videre.

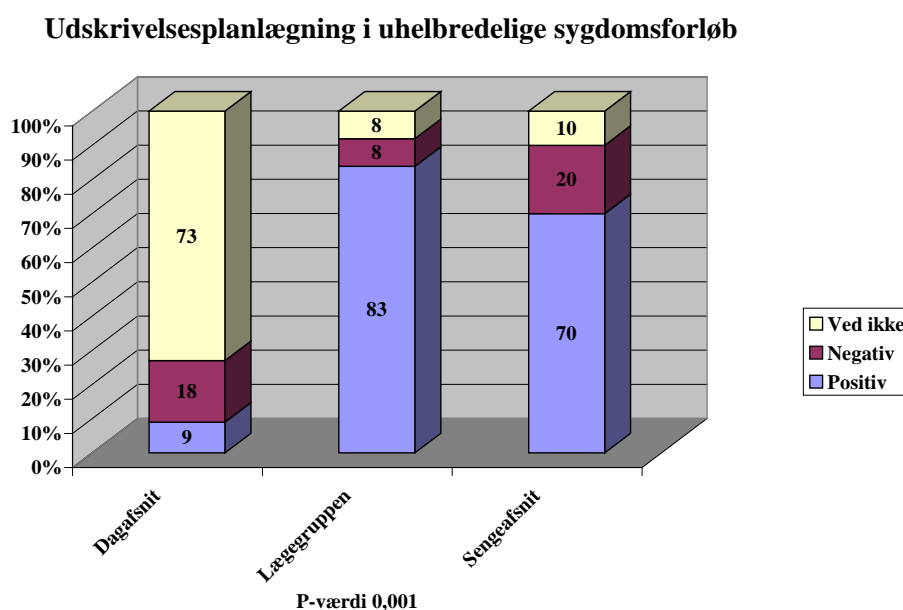
6. Organisatoriske forhold

I dette kapitel redegøres i et samlet afsnit for resultater og fund relateret til projektets bidrag til at forbedre organisatoriske forhold, som kan have betydning for afdelingens palliative indsats. Der er fokus på udskrivelsesplanlægning og samarbejde med eksperter i palliation. Fremstillingen er baseret på data fra såvel spørgeskema som fokusgruppe interview med personalet.

Organisatoriske forhold - resultater

I spørgeskemaet har spørgsmål 11, 12 og 13 haft fokus på projektets bidrag til at forbedre følgende organisatoriske forhold: Udskrivelsesplanlægning (spørgsmål 11); Inddragelse af det palliative team (spørgsmål 12); Personalets opmærksomhed på hospicetilbud (spørgsmål 13). Resultaterne uddybes nedenfor.

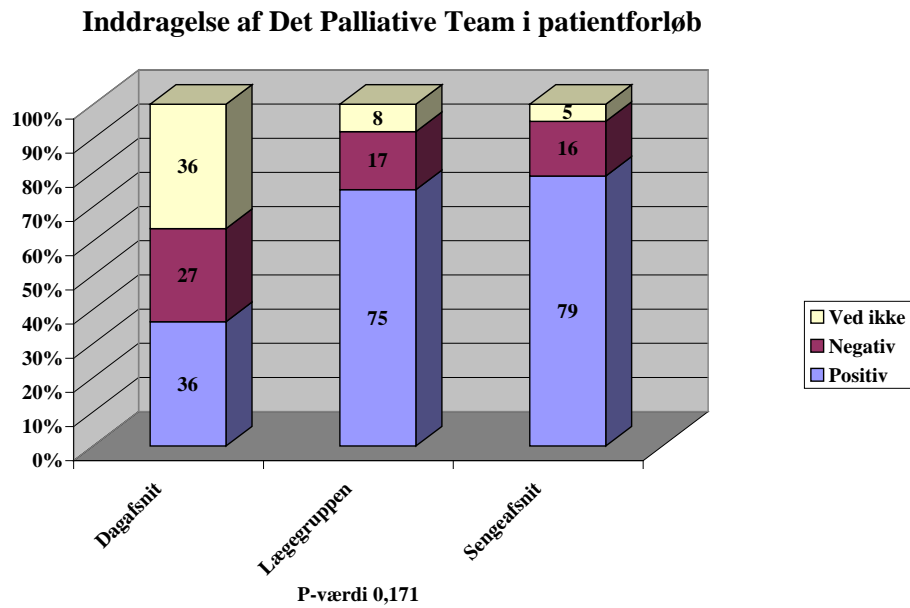
Resultater af spørgsmål 11 fremgår figur 15.



Figur 15

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 58 %; negativ score 16 %; ved ikke 26 %. Der ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,001), som fremkommer, fordi dagafsnittet har stor andel ved ikke svar og en lille andel positive svar i forhold til både lægegruppen og sengeafsnit. Desuden har lægegruppen en forholdsvis høj positiv score (>83 %) sammenlignet med sengeafsnit.

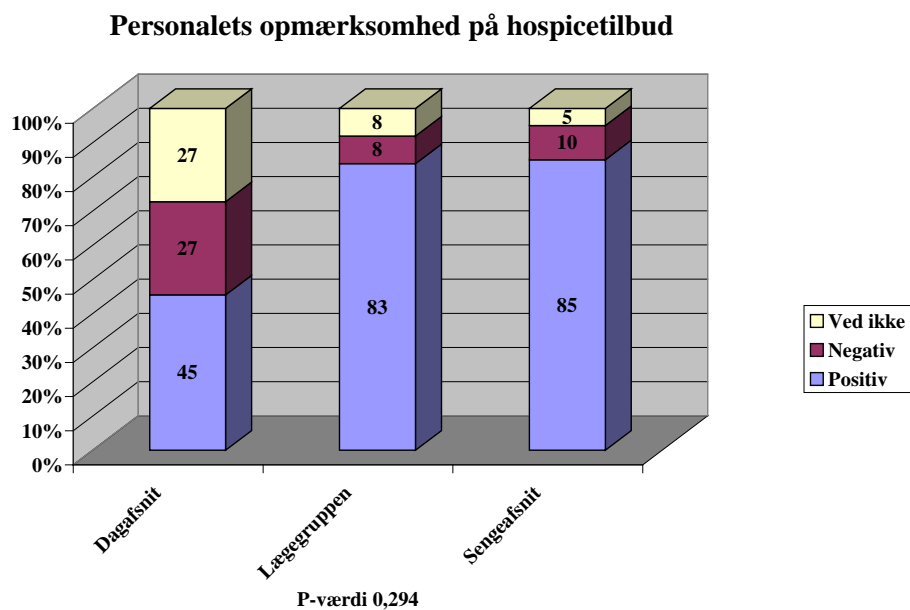
Resultater af spørgsmål 12 fremgår af figur 16.



Figur 16

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 67 %; negativ score 20 %; ved ikke 14 %. Der ses ikke signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,171), men i sengeafsnit og lægegruppen mener $> \frac{3}{4}$, at afdelingen er blevet bedre til at inddrage det palliative team. I dagafsnit er det kun ca. $\frac{1}{3}$, som vurderer dette.

Resultater af spørgsmål 13 fremgår af figur 17



Figur 17

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 74 %; negativ score 14 %; ved ikke 12 %. Der ses ikke signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,294), om end der ses en tendens til dagafsnittets score ligger betydeligt lavere end de øvrige grupper.

Diskussion af resultater

Organisatoriske forhold har ikke været et konkret indsatsområde, men indgået i konkrete patientforløb på tværfaglige konferencer og den løbende kompetenceudvikling i klinisk praksis. Det palliative team har været inddraget som undervisere på dialogkonferencerne og på basiskursus i palliation. Data tyder på, at projektet har ført til positive forbedringer i forhold til organisatoriske forhold, som især sætter sig igennem i lægegruppen og sengeafsnit.

Forbedret udskrivelsesplanlægning i uhelbredelige sygdomsforløb viser signifikant forskel mellem grupper, idet især lægegruppen men også sengeafsnit har højere score på henholdsvis 83 % og 70 % og dagafsnit en score på 9 % og 72 %, som svarer ved ikke. Forskellen kan være udtryk for, at dagafsnit varetager meget afgrænsede og få opgaver i forhold til udskrivelsesplanlægning.

Spørgsmål om inddragelse af det palliative team og opmærksomhed på hospicetilbud viser ikke signifikant forskel mellem grupper, men igen er der en tendens til, at lægegruppen og sengeafsnit har en betydelig højere positiv score end dagafsnit - inddragelse af Det palliative Team en positiv score på 75 % og 79 %, - spørgsmålet om hospicetilbud en positiv score på 83 % og 85 % mod dagafsnittets 36 % og 45 %. Personalets opmærksomhed på hospicetilbud ser ud til at være det forhold, som får højeste positive score af samtlige tre spørgsmål i lægegruppen og sengeafsnit, en positiv score på omkring 85 %, hvor inddragelse af det palliative team ligger på 75 % - 79 %.

Organisatoriske forhold - interviewfund

De forbedringer **sengeafsnit** fremhæver i fokusgruppe interview handler om, at (nogle) sygeplejegruppen har fået en større bevidsthed om, hvad der er muligt hjemme. En bevidsthed som er opnået via diskussion om konkrete patientforløb på konferencer. En informant udtaler flg.: *"Jeg begynder også at tænke på, hvad det er, patienten gerne vil og få alle ting tænkt med i forbindelse med udskrivelse.. at de godt kan komme hjem, selvom de har det rigtig, rigtig dårlig, at de ikke skal få det bedre, men at man også kan tage sig af alle de ting derhjemme ... man har fået nogle redskaber gennem konferencerne, som har været rigtig, rigtig nyttige"* (splp.).

Spørgsmålet omkring inddragelse af det palliative team (DPT) uddybes i fokusgruppe interview med **lægegruppen**, hvor det fremføres, at samarbejdet med det palliative team har fungeret bedre i praksis. Udsagnet baserer sig både på lægers personlige oplevelser og positive tilbagemeldinger fra det palliative team. Den øgede inddragelse sker på trods af et uheldigt første møde med en repræsentant fra teamet. En læge udtrykker det sådan: *”Vi fik nogle oplevelser omkring DPT, som var lidt besværlige og anderledes, end jeg havde forventet.. men det har vist sig at fungere bedre i praksis alligevel. Jeg har haft nogle gode tilbagemeldinger fra DPT”*(læge)

I fokusgruppe interview med sygeplejepersonale fra **sengeafsnit** fremføres, at den øgede opmærksomhed på hospicetilbud er udtryk for, at hospicetilbud i højere grad indgår i konkrete samtaler mellem patienter og personale.

Sammenfatning

Nedenfor laves en sammenfatning af resultater og fund relateret til organisatoriske forhold baseret på spørgsmål 11-13 i spørgeskemaet (bilag 2:2) og fokusgruppeinterview. Organisatoriske forhold har ikke været et konkret indsatsområde, men indgået i den løbende kompetenceudvikling i den daglige kliniske praksis og på tværfaglige/flerfaglige konferencer i sengeafsnit. Resultaterne tyder på, at de interne læringskontekster har bidraget til positive forbedringer omkring udskrivelsesplanlægning (spørgsmål 11), inddragelse af Det Palliative Team i patientforløb (spørgsmål 12) og opmærksomhed på hospicetilbud (spørgsmål 13) især i lægegruppen og sengeafsnit, i mindre grad i dagafsnittet. Øget opmærksomhed på hospicetilbud får højest positiv score af alle tre grupper.

Interviewfund viser, at sygeplejepersonalet i **sengeafsnit** oplever forbedringer omkring udskrivelsesplanlægning i form af en større bevidsthed om, hvad der er muligt at håndtere i eget hjem. Sygeplejepersonale fremhæver desuden, at hospiceophold i højere grad indgår i konkrete samtaler mellem patienter og personale. **Lægegruppen** fremfører, at samarbejdet med Det Palliative Team har fungeret bedre i praksis

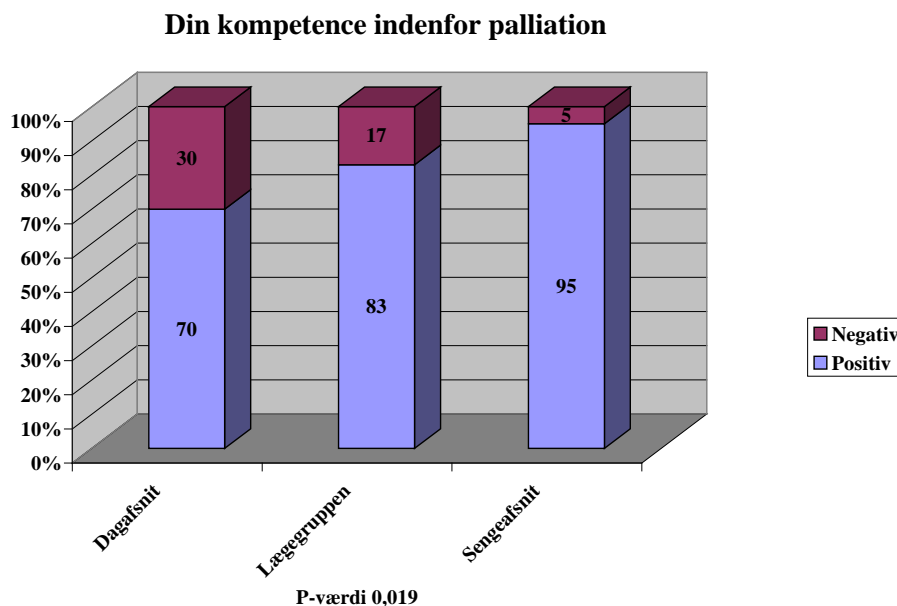
7. Personalets kompetence

I dette kapitel redegøres i et samlet afsnit for resultater og fund relateret til projektets bidrag til kompetenceudvikling i palliation, både kompetence i generel forstand og mere specifik i forhold til håndtering af mødet med uhelbredeligt syge patienter, familien, samtaler om sygdom, liv og død og viden om andre faggruppers bidrag. Fremstillingen er baseret på data fra såvel spørgeskema som fokusgruppe interview med personalet.

Personalets kompetence - resultater

I spørgeskemaet har spørgsmål 14 - 18 haft fokus på projektets bidrag til kompetenceudvikling med udgangspunkt i temaerne: Kompetence i palliation (spørgsmål 14); håndtering af mødet med uhelbredeligt syge (spørgsmål 15); håndtering af mødet med familien (spørgsmål 16); håndtering af samtaler om sygdom, liv og død (spørgsmål 17); viden om andre faggruppers bidrag (spørgsmål 18). Resultaterne uddybes nedenfor.

Resultater af spørgsmål 14 fremgår af figur 18.

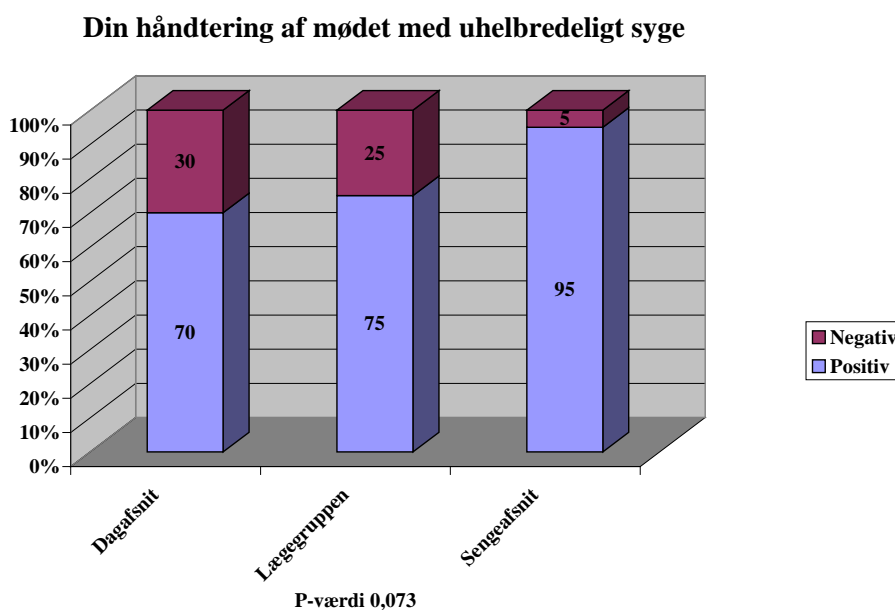


Figur 18

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 86 %; negativ score 14 %; ved ikke 0 %. Der ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,019). Dagafsnit skiller sig ud ved at ligge under den gennemsnitlige totale score, hvor 70 % har scoret positiv, men for alle vedkommende kun i nogen

grad. I sengeafsnit vurderer 95 %, at deres kompetence indenfor palliation er forbedret (heraf 45 % i høj grad, 50 % i nogen grad). Det er på linje med lægegruppens svar, hvor 75 % placerer sig i svarmuligheden i nogen grad og et mindre antal (8 %) i gruppen i høj grad. Sengeafsnittet har en lav negativ score (5 %), i dagafsnit ses en negativ score på 30 % og for lægegruppens vedkommende en negativ score på 17 %. Der er ingen ved ikke svar i nogen af grupperne på det spørgsmål.

Resultater af spørgsmål 15 fremgår af figur 19.

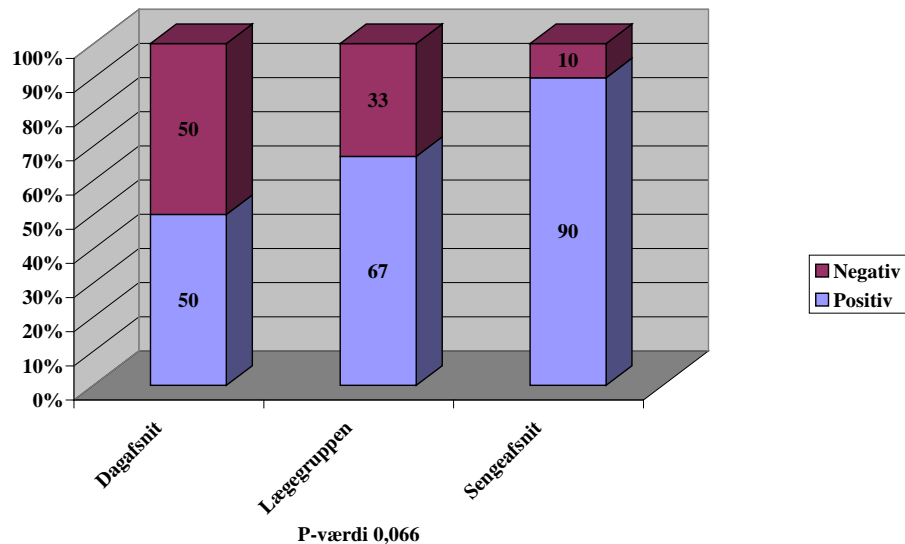


Figur 19

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 83 %; negativ score 17 %; ved ikke 0 %. Der er ikke signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,073), men i sengeafsnit ses en tendens til en højere positiv score end i lægegruppen og dagafsnit.

Resultater af spørgsmål 16 fremgår af figur 20. Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 74 %; negativ score 26 %; ved ikke 0 %. Der er ikke signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,066), men der ses i sengeafsnit igen en tendens til en højere positiv score i sengeafsnit end lægegruppen og dagafsnit.

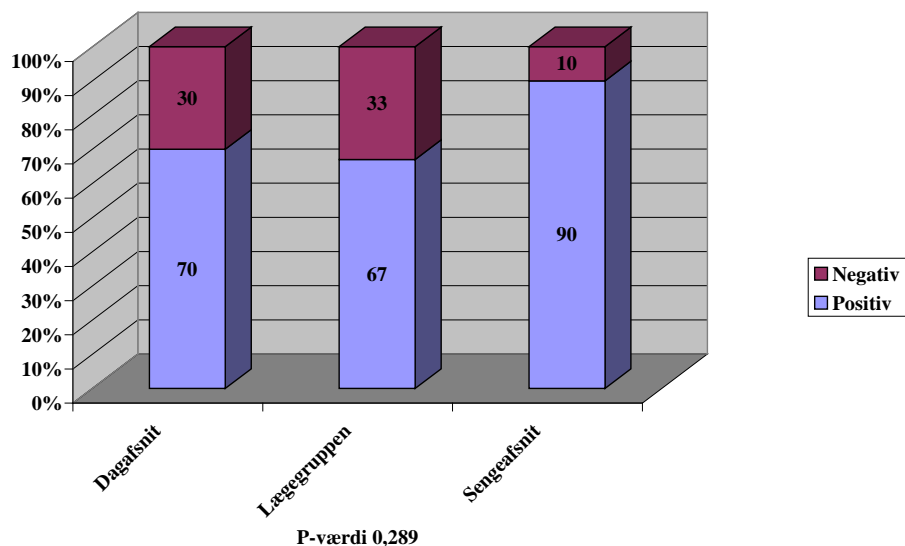
Din håndtering af mødet med familien



Figur 20

Resultater af spørgsmål 17 fremgår af figur 21.

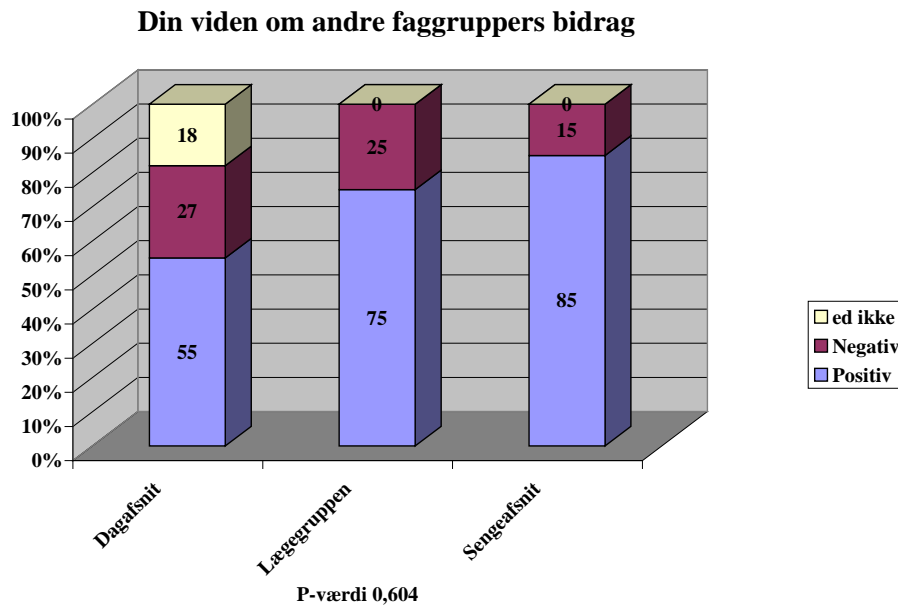
Din håndtering af samtaler om sygdom, liv og død



Figur 21

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 79 %; negativ score 21 %; ved ikke 0 %. Der er ikke signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,298), men der ses en tendens til, at sengeafsnit har en højere positiv score end lægegruppen og dagafsnit, som her har en højere positiv score end lægegruppen.

Resultater af spørgsmål 18 fremgår af figur 22.



Figur 22

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 74 %; negativ score 21 %; ved ikke 5 %. Der ses ikke signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,604), men en tendens til, at dagafsnit scorer under gennemsnittet, lægegruppen tæt på gennemsnit og sengeafsnit en del over gennemsnit.

Diskussion af resultater

Svarene er kendetegnet ved få ved ikke svar. Måske fordi der er tale om personlige spørgsmål, hvor den enkelte skal vurdere eget udbytte.

Spørgsmål 14: Din kompetence indenfor palliation kan forstås som et spørgsmål om udvikling af egen kompetence indenfor palliation i bred forstand. Det spørgsmål får den højeste score i alle tre grupper og der ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,019). Dagafsnit skiller sig ud med en positiv score på 70 % i modsætning til sengeafsnit, som har en positiv score på 95 % og lægegruppen med en positiv score 83 %, som er tæt på den gennemsnitlige totale score.

Spørgsmål 15- 17 handler om, hvorvidt den enkeltes kompetence er udviklet i forhold til håndtering af mødet med uhelbredeligt syge, med familien og håndtering af samtaler om sygdom, liv og død. Der er ikke fundet signifikant forskel mellem grupper, men der ses en tendens til en højere positiv score i sengeafsnit (varierende fra 90 % - 95 %) mod lægegruppens positive score, som varierer fra 66 % -75 %. Det tyder på, at kompetenceudvikling relateret til de tre spørgsmål i højere grad slår igennem blandt sygeplejepersonalet i sengeafsnit end i lægegruppen. I dagafsnit ses en

positiv score varierende fra 50 % - 70 %. I dagafsnit har udvikling af kompetence ikke været fulgt op i den daglige kliniske praksis. Der ses desuden en tendens til, at spørgsmålet om håndtering af mødet med familien har en gennemsnitlig lavere positiv score end gældende for de to andre spørgsmål. Det skal tilføjes, at der ikke har været konkrete tiltag i implementeringsfasen med særskilt fokus på det område.

Spørgsmål 18: Den enkeltes viden om andre faggruppers bidrag får en forholdsvis høj positiv score i sengeafsnit, betydelig over den gennemsnitlige positive score. Lægegruppen ligger omkring gennemsnittet og dagafsnit en del under. Området har været et konkret indsatsområde på tværfagligt basiskursus i palliation, hvor alle tre grupper deltog, men også et konkrete indsatsområde i den daglige kliniske praksis og på tværfaglige/flerfaglige konferencer i sengeafsnit. Det kan antyde, at undervisning formidlet via eksterne læringskontekster ikke i tilstrækkelig grad skaber udvikling i kliniks praksis, men at udvikling er afhængig af læringskontekster i den daglige kliniske praksis.

Personalets kompetence - interviewfund

Med udgangspunkt i fokusgruppe interview uddybes, hvilken betydning personalet selv vurderer, projektet har haft for deres kompetence i palliation. De forskelle, som kommer frem i de tre grupper i spørgeskemaerne, kan spores i interviewene, men derudover er der også uddybende kommentarer, som bidrager til en forståelse af, hvilken betydning kombination af eksterne og interne læringskontekster har, hvis kompetenceudvikling skal sætte sig igennem i den kliniske praksis.

I fokusgruppe interview med **lægegruppen** fremfører flere læger, at deres kompetenceudvikling især skyldes ibrugtagning af nye ”redskaber.” Her fremhæves introduktion af kliniske faser og palliationsmappen, som redskaber, der bidrager til at understøtte og strukturere den kliniske beslutningstagen. Derudover fremhæves øget viden om og anvendelse af nye medikamenter til lindring af sygdomssymptomer. Dertil kommer, at de tværfaglige/flerfaglige palliationskonferencer har bidraget til, at læger kan se nye handlemuligheder. Det udtrykker en læge sådan:

Jeg synes, der ved nogle patienter er kommet mere struktur på. Man kommer rundt i alle hjørner, fordi man har drøftet det til konferencen og nogle gange har patienten fået nogle tilbud, man ikke selv havde tænkt på, fx fra socialrådgiveren eller præsten. Så på den måde synes jeg også, det har givet mig noget (læge).

Der er dog forskellige synspunkter i lægegruppen om udvikling af egen kompetence. En læge fremfører, at kompetenceudvikling i palliation er begrænset til småting, fx medikamentel symptomlindring. Det udtrykker pågældende således: *”Jeg føler egentlig ikke, at jeg selv har lært så meget.*

Der er selvfølgelig nogle enkelte småting... rubinol [medikament] er blevet en del af min paratviden og det er jeg begyndt at bruge meget mere, men meget af det var nok noget, mange af os brugte i forvejen, bare i en lidt anden form” (læge 1). Det synspunkt bliver fulgt op af en anden læge, som beretter om sin kompetenceudvikling, som tilsyneladende har betydet, at pågældende har fået et andet syn på bredden i det palliative felt som sådan. Den læge udtaler følgende: ” Jeg har svært ved at adskille det, fordi jeg har fulgt der her kursus. Der har jeg lært meget, også at man ikke bare kan tro, at man ved nok om det i forvejen ... sådan lige til dig” [ser på læge 1 og griner]. Et forhold, som det fremgår nedenfor, også trækkes frem af sygeplejepersonalet i sengeafsnit, nemlig at projektet har bidraget til en større bevidsthed om, hvad afdelingen mangler indenfor palliation. Det udtrykker en informant sådan:

Det har også øget ens bevidsthed om det, vi mangler i afdelingen, fysioterapeut og socialrådgiver ressourcer ind imellem og psykolog og måske kunne der også være mere understøttende behandling, zoneterapi og forskelligt, der kan lindre. Så det har åbnet ens øjne for, at vi egentlig er ret begrænsede. Vi talte om, at vi havde lært meget om medicin og der er bare så meget andet også, noget man godt kunne tænke sig at lindre med (splp.)

