

Tværfaglighed i fokus på hospice

Et udviklingsprojekt på et hospice viste, at det er nødvendigt at have en fælles tværfaglig retning, men også at kunne revurdere faglige rutiner og få øje på forskelle i faggruppernes kompetencer og sprog. Artiklen beskriver arbejdet med at definere tværfaglighed og flerfaglighed på et hospice og sikre det tværfaglige samarbejde gennem nye procedurer og fora. Artiklen har været gennem fagfællebedømmelse.

Eva Just, sygeplejerske, cand.scient.soc., ph.d., selvstændig; eva@justeva.dk
Dorit Simonsen, MPM, hospiceleder, Hospice Djursland
Helle Dalby Kristensen, souschef, Hospice Djursland

En kvinde med en hjernetumor ankommer til hospice. Før ankomsten har en sygeplejerske sammen med serviceassistenten gjort stuen klar med seng og blomster, og den bygningsansvarlige har hængt et par billeder op på væggene. Sygeplejersken taler kort med fysioterapeuten om, at de måske får brug for noget til lejrning, og aftaler med lægen, at de tager indlæggelsessamtalen sammen, fordi de gennem det notat, hospiceledelsen har skrevet på kvinden, ved, at hendes kognitive funktion er påvirket, og de er ikke klar over, om der er pårørende med ved ankomsten. Patienten ankommer sammen med en søn, og sekretæren byder dem sammen med sygeplejersken velkommen til hospice.

Syv forskellige faggrupper er involveret i denne indlæggelsessituation, og det er bare én af utallige situationer i et hospice, hvor 10 forskellige faggrupper arbejder tæt sammen for at skabe den bedste afslutning på livet eller et symptomlindrende ophold. Fagpersonerne arbejder ofte alene, men i tæt samspil med de andre faggrupper og fagpersoner, og det kræver både koordination, fælles værdier og evne til at improvisere sammen.

Gennem halvandet år har Hospice Djursland (HD) arbejdet med et tværfagligt udviklingsprojekt med det formål at styrke den tværfaglige indsats, se boks 1. Projektets baggrund var en intern evaluering, der viste, at nogle faggrupper oplevede, at det tværfaglige samspil ikke fungerede optimalt. Dette blev diskuteret på et personalemøde, og fordi det tværfaglige samarbejde er et væsentligt fundament i den palliative indsats, blev vi enige om at arbejde videre med det som fokus. For at støtte os i den proces inviterede vi cand.scient.soc. Eva Just med som proceskonsulent.

Boks 1. Formål med projektet

- At styrke den tværfaglige indsats over for patienterne, dvs. at skabe større opmærksomhed på at inddrage relevante faggrupper i alle patientforløb.
- At styrke den gensidige forståelse for såvel individuelle fagpersoners som faggruppers særlige ressourcer og forskellighed.
- At udvikle eksisterende møde- og samarbejdsrelationer samt evt. afprøve nye former.
- At udvikle metoder til at arbejde mere bevidst med tværfaglig læring, f.eks. at styrke tværfaglig kommunikation gennem kritisk refleksion og gensidig feedback.

Blå bog



Eva Just blev uddannet sygeplejerske i 1971 og cand.scient.soc. i 1996. Afsluttede ph.d.-projekt i organisatorisk læring i 2005. Eva Just har klinisk erfaring fra ansættelser i psykiatrien i 13 år. Har siden 1987 arbejdet med efteruddannelse og konsulentarbejde i det tidligere Aarhus Amt, ved Aarhus Universitetshospital og i egen virksomhed. Har været ansat som ekstern lektor i medicinsk pædagogik ved Aalborg Universitet og har undervist i sundhedsfaglig supervision og tværfaglighed ved professionshøjskolen VIA. Har gennemført flere evalueringsopgaver for Aalborg Universitet. Arbejder nu med supervisionsopgaver, bl.a. coachingprojekt for yngre læger samt uddannelse og supervision af hospitalsklovne.



Helle Dalby Kristensen blev sygeplejerske fra Aarhus Amtssygehus i 1984. Hun tog diplomeksamen i ledelse i 2000 og en toårig narrativ lederuddannelse ved DISPUK i 2014. Har bred klinisk erfaring fra både sekundær og primær sundhedstjeneste, har været klinisk vejleder i fem år og har 15 års ledelseserfaring. Har siden 1998, efter mødet med uhelbredeligt syge og deres pårørende i eget hjem, brændt for at udvikle og kvalificere det palliative felt. Er souschef på og har været med til at starte Hospice Djursland i 2007.



Dorit Simonsen blev uddannet sygeplejerske fra Sygeplejerskolen i Aalborg i 1980. Hun har i mange år arbejdet med alvorligt syge mennesker med kræft og med behov for den specialiserede palliative omsorg og behandling. Hun tog en diplomeksamen i ledelse i 1992, en mastergrad i offentlig ledelse fra Syddansk Universitet i 2007, en treårig gestaltterapeutisk uddannelse i 2009 og en systemisk coachuddannelse i 2011. Har stor undervisnings- og ledelseserfaring. Er hospiceleder på Hospice Djursland og har været med i idéudviklingen bag og etableringen af institutionen. Er meget optaget af innovation, kvalitetsudvikling og bæredygtig ledelse.

Denne artikels formål er at beskrive og teoretisk perspektivere nogle temaer, som har haft særligt fokus i udviklingsprojektet. Men artiklen beskriver også projektets udviklingsproces, der evt. kan inspirere andre, som ønsker at sætte en tværfaglig udvikling i gang.

Metode

Artiklen er skrevet på grundlag af en evaluering af projektføreløbet. Det primære formål med evalueringen var at skabe læring og fremadrettet opmærksomhed på tværfaglighed på HD. Evalueringen har haft afsæt i en responsiv evalueringsmodel (1), som i sin form er beskrivende og har det udgangspunkt, at målene formuleres undervejs i et projektføreløb. Denne blev koblet med en narrativ tilgang til evaluering (2), hvor antagelsen er, at den sociale virkelighed er kompleks, mangetydig og rummer mange fortolkninger og dermed forskellige fortællinger om praksis. Datamaterialet består af observationer af møder og hverdagsituationer, fokusgruppeinterview, fortællinger fra den ugentlige fredagsrefleksion, opsamling af refleksioner fra midtvejsseminar, personalemøde, styregruppemøde samt tværfaglige udviklingssamtaler. Konklusioner og fremadrettede mål blev formuleret på en afsluttende evalueringsskæft for alle medarbejdere.

