

Evaluering af en geriatrisk funktion på et mellemstort dansk hospital

Marianne Jensen

Master of Public Health

MPH 2007:16



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel Evaluering af en geriatrisk funktion på et mellemstort dansk hospital				
Författare Marianne Jensen				
Författarens befattning och adress Oversygeplejerske, Horsensvej 32, 8766 Nørre Snede, Danmark				
Datum då uppsatsen godkändes 2007-06-08			Handledare NHV/extern Runo Axelsson, Professor	
Antal sidor 39	Språk – uppsats dansk	Språk – dansk/engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-20-7
Sammanfattning Introduktion: De nordiske hospitaler er i disse år præget af talrige organisationsændringer. Evalueringer heraf foregår traditionelt kvantitativt. Der er ikke tradition for at anvende kvalitative metoder. Patientperspektivet undersøges i Danmark kvantitativt gennem årlige patienttilfredsheds-undersøgelser, men resultaterne heraf kan ikke ses i sammenhæng med en given aktivitet på et givent sengeafsnit. Medarbejderperspektivet medtages slet ikke i forbindelse med evalueringer af organisatoriske ændringer i sundhedsvæsenet. Formål: Formålet med denne evaluering er at undersøge sammenhænge mellem den konkrete målopfyldelse på udvalgte kvalitetsindikatorer, medarbejdernes oplevelser af og syn på at arbejde på det geriatriske sengeafsnit samt de pårørende og patienternes oplevelser under indlæggelsen. Det er hensigten at tegne et så nuanceret billede som muligt af det geriatriske sengeafsnit og at få afdækket såvel hensigtsmæssige som uhensigtsmæssige forhold i medarbejdernes arbejdsliv og i patienternes oplevelse af indlæggelsen. Metode: Andel af opfyldte kvalitetsindikatorer måles ved auditgennemgang af 50 konsekutivt udvalgte patientjournaler fra indlæggelser på det geriatriske sengeafsnit. Patient- og pårørendeperspektivet belyses gennem 4 interviews i umiddelbar tilslutning til patienternes udskrivelse og Medarbejderperspektivet undersøges gennem to individuelle interviews med lederne af afsnittet og et fokusgruppinterview med otte medarbejdere fra det geriatriske sengeafsnit. De kvantitative data fremstilles i tabelform og de kvalitative data indholdsanalyseres og fremstilles i citatform. De indbyrdes sammenhænge mellem de bearbejdede data undersøges og fremstilles. Resultater: Medarbejderne udtrykker frustration og mangel på ledelse. De har svært ved at se sammenhæng i hverdagens aktiviteter og oplever mangel på ro og meningsfuldhed i dagligdagen. De finder ikke de kliniske kvalitetsindikatorer relevante for deres arbejde. Der er lav andel af opfyldte kliniske kvalitetsindikatorer. Dette understøttes af patienterne og de pårørendes oplevelser under indlæggelsen og det forklares til en vis grad af medarbejdernes opfattelse af nødvendigheden af at opfylde de forventede krav og i særlig grad af medarbejdernes oplevelse af mangel på ledelse, sammenhæng og meningsfuldhed. Konklusion: Der findes konsistent sammenhæng mellem de tre perspektiver. Medarbejderperspektivet beskriver årsagsforklaringer til den lave andel af opfyldte kliniske kvalitetsindikatorer og patient- og pårørendeperspektivet peger på konsekvenserne af samme. Metodetrianguleringen til evaluering af en organisationsændring har dermed vist sig hensigtsmæssig til at forstå baggrund og sammenhænge i resultatet af en organisationsændring i højere grad end de traditionelle evalueringsmetoder.				
Nyckelord evaluering, ledelse, lederskab, kvalitetsindikatorer, geriatri.				



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay				
An evaluation of a geriatric ward in a medium sized Danish hospital				
Author				
Marianne Jensen				
Author's position and address				
Headnurse, Horsensvej 32, 8766 Nørre Snede, Denmark				
Date of approval			Supervisor NHV/External	
June 8, 2007			Runo Axelsson, Professor	
No of pages	Language – essay	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
39	Danish	Danish/English	1104-5701	978-91-85721-20-7

Abstract

Introduction: The Nordic Hospitals have these years seem a lot of organizational changes. They are traditionally quantitatively evaluated. There is no tradition to use qualitative evaluation methods. The perspective of the patients is examined quantitatively by a patient satisfaction survey each year, but it is not possible to see the results of these surveys in coherence to a given activity in a given ward in the hospital. The perspective of the employees is not included in evaluations of organizational changes.

Purpose: The purpose of this evaluation is to examine coherence between the indicators that have been fulfilled, and the employees' experience of their daily work, together with the patients – and their relatives' experience of the admittance at the ward.

It is the intention to show a picture as varied as possible of the geriatric ward and both reasonable and not reasonable conditions in the employees work life and in the patients' experiences.

Method: The clinical indicators of quality are examined by an audit reading of 50 consecutively chosen patient files from the geriatric ward. The patients – and the relatives perspective is illuminated by four interviews with patients and relatives directly following their admittance to the ward and the perspective of the employees is illuminated by two interviews with the managers of the ward and a focus group interview with eight staff members of the ward.

Results: The employees express frustration and lack of management. It is not easy for them to see coherence in the daily activities and they experience absence of peace and meaning in their daily work. In their opinion, the clinical indicators of quality are not relevant for their work.

Only a low part of the indicators of clinical quality fulfil the expected goals. This find is in concordance with the experiences of the patients and the relatives and to some extent, can be explained, by the employees' way of understanding the quality indicators. The most probable explanation to the low fulfilment of the goals is the employees' experience of lack of management, coherence, and meaningfulness in their daily activities.

Conclusion: There is a consistent connection between the three perspectives. The perspective of the employees describes possible causes to the low part of clinical indicators of quality, which fulfil the goals. The perspective of patients and relatives points at the consequences of this.

The triangulation of the methods in an evaluation of organizational changes has shown a successful way, to understand conditions and coherence in the results of an organizational change, than the traditional method of evaluation.

Key words

evaluation, management, leadership, indicators of quality, geriatric care.

Evaluering af en geriatrisk funktion på et mellemstort dansk hospital

Marianne Jensen

Indholdsfortegnelse

1.	Introduktion	6
1.1	Arbejdsglæde og jobtilfredshed blandt hospitalsansatte	6
1.2	Kvalitetskrav og gennemsigtighed i sundhedsvæsenet	6
1.3	Patientoplevelt kvalitet	7
1.4	Betydning for folkesundheden	7
1.5	Organisatorisk referenceramme	7
1.6	Evalueringer i sundhedsvæsenet	8
2.	Formål og undersøgelsesspørgsmål	9
3.	Evalueringsteoretisk udgangspunkt	9
3.1	Evalueringstyper	10
3.2	Evalueringsperspektiver	10
3.3	Evalueringsform	11
3.4	Informeret evaluering	11
3.5	Evalueringsmodel	11
4.	Metode	11
4.1	Valg af evalueringsmodel	11
4.2	Metoder til belysning af målopfyldelsesperspektivet	12
4.3	Metoder til belysning af det interne procesperspektiv	14
4.4	Metoder til belysning af interessentperspektivet	16

5.	Evaluerings kontekst	16
5.1	Begrebsafklaring	17
5.2	Historie	17
5.3	Geografiske forhold	17
5.4	Forberedelsesperioden	18
5.5	Status da geriatrien blev indført	19
5.6	Implementeringsperioden	19
5.7	Influerende faktorer i implementeringsperioden	20
5.8	Erfaring fra tidligere evalueringer	21
5.9	Status da evalueringen foretages	21
6.	Resultater	22
6.1	Resultater relateret til målopfyldelsesperspektivet	22
6.2	Resultater relateret til det interne procesperspektiv	23
6.3	Resultater relateret til interessentperspektivet	31
7.	Diskussion	34
7.1	Målopfyldelsesperspektivet	34
7.2	Det interne procesperspektiv	35
7.3	Interessentperspektivet	36
7.4	Perspektivernes indbyrdes sammenhæng	37
8.	Konklusion	37
9.	Referenceliste	39

1.0 Introduktion

Andelen af ældre borgere i Norden er steget gennem de seneste år. I Danmark er andelen af borgere over 65 år steget fra 14.8% i 2000 til 15.3% i 2007 (1).

Behovet for sundhedsfaglige ydelser korrelerer med borgerens alder, hvilket betyder at behovet for hospitalsydelser vil stige og forventes, at udvikles i retning af flere og mere veltilrettelagte behandlings- og udredningsforløb for ældre borgere.

Gennem de seneste år er borgernes krav til sundhedsvæsenet også blevet tydeligere. Der er en naturlig forventning om at blive behandlet som ligeværdige samarbejdspartnere, at have indflydelse på egen behandling og at sundhedsvæsenets administratorer sikrer gennemsigtighed i hospitalsdriften og hensigtsmæssig udnyttelse af de ressourcer, der tilføres sundhedsvæsenet (2).

Sidstnævnte har medført en betydelig stigning i antallet af omorganiseringer og forandringer på hospitalerne. Der sker kontinuerligt sammenlægninger af hospitalsafdelinger og hospitalsenheder i Norden. Enheder bliver nedlagt og nye enheder etableres.

1.1 Arbejdsglæde og jobtilfredshed blandt hospitalsansatte

De mange forandringer og omorganiseringer på hospitalerne påvirker medarbejdernes jobglæde og jobtilfredshed. Decker viser i en undersøgelse, fra 2001, at der er en sammenhæng mellem nedskæringer, større organisationsændringer og medarbejdernes gejst og lyst til at yde en indsats (3).

Ifølge statens institut for folkesundhed i Danmark er der sket en stigning i antallet af borgere, der føler sig stressede i hverdagen fra 35,5 % i 1989 til 42 % i 2005 (4).

Medarbejderes oplevelse af stress i Sundhedsvæsenet hænger i nogen grad sammen med de organisatoriske aspekter i arbejdslivet. Det viser en undersøgelse fra 2002, foretaget af Tummers, Landeweerd og Godefridus van Merode (5).

Det stiller nye krav til ledelsesfaglige kompetencer i Sundhedsvæsenet om bl.a. forandringsledelse (6) og medarbejderinvolvering (7), at kunne lede medarbejderne gennem de mange omstruktureringsprocesser med arbejdstilfredsheden i behold, uden at disse oplever negativ stress med risiko for sygdom og uarbejdsdygtighed til følge.

Elton og Gostick (8) beskriver medarbejdernes behov i en forandringssituation. De argumenterer for at medarbejderne har behov for at vide hvad der forventes af dem, vide hvad det fælles mål er, vide at de er nødvendige og at de får anerkendelse for det arbejde de yder.

At individuel rådgivning og vejledning i forbindelse med omstruktureringer i sundhedsvæsenet opleves meget værdifuldt for medarbejderne, vises også i en engelsk undersøgelse fra 1998 (9).

Undersøgelser viser desuden at medarbejdere i ældreplejen, hvor stress er en ofte tilstedeværende faktor, udvikler forskellige stressstrategier til håndtering af stress (10).

1.2 Kvalitetskrav og gennemsigtighed i Sundhedsvæsenet

Borgernes krav om gennemsigelig medførelse, ud over krav om opgørelser over det enkelte hospitals omkostningseffektivitet og produktionskapacitet, også krav om

udpegning af kliniske indikatorer på såvel det generelle som det sygdomsspecifikke niveau (11).

Det er vanskeligt at udpege kliniske indikatorer. Dels skal det være muligt at måle på indikatorerne og dels skal indikatorerne gerne afspejle den kliniske kvalitet sundhedsvæsenet yder.

Kvalitetsindikatorerne er derfor i overvejende grad struktur- og procesmål, idet det er vanskeligere at måle på resultaterne.

De landsdækkende kliniske kvalitetsindikatorer, der fremføres i Den Danske Kvalitetsmodel DDK (12) er genstand for nogen kritik i Sundhedsvæsenet, idet der ikke foreligger dokumentation for at dokumenterede struktur- og procesindikatorer er identiske med en højere klinisk kvalitet.

1.3 Patientoplevelt kvalitet

Den patientoplevede kvalitet følges kontinuerligt i Danmark og monitoreres gennem årlige patienttilfredsheds-undersøgelser (13), der baserer sig på en spørgeskemaundersøgelse blandt patienter, der har været indlagt på hospital og brugere af hospitalernes ambulante tilbud. Patienterne spørges her om deres oplevelse af såvel mellemmenneskelig som faglig kvalitet under kontakten med sundhedsvæsenet.

20 anbefalinger om ønskværdige mellemmenneskelige relationer i Sundhedsvæsenet er introduceret for medarbejderne i det danske hospitalsvæsen (14).

Patienter har blandt andet behov for at blive medinddraget, taget alvorligt, få god information, være tryk ved sundhedspersonalets faglighed, at de fysiske rammer er i orden og at sikkerheden er i top, viser en svensk undersøgelse fra 2006 (15).

Pårørende til indlagte patienter har ligeledes behov for støtte og information i forbindelse med indlæggelsen. En finsk undersøgelse fra 2001 viser at 92 % af pårørende til ældre indlagte patienter er tilfredse med kvaliteten af plejen (16), men der er ikke nødvendigvis sammenhæng mellem den støtte plejepersonalet mener de giver til de pårørende og den støtte de pårørende oplever at få, viser en anden finsk undersøgelse fra 1993 (17).