Dagafsnittets sygeplejepersonale fortæller, at de på det personlige plan har fået en merviden om palliation erhvervet på de to interne kursusdage. Den viden anvendes imidlertid ikke og udmøntes ikke i handlinger i den daglige kliniske praksis. Det beretter en informant om sådan:

Jeg vil godt starte med at sige, at jeg har opnået en merviden om palliation, men jeg synes, jeg mangler at få det brugt i dagafsnittet. Min oplevelse er, at der er meget fokus på det i sengeafdelingen. Der er mindre fokus på det hernede [...] Vi har haft temadage og det var rigtig godt, men jeg mangler at få det ind under huden, at få det i hænderne [...] Sådan er det generelt med kurser. Det er dem der er af sted, der får noget ud af det personligt, men at få tingene ud i hverdagen i afdelingen, det kan være svært (splp.).

I dagafsnittet har de to interne kursusdage i palliation ikke været ledsaget af konkrete tiltag med fokus kompetenceudvikling i implementeringsfasen. Det ser ud til at udgøre en væsentlig forskel sammenlignet sengeafsnit, hvor der har været fokus på kompetenceudvikling i den daglige kliniske praksis. Et forhold som sygeplejepersonalet i dagafsnittet selv fremfører i ovenstående citat.

Interviewfund tyder på, at det enkelte personalemedlem ikke ved egen kraft kan omsætte sin viden til konkret handling i en afdeling. Der er tilsyneladende både personlige, kollegiale og organisatoriske barrierer, som skal overkommes, hvis det skal lykkes. Personlige, kollegiale og organisatoriske forhold har således betydning for, om den personlige kompetence kommer til udtryk

i klinisk praksis. Det uddybes nedenfor med udgangspunkt i fund fra fokusgruppe interview med sygeplejerspersonalet i sengeafsnit og dagafsnit. **Lægegruppen** udtaler sig i interview ikke nærmere om disse forhold, så derfor er nedenstående fund ikke nødvendigvis gældende for lægegruppen.

En informant i **sengeafsnit** forklarer kompetenceudvikling som opbygning af en pyramide: ”*Jeg synes, det er ligesom at bygge en pyramide, når man skal bygge noget op. På det kursus [basiskursus i palliation] fik jeg meget god basal viden. Det har også givet nogle redskaber og der ligger nogle papirer, man kan gå ind og slå op i*” (splp.). De to kursusdage i palliation var således et godt fundament for kompetenceudvikling, men der skal tilsyneladende mere til, hvis kompetencen skal udmøntes i konkrete handlinger i klinisk praksis.

Sygeplejerspersonalet i sengeafsnit beretter om, at de har fået ny viden og redskaber, men også en større bevidsthed om medikamenter til symptomlindring og at skelne mellem kliniske faser og relevant intervention. Det beretter flere informanter om:

Splp.1: Jeg er blevet bedre til at observere og lindre i den helt terminale fase. Det er spørgsmål om ny viden og bevidsthed om, hvad man kan bruge af stoffer og selvfølgelig også det psykiske med bare at være der. Jeg bruger flere nye stoffer til at lindre, som vi ikke brugte før. - Splp.2: Jeg synes, jeg er blevet mere bevidst om faserne og hvor er vi henne nu, men jeg er også blevet MEGET mere bevidst om nogle af de stoffer, man kan give i den terminale fase og det sidder på ryggraden, hvad man kan give. Det vidste jeg ikke noget om overhovedet, før vi gik i gang med det her, hvad man skulle give. - Splp.3: Jeg er blevet mere bevidst om ikke at gå og lave hovedløse handlinger, bare det at gå og måle værdier tre gange om dagen. De fik jo lavet alverdens ting flere gange om dagen og blodprøver og på den måde synes jeg, patienterne nu bliver forskånet for nogen ting.

Sygeplejerspersonalet i sengeafsnit fremhæver desuden, at de har ændret holdninger til forskellige forhold, fx til det tværfaglige samarbejde, anerkendelse af andre fagområder og medinddragelse af patienter og pårørende. En informant udtaler følgende om sit ændrede syn på flerfaglighed: ”*Jeg synes, jeg er blevet bedre til at se de forskellige fags muligheder for at føre noget godt til et forløb og hvor vigtigt, det er trække på nogle andre faggrupper*” (splp.). En anden udtaler følgende om sit ændrede syn på medinddragelse af patient og pårørende: ”*Det der med at turde den svære samtale ...at se det som en pligt. Hvis vi skal yde en ordentlig pleje og behandling, er vi nødt til at vide, hvor er patienten er henne i det. Det nytter ikke noget, at vi vedtager en masse ting uden at have patienten og de pårørende med. Så på den måde har jeg måske fået et andet syn på det*” (splp.).

Og sygeplejerspersonalet beretter om ny erfaring. Nogle har fx erfaret, at mangel på tid ikke nødvendigvis er en ”gyldig” undskyldning for at undlade at indlede svære samtaler med patienter. En informant siger sådan: ”*Jeg har været helt vild imponeret af X [læge].. for man snakker jo meget*

tid og rum og jeg bruger nogle gange tiden som undskyldning...hvor X på ingen tid kom omkring aktiv behandling til, at nu er det lindring og hvad muligheder vi har der” (splp.). Andre beretter, at de har erfaret, at man ikke nødvendigvis tager håbet fra patienterne ved at tale med dem om svære spørgsmål relateret til afskeden med livet og døden. Det kan faktisk være en lettelse for patienterne. Nogle har oplevet, at patienterne har haft en anden ro efter sådanne samtaler og så har det åbnet op for en hel masse andre ting. En informant siger det sådan:

Den der frygt med sig selv, hvordan vil patienten reagere og det der med håbet, ... nogen gange er patienterne egentlig længere i de tanker, end man sådan lige tror. Så når man får åbnet op for det, så har de egentlig gjort sig en hel masse tanker. Det er ikke nyt for dem, men en lettelse. Det er ok og så åbner det op for en hel masse andre ting (splp.).

Ændrede holdninger og erhvervelse af ny erfaring er i høj grad sket via tilgængelige rollemodeller i den daglige kliniske praksis, fx en kollega som i ovenstående citat, hvor lægen X optræder som rollemodel. Det kan også være projektlederen, som har gennemført samtaler med patienter, som hun har berettet om efterfølgende, eller som personalet har ”overhørt.” En informant kommer med flg. eksempel herpå:

Splp.: Det har været vildt lærerigt, når man har hørt nogle klip af en samtale, når man har været inde på stuen og du [projektleder] har haft en samtale med en patient.. den der spørgeteknik og måden at være der på, sådan stille og roligt. - Interviewer: Er det ved at høre mig genfortælle, eller ved at overhøre samtaler, du har lært? - Splp. Begge dele, men meget den måde... at se dig sammen med patienterne og den der ro. Men også at snakke med patienterne bagefter om, hvad det har givet dem og mærke patienterne bagefter, hvordan de har haft en anden ro end før.

Merviden, større bevidsthed, ændrede holdninger og ny erfaring ser således ud til at have betydning for, om den enkeltes personlige kompetence udmøntes i konkrete handlinger. Sygeplejepersonalet overskrider personlige barrierer og får mod til at handle på områder, hvor de før var tilbageholdende og på usikker grund. Sygeplejepersonalet beretter da også om, at de i større udstrækning har fået til mod til at være til stede hos patienten og de har overvundet egen frygt og bekymringer for at tage håbet fra patienterne. Men såfremt personlige barrierer for alvor skal overvindes, må også kollegiale og organisatoriske barrierer overkommes.

Sygeplejepersonalet fortæller, at kollegiale forhold har betydning for, om den personlige kompetence udmøntes i handling. Den åbenhed og ærlighed, der har udviklet sig mellem kollegaer på de tværfaglige konferencer og den fælles faglige drøftelse af, hvor patienten er i sit forløb

betyder, at sygeplejerspersonalet får større mod til at være til stede og indlede svære samtaler med patienter og pårørende, fordi de oplever kollegial opbakning. Det udtaler flere informanter sådan:

Splp 1: Jeg er blevet bedre til at turde være der. - Interviewer: Hvordan er du kommet dertil? - Splp. 1: Jeg tror, det er de forløb, hvor der er ærlighed omkring, hvor patienterne er henne i forløbet. Der er det blevet meget nemmere at være til stede og være der frem for de situationer, hvor vi ikke rigtig vidste hvordan og hvorledes ... så den ærlighed og åbenhed omkring det. - Splp 2: Man føler sig mere rustet til at gå ind i det. .. i de svære samtaler, når man føler, man har teamet bag sig [...] Det er en lidt større helhed frem for, at man står der alene, hvad skal jeg lige sige, når de pårørende spørger, hvor vi er henne i det. - Splp. 3: Man kunne nemt komme til at sige noget forkert [...] Så er man måske mere tilbøjelig til at lade være med at sige noget.

Afholdelse af faste tværfaglige konferencer kan forstås som et organisatorisk tiltag, der bidrager til at overkomme kollegiale og organisatoriske barrierer.

Sygeplejerspersonalet i **dagafsnittet** fremhæver flere kollegiale og organisatoriske barrierer, som har betydet, at den merviden, de personligt har erhvervet på basiskursus i palliation, ikke udmøntes i konkrete handlinger. Der nævnes følgende barrierer: De fysiske rammers beskaffenhed og arbejdstilrettelæggelse, ikke-eksisterende monofaglige konferencer, begrænset tværfagligt samarbejde mellem læger og sygeplejerspersonale og manglende supervision. Det uddyber tre informanter på følgende måde:

Splp. 1: Vi mangler rum, vi mangler tværfagligheden, tiden til at sætte os ned og fordybe os... det kan godt være, tiden er der, men så kan jeg have tre andre patienter på samme stue og så er der ikke rum til det. - Splp.2: Jeg tror, vores arbejde er meget fokuseret på, at du har en stue og så er du der. - Splp.3: Vi har ikke nogen konference indbyrdes. Det går ud på koordinering. Vi har aldrig tid, hvor vi kan sætte os ned i fred og ro. På sengeafdelingen mødes de. Det er der ikke ro til henede endnu. Der er ikke plads og der er ikke ressourcer til det. Vi har travlt som regel til kl. 14.00 og så er der ikke sat tid og rum af til det. Hvis vi fik den vendt om, at vi fik gjort det til en legal ting, at sygeplejerskerne mødes fredag, torsdag eller mandag. Det er ligegyldigt hvornår, måske sammen med nogle læger og tager nogle emner op, som fx X [patient], hvor det går ned ad bakke. Vi snakker lidt sammen om det på kryds og tværs, men vi får aldrig holdt et møde, hvor vi taler om, hvordan griber vi det her an? Det er lidt frustrerende, at vi er sådan en afdeling og så er der ikke bygget noget op omkring det.

For dagafsnittes vedkommende kan man sige, at personlige, kollegiale og organisatoriske barrierer ikke er overkommet i tilstrækkelig grad og derfor kommer den personlige merviden ikke til udtryk i konkrete handlinger i den daglige kliniske praksis.

Sammenfatning

Nedenfor laves en sammenfatning af resultater og fund relateret til personalets vurdering af egen kompetence baseret på spørgsmål 14- 18 i spørgeskemaet (Bilag 2:2) og fokusgruppe interview. Personalets vurdering af egen kompetence udvikling indenfor palliation er det spørgsmål, som får den i højeste score i alle tre grupper, højest i sengeafsnit (95 %), efterfulgt af lægegruppen (83 %) og dagafsnit (70 %). Der er fundet signifikant forskel mellem grupper, hvor dagafsnit skiller sig med en lavere positiv score og tilsvarende højere negativ score.

Spørgsmål 15- 17, som handler om udvikling af den enkeltes kompetence i forhold til håndtering af mødet med uhelbredeligt syge, med familien og håndtering af samtaler om sygdom, liv og død, viser ikke signifikant forskel mellem grupperne, men der ses en markant tendens til en højere positiv score i sengeafsnit (varierende fra 90 % - 95 %) sammenlignet med lægegruppen (positiv score varierende fra 66 % -75 %) og især i dagafsnit (positiv score varierende fra 50 % - 70 %). Det tyder på, at kompetenceudvikling relateret til de tre spørgsmål i højere grad slår igennem i sengeafsnit end i lægegruppen og især i dagafsnit, hvor udvikling af kompetence i den daglige kliniske praksis ikke har været et konkret indsatsområde i implementeringsfasen.

Spørgsmål 18: Den enkeltes viden om andre faggruppers bidrag får en forholdsvis høj positiv score i sengeafsnit, lægegruppen ligger omkring gennemsnittet og dagafsnittet en del under. Området har været et konkret indsatsområde på tværfagligt basiskursus i palliation for alle tre grupper og i den daglige kliniske praksis og på tværfaglige/flerfaglige konferencer i sengeafsnit. Det tages som udtryk for, at undervisning formidlet via eksterne læringskontekster ikke i tilstrækkelig grad skaber udvikling i klinisk praksis. De forskelle mellem grupper, som fremkommer i spørgeskemaer, kan spores i interviews. Fundene giver en forståelse af, hvilken betydning kombination af eksterne og interne læringskonktekster har, hvis kompetenceudvikling skal sætte sig igennem i klinisk praksis.

For **lægegruppens** vedkommende henføres kompetenceudvikling især til anvendelse af nye redskaber: Introduktion af kliniske faser, introduktion af palliationsmappen og til medikamentel lindring af sygdomssymptomer. De tværfaglige/flerfaglige palliationskonferencer har bidraget med nye perspektiver og handlemuligheder. Der er dog forskellige synspunkter i lægegruppen om udvikling af egen kompetence, varierende fra meget begrænset kompetenceudvikling til en kompetenceudvikling, som har medført et andet syn på bredden i det palliative felt generelt.

Den personlige kompetenceudvikling, som sygeplejepersonalet i **sengeafsnit** beretter om, kan relateres til ny viden og redskaber i palliation og en større bevidsthed om medikamentel symptomlindring, kliniske faser og relevant intervention. Derudover fremhæves ændrede holdninger til det

det tværfaglige samarbejde, anerkendelse af andre fagområder og medinddragelse af patienter og pårørende. Sygeplejepersonalet beretter om, at de har fået ny erfaring, fx at man ikke nødvendigvis tager håbet fra patienterne ved at tale med dem om afskeden med livet og døden. Ændrede holdninger og erhvervelse af ny erfaring er sket via rollemodeller i den daglige kliniske praksis.

Merviden, større bevidsthed, ændrede holdninger og ny erfaring ser således ud til at have betydning for, om den enkeltes personlige kompetenceudvikling udmøntes i konkrete handlinger. Sygeplejepersonalet får mod til at handle på områder, hvor de før var tilbageholdende og på usikker grund. De overskrider personlige barrierer, men såfremt personlige barrierer for alvor skal overvindes, må også kollegiale og organisatoriske barrierer overkommes.

Kollegiale forhold har således betydning for, om personlig kompetenceudvikling udmøntes i handling. Via de tværfaglige konferencer og fælles faglige drøftelser af kliniske faser er der udviklet en åbenhed og ærlighed mellem kollegaer og en kollegial opbakning, som betyder, at sygeplejepersonalet får større mod til at overskride personlige grænser. Afholdelse af faste palliationskonferencer kan således forstås som et organisatorisk tiltag, der bidrager til at overkomme kollegiale og organisatoriske barrierer.

Dagafsnittets sygeplejepersonale har på det personlige plan fået en merviden om palliation erhvervet på basiskursus i palliation. I dagafsnittet har basiskursus i palliation ikke været ledsaget af kompetenceudvikling i den daglige kliniske praksis. Interviewfund tyder på, at sygeplejepersonalet ikke ved egen kraft kan omsætte en personlig merviden til konkrete handlinger i klinisk praksis. De to kursusdage i palliation var et godt fundament for kompetenceudvikling, men der skal mere til, hvis kompetencen skal udmøntes i praksis. Fundene tyder på, at der er både personlige, kollegiale og organisatoriske barrierer, som skal overkommes, hvis personlige kompetencer skal komme til udtryk i en ændret klinisk praksis.

I dagafsnittet er der identificeret flere organisatoriske barrierer, som har betydet, at den merviden, den enkelte har fået på basiskursus i palliation, ikke udmøntes i praksis. De nævner flg. organisatoriske barrierer: Fysiske rammers beskaffenhed, arbejdstilrettelæggelse, ikke-eksisterende monofaglige konferencer, begrænset tværfagligt samarbejde og manglende supervision. I dagafsnittet er personlige, kollegiale og organisatoriske barrierer ikke overkommet i tilstrækkelig grad og derfor kommer den personlige merviden ikke til udtryk i konkrete handlinger i praksis.

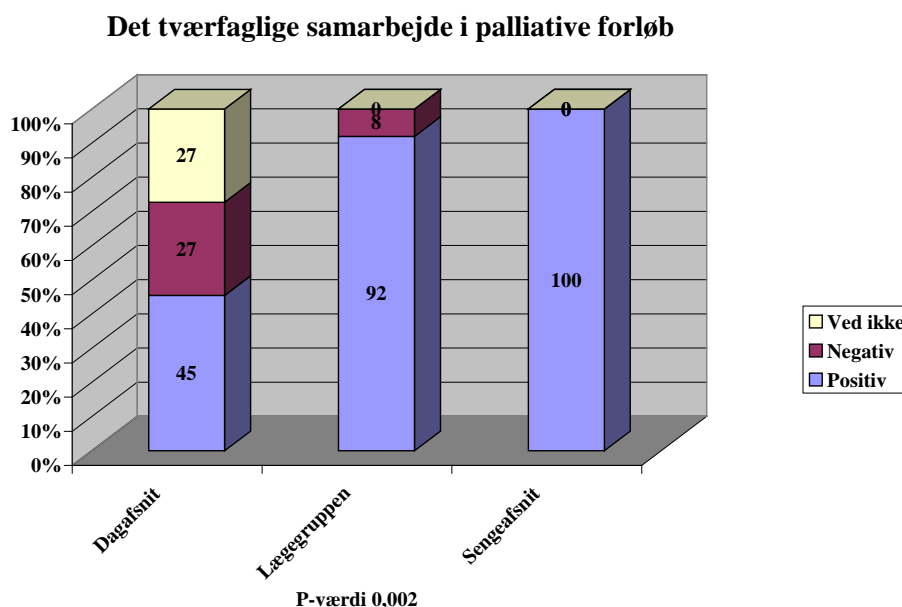
8. Tværfaglig indsats

I dette kapitel redegøres i to afsnit for resultater og fund om projektets bidrag til at forbedre det tværfaglige og flerfaglige samarbejde omkring palliation. Det tværfaglige samarbejde har fokus på samarbejdet mellem læger og sygeplejerspersonale i afdelingen og på etablering af fælles tværfaglig mål i palliative patientforløb. Det flerfaglige samarbejde har fokus på inddragelse af socialrådgiver, præst, fysioterapeut og ergoterapeut i palliative patientforløb. Fremstillingen er baseret på data fra både spørgeskema, fokusgruppe interview med læger og sygeplejerspersonale og individuelle interview med socialrådgiver, præst, fysioterapeut og ergoterapeut.

Tværfaglig indsats - resultater

I spørgeskemaet er respondenterne blevet bedt om at vurdere forbedringer i det tværfaglige samarbejde mellem læge og sygeplejerspersonale (spørgsmål 19) og i forhold til etablering af tværfaglige mål i palliative forløb (spørgsmål 20). Begge temaer har været indsatsområder i sengeafsnit, men ikke i dagafsnit (Dalgaard 2009: 19-21). Resultaterne uddybes nedenfor.

Resultater af spørgsmål 19 fremgår af figur 23.

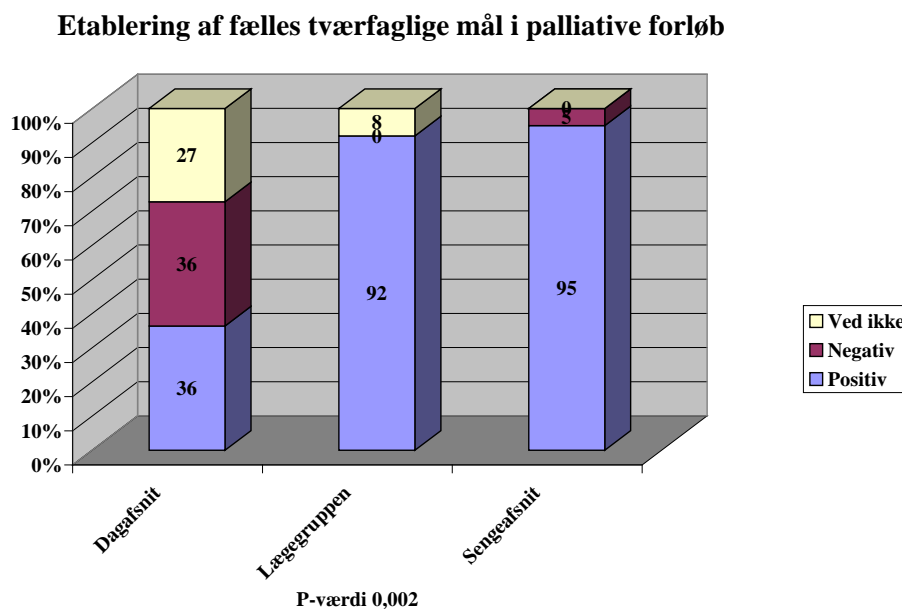


Figur 23

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 84 %; negativ score 9 %; ved ikke 7 %. Der ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,002). Dagafsnit skiller sig ud ved at ligger betydelig

under den gennemsnitlige totale score. Lægegruppen og sengeafsnit har til forskel fra dagafsnit en markant positiv score på henholdsvis 92 % og 100 % mod dagafsnittes 45 %.

Resultater af spørgsmål 20 fremgår af figur 24.



Figur 24

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 79 %; negativ score 12 %; ved ikke 9 %. Der ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,002) Som for spørgsmål 19 skiller dagafsnit sig ud med en signifikant lavere positiv score. Sengeafsnit og lægegruppen har igen en markant positiv score på henholdsvis 95 % og 92 % mod dagafsnittes 36 %.

Diskussion af resultater

Respondenternes vurdering af forbedringer i det tværfaglige samarbejde og etablering af fælles tværfaglige mål i palliative forløb viser signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,002 på begge spørgsmål). Dagafsnit har en positiv score (45 % og 36 %) og en tilsvarende højere negativ score (27 % og 36 %), som ligger markant under den gennemsnitlige totale score. Sengeafsnit og lægegruppen har en positiv score > 92 %. Forskelle der formentlig kan henføres til, at forbedring af det tværfaglige samarbejde ikke har været et konkret indsatsområde i dagafsnit, udelukkende i sengeafsnit. Respondenternes vurdering tyder på, at den konkrete indsats har bidraget til at forbedre det tværfaglige samarbejde set fra sengeafsnittets og lægegruppens perspektiv.

Tværfaglig indsats - interviewfund

Som det fremgår af ovenstående resultater får såvel det tværfagligt samarbejde som etablering af fælles tværfaglige mål en lav score i **dagafsnittet**. I fokusgruppe interview med sygeplejepersonalet i dagafsnit kommer det da også frem, at der ikke har været iværksat konkrete tiltag, der har haft som mål at forbedre disse forhold. Flere udtrykker tilmed tvivl på, om det er muligt i dagafsnittet. Nedenfor er der nogle uddrag af den diskussion:

Splp. 1: Det ville være fantastisk, hvis vi kunne få det tværfaglige samarbejde op at køre omkring palliation, men vi savner det jo i al almindelig henede. Hvis det kan komme op at køre med palliation, så vil jeg godt nok tage hatten af. Og det kan det ikke, der er ikke tid til det og der er ikke rum til det. - Splp.2: Lægerne har ikke tid til det og ... - Splp. 3: Det kan man et eller andet sted godt forstå. De går til ufattelig meget og det er ikke det hele, vi ved noget om. De går faktisk til rigtig meget allerede fra kl. 12.00 og resten af eftermiddagen. - Splp.1: Vi kunne have det om morgenen! - Splp. 3: Ja det kunne man, men der er de også til konference. Men det kan være vi skal rasle lidt og sige, nu må vi gøre tingene på en anden måde, for det er ikke noget, der nogensinde har været prioriteret.

Lægegruppen uddyber i fokusgruppeinterview projektets betydning for det tværfaglige samarbejde og fremhæver især palliationskonferencer, som det forum, hvor det tværfaglige samarbejde konkret har udspillet sig. Lægerne fremhæves, at det tværfaglige samarbejde i den palliative indsats grundlæggende er vigtigt for at få den bedst mulige vurdering af konkrete patientsituationer. En læge udtaler det sådan:

Det er en rigtig god ide, fordi det er et fælles projekt. Det er jo ikke kun lægen, der skal beslutte, om det skal være sådan. Der tror jeg da på en dialog, der kan bedre den vurdering, der er af patienten og den beslutning, der bliver taget og hvilke ting, der skal gøres. Så grundlæggende tror jeg, det er en rigtig god ide (læge).

Lægerne vurderer, at projektet har betydet, at læger og sygeplejepersonale får en bedre og mere nuanceret debat om konkrete patienter på de ugentlige palliationskonferencer. Flere læger fremhæver en øget faglighed i sygeplejegruppen som baggrund herfor. Det udtrykkes sådan af flere læger:

Læge 1: Sygeplejepersonalet har fået noget ...de ikke bare surmuler og synes, vi gør for lidt eller for meget. Nu har de ligesom fået et område, hvor de ved, hvad de kan spørge ind til og dermed også få et ordentligt svar, eller forvente at få et ordentligt svar. - Læge 2: Før i tiden var det noget med, om patienten var til minus R [rescue], altså genoplivning. Det var det, de var interesserede i. Andet havde sådan set ikke meget interesse for dem, sådan lidt sat på spidsen. Nu er de rykket ind i et område, hvor de har noget mere anvendeligt.

Lægerne fremfører også, at sygeplejepersonalet tager større ansvar. De er blevet mere opmærksomme på at stoppe op og vurdere, hvor patienterne er i deres sygdomsforløb og de stiller i større udstrækning krav om, at der bliver taget stilling til sådanne spørgsmål på de fælles konferencer. To læger uddyber det og fortæller, hvad det ansvar og krav om stillingtagen betyder for dem og implicit for patientforløbet:

Læge 1: Man kommer i hvert fald til at tænke på, hvor lang tid patienten egentlig har tilbage. Før i tiden kunne man indlede noget, sætte noget i gang og tænkte ikke nødvendigvis over, hvor meget livstid der var tilbage. - Læge 2: Nej - Læge 1: Men det kommer man til nu. Sygeplejepersonalet er også mere opmærksomt på det og de afkræver, at der bliver taget stilling til, hvor patienten er. Så man bliver tvunget til at tænke, ja...kan det nu betale sig, hvor er patienten?

Flere læger fremhæver, at den løbende debat om konkrete patientforløb på de tværfaglige palliationskonferencer ikke blot har givet et mere nuanceret beslutningsgrundlag, det har også bidraget til at forbedre det tværfaglige samarbejdsklima mellem læger og sygeplejepersonale. Konferencerne har haft en lynafledende funktion, som har betydet færre konflikter mellem de to faggrupper. Det udtrykker to læger sådan: *"Jeg fornemmer færre konflikter"* (læge 1); *"Ja det tror jeg også. Der er ikke længere de der ubehagelige diskussioner, hvor sygeplejepersonalet kører helt op under loftet, fordi de synes, der er et eller andet helt galt. Den lynafleder hele tiden. Der ophobes ikke så meget hele tiden, synes jeg"* (læge 2). En læge fremhæver, at "projekt anerkendelse", som er gennemført i et team i afdelingen, nok også har haft en lynafledende funktion i det team, så derfor kan der være forskelle i samarbejdsklimaet i de to teams.