Definition på tværfaglighed

”Vi arbejder meget tværfagligt.” Det siger mange fagpersoner ofte, når de arbejder tæt sammen med forskellige faggrupper. Men tværfaglighed er et begreb, som fortolkes meget forskelligt, og det fremgår af forskellige begrebsmæssige analyser, at der er mange grader af tværfaglighed (3). I denne artikel skelner vi mellem ”flerfaglighed” og ”tværfaglighed”, som er de danske begreber for det, der i den internationale litteratur betegnes som ”multiprofessionel” og ”interprofessionel” (4).

Flerfaglighed

Flerfaglighed handler om koordinering, dvs. at forskellige faggrupper, som har deres primære tilknytning i et monofagligt praksisfællesskab (f.eks. plejepersonale eller fysioterapeuter) og geografisk er adskilt fra de andre grupper, koordinerer og samarbejder med andre faggrupper om patienterne.

Tværfaglighed

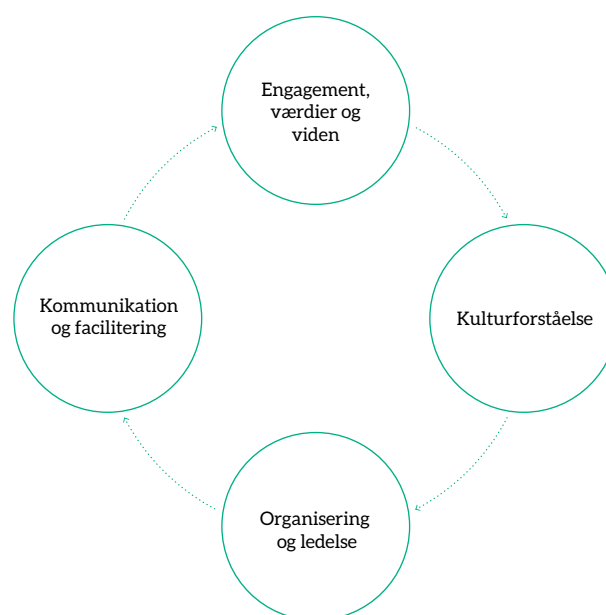
Tværfaglighed er en mere forpligtende samarbejdsform, hvor faggrupperne er knyttet sammen i et tværfagligt praksisfællesskab med fælles

mål, fælles arbejdsrutiner samt ofte også fælles geografi. På HD blev det i projektføreløbet tydeligt, at man overvejende arbejder sammen i et tværfagligt praksisfællesskab, men også at de oprindelige flerfaglige traditioner for faggruppernes roller i en traditionel sygehusstruktur fortsat spiller ind på samarbejdet mellem faggrupperne.

Tværfaglig intelligens

Udviklingsprojektet havde sit teoretiske udgangspunkt i en model for udvikling af ”tværfaglig intelligens”, som er en form for organisatorisk læreproces, der sættes fokus på det konkrete samspil mellem faggrupperne i en række situationer. Tværfaglig intelligens rummer fire dimensioner, som hver især har betydning for at udvikle en intelligent tværfaglighed, dvs. at styrke kapaciteten til at udnytte den eksisterende erfaring og viden til at løse opgaverne i et tværfagligt perspektiv, se figur 1. ►

Figur 1. Tværfaglig intelligens



Modellen er en arbejdsmodel, som indikerer områder, der indgår i organisatoriske processer til at fremme tværfaglig intelligens.

” På Hospice Djursland blev det i projektforløbet tydeligt, at man overvejende arbejder sammen i et tværfagligt praksisfællesskab, men også at de oprindelige flerfaglige traditioner for faggruppernes roller i en traditionel sygehusstruktur fortsat spiller ind på samarbejdet mellem faggrupperne.

► *Engagement, værdier og viden*

Engagement, værdier og viden handler om at sætte fokus på at udvikle et fælles tværfagligt grundlag, f.eks. fælles værdier og mål, fælles viden, som kan være kliniske retningslinjer, der er omsat til scoringsredskaber samt fælles arbejdsrutiner. Men det handler også om et følelsesmæssigt engagement i hinanden, dvs. at have lyst og vilje til at skabe resultater sammen på trods af forskellige faglige perspektiver (3,6).

Kulturforståelse

Kulturforståelse er at se faggrupperne som kulturelt forskellige med hver sin indbyggede faglige logik og hver sit sprog. Mødet mellem forskellige faggrupper kræver derfor både viden, toleranc og nysgerrighed (3).

Organisering og ledelse

Organisering og ledelse af tværfaglighed handler om at skabe gode rammer, så faggrupperne mødes, udveksler synspunkter og når frem til et fælles handlingsgrundlag. Det kan være forskellige former for møder og konferencer, men også den daglige organisering, fælles geografi/rum, håndtering af konflikter m.m. (3).

Kommunikation og facilitering

Kommunikation og facilitering af tværfaglige processer er det, der binder tingene sammen, f.eks. at facilitere tværfaglige konferencer så alle faggrupper får plads. Det kan handle om at undersøge situationer, hvor der er uenighed mellem faggrupperne, forskellige sproglige udtryk (3).

Fokus i projektet har været at styrke dimensionerne kulturforståelse og organisering/ledelse af tværfaglige processer, herunder også kommunikation og facilitering af tværfaglige processer. Der har ikke været direkte fokus på temaet engagement, værdier og viden, som HD gennem årene har arbejdet meget med for at udvikle et fælles fagligt grundlag. Der er bl.a. formuleret fælles værdier, fælles scoringsredskaber samt udviklet en arbejdsmodel for vurdering af patientens tilstand – de seks S'er (5).