1.4 Betydning for folkesundheden

Set i et folkesundhedsvidenskabeligt perspektiv har, såvel den faglige kvalitet i sundhedsvæsenet som den patientoplevede kvalitet og medarbejdernes arbejdsmiljø og trivsel, stor betydning for folkesundheden.

Den stigende grad af omstruktureringer i sundhedsvæsenet og sammenhængen med medarbejdernes oplevelse af stress, patienternes oplevede kvalitet og den faglige kvalitet, medfører derfor i højere grad end tidligere et behov for at monitorere og evaluere de omstruktureringer og omorganiseringer, der foretages i sundhedsvæsenet.

1.5 Organisationsteoretisk referenceramme

Denne undersøgelses organisationsteoretiske referenceramme tager udgangspunkt i Luxembourg Deklarationen om Sundhedsfremme på Arbejdspladsen fra 1997 (18). Arbejdstilsynets håndbog om forebyggelse af stress på arbejdspladsen (19) og Steen Hildebrandts bog om Ledelse af forandringer (20) og Forandringsledelse (21).

I Luxembourg Deklarationen tages afsæt i de udfordringer det globale arbejdsmarked står overfor i det 21. århundrede. Det drejer sig blandt meget andet om stigende brug af informationsteknologi, servicesektorens stigende betydning, reduktioner i arbejdsstyrken på grund af effektiviseringer, organisationsændringer samt kundeorientering og kvalitetsstyring.

Deklarationen, der blev tiltrådt af alle medlemmer i Det Europæiske Netværk for Workplace Health Promotion, ser sundhedsfremme på arbejdspladsen som en organisatorisk investering i fremtiden, idet aktiviteten skal ses som en strategi, der sigter på at forebygge helbredsskader og forstærke det sundhedsfremmende potentiale og velbefindende hos arbejdstagerne.

Mange faktorer har betydning for medarbejdernes fysiske og psykiske velbefindende. Det handler om så forskelligartede forhold som sund ernæring, fravær af røg på arbejdspladsen, fravær af alkohol på arbejdspladsen, forebyggelse af stress og arbejdsulykker etc.

I forbindelse med det stigende antal omorganiseringer i Sundhedsvæsenet spiller forebyggelse af stress, arbejdsglæde og tilfredshed i jobbet en særlig fremtrædende rolle.

Af Arbejdstilsynets håndbog om forebyggelse af stress, fremgår det at faktorer som:

- Klare mål og krav
- Klarhed i arbejdsrollen
- Overensstemmelse mellem egne og andres forventninger
- Medindflydelse
- Tydelig feedback på arbejdsresultater
- Tydelig og omsorgsfuld ledelse
- Værdsættelse og anerkendelse i arbejdet
- Gruppetilhørsforhold
- Tydelig og vigtig gruppeopgave
- Sammenhæng mellem indsats og resultat

blandt mange andre faktorer er af afgørende betydning for at forebygge stress og fremme arbejdsglæde og trivsel på arbejdspladsen (19).

Medarbejderne har brug for kende målene med arbejdet, at have afstemt gensidige forventninger, at få tydelig feedback og anerkendelse for indsatsen og at opleve at være en del af et fællesskab. De har brug for at blive set og hørt, at blive involveret i beslutningsprocesser og at vide de er nødvendige for at organisationen kan nå sine mål (20, 21).

1.6 Evalueringer i Sundhedsvæsenet

I Danmark er der tradition for at evaluere nye tiltag i sundhedsvæsenet, men evalueringerne er i overvejende grad kvantitative evalueringer, der relaterer sig til spørgeskemaundersøgelser af patienternes oplevede kvalitet og målopfyldelsen på de kvantitative kvalitetsindikatorer samt omkostningseffektiviteten. Der er ikke tradition for at anvende kvalitative metoder i evalueringerne, ligesom medarbejderperspektivet ikke er en naturlig del af evalueringerne.

Der foretages naturligvis kvalitative studier i såvel primær – som sekundær sundhedstjeneste i Norden. Af en undersøgelse fra Stockholm fra 1998 fremgår det at det sygeplejefaglige personale oplever konstant moderat grad af stress og at de kun i mindre grad har indflydelse på arbejdet (22). Ligeledes viser en undersøgelse fra en række geriatiske sengeafsnit i Finland, at medarbejderne oplever arbejdet meningsløst og kedeligt. De oplever ingen påskønnelse fra samfundets side, alligevel ønsker de adspurgte at arbejde med geriatiske patienter. Det undersøgelsesresultat giver anledning til at forfatteren bag artiklen udtrykker interesse for videre undersøgelse af forholdene på geriatiske sengeafsnit (23).

Da behovet for geriatiske ydelser vil stige, jævnfør oplysninger om den stigende andel af borgere over 65 år(1), vil jeg forsøge at kaste nyt lys over forholdene på geriatiske sengeafsnit og frembringe viden, der kan bringes i anvendelse i fremtidige evalueringer af forholdene på geriatiske sengeafsnit i de nordiske lande.

Der er naturligvis forskelle i detailplanlægningen på sygehusene i de respektive lande, lige som der er forskelle indenfor det enkelte lands grænser. Men i det store og hele vurderes det, at hospitalerne i det nordiske sundhedsvæsen har identiske målsætninger og strategier, set i forhold til den øvrige del af verden (24).

Evalueringen foretages på et geriatrik sengeafsnit på et mellemstort hospital i Danmark, hvor de involverede medarbejdere har været udsat for mange organisatoriske ændringer, har fået nye opgaver og har fået implementeret nye administrative redskaber indenfor en kort tidsperiode.

2.0 Formål og undersøgelsesspørgsmål

Formålet med denne evaluering er at evaluere sammenhænge mellem den konkrete målopfyldelse på udvalgte kvalitetsindikatorer, medarbejdernes oplevelser af og syn på at arbejde på det geriatiske sengeafsnit samt pårørende og patienternes oplevelser under indlæggelsen.

Det er hensigten at tegne et så nuanceret billede som muligt af det geriatiske sengeafsnit og at få afdækket såvel hensigtsmæssige som uhensigtsmæssige forhold i medarbejdernes arbejdsliv og i patienternes oplevelse af indlæggelsen.

Undersøgelsesspørgsmålene lyder således:

Hvordan er kvalitetsindikatorernes faktiske målopfyldelse?

Hvordan oplever medarbejderne arbejdet på det geriatiske sengeafsnit?

Hvordan oplever patienter og pårørende indlæggelsen på det geriatiske sengeafsnit?

3.0 Evalueringsteoretisk udgangspunkt

Denne evaluering vil tage udgangspunkt i Peter Dahler-Larsen og Hanne Kathrine Krogstrups teorier om evaluering (25,26).

Begge forfattere er velansete og førende indenfor evalueringsteori – og praksis i Danmark.

Teoriene danner rammen for den danske masteruddannelse i Evaluering, der kan erhverves ved Syddansk Universitet (27). Desuden er teoriene velafprøvede i praksis, veludviklede og overskueligt præsenterede.

Desuden er det muligt at kreere individuelt tilpassede evalueringsmodeller i overensstemmelse med de udviklede teorier.

Peter Dahler-Larsen og Kathrine Krogstrups evalueringsteorier fremstilles her i stærkt reduceret form, hvor kun elementer, der er relevante for denne evaluering er medtaget.

3.1 Evalueringstyper

I evaluering skelnes der mellem evaluering af ”vilde” eller ”tamme” problemer.

Tamme problemer karakteriseres her som områder:

- Hvor målene er klart definerede
- Der har en objektiv, målbar, bedste løsning

Vilde problemer kan karakteriseres som områder:

- Hvor målene ikke kan klart defineres
- Ikke har en objektiv, bedste løsning

Tamme problemer egner sig særligt til summative evalueringer og vilde problemer kalder i højere grad på formative evalueringer.

En summativ evaluering har til hensigt at bedømme resultatet eller resultaterne af en given indsats eller et givent projekt. Mens en formativ evaluering har til hensigt at tilvejebringe data og indsigter, der kan medvirke til forbedringer og metodeudvikling. I en formativ evaluering kan delelementer ”tømmes” og gøres tilgængelige for en summativ evaluering.

I det danske sundhedsvæsen har de summative evalueringer spillet en fremtrædende rolle, mens de formative evalueringer er mere marginaliserede(25,26).

3.2 Evalueringsperspektiver

Der kan anlægges forskellige perspektiver på en given evaluering. Almindeligvis skelner man mellem Målopfyldelsesperspektivet, det interne procesperspektiv og Interessentperspektivet.

Det interne procesperspektiv og interessentperspektivet ses ofte i den formative evalueringsmodel, hvor det antages at man ikke på forhånd kan fastsætte evalueringskriterier, men må tilvejebringe de involverede parter værdier og forestillinger om hvilke værdier/kriterier, der skal ligge til grund for evalueringen.

Heraf forstås at en evaluering ikke kan vurderes som entydigt god eller ikke god, idet vurderingen afhænger af den enkelte interessents værdier og forestillinger.

Det interne procesperspektiv omhandler medarbejdernes og de impliceredes oplevelser med og syn på et givent genstandsfelt og interessentperspektivet omhandler de eksterne interessents oplevelser med eller syn på genstandsfeltet (25,26).

3.3 Evalueringsform

Evalueringsformen betegner de metoder, der anvendes til evaluering af de enkelte perspektiver i evalueringen. Det kan være kvantitative eller kvalitative undersøgelser, der omfatter såvel dataindsamlingsmetoder som analyseredskaber (25,26).

3.4 Informeret evaluering

Ved informeret evaluering forstås de hensigtsmæssige overvejelser der bør finde sted forud for valg af evalueringsmodel. Det vil sige overvejelser om genstandsfeltet, værdier, viden og anvendelse.

Det er vigtigt at gøre sig klart, hvordan praksisfeltet fungerer med hensyn til vidensgrundlag, indsats, implementeringsbetingelser etc., hvilke værdier der er indlejrede i grundlaget for evalueringen, fordele og ulemper ved forskellige undersøgelsesmetoder og endeligt overveje hvordan evalueringresultaterne tænkes anvendt, før den endelige evalueringsmodel besluttet.

3.5 Evalueringsmodel

Valget af evalueringmodel, evalueringstype og evalueringsperspektiver og evalueringsform begrundes i teorien om informeret evaluering.

Et geriatrisk sengeafsnit i en medicinsk afdeling må betegnes som et komplekst genstandsfelt, hvor stor viden, stort ansvar og meget komplicerede aktiviteter i et interaktivt, uhomogent miljø, er dagligdagen.

I et komplekst genstandsfelt er der mange forskellige værdier og forestillinger om værdier på spil, hvilket vil få en ensidig summativ målopfyldelsesevaluering til at fremstå amputeret, hvis den ikke suppleres med medarbejdernes, patienternes og de pårørendes synspunkt.

4.0 Metode

I dette afsnit beskrives, hvilken evalueringsmodel der bringes i anvendelse til den samlede evaluering af det geriatriske sengeafsnit, dernæst redegøres for valg af metoder indenfor de enkelte evalueringsperspektiver.

4.1 Valg af evalueringsmodel

Evalueringen af det geriatriske sengeafsnit karakteriseres som et "Vildt problem", der bør evalueres formativt. Elementer af evalueringen forsøges "tætmet" hvorved de gøres objektivt målelige og gjort til genstand for en summativ evaluering.

Der er valgt følgende tre perspektiver på evalueringen:

- Målopfyldelsesperspektivet
- Det interne procesperspektiv
- Interessentperspektivet

Målopfyldelsesperspektivet er den summative del af evalueringen. Her er udvalgt relevante kvalitetsindikatorer, som afsnittet, sammen med den øvrige del af hospitalet forventes at opfylde (28). Disse suppleres med enkelte kvalitetsindikatorer, der kun er relevante for det geriatriske speciale. Det økonomiske aspekt er ikke medtaget, da det har vist sig umuligt at frembringe de nødvendige data vedrørende DRG-indtægter, og en beregning af udgifterne skønnes ikke relevant uden en beregning af indtægterne.

Det interne procesperspektiv er her afgrænset til medarbejderne i det geriatriske sengeafsnit og deres oplevelse af og syn på arbejdet i det geriatriske sengeafsnit. Medarbejdere forstås her som både basisedarbejdere og ledere. Det interne procesperspektiv kunne være nuanceret af oplysninger og fortællinger fra relevante samarbejdspartnere fra det lokale modtageafsnit eller medarbejdere fra de andre sengeafsnit på afdelingen, men disse er ikke medtaget.

Interessentperspektivet er afgrænset til patienter og pårørendes oplevelser under indlæggelse på det geriatriske sengeafsnit. Perspektivet kunne være udvidet med de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskernes syn på, og oplevelser med, samarbejdet med det geriatriske sengeafsnit, men disse nuancer er ikke medtaget i denne evaluering.

Evalueringen bliver altså en overvejende formativ evaluering, med summative elementer.

Den nuanceres med tre perspektiver: Målopfyldelsesperspektivet, præsenteret ved udvalgte kvalitetsindikatorer, Det interne procesperspektiv, præsenteret ved medarbejderne og Interessentperspektivet præsenteret ved patienter og pårørende. Metoderne til belysning af de tre perspektiver præsenteres efterfølgende.

