

TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Et idekatalog – eksempler på tværfagligt samarbejde i
den palliative indsats i Danmark

*Anne Nissen, Karen Sangild Stølen, Bettina Kotasek, Marie
Bolette Falk, Kirstine Winther, Ole Bo Hansen, Steen Bonde
Christensen, Steen Peter Nielsen, Tina Kolby*



DMCG-PAL

- Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for palliativ indsats

KOLOFON:

Tværfagligt samarbejde. Et idekatalog – eksempler på tværfagligt samarbejde i den palliative indsats i Danmark

Anne Nissen, Karen Sangild Stølen, Bettina Kotasek,
Marie Bolette Falk, Kirstine Winther,
Ole Bo Hansen, Steen Bonde Christensen,
Steen Peter Nielsen, Tina Kolby

Faglig rådgiver: Mette Raunkiær, REHPA
Layout: Anette Fly Haastrup, REHPA

Copyright © 2016
DMCG-PALL

Gengivelse af uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes sendt til

Sekretariatet for DMCG-PAL

Forskningsenheden, Palliativ medicinsk afdeling
Bispebjerg Hospital,
Bispebjerg Bakke 23, Opg. 20D,
2. sal, 2400 København NV

Rapporten kan downloades fra www.dmcgpal.dk.

INDHOLD

Forord	4
Prolog: Snublesten og trædesten	5
1. Baggrund og formål	7
2. Design og analyse.	8
2.1 Analyse.	8
3. Begrebet tværfagligt samarbejde	10
4. Resultater	12
5. Patienten, pårørende og efterladte	13
5.1 Visitation og modtagelse	13
5.2 Tværfaglige familiesamtaler	13
5.3 Palliative rehabiliteringstilbud	14
5.4 Efterladte.	14
5.5 Refleksioner	14
6. Tværfagligt værdigrundlag	15
6.1 Refleksioner	15
7. Supervision	16
7.1 Refleksioner	16
8. Tværfaglig konference og interne møder	17
8.1 Tværfaglig konference	17
8.2 Retningslinjer og struktur for afholdelse af tværfaglige konferencer	17
8.3 Projekter og evaluerede procedurebeskrivelser om tværfaglig konference	18
8.4 Morgenmøder og tavlemøder	19
8.5 Refleksioner	20
9. Fysiske rammer.	21
9.1 Refleksioner	21
10. Undervisning	22
10.1 Undervisningsaktiviteter	22
10.2 Interne undervisningsaktiviteter	23
10.3 Andre typer af undervisningsaktiviteter	23
10.4 Refleksioner	23
11. Tværsektorielt samarbejde	24
11.1 Netværksmøder.	24
11.2 Samarbejde mellem kommunale og specialiserede enheder	25
11.3 Refleksioner	25
12. Perspektivering.	26
12.1 Metodemæssige udfordringer.	26
12.2 Dokumentation og evaluering	26
12.3 Inddragelse af patient, pårørende og efterladte i det tværfaglige samarbejde	27
12.4 Faggrubbers betydning for det tværfaglige samarbejde	28
12.5 Fysiske rammers og strukturers betydning for tværfagligt samarbejde.	28
12.6 anbefalinger.	29
Litteraturliste	30
Bilagsfortegnelse	31

FORORD

Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for palliativ indsats, DMCG-PAL, er en tværfaglig gruppe bestående af repræsentanter fra faglige selskaber, organisationer, brugere og Danske Regioner. DMCG-PAL støtter Dansk Palliativ Database og udarbejder kliniske retningslinjer og kompetencebeskrivelser med henblik på at styrke den palliative indsats i Danmark.

DMCG-PAL har udarbejdet monofaglige anbefalinger til kompetencer for sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, socialrådgivere og præster. Andre faggrupper er i det palliative felt er i gang med dette arbejde.

Den palliative indsats *anvender en tværfaglig teambaseret tilnærmelse for at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inklusive støtte i sorgen om nødvendigt* (WHO 2002). For at sætte fokus på den tværfaglige indsats besluttede bestyrelsen for DMCG-PAL i oktober 2014 at initiere et idekatalog, der skulle udarbejdes på baggrund af en kortlægning af projekter/materialer om tværfagligt arbejde og samarbejde fra forskellige palliative enheder. Formålet med idekataloget er, at enheder, der arbejder med palliation, kan drage nytte og blive inspireret af andres erfaringer.

Opgaven blev lagt i DMCG-PALs uddannelsesgruppe, som supplerede sig med faglige eksperter på området. Videncenter for rehabilitering og palliation, REHPA, har bistået med faglig rådgivning og anden bistand.

DMCG-PAL vil gerne rette en stor tak til alle de enheder i det palliative felt, som har bidraget med viden og erfaringer om tværfagligt samarbejde. Af de 61 adspurgte enheder fik vi svar fra 60 (98,4%), og heraf har 39 (65%) beskrevet tværfaglige initiativer. Det er en imponerende opbakning, som viser interessen for det tværfaglige samarbejde.

Samtidig vil DMCG-PAL takke REHPA for værdifuld rådgivning og støtte. Her vil vi især takke ph.d., cand. scient.soc og sygeplejerske Mette Raunkiær for et meget inspirerende og givende samarbejde.

Endelig skal arbejdsgruppen have en stor tak for det store arbejde, I har lagt i udarbejdelsen af idekataloget. Det har været en fornøjelse at følge arbejdet og mærke det store engagement, der har præget gruppens arbejde. Idekataloget er i sig selv et flot eksempel på tværfagligt samarbejde – 7 faggrupper fra forskellige enhedstyper og ansættelsesmæssige niveauer.

DMCG-PAL håber, at idekataloget vil bidrage til øget fokus på det tværfaglige samarbejde, og at det vil medvirke til en yderligere kvalificering af den palliative indsats.

Henrik Larsen, overlæge

Formand, DMCG-PAL

PROLOG

SNUBLESTEN OG TRÆDESTEN

af hospitalspræst Steen Bonde

Et amerikansk ordsprog siger: *One of the secrets of life is to make stepping stones out of stumbling blocks.* (Dansk: *en af livets hemmeligheder er at gøre snublesten til trædesten*). Jeg har fundet vendingen på mange sprog og i mange sammenhænge. De fleste har erfaret, hvordan man er snublet over en sten, som man ikke lige havde observeret. Mange har vel også prøvet at krydse en lille å og fundet en sten, der mere eller mindre tilfældigt lå som en ø midt i vandet, og som kunne bruges som trædesten til at komme tørskoet over åen. Det sker jo oftest temmelig tilfældigt. Det er ingen kunst at snuble over en sten eller bruge en tilfældig sten i åen til at komme tørskoet over. Det afgørende er at huske den sten, man snublede over, når man gerne vil tørskoet over åen. Gå tilbage, hente stenen, smide den i åen, så man kan nå den fra bredden og komme fra stenen over på den anden bred. Stenen kan nu blive redningen. Stenen er den samme, men anvendelsen er en anden, og man betragter stenen på en anden måde. Det, der før var en hindring, kan blive et springbræt.

Hvad er snublestenene i det tværfaglige samarbejde i den palliative indsats i Danmark? Der er nok adskillige, men jeg vil pege på et par. De forskellige faggruppers faglighed bygger på forskelligt grundlag. Præsters faglighed bygger på et teologisk, normativt grundlag. Lægens faglighed



Fotograf Marina Starcke, 2009, www.badut.typepad.com

på et naturvidenskabeligt og evidensbaseret grundlag. Musikterapeuters faglighed på et terapiteoretisk grundlag, psykologers faglighed på et humanistisk grundlag osv. Problemet - eller snublestenen -er, at man let kan komme til at tale forbi hinanden og mene, at den indsats, som ens egen faggruppe leverer, er den bedste eller mest effektive. Men skal man over åen, må man smide snublestenen i vandet, så man kan bruge den som trædesten. Det sker f.eks. ved, at man for det første erkender, at det fagopdelte ikke er så entydigt. Lægen agerer også på fornemmelse eller intuition, sygeplejersken bliver også sjælesørg, præsten har også en evidensbaseret tilgang og er ikke kun teolog. Den holistiske tilgang er svær og uoverskuelig, mens den evidensbaserede tilgang er fragmenteret. Den første forvandling fra snublesten til trædesten går fra modsætning til respekt. Gensidig respekt er den første forudsætning for, at et tværfagligt samarbejde kan lykkes. Respekten indebærer gensidig vilje til at give og modtage

kritik, ikke som en uvilje mod andre fags tilgang, men som udfordring til at finde fælles fodslag.

Et andet vigtigt område er de forventninger, som patienterne ofte har til teamets fagpersoner. Den enkelte i teamet kommer med et skilt med navn og profession. Patienten har ofte en fornemmelse af, hvad den professionelle kan bruges til og opfatter teamet som et hold af monofaglige eksperter, der kan vælges imellem. Teamet har (forhåbentlig) en anden tilgang. Teamet er netop et team og ikke bare en samling monofaglige eksperter. Snublestenen er patientens og teamets forskellige forståelse af, hvad palliativ indsats drejer sig om. Hvordan kan det blive til en trædesten? En vej er, at teamet tager den holistiske vinkel mere alvorligt og insisterer på, at skal teamets indsats være optimal, skal flere faggrupper inddrages. Man kan måske opfatte det som en form for patronisering af patienten, men man kan omvendt også argumentere for, at det er at tage (tvær) fagligheden og professionalismen på sig.

Eksemplerne er mange, og enhver, der virkelig arbejder tværfagligt eller arbejder virkeligt tværfagligt, kan hurtigt finde eksemplerne. Hvis det ikke er tilfældet, er det måske, fordi man i stedet arbejder flerfagligt, hvor arbejdet sker parallelt til hinanden og koordineret i forhold til hinanden, men ikke sammen. Det er oftest lettere at arbejde monofagligt – så ved man da, hvad der skal til, og der er ingen tværfaglige snublesten. Men der er heller ingen tværfaglige trædesten, som kan medvirke til, at patienter og pårørende får en bedre og mere holistisk

orienteret palliativ indsats. Og at personalet får en mere interessant erfaring og oplevelse af arbejdet i det palliative felt.

Altså - kort fortalt - så gælder det i det tværfaglige arbejde om gensidig respekt, fantasi til at bruge dét, som kan forekomme besværligt, på en for patienten og teamet konstruktiv måde, se det besværlige som en mulighed for nytænkning, se kritik som en gensidig læring og uenighed som noget, der kan være med til at udvide perspektivet.

1. BAGGRUND OG FORMÅL

DMCG-PAL har siden 2012 udarbejdet anbefalinger til kompetencer for forskellige faggrupper – herunder sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter og socialrådgivere (DMCG-PAL, 2015). Imidlertid besluttede bestyrelsen i DMCG-PAL på bestyrelsesmødet den 28. oktober 2014, at der ikke på nuværende tidspunkt skulle udarbejdes anbefalinger til tværfaglige kompetencer. Derimod var bestyrelsen interesseret i at initiere et idekatalog, der skulle udarbejdes på baggrund af en kortlægning af projekter/materialer om tværfagligt arbejde og samarbejde fra forskellige palliative enheder. Baggrunden for beslutningen var, at en sådan kortlægning kunne bidrage til, at organisationer, der arbejder med palliation, kunne drage nytte af andre organisationers erfaringer. En anden overvejelse var, at arbejdet med anbefalinger for tværfaglige kompetencer ville være for tidskrævende og kunne risikere ikke ville blive brugt i klinikken, ligesom at tværfaglige kompetencer allerede er inkorporeret i eksempelvis den lægefaglige uddannelse (DMCG-PAL, 2014).

Arbejdet med et idekatalog blev lagt under DMCG-PALs uddannelsesgruppe, som blev udvidet med flere medlemmer. Denne arbejdsgruppe består af i alt 9 medlemmer (bilag 1), som til sammen repræsenterer primær- og sekundærsektor, det basale og specialiserede palliative niveau, undervisningssektoren, ledelses- og praksisniveauet samt syv forskellige faggrupper (socialrådgivere, musikterapeuter, præster, læger,

psykologer, sygeplejersker og fysioterapeuter). Siden februar 2015 har gruppen arbejdet med at udforme idekataloget over tværfagligt arbejde/samarbejde. Som styringsredskab for arbejdet udarbejdede arbejdsgruppen en disposition for idekataloget (bilag 2), som blev godkendt på bestyrelsesmødet den 14. april 2015.

Af dispositionen fremgår det, at målgruppen er ledere og medarbejdere, som arbejder med palliativ indsats på basalt og specialiseret niveau, og formålet er følgende:

”At indsamle viden og erfaringer (både muligheder og udfordringer) om tværfagligt arbejde i den palliative indsats fra de specialiserede enheder og fra et mindre antal basale enheder med henblik på at inspirere og pege på udviklingsbehov på dette felt” (bilag 2).