Strukturen omkring palliationskonferencer tillægges stor betydning. I strukturen indgår ifølge lægerne forberedelsestid, oplæg omkring den enkelte patientsag, et diskussionsredskab som udgangspunkt for diskussionen, styring af debatten og inddragelse af konferencedeltagere. Forhold som er sikret med introduktion af kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb, anvendelse af et diskussionsredskab og projektlederens rolle som konferenceleder. To læger udtaler følgende:

Læge 1: Nu ved vi, der er nogle ting, vi skal omkring. Før kunne der godt være nogle ting, der hang og svævede lidt. - Læge 2: Jeg mener personligt, at mens det var styret og der mener jeg, hvor du [projektleder] var personligt til stede og med til at sikre forberedelse, da var det anderledes. Det er jeg helt sikker på. Det gav mange flere nuancer omkring de enkelte sager og det er jo takket være et vist ordentligt oplæg. - Læge 1: Du [projektleder] var også utrolig god til at få folk engageret. Hvis ikke de sagde noget, så spurgte du dem direkte og sådan er det jo ikke mere.

Faglighed, struktur og samarbejdsclima er forhold, som indgår i den konferencekultur, lægegruppen tillægger betydning. Lægegruppen udtrykker dog bekymring for, om der med projektet er skabt en blivende ny kultur, som kan sikre kvalificeret gennemførelse af palliationskonferencerne fremover.

Lægegruppen ser flg. problemstillinger i relation til afdelingens nuværende konferencekultur. Det første forhold kan henføres til faglig kompetence til gennemførelse af palliationskonferencerne, de to sidste forhold til strukturen omkring konferencerne.

(1) Gennemførelse af palliationskonferencerne er personafhængige og kræver særlige kvaliteter, som efterspørges. Det udtales sådan: ”Det er personafhængig” (læge 1) - ”Ja meget” (læge 2) - ”Der er nogen kvaliteter, som bare ikke er til stede i afdelingen af en eller anden årsag, om det er kulturelt eller hvad, det ved jeg ikke” (læge 3). Forhold som personlighed, overblik og engagement fremhæves.

(2) Sygeplejepersonalet forbereder sig ikke til konferencen. To læger udtaler det sådan: ”Det er mit indtryk, at de [splp.] ikke forbereder sig” (læge 1). - ”Jeg tror på, det kan blive et godt forum, men det kræver forberedelse som to eller fem minutter” (læge 2). Da jeg (interviewer) spørger ind til, hvilken betydning forberedelsestiden har, får jeg flg. svar: ”Det betyder næsten alt, vil jeg sige” (læge 3) - Og på spørgsmål om sygeplejepersonalet har for lidt viden om patienterne udtales flg.: ”Man kan roligt sige, de er for lidt inde i patienterne og deres sygdom” (læge 1). - ”Og spørger man ind til sociale forhold, hvad jeg synes er naturligt for sygeplejen at være interesseret i, så mangler der simpelthen nogle input. Hvordan var det før, hvordan var det hjemme, hvad har de af pårørende og hvordan oplever de situationen. Det mangler”(læge 4).

(3) Der er en uklar ansvarsfordeling i sygeplejeplejegruppen. Den uklare ansvarsfordeling fremhæver lægerne som en barriere for forberedelse og afholdelse af og konferencerne. Der foreslås et større ledelsesmæssigt ansvar for delegering af ansvar for gennemførelse af konferencerne. Det udtaler to læger sådan: ”Der mangler en [leder], som stiller krav. Hun skal sige om morgenen: Nu er det din opgave at finde en problemstilling, vi skal tage op til konferencen” (læge 1). - ”Det er næsten som en funktionstildeling. Ligesom når vi får vores funktioner tildelt om morgenen, så vi ved det i forvejen” [læge 2].

Lægegruppen fremhæver, at sygeplejepersonalet hidtil har haft ansvaret for, hvilke patienter, der skal diskuteres på konference, men er inde på at det måske skal ændres i retning af større medansvar fra deres side. Det udtales sådan: ”Det kan også være, at vi [læger] skal lidt mere på banen, men vi opfatter det nok sådan, at det er sygepleje personalets oplæg” (læge 1).

Sygeplejepersonalet i **sengeafsnit** uddyber projektets betydning for det tværfaglige samarbejde og fremhæver også palliationskonferencerne, som det forum, hvor det tværfaglige samarbejde har udspillet sig. De fremhæver, at det tværfaglige samarbejde især har betydning for at identificere og tydeliggøre overgange i uhelbredelige sygdomsforløb. Det har betydet, at læger og sygeplejepersonale i fællesskab stopper op og bliver enige om målene for indsatsen fremover. Det har betydning for både patienterne og for sygeplejepersonalet selv. Det betyder for det første, at etiske overvejelser indgår i beslutninger om behandlingsindsatsen. Det udtaler et personalemedlem således: *"De [læger] har deres lægeløfte og så køres der mere med behandling., men er det etisk korrekt? Vi ved alle sammen at vi skal herfra og det skal være på en ordentlig måde"* (splp). For det andet betyder det, at læger og sygeplejepersonale i højere grad fremstår som et enigt TEAM. Det kan i sig selv bidrage til, at sygeplejepersonalet overskrider personlige barrierer og får mod til at gå åbent ind i "den svære samtale" med patienter og pårørende. Det udtaler informanter sådan:

Splp.1: Man føler sig mere rustet til at gå ind i de svære samtaler, når man føler, man har teamet bag sig.... at man har haft nogle ting op og man ved, hvor lægerne og dem, der kender patienten, står. Det er en lidt større helhed frem for at man står der alene. Hvad skal jeg lige sige, når de pårørende spørger, hvor vi er henne i det? - Splp. 2: Man kunne nemt komme til at sige noget forkert. Den der med, at lægerne sagde, hvorfor har du sagt sådan. Så er man måske mere tilbøjelig til at lade være med at sige noget.

Sygeplejepersonalet fremhæver, at en øget faglighed i palliation både i sygeplejegruppen og i lægegruppen har bidraget til at forbedre det faglige indhold i konferencerne. Sygeplejegruppen fremfører, at de med introduktion af kliniske palliative faser har fået et mere nuanceret sprog til at indgå i tværfaglige diskussioner, til at stille de rigtige spørgsmål og holde fast i diskussionen. Det udtales således af to informanter:

Splp.1: Jeg synes, projektet har gjort, at det er blevet mere legalt at tale om det. Vi brugte jo PLEJE begrebet og man kunne se, at de [læger] begyndte at vende øjnene. Det eneste vi havde, det var ligesom det ord. Jeg synes, vi har fået sat flere mærkater på. - Splp. 2: Vi [sygeplejepersonale] er også gode til at holde fast. Vi giver ikke så nemt op [...] Der skal altså snakkes om det. Nogen gange kan man godt føle, at de [læger] tænker, vi skal også videre til den næste konference, men de ved godt, at vi ikke giver os, så de kan ligeså godt få snakken. Det føler jeg i hvert fald..

Det fremgår også af ovennævnte citat, at sygeplejepersonalet synes, det blevet mere legalt at tale om, hvor patienten er i sygdomsforløbet. Det skyldes både introduktion af de kliniske faser, som udgør et fælles sprog og et fælles udgangspunkt for diskussionen og en ændring af nogle lægers

faglige fokus, som er skiftet fra at være meget behandlingsorienteret til en tilgang, hvor bevidstheden om palliative problemstillinger i højere grad indgår i deres faglighed. Det siges sådan:

Splp. 1: Vi har fået et fælles sprog på en eller anden måde....bare det der med faserne...førhen tror jeg, vi talte meget to forskelliges sprog. Vi sagde meget de ting, vi følte og så inde ved patienten... det kliniske blik på en eller anden måde. Lægerne snakkede på en hel anden måde. Tit kommunikerede vi faktisk slet ikke. Der er måske skabt en bro nu, tror jeg. De har fundet deres bløde side frem. - Splp. 2: Nogle læger har ikke palliation i deres bevidsthed og så er det er umuligt at gå ind og tage en diskussion. Den ene dag har vi X [læge], som er blevet meget mere bevidst om det end fra starten. Man kan godt mærke, at X går meget mere op i det og er meget hurtigere til at sige, nu er det den sene palliative fase. Så kommer der en som Y [læge] dagen efter, der slet ikke har det i tankerne. Så er det også svært at få trumfet noget igennem, når lægerne slet ikke tænker på det.

Den ændrede faglighed på både læge og sygeplejeside har haft positiv indvirkning på samarbejds-klimaet og banet vejen for gensidig udveksling af synspunkter og etablering af fælles tværfaglige mål i de enkelte patientforløb. En informant udtrykker det sådan: *"Hvis vi snakker palliation, så er det blevet mere normalt at snakke om tingene og det er blevet mere normalt at mene noget forskelligt og se forskelligt på det"*(splp.1). Og en anden udtaler det på sådan: *"Jeg tror, det var meget delt op i to lejre, sygeplejersker og læger. Lægerne er simpelthen så behandlingsorienterede og fokuserede og vi kunne slet ikke møde hinanden. Nu har man i det mindste mulighed for at tage snakken"*(splp.2).

For så vidt angår samarbejds-klimaet beretter sygeplejerspersonalet om større gensidig forståelse, anerkendelse og respekt for faglighed og synspunkter. Sygeplejerspersonalet oplever en ændret anerkendelse, åbenhed, lydhørhed og interesse fra lægeside for deres synspunkter. Det beretter flere informanter om nedenfor:

Splp. 1: Jeg synes, de er blevet meget mere interesseret i at høre, hvad vi ser. Det synes jeg, tit de spørger til. - Splp.2: Det er vel også det at have en følelse af at være anerkendt for det, man siger i de diskussioner, man har med sine kollegaer. Det har også betydning. - Interviewer (I): Har lægerne fået større respekt for jeres synspunkter? Har det ændret sig? - Splp.3: Det har det. ... det har det virkelig. - Splp.4: Vi er måske mere blevet ET TEAM, tænker jeg. Det kræver egentlig stor åbenhed, at vi tør snakke på de her konferencer og det kan godt være lidt svært nogen gange, synes jeg. Før synes jeg bare, man blev mødt af skepsis, når man tog et emne op omkring en patient, som var døende. Nogle gange tænkte jeg, inden jeg gik i gang, nytter det overhovedet noget, altså jeg orkede bare ikke endnu en gang. - I: Hvad er det der har ændret sig ved de konferencer? - Splp. 5: De virker umiddelbart mere åbne overfor det fra lægernes side.

Med til den åbenhed hører også, at læger lægger åbent frem, at det også kan være svært for dem. Det kan være med til at bane vejen for et forum for gensidig støtte i teamet i svære patient situationer. To informanter har følgende ordveksling om det aspekt:

Splp.1: Vi havde en ret god palliationskonference i går. Den var faktisk rigtig god og jeg oplevede en læge sige, at det er så svært at være inde hos den her patient, fordi der er nogle ting, som er uafklaret i forhold til, hvad der videre skal ske og hvor patienten er henne. - Splp. 2: Det har vi ikke hørt før.

Sygeplejepersonalet fremhæver, at de har fået større forståelse for lægefaglige synspunkter, fordi de i højere grad får forklaringer på lægefaglige vurderinger og synspunkter, eller med andre ord får at vide, hvad læger tænker og hvorfor. Det udtales således: *”Jeg synes, vi får en bedre forklaring på tingene. Førhen forstod jeg ikke, hvad de sagde, når jeg så patienten og man kunne ikke få en forklaring på, hvorfor de lige tænker, som de gør. Det synes jeg i mange tilfælde vi får at vide. Så konferencen giver mulighed for at give hinanden forklaringer”* (splp.).

Sygeplejepersonalet fortæller også, at de selv har fået en større forståelse for lægernes synspunkter, for at de (læger) er så behandlingsfokuserede, som sygeplejepersonalet oplever, de kan være.

Splp. 1: Jeg kan egentlig godt forstå dem [læger], at de brændende ønsker at give den behandling for at redde den patient. - Splp. 2: Vi ønsker jo også, at de skal overleve, men vi ser måske bare nogle andre ting. Når man er hos patienten, ser man måske hurtigere, det går ned ad bakke. Når der er stuegang, ser man nogle gange, at patienten lever lidt op og har det måske pludselig meget bedre. - Splp. 3: Lægerne har deres ambulatorium og ser patienterne, når de har det godt. Når de kommer herind med en bragende sepsis, ser vi noget helt andet og tænker jamen, det går helt galt det her. De [læger] har mere det her, jamen for en uge siden, for fjorten dage siden havde de det meget bedre og de kan altså godt komme over det her. Lad os nu se, hvordan det så går. Den forståelse synes jeg også, man har fået. Jeg kan også godt forstå, hvad lægerne kommer fra, at de er så behandlingsorienterede for der er nogle ting, der godt kan vende igen.

Sygeplejepersonalet tillægger som lægegruppen strukturen omkring palliationskonferencerne stor betydning. De fremhæver egen planlægning og koordinering, fremmøde til tiden og tovholder - og ordstyrerfunktion på konferencen. Forhold som i projektperioden blev sikret i kraft af projektlederens rolle og ansvar for gennemførelse af konferencerne. Sygeplejegruppen fremfører desuden, at det har stor betydning, at de rigtige læger deltager i konferencen. Rigtige forstået sådan, at de der faktisk kan tage stilling til den konkrete patientsituation også er til stede og påtager sig det ansvar. Et informant udtaler det sådan: *”Jeg har siddet med en [patient] nogle gange og tænkt, det her er bare sen palliativ og det er vigtigt, at der bliver taget hånd om det. Så sidder de [lægerne] bare og*

siger: *Det kan vi ikke tage stilling til [...] Det er virkelig en hurdle*” (splp.). Derfor kan det have afgørende betydning, at patientens kontaktlæge deltager i konferencen, da dennes fravær kan betyde, at de øvrige læger er tilbageholdende med at tage stilling.

Det fremføres desuden i sygeplejegruppen, at uenighed internt i lægegruppen kan have betydning for etablering af fælles tværfaglige mål. Såfremt der opstår uenighed i lægegruppen, kan sygeplejepersonalet opleve total forvirring, som en informant udtrykker det nedenfor:

Splp. 1: Vi havde først en konference om X [patient], hvor der blev lagt op til, at vi skulle til at sadle om med behandling og at tingene havde udviklet sig. Så X var noget længere henne i det palliative forløb og det var beslutningen. Så var der pludselig en anden konference, hvor man var tilbage igen, fordi der var en læge, som ikke kunne se alle de problemer og ting vi havde haft oppe og så er det den totale forvirring opstår. Hvor er vi egentlig henne og arbejder vi frem mod det samme mål?

Endelig fremhæves, at den rumlige struktur for afholdelse af konference kan have betydning. Et sygeplejepersonale udtrykker det sådan:

Splp. 1: Jeg tænker også på det rum, vi sidder i, når vi har konference, at det er dumt i forhold til at have en god snak. Nogen sidder ved i et bord, nogen står bagved og man sidder med ryggen til dem og nogen står op. Det lyder måske som en lille ting, men det tror jeg faktisk ikke det er, når man skal snakke om nogle vigtige ting, som det er. Det har jeg tit tænkt på. Som vi sidder her [rundt om et bord], det er meget bedre.

Sygeplejegruppen udtrykker som lægegruppen bekymring for, om der med projektet er skabt blivende ændringer af konferencekulturen, som kan sikre kvalificeret gennemførelse af palliationskonferencer fremover. Palliationskonferencer, der har som formål at etablere fælles tværfaglige mål for indsatsen, tillægges stor betydning af sygeplejepersonalet, hvis den palliative indsats skal udmøntes i konkrete handlinger. Sygeplejepersonalets bekymringer kommer til udtryk i følgende sygeplejeudtalelser: *”Konferencerne er ikke blevet helt fælles” - ”Endnu for sårbart” - ”Kørt på få personer”*. Det tværfaglige samarbejde er således fortsat personafhængig og den beskrevne og ønskelige konferencekultur ikke fuldt ud organisatorisk forankret. Det uddyber informanter sådan:

Splp. 1: Jeg tror igen, det er tilbage i personer kontra fælles projekt. Der har bare hele vejen igennem være en større respekt omkring det, når du [projektleder] har taget noget op, end når vi andre gør. Det ikke er blevet et helt fælles projekt. Jeg synes, der så meget godt i det her, med faserne og sådan nogle ting, men i forhold til at få det videre... det er endnu for sårbart til, at der er nogle personer, der har kørt det. Jeg ved ikke, hvad man kunne have gjort med konferencerne, for at det ikke kom til at køre for meget på dig [projektleder], men det giver en sårbarhed, som er den vi slås med

nu. - Splp. 2: Hvilken sårbarhed? - Splp. 1: Sårbarhed i forhold til, at der var en anden respekt omkring X [projektleder], når tingene blev taget op. De blev afholdt og man kom til tiden. Det er et eller andet sted helt tosset, for det er børnehaveagtigt [der grines]. Umiddelbart tænker jeg, det er en stor faktor i det.

I den konferencekultur, sygeplejerskabet tillægger betydning, indgår de samme elementer, som lægegruppen fremfører: Faglighed, samarbejdsklima og struktur. Sygeplejerskabet bekymrer omkring en blivende nu konferencekultur kan henføres til, at disse forhold endnu ikke er fast forankrede i hele personalegruppen. Det uddybes nedenfor.

(1) Gennemførelse af tværfaglige palliationskonferencer er personafhængig, afhængig af den enkelte læges eller plejerskabs faglighed indenfor palliation. Sygeplejerskabet fremfører, at deres faglighed er blevet styrket, men flere synes stadig, det er svært at stille de rigtige spørgsmål til konferencerne. Hvad angår lægernes faglige fokus fremføres, at alle læger endnu ikke har ændret indstilling fra et meget behandlingsorienteret fokus til også at rumme en større faglig bevidsthed om palliation. Her skal også fremhæves, at faglig uenighed internt i lægegruppen kan være en barriere for etablering af fælles tværfaglig mål.

(2) Projektleder nød større respekt (end sygeplejerskabet) i lægegruppen. Et forhold, som kan henføres til samarbejdsklimaets betydning for gennemførelse af konferencerne. Sygeplejerskabet har ovenfor berettet om større forståelse, anerkendelse og respekt fra lægegruppens side for deres faglighed og synspunkter, men de fremfører, at de oplever, at projektlederen nød større respekt end dem. Desuden opleves forskelle i samarbejdsklima mellem team 1 og 2, formentlig som resultat af ”projekt anerkendelse” gennemført med positiv virkning for samarbejdsklimaet i team 1.

(3) Planlægning og koordinering intern i egen gruppe er mangelfuld. Her kommer således en strukturelle barriere på banen. Sygeplejerskabet fremfører, at palliationskonferencerne ikke i tilstrækkelig grad er indarbejdet i afdelingen. Det udtrykkes fx sådan: *”Vi skal have indarbejdet det. Hvem er der noget palliativt omkring, som vi skal have taget op. Vi skal tænke det med hver dag”* (splp.). Sygeplejerskabet fremfører således selv, at de ikke i tilstrækkelig grad planlægger og koordinerer, hvad der skal tages op på de ugentlige palliationskonferencer. Det er fortsat personafhængig og det kan få negativ indvirkning på udbyttet. Det udtales fx sådan: *”Jeg tror, det har at gøre med koordinering, for tit bliver kl. 12.00, er der lige en, der har en [patient], vi lige kan snakke om? Og så sidder man nogen gange alene med det og så er det svært at blive ved med at argumentere og de andre kender ikke patienten (splp.).”*

(4) Projektforløb og projektleder har haft positiv indvirkning på fremmøde og deltagelse. Sygeplejepersonalet oplever svigtende interesse og mødedisciplin i lægegruppen efter projektafslutning. Det fortæller to informanter om:

Splp. 1: Det var nemmest, når du var her. - Splp. 2: Ja det vil jeg også sige. Det er virkelig noget, der halter nu, for nu kommer lægerne nogle gange dumpende der fem over halv [12.30]. Hov det havde vi lige glemt! Og så er der måske kun den læge, der har gået stuegang og så får man jo ikke det optimale ud af det. - Splp.1: Der var sådan mere respekt om det da du var her. Du var meget respekteret. - Splp. 2: Da kom de kvart over. .. nu kommer de... - Splp. 1: det er bare sygeplejersker, der er der [tænker lægerne]!

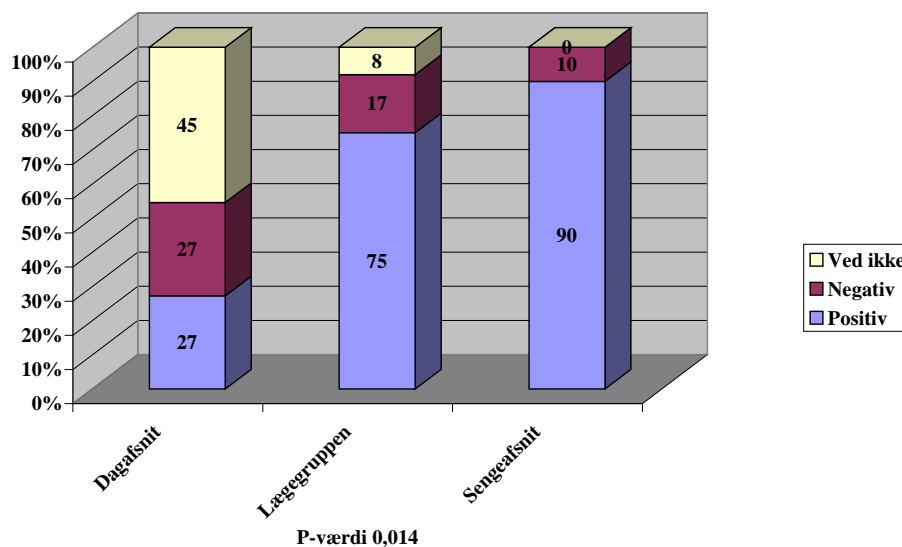
(5) Endelig fremhæves flg. strukturelle forhold som barrierer for gennemførelse af palliationskonferencer: Kontaktlægesystemet og manglende kontinuitet i lægegruppen. Sygeplejegruppen pointerer, at det er afgørende for gennemførelse af konferencerne, at de læger, som kan tage stilling til de konkrete patientsituationer, faktisk også deltager i konferencerne. Kontaktlægesystemet, manglende kontinuitet i lægegruppen og vekslende fremmøde kan således udgøre en barriere for det tværfaglige samarbejde og for etablering af fælles tværfaglige mål.

Flerfaglig indsats - resultater

I spørgeskemaet er respondenterne blevet bedt om at vurdere det flerfaglige samarbejde omkring palliation med fokus inddragelse af socialrådgiver, præst, fysioterapeut og ergoterapeut i palliative patientforløb (spørgsmål 21 -24). Et indsatsområde, der har været arbejdet konkret med i sengeafsnit især i form af flerfaglige konferencer 2x /uge (Dalgaard 2009:20-21). Derudover har fysioterapeut og ergoterapeut redegjort for deres faglige tilbud i palliation på basiskursus i palliation (Dalgaard 2009:20-21, 24). Resultaterne uddybes nedenfor.

Resultater af spørgsmål 21 fremgår af figur 25. Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 70 %; negativ score 16 %; ved ikke 14 %. Der ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,014). Dagafsnittet skiller sig ud med en score betydelig under det totale gennemsnit med en positiv score på 27 %, en negativ score på 27 % og en stor andel ved ikke svar. Der er desuden forskellig vurdering i lægegruppen og sengeafsnit. Sengeafsnittet har en positiv score på 90 % mod lægernes 75 %.

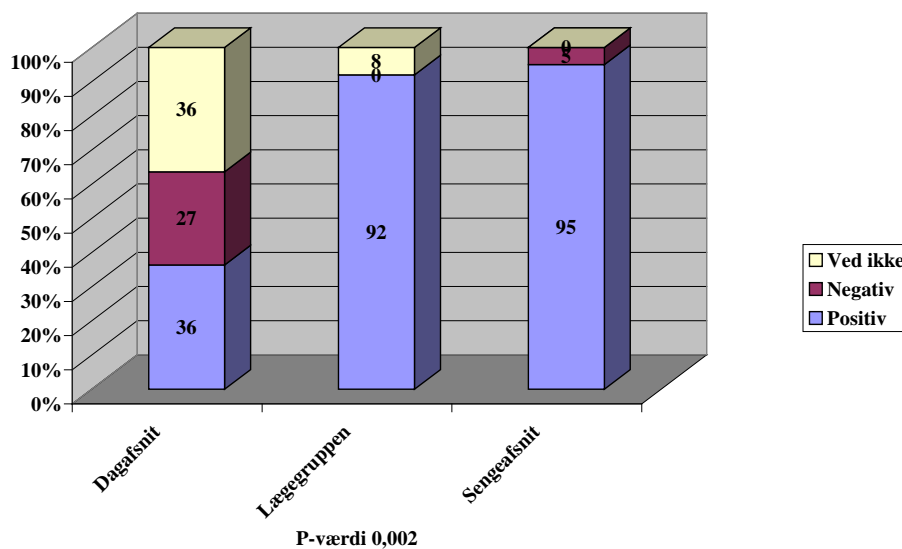
Inddragelse af socialrådgiver i palliative forløb



Figur 25

Resultater af spørgsmål 22 fremgår af figur 26.

Inddragelse af hospitalspræst i palliative forløb

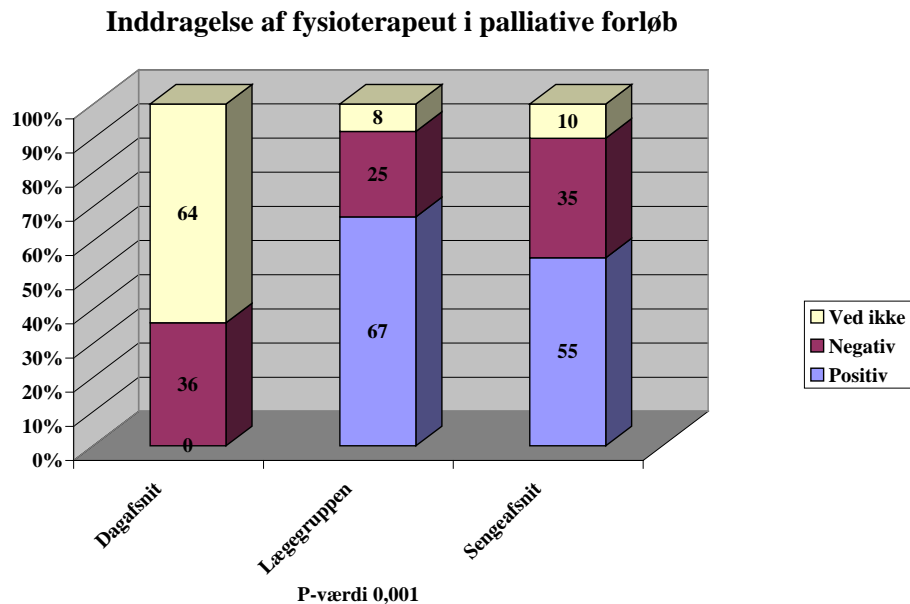


Figur 26

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 79 %; negativ score 9 %; ved ikke 12 %. Også her ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,002) i det mønster, som gør sig gældende for spørgsmål 21. For dagafsnittets vedkommende dog med en højere positiv score på dette spørgsmål.

Der er stort set ikke forskel på lægegruppens og sengeafsnittes vurdering, idet de to grupper har en positiv score på henholdsvis 92 % og 95 %.

Resultater af spørgsmål 23 fremgår af figur 27.