4.2 Metoder til belysning af Målopfyldelsesperspektivet

I undersøgelsen er der målt på følgende kvalitetsindikatorer:

- Dokumenterede indlæggelsessamtaler
- Dokumenterede målsætningsmøder
- Dokumenteret statusrapport
- Dokumenteret sundhedsfaglig kontaktperson
- Dokumenteret udskrivningssamtale
- Dokumenteret ernæringscreening

Indlæggelsessamtale

En indlæggelsessamtale er en samtale mellem den modtagende sygeplejefaglige person og patienten. Den foregår ved hjælp af en semistruktureret interviewguide, igennem hvilken der søges oplysninger om patientens fysiske og psykiske status. Samtalen afsluttes med en gensidig afstemning af forventninger til indlæggelsen og dokumenteres i journalen. Den dokumenterede samtale skal foretages inden 24 timer efter indlæggelsen og danner udgangspunkt for patientens videre pleje.

Ved gennemgang af journalerne blev det besluttet at kriterierne for, hvorvidt der forelå en dokumenteret indlæggelsessamtale eller ej, var om der var skrevet noget på samtalearket og om samtalen var signeret.

En nærmere analyse af de 34 dokumenterede indlæggelsessamtaler viste dog at langt færre af indlæggelsessamtalerne var fagligt anvendelige, idet stort set ingen af samtalerne var fyldestgørende og i ingen af samtalerne var der afstemt gensidige forventninger.

Målsætningsmøder

Et målsætningsmøde er et møde, hvor alle relevante fagpersoner fra det geriatriske sengeafsnit, sammen med patient, nærmeste pårørende og i nogle tilfælde repræsentanter fra den primære sundhedstjeneste, holder møde om patientens aktuelle situation og sætter realistiske mål for indlæggelsen. Samtalen foretages senest fem døgn efter indlæggelsen og følges eventuelt senere op af en fornyet samtale. Indholdet af samtalen dokumenteres og danner udgangspunkt for den videre behandling. Samtalen giver ofte anledning til at justere den forventninger og planer fra indlæggelsessamtalen.

Statusrapport

En statusrapport er en samlet rapport til den primære sundhedstjeneste, der indeholder beskrivelse af indlæggelsesforløbet fra såvel den lægefaglige som den terapeutiske og sygeplejefaglige synsvinkel. Statusrapporten signalerer tværfaglig tilgang og er et alternativ til de tidligere monofaglige epikriser, sygeplejebreve og informationer fra terapeuterne. Statusrapporten medgives patienten ved udskrivelsen, hvorved der sikres tilgængelighed til oplysningerne for de sundhedspersoner, der skal yde sundhedsydelser til patienten efter udskrivelsen.

Kontaktperson

En kontaktperson er en person der har ansvar for patientens indlæggelsesforløb, såvel fagligt som logistisk. Ordningen med tildeling af sundhedsfaglig kontaktperson har været et lovkrav i Danmark siden januar 2006.

Udskrivningssamtale

En udskrivningssamtale er en samtale, der foretages med patienten umiddelbart inden udskrivelsen. Samtalen har til hensigt at afrunde indlæggelsen og foretages efter en guide med følgende tre spørgsmål:

Hvordan har du oplevet indlæggelsen?

Er der noget der har gjort særligt indtryk under indlæggelsen?

Er du tryk ved udskrivelsen?

Udskrivningssamtalen dokumenteres og tjener dels som afrunding på indlæggelsen for patienten og dels som evaluering af indlæggelsen til brug for afdelingens videre udvikling.

Ernæringscreening

Der har gennem de seneste år været megen fokus på patienternes ernæringsmæssige forhold under indlæggelse på hospitalet. Det er derfor vedtaget, at det sygeplejefaglige personale skal foretage en ernæringscreening inden 24 timer efter patientens indlæggelse på afdelingen.

En ernæringscreening er en vurdering af patientens ernæringstilstand, hvor patienten vurderes til at være: Ikke ernæringstruet, Potentielt ernæringstruet eller Ernæringstruet. Her afsluttes ernæringscreeningen, men der er en naturlig forventning til, at der handles videre på screeningsresultaterne.

Hvis patienten vurderes at være ernæringstruet eller potentielt ernæringstruet, beregnes patientens ernæringsbehov, og det daglige indtag af ernæring registreres i tre dage med henblik på at monitorere ernæringstilstanden. Hvis patienten ikke indtager den foreskrevne mængde, tages der stilling til yderligere intervention.

Data er hentede ved minutiøs gennemgang af 50 journaler fra de seneste 50 udskrevne patienter på det geriatriske sengeafsnit i en form for audit (29).

Det vil i praksis sige alle patienter indlagt i perioden marts til oktober 2006.

Forskellige forsøg på listeudtræk fra patientregistreringssystemerne og den elektroniske patientjournal viste sig unøjagtige og mangelfulde, hvorfor en minutiøs gennemgang af journalerne synes nødvendig for at få et nøjagtigt og retvisende billede.

Der er målt på andelen af journaler, hvori en given kvalitetsindikator er dokumenteret af tre uafhængige auditører.

Der var enighed om kvalitetsindikatorerne vedrørende ernæringscreening og kontaktperson. Disse er entydige, idet sygeplejefjournalerne indeholder rubrikker, hvori det skal dokumenteres.

Der var imidlertid ikke opstillet entydige kriterier for, hvorvidt der var dokumenteret en indlæggelses- eller udskrivningssamtale eller ej, hvilket i enkelte tilfælde gav anledning til interobservatørvarians. Målingen af disse og indikatorerne for statusrapport og målsætningsmøde beror derfor på konsensus om et fagligt skøn.

Der er dermed sandsynlighed for, at andre observatører eller grupper af observatører vil fremkomme med måleresultater, der varierer i forhold til denne undersøgelses resultater. Der er ikke tale om nogen stikprøve, hvorfor beregning af stikprøvens størrelse er uinteressant.

Data til belysning af målopfyldelsen er bearbejdet statistisk og målopfyldelsesgraden beregnet og fremstillet i tabelform.

Data til fremstilling af alder, gennemsnitlig indlæggelsestid og antal indlagte patienter er hentede fra det patientadministrative system.

4.3 Metoder til belysning af det interne procesperspektiv

I det interne procesperspektiv frembringes viden om medarbejdernes oplevelser med og syn på arbejdet i det geriatriske sengeafsnit.

Dataindsamlingen er foretaget ved to individuelle interviews, henholdsvis med den geriatriske overlæge og afdelingssygeplejersken på det medicinske sengeafsnit, samt et fokusgruppeinterview med otte medarbejdere fra det geriatriske sengeafsnit.

Afdelingssygeplejersken er afdelingssygeplejerske for såvel det geriatriske sengeafsnit som de fire andre sengeafsnit på afdelingen. Den geriatriske overlæge har kun det lægelige ansvar for de geriatriske patienter.

De individuelle interviews varede ca. en time og blev foretaget i uforstyrrede omgivelser efter en interview-guide med meget åbne spørgsmål:

- Beskriv hvordan du synes det geriatriske sengeafsnit fungerer?
- Hvilke faktorer har betydning for geriatriaafsnittets fremtid?

Evaluators var interviewer og en udviklingssygeplejerske deltog ved begge interviews og tog vare på de tekniske detaljer med båndoptagelse af interviewet. Interviewene blev efterfølgende udskrevet i fuld tekst med henblik på nærmere analyse.

Under interviewet blev der taget videre udgangspunkt i informanternes udsagn via aktiv lytning.

Valget om individuelle interviews med ledelsesrepræsentanterne er begrundet i formodningen om, at det kan være vanskeligt for begge parter (ledere og medarbejdere), at give frit udtryk for tanker og følelser ved interviews hvor alle var repræsenterede (30).

Baggrunden for at vælge dataindsamling via fokusgruppeinterviews med de øvrige informanter var ønsket om at skabe høj grad af interaktion mellem informanterne, frem for interaktion mellem informant og interviewer. Det skønnes derved muligt at skabe rum for gensidig inspiration mellem informanterne (31).

I fokusgruppeinterviewet deltog otte medarbejdere fra det geriatriske team. Deltagerne var tre medarbejdere fra den sygeplejefaglige gruppe, en ergoterapeut, en fysioterapeut samt tre social- og sundhedsassistenter. Informanterne var udvalgt efter den dag, hvor flest mulige medarbejdere var til stede samtidigt (32).

Fokusgruppeinterviewet varede omkring halvanden time og foregik i rolige omgivelser på hospitalet. Evaluator var moderator (31) og to udviklingssygeplejersker varetog dels de praktiske opgaver med båndoptagelse af interviewene og var dels medobservatører på de visuelle udtryk, der viste sig under interviewet. En videooptagelse havde gjort det muligt i højere grad at fastholde den nonverbale kommunikation, men dette kunne af praktiske grunde ikke lade sig gøre.

Interviewet tog udgangspunkt i en meget åben interviewguide med spørgsmålene:

- Hvordan er det at arbejde på det geriatriske sengeafsnit?
- Hvilke faktorer har betydning for geriatriaftsnittets fremtid?

Under interviewet blev der taget udgangspunkt i informanternes udsagn, hvis der var behov. Det meste af tiden inspirerede informanterne hinanden til videre fortælling. Fokusgruppeinterviewet er ligeledes udskrevet i fuld tekst med henblik på efterfølgende analyse.

Interviewene blev analyserede i overensstemmelse med Kvaales (30) fire første trin i analyseprocessen. Han beskriver det således: Den første transformation af rådata opstår når informanterne beretter om deres oplevelse. Den anden transformation indtræder når intervieweren lytter til beretningerne og fortolker dem mod sin egen forforståelse.

Tredje trin i analysen foregår i den dialog der indtræder under interviewet og det fjerde analysetrin sker når datamaterialet bearbejdes i udskrevet form.

I den sidste fase blev interviewmaterialet struktureret, overflødig materiale elimineret. Det tilbageværende materiale blev kategoriseret og samlet i relevante emner. De forskellige udsagn indenfor det enkelte emne blev koncentreret, og der blev fundet sammenhænge mellem de enkelte emner.

Resultaterne blev sammenholdt med andre undersøgelsesresultater.

Der blev ikke analyseret for indbyrdes sammenhænge i de udtalelser der fremkom i fokusgruppeinterviewet. Citaterne er altså ikke analyserede for at være primære udsagn eller svar på andres udsagn.

4.4 Metoder til belysning af interessentperspektivet

Interessentperspektivet belyses gennem fire individuelle interviews med to pårørende og to patienter i umiddelbar tilslutning til udskrivelsen fra det geriatriske sengeafsnit.

Det var egentligt hensigten at belyse interessentperspektivet gennem analyse af de udskrivningssamtaler, det var forventet at finde dokumenterede i journalerne.

Der fandtes imidlertid kun enkelte udskrivningssamtaler dokumenteret, og disse var af en sådan beskaffenhed, at det ikke var muligt at indholdsanalysere dem.

Interviewene blev derfor foretaget som en almindelig udskrivningssamtale ville være foretaget, og de udskrevne interviews er at betragte som veldokumenterede udskrivningssamtaler. Udskrivningssamtaler optages sædvanligvis ikke på bånd og transskriberes, men den sygeplejerske der foretager udskrivningssamtalen noterer patienternes oplevelser og syn på indlæggelsen under samtalen.

Interviewene blev foretaget af to udviklingssygeplejersker, der dagen før de enkelte patienters udskrivelse afholdt en udskrivningssamtale efter den sædvanlige metode, hvor patienten bedes fortælle, hvordan han eller hun har oplevet indlæggelsen, om der er nogle oplevelser der har gjort særligt indtryk, og om han eller hun er tryk ved at udskrivelsen.

Samtalerne foregik i et separat rum på afdelingen, hvor der var mulighed for at afholde interviewene i uforstyrret.

Informanterne blev udvalgt kontinuerligt. På et givent tidspunkt blev det besluttet, at interviewene skulle foretages hos de næste fire patienter, der skulle udskrives fra det geriatriske sengeafsnit.

To af de fire patienter kunne ikke medvirke ved interviewene, og disse blev derfor foretaget med den nærmeste pårørende, som i begge tilfælde var ægtefællen.

Fokusgruppeinterviews blev fravalgt til belysning af interessentperspektivet, idet andres tilstedeværelse kunne skønnes hæmmende for eksponering af følsomme data.

Da det var det oprindelige ønske at analysere dokumenterede udskrivningssamtaler, hvori naturligt indgår følsomme data, blev det ikke overvejet at samle data via fokusgruppeinterviews, men metoden kunne givetvis have frembragt andre relevante oplysninger til brug i den samlede evaluering.

De udskrevne samtaler blev analyserede efter samme principper som interviewene i det interne procesperspektiv.

5.0 Evalueringens kontekst

I dette afsnit beskrives forholdene omkring det geriatriske sengeafsnit, historien før implementering af geriatrien og influerende faktorer i implementeringsperioden frem til evalueringstidspunktet.

5.1 Begrebsafklaring

Gerontologi er læren om den naturlige aldring. Den omfatter forståelse af de komplekse sociale, kulturelle, psykologiske og biologiske forandringer, der sker med mennesket gennem livet.

Geriatrici er læren om alderdommens komplekse sygdomme. Den omfatter årsag, behandling, forebyggelse og rehabilitering af ældre syge mennesker (33).

På det geriatriske sengeafsnit defineres geriatriske patienter som personer med følgende kendetegn (34):

- + 65 år
- lider af to eller flere medicinske sygdomme
- nedsat funktionsevne på det fysiske -, det psykiske – og/eller det sociale område
- har en nytilkommen behandlingskrævende lidelse – og behov for udredning her af

På dette afsnit betragtes patienter med diagnosen Apopleksia Cerebri ikke som geriatriske patienter, hvilket er tilfældet på en række andre hospitaler i Danmark. Det geriatriske speciale betegnes som et speciale, der anlægges et holistisk perspektiv på patienten, har et stort kendskab til alle menneskets funktioner og et speciale, hvor tværfagligheden vægtes meget højt.