2. DESIGN OG ANALYSE

Som det fremgår af formålet, omfatter kortlægningen indsamling af viden og erfaringer (herefter dataindsamling eller materialet) om tværfagligt arbejde/samarbejde fra alle danske specialiserede palliative enheder og et mindre antal enheder i den basale palliative indsats.

Arbejdet med idekataloget er gennemført af arbejdsgruppen. Derudover har REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation gennemført dataindsamlingen og bidraget med faglig rådgivning ved ph.d., cand.scient. soc. Mette Raunkiær, der har deltaget i arbejdsgruppens møder.

Dataindsamlingen foregik fra ultimo maj til ultimo juni 2015. Den 27. maj 2015 sendte REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, via mail et brev til i alt 61 enheder fordelt således: 55 specialiserede palliative enheder (19 hospicer, 9 palliative afdelinger og 27 palliative teams), 2 kommunale institutioner med særlige palliative tilbud, 2 plejecentre og 2 hospitalsafdelinger med basal palliativ indsats.¹ Af brevet fremgik bl.a., at der ønskedes materiale om tværfagligt samarbejde i form af eksternt/internt evaluerede projekter, ikke evaluerede projekter og/eller erfaringer baseret på nye tiltag f.eks. i forhold til struktur, faggrupper og fysiske rammer (bilag 3).

¹ Kommunal institution med særlige palliative tilbud er en kommunal institution med særligt fokus på palliativ indsats, som giver borgere med livstruende sygdom et tilbud om indlæggelse og lindrende behandling og omsorg (Raunkiær, Krogh Jessen og Tellervo, 2015)

Svarfristen var den 15. juni 2015. Der blev udsendt en reminder den 18. juni 2015, og ultimo juni blev de resterende enheder, som ikke havde svaret, kontaktet telefonisk.

2.1 Analyse

Analysen af datamaterialet er deskriptiv og baseret på tematisk kategorisering af enhedernes indsendte materiale kombineret med en analysemodel udviklet af arbejdsgruppen. Analysemodellen blev udarbejdet ved en brainstorm over arbejdsgruppens ideer til hvilke spørgsmål og/eller temaer, som kunne være relevante for en analyse af datamaterialet (bilag 4). Disse spørgsmål og ideer blev samlet i nedenstående analysemodel (figur 1). Ved analysen blev der for hver enhed først udfyldt et skema (bilag 5) med spørgsmål fra analysemodellens trin 1 og 2. Disse to trin havde fokus på enhedernes indsats ud fra spørgsmål om indsatsens hvad (kategorier, enheder m.m.), hvem (fagligheder), hvordan/hvornår (organisering, ledelse, kultur og rammer) og indsatsens resultater, samt hvorvidt disse var dokumenterede. I en proces hvor arbejdsgruppen fælles gennemgik de udfyldte skemaer, blev der identificeret syv temaer:

- Patienten, pårørende og efterladte
- Tværfagligt værdigrundlag
- Supervision
- Tværfaglige konferencer og interne møder
- Fysiske rammer
- Undervisning og
- Tværsektorielt samarbejde.

Næste proces i analysen omfattede trin 3 og 4 og var en analyse på tværs af enhederne. Her satte arbejdsgruppen fokus på enhedernes initiativer på tværs, herunder forskelle, ligheder og nuancer i initiativerne, udviklingsmuligheder, og hvad der mangler viden om. I forbindelse med dataindsamlingen fik hver enhed et identifikationsnummer (bilag 6). Nogle enheder hører i praksis til samme organisatoriske enhed, fx Arresødal Hospice med nr. 1 og Arresødal Hospice Udgående Team med nr. 2. For at idekatalogets læsere har mulighed for at kontakte de enkelte enheder, hvis der er brug for uddybning af de enkelte initiativer, er identifikationsnumrene angivet i parentes i rapportens resultatdel.

Figur 1. Analysemodel

Trin 1 - Spørgsmål fra brainstorm	Trin 2 Spørgsmål fra brainstorm	Trin 3 Spørgsmål fra brainstorm	Trin 4 Fra disposition
Indsatsens hvad	Beskrivelse af indsatsen (fx kategorier, angivelse af enhed, antal mm)	Nuancer, forskellige og ligheder mellem indsatserne	Nye områder og udviklingsmuligheder
Indsatsens hvem	Fagligheder Hvilke fagligheder	Modeller/værktøjer	Mangler viden om
Indsatsens hvordan & hvornår	Organisation Ledelse Kultur Rammer		
Resultater	Dokumentationer		

3. BEGREBET TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

For at kunne beskrive de tiltag, som kan være relevante for udvikling af tværfagligt arbejde/ samarbejde for den palliative indsats i Danmark, er det væsentligt først at indkredse og definere begrebet. Vi har valgt at benævne tværfagligt arbejde som tværfagligt samarbejde, da fokus for idekataloget er initiativer, hvor forskellige faggrupper arbejder sammen - altså samarbejder.

I følge Just, Simonsen og Dalby Kristensen (2015), som har skrevet artiklen ”Tværfaglighed i fokus på hospice”, handler flerfaglighed om koordinering, hvor forskellige faggrupper, som har deres primære tilknytning i et monofagligt praksisfællesskab og geografisk er adskilt fra de andre grupper, koordinerer og samarbejder med andre faggrupper om patienter og deres pårørende. Tværfaglighed er derimod en mere forpligtende samarbejdsform, hvor faggrupperne er knyttet sammen i et tværfagligt praksisfællesskab med fælles mål og arbejdsrutiner samt evt. fælles geografi. Idekatalogets konkrete definition af tværfagligt samarbejde tager afsæt i Lauvås og Lauvås’ (2006) beskrivelse heraf:

’Tværfagligt samarbejde er interaktion mellem repræsentanter fra forskellige fag med et dobbelt formål:

- Sikring af kvalitet i arbejdet ved at den samlede faglige kompetence bliver udnyttet maksimalt, og
- Udvikling af et fælles kundskabsgrundlag på tværs af fag og stimulering til faglig udvikling inden for bidragende fag (Lauvås og Lauvås, 2006, s. 56)’.

Dertil vil vi tilføje, at fokus i ethvert tværfagligt samarbejde i den palliative indsats først og fremmest må være patienten og de pårørende.

Ifølge Just, Simonsen og Dalby Kristensen (2015) er gensidig kulturforståelse en væsentlig dimension i forhold til, hvordan tværfagligheden kan udfolde sig på en arbejdsplads. Forfatterne beskriver, hvordan kulturforståelse indgår som en ud af fire dimensioner i en teoretisk model for udvikling af tværfaglig intelligens - et begreb, der omhandler en form for organisatorisk læreproces, hvor der sættes fokus på det konkrete samspil mellem faggrupper i en række situationer. Tværfaglig intelligens rummer fire dimensioner, som alle har betydning for at udvikle en intelligent tværfaglighed i betydningen: at styrke kapaciteten til at udnytte den eksisterende viden og erfaring til at løse opgaverne i et tværfagligt perspektiv. De fire dimensioner er: 1) engagement, værdier og viden, 2) kulturforståelse, 3) organisering og ledelse samt 4) kommunikation og facilitering (figur 2). Pilene i figur 2 er arbejdsgruppens videreudvikling af modellen, idet vi ønsker at tydeliggøre modellens dynamik.

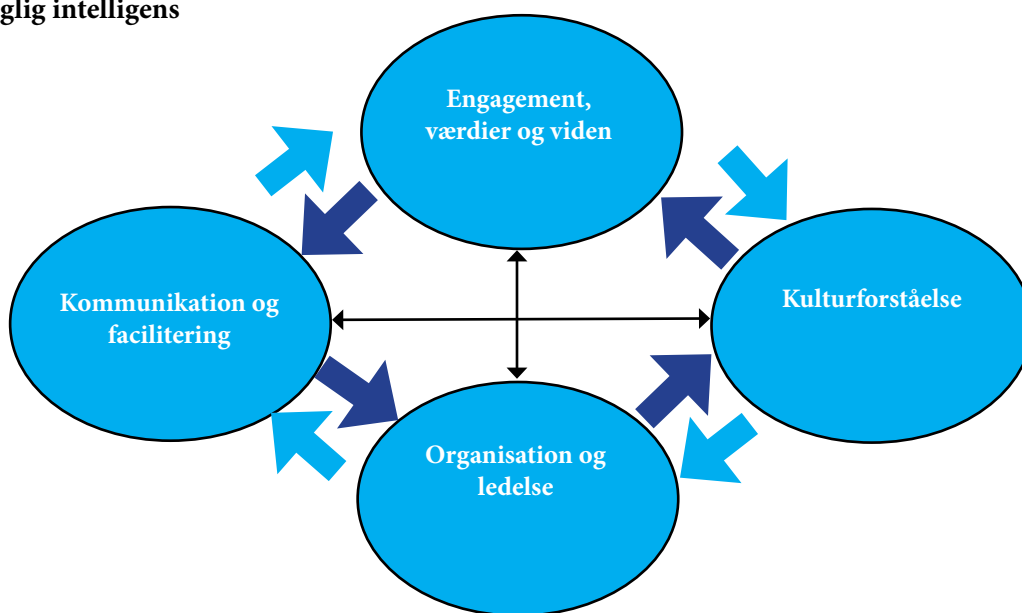
Engagement, værdier og viden handler både om fokus på et fælles tværfagligt grundlag og på et gensidigt engagement i hinanden trods forskellige fagligheder. Kulturforståelse er en anerkendelse af forskelligt fagligt sprog og logik, men også at det er nødvendigt at udvise både tolerance og nysgerrighed. Organisering og ledelse handler om de rammer, det er nødvendigt at skabe, for

at de forskellige faggrupper kan mødes. Kommunikation og facilitering er tværfaglige processer, der binder tingene sammen. Det kan dreje sig om at facilitere tværfaglige konferencer, så alle faggrupper får plads - fx ved at undersøge forskelligheder og/eller uenigheder mellem faggrupperne (ibid). Pilene i figur 2 illustrerer, hvordan udvikling af tværfaglig intelligens indebærer processer mellem alle fire dimensioner. Vi vil gerne gøre opmærksom på, at udvikling af tværfaglig intelligens kan være frugtbart for det tværfaglige samarbejde både i basale og specialiserede palliative enheder, da disse ofte er

dominerede af medicinske faggrupper, mens faggrupper som præster, musikterapeuter m.fl. ofte kan være ansat på deltid som konsulenter og/eller som ene-faggruppe.

Opsummerende tager idekataloget afsæt i, at tværfagligt samarbejde først og fremmest drejer sig om, at patienten og de pårørende er i fokus, og at faggrupper arbejder med at danne et fælles kundskabsgrundlag og en fælles kulturforståelse. Endvidere kan den teoretiske model for udvikling af tværfaglig intelligens være til inspiration for forståelse og udvikling af tværfagligt samarbejde.

Figur 2. Tværfaglig intelligens



Modellen er en arbejdsmodel, som viser områder, der indgår i organisatoriske processer til at fremme tværfaglig intelligens. (Kilde: Just, Simonsen og Dalby Kristensen (2015). Vores videreudvikling.)

4. RESULTATER

I alt besvarede 60 enheder (N=61) henvendelsen, hvilket giver en svarprocent på 98,4 %. Heraf har 39 enheder (65 %) beskrevet tværfaglige initiativer. Besvarelserne er af forskellig karakter og består af: beskrivelser i særlige dokumenter, mindre notater i mailen, et par artikler, enkelte projektbeskrivelser, retningslinjer og beskrivelser via telefon. Derudover har arbejdsgruppen i flere tilfælde indhentet supplerende oplysninger.

Som beskrevet under analyseafsnittet var idekatalogets oprindelige fokus eksternt/internt evaluerede projekter, ikke evaluerede projekter og erfaringer baseret på nye tiltag (fx nye strukturer, nyt samarbejde mellem faggrupper og nye fysiske rammer). Imidlertid bar det indsendte materiale præg af overvejende at beskrive det tværfaglige samarbejde i hverdagspraksis og omfattede langt mindre projekter (evaluerede/ikke evaluerede) og nye tiltag. Derfor besluttede arbejdsgruppen at medtage alt materiale for i det mindste give et indblik i, hvordan der i praksis arbejdes med tværfagligt samarbejde.

Det betyder selvfølgelig, at der findes andre enheder, som arbejder med de samme temaer, og at der findes tværfagligt samarbejde, som ikke er nævnt eller beskrevet i dette idekatalog.