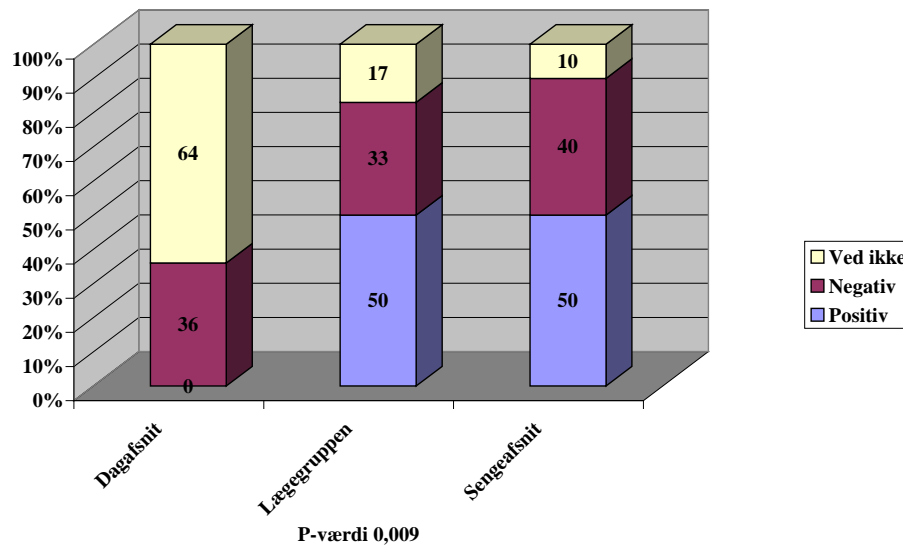


Figur 27

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 44 %; negativ score 33 %; ved ikke 23 %.. Der ses også her signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,001). Dagafsnit har her en positiv score på 0 %, en negativ på 36 % og en stor andel ved ikke svar. Der ses generelt en forholdsvis lav gennemsnitlig total score. For sengeafsnit og lægegruppen en positiv score på henholdsvis 55 % og 67 % og en negativ score på henholdsvis 35 % og 25 %.

Resultater af spørgsmål 24 fremgår af figur 28. Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 37 %; negativ score 37 %; ved ikke 26 %. Der er også her fundet signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,009) i et mønster, som ligner resultater af spørgsmål 23. Dagafsnit med 0 % positiv score, negativ score 36 % og en stor andel ved ikke svar. Der ses gennemgående en lavere gennemsnitlig total score på spørgsmål 24 end spørgsmål 23. Lægegruppen og sengeafsnittet har således en positiv score på 50 % og en negativ score på henholdsvis 33 % og 40 %.

Inddragelse af ergoterapeut i palliative forløb



Figur 28

Diskussion af resultater

Spørgsmål 21- 24 handler om, i hvilken grad projektet har bidraget til at inddrage socialrådgiver, hospitalspræst, fysioterapeut og ergoterapeut i palliative forløb. Der ses signifikant forskel mellem grupperne på samtlige spørgsmål (p-værdi varierer fra 0,001- 0,014). Dagafsnit skiller sig ud med en positiv score varierende fra 0 % - 36 %. Inddragelse af hospitalspræst får den højeste positive score. Forskellen mellem grupper kan formentlig henføres til samme forhold som nævnt under kompetenceudvikling, at inddragelse af andre faggrupper ikke har været et konkret indsatsområde, men dog et undervisningstema på intern basis kursus i palliation.

I sengeafdeling og lægegruppen har inddragelse af de nævnte faggrupper været et konkret indsatsområde på flerfaglige konferencer x 2/uge. Resultater for sengeafsnit og lægegruppen viser en tendens til, at inddragelse af socialrådgiver og præst får betydelig højere positiv score end inddragelse af fysioterapeut og ergoterapeut, som begge får en forholdsvis lav positiv score. Der ses desuden en tendens til, at sengeafsnit vurderer inddragelse af socialrådgiver og præst højere end lægegruppen, henholdsvis 90 % og 95 % positiv score i mod lægegruppens 75 % og 92 %.

Resultaterne tyder på, at projektet i mindre grad har bidraget til at inddrage fysioterapeut og ergoterapeut i palliative forløb. Sengeafdeling og lægegruppen har for inddragelse af fysioterapeut en positiv score på henholdsvis 55 % og 67 % og en negativ score på 35 % og 25 %. For ergoterapeutens vedkommende endnu lavere score med en positiv score fra begge grupper på 50 % og en negativ score på henholdsvis 40 % og 33 %. Interviewfund bidrager med uddybende

forklaringer på, hvad den forholdsvis lave positive score kan skyldes, baseret på både lægegruppens, sengeafsnittes og terapeuternes egne udsagn herom.

Flerfaglig indsats - interviewfund

Sygeplejepersonalet i **dagafsnittet** ligger et godt stykke under den gennemsnitlige totalscore vedrørende den flerfaglige indsats. Dagafsnittet fremhæver, at de qua deltagelse i basiskursus i palliation og en intern kompetencegruppe i palliation ved, hvor de kan hente viden og information om palliation. Der har tilsyneladende ikke udmøntet sig i øget inddragelse af andre faggrupper i palliation. Det udtrykkes sådan af en informant:

Splp.: Bare det, at vi har en viden om, hvad muligheder der er og det synes jeg, man har haft mulighed for, hvis man ville. - Interviewer: Hvordan tænker du? - Splp.1:.. at man ved, hvor man kan søge viden og oplysninger henne. Det kan man, hvis man har deltaget i de to temadage. Og så det at man har lavet den gruppe [kompetencegruppe], så man hele tiden har nogle ressourcepersoner. Det tror jeg er rigtig godt.

Lægegruppen uddyber i fokusgruppeinterview, hvilken betydning flerfaglige palliationskonferencer har haft for en flerfaglig indsats. Lægegruppen fremfører, at især socialrådgiver og præst er blevet mere synlige i den palliative indsats og de har via deres deltagelse i palliationskonferencerne bidraget med nye perspektiver og synsvinkler i konkrete patientforløb. De understreges sådan:

Interviewer: Er præst og socialrådgiver blevet mere synlig i palliation? Tænkes de mere med? - Læge 1: Det synes jeg. - Læge 2: Det synes jeg bestemt ogsåmed nogle positive indfald, ting der ikke lige er tænkt over før. - Læge 3: Jeg synes, de har været meget spontane og sagt: ”Det her kan jeg gå ind i, det skal jeg nok finde ud af”. Det har været godt [...] Og nogle gange har patienten fået nogle tilbud, man ikke selv havde tænkt på, fx fra socialrådgiveren eller præsten.

Derimod fremfører lægegruppen, at trods daglig kontakt især med fysioterapeut og i nogen grad ergoterapeut inden projektstart, så har de to faggrupper stort set ikke deltaget i de flerfaglige konferencer og ej heller være særlig synlige i den palliative indsats i afdelingen. Det udtaler en læge således: ”*Jeg synes, det var godt præsten og socialrådgiveren var med. De andre to faggrupper [fysio - og ergoterapeut] har vi nok mere almindelig kontakt med til daglig, men jeg synes bare ikke de har været der*” (læge).

Fysioterapeuten og ergoterapeuten har deltaget i flerfaglige palliationskonferencer i et meget begrænset omfang (Dalgaard 2009:21). Den sidste del af implementeringsperioden, hvor den palliative fysio - og ergoterapeutiske indsats for alvor var tænkt styrket, opstod der ressourcemæssige

problemer i terapiafdelingen især indenfor fysioterapi. Det betød venteliste, prioritering af indsatsen, fast afdelingsfysioterapeut sat på stand by og lav prioritering af palliativ fysioterapi.

Ergoterapeutens rolle uddybes ikke af lægegruppen, men de manglende fysioterapeutressourcer har bidraget til en selvforstærkende proces, idet lægegruppen qua dårlige erfaringer med imødekommelse af henvisninger til palliativ fysioterapi holdt op med at henvise patienter. Det uddyber flere læger:

Læge 1: Vi har lavet en opgørelse og vi har faktisk ikke henvist nogen til palliativ fysioterapi, fordi vi i forvejen ikke forventer, at det kan imødekommes. - Læge 2: Vi har faktisk helt opgivet. - Læge 1: Ja totalt. - Interviewer: Er det på grund af ventelisten? - Læge 1 og læge 2: Ja. - Læge 3: Der var et tidspunkt, vi havde X [fast afdelingsfysioterapeut] og nu har det været meget skiftende personer og det gør nok også noget. - Læge 2: Ja, for X var med på vores temadag og med som underviser. Det gør automatisk, at X ved noget mere om, hvad der er foregået. - Læge 1: Nu er det jo sådan, at man regner ikke med at få noget ud af at sende en henvisning

Sygeplejepersonalet i **sengeafsnit** har også uddybet deres vurdering af, hvilken betydning de flerfaglige palliationskonferencer har haft for den flerfaglige indsats. Deres vurdering er meget på linje med lægegruppens. De fremhæver, at præsten er blevet meget synlig i afdelingen og i deres bevidsthed. De har fået øjnene op for, hvad en præst kan bruges til i konkrete patientforløb. Præstens deltagelse i de flerfaglige konferencer har haft en positiv og selvforstærkende effekt. Præsten er blevet mere synlig i afdelingen, bliver i højere grad tænkt ind som en mulighed i konkrete patientforløb og bliver også brugt mere. Det udtales således af to personalemedlemmer:

Splp.1: Især præsten er blevet meget mere synlig i afdelingen og i vores bevidsthed. Vi bruger hende meget. Det er blevet sådan, at man tænker, hvad med præsten? Det har jeg foreslået til rigtig mange patienter, siden vi har hende som en mulighed. - Splp. 2: Og hun bliver også mere synlig i afdelingen, når vi bruger hende mere, for så bliver hun på en eller anden måde mere legal for patienterne. For når det er en præst, skal jeg så tale om Gud, tro, eksistens, livet og døden? Man kan bruge præsten til at snakke med om rigtig mange andre ting end lige religion.

Sygeplejepersonalet giver udtryk for nogenlunde det samme om inddragelse af socialrådgiver i flerfaglige konferencer. Socialrådgiveren er blevet meget synlig i afdelingen og i personalets bevidsthed. Hun bliver brugt mere både i konkrete patientforløb og som ressourceperson for personalet. Hun medtænker problemstillinger, som personalet måske ikke selv har tænkt på, som fx plejeorlov og indsatsen for pårørende. Det kommer frem i følgende kommentarer:

Splp.1: Jeg synes, vores socialrådgiver er rigtig god. Nogen gange kommer man ud på dybt vand og så er hun [socialrådgiver] der og hun er meget opsøgende. Så hun kan hjælpe en og jeg synes, hun er en af dem, der har været meget med til vores konferencer. - Splp. 2: Vi snakkede om, at hun er blevet meget mere synlig. Vi gør meget brug af hende. Virkelig. - Splp.3: Hun går ind og snakker plejeorlov og spørger, hvad med de pårørende? Der har hun taget teten nogle gange og måske fået os til at tænke mere over det med plejeorlov til de pårørende.

Endelig uddyber sygeplejepersonalet, hvilken betydning de flerfaglige palliationskonferencer har haft for inddragelse af fysioterapeut. Ergoterapeutens rolle i den palliative indsats uddybes ikke. De manglende fysioterapeutressourcer trækkes frem som et problem, idet sygeplejepersonalet har fået øjnene op for, hvad en fysioterapeut kan bidrage med i den palliative indsats. På forespørgsel om, hvorvidt andre faggrupper har fået en mere fremtrædende plads i palliation, svarer en informant: *"Det et spørgsmål om ressourcer, ikke. Vi kan ikke engang få fys [fysioterapi] til lungefysioterapi. Vi kan ikke få fys til noget som helst. De kunne trækkes rigtig meget på i forhold til lindring, men de har ikke ressourcer til det"* (splp.). Et andet personalemedlem udtrykker det sådan: *"De fik nogle vilkår, som gjorde... ja man kunne jo nærmest ikke henvise til dem. Det er kun ganske få grupper, de tager, så palliation er nok helt uden for deres område lige nu. De [patienter] bliver ikke visiteret"* (splp.). Ressourcemæssige problemer i terapiafdelingen har også betydet, at fysioterapeuten stort set ikke har deltaget i de flerfaglige konferencer. Det beretter en informant således: *"Fys har ikke været ret meget med [i palliationskonferencer], de gange, jeg har været med. De siger, de ikke har mulighed for det"* (splp.).

I interview med præst og socialrådgiver og i et fælles interview med fysioterapeut og ergoterapeut har jeg fået deres vurdering af projektets betydning for den flerfaglige indsats med hovedfokus på de flerfaglige konferencer i palliation.

Præsten anfører indledningsvis, at hendes oplevelser af de flerfaglige konferencer er farvet af, at hun var forholdsvis nyansat hospitalspræst på sygehuset, da de flerfaglige konferencer startede op. Deltagelsen har for det første betydet, at hun hurtigt blev kendt med personalet og følte sig hjemme og for det andet var det en lærerig udfordring at få indblik i det ukendte land, hospitalsverdenen var. Så for præstens eget vedkommende har det været meget positivt at deltage. Det uddybes sådan:

Jeg synes simpelthen, det har været rigtig godt og det er jo nok farvet af, at jeg har været så ny i afdelingen. Det var jo udgangspunktet. Så det, jeg allerførst kunne mærke var, at det var mere hjemligt, at jeg fik nogle personer sat på ansigterne, at de blev mere kendte for mig og at de også ved, hvem jeg er, når jeg kommer....vi blev sådan mere dus. I begyndelsen føltes det også meget ydmygt på en eller anden måde, uha hjælp, hvad skal jeg dog kunne bidrage med her, for der fløj rigtig mange faglige ord i luften og rigtig meget snak, som jeg simpelthen ikke kunne forstå, hvad betød [..]

Jeg synes, det gav mening at være der uden at bidrage med noget. Men så blev det også enormt lærerigt for mig [...] Jeg fik indblik i noget, der var ukendt land for mig. Hvordan tænker sygeplejersker? Hvordan tænker lægerne? Hvad er det, der er på spil og hvad er for sygdomme, der er på Hæmatologisk Afdeling? Så jeg kunne hurtigt mærke, at det var noget, der var tiden værd at være med i ... for mig.. for jeg fik meget mere, end jeg skulle give i det (præst).

Præsten fremfører, at deltagelse i de flerfaglige konferencer har bidraget til øget forståelse og respekt for andre faggruppers indsats. Præsten er meget ydmyg overfor det for det ansvar, lægerne har, fortæller hun: ” *Jeg kunne mærke, at jeg blev meget, meget ydmyg overfor det ansvar, lægerne har... meget, for hold da op, hvor skal de bare sidde og træffe nogle beslutninger, hvor det får stor konsekvens, om man vælger det ene eller det andet*” (præst). Præsten betoner tillige, at hun har fået indblik i, hvor svært det kan være at være plejepersonale ansigt til ansigt med døden:

Det var et godt billede på, hvor svært det kan være for plejepersonalet, at se patienter, som har det rigtig skidt. Hvor håbet er ude og man næsten ikke kan bære, at det skal være nu. Så jeg har respekt for, at det må være et arbejde, som er hårdt for dem, fordi de står med en relation til en patient, som fylder meget for dem (præst).

Præsten fremfører, at deltagelse i de flerfaglige konferencer også har betydet, at hun bruges målbart mere til patienterne i afdelingen også efter afslutning på projektet:

Jeg synes, jeg bliver brugt meget, meget mere. Jeg har simpelthen brugt målbart meget mere tid til patienterne nu og faktisk også mere, end da projektet kørte. Den sidste måned har jeg været hos en patient mindst hver uge og ofte også til flere patienter. Så jeg har virkelig min ugentlige gang der, selvom jeg holdt op med at deltage i konferencerne og jeg kan jo mærke, når jeg kommer der, at personalet og jeg kender hinandens ansigter og det er jo rigtig dejligt (præst).

Endelig skal det fremhæves, at præsten også er blevet brugt i forhold til personalet. Præsten har fx gennemført debriefing med personalet om et problematisk patientforløb. Et personalemedlem fra afdelingen deltager i gruppen ”mig og døden,” hvor personalet sammen med sygehusets to præster har mulighed for at arbejde med deres eget forhold til døden.

Afslutningsvis fremfører præsten, at det kan være svært at finde sin rolle i et flerfagligt samarbejde, idet hun som præst har tavshedspligt. Det betyder, at det, hun taler med patienten om, bliver mellem dem og at hun som præst ikke aflægger rapport til personalet. Derfor indgår præstens konkrete oplevelser og vurderinger ikke i samarbejdet med personalet og skal ifølge præsten heller ikke gøre det, men det kan opleves som et pres og det er en underlig balance, fortæller præsten.

Socialrådgiveren beretter også om, hvilken betydning deltagelse i projektet har haft for den flerfaglige indsats. Hun fremhæver, at både kontakten og samarbejdet med læger og sygeplejerspersonale har ændret sig og hun tillægger her såvel deltagelse i dialogkonferencer, basiskursus i palliation, dagligdagen og de flerfaglige palliationskonferencer betydning. Det at være til stede, være synlig, være tavs og byde ind har været med til at skabe et fundament for et flerfagligt samarbejde. Socialrådgiveren udtaler det sådan: *”Det at kunne byde ind, eller bare være der og være tavs, tror jeg har givet nogle mursten til det fundament, der skal til for at få et ordentligt samarbejde op og stå af flerfaglig karakter”* (socialrådgiver). Socialrådgiveren fremhæver, at fundamentet for et flerfagligt samarbejde er, at faggrupperne kan se værdien af egen indsats og af en flerfaglig indsats. Socialrådgiveren oplever, at primært sygeplejerspersonale, men også læger er blevet mere opmærksomme på socialrådgiverens plads i samarbejdet, på hvad de kan bruge en socialrådgiver til og at hun faktisk bliver involveret i flere ting. I det flerfaglige samarbejde har socialrådgiveren således kunnet bidrage med nye perspektiver og synsvinkler i konkrete patientforløb ved stille spørgsmål, undre sig eller komme forslag. Ifølge socialrådgiveren har det bidraget til at ændre holdninger, syn og visioner i afdelingen, både i forhold til en flerfaglig indsats og til samarbejdet med kommunerne, hvor opgaven er at varetage patienternes interesse bedst mulig.

Socialrådgiveren tillægger de flerfaglige palliationskonferencer stor betydning og betoner, at den formelle organisering har haft afledte effekter på det uformelle samarbejde. Det udtrykkes sådan:

Jeg har kunnet se, mærke, registrere, at det har været givtigt [at deltage i flerfaglige palliationskonferencer]. Når jeg har været synlig så lang tid i et skema, så giver det også en afledt effekt, når jeg kommer i afdelingen. Så siger sygeplejerspersonalet: ”Åh jeg skal lige snakke med dig, eller den og den vil gerne have, at du kigger ind, for de har lige et spørgsmål i team 2.” Det synes jeg er godt. Så begynder tingene at udvikle sig og man kan se i afdelingen, at der kan være ting, som kunne være væsentlige at vende med mig, hvor man ellers ikke ville have overvejet det (socialrådgiver).

Derudover betoner socialrådgiveren, at deltagelse i projektet og udvikling af det flerfaglige samarbejde har været berigende både fagligt, samarbejds-mæssigt og menneskeligt. Hun udtaler det sådan: *”Jeg har fået meget med fra vores konferencer. Det har været berigende at se den varme og forståelse, man i afdelingen møder patienterne med [...] Jeg synes, det har været utrolig givende fagligt, samarbejds-mæssigt og menneskeligt. Det gælder sygeplejersker, social - og sundhedsassistenter og læger og det gælder vores præst. Ergo og fys kendte jeg i forvejen”* (socialrådgiver). Med andre ord betoner socialrådgiveren, at hun har fået en større indsigt og mere nuanceret forståelse og respekt for de øvrige faggruppers indsats.

Afdelingens tilknyttede **fysioterapeut og ergoterapeut** har i et fælles interview haft mulighed for at komme med deres vurdering af, hvilken betydning deltagelse i projektet har haft for den flerfaglige indsats set fra deres perspektiv. Først uddybes terapeuternes vurdering af de flerfaglige konferencer. Begge terapeuter fremhæver, at de kun har deltaget i ganske få flerfaglige konferencer (henholdsvis 2 og 1), men siger, at disse konferencer var præget af et flerfagligt indhold og et konstruktivt samarbejds-klima, som også havde positiv effekt på det uformelle samarbejde.

Fysioterapeut (F): De to gange, jeg har været der, er alle faggrupper mødt op. Folk har lyttet til hinanden og ladet hinanden tale. Jeg har følt, at der var noget samlet omkring det og vi vil egentlig gerne have, at det kunne blive ved. Det var ikke kun op til læger eller sygeplejersker at byde ind. Alle kunne byde ind med, hvem de gerne ville have med til konferencen. - Ergoterapeut (E): De her konferencer betyder, at man har fået et ansigt på hinanden. Når jeg møder X [læge] hilser han på mig og så er det lidt nemmere at gå hen og sige, hvad gør jeg her - Interviewer: Vil det sige, at det at kende hinanden gør det uformelle samarbejde bedre? - F: Helt klar, helt klar. - E: Ja det synes jeg også. Det gør det nemmere. Man ved det er ham og kan lige gå hen og spørge.

Terapeuterne har således deltaget i de flerfaglige konferencer i et meget begrænset omfang. Det skyldes ifølge terapeuterne organisatoriske forhold opstået på grund af øget pres på ressourcer i fysioterapien, venteliste, prioritering af indsats og ”afskaffelse” fast afdelingsfysioterapeut. Forhold som fik stor betydning i forhold den palliative målgruppe. Det fremgår af følgende ordveksling:

Interviewer (I): Ikke ret lang tid efter, vi startede de konferencer op, kom der en udmelding om prioritering af indsatsområder. - E: Ja det er rigtig nok. - I: Hvilken betydning har det haft for de palliative patienter? - E: Jamen det havde jo stor indflydelse, fordi der var så lang en venteliste, blev de nedprioriteret. - F: De var prioriteret meget langt ned.

Det betød for det første, at terapeuterne valgte kun at deltage i de flerfaglige konferencer, når en af de patienter, de havde i behandling, var sat på til konference. Det medførte, at strukturelle forhold omkring de flerfaglige konferencer gav problemer, idet terapeuterne havde svært ved at finde ud af, hvilke patienter, der aktuelt var sat på til konference. For det andet var de involveret i færre palliative patientforløb, dels fordi der var ventetid på at komme i behandling, dels fordi afdelingen simpelthen holdt op med at sende henvisninger om palliativ fysioterapi - og ergoterapi, selvom det sidste ikke var omfattet af venteliste.

E: Jeg synes tit vi spurgte [hvilke patienter der var på konference]. Vi havde skrevet det ned i vores kalender og så ringede vi derop og spurgte sekretæren, men de vidste ikke, hvem der var på. Det synes jeg, vi brugte meget tid på og til sidst bestemte vi, at det ville vi ikke bruge mere tid på. De [afdelingens personale] måtte komme til os, hvis det var. - I:

Afdelingen havde en forventning om, at I kom hver gang. - E: Ja men det kunne vi ikke, for vi havde tit teamet lige på det tidspunkt, så derfor blev vi enige om, at det skulle være en patient, vi havde, før vi kom derop - F: .. og som vi også havde taget ind til behandling. Det var der, vi begyndte at få den venteliste nede ved os og så gik det jo lidt i stå. For det kan godt være der blev sendt en henvisning til os, men det var ikke sikkert, de blev startet op og vi skulle jo først ind at læse på patienten. Nogen gange talte vi om, at det var rigtig rart at vide, om de var palliative, så man fra starten kunne se, at de kunne være en ide til en konference. For da blev det sådan, at det ikke kun var mig og dig [ergoterapeut] - E: Da kom der jo flere i afdelingen. - F: Da kom de andre [terapeuter] også derop. - E: Jeg fornemmede, at da de [afdelingens personale] oplevede, at der var ventetid, så stoppede de med begge dele., både ergoterapi og fysioterapi.

Begge terapeuter fortæller om, hvilken betydning projektet i øvrigt har haft for deres plads i en flerfaglig palliativ indsats. De to terapeuter havde på basiskurset i palliation et indlæg om, hvad de som faggruppe kunne bidrage i den palliative indsats. Det er deres opfattelse, at personalet har fået større kendskab til og forståelse for, hvad de kan bidrage med. Det førte i en periode til, at de fik flere henvisninger på fysio - og ergoterapi til palliative patienter. Det ændrede sig imidlertid med de ændrede organisatoriske forudsætninger i terapiafdelingen. Terapeuterne beretter følgende:

F: Der kom et lille boom i henvisninger efter de der teamdage. - E: Jeg synes, der kom et stort boom, i hvert fald fik jeg mange henvisninger. - F: ..og det er jo bare rigtig dejlig kan man sige. - E: Ja. - F: Men vi havde ikke ressourcerne til at efterkomme det. - E: Jeg kan mærke, at de har større forståelse for, hvad jeg går og laver og der er også kommet flere henvisninger på deciderede hjælpemidler ved udskrivelse. Der er ikke så meget om spisning og mobilisering, men det er heller ikke sikkert, de har brug for sådan noget..og også kørestole. Det er ligesom, fordi der har været ventetid, så har de heller ikke henvist til os. Det er ebbet lidt ud. - F: I starten synes jeg, det var nogle meget åbne henvisninger, de [læger] lavede. De blev faktisk klar over, at det var det, vi gerne ville have. De blev klar over, at vi lavede en hel del.. om de var helt klar over, hvad vi lavede, men de fandt ud af, at vi kunne bruges til mange ting. De brugte os også i starten, men som kom vores venteliste og så er det gået lidt ned derefter.

Sammenfatning

Nedenfor sammenfattes resultater og fund relateret til den tværfaglige og den flerfaglige indsats.

Den tværfaglige indsats

Resultater og fund relateret til den tværfaglige indsats er baseret på spørgsmål 19-20 i spørgeskemaet (bilag 2:2) og fokusgruppeinterview. Resultaterne viser, at sengeafsnit og lægegruppen vurderer, at det tværfaglige samarbejde mellem sygeplejepersonale og læger i palliative forløb og etablering af fælles tværfaglige mål i palliative forløb (spørgsmål 20) er forbedret. De to grupper har en positiv score varierende fra 92 % -100 %. Dagafsnit har en positiv

score fra 36 % - 45 % og en tilsvarende højere negativ score (27 % og 36 %), som ligger markant under den gennemsnitlige totale score. Der er påvist signifikant forskel (p-værdi 0,002) mellem grupper på begge spørgsmål. Forskelle der formentlig kan henføres til det tværfaglige samarbejde som et indsatsområde i sengeafsnittet. Resultaterne tyder således på, at det er muligt at forbedre den tværfaglige indsats i palliative forløb med de konkrete tiltag, som er iværksat med dette projekt. Disse vurderinger uddybes i fokusgruppe interview.

Sygeplejepersonalet i **dagafsnit** fremfører, at der ikke er lykkedes at iværksætte konkrete tiltag, som har haft fokus på at forbedre den tværfaglige indsats.

Lægegruppen henfører forbedringer i den tværfaglige indsats til palliationskonferencerne, hvor det tværfaglige samarbejde især har udspillet sig. Lægegruppen tillægger det tværfaglige samarbejde betydning, fordi det giver en bedre vurdering af konkrete patientsituationer. Forbedringer i det tværfaglige samarbejde omfatter optimering af afdelingens konferencekultur med øget faglighed, bedre struktur omkring konferencerne og et forbedret samarbejds-klima.

Optimering af fagligheden er ifølge lægerne især sket i sygeplejegruppen. Gruppen påtager sig et større ansvar for at stoppe op, vurdere den enkelte patient og stille krav om stillingtagen på de fælles konferencer. Den øgede faglighed har medført en mere nuanceret debat om konkrete patienter og dermed et mere kvalificeret beslutningsgrundlag.

Den løbende debat om konkrete patientforløb på de tværfaglige palliationskonferencer har bidraget til at forbedre det tværfaglige samarbejds-klima. Konferencerne har haft en lynafledende funktion, som har betydet færre konflikter mellem de to faggrupper. Strukturen omkring palliationskonferencer er forbedret.

I strukturen indgår ifølge lægerne forberedelsestid, oplæg om den enkelte patientsag, et diskussionsredskab som udgangspunkt for diskussion, styring af debatten og inddragelse af konferencedeltagere. Forhold som er forbedret med introduktion af kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb, anvendelse af et konkret diskussionsredskab og projektlederens rolle som leder af konferencerne.