5.2 Historie

Patienter med ovenstående kendetegn er naturligvis altid blevet indlagte og behandlet på sygehuset, men er traditionelt blevet allokeret til et af de fem andre medicinske sengeafsnit. Der har altså ikke været et særligt afsnit, hvor de geriatriske patienter er blevet indlagt.

I perioden efterår 2004- forår 2005 arbejdede en amtslig arbejdsgruppe i Vejle Amt med emnet ”Geriatrici i Vejle Amt” og udfaldet af gruppens arbejde blev en vedtagelse af, at der skulle oprettes et særskilt geriatrisk afsnit på to af amtets sygehuse. Denne beslutning blev truffet i februar måned 2005.

Afsnittene har fungeret siden 1. oktober 2005. I denne afhandling fremstilles en evaluering foretaget efter, at det valgte afsnit har fungeret i et år.

5.3 Geografiske forhold

Det geriatriske sengeafsnit er underordnet den medicinske afdeling. Denne er fordelt på to matrikler. Der er cirka 25 kilometer mellem de to matrikler.

Evalueringen koncentrerer sig alene om det geriatriske afsnit beliggende på det ene sygehus. Det geriatriske sengeafsnit er beliggende på afsnit P7, der ved geriatrici-afsnittets oprettelse var delt i to afsnit: P7Ø og P7V. Det geriatriske sengeafsnit var da beliggende på den del der hed P7V.

5.4 Forberedelsesperioden

Perioden fra februar 2005 til oktober 2005 blev betragtet som forberedelsesperiode til implementering af geriatri på afsnit P7V Horsens sygehus.

Afsnit P7V havde netop overtaget modtagelsen af de akutte apopleksipatienter og var stærkt optaget af at få denne funktion implementeret godt i afsnittet.

De akutte apopleksipatienter var tidligere blevet modtaget på sygehusets anden matrikel, men på grund af anbefalinger fra Programledelsen i Vejle Amt, blev den akutte apopleksi flyttet til afsnit P7V fra 1. februar 2005.

Nu skulle de resterende 13 senge allokere til geriatrike patienter, mens medarbejderne endnu var meget koncentrerede om opgaven med implementering af den akutte apopleksi.

Ved forberedelsesperiodens begyndelse blev der nedsat en styregruppe på sygehuset. Styregruppen bestod af såvel interne medarbejdere på sygehuset som eksterne samarbejdspartnere fra den primære sundhedstjeneste samt geriatrik ekspertise fra Århus universitetshospital.

Der blev også nedsat tre arbejdsgrupper der med hver sit kommissorium skulle definere:

1. behovet for kompetenceudvikling, samt beskrive et hensigtsmæssigt patientforløb for geriatrike patienter
2. relevante henvisningskriterier, fleksibelt samarbejde og gode udskrivelser
3. behovet for ændring af de fysiske rammer

Derudover blev der etableret en amtslig arbejdsgruppe, der skulle definere relevante indikatorer for vurdering af kvaliteten på de amtslige geriatriaafsnit.

Arbejdsgrupperne færdiggjorde deres arbejde i løbet af foråret/sommeren 2005.

Der var flere ønsker i forbindelse med den fysiske indretning af afsnittet, men der var ikke økonomisk mulighed for at ændre på forholdene. I øvrigt var man vidende om at både P7Ø og P7V, der var beliggende i umiddelbar forlængelse af hinanden på samme etage, stod overfor en gennemgribende renovering i den nærmeste fremtid.

Det hensigtsmæssige patientforløb for den geriatrike patient blev defineret ud fra de rammer og muligheder, der var stillet til rådighed. Blandt andet var det besluttet at:

- Den geriatrike funktion skulle integreres i afsnit P7V
- De geriatrike patienter skulle modtages i det medicinske visitationsafsnit

Visitationskriterier og den gode udskrivelse blev defineret og regler for godt samarbejde blev vedtaget.

Medarbejdernes behov for kompetenceudvikling blev identificeret og undervisning etableret.

Alle medarbejdere i den geriatrike gruppe modtog hver fire dages fælles undervisning i geriatri og der blev afholdt et to-dages internatkursus i teambuilding, hvor alle involverede medarbejdere deltog.

Styregruppen konfirmerede gruppernes arbejde og det geriatrike sengeafsnit blev etableret på P7V som planlagt.

Den amtslige indikatorgruppe fortsatte deres arbejde frem til marts 2006, hvor der var planlagt benchmarking mellem de to geriatrike funktioner i amtet og mellem de geriatrike funktioner og de øvrige medicinske afsnit i amtet. Der var ligeledes planlagt

før- og eftermålinger, der skulle anskueliggøre en eventuel udvikling på det enkelte sygehus før og efter indførelse af det geriatriske speciale (35).

Rekruttering af speciallæger var en af de største barrierer i forbindelse med etablering af det geriatriske speciale. Resultatet blev ansættelse af en ældre geriatrisk speciallæge, der egentlig var gået på pension, men godt ville bidrage til oprettelsen af et geriatrisk speciale på Horsens/Brædstrup sygehus ved at gøre tjeneste på stedet tre dage om ugen. Denne speciallæge blev suppleret af en almen medicinsk speciallæge to dage om ugen.

5.5 Status da geriatrien blev etableret

Da geriatrifunktionen blev oprettet 1. oktober 2005, var P7V et sengeafsnit med 20 senge, hvoraf de ni senge var allokerede til akutte apopleksipatienter og de 13 senge blev allokerede til geriatriske specialepatienter. Afsnittet var ledet af en afdelingssygeplejerske og en souschef. En sygeplejefaglig nøgleperson var ansvarlig for de akutte apopleksipladser og souschefen var ansvarlig for de 13 geriatriske sengepladser.

Personalet havde i det netop forløbne år været udsat for flere ændringer i deres arbejdsforhold:

- Afdelingssygeplejersken gennem flere år havde været fraværende til videreuddannelse fra august 2004 til august 2005, hvor souschefen var konstitueret i stillingen som afdelingssygeplejerske.
- Afsnittet var blevet reduceret fra 30 til 20 sengepladser i foråret 2005 på grund af krav fra arbejdstilsynet. Dette stillede store krav til acceleration af patientforløbene, idet der ikke blev stillet sengepladser til rådighed andre steder.
- 1. februar 2005 var afsnittet begyndt at modtage akutte apopleksipatienter.

Som det ses af ovenstående har medarbejderne været udsat for mange forandringer på arbejdspladsen gennem det sidste år før etablering af den geriatriske funktion. Desuden har der ikke været kontinuitet og stabilitet i ledelsesforholdene på afsnittene. Begge faktorer har betydning for medarbejdernes trivsel (5).

Det har derfor ikke været et fuldt funktionsdygtigt personale, der har fået til opgave at implementere det geriatriske speciale på Horsens/Brædstrup sygehus.

5.6 Implementeringsperioden

Implementeringsperioden er her defineret som det første år efter indvielsen af afsnittet. Geriatriens integration i det medicinske område blev markeret ved en højtidelighed 1. oktober 2006, hvortil der var inviteret såvel interne som eksterne samarbejdspartnere. I implementeringsperioden blev der afholdt knastgruppemøder efter behov.

Knastgruppen bestod af centrale tværfaglige samarbejdspartnere på sygehuset, der var relevante for det geriatriske sengeafsnit.

På knastgruppemøderne, der var en slags samarbejds møder, blev store som små problemer vendt og diskuteret, ligesom der var fokus på at diskutere de ting der gik godt.

Der blev afholdt to audits i implementeringsperioden. Audits blev i denne forbindelse afviklet som tre timers møder, hvor centrale personer indenfor geriatrien mødes på

sygehuset og gennemgår tilfældigt udvalgte patientforløb, ud fra et i forvejen udarbejdet vurderingsskema, med henblik på at identificere gode og mindre gode resultater. Der deltager både interne og eksterne relevante personer i disse audits, hvor hovedformålet er læring.

Ved disse møder debatteres samarbejdet mellem primær og sekundær sektor tillige. I slutningen af januar 2006 blev der afholdt en temadag for geriatriteamet. Formålet med temadagen var at gøre status på geriatrifunktionen samt diskutere fænomenet ”primary nursing”, som var blevet en nødvendig arbejdsfacon i det geriatriske speciale. Gennem hele forberedelses- og implementeringsperioden har der været ansat en sygeplejefaglig ”tovholder” på afsnit P7V.

5.7 Influerende faktorer i implementeringsperioden

Som det ses af ovenstående var der foregået ikke ubetydelige forandringer på det geriatriske sengeafsnit i året forud for oprettelsen af det geriatriske speciale, men udviklingen og dermed forandringerne for de implicerede medarbejdere var langt fra overstået ved implementeringens begyndelse.

En måned efter geriatriindvielsen blev afsnit P7V nedlagt som selvstændigt afsnit og fusioneret med naboafsnittet P7Ø. Det nye afsnit benævnes medicinsk sengeafsnit P7. Stillingen som afdelingssygeplejerske på P7V blev nedlagt og afsnittets tidligere, og netop tilbagevendte afdelingssygeplejerske fik anden stilling i medicinsk afdeling. Afdelingssygeplejersken for P7Ø blev afdelingssygeplejerske for det nye medicinske sengeafsnit P7.

Nu forestod en omfattende fusionsproces, hvor gamle vaner og rutiner på begge afsnit skulle brydes ned, kulturer sammensmeltes og nye arbejdsgange og rutiner fødes. Medarbejderne på det tidligere P7V var uden deres vante afdelingssygeplejerske og souschefen, som forblev på det nye medicinske afsnit, skulle koncentrere sig om både dette og implementering af det geriatriske speciale.

Tre måneder efter det geriatriske speciales opstart på det medicinske sengeafsnit begyndte en uddannelse af alle medarbejderne på afsnittet. De skulle lære at anvende en elektronisk patientjournal (EPJ).

Medicinsk afdeling skulle nemlig som den sidste af sygehusets afdelinger have implementeret EPJ fra marts 2006.

For nogle medarbejders vedkommende begyndte EPJ-uddannelsen ved simpel oplæring i at betjene en computer, mens den for andre begyndte på et noget højere niveau. Men der var meget at lære for alle, og netop indlærte rutiner og anvendelse af nye skemaer i det geriatriske speciale skulle nu et halvt år efter ændres til endnu nye rutiner og elektroniske skemaer.

Ni måneder efter opstarten af det geriatriske speciale begyndte den omfattende renovering af det medicinske sengeafsnit. Det betød at en fjerdedel af sengeafsnittet blev spærret af og halvdelen af gangarealerne blokeret.

Renoveringsperioden er beregnet til to år, hvor der konstant vil være en fjerdedel af afsnittet, der ikke er tilgængeligt. Blot ikke samme fjerdedel naturligvis, hvilket betyder at medarbejderne skal flytte centrale aktiviteter fire gange i løbet af den to-års periode. Det forventes samtidigt at aktiviteterne og patientstrømmen øges, idet der samtidig sker lukning af den akutte modtagelse på sygehusets anden matrikel, hvilket vil lede flere patienter til den tilbageværende matrikel.

Ovenstående påvirkede direkte de geriatriske medarbejdere, men disse blev også indirekte påvirkede af de ændringer, der i øvrigt pågik i medicinsk afdeling i geriatriens implementeringsperiode.

Det drejede sig om lukning af den akutte modtagefunktion på den anden matrikel, ombygning i det medicinske visitationsafsnit (MVA), integrering af modtagelse af kirurgiske patienter i MVA, sammenlægning med medicinsk afdeling på et tredje hospital og generelt meget store problemer med rekruttering af nødvendige speciallægeressourcer.

Så mange ændringer på så kort tid kan opfattes som fuldstændigt urimelige arbejdsvilkår for medarbejderne på medicinsk afdeling (36,37).

Men ingen af ændringerne kunne undgås, hvis sygehusene skulle klare sig i den hårde konkurrence og fremstå som bæredygtigt hospital, der leverer effektivitet og høj kvalitet i sundhedsydelserne, og som derfor ville blive betragtet som bevaringsværdigt hospital i det sydøstlige hjørne af region Midtjylland.

Udviklingen og dermed ændringerne var derfor nødvendige for at medarbejderne kunne bevare deres arbejdsplads.

Der har altså været mange influerende faktorer på implementeringen af det geriatriske speciale på sygehuset, og audits og devalueringer i implementeringsperioden har da også indikeret at intensionerne med implementering af det geriatriske speciale, endnu ikke var slået helt igennem.

5.8 Erfaring fra tidligere evalueringer

I løbet af implementeringsperioden har der været afholdt to audits på sygehuset.

Deltagerne har været såvel interne interessenter som eksterne samarbejdspartnere. Ved disse audits er der sat fokus på to til fem tilfældigt udvalgte patientforløb. De inviterede auditdeltagere har på forhånd fået tilsendt journalerne på de udvalgte patientforløb i anonymiseret form.

På møderne har der ligeledes været afsat tid til drøftelse med sygehusets eksterne samarbejdspartnere.

Ved begge disse audits har der manglet dokumentation for vigtige sygeplejefaglige interventioner, ligesom patienterne ikke har fået de terapeutiske ydelser, der havde været relevante og aftalte fra geriatriperiodens begyndelse.