I begrebsafklaringsafsnittet foretages en distinktion mellem flerfaglighed og tværfaglighed. Pga. det indsendte materiales meget varierende omfang, kvalitet og detaljeringsgrad har det ikke været muligt at skelne

mellem disse to begreber i materialet, hvorfor alt beskrives som tværfagligt samarbejde.

I det følgende præsenteres de forskellige enheders initiativer om og beskrivelser af tværfagligt samarbejde under hvert af følgende syv temaer:

- Patienten, pårørende og efterladte
- Tværfagligt værdigrundlag
- Supervision
- Tværfaglige konferencer og interne møder
- Fysiske rammer
- Undervisning
- Tværsektorielt samarbejde

5. PATIENTEN, PÅRØRENDE OG EFTERLADTE

Arbejdet med patienten og dennes familie/pårørende er et af de felter, hvor det tværfaglige samarbejde er væsentligt. Her mødes behovene for hjælp til lindring, mening, information, familiære, sociale, psykologiske og økonomiske forhold. Der er dog ikke indsendt meget materiale om tværfaglige aktiviteter på dette felt.

5.1 Visitation og modtagelse

En enhed (10) har indsendt materiale om visitation og modtagelse, der som oftest involverer flere faggrupper og dermed skaber grundlag for en tidlig tværfaglig indsats. Et udbygget skriftligt visitationsgrundlag blev indført, så alle faggrupper kan orientere sig på forhånd, og modtagelsen af den nye patient og familien kan planlægges med udgangspunkt i den enkelte patients særlige problemstillinger og behov. Enheden pointerer, at arbejdet har tydeliggjort, at alle faggruppers ekspertise i princippet skal være til rådighed for alle patienter. En udfordring er at have tilstrækkelig adgang til de faggrupper, som et patientforløb kræver.

5.2 Tværfaglige familiesamtaler

To enheder (3, 4) har haft fokus på tværfaglige møder, hvor patienten og dennes familie mødes med de relevante fagpersoner, f.eks. læge, sygeplejerske og socialrådgiver, eller læge, præst og psykolog. Ifølge enhederne er det en fordel, at fagene kan supplere hinanden under mødet, og at flere relevante faglige vinkler bliver belyst under samme kontakt. Ud over fordele for patient og pårørende får faggrupperne nyttig viden om de øvrige fags muligheder og begrænsninger.

En enhed (13) er ved at planlægge tværfaglige familiesamtaler. Forud for at familiesamtalerne iværksættes, planlægges undervisning for de involverede faggrupper om dette. Både sygeplejerske, præst, psykolog og fysioterapeut deltager i projektplanlægningen.

5.3 Palliative rehabiliteringstilbud

En enhed (52) har indsendt materiale om et palliativt rehabiliteringstilbud til kræftpatienter med komplekse symptomer og problemstillinger. Tilbuddet består af træning i gruppe, undervisning, evt. individuelle samtaler og evt. tilbud til de pårørende. Der er tale om et 12 ugers forløb med fremmøde en dag om ugen i ca. to timer. Tilbuddet er en kombination af individuel behandling, vejledning og deltagelse i relevante gruppeforløb med fokus på:

- Problemer med rollen som 'patient'
- Familiære, sociale og økonomiske problemer
- Træthed, besvær med at sove
- Problemer med at huske og koncentrere sig
- Manglende lyst til at spise, appetitløshed, vægttab
- Smerter, vejrtrækningsbesvær, andre symptomer
- Angst, bekymring, tristhed
- Problemer med at finde mening i den nuværende situation
- Problemer omkring dit arbejde

De involverede faggrupper er læge, sygeplejerske, fysioterapeut, socialrådgiver, ergoterapeut, diætist og præst, samt frivillige. Tilbuddet bliver løbende evalueret og udviklet.

5.4 Efterladte

Arrangementer for efterladte findes i mange variationer i de enkelte enheder (1, 2, 17, 18, 31). To enheder (17,18) har beskrevet arrangementer for efterladte en

gang i kvartalet, og to andre (1, 2) har gudstjenester og mindehøjtideligheder for patienter, pårørende og efterladte i samarbejde med de lokale præster.

Et tværfagligt projekt (31) retter sig mod de efterladte til patienter i afdelingen. Formålet er at undersøge, om e-mail-kommunikation bliver benyttet af efterladte med henblik på at få sparring, information og viden. Projektet skal afdække, hvornår der efterspørges støtte og vejledning, hvor ofte der efterspørges hjælp, og hvilke fagpersoner der efterspørges. Kontakten etableres til den pårørende før dødsfaldet, hvor den pårørende inviteres til en informerende samtale, og gennem udfyldelse af et genogram får afdelingen et indtryk af deres netværk. Projektgruppen består af psykolog, præst, socialrådgiver, sygeplejerske og læge.

5.5 Refleksioner

Materialet om tværfagligt samarbejde i forhold til patienter, pårørende og efterladte er begrænset. Det kan skyldes, at denne del af det tværfaglige samarbejde opleves som en selvfølge i hverdagspraksis. Imidlertid er det et område, som med fordel kunne udvikles og styrkes gennem forsknings- og udviklingsprojekter om fx patienters, pårørendes og efterladdes oplevelser, deres involvering, samt deres ønsker til og behov for tværfagligt samarbejde, herunder hvem der inddrages, hvornår og hvordan.

6. TVÆRFAGLIGT VÆRDIGRUNDLAG

To enheder (6,4) har fremsendt deres formulerede, tværfaglige værdigrundlag. Begge dokumenter tager udgangspunkt i WHO's definition om palliation (2002). Fælles for værdigrundlagene og målsætningen er fremhævelse af tre områder.

1. Højt fagligt og professionelt (behandlings-)niveau i forhold til patient/familie, og forhold som ”patientens autonomi og integritet”, ”patientens værdighed” og ”helhedsorienteret, sammenhængende forløb” nævnes.
2. Betydningen af det tværfaglige samarbejde i personalegruppen, hvor ”komplementær indsats”, vigtigheden af ”gensidig respekt” og ”konstruktiv kontakt eller refleksion” understreges.
3. Faglig udvikling, dygtiggørelse/kompetenceudvikling og forskning. Her omtales faglig kompetenceudvikling både som nødvendighed og som krav til personalet (6). Derudover prioriteres forskning, undervisning og udviklingsarbejde højt.

Dokumentet fra den ene enhed (6) er grundigt og inkluderer teamets målsætning og konkrete beskrivelser af teamets tilbud til patient/familie. Ved den detaljerede beskrivelse af praksis kan dette dokument præcisere

- a) forventningsafstemning både i forhold til patient/familie og samarbejdspartnere, b) handleanvisninger til personalet omkring relationelle aspekter i kontakten til

patient/familie, og c) kravene og mulighederne for den enkelte medarbejder og prioriteringen af det tværfaglige samarbejde.

Begge enheders dokumenter rummer mange forskrifter og idealer om rette handlemåder i etisk og faglig henseende, hvilket kan give indtryk af en idealiseret fremstilling. Det ene værdigrundlæg er angiveligt sjældent/aldring blevet revideret (4), mens det andet (6) er blevet revideret med 3 års interval.

6.1 Refleksioner

Ingen af dokumenterne nævner målgruppe, eller på hvilken baggrund de er skrevet.

Processen i forbindelse med at udarbejde værdigrundlagene kan have betydet en væsentlig værdidrøftelse og indre afklaring i teamet. En enhed (4) skriver, at arbejdet med værdigrundlaget har betydet, at personalet har fået øget kendskab til hinandens kompetencer. Begge dokumenter er skabt omkring 2002-2004, som var en tid, hvor værdibaseret ledelse havde høj prioritet, og det har muligvis været inspirationskilde til formuleringen af disse teams værdigrundlag.

Værdigrundlagene kan fungere som en slags rettesnor eller kollektivt kompas i situationer, hvor der er usikkerhed eller uenighed om handlemulighederne i teamet.

7. SUPERVISION

Nogle enheder (1, 10, 22, 55) har indsendt beskrivelser vedrørende supervision eller tværfaglig supervision.

Det kan tænkes, at supervision er en så integreret del af den kliniske praksis, at de færreste enheder har tænkt interventionen med i deres indsendte beskrivelser.

Materialet viser, at nogle enheder (1, 2, 45) betragter supervision som et tværfagligt tilbud, og at tværfagligheden kan inkludere administrativt og andet ikke-sundhedsfagligt personale.

En enhed (55) præsenterer et projekt med nytænkning inden for skabelse af rum og ramme for personalets fælles refleksion over deres kliniske praksis. Projektet har betegnelsen ”Filosofisk vejledning og undringsværksted” og er ikke traditionel case-baseret supervision, men et forum til nysgerrig undren over (typiske) eksistentielle begreber og fænomener. Dette forum har fungeret som en personaleintervention hver 14. dag vekslende med traditionel supervision. Projektet har eksisteret fra 2011 under faglig ledelse af filosofiprofessor Finn Thorbjørn Hansen. Udgangspunktet for projektet var ledelsens tilbagevendende observation af, at personalet hyppigt blev mødt af store, tunge eksistentielle spørgsmål fra patienterne. Spørgsmål som det var vanskeligt at besvare eller blive i, hvorved personalet typisk blev problemløsende eller handlende i stedet for at blive i kontakten. Ved brug af sokratisk dialog har 14 ansatte gennemgået en uddannelse inden for denne filosofiske

tilgang. Sygeplejersker, præst, musikterapeut og psykolog har gennemgået uddannelsen (bilag 7).

7.1 Refleksioner

Ifølge ledelsen har projektet betydet, at personalet har fået mere mod til at blive ved og med patienten, også når store eksistentielle emner bliver italesat. Personalet har fået et større ordforråd og en større nysgerrig i forhold til patientens livsverden. Personalet er blevet gode til at stoppe op og drøfte vigtige begreber og hændelser. Dette kommer også til udtryk ved en åbenhed og undren ved de tværfaglige konferencer og i den traditionelle supervision. Projektet bliver beskrevet i en snart udkommende bog af Finn Thorbjørn Hansen med titlen ”At ramme muren. Samtaler på et hospice”.

8. TVÆRFAGLIG KONFERENCE OG INTERNE MØDER

Mange enheder (1, 2, 3, 4, 5, 15, 6, 7, 28, 8, 9,10, 11, 13, 19, 26, 20, 21, 24, 25, 27, 30, 31, 55) har indsendt materiale om tværfaglig konference som et forum for tværfagligt samarbejde. Heraf har nogle (13, 19, 26, 20, 21, 25, 30) nævnt ”morgenmøder” og/eller ”tavlemøder” som omdrejningspunkt for tværfagligt samarbejde. Tre enheder (10, 30, 31) har udarbejdet projekter om den tværfaglige konference, hvorfor disse er beskrevet i et afsnit for sig selv.

8.1 Tværfaglig konference

Overordnet viser materialet, at de tværfaglige konferencer afholdes ugentligt og er af 45 min. - 2 timers varighed og uden deltagelse af patienter og pårørende.

I de fleste tværfaglige konferencer indgår tre eller flere faggrupper, og der er fokus på at inddrage faggrupper uden for plejen. Materialet viser, at faggrupper som SOSU-personale, psykolog, fysioterapeut, ergoterapeut, diætist, præst, musikterapeut, psykomotorikterapeut, socialrådgiver, diætist, servicepersonale (køkkenpersonale, pedel, sekretær) kan deltage i tværfaglige konferencer.

Karakteristisk er, at konstellationen læge og sygeplejerske går igen i alle tværfaglige konferencer. Derudover varierer sammensætningen af ovennævnte faggrupper både i forhold til tilgængelighed af ressourcer og organisering, fx i sekundær sektor (hospital og hospice)

eller i primærsektor (kommunale enheder). I de palliative teams deltager ofte præst, fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver, diætist og psykolog. På hospice indgår derudover ofte også SOSU-personale, musikterapeut, psykomotorikterapeut og servicepersonale. Hvorimod de kommunale enheder adskiller sig ved, at de ofte kun består af sygeplejerske og SOSU-personale, fysio- eller ergoterapeut, og at der ikke fast deltager læge eller andre faggrupper.

8.2 Retningslinjer og struktur for afholdelse af tværfaglige konferencer

En del enheder (3,4,6,7,8,9,11,13,30,31,55) beskriver, at de har nedskrevne og formaliserede rammer (herefter retningslinjer) for afholdelse af tværfaglig konference. I retningslinjerne er fokus, hvordan konferencen skal afholdes, fordeling af ansvaret for forskellige opgaver, herunder at der altid er en gennemgående fagperson, der har hovedansvaret for at fremlægge patientens livssituation (8,9,11,13,31). Personalet tilkendegiver, at retningslinjerne bevirker, at gennemgangen af patienterne bliver mere grundig.