Lægegruppen udtrykker imidlertid bekymring for, om der er skabt en blivende ny konferencekultur, som kan sikre kvalificeret gennemførelse af palliationskonferencerne fremover uden projektleders tilstedeværelse. De fremfører tre forhold relateret til faglig kompetence og strukturelle forhold i sygeplejegruppen, som endnu ikke er blivende forankret i afdelingens konferencekultur:

(1) Gennemførelse af palliationskonferencerne er personafhængig og kræver særlige faglige kompetencer som personlighed, overblik og engagement, som efterspørges. (2) Sygeplejepersonalet forbereder sig ikke til konferencerne. (3) Der er en uklar ansvarsfordeling i sygeplejegruppen, og det

kan være en barriere for forberedelse og afholdelse af og konferencerne. Der foreslås et større ledelsesmæssigt ansvar for delegering af ansvar for gennemførelse af konferencerne.

Sygeplejepersonalet i **sengeafsnit** fremhæver også palliationskonferencerne som det forum, hvor det tværfaglige samarbejde især har udspillet sig. Sygeplejepersonalet tillægger det tværfaglige samarbejde betydning for etablering af fælles tværfaglige mål i palliative forløb. Den fælles afklaring af mål for indsatsen har stor betydning for sygeplejepersonalets faglighed, da det at fremstå som et enigt TEAM betyder, at sygeplejepersonalet får mod til at overskride personlige barrierer og gå åbent ind i ”de svære samtaler” med patienter og pårørende.

Det forbedrede tværfaglige samarbejde relateres til en optimering af afdelingens konferencekultur, som rummer de samme elementer, som lægegruppen fremfører: Faglighed, samarbejdsclima og struktur, om end med betoning af andre forhold end lægegruppen. Øget faglighed i palliation både i sygeplejegruppen og lægegruppen har bidraget til at forbedre det faglige indhold i konferencerne. Introduktion af kliniske faser i palliative forløb har betydet, at sygeplejepersonalet har fået et mere nuanceret sprog til at indgå i tværfaglige diskussioner, stille de rigtige spørgsmål og holde fast i diskussionen. De kliniske faser udgør et fælles tværfagligt sprog, som danner et fælles udgangspunkt for tværfaglige diskussioner. Det har for nogen lægers vedkommende ført til et ændret lægefagligt fokus, fra en meget behandlingsorienteret tilgang til en tilgang, hvor bevidstheden om palliative problemstillinger i højere grad indgår i lægers faglighed.

Den øgede faglighed i palliation har haft positiv indvirkning på samarbejdsclimaet og banet vejen for gensidig udveksling af synspunkter og etablering af fælles tværfaglige mål i de enkelte patientforløb. Sygeplejepersonalet beretter om større gensidig forståelse, anerkendelse og respekt for hinandens faglighed og synspunkter.

Sygeplejepersonalet tillægger strukturen omkring palliationskonferencerne stor betydning. De fremhæver egen planlægning og koordinering, disciplineret fremmøde og tovholder - og ordstyrerfunktion på konferencen. Forhold som i projektperioden blev sikret i kraft af projektlederens rolle og ansvar for gennemførelse af konferencerne. Det har desuden betydning, at de læger, som kan og vil tage stilling til den konkrete patientsituation, deltager i konferencen. Derfor kan det have afgørende betydning, at patientens kontaktlæge deltager og såfremt det skal lykkes at etablere fælles tværfaglige mål, er det afgørende, at der er enighed i lægegruppen herom.

Sygeplejegruppen udtrykker som lægegruppen bekymring for, om der med projektet er skabt en blivende ny konferencekultur, som kan sikre kvalificeret gennemførelse af palliationskonferencer fremover. Bekymringerne er relateret til faglighed, samarbejdsclima og strukturelle forhold. (1)

Gennemførelse af tværfaglige palliationskonferencer er fortsat personafhængig, afhængig af den enkeltes faglighed indenfor palliation og det kan stadig variere en del. (2) Trods et bedre samarbejds-klima, nyder sygeplejegruppen ikke samme respekt som projektlederen. (3) Planlægning og koordinering i egen gruppe er mangelfuld og udgør en strukturel barriere, for gennemførelse af palliationskonferencerne. (4) Projektforløb og projektleder har haft positiv indvirkning på fremmøde og deltagelse. Efter projektafslutning ses svigtende interesse og mødedisciplin i lægegruppen. (5) Kontaktlægesystemet og manglende kontinuitet i lægegruppens fremmøde udgør en strukturel barriere for gennemførelse af palliationskonferencer og dermed en barriere for det tværfaglige samarbejde og for etablering af fælles tværfaglige mål.

En flerfaglig indsats.

Resultater og fund relateret til den flerfaglige indsats er baseret på spørgsmål 21-24 (bilag 2:2), fokusgruppinterview og individuelle interview. Resultaterne viser signifikant forskel mellem grupper på samtlige spørgsmål. Dagafsnit skiller sig ud med en positiv score betydelig under den gennemsnitlige score. En forskel som formentlig kan henføres til, at inddragelse af andre faggrupper ikke har været et konkret indsatsområde i dagafsnittet. Inddragelse af socialrådgiver og præst får en forholdsvis høj positiv score både af sygeplejepersonalet i sengeafsnit og lægegruppen. Derimod har projektet i mindre omfang bidraget til at inddrage fysioterapeut og ergoterapeut i palliative forløb. Resultaterne uddybes og nuanceres med interviewfund.

Sygeplejepersonalet i **dagafsnittet** fremfører, at de qua projektet ved, hvor de kan hente viden og information om palliation. Den viden har tilsyneladende ikke udmøntet sig i øget inddragelse af andre faggrupper i palliation.

Lægegruppen vurderer, at især socialrådgiver og præst er blevet mere synlige i den palliative indsats via deltagelse i palliationskonferencerne, hvor de har bidraget med nye perspektiver og synsvinkler på konkrete patientforløb. Derimod har fysioterapeut og ergoterapeut stort set ikke deltaget i de flerfaglige konferencer og ikke været særlig synlige i den palliative indsats i afdelingen. I den sidste del af implementeringsperioden, hvor den palliative fysio - og ergoterapeutiske indsats for alvor var tænkt styrket, opstod der ressourcemæssige problemer i terapiafdelingen. Det betød venteliste, prioritering af indsatsen, fast afdelingsfysioterapeut sat på stand by og lav prioritering af palliativ fysioterapi. De manglende ressourcer blev starten på en selvforstærkende proces, som betød, at lægegruppen holdt op med at henvise patienter til palliativ fysioterapi, fordi henvisninger ikke blev imødekommet.

Sygeplejepersonalet i sengeafsnit tillægger også de flerfaglige palliationskonferencer stor betydning for udviklingen af en flerfaglig indsats. De fremhæver, at både præst og socialrådgiver er blevet mere synlige i afdelingen og i deres bevidsthed og de har i højere grad fået øjnene op for, at præsten og socialrådgiveren kan bidrage med andre perspektiver i palliative patientforløb. Sygeplejepersonalet vurderer, at både præst og socialrådgiver bliver inddraget i flere patientforløb og som ressourcepersoner for personalet. Sygeplejepersonalet fremhæver de manglende fysioterapeutressourcer som et problem. Qua projektet har sygeplejepersonalet har fået øjnene op for, hvad en fysioterapeut kan bidrage med i en palliativ indsats. Ressourcemæssige problemer i terapiafdelingen betød imidlertid, at palliativ fysioterapi ikke for alvor blev et tilbud til i palliative patientforløb.

Præsten anfører, at det har været meget positivt for hende personligt at deltage i de flerfaglige konferencer som forholdsvis nyansat hospitalspræst på sygehuset. Hun blev hurtigt kendt med personalet, følte sig hjemme og fik indblik i det ukendte land, hospitalsverdenen var. Præsten fremfører, at deltagelse i de flerfaglige konferencer har bidraget til øget forståelse og respekt for andre faggruppers indsats og hvor svært det kan være at være plejepersonale ansigt til ansigt med døden: Præsten vurderer, at hun inddrages målbart mere i palliative patientforløb i afdelingen og som ressourceperson for personalet. Det kan dog være svært at finde sin rolle som præst i et flerfagligt samarbejde, idet præster har tavshedspligt.

Socialrådgiveren fremhæver, at både kontakten og samarbejdet med læger og sygeplejepersonale har ændret sig positivt. Hun tillægger her både deltagelse i dialogkonferencer, basiskursus i palliation, dagligdagen og de flerfaglige palliationskonferencer afgørende betydning herfor. Med disse tiltag er der skabt et fundament for et flerfagligt samarbejde og en flerfaglig indsats. Socialrådgiveren fremfører, at primært sygeplejepersonalet er blevet mere opmærksomme på at inddrage hende i palliative forløb, hvor hun har bidraget med nye perspektiver og synsvinkler i konkrete patientforløb. Socialrådgiveren tillægger de flerfaglige palliationskonferencer stor betydning og betoner, at den formelle organisering har haft afledte positive effekter på det uformelle flerfaglige samarbejde i hverdagen. Socialrådgiveren fortæller, at deltagelse i udvikling af et flerfagligt samarbejde har været berigende fagligt, samarbejdsomt og menneskeligt. Selv har hun fået en større indsigt og mere nuanceret forståelse og respekt for de øvrige faggruppers indsats.

Afdelingens **fysioterapeut og ergoterapeut** har kun deltaget i ganske få flerfaglige konferencer, men dem de deltog i var med et flerfagligt indhold i et konstruktivt samarbejds-klima - med positive effekter på det uformelle samarbejde. Den sparsomme deltagelse i de flerfaglige konferencer skyldes ifølge terapeuterne organisatoriske forhold opstået på grund af øget pres på ressourcer i fysio-

rapien, venteliste, prioritering af indsats og ”afskaffelse” fast afdelingsfysioterapeut. Det betød for det første, at terapiafdelingen kun deltog i de flerfaglige konferencer, når en af deres patienter var oppe på konferencen. For det andet var de involveret i færre palliative patientforløb, dels fordi der var ventetid på at komme i behandling, dels fordi afdelingen simpelthen holdt op med at sende henvisninger om palliativ fysioterapi og ergoterapi.

Begge terapeuter vurderer, at deltagelse i projektet har betydet, at personalet har fået større kendskab til og forståelse for, hvad de som faggruppe kan bidrage med i den palliative indsats. Det førte i en periode til flere henvisninger på fysio - og ergoterapi til palliative patienter. Det ændrede sig imidlertid med de ændrede organisatoriske forudsætninger i terapiafdelingen.

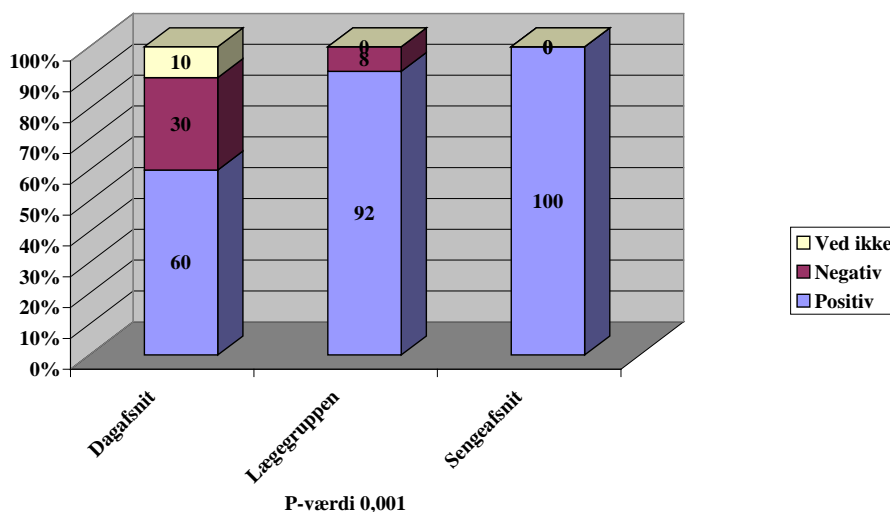
9. Gennemførelse af projektet

I det følgende præsenteres personalets vurdering af selve projektføreløbet. Der er fokus på at vurdere de metoder og den proces, som er anvendt til at opnå forbedringer i den palliative indsats. Fremstillingen er inddelt i fem afsnit: 1) Forbedring af den samlede palliative indsats; 2) Fase 1: Status; 3) Fase 2: Aktionsplanlægning; 4) Fase 3: Implementeringsfasen; 5) Projektføreløb: Organisering og styring; 6) Projektføreløb: Proces. Fremstillingen er baseret på data fra såvel spørgeskema som fokusgruppe interview og i mindre omfang individuelle interview. Der er stillet i alt otte spørgsmål relateret til gennemførelse af projektet (bilag 2). Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen præsenteres løbende sammen med interviewfund i de ovennævnte seks afsnit.

Forbedring af den samlede palliative indsats

Resultater af spørgsmål 1 fremgår af figur 29.

I hvilken grad har projekt lindrende indsats bidraget til at forbedre den samlede palliative indsats på dit afsnit/din afdeling?



Figur 29

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 88 %; negativ score 10 %; ved ikke 2 %. Der ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,001). Dagafsnittet skiller sig markant ud med en positiv score på 60 % og en negativ score på 30 %, som begge ligger et godt stykke under den gennemsnitlige total positive score på 88 %. Sengeafsnit har en positiv score på 100 %. Lægegruppens vurdering ligger tæt på sengeafsnittets, dog med den forskel, at der her er en negativ score på 8 %.

Diskussion af resultater

Respondenternes vurdering af projektets bidrag til at forbedre den samlede palliative indsats får en høj positiv score i sengeafsnit og lægegruppen (henholdsvis 100 % og 91 %). Der ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,001), idet dagafsnit har en score som ligger godt under den totale gennemsnitlige score, nemlig en positiv score på 60 % og negativ score på 30 %. Det betyder, at ca. 1/3 vurderer, at projektet i dagafsnit i mindre grad (30 %) har haft betydning for forbedring af den palliative indsats. Et forhold som formentlig afspejler forskelle i implementeringsfasen.

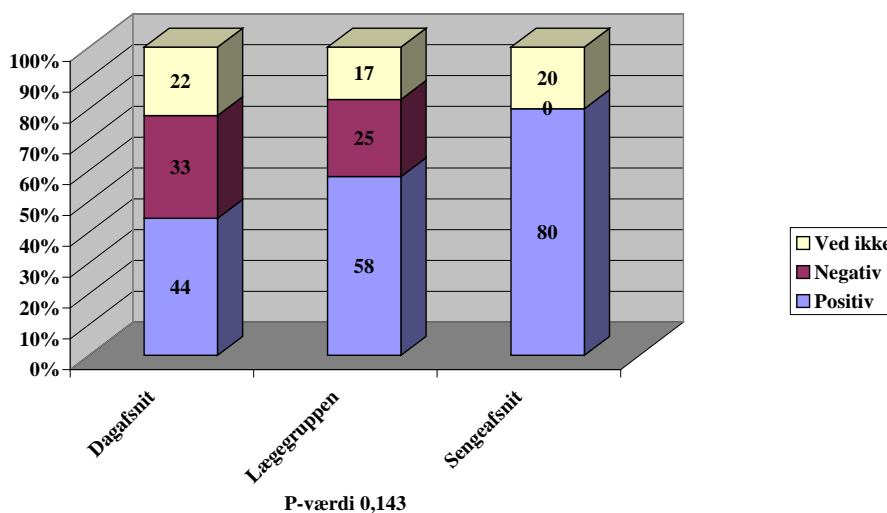
Fase 1: Status

I dette afsnit præsenteres resultater og fund relateret til projektets fase 1: Status. Resultater er baseret på spørgsmål 2, hvor der spørges ind til statusrapportens betydning for udvikling af den lindrende indsats. Statusrapportens betydning uddybes med fund fra fokusgruppe interview.

Status - resultater

Resultater af spørgsmål 2 fremgår af figur 30.

Hvilken betydning mener du, at Statusrapporten har haft for udvikling af den lindrende indsats på dit afsnit/din afdeling?



Figur 30

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 66 %; negativ score 15 %; ved ikke 20 %. Der er ikke signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,143).

Diskussion af resultater

Statusrapporten er gennemført via feltstudier i både sengeafsnit og dagafsnit og fokusgruppe interview med deltagelse af sygeplejerspersonale fra begge afsnit og fra lægegruppen. Det er således ikke i udgangspunktet forskel på inddragelse af de tre grupper i statusfasen.

Der ses ikke signifikant forskel mellem grupper, men en tendens til, at såvel lægegruppen som dagafsnit tillægger statusrapporten mindre betydning for udvikling af den lindrende indsats end sengeafsnittet. Sengeafsnittet har en betydelig højere positiv score (80 %) på det spørgsmål end lægegruppen (58 %) og i særdeleshed dagafsnit (44 %). Der ses en andel ved ikke svar på ca. 1/5 jævnt fordelt i de tre grupper.

Status - interviewfund

I fokusgruppeinterview uddyber deltagerne, hvilken betydning statusrapporten har haft for projektførelsen med særlig fokus på, i hvilken grad statusrapporten har været et relevant udgangspunkt for det videre projektførelse i aktionsplanlægnings- og implementeringsfasen.

I **dagafsnittet** vurderes, at statusrapporten har været et godt udgangspunkt for den videre proces. De fremhæver, at statusrapporten har bidraget til at skabe opmærksomhed om relevante indsatsområder set fra patientens perspektiv, idet rapporten har synliggjort nogle patientbehov, som personalet ikke var tilstrækkelig bevidst om, ikke blev imødekommet. Det udtaler to informanter således: ”Vi var da temmelig chokerede over det. Det var vi da” (splp.1). - ” Havde vores patienter virkelig den oplevelse.....af at være i dagafsnittet?” (splp. 2). Informanterne fremhæver desuden det positive i, at rapporten rummer patientens perspektiv, dels fordi patienternes oplevelse er vigtig for dem, dels fordi de er klar over, at de ikke nødvendigvis får det fulde kendskab til patienternes oplevelse og vurdering af indsatsen. De to forhold udtrykkes således:

Splp.1: Hvis vi ser på vores patienter i dag, så kommer de med .. et skalkeskjul ... ”her kommer jeg og har det godt! Det kan godt være, at det ikke lige går så godt, men så giv mig lige den behandling og så hjem igen”, for jeg tror nogle gange, de tager hensyn til os, for så bliver vi lige ringet op, eller der kommer en, som skal have noget medicin. Der er vildt mange afbrydelser. - Splp. 2: Jeg synes et eller andet sted, det skal tage udgangspunkt i patienterne. Det er jo dem, der oplever det rigtige og det forkerte. Ja, jeg synes bestemt, det er der, man skal tage udgangspunkt.

Informanter i dagafsnit fremhæver, at de et eller andet sted godt var klar over, at de ikke havde tid og rum til samtaler med patienterne. En informant siger det sådan: ”Hvad angår personalet kan man jo sige, at vi et eller andet sted godt var klar over, hvordan det var, men det var også rart at få

det der dap i nakken, at det var faktisk sådan de [patienterne] oplevede det. De har ind imellem behov for, at vi tager en længere snak med dem” (splp.). Det at se patienternes oplevelse på tryk i statusrapporten har bidraget til bevidst refleksion over afsnittets praksis og været bestemmende for det indsatsområde, der blev prioriteret i implementeringsfasen, nemlig samtalen. Det udtrykkes sådan: ”Jeg synes, jeg fik en Ahaoplevelse. Virker vi sådan overfor patienterne? Det var min tanke. Er det den attitude, vi har på, når vi går ind til patienten, at vi ikke har tid til at snakke med dem? Altså, du ser godt ud og så går vi igen. Det var faktisk det, der stod, synes jeg” (splp.).

Endelig siger informanterne, at statusrapportens fund med fordel kunne være diskuteret på et fælles personalemøde for at få en fælles diskussion af indhold, få overblik og gøre noget aktivt med den viden, som fremkom i rapporten. Det udtrykkes således:

Jeg tænker på, om det havde været en fordel for os, om vi havde holdt et personalemøde her nede i dagafsnittet efter vi fik den statusrapport og fået det snakket lidt mere igennem. Vi snakkede om den, når vi fik kaffe og vi stod ude i hullerne [mellemgange mellem stuer].. sådan for at få lidt en samling på det, at vi lige fik luftet, hvad var det. Så synes jeg, vi kunne gøre noget aktivt ved det på en eller anden måde (splp.).

Sygeplejepersonalet i **sengeafsnittet** fremhæver, at statusrapporten var et godt grundlag for det videre projektforsøg. Rapporten har med sine analyser og tydeliggørelse af problemstillinger bidraget til at skabe respekt om den videre proces og opnåede resultat. Det udtrykker en informant således:

Den [statusrapporten] skaber jo hele grundlaget for det, vi skal, så vi kan have respekt for det, der kommer ud af det. Man kunne ikke bare have startet et eller andet sted. Det er godt at få lavet en analyse fra start, hvorfor det er vigtigt at få set på det her for at have respekt for de ting, som kommer videre frem (splp.).

Derudover fremhæver informanterne det positive i, at det var en udefrakommende og uafhængig person, som varetog opgaven. En udefrakommende er mere uafhængig, troløs i forhold til interne forhold, mere fordomsfri end personalet og i stand til at identificere relevante problemer. Personalet fremhæver således, at deres rolle i en insiderposition sætter grænser for deres evne til refleksion over egen praksis. Det fremhæves desuden, at det har været godt, at såvel patienter som personale har bidraget med deres perspektiver. Disse forhold uddybes med nedenstående citater:

Splp. 1: Jeg synes, de ting du [projektleder] sagde på Skydepavillonen [stedet for dialogkonferencerne], det var virkelig godt. Det var virkelig med mærke på, hvor problemerne er og jeg tror, det kræver noget arbejde at se, altså måske fra en lidt udefra, hvor er det, problemerne er henne. Og jeg tænkte bare, da du sagde de her ting.. det er bare rigtig og det er

bare godt at tage udgangspunkt i, frem for det var os selv, der skulle sige hvad. - Splp. 2: Og måden at finde ud af hvordan tingene står til, at det både var patienterne og os, der sagde nogen ting. - Splp.3: Jeg tænker også på, at en ude fra tør måske sige de ting, hvor vi måske ville holde os lidt tilbage. - Splp 4: Det kan også være svært for os, der er i det at se det. - Splp. 3: Og man kan være farvet af nogle ting.

Informanter fremfører i den forbindelse, at det har betydning for deres motivation og engagement i den videre proces, at de kunne genkende og bekræfte statusrapportens fund. Det har et personalemedlem skrevet som en uddybende kommentar i et spørgeskema: *"Det har stor betydning, at statusrapporten er fyldt med konkrete og genkendelige situationer, da det virker motiverende, at anbefalingerne giver svar på, hvordan det kan gøres bedre i forhold til konkrete situationer"* (splp). En anden informant uddyber dette i fokusgruppe interviewet: *"Jeg synes, der er rigtig mange ting, jeg har læst om, hvor jeg har tænkt, jamen det er rigtig. Det skal jo også være det, det der gør os aktive, sætter det i gang"* (splp.). Det ser således ud til at have betydning, at fundene er så tilpas fremmede, at de stimulerer til refleksion, men ikke så fremmede, at personalet ikke kan genkende fundene og måske tager afstand fra dem.

Hvad angår **lægegruppen** fremhæver de statusrapportens betydning for udpegning af indsatsområder i implementeringsfasen. Styrken har ifølge lægegruppen været, at der er kommet en person udefra (projektleder), som har kendskab til det palliative område og som med det udgangspunkt er kommet med anbefalinger til potentielle udviklingsområder. Det kommer frem i flg. diskussion:

Læge 1: Jeg tror, det har haft betydning, at du [projektleder] har beskæftiget dig med området. - Interviewer: En ude fra med 12 anbefalinger [beskrevet i statusrapport], nu skal I bare se her! - Læge 2: Det synes jeg ikke. - Læge 3: Nej sådan har jeg heller ikke oplevet det. - Læge 4: Jeg tror tværtimod, det SKAL komme udefra. Jeg tror ikke, det kan springe ud af afdelingen. Det er jeg ret overbevist om. - Læge 5: Du [projektleder] har sikkert læst en hel masse kloge bøger, inden du er kommet frem til nogetdet skal der til for, at der kan komme noget nyt. Det kan ikke udspringe af sig selv. Det kan det ikke. - Læge 3: Nej, nej.

Derudover fremhæves, at det har haft positiv betydning, at projektet har karakter af et forskningsprojekt. Det har skabt opmærksomhed og respekt omkring projektet. En læge udtrykker det således:

Hvis du havde spurgt mig for to år siden, så ville jeg have sagt, at det var at køre det op på for højt et plan, men i dag vil jeg sige, at når det er lagt an som et forskningsprojekt, så bærer det mere til. Så giver det mere opmærksomhed. Det kaster noget andet af sig. Så i dag synes jeg, det er det rigtige. Det giver en anden pondus. Det vejer anderledes inden for afdelingen, fordi det er inden for et område, vi kalder de bløde værdier (læge).

Rollen som udefrakommende ekspert og forsker har således bidraget til at engagere lægegruppen i projektet, sikre opbakning til relevante udviklingsområder og skabe lydhørhed for forskellige synsvinkler uafhængig af faggrupper, altså en uvildig rapport. Det udtaler en læge således:

Jeg tror, det var godt nok den [statusrapport] blev lavet, for de to faggrupper snakker nok alligevel så forskellige sprog, så hvis sygeplejerskerne havde foreslået de konferencer [palliationskonferencer], så kan det godt være vi havde ladet det løbe ud i sandet på en eller anden måde [griner] (læge).

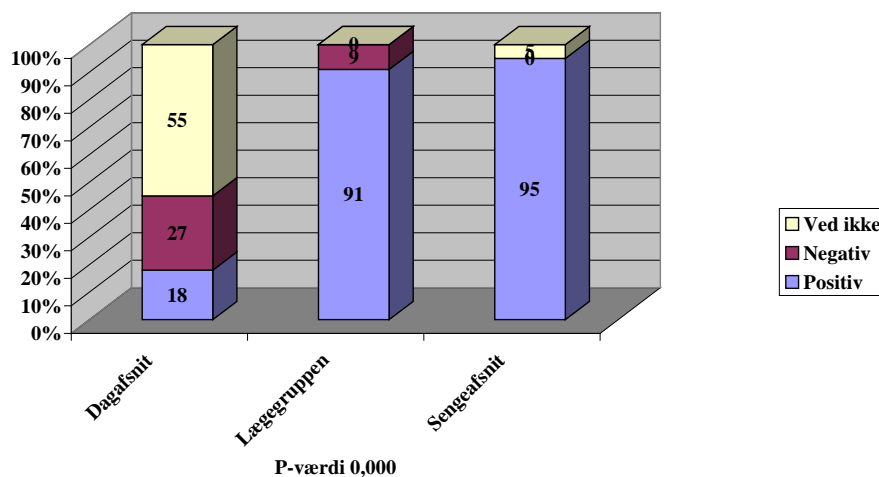
Fase 2: Aktionsplanlægning

I dette afsnit præsenteres resultater og fund relateret til projektets fase 2: Aktionsplanlægning, hvor konkrete tiltag til gennemførelse i implementeringsfasen blev planlagt. Resultaterne er baseret på spørgsmål 3, hvor der spørges til dialogkonferencens betydning for den enkeltes indflydelse på udpegning af de konkrete indsatsområder, som skulle gennemføres i implementeringsfasen. Det uddybes med fund fra fokusgruppe interview.

Aktionsplanlægning - resultater

Resultater af spørgsmål 3 fremgår af figur 31.

Hvilken betydning mener du, at Dialogkonferencen har haft for din indflydelse på konkrete udviklingsområder indenfor palliation på dit afsnit/din afdeling?



Figur 31

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 74 %; negativ score 9 %; ved ikke 17 %. Der ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,000). Dagafsnit skiller sig markant ud med en lav

positiv score, en høj negativ score og en stor andel ved ikke sammenlignet med sengeafsnit og lægegruppen, som har en høj positiv score på henholdsvis 95 % og 91 %.