Kulturforståelse er gensidig forståelse

Kulturforståelse handler om at se de forskellige faggrupper som kulturelt forskellige, fordi de har forskellige uddannelser, forskellige arbejdsopgaver og gennem tiden også har udviklet forskelligt sprog og faglige præferencer. Kulturforståelse handler derfor om at skabe en gensidig forståelse for disse forskelligheder gennem kulturmødet, dvs. der hvor faggrupperne mødes i en konkret handling eller til et møde og skal kunne håndtere den forstyrrelse, det kan være, at en anden faggruppe har andre perspektiver, end man selv har (6,3).

HD kan ses som et tværfagligt praksisfællesskab, der siden starten har udviklet mange faglige og tværfaglige rutiner gennem handlinger og meningsforhandling i hverdagen. I et praksisfællesskabs måde at fungere på kan man analytisk skelne imellem fælles virksomhed, fælles repertoire og gensidigt engagement (7).

Fælles virksomhed handler om at have et fælles billede af den opgave, der skal løses, og det ansvar, fællesskabet har.

Fælles repertoire er de rutiner, begreber, handlestrategier og sprog, som fællesskabet har udviklet.

Gensidigt engagement handler om den måde, fællesskabets sociale relationer har dannet et mønster på.

I et praksisfællesskab sker der løbende justeringer af alle dimensioner, nogle gange som bevidste beslutninger om at ændre noget, der ikke fungerer, andre gange udvikles der over tid nye handle-mønstre, uden at der har været en kollektiv stillingtagen.

HD har fra starten haft fokus på tværfaglighed. Det indgår også som den grundlæggende idé i arkitekturen, hvor der er tilstræbt et åbent, fælles kontorlandskab uden faste pladser. Over tid har der dog alligevel dannet sig et mønster i forhold til, hvilke lokaler, rum og pladser der benyttes af forskellige faggrupper. Fordelingen af opgaver mellem faggrupperne viste sig også at afspejle dele af den

traditionelle flerfaglige arbejdsdeling på et sygehus, f.eks. mht. dokumentation og ansvar for koordinering, delvist begrundet i at nogle faggrupper kun bestod af én person.

At ændre mønstre i et praksisfællesskab kræver en bevidsthed om, hvad der mangler, ønskes eller er opgivet, og det kræver en målrettet forstyrrelse og refleksion. Wackerhausen (8) taler om, at nogle problemer i et praksisfællesskab kan løses via den sædvanlige 1.-ordens refleksion, dvs. at man løser problemerne ud fra de begreber og metoder, man kender (sædvaner). Andre problemer kræver, at man udfordrer sædvanen og har en 2.-ordens refleksion, dvs. man undersøger mere grundlæggende antagelser omkring et problem, f.eks. en faggruppes selvforståelse, eller om en given faglig handling passer til den aktuelle virkelighed. I udviklingsprojektet har der været fokus på at styrke den sædvanueudfordrende refleksion.

Samspillet i hverdagen

Når patienten er modtaget og har fået sig indrettet på stuen sammen med eventuelle pårørende, starter den egentlige hospiceindsats, som alle faggrupper i de fleste tilfælde deltager i. Der har i hospice udviklet sig en lang række faglige rutiner og mønstre i forhold til, hvilke opgaver der skal løses af den enkelte fagperson og af faggrupperne. Sygeplejerskerne, som er inddelt i team, har langt de fleste opgaver. Samspillet mellem faggrupperne fungerer i hverdagen oftest roligt og problemløsende, f.eks. når en patient og eventuelle pårørende har behov for samtaler med psykolog, musikerterapeut eller præsten for at dæmpe angst eller håndtere eksistentielle og åndelige spørgsmål. Eller når der er konkrete fysiske symptomer, som kræver en særlig indsats fra flere faggrupper:

En sygeplejerske opdager et trykspor på en patients fod og beder fysioterapeuten kigge på det. Fysioterapeuten undersøger foden og finder nogle andre støttestrømper samt en anden stol, som kan elevere fodskamlen, uden at ryggen lægges ned. Det er svært at få strømpen på, og fysioterapeuten taler med lægen for at høre, hvad hun mener. Lægen synes, de skal afvente effekten af vanddrivende medicin og elevation. Fysioterapeuten informerer sygeplejersken, som laver et notat i EPI.

Samspillet mellem faggrupperne fungerer her godt, bl.a. fordi de relevante fagpersoner er til stede og straks reagerer på de behov,

de ser. En fleksibel organisering, hvor der er plads til, at forskellige faggrupper kan inddrages her og nu, ser ud til at være en af forudsætningerne for, at dette samspil kan lade sig gøre.

Samspillet bliver nogle gange alligevel udfordret, fordi faggrupperne kan have forskellige opfattelser af, hvad patienten har behov

” Der er ingen tvivl om, at faggrupperne kan noget forskelligt, og at denne forskellighed generelt værdsættes, samtidig med at de individuelle fagpersoner har forskellige kompetencer eller fortolker tingene forskelligt.

for. På et tidspunkt fremkom der det synspunkt fra en fagperson, at ”sygeplejerskerne lukker døren til patienterne”. I denne fagpersoners perspektiv er det sygeplejerskerne, som styrer/koordinerer, hvilke andre faggrupper der får adgang til patienterne, og det medfører, at sygeplejerskerne i nogle situationer opleves at fungere som en slags ledvogtere for de andre faggrupper, som bliver inviteret ind af sygeplejerskerne som en form for konsulenter. Det hører med til det tværfaglige billede og vilkår på dette hospice, at sygeplejersker udgør 2/3 af alle ansatte, mens psykolog, præst, musikerterapeut og fysioterapeut er deltidsansatte. Lægen er ansat i Det Palliative Team på Regionshospitalet Randers og er dermed konsulent på hospice. Tværfagligheden har således den særlige udfordring og præmis, at de fleste ansatte er sygeplejersker, og de andre fagpersoner med direkte patientkontakt er deltidsansatte og kun færdes i huset to-tre dage om ugen, fysioterapeuten dog dagligt.