Selvom materialet viser forskellige måder at afholde tværfaglig konference på, er det et gennemgående billede (fx 8,9,11,13,31), at der er forberedelseskrav til konferencen, eksempelvis at det aftales hvilken patient, som skal drøftes, og hvilke fokuspunkter der er omkring den pågældende patient.

En enhed (6) beskriver, at formålet med konferencen er at præsentere patientforløb for det tværfaglige team, så de forskellige faglige refleksioner optimerer indsatsen over for patient og pårørende og fremmer tværfaglig læring. Fokuspersonen fremlægger sagen, problemstillingen og hvad hun/han vil have hjælp til eller blive klogere på. Processtyreren er ansvarlig for at fokus bevares. Temaet byder ind med deres forskellige faglige refleksioner.

En organisatorisk enhed (3, 4) beskriver tværfaglige minikonferencer, hvor kun det personale, der har kontakt med patient/pårørende, deltager. Disse konferencer afholdes efter behov og typisk i forløb med stor kompleksitet. Formålet er at opnå konsensus om behandlingsplan.

Samme enhed (3, 4) afholder postmortem konferencer, når ekstraordinært komplekse eller ekstraordinært vellykkede forløb er afsluttet. Formålet er at uddrage kollektiv læring og viden fra forløbene.

8.3 Projekter og evaluerede procedurebeskrivelser om tværfaglig konference

Tre enheder har indsendt projektbeskrivelser eller evaluerede procedurebeskrivelser, der handler om tværfaglig konference (10, 30, 31). Fokus i projekterne og procedurebeskrivelserne har været at inddrage faggrupper uden for plejen, så de enkelte fagpersoner inddrages på alle tværfaglige konferencer med deres viden, sprog og rutiner.

”Drømmen er at skabe et inspirerende, berigende og livgivende miljø for vores konference præget af: Faglighed, rummelig og opmærksomhed” (Just, Simonsen og Dalby Kristensen 2015). Som led i dette projekt blev der i en enhed (10) nedsat en tværfaglig projektgruppe, hvis arbejde resulterede i, at formen på konferencerne blev justeret, og der blev fastlagt en konferenceproces med stram styring.

Projektbeskrivelsen beskriver arbejdet med at udvikle tværfagligheden og den tværfaglige konference for at undgå, at de små fællesskaber, der dannede sig inden for de specifikke fag, blev overtagende og dermed hindrede en tværfaglig vinkel i arbejdet. Der er knyttet en ekstern konsulent til projektet. Dennes opgave er bl.a. at deltage i den tværfaglige konference ca. en gang om måneden som observatør og være procesleder i metarefleksioner og refleksive indsatser for at styrke det tværfaglige perspektiv og anerkendende feed-back. Det overordnede fokus og

metoderne i arbejdet med udvikling af tværfaglighed er inddragelse af social læring, kritisk refleksion og refleksive pauser samt anvendelse af ”den udsørgende undersøgelse” og dominerende og alternative fortællinger. Projektet er netop afsluttet og beskrevet i en artikel (ibid). Der er en mulig effekt på delen vedrørende tværfaglig konference, men effekten er kun svagt beskrevet.

En enhed (30) har ikke indsendt en projektbeskrivelse, men en evalueret procedurebeskrivelse, hvor formål samt faste procedurer op til og omkring afholdelse af den ”tværfaglige behandler-konference” er beskrevet. Tre dage før afholdelse af tværfaglig behandlerkonference, aftales hvilken af sygeplejerskerne, der er ”primær sygeplejerske” med hovedansvar for afholdelse af konferencen.

Derudover er der udpeget en mødeleder. På konferencen bliver hver enkelt patient præsenteret. Der afholdes et minuts stille refleksion, hvorefter hver faglighed byder ind på løsninger af det palliative problem patienten har beskrevet. Mødelederen har herefter ansvar for at konkludere på de input, der er kommet. Der følges op på tværfaglig behandlerkonference en gang om ugen på en fastsat dag.

En enhed (31) har igangsat et projekt med basis i at anvende metoden om de 6 S'er: symptomlindring, selvbestemmelse, selvbillende, samtykke (accept), sociale relationer og sammenhæng/mening. Formålet er at optimere inddragelsen af alle faggrupper for på den måde at sikre, at patienternes situation gennemgås helhedsorienteret, og at sikre mulighed for, at alle

faggrupper kan bidrage med hver deres faglighed.

Projektet er nystartet, så der foreligger ingen resultater.

8.4 Morgenmøder og tavlemøder

Nogle enheder (10,13, 25) nævner morgenmøderne som et sted, hvor der arbejdes tværfagligt. En enhed (13) beskriver morgenmødernes funktion sådan, at de skaber tilhørsforhold og er en mulighed for at se alle medarbejdergrupper ind i arbejdet. En anden enhed (27) oplyser, at det ved deres morgenmøder kun er sygeplejerske og læge, som deltager.

Andre enheder (19, 20, 21) skriver om daglige, tværfaglige tavlemøder med alle ansatte i enheden. Materialet omfatter ikke beskrivelse af, hvad indholdet er.

En enhed (25) afholder ugentlige møder, hvor der drøftes samarbejde, faglige emner og gensidig information. Erfaringerne fra møderne er, at de har forbedret samarbejdet og skabt mere tilfredshed hos personalet.

8.5 Refleksioner

Kun en enhed (10) beskriver målrettede tiltag til at optimere det tværfaglige samarbejde i forbindelse med tværfaglige konferencer og interne møder. To enheder (19, 25) beskriver problemer med at få den tværfaglige konference til at fungere tilfredsstillende effektivt og konstruktivt. De problemer, som nævnes, er blandt andet, at det kan være svært at få behandlet det ønskede antal patientforløb, at det kan være en udfordring at få inddraget alle faggrupper i konferencens behandling af patientforløbene, og at det kan være en udfordring at huske at formulere sig sådan, at alle faggrupper forstår, hvad der menes. Flere enheder nævner, at det kan være vanskeligt at skulle "afgive magt" til de andre faggrupper og at få stillet spørgsmålstejn ved egen praksis (10, 19). Kun en enhed skriver eksplicit om velfungerende tværfaglige konferencer fra første dag (7).

Noget tyder på, at det kan være vanskeligt at få de tværfaglige konferencer og møder til at fungere optimalt. Samtidig foreligger der kun få beskrivelser af målrettede tiltag for at forbedre udbyttet af møderne, fx nedskrevne retningslinjer for afholdelse af konferencen og anvendelse af de 6 S'er som metode. Kun et enkelt af disse tiltags resultater er beskrevet i tilgængelig form, så andre kan drage nytte af de opnåede erfaringer.

Materialet viser, at der er behov for at evaluere de erfaringer og tiltag, som allerede er i gang. Derudover er der behov for at afprøve og evaluere nye modeller for form

og indhold for tværfaglige konferencer med henblik på at sikre forbedring og fornyelse, samt at erfaringerne kan videregives. Det kan eksempelvis dreje sig om konferencer med særligt teoretisk afsæt, særlig rollefordeling, konferencer med deltagelse af patienten og pårørende m.m. Det samme gøre sig gældende for morgenmøder og tavlemøder.

9. FYSISKE RAMMER

Nogle enheder (10, 19, 26, 29) nævner kort de fysiske rammers betydning i forhold til tværfagligt samarbejde.

Idet vi vurderer, at fysiske rammer kan have stor betydning for interne møder og strukturer i det tværfaglige samarbejde, har vi valgt medtage dette tema.

En organisatorisk enhed (19, 26) har bevidst etableret et fælles kontor for forskellige faggrupper og to enheder (10, 29) beskriver, at de har tilstræbt et åbent fælles kontorlandskab uden faste pladser for at styrke det tværfaglige samarbejde.

En organisatorisk enhed (5, 15) er i gang med en evaluering af projektet ET TAG – TO ENHEDER, hvor det er en antagelse, at en model kaldet ”Aalborg Modellen” rummer et unikt samarbejde, som sikrer:

- Sammenhængende patientforløb, hvor patienter og pårørende er i centrum for den helhedsorienterede indsats.
- At patienternes lidelser og behov, af både fysisk, psykisk, social, åndelig og eksistentiel karakter, kan imødeses af en højt specialiseret tværfaglig indsats, straks når behovet opstår.
- At det er patienterne med de sværeste symptomer, der bliver indlagt på hospice.
- Store synergieffekter, hvor alle, der arbejder på specialistniveauet, sammen kan dele viden og erfaringer, og sammen kan videregive denne til kolleger, der arbejder i sundheds- og socialvæsenet ved un-

dervisning, foredrag og supervision.

- At den stærke kultur, hvor hospicefilosofien fungerer som en platform for den palliative indsats, bevares.
- Flexibilitet, effektivitet og produktivitet i indsatsen, og en fortsat folkelig opmærksomhed og anerkendelse grundet den palliative behandlings høje kvalitet (Dalgaard 2014).

9.1 Refleksioner

Selvom der ikke er indsendt meget materialer om fysiske rammers betydning for tværfagligt samarbejde, så indikerer materialet, at fysiske rammer kan have stor betydning for, hvordan fællesskabet og den daglige praksis fungerer tværfagligt.

10. UNDERVISNING

Det daglige samarbejde med og om patienten og de pårørende står centralt i det tværfaglige samarbejde i de forskellige enheder. Som en aktivitet til understøttelse af dette er undervisning i forskellige variationer en væsentlig aktivitet. I det indkomne materiale bruges forskellige betegnelser for denne aktivitet, hvor særligt ”undervisning”, ”temaeftermiddage” og ”temadage” går igen hos flere enheder. I gennemgangen og analysen af det indkomne materiale er det tydeligt, at disse aktiviteter har forskellige hensigter og målgrupper. Der er undervisning, som har mere ekstern karakter, og undervisning som er tilrettelagt til mere internt brug. Ud over dette er der anden form for undervisningsaktivitet, der er målrettet introduktion af nyt personale. De forskellige undervisningsaktiviteter er derfor i det følgende beskrevet under disse hovedoverskrifter.

10.1 Undervisningsaktiviteter

Der er forskellige variationer af de eksterne undervisningsaktiviteter. Otte enheder (1,2,17,18,19,20,21,26) nævner planlagte temadage for ansatte i kommuner og på hospitaler. I nogle tilfælde udbydes undervisningen af et hospice alene, andre gange af hospice og et palliativt team i fællesskab eller et palliativt team og en palliativ afdeling på et hospital i fællesskab. Undervisere er typisk en tværfagligt sammensat gruppe eller udelukkende enten sygeplejersker eller læger. Målgruppen for denne type

undervisningsaktiviteter er særligt sundhedsfagligt personale ansat i kommuner og på hospitalsafdelinger, hvor palliativ indsats ydes på basisniveau i dagligdagen. Denne type eksterne undervisningsaktivitet varierer både hvad angår hyppighed samt omfang i antal timer undervisning, der tilbydes.

En organisatorisk enhed (14, 47) har indsendt et konkret samarbejds eksempel på materiale vedrørende ovennævnte form for tværfaglig undervisning. Undervisningen her er forud beskrevet i en projektbeskrivelse (bilag 8), og er efterfølgende afviklet og mere systematisk evalueret af deltagerne. Undervisningen er udbudt i et samarbejde mellem palliativt team og hospice. Projektet blev støttet økonomisk af hospicebestyrelse. I løbet af det første år projektet kørte, blev 596 personer undervist. Det samlede antal undervisningslektioner var 93 timer, hvor forberedelse og efterbehandling af evalueringer ikke er medregnet. Undervisningen blev planlagt som hele temadage af 7-8 timers varighed. Underviserne var forskellige fagprofessionelle fra det specialiserede niveau, i alt 12 forskellige fagpersoner. Selve afviklingen af undervisningen foregik både på hospice og lokalt på de steder, hvor de deltagende havde tilknytning. Over knap to år blev der undervist ca. 1500 fagpersoner på det palliative basisniveau.

10.2 Interne undervisningsaktiviteter

De interne undervisningsaktiviteter har særligt fokus på den daglige monofaglige og tværfaglige dialog om patienterne og på at udvikle personalegruppens kompetencer. Dette beskrives af nogle enheder (1, 2, 8, 9, 17, 18, 19, 20, 21, 26) bl.a. som ”faglige refleksioner”, ”fredagsrefleksioner” og ”temadage”.

En enhed (10) nævner fredagsrefleksionen som et kort møde om ugens hændelser med særligt fokus på de gode tværfaglige historier. Til disse møder anvendes ”bevidning” som metode.