Diskussion af resultater

På spørgsmålet om dialogkonferencens betydning for den enkeltes indflydelse på de prioriterede udviklingsområder ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,000). Sengeafsnit og lægegruppen har en høj positiv score på > 90 %, til forskel fra dagafsnittet, som har en betydelig lavere positiv score (18 %), en højere negativ score på 27 % og en stor andel af ved ikke svar (54 %). Der har ikke været forskel på de tre gruppers inddragelse i den del af projektførelsen, så forskelle kan ikke henføres til manglende deltagelse i selve dialogkonferencen. Interviewfund, som uddybes nedenfor, antyder mulige forklaringer.

Aktionsplanlægning - interviewfund

I **dagafsnittets** besvarelser af spørgeskemaer fremgår, at der er en stor andel af ved ikke svar (55 %). Det kommer frem i interviewet, at de har svært ved at huske dialogkonferencerne. To informanter udtaler følgende: ” *Jeg kan godt nok ikke huske det hele*” (splp.1) - ” *Jeg kan ikke engang huske, hvem der var i vores gruppe*” (splp.2). En informant husker dog, at dialogkonferencerne var præget af, at nogle få talte meget, færre lidt og nogen sagde slet ikke noget, fordi de ikke var med fra starten: ” *Jeg synes dialogkonferencerne var præget af, at der var nogle få der talte meget, så var der nogen der ikke rigtig sagde noget og nogen sagde slet ikke noget, fordi de ikke var med fra starten. Så de følte sig ligesom hægtet af*” (splp.). Det står tydeligt i erindringen for de fleste, at der kom store visioner ud af mødet, som imidlertid ikke blev implementeret i praksis. Det udtaler tre personalemedlemmer således: ” *Jeg kan huske, at der kom store visioner ud af det*” (splp.1). - ” *Men så er den jo stoppet der*” (splp.2)! - ” *Ja, det er nemlig det*” (splp.3).

Derudover er der delte meninger om afslutningen på planlægningsfasen, hvor konkrete tiltag i implementeringsperioden blev prioriteret. Det fremhæves, at samtalen, som var det konkrete indsatsområde, der blev prioriteret til implementering i dagafsnit, var et vigtigt tiltag, men en anden kunne have ønsket sig supervision tillige. Det fremgår af følgende udsagn:

Splp.1: Jeg synes samtalen er vigtig, det må jeg indrømme. - Splp. 2: Jeg ville hellere have haft noget supervision, eller jeg ville også have haft noget supervision. - Splp. 3: Tror du ikke, det hænger sammen? Før vi begynder at arbejde med nogle samtaler, så er det også vigtigt, at vi er rustet.

Sygeplejepersonalet i **sengeafsnittet** fremhæver, at de havde nogle gode tværfaglige dialoger i de små grupper på dialogkonferencen, hvor de følte sig set og hørt. De tog hjem med en positiv oplevelse af det, der blev talt om. En informant udtrykker det sådan: *"Vi havde nogle gode tværfaglige dialoger i vores gruppe. Jeg kan ikke lige huske, hvad vi kom frem til. Jo, jeg synes vi havde nogle rigtig gode dialoger og jeg synes ikke, der var nogen forskel i, hvem man var"* (splp.). Andre udtrykker det sådan: *"Nu var jeg meget sammen med X [læge] og han snakkede jo meget, men jeg synes også, han lyttede på os andre"* (splp.2). - *"Jeg ved ikke, om det reelt er sket, men jeg har en følelse af at blive hørt"* (splp.2).

Informanter fremhæver det positive i, at dialogkonferencerne var tværfaglige. Det udtales således: *"Jeg tror, det er godt for afdelingen, at det var tværfagligt"* (splp.1)- *"Ellers var vi ikke kommet nogen vegne"* (splp.2) - *"Ikke i forhold til afdelingens regi, men det kan da godt være, vi andre var"* (splp.3) - *"Nej i det store billede var vi nok ikke"* (splp.4).

Endelig er der enighed om, at de tiltag, som blev udvalgt til implementering, var de rigtige og at tiltagene blev prioriteret i den rigtige rækkefølge. Personalet vurderer, at det er et basalt fundament i afdelingens palliative indsats først at arbejde med identificering af den palliative målgruppe, kliniske faser i palliative forløb og overgange mellem. Først derefter kan det være aktuelt at arbejde videre med eksempelvis samtale og supervision. Det udtales på flg. måde:

Splp. 1: For mit vedkommende har det været godt at få lavet den afgrænsning med faserne, for som jeg sagde tidligere, det er svært at pleje en patient, hvis man ikke ved, om det er kurativt eller palliativt. - Splp. 2: Overgangene...vi var jo nødt til at starte med Adam og Eva [...] Vi er bare nødt til at finde ud af, hvordan identificerer vi det her og det synes jeg, projektet har gjort bedre. - Splp. 3: Jeg kunne godt have tænkt mig at arbejde mere med samtale, men det er et skridt længere, for vi er nødt til at vide noget om den basale palliation, før vi kan gå op til det næste skridt og det kunne være at arbejde videre med sådan noget. - Splp.4: Det kunne også være gennem supervision, men jeg synes skridtene er taget i den rigtige rækkefølge.

Lægegruppen siger, at de har svært ved at huske i detaljer, hvad der foregik på dialogkonferencerne, men de synes, det var de rigtige ting, der blev prioriteret til implementering. Det udtaler flere på forespørgsel fra interviewer, om det var de rigtige ting, der blev arbejdet med: *"Ja det tror jeg bestemt"* (læge 1) - *"Ja, ellers havde I nok fået det at vide"* (læge 2).

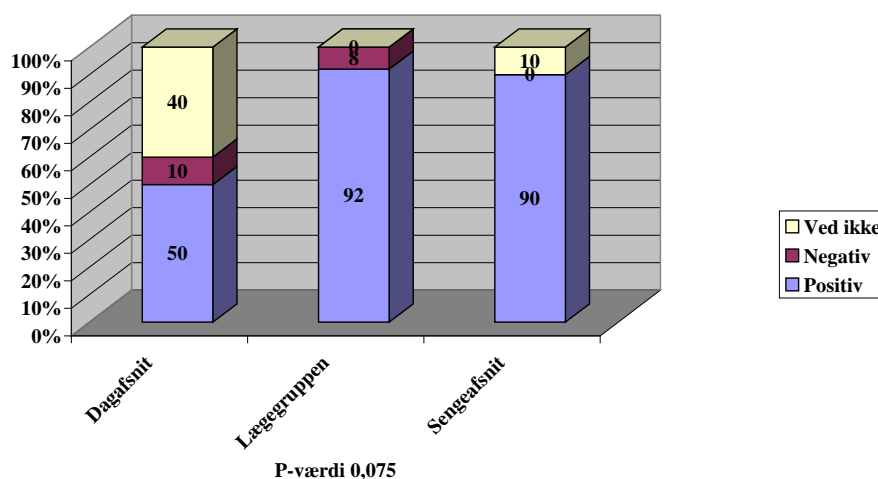
Fase 3: Implementeringsfasen

I dette afsnit præsenteres resultater og fund relateret til projektets fase 3: Implementeringsfasen, hvor konkrete tiltag løbende er prioriteret, implementeret, evalueret og justeret. Resultater er baseret på spørgsmål 4 og 6, som rummer henholdsvis respondenternes vurdering af implementeringsfasens relevans for udvikling af den lindrende indsats og betydningen af projektleders konkret tilstedeværelse i sengeafsnittet i implementeringsfasen. Personalets vurdering af implementeringsfasen uddybes med fund fra fokusgruppe interview med fokus på kompetenceudvikling, interne og eksterne læringskontekster og identifikation af implementeringsbarrierer.

Implementeringsfasen - resultater

Nedenfor præsenteres resultater af spørgsmål 4 og 6. Først spørgsmål 4, som fremgår af figur 32.

I hvilken grad mener du, at implementeringsfasen har været relevant for udvikling af den lindrende indsats i praksis på dit afsnit/din afdeling?

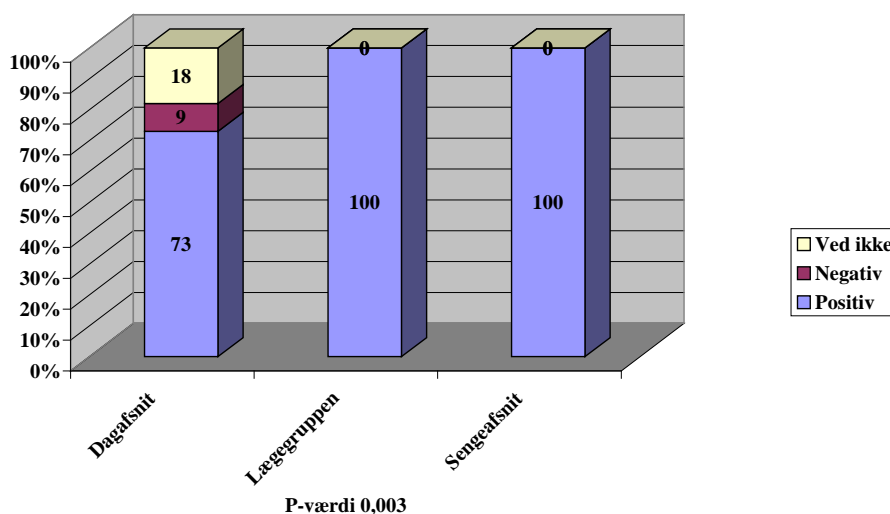


Figur 32

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 81 %; negativ score 5 %; ved ikke 14 %. Der er ikke signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,075), men der er en tendens til, at dagafsnittet skiller sig ud med en positiv score på 50 %, i modsætning til sengeafsnit og lægegruppen, som har en positiv score på omkring 90 %. Dertil kommer, at dagafsnit har en stor andel ved ikke svar (40 %), men en forholdsvis lille andel decideret negative svar.

Resultater af spørgsmål 6 fremgår af figur 33.

Hvilken betydning tillægger du projektleders konkrete tilstedeværelse på dit afsnit/din afdeling i implementeringsfasen?



Figur 33

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 93 %; negativ score 2 %; ved ikke 5 %. Der er signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,003). Dagafsnit skiller sig ud idet deres vurdering ligger på en positiv score på 72 %, en negativ score på 9 % og ved ikke svar på 18 % i modsætning til lægegruppen og sengeafsnit, som begge har en 100 % positiv score.

Diskussion af resultater

Omkring vurdering af implementeringsfasens relevans for udvikling af den lindrende indsats er der ikke signifikant forskel mellem grupper, men der ses en tendens til, at dagafsnit skiller sig ud med en positiv score og en andel ved ikke svar, som ligger betydelig under den totale gennemsnitlige score. Et forhold, som formentlig afspejler forskelle i implementeringsfasens forløb i dagafsnittet.

Projektleders konkrete tilstedeværelse i implementeringsfasen er også vurderet. Det skal understreges, at projektleder kun har været konkret til stede i implementeringsfasen i sengeafsnit to dage/uge med fokus på kompetenceudvikling i den kliniske praksis. På det spørgsmål ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,003). Både sengeafsnit og lægegruppen tillægger projektleders konkrete tilstedeværelse stor værdi, idet der ses en 100 % positiv score på det spørgsmål. Dagafsnit har en tilsvarende positiv score på 72 %, 9 % negativ score og en andel på 18 %, som svarer ved ikke. Den store andel ved ikke svar kan være udtryk for, at dagafsnittet ikke har oplevet projektleders konkrete tilstedeværelse i afsnittet udover dataindsamlingsperioden i projektets første fase.

Implementeringsfasen - interview fund

Implementeringsfasens fund har fokus på kompetenceudvikling/læringskontekster og barrierer i implementeringsfasen. De to hovedområder præsenteres nedenfor i to hovedafsnit.

Kompetenceudvikling og læringskontekster

Fund relateret til kompetenceudvikling og læringskontekster præsenteres i flg. afsnit: 1) Interne læringskontekster; 2) Aktionsforskerens rolle i kompetenceudvikling; 3) Fagligt Forum som kompetencegruppe i palliation; 4) Eksterne læringskontekster.

1. Interne læringskontekster

I **dagafsnit** har der ikke været etableret interne læringskontekster i implementeringsfasen. Det har derimod haft høj prioritet i sengeafsnit. Foran er det beskrevet, hvordan både læger og sygeplejerspersonale tillægger kompetenceudvikling tæt på den daglige kliniske praksis stor betydning. Tilsvarende efterlyser dagafsnit interne læringskontekster, da de ikke har kunnet omsætte den personlige merviden opnået via eksterne læringskontekster til den daglige kliniske praksis.

De interne læringskontekster i **sengeafsnit** har været baseret på tværfaglige og flerfaglige palliationskonferencer afholdt to gange/uge og på projektleders konkrete tilstedeværelse i afdelingen 2 dage/uge og en kompetencegruppe af nøglepersoner, som har fået særlige uddannelses tilbud. I det flg. uddybes **læger og sygeplejerspersonalets** vurdering af den daglige praksis som læringskontekst med fokus på aktionsforskerens og kompetencegruppens betydning.

2. Aktionsforskerens rolle i kompetenceudvikling

Ifølge personalet har aktionsforskeren haft en vigtig rolle som igangsætter og tovholder for udviklingen i den daglige kliniske praksis. De to roller kommer fx til udtryk i forbindelse med forberedelse og gennemførelse af de to ugentlige palliationskonferencer. Aktionsforskeren har i et samarbejde med personalet sikret sig, at der er blevet taget stilling til potentielle patienter til diskussion på konferencen. Det har givet konferencedeltagerne mulighed for at forberede sig på den enkelte patientsituation og hvad den måtte rumme af uafklarede spørgsmål, aktuelle og fremtidige problemstillinger. Aktionsforskeren har bidraget til, at der er kommet struktur og indhold på selve konferencen. Aktionsforskeren har styret selve konferencen, stillet uddybende spørgsmål, inddraget konferencedeltagerne og sikret sig at der er blevet lavet aftaler for det videre patientforløb. Disse forhold uddybes nedenfor med udsagn fra læger og sygeplejerspersonale i sengeafsnit:

Læge 1: Jeg mener personligt, at mens de [palliationskonferencer] var styret og der mener jeg, hvor du [aktionsforsker] var personligt til stede og med til at sikre forberedelse, da var de anderledes. Det er jeg helt sikker på. Det gav mange flere nuancer omkring de enkelte sager og det er jo takket være et ordentligt oplæg. - Læge 2: Du [aktionsforsker] var utrolig god til at få folk engageret. Hvis ikke de sagde noget, så spurgte du dem direkte og sådan er det jo ikke mere. - Splp. 1: De konferencer, jeg har været med til, specielt, når du [aktionsforsker] har været der, har været rigtig gode. - Interviewer: Hvad var forskellen på, at jeg var med? - Splp. 2: Så har der været en tovholder, tror jeg. Du har boret lidt mere og du har holdt fast i det, du har spurgt ind til. - Spl.3:... og fået os andre med og socialrådgiveren og præsten.

Derudover har aktionsforskeren haft en rolle som rollemodel og ekspert i palliation. Rollen som ekspert er kommet til udtryk i forbindelse med palliationskonferencerne. Som aktionsforsker har jeg forsøgt at skabe overblik over den enkelte patientsituation og identificere aktuelle og fremtidige palliative behov via læsning af læge - og sygeplejefjournaler, samtaler med læger og sygeplejepersonale og ikke mindst patient og pårørende for at få deres perspektiv på situationen. Disse vurderinger er anvendt som input til konferencer og det har bidraget til et bredere perspektiv på den konkrete patientsituation. En læge uddyber aktionsforskerens rolle: *"Det at du [aktionsforsker] kunne have en samtale med en patient og så tage det med til konference bagefter. Det var jo en kæmpegevinst. Der kom tit nogle ting frem, som vi andre ikke havde fanget"* (læge).

I rollen som ekspert blev jeg brugt også som problemløser og ressource person i konkrete patientsituationer, når personalet følte, at det ikke selv slog til, eller ikke havde tid nok til at gå ind i afklaring og håndtering af svære problemstillinger. Det uddybes nedenfor:

Splp. 1: Jeg tror, vi er kommet til at bruge dig som en ressourceperson, der hvor vi ikke synes, vi selv slog til. Vi skulle måske have brugt dig mere som en slags mentor. - Interviewer: Hvad er det, der gør, at det ikke er blevet sådan? - Splp. 2: Fordi du er god til det! - Splp. 3: Ja det er rigtig. - Splp. 4: Og du har tiden. Vi har ikke al den tid.

Den kompetenceudvikling, som kan relateres til rollerne som ekspert, problemløser og ressourceperson har haft fokus på eksperten som rollemodel for personalet. Det er foregået ved, at personalet har været med på sidelinjen og set, overhørt eller oplevet, hvordan eksperten arbejder fx i forbindelse med afklarende samtaler med patienter og pårørende. I andre situationer har personalet ikke været med på sidelinjen, men oplevet den positive effekt, som samtaler om svære spørgsmål kan have for patienter og pårørende. Det fortæller en informant om nedenfor:

Splp. 1: Jeg synes, det har været vildt lærerigt, når man har hørt nogle klip af en samtale, når man har været inde på stuen og du [aktionsforsker] har haft en samtale med en patient ...den der spørgeteknik og måden at være der på...

sådan stille og roligt [...] Det er meget den måde... at se dig sammen med patienterne .. og den der ro, men også at snakke med patienterne bagefter om, hvad det har givet dem og mærke bagefter, hvordan de har haft en anden ro end før.

Derudover er funktionen som rollemodel forsøgt varetaget ved dialoger med personalet efter sådanne samtaler. I sådanne situationer har jeg forsøgt at uddrage relevant læringsindhold med udgangspunkt i gennemførelse af den konkrete samtale ved at fortælle om mine overvejelser, oplevelser og vurderinger. En informant fortæller herom: *"Du har været rigtig god til at komme og fortælle om det. Så vi har fået nogle rigtig gode snakke bagefter. Så har du fortalt og genfortalt og også hvordan du spurgte ind og sådan noget"* (splp.).

Rollen som ekspert og afledte roller som problemløser, ressourceperson og rollemodel har betydet, at rollerne som facilitator og mentor har været mindre fremtrædende.² I nogle situationer har rollen som facilitator og mentor fået plads og kommet til udtryk i dialoger (samtaler) med personalet om konkrete patientforløb. Her har rollerne som rådgiver og vejleder kombineret med ekspertrollen været i fokus. Flere informanter fortæller om betydningen af sådanne dialoger: *"Jeg synes, jeg har lært meget af, at du [aktionsforsker] har været i afdelingen. Jeg synes tit, jeg har snakket med dig om et eller andet, hvor du lige har været der og så kunne man få fat i dig til nogen ting"*(splp.1). En anden fortæller om en situation, hvor hun efter en sådan samtale fik mod til at overskride personlige grænser og indlede en svær samtale med en patient: *"Det var grænseoverskridende .. at snakke om det [det svære]"*(splp.1)- *"Men du gjorde det"*(interviewer)! - *"Ja og der kom også noget godt ud af det"* (splp.1)

Det fremføres af både **læge- og sygeplejegruppen**, at rollen som facilitator og mentor med fordel kunne have fået mere plads. I sygeplejegruppen fremhæves fx den kompetenceudvikling, der kunne være i at vejlede og støtte personalet i selv at gennemføre svære samtaler. Det fortæller to informanter om således:

Splp.1: Jeg synes, du har haft en rigtig god rolle og jeg har nydt, du [aktionsforsker] har været her, men jeg tænker, nogen gange kunne du godt have presset os ud i nogle ting ..i samtaler med patienterne tænker jeg, men jeg tror bare ikke, jeg turde... ikke presse, men hvis man har tid en dag og så have dig i baghånden... nærmest snakke om den samtale, som om man var studerende. - Splp. 2: De samtaler, du har taget, det er noget af det, jeg ser op til og tænker åh det gad jeg godt at kunne....og hvis man nu havde dig her og havde tid og rum og mulighed, så er det sådan noget jeg

² Facilitator, på engelsk "proces consultant" skal her forstås som en professionel person, der tilrettelægger og leder gruppeprocesser (Bradbury et. al 2008:81). Mackewn fremhæver, at facilitatorrollen i aktionsforskning er kompleks og forskelle i forståelsen af rollen kan relateres til, i hvilken grad facilitator kombinerer: *"The role of a participant, mover and/or observer"* (Mackewn 2008: 616). En mentor skal snarere forstås som en erfaren og respekteret lærer, vejleder eller rådgiver (Politikkens Nudansk ordbog: 893).

tænker, du kunne sætte i gang, sende en af os ind og tage de samtaler,... at man havde en time til det, men det er svært at sætte af om formiddagen, men det er noget, jeg tænker, åh her kunne jeg bare lære en masse....hvis du kunne skubbe til en på den måde, det kunne være en fed måde at lære på.

I lægegruppen efterspørges rollen som facilitator især i forhold til gennemførelse af de tværfaglige palliationskonferencer. Det fremfører to læger således:

Læge 1: Det fungerede godt med konferencer, men tiden har vist, at du [aktionsforsker] nok skulle have lært sygeplejerskerne mere at gå ind i din funktion, for når du var der, så blev det bare. - Læge 2: Det er noget af det samme, jeg vil sige. Du var god til at sætte struktur på det, men tiden har også vist, at der er kommet et tomrum. De [sygeplejersker] har ikke kunnet følge det op [...] Der er nogle få, der har engagementet og brænder for det og de er væk nu.

Aktionsforskerroller ser således ud til at have betydning for organisatorisk forankring af konkrete tiltag som palliationskonferencer og for niveauet for kompetenceudvikling af personalet. Det fremhæver personalet da også selv. En læge og en fra sygeplejegruppen udtrykker det således:

Læge: Det, der bekymrer mig mest, er opfølgningen på det. Jeg fornemmer, at så længe vi har fokus på det og støtte omkring nogle værktøjer, så fungerer det fint, men jeg har også en fornemmelse af, at det meget hurtig smuldrer, hvis det ikke bliver sat i system omkring vedligeholdelse [...] Jeg synes, det er vigtigt, at vi ser på projektet som noget, der skal bære fremad, så jeg tror, de kritikpunkter [forskerroller], som ligger her, er ret vigtige. For hvad kan det bære fremad med og er der engagement nok. Hvem skal være igangsætter og vedligeholder? - Splp. 1: Hvis jeg skal sige noget negativt, hvis det er negativt, det behøver det ikke at være, men så er det, om vi kan blive ved med at holde fast i konferencerne, for jeg kan godt mærke, at når vi har travlt, så glemmer vi det lidt [...] Nogen er rigtig gode til at sige, nu skal vi huske det... der skal tages det og det op, men nogle gange synes jeg, den lige flagrer lidt.

De forskerroller, som har været mest fremtrædende i implementeringsfasen, har bidraget til, at konkrete udviklingstiltag og kompetenceudvikling i højere grad er forankret i enkeltpersoner end i den samlede organisation.

3. Fagligt Forum som kompetencegruppe i palliation

I det følgende sættes fokus på projektgruppens rolle som kompetencegruppe i palliation. I interviewene er der kommentarer til projektgruppens funktion og sammensætning. Kompetencegruppen har i kraft af deres særlige erfaring, viden og kompetence været rollemodeller for det øvrige personale, men det fremføres, at der er for stort et spænd i kompetence mellem projektgruppen og personalet. Det udtrykker et personalemedlem således:

Splp.: Der er helt klart nogle drivkræfter bag det [projektet]. Nogen man læner sig op ad. Det er også helt i orden, men samtidig med de er ressourcepersoner eller superpersoner, så er spændet lidt for stort i forhold til, hvad andre eller i hvert fald hvad jeg føler, jeg kan. - Interviewer (I): Hvem er superpersonerne? - Splp.: Gruppen [fagligt forum] som sådan.... X [sygeplejerske] får sagt og spurgt på en anden måde, end jeg ville have gjort. Jeg tænker, hvordan er det nu lige det er oger det rigtig, det du tænker og ser. Jeg er lidt mere tilbageholdende end X og Y [læge] går bare ind og tager nogle beslutninger ups...og vender tingene 180 grader. Y gør det rigtig godt inde ved de pårørende. Det synes jeg bestemt. Det kunne jeg også godt tænke mig at blive bedre til. - I: Så du ser drivkræfterne, men du ser også en afstand mellem drivkræfterne og personalet? - Splp.: Ja. Det tror jeg, at jeg ser faktisk.

I et spørgeskema fremkommer et lignende udsagn som skriftlig kommentar: *"Rigtig godt med en projektgruppe. Men svært for det øvrige personale at opnå den kompetence, som projektgruppen har → behov for at projektgruppen er støttende i forhold til hele personalegruppens udvikling og kompetence i den palliative indsats"* (splp.).

Organisatoriske forhold ser ud til at spille en rolle for kompetencegruppens muligheder for at virkeliggøre deres merviden om palliation. Teamopdelingen i sengeafsnit betyder, at den lægelige specialist overvejende udmønter sin viden i forhold til et af afdelingens to teams. Et forhold, som sygeplejepersonalet fremhæver og som lægegruppen fremhæver således, da jeg spørger om, hvilken betydning det har for lægegruppen at have en specialist i palliation:

Læge 1: Det har selvfølgelig betydning, at der er en, der driver det frem og er engageret i det. - Læge 2: Man må sige, at det med palliation foregår meget på teamniveau og i og med Y [læge] er i team 2, så er det ikke noget, vi mærker så meget til i team 1, men af og til er det lige oppe at vende på de store konferencer [lægefaglige middagskonferencer] – Læge 3: Der arbejder vi bestemt ikke isoleret. Der spørger vi hinanden om mange ting. - Læge 4: [henvendt til Y] Du kunne jo udmærket undervise i de redskaber og virkemidler, man har.

Arbejdstilrettelæggelse i et sengeafsnit med døgnfunktion har betydet, at sygeplejepersonalet i kompetencegruppen har haft skiftende vagter og derfor i perioder ikke tilstede i dagarbejdstiden.

Endelig er der kommentarer til kompetencegruppens sammensætning. Der er forslag om, at Fagligt Forum med fordel kunne være sammensat af erfarne og mindre erfarne sygeplejersker, frem for udelukkende erfarne sygeplejersker. Det udtrykkes således:

Splp. 1: Det har været to meget erfarne sygeplejersker, der sidder der [Fagligt Forum] og de er jo i forvejen en slags eksperter. Det kunne have givet noget andet at tage nogle yngre med. - Interviewer: Du tænker på dem, der skulle have siddet i Fagligt Forum? - Splp. 1: Ja, for de er i forvejen så erfarne, så man ligesom kunne få nogle flere løftet lidt op. Det ved jeg ikke. - Splp. 2: Det tror jeg, du har ret i. - Splp. 1: De har været dygtige til det, det er ikke det. - Splp. 3: Det

handler om at brede viden, så kan det ikke hjælpe noget at tage dem, der har viden...det kan man jo godt... men så kan man få en kommunikation i gang på en anden måde. - Splp. 4: Man kunne jo have haft en yngre og en ældre, for man ser forskelligt på tingene og analyserer ting forskelligt, både hvis man har forskellig alder og forskellig kompetence. Det kunne have givet en bredde og nogle andre indfaldsvinkler til nogen ting.

4. Eksterne læringskontekster

Fund relateret til eksterne læringskonteksters betydning er præsenteret foran i kapitel 7 om kompetenceudvikling. Her fremhæves, at det eksterne basiskursus i palliation gav en basal viden om palliation og det var vigtigt udgangspunkt for yderligere læring i den daglige kliniske praksis. I interviewene har deltagerne vurderet eksterne læringskonteksters betydning på et mere overordnet plan.

Det fremhæves af enkelte fra sygeplejegruppen i **sengeafsnit**, at der med fordel kunne være fyldt mere viden på undervejs i form af undervisning og refleksion over praksis. Det kommer frem i følgende ordveksling mellem interviewer og en informant:

Interviewer: Vi [Fagligt Forum] havde et ønske om at skabe undervisning og læring væk fra det pulveriserende arbejde, men det var der ikke ressourcer til. Hvad tænker I om det? - Splp.: Det tænker jeg, kunne have været godt. Vi havde en basis og hvis man så kunne fylde lidt ovenpå det. .. både i det praktiske som ved konferencer, men også ved undervisning .. at man fik mulighed for engang imellem at sidde og reflektere over nogle ting og fik nogle input.