Hændelser og begivenheder

Hvornår fungerer tværfagligheden flydende og velintegreret i de daglige rutiner, og hvornår bliver den udfordret af en eller anden grund? Der er ifølge Helle Plough Hansen (9) i hverdagen en masse hændelser, som vi ikke tillægger særlig betydning, fordi de forløber, som forventet. Hverdagen i HD er fyldt med hændelser i form af daglige rutiner, som indebærer løbende dialoger mellem fagpersoner/faggrupper og løsning af problemer. ▶

- Nogle hændelser bliver til begivenheder, dvs. italesættes en eller flere gange, og det kan ifølge Plough Hansen handle om, at særlige faglige interesser er blevet udfordret, eller at situationen er uforståelig. Problemstillingen ”den lukkede dør” blev en begivenhed og kan ses som en magtkamp mellem sygeplejersker og andre faggrupper, og italesættelsen af dette skabte mange følelser, idet flere sygeplejersker oplevede det som en uventet og hård kritik:

”Vi troede, vi havde et godt tværfagligt samarbejde, så fik vi at vide, det ikke var tværfaglighed. Vores erfaringer med tværfaglighed kommer jo fra, hvor vi kommer fra. Vi sygeplejersker er vant til at arbejde bag lukkede døre, jeg tror, vi har brug for noget mere ”åbendørsarbejde” for at kunne se, hvornår vi har brug for hinanden.” Sygeplejerske.

Læsertest

På den ugentlige tværfaglige konference på hospice drøftes en ny patient, en 60-årig kvinde, som overflyttes fra et hospital og modtages af en læge og en sygeplejerske. Sygeplejersken præsenterer kvinden, hendes sygdomsforløb og aktuelle problemstillinger. Hun fortæller også, at kvinden er indelukket, taler med få ord, og at hun opfattes som vredladen, og at man har svært ved at få lov til at hjælpe hende. Fysioterapeuten har kort mødt patienten. Hun fik lov til at give kvinden konkret hjælp til lejring uden problemer. Musikterapeuten har et andet indtryk af kvinden, hun opfatter hendes vrede og indelukthed som angst. Psykologen undrer sig over, at hun ikke er blevet bedt om at tale med kvinden. ”Det ønsker hun ikke, hun orker ikke så mange kontakter,” siger sygeplejersken.

1. Hvordan kan det være, at forskellige faggrupper oplever patienten forskelligt?
2. Hvordan kan mødelederen facilitere diskussionen af denne uenighed i opfattelsen af patienten?
3. Kan patienten selv vælge, hvilke faggrupper hun ønsker hjælp fra?
4. Hvordan kan den daglige organisering forebygges, at forskellige oplevelser udvikler sig til konflikter?
5. Hvordan kan forskellige mødefora bidrage til at undersøge lignende hændelser?

Læs svarene side 80.

Hvorvidt historien om ”den lukkede dør” handler om få eller mange situationer, vides ikke, men problemstillingen illustrerer, at der let kan opstå særlige fortællinger eller myter om en bestemt faggruppe, og netop denne fortælling gjorde ondt på sygeplejerskegruppen, som følte, de blev kritiseret som gruppe. De konkrete ”lukkede døre”, som psykologen, præsten og musikterapeuten gjorde brug af, når de skulle skabe et fortroligt rum sammen med patienten eller den pårørende, var nogle gange også udfordrende for sygeplejerskerne, som gerne ville have indsigt i og eventuelt lære noget af samtalerne.

Disse begivenheder kan have rødder i de traditioner, der findes i et sygehus, hvor sygeplejerskerne ofte har den rolle at koordinere indsatsen mellem forskellige faggrupper, og hvor de andre faggrupper er vant til at have en rolle som konsulent, der kommer, når man bliver rekvireret. Selvom mulighederne er anderledes på et hospice, hvor faggrupperne arbejder tæt sammen, kan de traditionelle roller eller myter om rollerne let blive fremtrædende, hvis forventningerne ikke harmonerer.

Når hændelser i hverdagen bliver til tværfaglige begivenheder, kræver det en 2.-ordensrefleksion, dvs. at man undersøger grundlæggende antagelser og ser mødet mellem forskellige faggrupper som en form for ”kulturmøde”, der kræver åbenhed over for hinandens perspektiver, samtidig med at man erkender egne perspektiver (6). Når en gruppes billede af det tværfaglige samspil forstyrres, kan det vække stærke følelser, og i dette tilfælde krævede det mange diskussioner. Men det skabte også en åbenhed overfor nye måder at samarbejde på og mod til at turde være lidt mere undrende eller kritiske overfor hinanden.

Grænseflader mellem faggrupperne

Sygeplejerskegruppen løser i praksis mange opgaver, som lapper ind over de andre faggruppers opgaver, f.eks. samtaler af eksistential/åndelig eller psykologisk karakter, eller opgaver, som ligger tæt på fysioterapeutens, lægens og økonomaens særlige ekspertise. Hvornår er det noget, alle kan varetage, og hvornår kræver det særlig ekspertise?

Giver man opgaver videre, eller klarer man det selv? F.eks. den åndelige omsorg, hvor præsten siger om respekten for hendes faglighed:

”Nogle gange står jeg på den lille flise her i huset, hvor der står åndelig omsorg, og der står 30 sygeplejersker på den samme flise, det er sådan et billede af den frustration, jeg kan have.”

Der er ingen tvivl om, at faggrupperne kan noget forskelligt, og at denne forskellighed generelt værdsættes, samtidig med at de individuelle fagpersoner har forskellige kompetencer eller fortolker tingene forskelligt.

Samtidig er der et stort spektrum af kompetencer inden for en faggruppe, og den store gruppe af sygeplejersker har ikke altid de samme holdninger og reaktionsmønstre. I nogle situationer bliver der alligevel skabt en generalisering ud fra én sygeplejerskes reaktion i en situation, hvilket sygeplejerskerne ikke bryder sig om, men også udfordrer de andre faggrupper:

”Sygeplejersker er forskellige. Nogen vil have, at fysioterapeuten kommer med en vurdering, men næste dag kommer der en anden, som siger, at det skal jeg nok selv kigge på og eventuelt kalde, hvis der bliver et problem.” Fysioterapeut.