En organisatorisk enhed (19, 26) har erfaringer med varierende motivation blandt det tværfaglige personale i forhold til den interne undervisning. De påpeger nødvendigheden af opmærksomhed på, at de emner, der vælges ud til de interne undervisningsaktiviteter, skal understøtte det tværfaglige element, hvis der er en forventning om, at alle faggrupper skal deltage.

Samlet set for de mange varierede aktiviteter rettet mod intern undervisning gælder, at der er store variationer i den tid, der bruges på disse tiltag. Dette varierer fra to gange ugentligt til to gange årligt. En enkelt enhed (30) beskriver et konkret internt evalueret projekt vedrørende fordybende samtaler om og tanker i forhold til døden. Forløbet bestod af 5 møder af to timers varighed og er gennemført en gang for 15 forskellige fagprofessionelle medarbejdere. Enhedens ansatte præst og psykolog var tovholdere på processen. Evalueringerne viste stor

tilfredshed med det internt gennemførte projekt, og det påtænkes gentaget.

10.3 Andre typer af undervisningsaktiviteter

I det indkomne materiale (1, 2, 8, 9) nævnes introduktionsprogram for nyansatte som en væsentlig undervisningsaktivitet, der involverer flere forskellige faggrupper. Her introduceres den nyansatte til det tværfaglige arbejde i enheden, og alle faggrupper orienterer om hver deres arbejdsområde som en del af det samlede introduktionsprogram. Dette formodes at have væsentlig betydning for de nyansattes forståelse af den tværfaglige dimension i den konkrete praksis.

Nogle enheder (1, 2, 4, 7, 21, 40, 41) er praktiksted for sygeplejestuderende. En enkelt enhed (1) angiver at være et praktiksted for studerende fra flere forskellige professionsuddannelser, nemlig sygeplejestuderende og studerende fra psykomotorikuddannelsen i tilknytning til et tværfagligt valgfag i palliation. Dette har givet anledning til, at tre studerende fra to forskellige uddannelser har valgt at skrive et fælles tværfagligt bachelorprojekt om smertelindringen i et tværfagligt perspektiv.

10.4 Refleksioner

På baggrund af ovenstående beskrivelser ser undervisning - i dens forskellige udformninger - ud til at være en væsentlig aktivitet til at understøtte det

tværfaglige element. På bundlinjen står dog tilbage, at tiltagene varierer betydeligt, både hvad angår omfang af undervisningen, hvem undervisningen retter sig imod samt hvilke fagpersoner, der står som ansvarlige for tilrettelæggelse og indhold. Kun få tiltag er beskrevet og evalueret, mens flere af tiltagene mundtligt angives for at være undervejs eller under revision. En opfordring er derfor at få de mange tiltag beskrevet og evalueret. Således kan der i højere grad videndeles mellem enhederne og bruges ressourcer på netop de tiltag, der ser ud til at kunne udvikle og fremme tværfagligheden i den palliative indsats.

11. TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE

Tværasektorielle netværksmøder, fast tværasektoriel sparring og faste, tværasektorielle samarbejdsrelationer beskrives af nogle enheder som en del af et tværfagligt samarbejde. I det efterfølgende sættes der fokus på denne dimension.

11.1 Netværksmøder

En organisatorisk enhed (20, 21) beskriver det tværasektorielle samarbejde, der styrker samarbejdet mellem det basale og det specialiserede niveau. Dette foregår f.eks. som stormøder for ledere i de samarbejdende kommuner. Her mødes læger og sygeplejersker med kommunale ledere, som kan være socialrådgivere, psykologer, sygeplejersker og fysioterapeuter. Det tilstræbes at afholde et sådant møde en gang årligt. Indtil nu har alle kommuner i området været repræsenteret.

En anden organisatorisk enhed (16, 23) beskriver deres to årlige netværksmøder og en årlig temadag. Der deltager primært sygeplejersker fra kommuner og sygehuse, men også fysioterapeuter. Der er kontakt til praktiserende læger. Møderne er delt op i en undervisningsdel og en erfaringsudvekslingsdel. En effekt af møderne er et godt samarbejde om enkeltsager.

11.2 Samarbejde mellem kommunale og specialiserede enheder

En kommunal enhed med særlige palliative tilbud (32) har udarbejdet et projekt i samarbejde med en læge fra områdets specialiserede palliative enhed og en praktiserende læge fra lokalområdet. Projektet har især fokus på terminalfasen, og formålet er at forbedre den palliative indsats i primærsektoren til mennesker med livstruende sygdomme via udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Den praktiserende læge kommer en gang om ugen i den kommunale enhed og var desuden i opstartsfasen i praktik i den palliative enhed. Lægen fra palliativ enhed kommer en gang om måneden i den kommunale enhed samtidig med den praktiserende læge med henblik på at sikre kontinuitet, sparring og lægefaglig kvalitet for patienter i palliativt forløb. Der blev desuden tilknyttet psykolog og fysioterapeut til den kommunale enhed. Projektet er eksternt evalueret og offentliggjort. Resultaterne viser, at de pårørende oplevede trykke og sammenhængende forløb, og at de professionelle peger på højere kvalitet, smidigere forløb, forbedret tværfagligt samarbejde og øget faglig tryghed og sikkerhed. Der peges i evalueringen også på faglige, strukturelle og kulturelle udfordringer (Raunkjær et.al 2015).

Derudover beskriver en kommunal enhed (44), at de er ved at planlægge fast sparring med et hospice om de palliative forløb, og en anden kommunal enhed (12) har på tværs af kommuner og hospital nedsat en

arbejdsgruppe med henblik på at vurdere den palliative pleje og tværsektorielle arbejdsgange.

11.3 Refleksioner

Kravet om samarbejde mellem det basale og det specialiserede niveau øges i takt med, at patienter i stadig stigende omfang opholder sig hjemme. Der er derfor fokus på forbedring af den basale palliative indsats i kommuner og på sygehuse. Den specialiserede indsats har en væsentlig rolle i styrkelsen af denne indsats. Ud over undervisning er netværksdannelse og fast samarbejde virksomme metoder til kompetenceløft. I sådanne samarbejdsrelationer er det nødvendigt særligt at have øje for det tværfaglige element i indsatsen for at sikre, at der også i den basale palliation bliver udført en helhedsorienteret indsats.

Det er tidskrævende at etablere tværsektorielt, tværfagligt samarbejde. Det tager desuden tid at udforme rammeaftaler (eller anden beskrivelse af samarbejdet) og etablere tillidsrelationer alle parter imellem. Det tager tid at mødes, og det er ofte den type møder, der nedprioriteres i en travl hverdag. Derfor er den ledelsesmæssige opbakning påkrævet. Derudover er der brug for at udvikle og evaluere forskellige modeller for tværsektorielt samarbejde med henblik på at sikre patientsikkerhed og forhindre brud i patientforløb og genindlæggelser.

12. PERSPEKTIVERING

Materialet deler sig tydeligt op i syv områder, hvor det ser ud til, at tværfaglighed giver mening. De syv områder er: Patienten, pårørende og efterladte, tværfagligt værdigrundlag, supervision, tværfaglige konferencer og interne møder, fysiske rammer, undervisning og tværsektorielt samarbejde.

I perspektiveringen diskuteres imidlertid ikke alle syv områder. Derimod sætter vi efter en diskussion af metodemæssige udfordringer fokus på følgende fire og efter vores vurdering væsentlige temaer: dokumentation og evaluering af indsatser; inddragelse af patienter, pårørende og efterladte i initiativer om tværfagligt samarbejde; faggruppers betydning for udvikling af det tværfaglige samarbejde; og til sidst de fysiske rammers og strukturers betydning. Kapitlet afsluttes med fem anbefalinger for udvikling af det tværfaglige samarbejde i den palliative indsats.

12.1 Metodemæssige udfordringer

Materialet indikerer, at der er en stor iderigdom og mange tværfaglige initiativer i den palliative indsats, men også at de er ikke beskrevet, dokumenteret og evalueret. Oprindeligt efterspurgte arbejdsgruppen beskrivne og evaluerede projekter eller nye initiativer om tværfagligt samarbejde. Imidlertid blev der kun indsendt få velbeskrevne og/eller evaluerede projekter/nye initiativer med fokus på dette. Materialet bestod overvejende af kortfattede beskrivelser af, hvordan man

på nogle områder arbejder tværfagligt i den palliative praksis. Alligevel besluttede arbejdsgruppen at analysere materialet for at vise mangfoldigheden af tværfaglige aktiviteter i daglig praksis, - også selvom de forskellige initiativer fremgår med en vis forskellighed og tyngde i materialet. Det betyder, at idekataloget giver indblik i få velbeskrevne projekter og formodentligt kun omfatter en del af de mange tværfaglige aktiviteter, der foregår i de 61 adspurgte enheder.

På baggrund af Lauvås & Lauvås (2006) og Just, Simonsen og Dalby Kristensen (2015) har vi foreslået en definition af tværfaglighed samt en arbejdsmodel, som kan give inspiration til diskussion af enhedernes forståelse af tværfaglighed og de værdier, der skal være kendetegnende for den tværfaglige indsats. Samtidig har vi skelnet mellem flerfaglighed og tværfaglighed. Imidlertid var vi på baggrund af datamaterialets kvalitet desværre ikke været i stand til at skelne mellem tværfaglighed og flerfaglighed i analysen af initiativerne. Når vi alligevel har valgt, at beholde denne skelnen/definition her i idekataloget er det fordi, vi mener, at en opmærksomhed på forskel mellem disse begreber kan bidrage til faglig udvikling og diskussion af den palliative praksis.

12.2 Dokumentation og evaluering

Meget få projekter og initiativer er beskrevet og efterfølgende systematisk evalueret. Dette har betydning for dokumentation af, hvorvidt tiltagene er til gavn for de mennesker, det handler om. Det drejer sig både

om tværfaglige aktiviteter, der vedrører patienterne og pårørende direkte, men også om aktiviteter relateret til de sundhedsprofessionelle som fx undervisning og supervision. En af de deltagende informanter udtrykker det rammende: ”Jeg mener, vi har ’godt fat’ i det tværfaglige arbejde, men har som sagt ingen data på området”. Til den specialiserede og basale palliative indsats lyder derfor en opfordring til, at få de mange initiativer beskrevet og evalueret, hvis den viden, der er udviklet, skal kunne dokumenteres, videreudvikles og anvendes af andre.

Nogle enheder anvender velbeskrevne metoder i det tværfaglige arbejde, fx indtænkes S-modellen som en del af den forståelse og det grundlag, den tværfaglige konference tager afsæt i. Med udgangspunkt i den amerikanske psykiater Avery D. Weismanns arbejde har den svenske sygeplejeforsker Britt- Marie Ternestedt udviklet de 6 S'er (S-modellen) i arbejdet med at støtte patienten bedst muligt, jfr. WHO's definition af palliativ indsats (2002). S-modellen er en systematisk måde at arbejde med tilgangen til den svært syge og døende patient, fx på den tværfaglige konference (Venborg 2013). Det bliver spændende at se S-modellen fortsat beskrevet de kommende år, men også evalueret med henblik på at vurdere dens betydning for det tværfaglige samarbejde, fx i den tværfaglige konference.

12.3 Inddragelse af patient, pårørende og efterladte i det tværfaglige samarbejde

Materialet viser få initiativer, hvor patienten, de pårørende og efterladte inddrages på nye måder i det tværfaglige samarbejde. WHO's helhedssyn på patienten kræver en tværfaglig tilgang (WHO 2002). Når behovene for hjælp til lindring, mening, information, familiære, sociale, psykologiske og økonomiske forhold skal imødekommes, er det tværfaglige samarbejde væsentligt. Inddragelse af patient og pårørende i den tværfaglige indsats er et tema, der ofte italesættes, men der er kun enkelte steder i materialet, hvor det beskrives konkret. Det kan skyldes, at det opleves som en selvfølge i hverdagspraksis, men det kunne være væsentligt at få viden om; Hvordan ser patient, pårørende og efterladte på det tværfaglige samarbejde? Gavner det dem? Kan patient, pårørende og efterladte involveres mere i dagligdagen? Ifølge kortlægningen ”Pårørende til livstruet syge mennesker i palliative forløb – en kortlægning af den professionelle indsats i det danske sundhedsvæsen” (Dalgaard 2015) bliver det bl.a. fremhævet, at for pårørende er optimal koordinering og samarbejde mellem de involverede fagpersoner væsentligt, at det kan være meningsfuldt for pårørende at deltage aktivt i patientens sygdomsforløb, og at pårørende bør gives eksplicit mulighed for at vælge deltagelse til eller fra. En måde at imødekomme disse ønsker på kunne fx være at give patienter og pårørende tilbud om deltagelse i tværfaglige konferencer.