Under drøftelserne har der fra primærsektors side været givet udtryk for stor begejstring for de statusrapporter, der har været sendt med patienterne hjem ved udskrivelsen. Men der har desværre kun været medsendt statusrapporter i meget få tilfælde.

I øvrigt har repræsentanterne fra primærsektor ikke kunnet skelne mellem udskrivelser fra det geriatriske afsnit og udskrivelser fra sygehusets øvrige afsnit. Der ses fortsat borgere, der udskrives med en eller flere uafklarede problemstillinger.

5.9 Status da evalueringen foretages

Der er fortsat allokeret 13 senge til geriatriske patienter på det medicinske sengeafsnit på plan syv. Der er i gennemsnit tre til fem geriatriske patienter i disse senge. I de resterende senge behandles der patienter med internmedicinske lidelser.

De øvrige 27 senge på det medicinske sengeafsnit er belagt med syv akutte apopleksipatienter og 20 lungemedicinske patienter og gastroenterologiske patienter. Der er geriatrik speciallæge til stede på afdelingen tre dage om ugen. De sidste to hverdage tilses patienterne af en speciallæge i almen medicin.

De to læger har et indbyrdes tæt samarbejde og håndterer patienterne med samme geriatrike vinkel.

De to læger på Horsens sygehus afslutter begge deres ansættelsesforhold 1. januar 2007. 1. februar ansættes en svensk geriater i et halvt år, men der er ikke udsigt til yderligere ansættelse af geriatrik speciallæge da rekrutteringssituationen er yderst kritisk.

En stor del af det sygeplejefaglige personale er af forskellige årsager skiftet ud.

Der er afviklet interne kurser for de nye medlemmer af det geriatrike team, så de har fået samme teoretiske viden som resten af gruppen.

I aften- og nattetimerne har det ikke været personale fra den geriatrike gruppe, der har passet patienterne, men aftenvagten vil i fremtiden blive dækket af medlemmer af det geriatrike team det meste af tiden.

Et år efter, at den første patient blev indlagt på det geriatrike sengeafsnit, kan der ses tilbage på et år med rigtig mange organisatoriske, faglige og sociale udfordringer.

6. Resultater

Resultaterne fra undersøgelserne indenfor de tre valgte perspektiver fremstilles i kronologiske orden. Først fremstilles resultaterne fra undersøgelserne relateret til målopfyldelsesperspektivet, herefter resultaterne fra undersøgelserne der relaterer sig til det interne procesperspektiv og til slut resultaterne fra den undersøgelse, der relaterer sig til interessentperspektivet.

6.1 Resultater relateret til målopfyldelsesperspektivet

Det samlede antal geriatrike patienter, der har været indlagt på det geriatrike sengeafsnit i perioden 1. oktober 2005 – 30. september 2006 er 182 patienter.

Patienterne har haft en gennemsnitsalder på 83,11 år. Den yngste patient var 37 år og den ældste 96 år.

Patienterne har været indlagt i gennemsnitligt 12,15 døgn. Den korteste indlæggelse var på et døgn og den længste på 47 døgn.

Det betyder, at de 13 geriatrike senge kun i beskedent omfang har været belagt med geriatrike patienter. Den samlede sengemasse har dog været fuldt udnyttet, hvorfor de resterende senge har været belagt med en anden type patienter, der ikke plejes og behandles efter samme koncept som de geriatrike patienter.

Tabel 1 Resultatet af opgørelserne

<i>Kliniske kvalitetsindikatorer</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
<i>Dokumenteret indlæggelsessamtale</i>	78%	22%
<i>Dokumenterede målsætningsmøder < 5 dage</i>	38%	62%
<i>Dokumenteret statusrapport</i>	10%	90%
<i>Dokumenteret sundhedsfaglig kontaktperson</i>	44%	56%
<i>Dokumenteret udskrivningssamtale</i>	6%	88%
<i>Dokumenteret ernæringscreening</i>	46%	54%

Den forventede standard på de kliniske kvalitetsindikatorer er 95 %. Dermed er målene ikke indfrieede med en andel af opfyldte mål, der varierer fra 6 % til 78 %.

6.2 Resultater relateret til det interne procesperspektiv

Datamaterialet i de tre interviews samler sig indenfor følgende hovedtemaer:

- Teamfunktionen
- Kvalitetskrav og dokumentationsredskaber
- Ledelse
- Monofaglige og tværfaglige kompetencer
- Organisationen og Arbejdstilrettelæggelsen
- Ydre omstændigheder
- Fremtiden

Teamfunktionen

I forberedelsesfasen blev der afholdt fælles undervisning om det geriatriske speciale for de medarbejdere, der var planlagt til at arbejde i det geriatriske team. De samme medarbejdere deltog i et to-dages internatkursus i teambuilding. Hensigten hermed var at skabe de bedste forudsætninger for at etablere et velfungerende team, der skulle varetage den geriatriske funktion. Den ansvarlige overlæge var ikke tiltrådt på det tidspunkt, hvor kurserne løb af stabelen, og deltog derfor ikke i hverken den faglige undervisning eller internatkurset.

Personalet har oplevet vanskeligheder med at få teamet til at fungere. De to terapeuter har været med i den indledende undervisning og teambuilding, og de arbejder fortsat i den geriatriske gruppe, men de medarbejdere fra plejestaben, der havde deltaget i den fælles undervisning, kom ikke til at arbejde i den geriatriske gruppe og andre medlemmer fra de andre plejegrupper på afsnittet blev allokerede til at arbejde i gruppen.

Årsagen hertil var blandt andet, at der var ansat en del sygehjælpere i gruppen, men det blev hurtigt klart for ledelsen, at den faggruppe ikke havde de nødvendige faglige kompetencer til at arbejde i gruppen. Det beskrives således:

”Fra starten af havde vi mange sygehjælpere i gruppen og vi fandt ud af at de ikke har kompetencerne til at have den tildelte patientpleje, så dem har vi ”sluset” ud af gruppen, så der nu kun er sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i gruppen”.

Andre årsager til udskiftning af plejefaglige medarbejdere var stillingsfratrædelse og barselsorlov. Det antydes i nedenstående citat, at de mange organisationsændringer på afdelingen har været årsag til nogle af stillingsfratrædelserne:

”Nogle rejste jo og nogle gik på barsel og nogle passede bare simpelthen ikke ind i gruppen.

Konsekvenserne af, at de medlemmer af plejegruppen der havde fået den fælles geriatriundervisning og teambuilding, ikke kom til at være medlemmer af det geriatriske team, har tydeligvis påvirket teamsamarbejdet.

”Det havde givet en bedre start, hvis man var startet sammen og man var blevet ansat til at arbejde i geriatrien - her er man blevet trukket ind i det fra de rammer man var i – man er måske ikke blevet spurgt eller har søgt en stilling i geriatrien og det havde måske været bedre at starte fra nul, så alle havde samme udgangspunkt og kunne forme hverdagen og omgivelserne tværfagligt som man nu ønskede det”.

Efterhånden synes gruppen nu at begynde at fungere som et team. På spørgsmålet: ”Føler I jer som et team”? Svarer en sygeplejerske:

”Ja, det gør vi nu, men der gik lang tid. Fysioterapeuterne og ergoterapeuterne havde hele tiden intensionen omkring det, men vi havde nogle interessekonflikter fra det gamle Vest (det ene af de to tidligere sengeafsnit). Der gik noget op for mig her i sommer - terapeuterne havde ønsket det hele tiden, men vi forstod ikke intensionen”.

Det har været oplevet vanskeligt for gruppen at skulle fungere som et geriatrisk team. Det virker som om teamfølelsen så småt begynder at fungere med plejegruppen, de geriatriske læger og de to terapeuter, når de arbejder med de geriatriske patienter, der er indlagt i gruppen. Der er dog fortsat store vanskeligheder med at fungere som et samlet team, idet teamet ikke er samlede om at udøve geriatrisk virksomhed i forhold til geriatriske patienter. Det sygeplejefaglige personale skal pleje alle patienterne i den geriatriske gruppe, altså både de geriatriske patienter og de internmedicinske patienter der ligger i gruppen. Lægerne skal kun varetage behandlingen af de geriatriske patienter, hvorimod de øvrige patienter i gruppen bliver behandlet af andre medicinske læger. Terapeuterne arbejder efter det geriatriske koncept, når de arbejder med de geriatriske patienter og efter et andet koncept når de behandler de øvrige patienter i gruppen. Dette gælder også for plejepersonalet. Det betyder, at terapeuter og specielt det sygeplejefaglige personale føler sig splittede i det daglige arbejde, og har svært ved at koncentrere sig om at arbejde efter det geriatriske koncept.

En sygeplejerske beskriver forholdene således:

Der er nogle ting som man ligesom er i gang med og så står der en medicinsk læge og vifter med nogle papirer og spørger om jeg kan gå stuegang på nogle andre patienter, som jeg også skal passe.

Så prøver jeg at pudse en af de andre sygeplejersker på ham. Der kulminerer vores interesser jo. Jeg vil gerne gøre mine geriatriske patienter færdige og han vil gerne være færdig med at gå stuegang.

Så til nogle af mine patienter skal jeg arbejde efter et koncept sammen med en type læge og til de andre efter et andet koncept med en anden læge. Det må også være frustrerende for de medicinske læger, at de bliver kastede fra den ene til den anden. Det er lige før jeg ikke kan klare stuegangen. Det er ikke lægens skyld - det er de der interesser”.

Kvalitetskrav og dokumentationsredskaber

I interviewet blev medarbejdernes holdning til de kliniske kvalitetsindikatorer afdækket. Der er forskellige holdninger til indikatorerne, hvor nogle opfattes fagligt relevante, mens de fleste kvalitetskrav og dokumentationsredskaber opfattes som, i bedste fald fagligt irrelevante og i værste fald tåbelige.

I samtalen udtrykkes holdninger til flere kvalitetsindikatorer end de indikatorer der er behandlede under målopfyldelsesperspektivet.

På spørgsmålet om hvad teamets holdning er til kravet om indlæggelsessamtale, udskrivningssamtaler, kontaktpersoner og ernæringscreeninger, svares der:

”Det er tåbeligt! Hvis vi for eksempel kommer en mandag og ser der er tre, der mangler at få en kontaktperson, så siger vi klik, klik, klik, nu er der kontaktperson på alle tre. Det har ingen kvalitetsmæssig betydning. Det har ingen funktion overhovedet”.

BMI først og sidst er overflødig. Jeg prioriterer patienterne frem for at få lavet en ernæringscreening”.

En anden svarer:

”Jeg er ved at gå til af alle de skemaer og formularer. Jeg ønsker da også der bliver stoppet op i forbindelse med denne evaluering og set på om der er nogle steder man kan” luge ud”. Nogle ting er måske et krav, andre ting kan måske diskuteres. Jeg synes der svæver et gevaldigt pres om at nå de ting, der ligger i projektet.

Først prioriterer man patienten og det andet kan vente til i morgen eller næste dag”

”Hvad mener I om dokumentationsredskaberne og de tests og screeninger der skal udføres:

”Vi har jo ikke for mange timer til de geriatriske patienter og det der skal nås er jo de ting vi bliver målt på, eller det er jo det man har følt, der skulle nås i hvert fald. Og det har jo for mit vedkommende meget været de tests der skal gøres ved indlæggelse og udskrivelse, og selv om det er en lille test og man siger: Sådant en lille test på tre minutter, det kan da ikke tage lang tid. Men inden fru Jensen kommer ud af sin seng eller kommer op fra lænestolen og kommer ud på gangen til den afmålte bane. Det er en tidsrøver med de tests, som måske bliver permanente fordi

de indgår i standarden for geriatriske afdelinger i landet. Men selve kvaliteten af dem, der har jeg det nok sådan, at resultaterne bruger vi ikke rigtigt til noget. Så jeg vil hellere bare gangvurdere når det falder naturligt end "slæbe" dem ud på en gang med en afmålt bane."

En anden svarer:

"Ja – jeg har det sådan lidt med om tiden er givet rigtigt ud, når jeg ud af de fire timer jeg er der om dage skal bruge tiden på at lave tests. For eksempel det med BMI ved indlæggelse og udskrivelse. Det er simpelthen så tåbeligt at skulle bruge tid på noget som reelt ikke siger ret meget om noget som helst. Lad mig bruge tiden på noget der er mere relevant end det. Det er sådan noget der er blevet os pålagt at det skal vi gøre, men jeg tænker at det er bare tidsspilde."

Klinikerne opfatter generelt de mange tests og screeningsredskaber som irrelevante og uden faglig værdi. De prioriterer det faglige skøn højere end resultaterne fra tests og screeninger, men har i nogen grad accepteret, at redskaberne skal anvendes og resultaterne dokumenteres, om end de føler at de udnytter deres tid og kompetencer forkert, når de prioriterer tests og screeninger frem for at lade det faglige skøn afgøre, hvilke aktiviteter der er vigtige at prioritere i en given situation.

Ledelse

Ved implementeringsfasens begyndelse blev de to medicinske sengeafsnit på plan syv lagt sammen til et sengeafsnit med en afdelingssygeplejerske samt en souschef for afdelingssygeplejersken. Souschefen fik som sin særlige opgave at varetage implementeringen af den geriatriske funktion i afsnittet. Men fusion og de øvrige forhold, der er nævnt under punktet om influerende faktorer har betydet, at der var mange andre ledelsesmæssige opgaver at løse.