Der blev i løbet af projektet en større opmærksomhed på, at når der opstår tvivl om faggruppernes roller og forventninger, er det nødvendigt at afklare det snarest muligt, fordi en enkelt situation mellem to fagpersoner kan medvirke til at skabe myter om samarbejdet i hele praksisfællesskabet. Og der er fortsat behov for at drøfte grænseflader mellem faggrupperne, f.eks. i supervision, ved det ugentlige refleksionsmøde eller når der opstår konflikter; at de involverede mødes og afklarer roller og forventninger, så det ikke bliver en vandrehistorie, der bidrager til at skabe myter.

Nogle problemstillinger handler desuden slet ikke om faggrupperne og tværfaglighed, men er mere personlige relationer, der skaber problemer og konflikter. At kunne adskille, hvad der er faglige forskelle og personlige forskelle, er tydeligvis et tema, der fortsat skal arbejdes med.

Organisering og ledelse af tværfaglighed

Tværfaglighed opstår ikke af sig selv, det kræver både en bevidst organisering og ledelsesmæssig opmærksomhed. Udviklingsprojektet har påvirket forskellige organisatoriske og ledelsesmæssige

valg, dels i forhold til at skabe rum for tværfaglige diskussioner i hele personalestaben, dels i forhold til at påvirke nogle af de organisatoriske rutiner f.eks. visitation og indlæggelse samt forskellige tværfaglige mødefora, f.eks. fredagsrefleksion, supervision og tværfaglige konferencer.

At skabe tid/rum for læring

At skabe organisatoriske ændringer og læring kræver, at der skabes tid og rum til at drøfte tingene (10). I projektløbet har det været et bevidst ledelsesmæssigt valg at udvikle de eksisterende rutiner og møder, dvs. at der er ikke opfundet nye, særlige tværfaglige møder. Projektet har strakt sig over halvandet år og har bestået af små interventioner tæt knyttet til den eksisterende struktur og praksis, dvs. at der ikke har været mange ekstra temadage og møder. Til gengæld har tværfaglighed været tematiseret i de eksisterende mødefora. Processen har gennemløbet flere faser:

Startfasen

I startfasen var en mindre gruppe involveret via deltagelse i et startseminar, og efterfølgende blev der etableret en følgegruppe med deltagelse af hospicelederen, souschefen, psykologen, udviklingssygeplejersken, en sygeplejerske og en ekstern konsulent. Følgegruppen udarbejdede projektbeskrivelse og besluttede, hvilke områder der først skulle fokuseres på. Mange medarbejdere var i starten lidt undrende overfor, hvad projektet egentlig gik ud på, og flere sygeplejersker havde den oplevelse, at det handlede om kritik af dem som faggruppe. Styregruppen besluttede derfor at gøre processen så gennemsigtig som muligt, og alle dokumenter og referater, der blev udarbejdet, blev lagt på et fælles drev, så alle kunne læse med.

Midtvejsseminar

Midtvejsseminar blev afholdt efter et halvt år og markerede et skift i processen. Her deltog ca. 30 medarbejdere i diskussioner af projektets fokusområder, og flere ændringer trådte i kraft efterfølgende. Dernæst blev der fokus på at undersøge og styrke relationerne mellem faggrupperne, dels via observationer i hverdagen og den tværfaglige konference, dels via tværfaglige udviklingssamtaler (TUS), hvor medarbejdere blev mikset ▶

- ▶ i tværfaglige grupper. Der var oplæg på et udvidet personalemøde, som handlede om tværfaglighed, kommunikation, konflikt og feedback.

Afslutningen

Afslutningen var opsamling på alle projektets temaer i en rapport (11) baseret på alle de dokumenter, der forelå, samt et fokusgruppinterview, og rapporten dannede grundlag for et evalueringscafé-møde, som havde til formål, at alle involverede bidrog til de beslutninger, der skulle træffes, og de punkter, der skulle arbejdes videre med i fremtiden.

Tværfaglighed i visitation og modtagelse

Der var fra starten et ledelsesmæssigt ønske om at styrke tværfagligheden i forbindelse med modtagelse af patienter ved at tydeliggøre, hvilke opgaver der fra starten skal løses af forskellige faggrupper. Derfor blev visitationsgrundlaget udformet skriftligt, så alle kunne orientere sig på forhånd. Der blev i EPJ (elek-

” Det er velkendt, at læger har en mere kortfattet og præcis måde at præsentere en patient på end sygeplejersker, som ofte fortæller situationsbundne historier, og psykologer har også ofte træning i at fremlægge en sag kortfattet og præcist.

tronisk patientjournal) oprettet såkaldte ”Visitationsstempler”, som er beskrivelser af de hyppigste symptomer, udfordringer og behov, som den henviste patient ifølge skriftlige oplysninger har, og dermed grundlaget for en tidlig tværfaglig indsats. Modtagelsen af den nye patient kan dermed planlægges, så relevante faggrupper kan deltage i selve modtagelsen eller tage kontakt til patienten en af de første dage. Sygeplejersker og læger er altid involveret i modtagelsen. Et eksisterende rammenotat for modtagelse af patienter, som beskriver alle handlinger, blev justeret via høring i medarbejdergruppen. Det er tydeligt i den nye rammebeskrivelse, at alle faggrupper skal spille en rolle i modtagelsen af en ny patient.

Der har i medarbejdergruppen været positiv respons på, at visitationsprocessen er blevet skriftlig. Bl.a. blev sekretærens rolle mere synlig. Opmærksomheden er også blevet skærpet på, om det er relevant, at andre faggrupper end sygeplejerske og læge deltager i modtagelse af patienten. Det kan f.eks. være inddragelse af psykolog eller musikerapeut fra den første dag, hvis der er beskrevet meget angst, eller at fysioterapeuten kan planlægge praktiske hjælpemidler til patienten, f.eks. lejring eller kørestol.

”Det har været rigtig fint de gange, hvor jeg har været med på sidelinjen fra dag et. Det kan være, jeg er praktisk behjælpelig f.eks. med at finde og indstille en kørestol. Jeg kan lure mig ind på, om der er noget, jeg skal være opmærksom på, og jeg kan i samarbejde med sygeplejersken lægge min første plan, f.eks. i forhold til forflytning.” Fysioterapeut.