12.4 Faggrubbers betydning for det tværfaglige samarbejde

I det specialiserede niveau er det ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger en forudsætning, at den daglige praksis varetages i et tværfagligt teambaseret samarbejde, og at teamet som minimum består af fire faggrupper (SST 2011:47). En udfordring for det tværfaglige samarbejdes dynamik og synergi kan være fordelingen af faggrupper både i den specialiserede og basale palliative indsats.

Undersøgelser viser (Tellervo J, Krogh Jessen, Raunkiær M et al. 2015), at nogle faggrupper er store, andre små eller helt fraværende, andre faggrupper arbejder få timer eller på konsulentbasis og ofte med forskellig ledelsesmæssig tilknytning.

Hvilken betydning kan det eksempelvis have, at sygeplejerskerne er en største faggruppe, og ofte er dem, der har en slags gatekeeperrolle som kontaktpersoner, og som er der hele døgnet? Værdigrundlaget (WHO 2002) for den palliative indsats lægger op til, at alle faggrupper er ligeværdige, - dvs. alle synspunkter har samme værdi. Men udfordres dette af, at alle faggrupper ikke er jævnbyrdige, - dvs. ikke arbejder på samme vilkår og ikke har samme grad af indflydelse i den kliniske hverdag? Der foreligger ikke os bekendt undersøgelser, der viser, hvilke konsekvenser dette præcist har for den samlede palliative indsats og det tværfaglige samarbejde.

12.5 Fysiske rammers og strukturers betydning for tværfagligt samarbejde

Strukturer, rammer og måden at organisere sig på i de enkelte enheder kan have stor betydning for den synergi, der kan opstå. Det tværfaglige samarbejde kan eksempelvis udfordres af personale, der er forankret forskellige steder, og/eller ikke ser hinanden i dagligdagen. Dynamikken er vigtig i en gruppe, der skal samarbejde tværfagligt. Selvom der ikke er indsendt meget materiale om fysiske rammers betydning for tværfagligt samarbejde, indikerer materialet, at disse kan have stor betydning for, hvordan fællesskabet og den daglige praksis fungerer tværfagligt.

Dette understøttes eksempelvis i sygeplejerske og ph.d. Jens Albæks ph.d. afhandling (2009), hvor han har beskæftiget sig med udviklingen af kvalitet og tværfaglighed på sygehuse. Albæk har blandt andet fokus på tværfaglig sparring og finder, at hvis tværligheden skal have gunstige vilkår, er det nødvendigt, at de forskellige fagligheder er fysisk tilstede, idet man ellers ikke ser, hvad de fagligt kan byde ind med. De fysiske rammers betydning for tværfaglighed bliver også fremhævet i masterafhandlingen ”Tidlig palliation - koordinering og tværfaglighed” (Riisberg et.al 2014). Her fremhæves fx, at koordinering af den palliative indsats på sygehuse er vanskelig, idet aktørerne på sygehuset arbejder forskellige steder og ofte er ansat under hver deres ledelse. Der er ikke et fælles forum, hvor patienterne drøftes, og de fysiske mure er en konkret barriere, der forhindrer, at

professionelle kan udveksle informationer, - de kender ikke hinanden eller potentielle samarbejdspartneres arbejdsområder.

12.6 anbefalinger

På baggrund af det indsamlede materiale og vores bearbejdning heraf, vil arbejdsgruppen foreslå nedenstående anbefalinger, der ser ud til at kunne styrke den tværfaglige indsats i palliation:

ANBEFALING 1

Der bør prioriteres tid og ressourcer til beskrivelse og evaluering af nye og igangværende tværfaglige projekter med henblik på at dokumentere og udvikle tværfagligheden i den palliative indsats.

ANBEFALING 2

Der bør i de palliative enheder arbejdes kontinuerligt med metoder, der kan forebygge, at den aktuelle skævvridning mellem personalegrupper bliver en hindring for det tværfaglige samarbejde og den tværfaglige indsats.

ANBEFALING 3

Der bør sættes fokus på patient, pårørende og efterladtes udbytte af tværfaglige indsatser.

ANBEFALING 4

Der bør sættes fokus på forståelse af tværfaglighed som arbejdsmetode og det værdigrundlag tværfagligheden skal bygge på.

ANBEFALING 5

Der bør afsættes tid og ressourcer til udvikling af tværfaglige og tværsektorielle netværk.

LITTERATURLISTE

- Albæk, J. (2009). *Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehuse: ph.d.afhandling*. Frederiksberg: CBS.
- Dalgaard, K.M. (2015). *Pårørende til livstruet syge mennesker i palliative forløb: en kortlægning af den professionelle indsats i det danske sundhedsvæsen*. København: Videncenter for Rehabilitering og Palliation.
- DMCG-PAL. (2014). *Referat fra bestyrelsesmøde 28. oktober 2014*. Besøgt den 4. januar 2016. <http://www.dmcgpal.dk/770/referat-fra-bestyrelsesm%C3%B8de-28-oktober-2014>
- DMCG-PAL. (2015). *Kompetenceprogrammer*. Besøgt den 4. januar 2016. <http://www.dmcgpal.dk/list/509/kompetenceprogrammer>
- Just, E., Simonsen, D., & Dalby Kristensen, H. (2015). Tværfaglighed i fokus på hospice. *Sygeplejersken*, 115(11), 70-80.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2006). *Tværfagligt samarbejde: perspektiv og strategi* (2. udg.). Århus: KLIM.
- Raunkiær, M., Henriksen, S.V., Glenstrup, M.L., Bierlich, L., & Hansen, O.B. (2015). Gode erfaringer med en tværsektoriel samarbejdsmodel for palliativ behandling. *Ugeskrift for Læger*, 177, 4 s.,V05140304.
- Raunkiær, M., Krogh Jessen, M., & Tellervo, J. (2015). Kommunale institutioner med særlige palliative tilbud (KISPT): en undersøgelse af, hvad der karakteriserer institutionerne og deres palliative indsats. *Sygeplejersken*, 115(11), 82-92.
- Riisberg, K., Winther, K., & Lohmann, A.C.W.H. (2014). *Tidlig palliation: koordinering og tværfaglighed*. Master i Sundhedsfremme, Roskilde Universitet.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Anbefalinger for den palliative indsats*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Tellervo, J., & Krogh Jessen, M. (2014). *Kortlægning af den specialiserede palliative indsats i Danmark: opfølgning november-december 2013*. København: PAVI.
- Venborg, A. (2013). En særlig tilgang ved forestående død. *Sygeplejersken*, 113(2), 69-84.
- WHO. (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. Besøgt den 16. februar 2016. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

BILAGSFORTEGNELSE

Bilag 1 Arbejdsgruppens medlemmer

Bilag 2 Disposition til idekatalog

Bilag 3 Brev til 61 enheder

Bilag 4 Rubricering af brainstorm på ideer til spørgsmål/analysepørgsmål

Bilag 5 Skema til gennemgang af materiale

Bilag 6 Identifikationsliste over enheder

Bilag 7 At drage etisk omsorg for den døende og for hinanden, Anker Fjord

Bilag 8 Projektbeskrivelse, Hospice Sønderjylland

BILAG 1

Arbejdsgruppen for udarbejdelse af idekatalog om tværfagligt samarbejde

Anne Nissen

Cand.scient.soc., socialrådgiver. Formand for koordinationsgruppen for kompetenceudvikling, DMCG-PAL, annenissen11@gmail.com

Bettina Kotasek

Hospicechef, Hospicegården Filadelfia, bkot@filadelfia.dk

Karen Sangild Stølen

Lektor, RN, PD, MKS, Professionshøjskolen UCC, KSS3@UCC.dk

Marie Bolette Falk

Musikterapeut, Svanevig Hospice og Hospicegården Filadelfia, mbof@svanevighospice.dk

Kirstine Winther

Tværgående klinisk palliationskoordinator/sygeplejerske, Afsnit for Lindrende Indsats, Region Sjælland. Medlem af arbejdsgruppen for udvikling af 'Anbefalinger til kompetencer for sygeplejersker i den palliative indsats, kwjk@regionsjaelland.dk

Ole Bo Hansen

Specialeansvarlig overlæge, Tværfagligt Smertecenter/Palliativt Team, Holbæk Sygehus, olhn@regionsjaelland.dk

Steen Bonde Christensen

Præst, Palliativt Team, Århus, steechri@rm.dk

Steen Peter Nielsen

Klinisk psykolog, Sankt Lukas udegående hospice team og palliativ medicinsk afdeling, Bispebjerg hospital, steen.peter.nielsen@regionh.dk

Tina Kolby

Palliativ fysioterapeut, Nære Sundhedstilbud, Lokalteam træning, Silkeborg Kommune, tinamarvigbak.kolby@silkeborg.dk

Faglig rådgiver

Mette Raunkjær

Ph.d., cand.scient.soc og sygeplejerske, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, raunkjaer@sdu.dk

27.01.16

BILAG 2

Disposition for idekatalog om tværfagligt arbejde i den palliative indsats

Formål

At indsamle viden og erfaringer (både muligheder og udfordringer) om tværfagligt arbejde i den palliative indsats fra de specialiserede enheder og fra et mindre antal basale enheder med henblik på at inspirere og pege på udviklingsbehov på dette felt.

Målgruppe

Ledere og medarbejdere, der arbejder med palliativ indsats.

Definitioner på tværfagligt arbejde

'Et ligeværdigt samarbejde mellem faggrupper eller discipliner, der repræsenterer forskellige perspektiver og besidder hver sin faglige kompetence med det formål, at et problem belyses, problematiseres og afhjælpes ud fra forskellige faglige indfaldsvinkler.' (Psykologisk Pædagogisk Ordbog)

'An interpersonal process that leads to achieving goals that could not have been reached by a single team member' (Bruner refereret i Klaarare et al. 2013:1062))

Metode

Udsende brev til alle specialiserede enheder, 4 kommunale enheder og 2 hospitalsafdelinger med basal palliativ indsats med henblik på indsamling af

- projektbeskrivelser vedr. tværfagligt samarbejde og
- beskrivelser af erfaringer på baggrund af bevidste tiltag for at forbedre det tværfaglige arbejde.

Materiale skal indhentes fra:

- Specialiserede enheder (alle)
- Kommunale institutioner med særlige palliative tilbud (KISPT) (2)
- Hospitalsafdelinger med basal palliativ indsats (2)
- Plejecentre og hjemmepleje/hjemmesygepleje (2)

Materialet kan omfatte:

- Eksternt/internt evaluerede projekter
- Ikke evaluerede projekter
- Erfaringer baseret på nye tiltag fx
- nye struktur
- samarbejde mellem nye faggrupper
- nye fysiske rammer
- andet

Derudover en litteratursøgning for at supplere materiale med internationale/nationale guidelines om tværfaglighed i den palliative indsats.

Analysere og bearbejde det indkomne materiale, så det kan give overblik og være anvendeligt i praksis.

Udarbejde elektronisk idekatalog, hvor projekter og erfaringer præsenteres i tematiseret form.

Den konkrete arbejdsmetode afhænger af omfang og beskaffenhed af det indkomne materiale.

Resultater/Konklusion

Præsenterer det enkelte projekt/erfaring og uddrage viden fra materialet ud fra et tværgående perspektiv.

Perspektivering

Perspektiveringen skal gøre det muligt for andre at få gavn af idekataloget ud over viden om de konkret beskrevne projekter og erfaringer. Vi vil vurdere det indkomne materiale ud fra tre perspektiver:

- Arbejde på tværs af faggrupper, enheder og sektorer
- Nye udviklingsmuligheder
- Hvad mangler der viden om

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen består af DMCG-PALs uddannelsesgruppe, overlæge Ole Bo Hansen, socialrådgiver Lisbeth Langkilde og udviklingspsygeplejerske Kirstine Winther i samarbejde med REHPA. Mette Raunkiær er konsulent på projektet.

Idekatalogets indhold, form og omfang

Indhold:

- Indledning, beskrivelse af formål og metode
- Beskrivelse af projekter
- Beskrivelse af erfaringer
- Internationale guidelines
- Resultater og konklusion på tværs af projekter
- Perspektivering
- Snublesten og trædesten i tværfaglighed

Form og omfang:

Et elektronisk idekatalog, hvor de enkelte projekter og erfaringer beskrives. Derudover en perspektivering af materialet. På bagsiden evt. en 'klumme' om Snublesten og trædesten i tværfaglighed (Steen Bonde).