Sygeplejepersonalet pointerer, at eksterne læringskontekster også fremover bør være et supplement til interne læringskontekster i klinisk praksis for at fastholde og udvikle palliation. En informant udtrykker det således: *"Vi har fat i noget, det skal vi fortsætte med [læringskontekster i den daglige praksis], men det er ikke nok. Det er noget, man er nødt til at følge op på hele tiden. .. med et vist interval [...] men hvor store intervallerne skal være, ved jeg ikke"* (splp.). En informant taler om en blanding af interne og eksterne læringskontekster således: *"Jeg kunne godt tænke mig, at det her blev fulgt op af, at vi kom på et eller andet kommunikationskursus [...] at få taget hul på at gøre de ting, som du [aktionsforsker] gør på en eller anden måde, så man har nogle grundredskaber ...og får det prøvet af, så man også tør det"* (splp.).

Lægegruppen fremhæver, at når der tales om at fastholde palliation, bør hovedvægten lægges på den daglige kliniske praksis. Det udtaler flere læger således:

Læge 1: Når vi snakker om vedligehold, tror jeg ikke det er kurser, der skal fylde så meget [...] Det skal være i det praktiske arbejde, at der er nogle ildsjæle, der prøver at sætte struktur på det. Der mangler vi en afdelingssygeplejerske eller lignende, der kan være en del af det felt og går foran. - Læge 2: Hvis man skal have det til at fungere i hverdagen, så

skal det også være en del af hverdagen. Så kan man lære nok så meget på et to dages kursus, men man skal jo på en eller måde have det ind og have det til at fungere. Det er vel fint at holde et to dages tværfagligt kursus, men hovedvægten skal være i det daglige. - Læge 3: Jeg tror, jeg vil give X [læge 2] ret. De der store kurser giver ikke så meget. De kan selvfølgelig inspirere, men på langt sigt er det hverdagen, når det kommer dertil. Kunsten er så at holde den i kog.

Derudover fremhæver en læge, at basiskurser bør gentages mhp. kompetenceudvikling af nyt personale: *”Det kan være fint at have en gentagelse på et tidspunkt. Der er et stort flow af sygeplejersker. Der er kommet en masse nye sygeplejersker”* (læge).

Implementeringsfasen - barrierer

I endnu et hovedafsnit præsenteres identificerede barrierer for implementering af konkrete udviklingstiltag med hovedfokus på interviewfund fra dagafsnit. Fundene er med til at sætte fokus på forhold, som kan udgøre barrierer i en implementeringsproces. Forhold som implicit antyder nogle forudsætninger for vækst og udvikling i en afdeling.

I fokusgruppe interview med sygeplejepersonalet fra **dagafsnit** spørges der ind til implementeringsfasens forløb i dagafsnittet og hvad der efter informanternes vurdering ligger til grund for, at implementeringsfasen ikke udviklede sig som ønsket. Ifølge informanterne bar forløbet præg af, at processen gik mere eller mindre i stå, før implementeringsfasen for alvor kom i gang. En informant udtaler følgende: *”Tingene er jo sagt, at der ikke er sket noget. Vi har hele tiden ventet på, at tingene skulle bedres. For vi har alle sammen haft intentionerne om, hvad vi gerne ville”* (splp.). De intentioner om forbedringer, informanterne trækker frem, er relateret til faste samtaler med patienter, indførelse af et kontaktsygeplejerskesystem, formaliseret tværfagligt samarbejde og afholdelse af fælles sygeplejekonferencer (se interviewcitater s. 66 med splp. i dagafsnit).

Efter informanternes udsagn er disse forbedringer strandet på grund af forskellige forhindringer, som ikke er overkommet: Travlhed, manglende ressourcer og tid til at fordybe sig, uhensigtsmæssige fysiske rum og arbejdets karakter. Om arbejdets karakter udtales flg.:

Splp.: Meget at vores arbejde hernede er bygget op på en helt anden måde i hverdagen. Vi har et program, som skal nås til et klokkeslæt. Hvis ikke den seng er ryddet til det og det tidspunkt, så står næste patient og venter. Det er en helt anden tankegang at arbejde på den måde, end at arbejde i en afdeling, hvor man har tid og rammer på en anden måde.

Interviewet synliggør desuden forskellige eksterne og interne forhold, som har betydet, at projektet har været sat på stand by. For det første den eksterne faglige konflikt mellem arbejdsgiver og Dansk

Sygeplejeråd (DSR) i foråret 2008. For det andet en intern lønkonflikt, som har påvirket afdelingens arbejdsmiljø negativt og for det tredje ændrede ledelsesmæssige forhold med konstituering af ny leder. Alt i alt forhold som har påvirket trivsel og arbejdsglæde negativt og flyttet fokus til andre forhold. Det har således været vanskeligt at udvikle palliation i afsnittet i projektperioden. Det udtaler flere informanter således:

Splp.1: Vi er jo en lille afdeling og når der har været noget andet også, der fylder noget, har palliation har ligesom været trukket lidt tilbage, i hvert fald for mig. - Splp.2: Altså, jeg synes, det er frygtelig træls for mit vedkommende at skulle sidde og sige: At så kom konflikten [igangsat af DSR] og så kom knoglemarvskonflikten, vil jeg kalde den og så har X [afdelingssygeplejerske] været sygemeldt. Selvom der har været en anden til at tage over, så har det gjort noget ved os. Det er noget af det, der har fyldt og været med til at skubbe det og jeg føler mig egentlig som et lille barn, der finder på undskyldninger, men hvis jeg skal se tilbage og sige, hvorfor er det, der ikke kom mere ud af det, så er det det. - Splp.1: Det er bare facts. Sådan har vores projekt været ramt en del, men det andet det har bare fyldt så meget. - Splp.3: Vi talte om det med arbejdsglæde. Min arbejdsglæde døde fuldstændig under knoglemarvskonflikten. Det kan jeg ligeså godt være ærlig og sige og det har stået på længe. Det gik ikke bare ud over palliation, det gik også ud over ens kollegaer. Det er et faktum, at sådan er det.

Derudover synliggøres forskellige forhold, som sygeplejersker i projektgruppen (vedr. implementering af samtaletilbud) har oplevet omkring dette projekt. Forhold, som har betydet, at processen har været langvarig og påvirket deres engagement i projektet negativt.

Projektet (implementering af samtaletilbud) blev indledt medio marts 2008 og en måned senere blev en faglig konflikt på sygeplejeområdet varslet og igangsat af DSR. Den konflikt varede i ca. to måneder og betød, at arbejdet med projektet holdt pause i den periode. Det satte en dæmper på det initiale engagement. Pausen var således en barriere, som skulle overvindes og projektet startede op igen efter ca. fire måneder. Det uddybes med følgende uddrag fra interviewet: ” *Da vi startede, var det så spændende at nå til det mål, der hedder samtaler.. at få det sat i værk. Vi startede vel i marts 2008, gjorde vi ikke*” (splp.1) - ”*Og så kom konflikten [igangsat af DSR]*” (interviewer) - ”*Det ødelagde meget. Det var en lang pause og der tabte vi lidt tråden*”(splp.2).

Derudover har der været barrierer som manglende tid, vanskeligheder med at planlægge samlede møder, aflysning af aftalte møder, godkendelse af forslag fra arbejdsgruppen i den samlede arbejdsgruppe og lokalt samarbejdsudvalg (LU). Disse barrierer har været en frustration og dæmpet engagementet i arbejdsgruppen. Det uddybes i nedenstående interviewcitater:

Splp.1: Det har været sådan lidt ”on and off” og det er jo svært at planlægge med. Vi har fået aflyst et par møder og fået en erstatning i hvert fald for den ene. - Splp.2: Det har været en lang proces, kan du godt se. - Splp.3: Ja, det har været

lidt frustrerende. - Splp.2: Vi har ikke engang fået det godkendt endnu, så vi ligesom kan komme videre med det. - Interviewer: Hvad har været det frustrerende i det? - Splp.2: Det er tiden i det og så skal det godkendes og ... og vi har lavet noget, som vi egentlig synes var med et godt resultat. Så skal det laves om og så skal man acceptere nogle vendinger og så skal det op på LU og godkendes og tidsfaktoren igen. Jeg har svært ved at blive ved med at holde gejsten. - Splp. 1: Jeg har oplevet lidt det samme. Jeg gik også lidt i stå og lige nu har jeg det sådan, at det hænger mig altså lige lidt langt ud af halsen. Og så har jeg det også sådan, kunne vi ikke bare få det færdigt, få det godkendt, for vi vil jo gerne i gang. Det vil vi gerne, men jeg synes også, det har været en lang proces. Det synes jeg, det har.

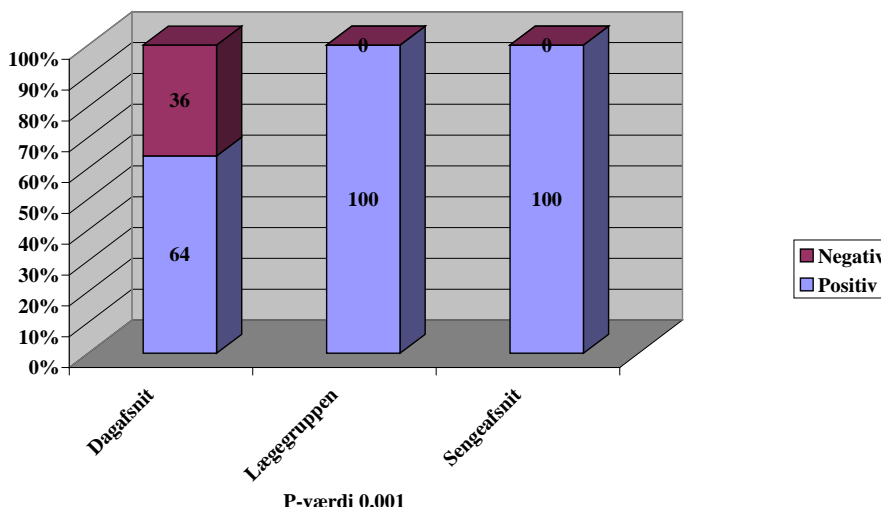
Projektforløb: Organisering og styring

I dette afsnit præsenteres resultater og fund relateret til organisering og styring af projektet. Resultater er baseret på et spørgsmål 5 fra spørgeskemaet om informationsniveauet omkring projektet. Der uddybes med fund fra fokusgruppe interview og individuelle interview. Fundene har fokus på udvælgelse af projektdeltagere, organisering af projekt med styregruppe, projektgruppe (Fagligt Forum), projektleder og informationsniveauet.

Organisering og styring - resultater

Resultater af spørgsmål 5 fremgår af figur 34. Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 91 %; negativ score 9 %; ved ikke 0 %. Der er ingen ved ikke ved ikke svar i nogen af grupperne. Der ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,001). Dagafsnit skiller sig ud, idet deres vurdering af informationsniveauet ligger med en positiv score og negativ score på henholdsvis 2/3 og 1/3 af respondenterne. Både lægegruppen og sengeafsnit har en 100 % positiv score.

I hvilken grad har du været vidende om konkrete tiltag i relation til projektet på dit afsnit/din afdeling?



Figur 34

Diskussion af resultater

Spørgsmål 5 har fokus på informationsniveauet i projektførelsen. Der ses signifikant forskel mellem grupper. Dagafsnit skiller sig ud med en betydelig lavere positiv score og tilsvarende højere negativ score end både lægegruppen og sengeafsnit, som begge har en 100 % positiv score. Hvorfor denne forskel forekommer, siger resultaterne ikke noget om. I udgangspunktet er informationer omkring projektførelsen og konkrete tiltag formidlet til alle grupper. Det vil fremgå af interviewfund nedenfor, hvordan informanter i dagafsnittet forklarer forskellen.

Organisering og styring - interviewfund

I fokusgruppe interview og individuelle interview med præst, socialrådgiver, fysioterapeut og ergoterapeut er der spurgt til uddybende kommentarer omkring udvælgelse af projektdeltagere og tværfaglighed/flerfaglighed som en bærende ide i projektførelsen. Det fremgår af interviewene, at der er stor opbakning til tværfaglighed/flerfaglighed som bærende ide. Ideen er kommet konkret til udtryk omkring gennemførelse af dialogkonferencer, basiskurser i palliation, tværfaglige - og flerfaglige palliationskonferencer. Både præst, socialrådgiver, fysioterapeut og ergoterapeut var inviteret med til dialogkonferencerne i september 2007 og basiskurser i palliation efteråret 2008, hvorefter de flerfaglige konferencer startede primo januar 2009. Det betød, at konkrete tiltag omkring det flerfaglige samarbejde blev indledt sidst i implementeringsfasen. Spørgsmålet er, hvordan de tværfaglige samarbejdspartnere har oplevet det. Fysioterapeut, ergoterapeut og præst synes tidspunkterne for inddragelse af dem var velvalgte. Præsten siger det sådan: *"Det har på ingen måde føltes, som om jeg kom akavet ind i det på nogen måde. Det var helt fint at komme med på konferencerne på det tidspunkt og jeg synes du [projektleder] har været hel god til at orientere om det undervejs"* (præst). Socialrådgiveren, som havde et slip fra dialogkonferencerne september 2007 til ultimo 2008 (deltog ikke i kursus i palliation efteråret 2008) har en anden oplevelse, som hun uddyber:

Interviewer: Fra du er med til dialogkonferencen, går der lang tid, før du for alvor bliver involveret konkret i projektet. Planen blev, at det flerfaglige skulle vente. Kunne vi have inddraget dig noget før i forløbet? - Socialrådgiver: Der vil jeg sige både ja og nej. Før man begynder at inddrage for mange, som har appendiksfunktion som ergo, fys, sygehuspræsten og jeg har, så skal den faste stab i afdelingen have fundet ud af, hvordan tackler vi det her, hvordan griber vi det an, hvad skal vi være opmærksomme på, hvor er faldgruberne her, hvad skal vi gøre anderledes? Altså tingene skal være kørt ind, men det man kunne gøre set i bakspejlet, som kunne have været befordrende, kunne være, at der kom en mail med et par bilag om, hvad vi forstår ved den tidlige -, mellem - og sene palliative fase og hvordan har vi fået det her kørt ind i afdelingen, så der lige var en brushup i forhold til Skydepavillons seancerne [dialogkonferencerne].

Deltagere i projektet var afgrænset til klinisk arbejdende faggrupper og derfor deltog sekretær - gruppen ikke. Der er dog delte meninger om, hvorvidt sekretærgruppen skulle have deltaget i projektet. En informant fremfører dette synspunkt: *"Det skal være dem, der står omkring patienten"* (splp.1). En anden informant fremfører flg. synspunkt: *" De har jo egentlig følt sig udenfor, fordi de som de eneste ikke var en del af det projekt, for det fyldte faktisk meget. Den sekretær, jeg har, ville have haft meget ud af at være med...for at få forståelsen af det, vi arbejder med"*(splp.2).

Organisering af projektet med styregruppe, projektgruppe (Fagligt Forum) og projektleder afføder kun få uddybende kommentarer i interviewene. Omkring projektledelse fremhæves, at det er vigtigt, at der er en tovholder på projektet, som har erfaring med undersøgelsesfeltet og som kommer udefra. Det sidste fremhæves således:

Splp. 1: I forhold til området, der arbejdes med, tænker jeg, du [projektleder] er meget kompetent. Jeg tror også nogle gange, det er rigtig godt med nogen udefra til at se på nogle problemstillinger, for tit har man et billede af, hvordan og får man så lige kigget på det hele? Så umiddelbart tænker jeg, det har været rigtig fint med en person udefra. - Splp.2: Vi er alt for meget farvet af det, hvis det var en her fra afdelingen. Der ville være rigtig mange ting, der ikke kom frem.

I forhold til projektgruppen går kommentarerne, som nævnt foran, på projektgruppens rolle som afdelingens kompetencegruppe i palliation. Der er uddybet foran i dette kapitel (Fase 3: Implementering).

Om informationsniveauet i projektforsøget kommer det frem i interview med informanter fra dagafsnit, at en del af forklaringen på deres vurdering af informationsniveauet i spørgeskemaet kan være, at afdelingens repræsentant i Faglig Forum har haft svært ved at sætte information om projektet på dagsordenen, fordi opmærksomheden har været henledt på andre forhold. Det udtales således:

Splp.1: Jeg har været repræsentant fra dagafsnittet i det her projekt. Om jeg så skulle have formidlet noget mere ud, det ved jeg ikke, men nu har jeg også haft mange kasketter på [læs funktioner] ... nu skal I lige høre her! Det har krævet sin mand, det vil jeg sige. Det har ikke været så interessant for dem, der er her, fordi der har været nogle andre ting, der har fyldt så meget. Det har da været på nogle gange, men det har mere været som oplysninger eller som information. Vi har ikke brugt et personalemøde.

Det fremgår af ovennævnte citat, at personalet i dagafsnit overvejende har fået viden om projektet i form af information frem for kommunikation i fælles fora, som personalemøder kunne være arena

for. Sengeafsnittet fremhæver Fagligt Forums rolle omkring mundtlig formidling af information og efterspørger, at de havde påtaget sig en mere aktiv rolle. Det udtaler et informant således:

Jeg ville godt have haft dem [fagligt forum] mere med på banen på en eller anden måde, så det var lidt mere synlig, hvem det var og de kunne have informeret om, hvad der blev arbejdet med og virket som ressourcepersoner.. som dit [projektleder] led til os på en eller anden måde for at få det endnu mere implementeret (splp.).

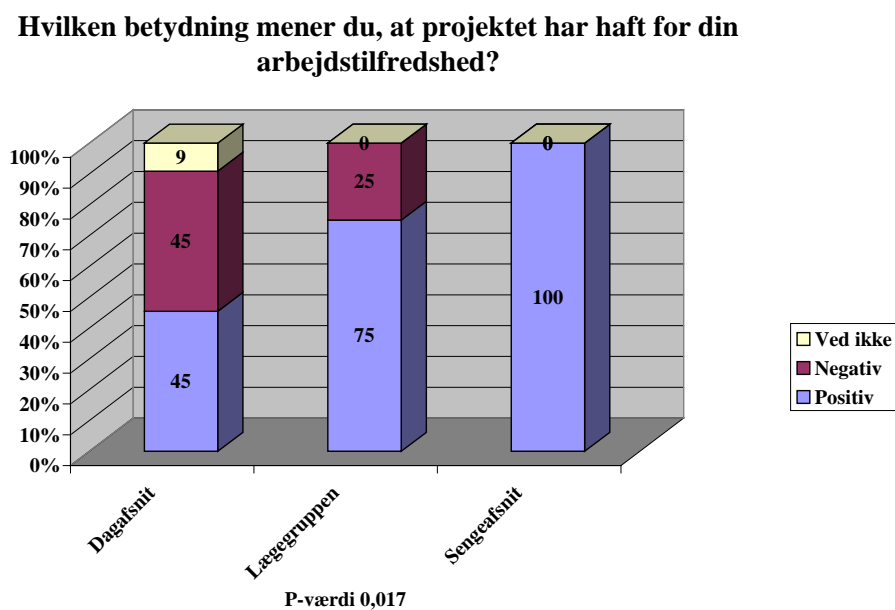
Informationer om projektet har overvejende været baseret på skriftlige opslag og nyhedsbreve rundsendt som mail til personalet og om end personalet i sengeafsnit har en positiv vurdering af informationsniveauet, så fremhæver flere det sårbare i at anvende den informationskanal, fordi det faktisk kræver, at modtageren åbner sine mails og det er ikke altid tilfældet.

Projektforløb: Proces

I dette afsnit præsenteres resultater relateret til personalets oplevelse af processen. Fremstillingen er udelukkende baseret på resultater fra spørgeskemaet med fokus på projektets betydning for arbejdstilfredsheden og fastholdelse af motivationen i projektforløbet.

Proces - resultater

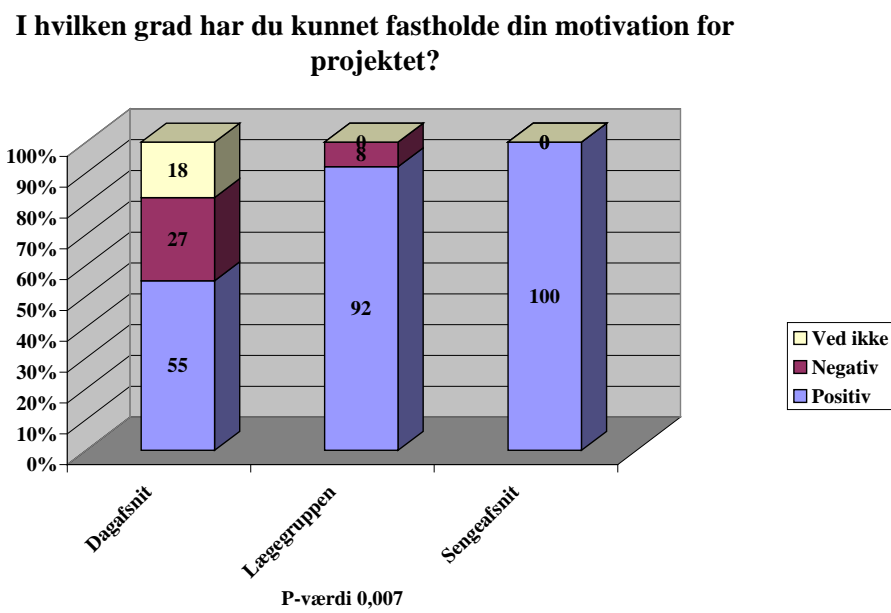
I spørgeskemaet er respondenterne blevet bedt om at vurdere projektets betydning for arbejdstilfredsheden. Resultatet af dette spørgsmål fremgår af figur 35.



Figur 35

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 79 %; negativ score 19 %; ved ikke 2 %. Der ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,017). Dagafsnittets skiller sig markant ud, idet knap halvdelen vurderer, at projektet har haft positiv betydning og den anden halvdel, at projektet har haft mindre betydning eller slet ingen. Sengeafsnit ligger markant over gennemsnittet, idet 100 % vurderer, at projektet har haft positiv betydning for arbejdstilfredsheden. Lægegruppens svar er mindre markant og tæt på den gennemsnitlige totale score, idet 75 % vurderer, at projektet har haft positiv indvirkning på arbejdstilfredsheden, 25 % fremhæver, at den har haft mindre betydning.

I spørgeskemaet er respondenterne blevet bedt om at vurdere i hvilken grad de har kunnet fastholde deres motivation for projektet, som er forløbet over 2½ år afbrudt af en sygeplejerskekonflikt på 2 måneder i foråret 2008. Resultater af dette spørgsmål 8 fremgår af figur 36.



Figur 36

Den gennemsnitlige totale score er: Positiv score 88 %; negativ score 9 %; ved ikke 5 %. Der ses signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,007). Dagafsnittets skiller sig ud, idet kun godt halvdelen har kunnet fastholde motivationen for projektet, ca. ¼ vurderer, at det slet ikke har været muligt og 18 % ved ikke. Sengeafsnit ligger godt over gennemsnittet, idet 100 % har udelukkende positive vurderinger. Lægegruppens vurdering er knap så markant og ligger tæt på den gennemsnitlige total score og sengeafsnittes vurdering, idet 91 % har en positiv score og kun 8 % en negativ score.

Diskussion af resultater

Det har ikke været et mål i sig selv at påvirke arbejdstilfredsheden, men mulighed for faglig udvikling og forbedring af det tværfaglige samarbejde kunne have positiv påvirkning herpå og modsat kunne manglende resultater og en travl hverdag betyde, at projektet blev en ekstra arbejdsbyrde, som kunne påvirke arbejdstilfredsheden negativ. På spørgsmålet om projektets betydning for arbejdstilfredsheden ses signifikant forskel mellem grupper. Dagafsnittet skiller sig signifikant ud med en næsten ligelig fordeling (45 %) mellem de, der vurderer, at projektet har haft betydning for arbejdstilfredsheden og de, der ikke mener den har. Sengeafsnit vurderer, at projektet har haft stor betydning for arbejdstilfredsheden (100 % positiv score). Lægegruppen har en knap så høj score som sengeafsnit, idet 75 % vurderer, at projektet har haft positiv betydning og 25 % tillægger ikke projektet betydning i forhold til arbejdstilfredsheden.

Der er også spurgt ind til fastholdelse af motivation for projektet. Her ses også signifikant forskel mellem grupper (p-værdi 0,007). Dagafsnittet skiller sig også her signifikant ud, idet kun godt halvdelen (54 %) i dagafsnit har en positiv score i forhold til at fastholde motivation for projektet. Sengeafsnit og lægegruppen skiller sig ud i forhold til dagafsnit, idet sengeafsnit har en positiv score på 100 % og lægegruppen en positiv score på 91 %. Forskellen mellem dagafsnit og de to øvrige grupper afspejler formentlig implementeringsprocessens forløb i dagafsnit, hvor det ikke lykkedes at implementere konkrete nye tiltag indenfor projektperioden pga. af eksterne og interne forhold, som påvirkede motivationen i negativ retning. Det er uddybet foran i dette kapitel.

Sammenfatning

Personalets vurdering af det samlede projektforsløb, metodevalg og proces, som er udgangspunkt for de opnåede resultater, sammenfattes nedenfor i fem afsnit.

Forbedring af den samlede palliative indsats

Sygeplejepersonalet i sengeafsnit (100 %) og lægegruppen (92 %) vurderer, at projektet i høj grad eller i nogen grad har bidraget til at forbedre den samlede palliative indsats. Der er fundet signifikant forskel mellem de tre grupper. Dagafsnittet skiller sig ud, idet knap 2/3 vurderer, at projektet har haft stor/nogen betydning og ca. 1/3 vurderer, at projektet har haft mindre betydning for forbedring af den palliative indsats. Et forhold som formentlig afspejler forskelle i implementeringsfasen.

Fase 1: Status

Alle tre grupper er indgået i denne fase af projektet, så i udgangspunktet er der ikke forskel på inddragelse af de tre grupper. Der er ikke fundet signifikant forskel mellem grupper, men en tendens til at dagafsnit og lægegruppen tillægger statusrapporten mindre betydning for udvikling af den palliative indsats end sengeafsnit.

Interviewfund uddyber statusrapporten betydning som udgangspunkt for den videre proces. I **dagafsnittet** vurderes, at statusrapporten har været et godt udgangspunkt for den videre proces. Statusrapporten har bidraget til at skabe opmærksomhed om relevante indsatsområder set fra patientens perspektiv. Et perspektiv, som personalet tillægger positiv betydning og som har bidraget til bevidst refleksion over afsnittets praksis og været bestemmende for valg af indsatsområder i implementeringsfasen. Statusrapportens fund med fordel kunne være diskuteret på et fælles personalemøde for at gøre noget aktivt med den viden, som fremkommer i rapporten.

Sygeplejepersonalet i **sengeafsnittet** fremhæver, at statusrapporten var et godt grundlag for den videre proces, idet rapportens analyser og tydeliggørelse af problemstillinger har bidraget til at skabe respekt om den videre proces og opnåede resultater. Inddragelse af patienter og pårørendes perspektiv i udarbejdelse af status vurderes positivt. Derudover fremhæver sengeafsnittet det positive i, at en udefrakommende person varetog opgaven. En udefrakommende er mere uafhængig, troløs og fordomsfri end personalet og således i stand til at identificere relevante problemer. Personalets rolle i en insiderposition sætter grænser for evnen til refleksion over egen praksis. Endelig fremfører informanterne, at det har betydning for motivation og engagement i den videre proces, at de kunne genkende og bekræfte statusrapportens fund. Det har betydning, at fundene ikke så fremmede, at personalet ikke kan genkende dem, når de bliver gjort opmærksomme på dem.

Lægegruppen fremhæver statusrapportens betydning for udpegning af relevante indsatsområder i implementeringsfasen. Det har været en styrke, at en udefrakommende person med kendskab til det palliative område er kommet med anbefalinger til potentielle udviklingsområder. Det har skabt opmærksomhed og respekt omkring projektet, at det har haft karakter af et forskningsprojekt. Projektlederens rolle som udefrakommende ekspert og forsker har bidraget til at engagere lægegruppen i projektet, sikre opbakning til relevante udviklingsområder og skabe lydhørhed for forskellige synsvinkler uafhængig af faggrupper, fordi rapporten opfattes som en uvildig rapport.