Denne ændring i de daglige rutiner har ikke været vanskelig at gennemføre, dels fordi den udbyggede skriftlige visitation har givet alle en bedre indsigt i nye patienters behov fra den første dag, og fordi det har tydeliggjort, at alle faggruppers ekspertise i princippet skal være til rådighed for alle patienter. Udfordringen vil formentlig fremover handle om at have tilstrækkelig adgang til de faggrupperessourcer, som et nyt patientforløb kalder på, fordi flere faggrupper arbejder på deltid.

De tværfaglige konferencer

”Drømmen er at skabe et inspirerende, berigende og livgivende miljø for vores konferencer præget af: Faglighed, rummelighed og opmærksomhed.” Internt notat.

Disse flotte intentioner for den tværfaglige konference var der allerede arbejdet med et stykke tid, fordi man oplevede, at konferencerne ofte var for ustrukturerede, og at man ikke altid nåede frem til præcise konklusioner. Konferencerne havde derfor følgende form, se boks 2.

Denne mødeproces blev gennemført med stram tidsstyring, og der var kun 15-20 minutter til hver patientsag. Der var generelt tilfredshed med en mere stram mødeform, men også kritiske røster. Sygeplejerskerne følte det som et tungt ansvar at skulle levere et meget præcist oplæg, ofte under tidspres, og flere gav udtryk

Boks 2. Tværfaglige konferencer

Konferenceproces

- Planlægning tre dage før konferencen af, hvilke patienter der skal drøftes, og hvem der skal lave indledende oplæg.
- To mødeledere, som styrer tid og faciliterer processen.
- Indledende kort oplæg ved en sygeplejerske med afsæt de seks S'er.
- Kort runde med supplerende observationer fra andre faggrupper/fagpersoner.
- Refleksiv pause på et minut.
- Runde med refleksioner fra alle deltagere.

for, at "det var ligesom at være til eksamen". Det var udfordrende for mødelederne at holde tiden og fokus. Der var flere faggrupper, som oplevede, at sproget havde ændret sig, og at der ikke var plads til fortællinger.

"Vi har for lidt tid til at fremlægge, og vi savner at have tid til at fortælle historier og diskutere patienterne." Sygeplejerske.

Set i et større perspektiv kan den ændrede mødeform ses som en kulturel udfordring for nogle af faggrupperne, som pr. tradition har haft en mere fortællende måde at nå frem til afklaring af et forløb på. Den nye form knytter sig måske især til lægers og psykologers måde at holde møder på. Forskning i sprogkultur har vist, at der i talesprogs-kulturen er en tæt sammenhæng mellem viden og kunnen, og at hver faggruppe udvikler sit eget sprog knyttet til den faglige logik, faget rummer (12). Måske er der her sket en favorisering af nogle faggruppers sproglige traditioner frem for andres. Det er f.eks. velkendt, at læger har en mere kortfattet og præcis måde at præsentere en patient på end sygeplejersker, som ofte fortæller situationsbundne historier (13), og psykologer har også ofte træning i at fremlægge en sag kortfattet og præcist.

Formen på konferencerne blev justeret, således at de blev opdelt i to mindre konferencer med færre deltagere og mere tid til hver sag. Det skabte samtidig plads til refleksion, dialog og flere fortællinger. De centrale punkter blev noteret på tavlen og dannede udgangspunkt for en fælles konklusion. Sygeplejerskegruppen

har efterhånden vænnet sig til at udarbejde korte, præcise oplæg, og der arbejdes fortsat videre med at planlægge grundigt og have en stram/fleksibel mødeledelse.

Tværfaglig supervision

Der har i HD altid været tradition for, at især sygeplejerskerne får supervision, og dette blev indtil projektets start varetaget af husets egen psykolog. Der blev i det tværfaglige projekt skabt den fornøyle, at der indgik en anden faggruppe i hvert af de fire sygeplejersketeam, som også fik en ekstern supervisor, og der blev tilbudt om tværfaglig supervision til henholdsvis stabs- og servicemedarbejdere med husets psykolog som supervisor. Evaluering af det nye supervisionskoncept viste, at det var interessant og lærerigt at høre andre faggruppers perspektiver, men at to faggrupper ikke skaber den store tværfaglige indsigt. For deltagerne er det især vigtigt, at supervisionsgruppen er et trygt forum, og at der bliver arbejdet i dybden med problemstillinger. Der er stor enighed om, at supervision er vigtigt i et arbejdsfelt, der rummer så mange følelsesmæssige udfordringer.

"Jeg tænker egentlig ikke i faggrupper, når vi sidder sammen, så er det mennesker, som fortæller, hvad de bliver påvirket af i hverdagen". Frivillig koordinator.

Fredagsrefleksion

Hver fredag mødes de fagpersoner, som har tid, til en halv times fredagsrefleksion, som er et møde, hvor forskellige emner, tvivl og spørgsmål fra ugen kan tages op. Det er et møde, der ledes af HD's to ledere og nogle gange psykologen. Fredagsrefleksion havde i projektperioden især fokus på tværfaglighed i et narrativt perspektiv, dvs. at der blev udvalgt fortællinger, som blev undersøgt nærmere og blev bevidnet i gruppen. Dvs. at man reflekterede over, hvad de øvrige i gruppen især blev optaget af i fortællingen, og den resonans, det skabte i forhold til egne erfaringer (14,15). Her dukkede en del positive fortællinger op, som handlede om at få øje på, hvordan en anden faggruppes indsats virker:

"Patientens primære problem var angst, han var nærmest siddende, da han kom sammen med sine sønner. Han sagde nej til at møde musikterapeuten, men ændrede mening, og inden min vagt var gået, havde han både snakket med musikterapeuten ▶

- *og præsten. Da jeg kom på arbejde et par dage senere og så ham sidde stille og roligt og deltage i morgensang, tænkte jeg, hold da op en forvandling, ham har vi fået hjulpet godt.” Sygeplejerske.*

Fredagsrefleksionerne kom også til at handle om den tidligere evaluering, som viste, at der var problemer med samarbejdet mellem sygeplejersker og andre faggrupper (den lukkede dør). Sygeplejerskerne havde det svært med kritikken og følte, den var uretfærdig. De kunne ikke genkende det fra hverdagen. Men det åbnede for at drøfte, at samarbejdet mellem forskellige faggrupper og fagpersoner nogle gange er udfordrende og skal håndteres.