Medarbejderne giver klart udtryk for, at de har manglet ledelse i implementeringsfasen:

"Vi kunne have haft brug for at der var en der ligesom svævede over vandene, som ikke skulle løbe efter klokker, som ikke skulle være ansvarlig for et forløb, men som var til rådighed for hvem som helst i teamet, der havde nogle spørgsmål om deres egne ting – også for at lære hele papirgangen at kende. At der i den periode havde været en der svævede rundt i afdelingen og måske lige havde antennerne ude for at finde ud af, hvor der skulle sættes ind med ekstra hjælp, ekstra oplæring og sådan noget"

Det var souschefen (har nu fratrukket sin stilling) jo ansat til:

"Det vidste jeg slet ikke hun var ansat til. Jeg synes også hun lavede så meget andet"

Terapeuterne giver udtryk for at have været bedre forberedte til at gå ind i projektet end det sygeplejefaglige personale:

”Vi har måske fået mere tid fra starten til at sætte os ind i, hvad projektet egentlig handler om, altså få læst projektprotokollen og sådan nogle ting. I stod og virkede som om I ikke vidste hvad I skulle gribe og gøre i.”

Et teammedlem fra den sygeplejefaglige gruppe udtaler:

”I (terapeuterne) havde jo haft tiden og været på kurser til at kunne sætte jer ind i, hvad det præcis var for formularer, rapporter, skemaer og screeningsredskaber, det bliver krævet at vi skal udføre – og vi har aldrig været på kursus, vi anede ikke hvad I snakkede om. Det er først nu det er gået op for os alle sammen hvad der hører med i ”pakken” og har fået det gennemgået ordentligt”.

Medarbejderne, her i særlig grad de sygeplejefaglige medarbejdere, har ikke følt sig ordentligt forberedte til at gå ind i det geriatriske projekt. Den manglende undervisning for de nye medarbejdere og de turbulente forhold på afdelingen har ganske givet medført et større behov for ledelse, og de turbulente forhold har ganske givet betydet, at lederne ikke havde mulighed for at allokere tilstrækkelig tid til ledelse af medlemmerne i det geriatriske team.

Monofaglige og tværfaglige kompetencer

Der indgår fem forskellige faggrupper i det geriatriske team. De fem faggrupper er fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og læger. Læger og terapeuter fra det geriatriske team er kun til stede i dag tiden på hverdage og for terapeuternes vedkommende kun 4-5 timer om dagen. Det sygeplejefaglige personale er til stede døgnet rundt alle årets dage, men har også andre funktioner og suppleres efter behov med sygeplejefagligt personale fra de andre plejegrupper på det medicinske sengeafsnit.

Tværfagligheden har stor betydning i det geriatriske speciale og flere giver da også udtryk for denne betydning:

” Jeg føler mig meget, meget tryk når jeg snakker med en ”ergo” efter hun har været inde ved patienten og lave ADL. Og det er det samme med ”fys” og også når vi har konferencer og snakker med lægen og sygeplejersker. Så jeg synes det (tværfagligheden) er rigtig rigtig godt”.

Den enkelte faggruppe giver også udtryk for større bevidsthed om monofaglighedens betydning for tværfagligheden:

”Jeg oplever også at mit ergoterapeutiske arbejde bliver mere synligt og man er mere vågen overfor, hvad jeg kan bidrage med”.

Det tætte samarbejde har også medført større indsigt i og anerkendelse af hinandens arbejde:

”Nu kan vi også se det har et formål at lave en ADL og at en ADL ikke bare er en aflastning af plejepersonalet”.

De tværfaglige konferencer, der var fastsat til at foregå dagligt, blev hurtigt til konference tre gange ugentligt, hvilket nu er reduceret til en gang ugentlig. Dette har forskellig betydning for de involverede faggrupper. Terapeuterne og det sygeplejefaglige personale giver udtryk for at have behov for flere ugentlige konferencer:

”Vi mangler vore konference, den bliver der pludselig ikke tid til, fordi der er kun en læge. Tværfaglig konference den startede oprindeligt med tre gange om ugen, så gik den ned til to gange om ugen, og det er altså meget meget givende, både for personalet og for patienterne at vi får samlet op – og også får lagt nogle planer. Det er noget der vigtigt at holde fast i at få op at køre igen”.

Mens geriateren ikke giver udtryk for at have behov for flere konferencer ugentligt:

”Det er ikke noget jeg savner. Vi har jo teammøde en gang om ugen. Vi har haft det to gange om ugen, men har ikke skønnet, at der var behov for det. Jeg ved ikke rigtig om de andre savner det”.

Citatet giver anledning til at overveje om teamet reelt er et team, der kender hinandens kompetencer og behov.

Organisation

Det har vist sig at den nuværende organisation, hvor der er allokeret 13 senge på det medicinske sengeafsnit, er overdimensioneret i forhold til den faktiske situation. Det kan naturligvis overvejes, om det vil være rimeligt at konkludere, at der ikke er flere geriatrike patienter i sygehusets optageområde end svarende til mellem tre og fem senge. Men dette er ikke tilfældet, idet de patienter der allokeres til det geriatrike team, ikke er et udtryk for, hvor mange geriatrike patienter der findes, men nærmere et udtryk for hvor mange patienter de geriatrike læger kan overkomme at behandle. Geriateren siger:

”Når der kommer flere geriater i huset, hvad der forhåbentlig gør, så vil udvælgelsesprocessen lige så langsomt udvides og flere og flere vil blive slugt ind i geriatrik afdeling fra MVA-funktionen. Når det sker (at der kommer flere geriatrike læger i huset) så synes jeg godt vi kan udvide vores sortiment. Det ville være bedre for patienterne at komme op i geriatrik regi. Vi har et andet syn på patienten end superspecialisten”.

På spørgsmålet om, hvorvidt de ikke-geriatrike patienter i gruppen kunne have gavn af det koncept, der tilbydes de geriatrike patienter, svarer teamet:

”Der er flere medicinske patienter, der kunne have gavn af det geriatrike. Men så er der jo lige det at vi mangler den geriatrike læge. De kan heller

ikke rigtigt overskue det heller, jeg tænker deres arbejdspress er også sådan lige rykket. Og vi mangler de åndehuller”.

Der har altså i implementeringsperioden ligget mange ikke-geriatiske patienter i den geriatiske gruppe, og det faktum, at de tilbydes et helt andet koncept end de geriatiske patienter, har stor betydning for teamet, organisationen og arbejdstilrettelæggelsen. En sygeplejerske udtaler:

”Det er meget frustrerende at det kun er en tredjedel af patienterne i gruppen der er reelt geriatiske, resten bliver ”syltet”. Det vil altid være frustrerende når der ligger patienter i samme område som skal behandles forskelligt og som skal gribes an på forskellig måde i deres forløb.

Der er blandt de geriatiske teammedlemmer opstået tvivl om, hvorvidt de kan blive eksperter i geriatrisk pleje og behandling, når de samtidig skal håndtere patienter fra andre speciale:

”Det der møde vi var på ude i Brædstrup med en overlæge fra Århus, hvor hun sagde: I bliver aldrig nogensinde gode til det her, så længe I ikke kun har geriatiske patienter, og det kan vi jo også fuldt ud tilslutte os.”

Der bliver altså klart givet udtryk for, at den nuværende organisation af den geriatiske funktion virker frustrerende og uhensigtsmæssig på både ledelse og team.

Ydre faktorerers betydning for implementeringen

Sammenlægningen af de to medicinske sengeafsnit med ansættelse af den ene afdelingssygeplejerske på det nye fusionerede afsnit, har naturligvis haft stor betydning for såvel medarbejderne fra det ene som fra det andet sengeafsnit. Nye rutiner skulle indlæres, nye samarbejdspartnere integreres, gamle vaner nedbrydes og en fælles kultur bygges op. Det er en energikrævende proces for både medarbejdere og ledere. Usikkerhed om, hvorvidt det er muligt at rekruttere flere geriater og dermed om geriatriens fortsatte virke, påvirker naturligvis også medlemmerne af det geriatiske team.

Denne usikkerhed understøttes af, at de ser at modtagelsen af akutte apopleksipatienter, som blev indført på det medicinske sengeafsnit 1. februar 2005 i meget høj grad bliver drevet af nogle få ildsjæle blandt sygeplejerskerne, idet det endnu ikke har været muligt at rekruttere en fast læge til at varetage den akutte apopleksi, men at denne lægefagligt alene varetages af de læger, der tilfældigvis er til rådighed en given dag.

De uhensigtsmæssige konsekvenser heraf føles tydeligt i afdelingen.

Implementering af EPJ midtvejs i implementeringsperioden for geriatrien, har selvsagt også haft stor betydning for implementeringen. Omfattende kursusvirksomhed i forbindelse med EPJ, omlægning af arbejdsgange og rutiner og for nogle helt nye udfordringer med anvendelse af IT, har naturligvis også været energikrævende processer for de involverede medarbejdere.

Sidst, men bestemt ikke mindst, påvirker den igangværende ombygning medarbejderne i det geriatiske team. En fjerdedel af det samlede kvadratmeterantal vil være

afspærrede gennem de næste to år. Det betyder at det geriatriske team, ligesom resten af afsnittets personale, skal arbejde under meget sammenpressede forhold, hvor der hverken er tilstrækkelig arbejdsplads eller hvileplads. Desuden er megen støj og konstante rokader blevet en del af gruppens hverdag, hvilket naturligvis også bidrager til en lavere frustrationstærskel.

Det udtrykkes af en medarbejder således:

”Jeg synes projektet har haft nogle odds imod sig hen ad vejen, som skyldes nogle ydre omstændigheder som ikke har noget med os at gøre, der sidder i det. Altså lige nu er der jo den ombygning der står på – og der er tale om flytning igen til et andet område på et tidspunkt. Der er nogle ydre omstændigheder, der har gjort det problematisk i projektfasen, synes jeg. Det med at personalet har været under udskiftning, og det tager tid at komme ind i det fordi der er et vældigt, vældigt papirarbejde og papirgang i det – og så har vi jo først måttet køre et koncept ind, der hed at vi havde papirjournaler – altså det var skriftligt – og så måtte vi et stykke hen ad vejen lære EPJ – og EPJ er jo næsten et projekt i sig selv. Og det er sådan nogle ydre omstændigheder som vi ikke selv er herre over”.

Udsagnet understøttes af nik og bifald fra de øvrige informanter.

Fremtiden

På spørgsmålet om hvad der har betydning for geriatriens fremtid på sygehuset, viser der sig bred enighed om at lægerekrutteringen og organiseringen af den geriatriske funktion har størst betydning.

Det er et samlet ønske fra ledelse, geriater og øvrige medarbejdere, at det geriatriske speciale kan blive en selvstændig enhed med egen ledelse. Funktionen ønskes udvidet til at omfatte et samlet afsnit med akutte geriatriske senge, rehabiliteringsfunktion, udgående funktion og ambulans virksomhed under samme tag.

En lang række udsagn understøtter behovet for et selvstændigt afsnit med alle tilknyttede funktioner:

”Det ville være det mest optimale, hvis vi havde vores egen lille enhed – selvkørende stort set – med hvad der nu ligesom var tiltænkt der skulle være på et geriatrisk afsnit. En geriatrisk afdeling skal vurderes som en helhed, fast læge, fast personale og kun geriatriske patienter. Der ligger så mange specielle ting i det her, at det fortjener faktisk et afsnit for sig”.
”Der kunne godt være noget der hed et geriatrisk ambulatorium, og det var også meningen, men det har vi så ikke helt fået etableret og rammerne er ikke rigtig til det nogen steder, men jeg tænkte, hvis det nu var sådan under samme hat, så personalet ligesom havde hele forløbet, for der er også det der hedder at man følger nogen hjem og så bliver man pludselig bedre til indlæggelsessamtalen – for du har været ude at se hvordan verden ser ud. Så kunne forløbene blive mere kvalificerede og udfordrende.”

Resume

Teamopbygningen har været en meget vanskelig proces. Den har dels været præget af den store udskiftning i begyndelsen af implementeringsperioden og dels af den meget uhomogene målgruppe, hvor læger, terapeuter og sygeplejepersonale har varetaget behandlingen og plejen af forskellige målgrupper.

Dog giver nogle af informanterne udtryk for at de begynder at føle sig som en del af et team.

Hverken sygeplejepersonalet eller terapeuterne finder kvalitetskravene og dokumentationen heraf fagligt relevante eller attraktive. Det ser ud som om, at deres oplevelse af massive krav om tests, skemaføring og øvrige registreringskrav har påvirket dem negativt med frustration og demotivation til følge.

Medarbejderne har oplevet mangel på ledelse i processen. De har savnet en der kunne "svæve over vandene", som det udtrykkes i interviewet.

Det tætte samarbejde mellem sygeplejepersonale og terapeuter har øget forståelsen for og anerkendelsen af hinandens arbejdsområder.

Den nuværende organisation, hvor det geriatriske sengeafsnit er en del af et større afsnit, fungerer ikke til medarbejdernes tilfredsstillelse. Lige såvel er det faktum, at patienterne på det geriatriske sengeafsnit skal behandles efter forskellige koncepter, selvom de skønnes at have samme behov, en kilde til frustration.

De ydre faktorer, hvoraf mange har medført direkte forandringer og omstruktureringer i medarbejdernes hverdag, har naturligvis også givet anledning til stress og frustration.

Medarbejderne bevarer dog fortsat et håb for fremtiden, og er på ingen måde visionsløse i forhold til varetagelse af plejen og behandlingen af den geriatriske patient.