Foreløbig tidsplan

Disposition færdig: 1. april

Bestyrelsesmøde: 14. april

Afhængig af bestyrelsens beslutning: Udsendelse af brev: 27. – 28. maj

Uddannelsesgruppemøde: 4. juni (plan for arbejdet med materialet)

Materiale ind: 15. juni (rykker 18. juni)

REHPA skematiserer det indkomne materiale: 22. juni – 1. juli

Bearbejdelse: juli/august/september

Udkast til idekatalog: 20. oktober

Bestyrelsesmøde: 4. november

Færdiggørelse af idekatalog: 1. december

Mailes derefter til interessenter og lægges på DMCG-PALs og REHPAs hjemmesider

19.05.2015

27. maj 2015

Kære leder i den specialiserede og basale palliative indsats

Vi er i DMCG-PAL med hjælp fra Videncenter for Rehabilitering og Palliation, PAVI, i gang med at udarbejde et idekatalog til udvikling af det tværfaglige samarbejde inden for den palliative indsats. Formålet med idekataloget er at inspirere og medvirke til at udvikle det tværfaglige arbejde samt pege på udviklingsbehov på dette felt.

Vi vil gøre dette ved at indsamle viden og erfaringer om tværfagligt arbejde i den palliative indsats fra de specialiserede enheder og fra et mindre antal basale enheder. Det indkomne materiale vil blive analyseret og bearbejdet til et elektronisk idekatalog, som kan give overblik og være anvendeligt i den daglige tværfaglige praksis.

Vi efterspørger derfor materiale om:

- a. Eksternt/internt evaluerede projekter
- b. Ikke evaluerede projekter
- c. Erfaringer baseret på nye tiltag, f.eks. i forhold til struktur, faggrupper og fysiske rammer

Hvis din enhed har gennemført/er ved at gennemføre projekter om tværfaglighed eller har erfaringer med, hvordan struktur, faggrupper, fysiske rammer eller andet påvirker det tværfaglige samarbejde, hører vi meget gerne fra dig.

Vi har brug for projektbeskrivelser, evalueringer og beskrevne erfaringer, herunder formål, udformning, involverede parter, resultater, hvilke forandringer, indsatsen har medført samt muligheder og udfordringer i forløbet. Du må meget gerne sende materialet elektronisk.

Da vi er interesseret i viden om tværfaglighed i det palliative arbejde såvel fra det specialiserede niveau som fra basis niveau, har vi sendt dette brev til

1. Specialiserede enheder (alle)
2. Kommunale institutioner med særlige palliative tilbud (2)
3. Hospitalsafdelinger med basal palliativ indsats (2)
4. Plejecentre og hjemmepleje/hjemmesygepleje (2)

Hvis vi i den videre bearbejdning af materialet har brug for yderligere oplysninger, vil vi naturligvis kontakte dig.

Vi arbejder på at få idekataloget færdigt til efteråret 2015. Vi vil derfor meget gerne have materiale fra dig senest 15. juni 2015. Materialet sendes til Rikke Vittrup, PAVI, vittrup@sdu.dk

Har du spørgsmål eller kommentarer, er du meget velkommen til at kontakte koordinator Anne Nissen, annenissen11@gmail.com

Stor tak for din medvirken.

Mange hilsner
Anne Nissen, DMCG-PAL

DMCG-PAL er en tværfaglig gruppe, der udarbejder faglige retningslinjer og kompetenceprogrammer for den palliative indsats. Finansieret af Danske Regioner.

BILAG 4

Rubricering af brainstorm på ideer til spørgsmål/analyse spørgsmål til idekataloget om tværfagligt samarbejde

Organisering

- Hvordan er indsatsen organiseret (fx tværfaglighed)?
- Reelt eller formelt hierarki? -Systemtænkning
- Indsatsens juridiske aspekter? hvor ligger de strukturelle barrierer?
- Hvilken betydning har udefra kommende strukturelle krav for en evt. ny indsats?

Ledelse

- Er der ledelsesmæssige rammer for indsatsen/hvilke er de?
- Hvilken styring/opmærksomhed kræver indsatsen ledelsesmæssigt?
- Hvilken betydning har arbejdsmiljøet
- Ressourceforbrug, tid?

Faglighed

- Professionsforståelsens betydning for samarbejdsevner?
- Hvilken betydning har det at man taler samme sprog?
- Hvilken betydning kan det have, at faggrupperne kender hinandens fag?

Kultur

- Hvilken kultur skal være tilstede for at udvikle og vedligeholde fx fælles forståelse. (J Gittel. Relationel koordinering)

Rammer

- Hvilke rammer skal være tilstede?

Hvilke fagligheder

- På forskellige institutioner.
- Hvordan sikres tværfagligt arbejde med de faggrupper, som ikke er fysisk tilstede.
- Ansvarsfordeling i indsatsen/i forhold til opgaver – ledelse, medarbejdere, faggrupper (aktører)
- Hvad kræver det af kompetencer at arbejde tværfagligt.

Indsatsen og dens resultater

- Forestilling om indsatser, f.eks. hjemmebesøg
- Hvilken forskel for patienter har indsatsen gjort.
- Indsatsens muligheder og udfordringer?
- Indsatsens 'hvad, hvem, hvornår, hvordan'?

Modeller/værktøj

- Kan der udledes værktøjer/forudsætninger af indsatsen (materialet), fx møder, ledelse, rammer mm.
- Kan vi udlede nogle modeller for tværfagligt arbejde

BILAG 5

Skema til gennemgang af materiale vedr. tværfaglig indsats fra den enkelte institution

Hvis I mangler oplysninger, så kontakt institutionen telefonisk.

Medbring et skema pr. institution i 14 eksemplarer til vores møde den 27. august. TAK

Institution		
Indsatsen (Se rubricering af vores brainstorm fra sidste møde)	Hvad handler det om? (tema, fx tværfaglig konference)	
	Hvem deltager? (faglighed/hvilke fagligheder)	
	Hvordan? Fx Organisering Ledelse Kultur Rammer	
Resultater	Er erfaringer dokumenteret eller beskrevet? Hvordan?	
Vurdering af relevans i hht vores formål?		

BILAG 6

Identifikationsliste

Identifikationsnummer	Institution
1	Arresødal Hospice
2	Arresødal Hospice udgående hospiceteam
3	Bispebjerg Hospital, Det Palliative Team
4	Bispebjerg Hospital, Palliativ Medicinsk Afdeling
5	Det Palliative Team, Aalborg
6	Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital
7	Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsens Hospice
8	Diakonissestiftelsens Hospice
9	Diakonissestiftelsens Udgående Hospiceteam
10	Hospice Djursland
11	Hospice Limfjorden
12	Hospice Randers
13	Hospice Sydfyn
14	Hospice Sønderjylland
15	KamillianerGaardens Hospice
16	Næstved Sygehus, Afdeling for Lindrende Indsats
17	Palliationsenheden Herlev Hospital, ambulatorie/udfunktion
18	Palliationsenheden Herlev Hospital, sengeafsnit H123PE
19	Palliativ afdeling, Hvidovre Hospital
20	Palliativ Enhed A7A8, Udkørende Team, Nordsjællands Hospital, Frederikssund
21	Palliativ Enhed A7A8, Nordsjællands Hospital, Frederikssund
22	Palliativ Team, Sygehus Himmerland
23	Palliativt Team i Næstved, Slagelse, Nykøbing Falster
24	Palliativt Team Fyn, OUH Odense Universitetshospital

Identifikationsnummer	Institution
25	Palliativt Team, Hospitalsenheden Vest, Region Midt
26	Palliativt Team, Hvidovre Hospital
27	Regionshospitalet Silkeborg, Det Palliative Team
28	Sankt Lukas Udgående Hospiceteam
29	Svanevig Hospice
30	Hospice Sydvestjylland
31	Rigshospitalet, Palliativt afsnit i Onkologisk Klinik
32	Lynghuset
33	Palliativt Sengeafsnit, OUH Odense Universitetshospital
34	OK-Plejecenter, OK-Plejecenteret Baeshøjgård
35	Det Palliative Team, Regionshospitalet Skive/Viborg
36	Det Palliative team Thisted
37	Gudenå Hospice
38	Hospice Sjælland
39	Hospice Søholm
40	Hospice Søndergård
41	Hospice Søndergård udgående team
42	Hospice Vensyssel
43	Hospicegården Filadelfia
44	Kildevæd Sogns Plejehjem
45	Palliativ Afdeling, Sygehus Himmerland
46	Palliativt Team, Roskilde Sygehus
47	Palliativt team, Sygehus Sønderjylland
48	Palliativt Team, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
49	Sygehus Thy/Mors, Afsnit for Palliativ Behandling, Thisted

Identifikationsnummer	Institution
50	Sygehus Vendsyssel, Det palliative Team
51	Smerteklinikken, Holbæk Sygehus
52	Palliativt Team, Vejle
53	Afsnit for lindrende behandling, M41 Sygehus Sønderjylland
54	Sct. Maria Hospice Center
55	Anker Fjord Hospice
56	Palliativt Team, Hospitalsenheden Horsens
57	Regionshospitalet Randers, Det Palliative Team
58	Hæmatologisk Afdeling R, Århus Universitetshospital
59	Palliativt afsnit, Bornholms Hospital
60	Hospice Fyn (i Odense)
61	Regionalt smertecenter, Køge

BILAG 7

At drage etisk omsorg for den døende og for hinanden

v. Finn Thorbjørn Hansen, forsker og pædagogisk filosof fra Aarhus Universitet, som er tilknyttet Anker Fjord Hospice i forbindelse med forskningsprojektet

Hvad vil det i grunden sige at drage omsorg for et andet menneske og for sig selv? Hvad er omsorg, når vi virkelig tænker efter, eller spørger vores egne erfaringer? Hvad sker der, når vi er omsorgsfulde? Hvor er vi? På hvilken måde er vi tilstede over for den anden og i os selv? Hvad kalder os til omsorg? Er omsorg en følelse eller en grundstemning? Er omsorg en kompetence, vi kan opøve, eller er det snarere en holdning eller måske endda en bevidst livsholdning, vi har valgt at udleve?

Nogle, som f.eks. filosofen K.E. Løgstrup, vil sige, at omsorg nok på overfladen kan forstås som en følelse eller aktiv holdning, vi vælger. Men på et dybere plan er omsorg snarere en begivenhed – en livsytring – som sker med os, som tager os op, og som vi bliver en del af, hvis vi er nok åbne og tilstedeværende i øjeblikket. Da kan vi nemlig høre, hvad situationen og relationen kalder os til.

Når vi ser på ordet 'om-sorg' ligger det lige for at sige, at i palliative sammenhænge må det være en slags kærlig og opmærksom samling *om* sorgen. Som når vi, spontant, lægger et tæppe omkring vores kærester en sen sommeraften, fordi vi fornemmer, at han eller hun småfryser. På samme måde tænker jeg, at vi drager vores kærlige og professionelle omsorg om patienten og de pårørende, når vi ser, at de trænger til det.

At have dette årvågne blik og gehør for situationens og relationens 'kalden' er en kunst, som vi aldrig kan blive færdige med at lære eller sågar kalde os professionelle i. For i ordet 'professionel' ligger der en forestilling om, at man har en vis form for ekspertviden og kunnen, som gør, at man har 'styr på tingene'. Men der er mange erfaringer og oplevelser fra palliativ arbejde, hvor vi ikke kan have styr på tingene. Dertil er livet heldigvis for forunderligt og stort. Og det mærker vi, når patienten eller de pårørende (eller kollegaen) rejser mere eksistentielle og filosofiske spørgsmål til os, som f.eks. hvad håb eller livskvalitet i grunden er. I sådanne situationer står vi i det åbne sammen med den anden og har ingen rede svar på hånden. Her mødes personalet med patienten og de pårørende på lige fod, og ofte

i en fælles undren og dialog om det, der gør livet værd at leve og døden værd at opleve. At kunne drage omsorg for disse eksistentielle øjeblikke og møder er et adelsmærke for god palliativ arbejde.

På Anker Fjord Hospice har der siden 2011 været igangsat et længerevarende forsknings- og udviklingsarbejde i samarbejde med undertegnede, hvor målet er at undersøge, om og hvordan vi kan kvalificere sådanne undringsfællesskaber gennem filosofiske vejlednings- og samtalepraksisser. Både ledelse, sygeplejersker, psykolog, musikterapeut og præst har arbejdet med egne erfaringer fra hospice, der har gjort indtryk, for dernæst at undre sig sammen over de grundantagelser og værdier, man synes at tage for givet i disse levede erfaringer. Det ser ud til, at sådanne undringsfællesskaber kan skabe et andet sprog og nærvær over for 'det betydningsfulde' i palliativ arbejde, som kan supplere de andre former for sygeplejefaglig, psykologisk, terapeutisk og åndelig omsorg, der allerede praktiseres på Anker Fjord Hospice. I Sokrates' ånd bliver filosofi ikke her forstået og praktiseret som en akademisk og abstrakt tankeakt, men som en praktisk øvelse i nærvær og undren over for det, vi dybest set har kært.