Noget fungerer godt og er bare så ligetil, noget er svært. F.eks. havde jeg lige en rigtig god samarbejdsoplevelse med fysioterapeuten om et spabad.” Sygeplejerske.

Tværfaglige udviklingssamtaler

Ledelsen valgte at afprøve en ny model for udviklingssamtaler, dvs. at gå fra individuelle samtaler til tværfaglige gruppesamtaler. De tværfaglige udviklingssamtaler blev gennemført som seks hele dage med tværfaglige grupper a syv deltagere.

Formen var narrativ (14,15), dvs. de to ledere interviewede hver person, og gruppen bevidnede det, de havde hørt. Der var generelt meget positive evalueringer af denne form for udviklingssamtale. Det gav større indsigt i andre faggruppers hverdag, sprog og faglighed og blev oplevet som et trygt forum at være i. Der dukkede mange interessante emner op, såvel faglige som organisatoriske, f.eks. overlappning mellem vagter, at hjælpe hinanden med at blive færdige til tiden, palliativ sedering, delir og smerter. Flere havde på forhånd været meget skeptiske, og enkelte havde haft ondt i maven inden dagen, men det ændrede sig undervejs, fordi der var meget intens kontakt, interesse og gode spørgsmål.

Ledelsen var selv meget tilfreds med, at dette eksperiment lykkedes. Tværfaglige Udviklingssamtaler, se boks 3, understøtter dermed formålet om at styrke den gensidige forståelse og respekt for hinanden:

”De har fået mere øje på hinanden. Der er ingen tvivl om, at Tværfaglige Udviklingssamtaler har givet medarbejderne en rigtig god mulighed for at se og høre noget, de ellers ikke ville have set og hørt fra deres kolleger.” Hospiceleder.

Boks 3. Tværfaglige udviklingssamtaler

Formål

- At den enkelte får øje på sig selv som en vigtig del af helheden og bliver klogere på sin egen rolle og funktion i relation til det daglige arbejde og samarbejde.
- At værdier og normer bringes frem og i spil.
- At medarbejdere, som ikke arbejder tæt sammen i dagligdagen, får lov at høre, hvad der er vigtigt for andre.
- At medarbejderne ser hinanden og måske får øje på/opdager noget nyt, noget de ikke vidste om den anden.
- At relationerne mellem medarbejderne styrkes og dermed styrker samarbejdet på alle måder på HD.
- At styrke synergien, dvs. samarbejdet om helheden, således at helheden bliver mere/større end summen af enkeltdele.

Når ledelsen skærer igennem

I et hospice med mange medarbejdere foregår meget af arbejdet i delvist selvledende team, dvs. at medarbejderne selv tilrettelægger og prioriterer deres opgaver, herunder skaber tid til andre typer opgaver, f.eks. grupper for efterladte, udarbejdelse af skriftligt materiale og forberedelse af mødeoplæg. Det medfører, at personalestaben er meget selvstændig. Engang imellem opstår der tvivl om prioritering af tid til opgaver, eller hvilke faggrupper der har kompetence til at definere tingene og træffe beslutninger. Ledelsen på HD spiller en aktiv rolle i den proces og ser det som deres ledelsesopgave at være lyttende, vejledende og træffe beslutninger for medarbejderne i tvivlsspørgsmål, hvilket i sagens natur medfører, at den nogle gange træffer beslutninger, som alle medarbejdere ikke er enige i. Den proces giver altid udfordringer og kan betyde, at nogen ikke føler sig hørt, se boks 4.

Konklusion og eftertanker

Ved projektets afslutning var der fortsat mange udviklingstemaer i spil, men også en større bevidsthed om samspelet mellem faggrupperne og nødvendigheden af at reflektere over de situationer, der udfordrer tværfagligheden. Især betydningen af at turde give konstruktiv feedback, når forventningerne støder sammen.

Boks 4. Stop op og tænk

Spørgsmål til refleksion over egen praksis

1. Hvordan ser tværfagligheden ud i din praksis? Består den især af flerfaglig koordinering mellem forskellige faggrupper, eller er den tværfaglig, dvs. et forpligtende samarbejde mellem flere faggrupper med fælles mål og arbejdsrutiner?
2. Hvilke forskellige faggrupper kræver kulturforståelse i din praksis, og har du eksempler på, at en tværfaglig hændelse er blevet til en begivenhed?
3. Hvilke former for refleksion kræver kulturmødet mellem forskellige faggrupper, når der er forskellige perspektiver og handlemønstre?
4. Hvilke refleksive fora kan understøtte kulturforståelsen i din praksis?
5. Hvordan kan modtagelse af en ny patient styrkes, så tværfagligheden udnyttes bedst muligt?
6. Hvordan kan artiklen inspirere til udvikling af de tværfaglige konferencer i din praksis?
7. Hvordan kan tværfaglige udviklingssamtaler evt. realiseres på din arbejdsplads? Hvilke faggrupper kan deltage, og hvilken form er mulig?

Formålet med projektet var at styrke den tværfaglige indsats over for patienterne og den gensidige forståelse mellem faggrupperne. Det har været en lang proces, som har givet mulighed for at undersøge tværfaglige problemstillinger nærmere og skabt mere forståelse for hinanden, se boks 5.

Mange relationer mellem faggrupperne er skabt i en mere monofaglig sygehuskultur og kan let bevæge sig ind i hverdagen i et tværfagligt hospice. Det første skridt er at få øje på det, det næste er at turde undre sig og udfordre hinandens forestillinger om, hvordan tingene bør gøres. En sygeplejerske brugte på et møde følgende billedmetafor om processen: ”Vi er i gang med at sy et nyt tæppe.”