Der blev udtrykt stort ønske om et selvstændigt sengeafsnit, hvor alle patienter blev behandlet efter det geriatriske koncept, hvor der var egen afdelingssygeplejerske og hvor der var tilstrækkelig geriatrisk speciallægedækning.

I forhold her til udtrykkes der bekymring for om det er muligt at rekruttere geriatrisk speciallægekraft, hvilket er en forudsætning for at specialet fortsat kan tilbydes på sygehuset.

Men tonen under interviewene afspejlede trods alt iver og engagement, og en fortsat lyst til at arbejde med specialet blev også udtrykt konkret:

"Geriatrien har meget arbejde i sig, men det er også udviklende, fordi jeg jo egentlig får en meget større tilfredsstillelse".

Eller som en anden udtrykker det:

"Jeg synes at geriatri – da jeg startede, da tænkte jeg også – nej geriatri, det var sådan alle mulige – sådan de ældre – de gamle mennesker der kom, men jeg synes det er rigtigt spændende. Og med helhed i geriatri synes jeg det er rigtig, rigtig spændende. Man arbejder på en anden måde".

6.3 Resultater der relaterer sig til interessentperspektivet.

Datamaterialet fra de fire udskrivningssamtaler samler sig om følgende temaer:

- Medicin og anden behandling
- Kommunikation

- Fysiske rammer
- Den forestående udskrivelse

Medicin og anden behandling

Patienterne tager den medicinske behandling alvorligt og forventer naturligt, at plejepersonalet administrerer medicinen punktligt.

En patient der behandles med medicinsk plaster udtaler:

”Plastret skal skiftes nøjagtigt hver tredje dag. Ikke bare på dagen, men på timen. Og det glippede et par gange herude. Det var mig selv der opdagede det og jeg sagde: Skal jeg ikke have det her (plastret) på i dag? Så havde de glemt det. Det synes jeg er lidt dumt”.

Patienter og pårørende har ofte et godt kendskab til egen og pårørendes sygdom, men er tilbageholdende med at gå i dialog med det faglige personale om sygdommen og dens symptomer.

Det illustreres af følgende udsagn fra en pårørende, der fortæller om en episode ved et målsætningsmøde, hvor både hun og patienten deltog:

” Til det møde kom han (patienten) som om han var plakatfuld og han snakkede volapyk. Så sagde lægen til ham at han altså skulle høre efter hvad han sagde, men det kunne han jo ikke fordi hans sukker (blodsukker)... ..det tænkte jeg nemlig nok på. Jeg kunne se han var sådan ...febrilsk – og det var nok fordi sukkeret var langt nede. Og det viste sig også at det var langt nede – og så sagde lægen hen ad klokken 11.30, at han skulle have noget at spise, men det skulle han have haft for længe siden”.

Kommunikation

Tydelig og klar kommunikation er en forudsætning, for at patienter og pårørende kan inddrages i beslutninger om behandling og aktiviteter i forbindelse med en indlæggelse. En pårørende beskriver følgende oplevelse:

”Den allerførste jeg snakkede med var en udlænding, men jeg kunne da forstå hvad han sagde. Men altså da skulle han (patienten) altså til Ålborg - og det ville tage mellem tre og fem dage. Så får vi papirerne udleveret og der står at han skal ambulantly derop – og at det så skulle blandes sammen – det var der jo ingen der havde fortalt os. Og hvis der så skulle gøres noget, så skulle han indlægges. Men det var der jo ingen der snakkede om til os, vel? Og så kom der en helt anden læge ind og han sagde at han skulle i hvert fald på aflastning på et plejehjem – og at han ikke kunne komme til Brædstrup, fordi det var kun til genoptræning, og det var han for dårlig til. Og han kunne ikke komme hjem, sagde lægen, men det havde vi altså ikke taget stilling til – jeg ville jo gerne prøve en gang mere – så der vil

jeg ærligt indrømme at der var jeg forvirret. At få så mange ting at vide – og så oven i hinanden, så der hverken var hoved eller hale i det”.

Fysiske rammer

Periferiydelserne har også betydning for patienter og pårørende. I interviewene kommenteres der på såvel de fysiske rammer som personalets attitude.

Den aktuelle ombygning på det geriatriske sengeafsnit, medfører tydeligvis gener for patienterne.

En patient udtaler:

”Det er nogle søde mennesker(plejepersonalet) selvfølgelig, men jeg har nok sagt nogle ting der var - blandt andet synes jeg vi trængte til noget frisk luft – jeg synes det er alfa og omega at få lukket et vindue op. Men så fik jeg at vide at der var cirkulation, men det er altså ikke det samme som frisk luft. Det er jo svært i en ombygningstid. Vi skal helt herved for at finde et sted, hvor man kan sidde og snakke med nogle pårørende – og her er ingen træningsrum. Jeg har ikke haft nogle steder at gå hen og træne de sidste 14 dage.

En anden siger:

” Jeg har ligget med meget, meget syge mennesker, en der døde og nu ligger jeg med en gammel dame, der er meget, meget syg og dement, så den slags har man meget inde på livet når man er her i 14 dage. Og der mangler også plads til de pårørende – nej det er ikke nemt”.

Den forestående udskrivelse

Af de fire interviews fremgår det, at to af patienterne er trygge ved at skulle udskrives, og to er utrygge ved udskrivelsen. De to patienter der er trygge ved udskrivelsen, skal begge udskrives til anden institution, hvorimod de to der er utrygge skal udskrives til eget hjem.

På spørgsmålet om hvorvidt patienten er tryk ved at skulle hjem, svarer en patient:

”Nej – det er jeg i hvert fald ikke – det er jo en ældrevenlig bolig, det er jo ikke det samme som et plejehjem. Man skal jo kunne en del selv – det er jeg meget nervøs for”.

Og en pårørende svarer:

” Altså her ved vi der er en der passer ham. Jeg ved I har fået en ekstra ind og jeg er her jo også, men nu skal jeg til at passe ham selv 24 timer i døgnnet – og det er ikke spændende. Der kommer en sygeplejerske omkring klokken otte om morgenen for at se om han har fået tøj på, er blevet barberet, vasket og gjort i stand – og så er der ikke mere”

Resume

I to af de fire udskrivningssamtaler blev der givet udtryk for tillidsbrist til personalet i forhold til deres faglige kompetencer. En pårørende var udsat for alvorlige kommunikationsbrist, to patienter finder de fysiske rammer generende, og en patient og en pårørende er ikke trygge ved den forestående udskrivelse.

7. Diskussion

Hvert af de tre perspektiver diskuteres separat. Dernæst sammenholdes resultaterne og der foregår en diskussion af måden, hvor på de respektive perspektiver forholder sig til hinanden.

7.1 Målopfyldelsesperspektivet

Metode

De kliniske kvalitetsindikatorers evne til at indikere kvaliteten af plejen og behandlingen er tvivlsom. Et patientforløb kan forløbe tilfredsstillende for både patient, pårørende og sundhedsmedarbejdere, uden der er foretaget en indlæggelsessamtale. Ligeledes kan en patient have fået dækket sit ernæringsbehov fuldstændigt sufficient, uden der er foretaget en ernæringscreening. Omvendt kan et indlæggelsesforløb være forløbet aldeles utilfredsstillende, selvom der er foretaget en indlæggelsessamtale og en patient kan være ernæringscreenet ved ankomsten til sygehuset, uden at have fået dækket sit ernæringsbehov under indlæggelsen.

Man kan også forestille sig den situation, hvor en patient har fået foretaget en fyldestgørende indlæggelsessamtale, uden at indholdet er dokumenteret som en indlæggelsessamtale, men måske fremgår af patientens plejeplaner, eller at en patient har fået foretaget en vurdering af sin ernæringsmæssige tilstand, uden det er dokumenteret.

I en journal kan der være dokumenteret en kontaktperson, uden at patienten ved det, eller omvendt ved patienten måske, hvem kontaktpersonen er, uden at det er dokumenteret i journalen. Det ses deraf, at det kan være vanskeligt, at udtrykke sig sikkert om kvaliteten af den pleje og behandling patienten modtager, ud fra de dokumenterede kvalitetsindikatorer.

De enkelte kvalitetsindikatorer er imidlertid fastsat ud fra en forventning om, at der er en sammenhæng mellem de dokumenterede kvalitetsindikatorer, og kvaliteten i den pleje og behandling patienten modtager. Derfor er de blevet en del af Den Danske Kvalitetsmodel (12).

Indhold

Resultaterne af målingerne honorerer ikke det politiske krav om 95 % målopfyldelse. Resultaterne er ikke overraskende i forhold til de resultater, der tidligere er opnået ved stikprøvekontroller i forbindelse med de afviklede audits, men er altså fortsat langt under den, af politikerne, forventede standard.

Det er dog vigtigt at være bevidst om, at ovenstående resultater ikke nødvendigvis udtrykker kvaliteten af den pleje og behandling, patienter og pårørende har modtaget under indlæggelsen. Hvis det har været hensigten at måle kvaliteten, af de ydelser

patienterne modtager på hospitalerne, vil måling på kvalitetsindikatorerne ikke give et validt undersøgelsesresultat.

7.2 Det interne procesperspektiv

Metode

Intervieweren er kendt af medarbejderne, hvilket medfører en risiko for, at undersøgelsens reliabilitet svækkes. Dette synes dog ikke at være tilfældet, idet intervieweren ikke på interviewtidspunktet havde nær relation til informanterne. Dermed vurderes det, at undersøgelsesresultaterne er valide, og kan anvendes i forbindelse med undersøgelse af det interne procesperspektiv i sammenlignelige organisationer.

Indhold

Medarbejderne på det geriatriske sengeafsnit har, gennem de seneste par år, været udsat for et voldsomt pres i form af omstruktureringer og etablering af nye funktioner, skiftende ledere og nye administrative redskaber. Derudover arbejder de på en afdeling i ombygning og har udsigt til at fortsætte hermed i de næste par år. Forudsætningen for at opbygge et velfungerende team har ikke været til stede (38). Dels har der været stor udskiftning i gruppen, og dels arbejder gruppens medlemmer ikke med samme genstandsfelt. Det ser dog ud som om, gruppen begynder at føle sig som et team, hvilket måske er understøttet af deres større indsigt i og anerkendelse af hinandens arbejdsområder.

Medarbejderne finder ikke de kliniske kvalitetsindikatorer relevante for måling af den kliniske kvalitet. De er skeptiske og føler, at de bruger deres tid forkert, når de udfører og dokumenterer tests og screeninger i stedet for at opfylde patienternes aktuelle behov. Medarbejderne fremtræder frustrerede, hvilket har sandsynlig sammenhæng med behovet for mere ledelse, og de mange forandringer der pågår.

Den manglende ledelse ses i forhold til Elton og Gosticks teori (8). Noget tyder på, at medarbejderne mangler den daglige anerkendelse, rådgivning og vejledning fra lederen, hvilket medvirker til at gøre dem frustrerede, med risiko for udvikling af stress (5). Der udtrykkes behov for, "en der svæver over vandene", hvilket kan ses som et behov for, at "nogen" har det overblik, de selv mangler. De organisatoriske forhold medvirker ligeledes til at gøre medarbejderne stressede og frustrerede. De daglige arbejdsbetingelser er ikke tilfredsstillende, og de ydre forhold er en yderligere stressfaktor.

Her understøtter undersøgelsesresultaterne resultaterne fra en anden undersøgelse fra 2005, der konkluderer, at det er nødvendigt, at de sygeplejefaglige ledere er særligt opmærksomme over for stress og symptomer på udbrændthed hos plejepersonale på geriatriske og langtidsmedicinske sengeafsnit (39).

Omfanget af frustration og stress på det geriatriske sengeafsnit kendes ikke, men i en svensk undersøgelse fra 2006 er der udviklet spørgeskemaer, der egner sig til undersøgelse af det psykiske arbejdsmiljø hos sundhedspersonalet.

Der vil med det redskab være mulighed for at undersøge udbredelsen af stress og frustration. (40).

Samlet set beskrives forholdene på det geriatriske sengeafsnit som frustrerende til tider demotiverende, men alligevel udfordrende og interessant. Der er disharmoni mellem det de oplever som faglig kvalitet, og de krav der stilles til dem gennem de kliniske kvalitetsindikatorer, hvilket får indikatorerne til at virke som en stressfaktor i hverdagen.

Angående fremtiden udtrykker de behov for ledelse samt opbygning og konsolidering af det geriatriske team. De ”drømmer” om et selvstændigt geriatrisk sengeafsnit, men udsigten til at rekruttere geriatriske speciallæger, der er forudsætningen for videre drift af afsnittet, gør dem usikre.

Set i forhold til undersøgelsens overordnede teoretiske referenceramme (18,19,20,21) tyder det på, at medarbejderne ikke har fået forstærket deres sundhedsfremmende potentiale og styrket deres velbefindende, under implementeringen af det geriatriske sengeafsnit. Behovet for tydelig, omsorgsfuld ledelse samt tydeligt kendskab til gruppens arbejdsopgave har ikke været opfyldt. Det har medført nogen usikkerhed omkring de gensidige forventninger, og da feedback og anerkendelse for arbejdsindsatsen også har været mangelfuld under fraværet af tilstrækkelig ledelse, giver det anledning til den frustration, de udtrykker under interviewet.