Projektbeskrivelse

Tværfaglig undervisning og uddannelse i palliation på basisniveau af sundhedspersonale i Sønderjylland.

INDLEDNING:

I 2011 udgav Palliativt Videncenter, Kbh, rapporten "Kortlægning af danske nøglepersonuddannelser i palliation". Heri er kortlagt alle eksisterende uddannelser for nøglepersoner indenfor palliation i Danmark.

Det er derfor også beskrevet hvor og hvilke uddannelsesmuligheder, der er i Region Syd. Det fremgår, at alle uddannelserne er forankret i de palliative teams, således Vejle og Fyn (Odense og Svendborg). Nogle steder er tilbuddene mange og varierede, andre steder er der, grundet personalevilkår, begrænsede tilbud, således i Region Syd. (cit. p.42). Her er én sygeplejerske i det palliative team tovholder for nøglepersonerne i hele Sønderjylland.

Videncenter for Palliation v/HospiceSønderjylland ligger som en selvfølgelig mulighed for at udbygge og styrke indsatsen for *undervisning i palliation* i Sønderjylland.

Dette ikke blot tænkt som rettet til nøglepersoner, men til alle som har den palliative indsats som deres daglige arbejdsopgave. Dvs. personale på plejecentre, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker i hjemmeplejen og på sygehusafdelinger, og læger på sygehusene. Herudover uddannelsesinstitutionerne i landsdelen, praktiserende læger, og sygeplejersker tilknyttet lægehuse.

De øvrige faggrupper som er tilknyttet HospiceSønderjylland og som ligeledes har palliation som deres arbejdsfelt; psykolog, socialrådgiver og præst, er allerede i faglige netværk på regions- og landsplan. Derfor er de ikke tænkt med i denne beskrivelse.

Ovenstående vil være i overensstemmelse med følgende anbefalinger:

- Sundhedsstyrelsens anbefalinger 2011-2012 i forhold til retningslinjer og kræftplan III.
- Anbefalinger til kompetencer for social- og sundhedsassistenter i den basale palliative indsats (DMCG-pal sept. 2012)
- Anbefalinger til kompetencer for sygeplejersker i den palliative indsats (DMCG-pal nov. 2012)
- Kortlægning af uddannelse af nøglepersoner i den palliative indsats (PAVI 2011)
- Kortlægning af den specialiserede indsats i palliation (PAVI 2012)

BAGGRUND: PAVI'S rapport 2011 ("Kortlægning af danske nøglepersonuddannelser i palliation")

Heri er beskrevet al igangværende undervisning af nøglepersoner + beskrevet hvad definitionen på en nøgleperson i palliation er.

Af kortlægningen fremgår det, at der er grundlag for iværksættelse af et udvidet tilbud; ikke bare nøglepersoner for palliation i Sønderjylland, men for alle faggrupper der møder den palliative patient og dennes pårørende.

Projektbeskrivelse

Ressourcer:

Der er, p.gr.a. hospices tværfaglige sammensætning i personalegruppen, mulighed for vægtlægning på palliation som *specifik tværfaglig disciplin*, jvnf.WHO's definition 2002.

På hospice findes en solid basis for et erfaringsnært undervisningsmiljø som er lokalt forankret i landsdelen, og som derfor kan benytte sig af allerede eksisterende relationer, og samtidig udbygge dem fremadrettet, til faglig gavn og udvikling for sygeplejersker i primærsektoren, og dermed til gavn for pt. og pårørende i eget hjem.

I det palliative team er der en kontinuerlig kontakt til personalet i primærsektoren. Denne er nødvendig for at undervisningen kan blive så relevant som muligt for de deltagende.

Der er en mængde viden og mange kompetencer til stede i personalegruppen på HospiceSønderjylland, såvel som i det palliative team.

Denne viden, og kompetencerne, kan udbredes og formidles.

Undervisningen kan være KONKRET, PRAKTISK OG LOKALT funderet.

Der er rig mulighed for at tale gensidige forventninger hjemmepleje, hospice og det pall. team imellem; lægebemandingen på hospice udgår fra det palliative team, og det er den samme præst med undervisningserfaring, og uddannelse i psykoterapi og supervision, der er ansat begge steder.

Den eneste logiske udbygning af undervisningstilbuddene vil derfor være, at de foregår på baggrund af et samarbejde mellem hospice og det palliative team.

Rent praktisk er de fysiske rammer til stede på hospice, for at undervisningen kan afvikles uden store logistiske problemer, idet kommandovejene er korte, og de praktiske opgaver i forbindelse med undervisning alle er nogle, som hospice har erfaring med at løse. (Dette må være en fordel som forenkler mulighederne for sundhedspersonalet i kommunerne i en tid, hvor de selv er pressede, og sygehusene i landsdelen under konstant omstrukturering.)

Sidenhen kan man forestille sig undervisningsdage og temadag udvikle sig herudfra, som vi allerede har oplevet på HospiceSønderjylland i foråret 2012, hvor der var stor opbakning og positive tilbagemeldinger på undervisning for hhv. palliationspsygeplejersker, nøglepersoner, og praktiserende læger i introduktionsstillinger.

Al udvikling af et kvalitativt undervisningstilbud udgående fra HospiceSønderjylland, bør foregå i *samarbejde med Palliativt Videncenter, Kbh.* som kan bistå med beskrivelse af konceptet og centrets opgaver, udvikling, og effektmåling af indsatsen.

IGANGVÆRENDE I REGION SYD:

Rapporten beskriver de igangværende tilbud i Region Syd:

Vejle pall.team, pall.team Fyn (Odense), nu også Svendborg i tillknytning til palliation og smerteklinik.

Som det fremgår, ligger uddannelserne disse steder i tilknytning til de palliative teams. Således er det også p.t. i Sønderjylland, med tilknytning til det palliative team i Sønderborg.

Projektbeskrivelse

Hospice Søholm, Århus, er iflg. PAVIs rapport, videntcenter, ligesom Hospice Sønderjylland, - der bør tages kontakt dertil for at høre hvordan samspillet med det palliative team er dér, og hvordan uddannelsestilbuddene administreres.

MÅLGRUPPER:

Personale på plejecentre, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker i hjemmeplejen og på sygehusafdelinger, og læger på sygehusene. Nøglepersoner i palliation i kommunerne. Herudover uddannelsesinstitutionerne i landsdelen, praktiserende læger og sygeplejersker tilknyttet lægehuse. Ud fra en tanke om at disse – med et bredt vidensgrundlag - vil stå godt rustet til at fungere som sparringspartnere gensidigt og for deres kolleger. Palliation er et speciale i hurtig vækst, derfor kan det pågældende personale, som i forvejen har særlige funktioner indenfor palliation, fungere som ambassadører og formidlere af ny viden til deres netværk.

FORM:

Alle muligheder er åbne;
Enkeltdage og/eller temadage
Tavleundervisning/debat
Gruppediskussioner, erfaringsudveksling
Arbejde med cases
Øvelser
Supervision
Praktik i dagligdagen på Hospice

(med tiden også mulighed for netværksdannelse imellem nøglepersoner og andre, på tværs af geografi i landsdelen)

IGANGSÆTTELSE:

- Møde med PAVI vedr. udarbejdelse af konkret plan for forløbet, samt udvikling og evaluering fremadrettet.
- Tidsplan, kontakter til kommunernes nøglepersoner, indsamling af data vedr. disse og deres organisering lokalt i kommunerne.
- Som udgangspunkt er uddannelsestilbuddet tænkt rettet til ansatte der arbejder med palliation på basisniveau i alle 4 kommuner i Sønderjylland. Det skal overvejes, om man skal starte med at tilbyde muligheden til én kommune ad gangen, og først når man har samlet erfaring m.v., åbne for de andre kommuner.
- Tilbuddet er tænkt som økonomisk udgiftsneutralt for de kommuner og institutioner der deltager. Undervisningen er gratis, der kan overvejes en beskedent udgift til forplejning og evt kørsel.
- Information om uddannelsestilbuddet, og orientering om dette ud af huset til de faggrupper vi forventer, vil tage imod det.
- Der kan tilbydes praktik på hospice, efter at have deltaget i undervisningen/uddannelsen.

Projektbeskrivelse

OPFØLGNING:

- Igangsættelse og opfølgning af mulighed for de deltagende for at mødes, erfaringsudveksle og sparre med hinanden – med eller uden eksterne deltagere (f.eks. tidligere undervisere)
- Mulighed for supervision 1-2 gange årligt.
- Mulighed for supervision af personalegrupper eksternt ad hoc. (den aktuelle kommune betaler)
- Mulighed for udgående undervisningsfunktioner fra centret, f.eks. til mindre grupper v/ interne møder o.lign.
- Mulighed for formidling i større perspektiv – artikler, masteropgave, vidensdeling og netværk med andre institutioner/hospices der arbejder med samme koncept.

Klinisk specialist Sygeplejerske Helle Lehmann
Hospicepræst og underviser Ingeborg Kastberg
Maj 2013

Bilag

INDHOLD AF UNDERVISNINGEN:

(I det følgende er medtaget hhv. Thisted palliative team og Hospice Søholm. De ligger begge udenfor Region Syd, men har til gengæld et meget bredt og dækkende undervisningstilbud, som vi kan lade os inspirere af)

FAGLIGHED	EMNE	UNDERVISER	Referencer (hvor har man også denne undervisning)
Sygeplejefagligt			
	Smerter		Hospice Søholm
	symptomlindring		
	Delir		Vejle pall.team Fyn pall.team
FAGLIGHED	EMNE	UNDERVISER	Referencer (hvor har man også denne undervisning?)
Tværfagligt			
	Hvad er palliation i DK?		Thisted pall. Team Vejle pall.team Fyn pall.team
	Etiske aspekter v/palliativ behandling	Læge/præst/psykolog (?)	Thisted pall. Team Hospice Søholm Vejle pall.team Fyn pall.team
	Eksistentielle aspekter v/palliativ behandling. Åndelig omsorg.	Præst/psykolog	Thisted pall. Team Hospice Søholm Vejle pall.team Fyn pall.team
	Vigtige sociale og civilretslige aspekter	socialrådgiver	Hospice Søholm Vejle pall.team Fyn pall.team
	Fysioterapi og palliation	fysioterapeut	Thisted pall. Team Hospice Søholm Vejle pall.team Fyn pall.team
	Børn og unge som pårørende	Præst/psykoterapeut/psykolog	Hospice Søholm

Projektbeskrivelse

	Ældre pårørende og efterladte	Præst/psykoterapeut/psykolog	
	Kontakt til pt.'s eget opland (frivillige foreninger/vågetjeneste besøgsvenner. Børns skoler og fritidsaktiviteter, pt.'s egen sognepræst)	Præst/psykolog/læge	
personalefokus	Rørt og ramt. Personlige og private grænser. Hvordan spotter man belastet personale? Hvad gør man ved det?	Psykoterapeut, psykolog	Thisted pall. Team Vejle pall.team Fyn pall.team
	kommunikation		Vejle pall.team Fyn pall.team

Projektbeskrivelse

Bilag.

Sundhedsstyrelsen (2012):

”Kommuner og sygehusafdelinger bør have en fastlagt strategi for den palliative indsats på det basale niveau. Strategien bør i kombination med landsdækkende kliniske retningslinjer på området, sikre systematisk og effektiv vurdering af behov med henblik på at tilbyde den enkelte kræftpatient individuelt tilrettelagte, målrettede og koordinerede indsatser.”

Kræftplan III :

Udbygning på basisniveau:

Forudsætning for kvaliteten af den palliative indsats er sundhedspersonalets grunduddannelse, kombineret med en kontinuerlig efter og videreuddannelse samt udvikling og implementering af ny viden.

Udbygning af den palliative indsats på det specialiserede niveau :

De specialiserede palliative tilbud bør udbygges, så alle patienter med behov herfor efter visitation får adgang til tværfaglige palliative specialister, uanset hvor patienten opholder sig. Der er behov for en udbygning af de sygehusbaserede palliative tilbud i lighed med den udbygning, der er sket på hospiceområdet. De specialiserede palliative tilbud bør omfatte særlige palliative sengeafsnit på sygehusene, hospice, hjemmetilbud samt ambulante tilbud og dagtilbud.

DMCG-PAL

- Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for palliativ indsats

Sekretariatet for DMCG-PAL

Forskningsenheden, Palliativ medicinsk afdeling

Bispebjerg Hospital,

Bispebjerg Bakke 23, Opg. 20D,

2. sal, 2400 København NV