Implikationer for praksis

Vi har gennem det fokuserede samarbejde omkring tværfaglighed opnået en øget opmærksomhed på egen faglighed og på kollegaernes faglighed samt på det ansvar, vi hver især har overfor egen praksis i relation til helheden. Gennem de fokuserede fora og de

Boks 5. anbefalinger for praksis

1. At afdelingen stopper op og giver tværfagligheden et eftersyn. Det er en god idé, at der udvælges lidt litteratur forud for et personalemøde, hvor punktet: ”Hvad forstår vi her i afdelingen ved tværfaglighed?” er det eneste på dagsordenen.
2. At man får en dialog om, hvor den enkelte faggruppe oplever at blive udfordret i samspillet med de øvrige faggrupper.
3. At man sikrer sig den nødvendige ledelsesmæssige opbakning for at skabe tid og rum for den organisatoriske læring i arbejdet med tværfaglighed.
4. At der i afdelingen er åbenhed for at arbejde med feedback, også når forventninger støder sammen.
5. At der i organisationen er gennemsigtighed og tydelighed i forhold til de ændringer, som ønskes gennemført, så alle kan se en mening med dem.
6. At man vælger ”det første mindste skridt” med omhu og starter en udvikling der, hvor man oplever, at der i forvejen er noget, som fungerer.
7. At man husker, at al kulturændring tager tid og kræver, at den enkelte faggruppe giver slip på fasttømrede forståelser af tingene mod at få et spændende og udviklende tværfagligt samarbejde til glæde og gavn for patienter og pårørende.

redskaber, vi gennem processen har udviklet, er det blevet tydeligere, hvem der gør hvad, og hvordan vi melder tilbage til hinanden, så den indsats, vi tilbyder patienten og de pårørende, opleves som sammenhængende. Vi er blevet tydeligere for hinanden og medinddrager meget hurtigt hinanden i indsatsen til patienten og de pårørende. Den tydelighed har gjort det nemmere at kommunikere om opgaven. Ingen faggrupper føler sig truet på deres faglighed, men deler gerne deres viden. Vi har ikke systematisk undersøgt denne ændrede tværfaglige indsats hos patienterne og de pårørende. Vi ved fra spontane mundtlige og skriftlige tilbagemeldinger, at de føler sig hørt, set og mødt af alle de faggrupper, de har været i kontakt med under deres ofte meget korte ophold på hospice. At de oplever en professionalisme, en lindring og en trykthed, som har gjort en forskel for dem i den sidste tid. ▶

► Litteratur

1. Krogstrup HK. Evalueringsmodeller. Aarhus: Systime; 2003.
2. Fredslund H. Evaluering i et narrativt perspektiv. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2013.
3. Just E og Nordentoft HM. Tværfaglig praksis. København: Hans Reitzels Forlag; 2012.
4. Lauvås K & Lauvås P. Tværfaglig samarbejde, perspektiv og strategi. Aarhus: Klim; 2001.
5. Venborg A. En særlig tilgang ved forestående død. *Sygeplejersken* 2013;(2):69-84.
6. Plum E. Kulturel intelligens. København: Børsens Forlag; 2007.
7. Wenger E. Praksisfællesskaber. København: Hans Reitzels forlag; 2004.
8. Wackerhausen S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. Skriftserien Refleksion i praksis. Institut for filosofi og Idéhistorie, Aarhus Universitet; 2008.
9. Hansen HP. I grænsefladen mellem liv og død. København: Gyldendal; 1995.
10. Elkjær B. Når læring går på arbejde. Et pragmatisk blik på læring i arbejdslivet. Frederiksberg: Forlaget samfundslitteratur; 2005.
11. Tværfaglighed i Hospice Djursland. Intern evalueringsrapport 2014. Fås ved henvendelse til Dorit Simonsen; Dorit.Simonsen@hospicedjursland.dk
12. Saugstad T. Om viden og kunnen – pædagogisk set. In Andersen m.fl. (red.). *Klassisk og moderne pædagogisk teori*. København: Hans Reitzels Forlag; 2007.
13. Just E. Viden og læring i sundhedsfaglige praksisfællesskaber Aalborg: Aalborg Universitet; 2006.
14. White M. Kort over narrative samtaler. København: Hans Reitzels Forlag; 2008.
15. Brune J. At fortælle historier. København: Akademisk Forlag; 2004.

Svar på læsertest side 74.

1. Hver faggruppe har sit særlige grundlag i forhold til viden/erfaringer/arbejdsmetoder og kan derfor have et særligt fokus eller en særlig relation til patienten.
 2. Mødelederen skal sikre, at mødets rammer skaber muligheder for at høre alle faggruppers stemmer, og at der skabes et fælles samlet billede af patientens behov og den fremadrettede, tværfaglige indsats.
 3. Patienten på et hospice får altid et tværfagligt pleje- og behandlingstilbud, og indsatsen vil ske i dialog med patienten, herunder vurdering af hvilke faggrupper der skal inddrages.
 4. Det er vigtigt, at alle faggrupper dagligt mødes til fælles møder og evt. deler fælles rum, samt at forskellige opfattelser afklares hurtigst muligt.
 5. Supervision og andre refleksive møder, som skaber mulighed for at undersøge uoverensstemmelser mere grundigt, end hverdagen giver mulighed for, og dermed bidrage til, at begivenheder ikke vokser til konflikter.
-

English abstract

Just E, Simonsen D, Kristensen HD. Interdisciplinarity in hospice care. *Sygeplejersken* 2015;(11):69-80.

The article is based on an interdisciplinary development project at a hospice. Activities aimed to strengthen interdisciplinarity over the working day through meetings and other organisational changes with special focus on cultural understanding, organisation/management and communication/facilitation of interdisciplinary processes. The project demonstrated the necessity of pursuing a common interdisciplinary direction, but also the value of re-evaluating professional routines and spotting differences in the professional groups' competencies and terminology. A focus on positive stories and critical reflection as a means of challenging customary practices is necessary in the interests of sustained, and culturally and organisationally embedded interdisciplinarity.

Keywords: Interdisciplinarity, hospice, interdisciplinary intelligence, narratives, critical reflection, organisational learning.