Medarbejderne virker nok frustrerede over situationen, men udtrykker alligevel glæde ved at arbejde på det geriatriske afsnit. De udtrykker ikke fornemmelse for, at det geriatriske speciale har lavstatus eller at arbejdet er meningsløst, som det er set i andre undersøgelser (22, 23). Dette kan måske skyldes, at det geriatriske speciale stadig er forholdsvist nyt. Det kan også overvejes om glæden ved arbejdet, trods de frustrerende arbejdsbetingelser, kan forklares med et behov for at fastholde det de nu har lidt kendskab til, set i forhold til risikoen for at skulle konfronteres med nye arbejdsopgaver endnu en gang. Forklaringen kan muligvis også findes i medarbejdernes forsøg på stresshåndtering (10). En nærmere undersøgelse af det tilsyneladende paradoks som allerede blev påpeget i Mikkola og Sarvimakis undersøgelse fra 1994 (23) er ikke belyst gennem denne undersøgelse, men det tilsyneladende paradoks er genfundet. En nærmere belysning af området vil fortsat være interessant.

7.3 Interessentperspektivet

Metode

Interviewene er ikke foretaget af trænedede interviewere, men af sygeplejersker der har kendskab til at foretage udskrivningssamtaler med medicinske patienter.

Der er ingen forhold der svækker undersøgelsens validitet ej heller dens reliabilitet.

Resultaterne er ikke nødvendigvis repræsentative for det geriatriske sengeafsnit, hvorfor en mere omfattende undersøgelse vil være formålstjenlig.

Indhold

Som beskrevet i resuméet af undersøgelsesresultaterne blev der i to af de fire udskrivningssamtaler givet udtryk for tillidsbrist til personalet i forhold til deres faglige kompetencer. En pårørende var udsat for alvorlige kommunikationsbrist, to patienter

finder de fysiske rammer generende, og en patient og en pårørende er ikke trygge ved den forestående udskrivelse.

Denne opgørelse er ikke udtryk for noget forsøg på at lave statistiske analyser på det spinkle materiale, men det findes alligevel betænkeligt, at fire tilfældigt udvalgte udskrivningssamtaler afspejler uindfrie forventninger i det omfang.

Patienter og pårørendes har behov for at have tillid til sundhedspersonalets faglighed, for god information og for gode fysiske rammer, viste den svenske undersøgelse fra 2006 (15). Resultaterne fra denne undersøgelse indikerer, at disse behov ikke er opfyldt for en del af patienterne og de pårørende, og den viser samtidigt, at disse forventninger også er centrale for de adspurgte i denne undersøgelse. Hvor stor den andel er, der ikke har fået indfriet disse forventninger, siger undersøgelsen ikke noget om. Men den støtter op omkring den finske undersøgelse fra 2003, hvor 8 % af de adspurgte pårørende ikke var tilfredse med kvaliteten af plejen.

7.4 Perspektivernes indbyrdes sammenhæng

Undersøgelsen viser, at der er sammenhæng mellem de tre perspektiver. Den forholdsvis lave målopfyldelse forklares i nogen grad af medarbejdernes holdning til de kliniske kvalitetsindikatorer. De finder ikke indikatorerne relevante for måling af god kvalitet i plejen og behandlingen.

Medarbejderne udtrykker frustration over de fysiske rammer, mangel på ledelse, usikkerhed om specialets fremtid og den turbulens de er omgivet af i form af kontinuerlige forandringer. De oplever kvalitetsindikatorerne som stressorer. Dette kan sammen med den skitserede frustration også forklare den forholdsvis lave andel af opfyldte kvalitetsindikatorer.

Frustration og manglende overblik hos personalet kan forklare nogle af de oplevelser patienter og pårørende har med såvel kommunikationsbrist som tillidsbrist til medarbejdernes faglige kompetencer.

Der ses således klar sammenhæng mellem de tre perspektiver. Medarbejdernes frustration og mangel på overblik, sammenholdt med deres manglende accept af kvalitetsindikatorernes validitet, forklarer såvel den forholdsvis lave andel af opfyldte kliniske kvalitetsindikatorer, som de oplevelser patienter og pårørende har under indlæggelsen.

8. Konklusion

Undersøgelsens formål var at undersøge sammenhænge mellem den konkrete målopfyldelse, medarbejdernes oplevelse af at arbejde på det geriatriske sengeafsnit og patienter og pårørendes oplevelser i forbindelse med indlæggelse på afsnittet.

Der ses tydelig sammenhæng mellem resultaterne fra undersøgelsen af de tre perspektiver.

Medarbejderperspektivet forklarer til dels såvel resultaterne fra undersøgelsen af målopfyldelsesperspektivet, som resultaterne fra undersøgelsen af interessentperspektivet.

I løbet af undersøgelsen blev resultaterne fra andre undersøgelser af forholdene på geriatriske sengeafsnit, understøttet af resultaterne fra denne undersøgelse. Det drejer sig særligt om undersøgelser fra andre organisationer, der har været udfordret med store

forandringsprocesser, der viser en sammenhæng mellem organisatoriske aspekter af arbejdslivet og stress (5), og en undersøgelse der viser medarbejdernes behov for ledelsesmæssig rådgivning og vejledning i store forandringsprocesser (9). Undersøgelsen understøtter imidlertid ikke resultaterne fra andre undersøgelser, der viser, at medarbejdere på geriatriske sengeafsnit oplever deres arbejde som meningsløst og uden social anerkendelse (22, 23). Dog genfindes det tilsyneladende paradoks om at arbejdsforhold, der fremkalder frustration og mangel på overblik, alligevel karakteriseres som spændende og udfordrende arbejde (23).

Der blev også genfundet resultater fra andre undersøgelser om patienter og pårørendes oplevelser i forbindelse med indlæggelse på et geriatrisk eller langtidsmedicinsk sengeafsnit.

Denne undersøgelses resultater viser, at patienter og pårørende har de samme forventninger til de fysiske rammer, den gode kommunikation og medarbejdernes faglige viden, som den svenske undersøgelse fra 2006 viste (15).

Som i den finske undersøgelse fra 2001 viste også denne undersøgelse, at der er behov for udvikling af patienter og pårørendes tilfredshed med indlæggelsen på geriatriske sengeafsnit (16).

I denne undersøgelse er medarbejdernes syn på den kvalitet de leverer ikke nærmere undersøgt. Det er derfor ikke muligt at afgøre, om de selv mener de udfører en fagligt kompetent pleje og behandling. Medarbejderne mener tilsyneladende selv, at de prioriterer de rigtige opgaver, når de fravælger dokumentation af de kliniske kvalitetsindikatorer. Men deres egen opfattelse af kvaliteten af plejen og behandlingen er ikke belyst.

Samlet set er der opnået tilfredsstillende resultater af undersøgelsen, set i et undersøgelsesperspektiv.

Men indholdet af de respektive undersøgelser stiller krav om anderledes håndtering af forholdene på de medicinske afdelinger i de Nordiske lande.

Referenceliste

1. Det danske Indenrigsministeriums hjemmeside, er tilgængelig på: <http://www.noegletal.dk/noegletal/servlet/nctrlman.aReqManager>
Oplysningerne er fundet maj 2007.
2. Fallberg L. Patientrettigheder i Norden. Socialmedicinsk tidsskrift 2001; 1.
3. Decker D, Wheeler GE, Johnson J, Parsons RJ. Effect of organizational change on the individual employee. Health care Management 2001; (4): 1-12.
4. Statens Institut for Folkesundhed i Danmark. Siden er tilgængelig på: <http://www.si-folkesundhed.dk/Forskning/Sundhedsvaner/Stress.aspx>
Oplysningerne er fundet maj 2007.
5. Tummers GER., Landeweerd JA, Van Merode GG. Organization, work and work reactions: a study of the relationship between organizational aspects of nursing and nurses work characteristics and work reactions. Nordic College of caring Sciences 2002; (16): 52-8.
6. Kotter J. I spidsen for forandringer. København: Peter Assenfeldts forlag; 1999.
7. Nordhaug O, Larsen HH, Øhrstrøm B. Personaleledelse – en målrettet strategiproces. København: Frederiksberg; 2002.
8. Elton C, Gostick A. Managing with carrots: Using recognition to attract and Retain the Best People. New York: John Wiley and Sons LTD; 2005.
9. Ivi D, Watson D, Barber P, Kimber N, Sharman G. The self-reported well-being of employees facing organizational change: effects of an intervention. Occup. Med.1998; (6): 361-368.
10. Gonge, Henrik. Stresshåndtering i ældreplejen. Klinisk sygepleje 2004; (2)
11. Det nationale Indikatorprojekt i Danmark. Er tilgængelig på: <http://www.nip.dk>
Oplysningerne er fundet maj 2007
12. Dansk Institut for Kvalitet og Akkreditering. Er tilgængelig på: <http://www.kvalitetsinstitut.dk> Oplysningerne er fundet maj 2006.
13. Patienternes oplevelser på landets sygehuse 2006. Enheden for brugerundersøgelser på vegne af regionerne, indenrigs- og sundhedsministeriet
14. 20 anbefalinger om mellem menneskelige relationer. Videnscenter Gennembrud. Århus, Region Midtjylland. Afdelingen for kvalitet. Er tilgængelig på www.patient-relationer.dk Oplysningerne fundet april 2007.
15. Wressle E, Eriksson L, Fahlander A, et al. Patient perspective on quality of geriatric care and rehabilitation – development and psychometric testing of a questionnaire. Nordic College of Caring Science 2006; (20): 135-142.
16. Isola A, Backman K, Voutilainen P, Rautsiala T. Family members` experiences of the quality of geriatric care. Nordic College of Caring Sciences 2003; (17): 399-408.
17. Jantunen E, Sarvimaki A, Gothoni R, Ewalds H. Behovet av socialt stöd hos anhöriga til årlidinger på sjukhus. Vård i Norden 1993; (2): 11-14.
18. Luxembourg Deklarationen om Sundhedsfremme på arbejdspladsen i Den Europæiske Union. Er tilgængelig på <http://www.arbejdsmiljøinstituttet.dk>
Oplysningerne er fundet maj 2007.
19. Arbejdstilsynets håndbog om psykisk arbejdsmiljø 2004. Er tilgængelig på <http://www.at.dk/sw5729.asp#afs4> Oplysningerne er fundet maj 2007.
20. Hildebrandt S, Brandi S. Ledelse af forandring. København: Børsens Forlag; 2005.

21. Hildebrandt S, Brandt S. Forandringsledelse. København: Børsens Forlag; 2006.
22. Sarvimaki A, Sandelin S. Culture and Climate2: A study of work climate in a geriatric hospital. *Vård i Norden* 1998; (49): 11-14.
23. Mikkola R, Sarvimaki A. Vårdspersonalets oplevelser av sitt arbete inom geriatrisk vård. *Vård i Norden* 1994; (14): 24-27.
24. Sletvold O, Engedal K, Tilvis R, Johnson A, Schroll M, Schulz-Larsen K, et al.. Geriatrisk udredning i Norden, Nordiske retningslinjer for geriatrisk udredning. Dansk selskab for geriatri. 1997. Er tilgængelig på: www.danskselskabforgeriatri.dk Oplysningerne fundet maj 2007.
25. Krogstrup HK. Evalueringsmodeller. Viborg: Systime: 2003.
26. Dahler-Larsen P, Krogstrup HK. Tendenser i evaluering. Odense: Syddansk Universitetsforlag ;2001.
27. Syddansk Universitets hjemmeside. Er tilgængelig på http://www.sdu.dk/Uddannelse/Uddannelsesoversigt/Master/Evaluering/Uddannelsens_opbygning.aspx Oplysningerne er fundet maj 2007.
28. Webbasert ledelsesinformationssystem. Tilgængeligt på <http://www.web-lis.dk> Oplysningerne er fundet marts 2007.
29. Blomhøj G, Mainz J. Audit. Dansk selskab for kvalitet i sundhedsvæsenet 2000. Klaringsrapport (9). Er tilgængelig på <http://www.sst.dk> Oplysningerne er fundet marts 2007.
30. Kvale S. Den kvalitative forskningsinterview. Lund: Studentlitteratur: 1997.
31. Slot A, Rischel V. Fokusgruppemetoden – transcription, systematisering og databearbejdning: *Tidsskrift for sygeplejeforskning* 2005;(3).
32. Launsø L, Rieper O. Forskning om og med mennesker. København: Nyt Nordisk forlag: 2000.
33. Gerontologisk institut i Danmark. Er tilgængelig på <http://www.geroinst.dk> Oplysningerne er fundet maj 2007.
34. Nielsen-Man M. Beskrivelse af patientforløb og tværfagligt og tværsektorielt samarbejde Horsens: Horsens sygehus: 2005.
35. Kvalitetsrapport: Geriatri i Vejle Amt 2005/2006 , Rapport nummer 25. 29. September 2006. Vejle amt.
36. Løkk J, Arnetz B. Work Site change and Psychosocial Well-being among Health Care Personnel in geriatric Wards- Effects of and intervention Program. *Journal Nurse Care Quality* 2002; (4): 30-38.
37. Limborg, Hans Jørgen. Risiko og forebyggelse i ”det nye arbejdsliv” set i et arbejdsmiljøperspektiv. *Tidsskrift for Arbejdsliv* 2003; (3).
38. Firth – Cozens J. Celebrating teamwork. *Quality in Health Care* 1998; (7): 53-57.
39. Kennedy RB. Stress and burnout of Nursing Staff Working With Geriatric Clients in long-Term Care. *Journal of Nursing Scholarship* 2005; (4): 381-382
40. Engstrøm M, Ljunggren B, Lindqvist R, Carlsson M. Staff satisfaction with work, perceived Quality of care and stress in elderly care: psychometric assessment and associations. *Journal of Nursing Management* 2006; (14): 318-328