Fase 2: Aktionsplanlægning

Resultater relateret til dialogkonferencens betydning for den enkeltes indflydelse på prioritering af konkrete udviklingsområder viser signifikant forskel mellem grupper. Sengeafsnit og lægegruppen

har en positiv score på > 90 %. Dagafsnittet skiller sig ud med en betydelig lavere positiv score (18 %), en højere negativ score på 27 % og en stor andel ved ikke svar (54 %). Der har ikke været forskel på de tre gruppers inddragelse i dialogkonferencerne, så forskelle kan ikke henføres til manglende deltagelse i selve dialogkonferencen. Interviewfund antyder mulige forklaringer nedenfor.

For det første har sygeplejerspersonalet i dagafsnit svært ved at huske dialogkonferencerne. Det kan være forklaringen på den store andel ved ikke svar. For det andet fremføres, at dialogkonferencerne bar præg af, at ikke alle kom til orde. For det tredje står det tydeligt i erindringen for de fleste, at der kom store visioner ud af mødet, som ikke blev implementeret i praksis.

Sygeplejerspersonalet i sengeafsnittet oplevede gode tværfaglige dialoger på dialogkonferencen, hvor de følte sig set og hørt. Derudover fremhæver de det positive i, at dialogkonferencerne var tværfaglige. Endelig fremfører de, at de tiltag, som blev udvalgt til implementering, var de rigtige og at tiltagene blev prioriteret i den rigtige rækkefølge, idet identificering af den palliative målgruppe og kliniske faser i palliative forløb er basale fundament for afdelingens palliative indsats.

Lægegruppen vurderer, at det var de rigtige ting, der blev prioriteret til implementering.

Fase 3: Implementeringsfasen

Omkring vurdering af implementeringsfasens relevans for udvikling af den lindrende indsats er der ikke signifikant forskel mellem grupper, men der ses en tendens til, at dagafsnit skiller sig ud med en positiv score (50 %) og en stor andel ved ikke svar (40 %), som ligger betydelig under den totale gennemsnitlige score. Sengeafsnit og lægegruppen har en positiv score > 90 %.

På spørgsmålet om projektleders konkrete tilstedeværelse i implementeringsfasen ses signifikant forskel mellem grupper. Sengeafsnit og lægegruppen har en 100 % positiv score på det spørgsmål. Dagafsnittet skiller sig ud med en positiv score på 72 % og ved ikke svar på 18 %. Forskellen kan være udtryk for, at dagafsnittet ikke har oplevet projektleders konkrete tilstedeværelse i afsnittet udover projektets første fase (fase 1).

1. Interne læringskontekster

I **dagafsnit** har der ikke været etableret interne læringskontekster. De efterspørges, da sygeplejerspersonalet ikke som enkeltpersoner har kunnet omsætte den personlige merviden opnået via eksterne læringskontekster til den daglige kliniske praksis. Etablering af interne læringskontekster har haft høj prioritet i sengeafsnit og det er beskrevet foran, at både læger og sygeplejerspersonale tillægger kompetenceudvikling tæt på det den daglige kliniske praksis stor betydning.

De interne læringskontekster i **sengeafsnit** har omfattet tværfaglige/flerfaglige palliationskonferencer, projektleders tilstedeværelse i afdelingen og etablering af en intern kompetencegruppe i palliation. Nedenfor uddybes lægegruppens og sengeafsnittes vurdering af interne læringskontekster med fokus på aktionsforskerens rolle og kompetencegruppens betydning.

2. Aktionsforskerens rolle i kompetenceudvikling

Aktionsforskeren har haft en vigtig rolle som igangsætter og tovholder for udviklingen i den daglige kliniske praksis, fx i forbindelse med forberedelse og gennemførelse af palliationskonferencer.

Derudover har aktionsforskeren været rollemodel og ekspert i palliation. Rollen som ekspert er kommet til udtryk i forbindelse med palliationskonferencerne, hvor aktionsforsker har påtaget sig en opsøgende indsats i forhold til at identificere aktuelle og fremtidige palliative behov og bringe disse vurderinger ind konferencerne. I rollen som ekspert har aktionsforskeren været problemløser og ressourceperson for personalet i konkrete patientsituationer. Kompetenceudvikling relateret til rollerne som ekspert, problemløser og ressourceperson har haft taget udgangspunkt i eksperten som rollemodel for personalet. Personalet har set, overhørt og oplevet, hvordan eksperten arbejder i praksis, eller de har oplevet den positive effekt, samtaler om svære spørgsmål kan have for patienter og pårørende. Endelig er funktionen som rollemodel varetaget via dialoger med personalet om dialogen (samtalen).

Rollerne som ekspert og rollemodel har betydet, at rollerne som facilitator og mentor har været mindre fremtrædende, om end de i nogen omfanger er kommet til udtryk i dialoger (samtaler) med personalet om konkrete patientforløb i rollerne som rådgiver og vejleder. Både læge- og sygeplejegruppen fremfører, at rollen som facilitator og mentor med fordel kunne have fået mere plads. I lægegruppen efterspørges rollen som facilitator især i forhold til gennemførelse af de tværfaglige palliationskonferencer. Aktionsforskerroller ser således ud til at have betydning for graden af organisatorisk forankring af konkrete tiltag som palliationskonferencer og kompetenceudvikling i kliniske praksis. De forskerroller, som har været mest fremtrædende i implementeringsfasen, har således betydet, at konkrete udviklingstiltag og kompetenceudvikling er forankret som individuel læring og ikke fuldt ud som organisatorisk læring.

3. Fagligt Forum som kompetencegruppe i palliation

Der synliggøres forskellige forhold relateret til projektgruppens funktion og sammensætning. For det første har kompetencegruppen i kraft af deres særlige erfaring, viden og kompetence været rol-

lemodeller for det øvrige personale, men det fremføres, at der er for stort spænd i kompetence mellem projektgruppen og personalet. For det andet ser organisatoriske forhold ud til at spille en rolle for kompetencegruppens muligheder for at udmønte deres merviden om palliation. Især sygeplejepersonalet fremfører, at teamopdelingen i sengeafsnit betyder, at den lægelige specialist i palliation overvejende udmønter sin viden i et af afdelingens to teams. Arbejdstilrettelæggelse med skiftende vagter har betydet, at sygeplejepersonalet i kompetencegruppen i perioder ikke har været til stede i afdelingen i dagarbejdstiden. For det tredje mener flere, at kompetencegruppen med fordel kunne være sammensat af både erfarne og mindre erfarne sygeplejersker.

4. Eksterne læringskontekster

Spørgsmålet om eksterne læringskontekster er beskrevet foran under kompetenceudvikling, hvor det fremføres, at det eksterne basiskursus i palliation gav en basal viden om palliation og det var et vigtigt udgangspunkt for læring i den daglige kliniske praksis. Interviewfundene uddyber eksterne læringskonteksters betydning. Sygeplejepersonalet pointerer, at eksterne læringskontekster fremover bør være et supplement til interne læringskontekster. De mener samtidig, at der med fordel kunne være fyldt mere viden på undervejs i projektet i form af undervisning og mulighed for refleksion over praksis. I en fortsat udvikling af palliation foreslår sygeplejepersonalet en blanding af eksterne og interne læringskontekster. Lægegruppen taler om vedligeholdelse og fastholdelse af palliation og her bør hovedvægten lægges på den daglige kliniske praksis som læringskontekst. Eksterne læringskontekster bør gentages i forbindelse med kompetenceudvikling af nyt personale.

5. Implementeringsfasen - barrierer

Interviewfund fra dagafsnit sætter fokus på forhold, som kan udgøre barrierer i en implementeringsproces. Forholdene antyder implicit nogle forudsætninger for vækst og udvikling i en afdeling. I dagafsnittet udviklede implementeringsfasen sig ikke som ønsket. Processen gik mere eller mindre i stå, før implementeringsfasen for alvor kom i gang. De havde intentioner om forbedringer: Faste samtaler med patienter, indførelse af et kontaktsygeplejerskesystem, formaliseret tværfagligt samarbejde og afholdelse af fælles sygeplejekonferencer. Disse forbedringer strandede på grund af barrierer, som ikke er overkommet. Af barrierer nævnes: Travlhed, manglende ressourcer og tid til fordybelse, uhensigtsmæssige fysiske rum og arbejdets karakter.

Eksterne og interne forhold har betydet, at projektet har været sat på stand by. For det første den eksterne faglige konflikt mellem arbejdsgiver og Dansk Sygeplejeråd i foråret 2008. For det andet

en intern lønkonflikt, som påvirkede afdelingens arbejdsmiljø negativt og endelig for det tredje ændrede ledelsesmæssige forhold med konstituering af ny leder. Alt i alt forhold som påvirkede trivsel og arbejdsglæde negativt og som har flyttet fokus til andre forhold. Det har vanskeliggjort udvikling af palliation i afsnittet.

Derudover beretter sygeplejersker i projektgruppen (vedr. implementering af samtaletilbud), at den proces har været langvarig og påvirket deres engagement negativt. Den faglige konflikt på sygeplejeområdet betød, at arbejdet i projektgruppen måtte holde pause kort efter opstart og det satte en dæmper på det initiale engagement. Pausen var en barriere, som skulle overvindes. Derudover har der været barrierer som manglende tid, vanskeligheder med at planlægge møder, aflysning af aftalte møder, godkendelse af forslag i den samlede arbejdsgruppe og lokalt samarbejdsudvalg (LU). Disse barrierer har været en frustration og dæmpet engagementet.

Projektforløb: Organisering og styring

Vurderingen af informationsniveauet omkring projektet viser signifikant forskel mellem grupper. Dagafsnittet skiller sig ud med en betydelig lavere positiv score og tilsvarende højere negativ score end både lægegruppen og sengeafsnit, som begge har en 100 % positiv score. Dagafsnittet forklarer forskellen med, at implementeringsprocessen var sat på stand by i en længere periode. Dertil kom, at afdelingens repræsentant i Faglig Forum har haft svært ved at sætte information om projektet på dagsordenen, fordi opmærksomheden har været henledt på andre forhold. Sygeplejepersonalet i dagafsnit har overvejende fået viden om projektet som information frem for kommunikation i fælles fora. Et forhold, som også trækkes frem i sengeafsnit. Her fremføres desuden et ønske om, at Fagligt Forum havde påtaget sig en mere aktiv rolle omkring mundtlig formidling af information. Informationen om projektet har overvejende været baseret på skriftlige opslag og nyhedsbreve rundsendt som mail til personalet og om end personalet i sengeafsnit har en positiv vurdering af informationsniveauet, så fremhæver flere det sårbare i at anvende den informations kanal.

Derudover uddybes udvælgelse af projektdeltagere, organisering af projektet og informationsniveauet. Der er stor opbakning til tværfaglighed/flerfaglighed som bærende ide i projektforløbet. En tilgang som er kommet konkret til udtryk på dialogkonferencer, basiskurser i palliation og tværfaglige/flerfaglige palliationskonferencer. Fysioterapeut, ergoterapeut, præst og socialrådgiver synes tidspunkterne for inddragelse af dem var velvalgte. Socialrådgiveren vurderer dog, at det ville have været befordrende for processen, hvis opstarten på de flerfaglige konferencer var forudgået af information om implementeringsfasens hidtidige forløb.

Udvælgelse af projektdeltagere, som var afgrænset til klinisk arbejdende faggrupper, får overvejende positiv vurdering. Enkelte fremfører, at sekretærgruppen med fordel kunne have deltaget i projektet for at få en forståelse for det, der blev arbejdet med.

Organisering af projektet med styregruppe, projektgruppe (Fagligt Forum) og projektleder afføder få uddybende kommentarer. Omkring projektledelse fremhæves, at det er vigtigt med en tovholder på projektet, som har erfaring med undersøgelsesfeltet og som kommer udefra. Projektgruppens rolle som kompetencegruppe i palliation afføder kritiske kommentarer, som er uddybet foran.

Projektforløb: Proces

Respondenterne har vurderet projektets betydning for arbejdstilfredsheden og fastholdelse af motivation i projektforløbet. Det har ikke været et mål i sig selv at påvirke arbejdstilfredsheden, men mulighed for faglig udvikling og forbedring af det tværfaglig samarbejde eller mangel på samme antages at påvirke arbejdstilfredsheden positiv eller negativt og implicit projektforløbet.

På spørgsmålet om projektets betydning for arbejdstilfredsheden ses signifikant forskel mellem grupper. Dagafsnittet skiller sig markant ud med en næsten ligelig fordeling (45 %) mellem de, der vurderer, at projektet har haft positiv betydning for arbejdstilfredsheden og de, der ikke mener, den har. I sengeafsnit vurderer alle (100 %), at projektet har haft positiv betydning for arbejdstilfredsheden. For lægegruppens vedkommende har $\frac{3}{4}$ den vurdering og den sidste fjerdedel tillægger projektet mindre betydning for arbejdstilfredsheden.

Omkring fastholdelse af motivation for projektet ses også signifikant forskel mellem grupper. Dagafsnittet skiller sig, idet kun godt halvdelen (54 %) har en positiv vurdering heraf i modsætning til sengeafsnit og lægegruppen, som har en positiv score på henholdsvis 100 % og 91 %. Forskellene afspejler efter alt at dømme implementeringsprocessens forløb i dagafsnit, hvor det ikke lykkedes at implementere konkrete nye tiltag indenfor projektperioden pga. interne forhold, som påvirkede motivationen i negativ retning.

Referencer

Bradbury, Hilary et. al.(2008): Action Research at Work: Creating the Future Following the Path from Lewin. I: Bradbury Hilary, Reason Peter (eds.): *Action Research. Participative Inquiry and Practice*. London: SAGE Publications: 77-92.

Dalgaard, Karen Marie (2009): *Implementeringsrapport Projekt lindrende indsats - et aktions – forskningsprojekt*. Aalborg Sygehus: Hæmatologisk Afdeling. <http://link.forskningshus.dk/?id=97>

Dalgaard, Karen Marie (2007b): *Statusrapport - projekt lindrende indsats*. Aalborg Sygehus: Hæmatologisk Afdeling. <http://link.forskningshus.dk/?id=97>

Dalgaard, Karen Marie (2007a): *Intern projektbeskrivelse - projekt lindrende indsats*. Aalborg Sygehus: Hæmatologisk Afdeling. <http://link.forskningshus.dk/?id=97>

Dalgaard, Karen Marie (2001): *Pårørende i den palliative indsats - synlige deltagere med egne behov*. København: Dansk Sygeplejeråd.

Kvale, Steinar.1995: The qualitative research interview. A phenomenological and hermeneutical mode of understanding. I: Fog Jette, Kvale Steinar (red.): *Artikler om interview*. Aarhus Universitet: Institut for Statskundskab: 9-34.

Mackewn, Jenny (2008): Facilitation as Action Research in the Moment. I: Bradbury Hilary, Reason Peter (eds.): *Action Research. Participative Inquiry and Practice*. London: SAGE Publications: 615-628.

Morgan, David L (2001) Focus Group Interviewing. In: Gubrium Jaber F, Holstein James A.(eds.). *Handbook of Interview Research: Context & Method*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications: 141-159.

Olsen, Henning (1998): *Tallenes talende tavshed. Måleproblemer i surveyundersøgelser*. København: Akademisk Forlag A/S.

Politikens NUDANSK med etymologi (2000). Politikens Forlag A/S.

WHO.2002: *Definition of Palliative Care*. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/1

Togebj, Mikael (2001): Effektevaluering og statistiske analyser. I: Dahler-Larsen Peter, Krogstrup Hanne K: (red.): *Tendenser i evalueringen*. Odense: Syddansk Universitetsforlag:141-155.

Statusrapport

Potentielle udviklingsområder - 12 anbefalinger

Den lindrende indsats som patient ide:

1. Identificere og tydeliggøre overgange i uhelbredelige sygdomsforløb
2. Flere metoder og redskaber til identificering og lindring af fysiske sygdomssymptomer
3. Styrke identificering og intervention ift. psykologiske, eksistentielle og sociale aspekter
4. Fokus på samtalen - at bygge bro mellem sygdom, liv (og død) i den tidlige palliative fase
5. Fokus på samtalen - at bygge bro mellem sygdom, liv og død i den sene palliative fase

Den lindrende indsats som pårørende ide:

6. Øget opmærksomhed på støttefunktion for pårørende i sygdomsforløbet og sorgen
7. Styrke personalet i håndtering af mødet med familien

Den lindrende indsats som organisatorisk ide:

8. Øget opmærksomhed på institutionelle rammer som støttefunktion
9. Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde

Den lindrende indsats som personale ide:

10. Kompetenceudvikling indenfor den lindrende indsats
11. Styrkelse af det tværfaglige samarbejde
12. Styrkelse af en multidisciplinær indsats

Spørgeskema til personalet – Hæmatologisk Afdeling

Hvilken betydning vurderer du, at projekt lindrende indsats har haft for den palliative indsats i Hæmatologisk Afdeling, fra projektet startede i marts 2007 til afslutning på implementeringsfasen 1. maj 2009? Jeg håber, du vil bidrage med dine erfaringer med projektet ved at udfylde det fremsendte spørgeskema. Det skal understreges, at besvarelsen sker anonymt. Det vil tage ca. 15 minutter at udfylde skemaet, som du bedes returnere til henholdsvis Georg Thorsell, Anne Mette Skals, Ellen Riis/Gerda Mikkelsen i vedlagte svarkuvert senest den **15. juni 2009**.

På forhånd tak!

Med venlig hilsen Karen Marie Dalgaard

Lidt om dig – og din faglige baggrund

Hvilken faggruppe tilhører du (sæt to kryds)?

Plejepersonale Sygeplejerske SOSA
Lægegruppen Speciallæge Øvrige læger

Hvor mange år har du været uddannet i dit fag (sæt ét kryds)?

< 1 år < 2 år < 3 år < 4 år
< 5 år 6-10 år 11-20 år > 20 år

Din alder (sæt ét kryds):

< 30 år 30-39 år 40-49 år 50-59 år > 60 år

Hvilket afsnit/afdeling var du ansat på pr. 1. maj 2009 (sæt ét kryds)?

Dagafsnit 2 Øst Sengeafsnit 7 Vest Hæmatologisk Afdeling

Hvornår blev du ansat på dit afsnit/din afdeling (sæt ét kryds)?

Før 2007 1. halvår 2007 2. halvår 2007
1. halvår 2008 2. halvår 2008

På hvilket tidspunkt af døgnet arbejder du overvejende (sæt ét kryds)?

Kun dagarbejdstid Uden for dagarbejdstid Dagarbejdstid/vagter

I hvilken grad har projekt lindrende indsats bidraget til at forbedre.....?

Du bedes sætte ét kryds i firkanten ud for hvert spørgsmål. Er der ikke andre svarmuligheder, der passer, sæt kryds i "Ved ikke".

Høj grad Nogen grad Mindre grad Slet ikke Ved ikke

Indsatsen for patienter og pårørende

1. Identifikation af den palliative patientgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Identifikation af kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Differentiering af indsats ift. kliniske faser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Samarbejde med patienter og pårørende om mål for indsatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lindring af patientens fysiske sygdomssymptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Intervention ift. patientens psykiske behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Intervention ift. patientens eksistentielle behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Intervention ift. patientens sociale forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Støtte til pårørende i sygdomsforløbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Indsatsen for efterladte pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organisatoriske forhold

11. Udskrivelsesplanlægning i uhelbredelige sygdomsforløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Inddragelse af Det Palliative Team i patientforløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Personalets opmærksomhed på hospicetilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personalets kompetence

14. Din kompetence inden for palliation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Din håndtering af mødet med uhelbredeligt syge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Din håndtering af mødet med familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Din håndtering af samtaler om sygdom, liv og død	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Din viden om andre faggruppers bidrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tværfaglig indsats

19. Det tværfaglige samarbejde i palliative forløb ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Etablering af fælles tværfaglige mål i palliative forløb ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Inddragelse af socialrådgiver i palliative forløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Inddragelse af hospitalspræst i palliative forløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Inddragelse af fysioterapeut i palliative forløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Inddragelse af ergoterapeut i palliative forløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ De kliniske faser er: Den tidlige palliative fase, den sene palliative fase, den terminale fase

² Her med fokus på læger og sygeplejepersonale

³ Her med fokus på lægers og sygeplejepersonalets mål

Bemærkninger kan skrives på skemaets bagside

Hvilke spørgsmål er vigtigst for dig.....

Nu har du svaret på, i hvilken grad projekt lindrende indsats har bidraget til at forbedre den lindrende indsats. Herefter vil jeg bede dig om at sætte kryds ved de spørgsmål, som du synes, er de **vigtigste** for dig. Spørgsmålene er de samme, som du netop har besvaret. Du bedes sætte kryds ved **højest 11 spørgsmål**.

- 1. Identifikation af den palliative patientgruppe
- 2. Identifikation af kliniske faser i uhelbredelige sygdomsforløb
- 3. Differentiering af indsats ift. kliniske faser
- 4. Samarbejde med patienter og pårørende om mål for indsatsen
- 5. Lindring af patientens fysiske sygdomssymptomer
- 6. Intervention ift. patientens psykiske behov
- 7. Intervention ift. patientens eksistentielle behov
- 8. Intervention ift. patientens sociale forhold
- 9. Støtte til pårørende i sygdomsforløbet
- 10. Indsatsen for efterladte pårørende
- 11. Udskrivelsesplanlægning i uhelbredelige sygdomsforløb
- 12. Inddragelse af Det Palliative Team i patientforløb
- 13. Personalets opmærksomhed på hospicetilbud
- 14. Din kompetence inden for palliation
- 15. Din håndtering af mødet med uhelbredeligt syge
- 16. Din håndtering af mødet med familien
- 17. Din håndtering af samtaler om sygdom, liv og død
- 18. Din viden om andre faggruppers bidrag
- 19. Det tværfaglige samarbejde i palliative forløb
- 20. Etablering af fælles tværfaglige mål i palliative forløb
- 21. Inddragelse af socialrådgiver i palliative forløb
- 22. Inddragelse af hospitalspræst i palliative forløb
- 23. Inddragelse af fysioterapeut i palliative forløb
- 24. Inddragelse af ergoterapeut i palliative forløb

Bemærkninger kan skrives på skemaets bagside

Om gennemførelse af projektet

Sæt venligst ét kryds i den firkant, der bedst beskriver din opfattelse af projektet lindrende indsats.

- 1. I hvilken grad har projekt lindrende indsats bidraget til at forbedre den samlede palliative indsats på dit afsnit/din afdeling?**

Høj grad Nogen grad Mindre grad Slet ikke Ved ikke

- 2. Hvilken betydning mener du, at Statusrapporten har haft for udvikling af den lindrende indsats på dit afsnit/din afdeling?**

Stor betydning Nogen betydning Mindre betydning Ingen betydning Ved ikke

- 3. Hvilken betydning mener du, at Dialogkonferencen har haft for din indflydelse på konkrete udviklingsområder inden for palliation på dit afsnit/din afdeling?**

Stor betydning Nogen betydning Mindre betydning Ingen betydning Ved ikke

- 4. I hvilken grad mener du, at implementeringsfasen har været relevant for udvikling af den lindrende indsats i praksis på dit afsnit/din afdeling?**

Høj grad Nogen grad Mindre grad Slet ikke Ved ikke

Bemærkninger kan skrives på skemaets bagside

Om gennemførelse af projektet (fortsat)

Sæt venligst ét kryds i den firkant, der bedst beskriver din opfattelse af projektet lindrende indsats.

5. I hvilken grad har du været vidende om konkrete tiltag i relation til projektet på dit afsnit/din afdeling?

Høj grad Nogen grad Mindre grad Slet ikke Ved ikke

6. Hvilken betydning tillægger du projektleders konkrete tilstedeværelse på dit afsnit/din afdeling i implementeringsfasen?

Stor betydning Nogen betydning Mindre betydning Ingen betydning Ved ikke

7. Hvilken betydning mener du, at projektet har haft for din arbejdstilfredshed?

Stor betydning Nogen betydning Mindre betydning Ingen betydning Ved ikke

8. I hvilken grad har du kunnet fastholde din motivation for projektet?

Høj grad Nogen grad Mindre grad Slet ikke Ved ikke

Bemærkninger kan skrives på skemaets bagside

Kommentarer i øvrigt:

Har du i øvrigt kommentarer til projektet – det gælder forhold, som har påvirket de opnåede resultater og gennemførelsen af selve projektet i både **positiv** og **negativ** retning?

Forslag til videre udvikling:

Har du forslag til, hvordan den lindrende indsats kan udvikles fremover i Hæmatologisk Afdeling?

Tak for din medvirken

Karen Marie Dalgaard
Projektleder
Forskningens Hus, Aalborg Sygehus
Tlf.: 99 32 69 62
E-mail: kmd@rn.dk

Evaluering Projekt lindrende indsats

Information om deltagelse i fokusgruppe interview

Som et led i evaluering af projekt lindrende indsats er det tanken at gennemføre fire fokusgruppe interview med læger og sygeplejerspersonale i Hæmatologisk Afdeling i løbet af **juni 2009**:

Gruppe 1: Læger tilknyttet team 1 og team 2

Gruppe 2: Sygeplejerspersonale Dagafsnit

Gruppe 3: Sygeplejerspersonale Team 1, 7 Vest

Gruppe 4: Sygeplejerspersonale Team2, 7 Vest

Hver fokusgruppe forventes at bestå af 6 personer. Du anmodes om at deltage i et interview, som vil vare ca. 1½ time. Interviewet ledes af undertegnede og tager udgangspunkt i overordnede temaer, som forventes uddybet i en dialog mellem gruppedeltagerne. Hensigten er at få gruppedeltageres subjektive vurdering af selve projektforløbet og opnåede resultater.

Interviewet vil blive optaget på bånd. De oplysninger, som kommer frem under interviewet vil blive behandlet strengt fortroligt. I forbindelse med offentliggørelse af resultater vil du fremstå anonym, så andre ikke kan henføre dine oplysninger til dig. Det skal pointeres, at det er helt frivilligt, om du ønsker at deltage. Såfremt du ønsker at deltage, er der nogle praktiske oplysninger nedenfor.

Medlemmer af Fagligt Forum vil kontakte potentielle gruppedeltagere og sørge for de praktiske ting omkring sammensætning af grupper og endelig fastsættelse af dato og sted for gennemførelse af interview med følgende ansvarsfordeling:

Georg Thorsell: Ansvar for **gruppe 1**

Anne Mette Skals: Ansvar for **gruppe 2**

Ellen Riis: Ansvar for **gruppe 3**

Gerda Mikkelsen: Ansvar for **gruppe 4**

Hilsen
Karen Marie Dalgaard
Projektleder

Temaer i fokusgruppe interview

Proces og resultat: Deltagernes erfaringer og oplevelser? Hvad er sket, hvordan?

Resultat: Patient ide - pårørende ide - personale ide - organisatorisk ide

1. Udvikle kompetence (individuel - og organisatorisk)
2. Læringskontekster i praksis
3. Bedre palliation i forhold til patienter og pårørende?
4. Ændret kontekst, samarbejds miljø, pleje - og behandlingskultur?

5. Deltagernes vurdering af konkrete tiltag?

a. Individuel og organisatorisk læring

1. I klinisk praksis
2. Eksterne kurser
3. Tværfaglige/flerfaglige konferencer
4. Uddannelse nøglepersoner
5. Projektleder konsulent, ekspert i palliation

b. Arbejdsgrupper: Konkrete projekter

1. Opfølgningssamtale efterladte pårørende

c. Konkrete forandrings-udviklingsprojekter i hverdagen:

1. Identificere den palliative patientgruppe og overgange i palliative forløb
2. Tværfagligt samarbejde
3. Flerfaglig indsats

Proces: Metodevalg og projektforsløb

1. Projektdeltagere
 - Udvalgelse? Tværfaglighed?
2. Statusrapportens betydning?
3. Dialogkonferencens betydning
 - Medbestemmelse? Relevant udviklingsplan?
4. Implementeringsproces?
 - Muligheder, udfordringer, erfaringer
5. Projektleders rolle i implementeringsfasen
 - Betydning tilstedeværelse, ændringsforslag?
5. Projekt: Organisering, styring og proces
 - Projektleder, projektgruppe, styregruppe