

1.1. Indholdsfortegnelse

1.1.	INDHOLDSFORTEGNELSE	1
1.2.	ABSTRACT	3
1.3.	INDLEDNING.....	5
2.	OMSORG OG DE BLØDE VÆRDIER.....	7
2.1.	PROBLEMFELT.....	9
2.1.1.	<i>Problemstilling.....</i>	<i>11</i>
2.2.	INITIERING AF OMSORGSINDSATSEN PÅ AALBORG SYGEHUS	14
2.2.1.	<i>Indsatsens mål.....</i>	<i>15</i>
2.3.	OMSORGSBEGREBET	19
2.3.1.	<i>Et spørgsmål om værdier.....</i>	<i>19</i>
2.3.2.	<i>De mellemmenneskelige relationer.....</i>	<i>20</i>
2.3.3.	<i>Et fokus på den anden.....</i>	<i>21</i>
2.3.4.	<i>Videnskabelig erkendelse.....</i>	<i>22</i>
2.3.5.	<i>Sundhedsvæsenets ydelser.....</i>	<i>24</i>
2.4.	UNDERSØGELSESPØRGSMÅL	26
2.4.2.	<i>Sammenfatning.....</i>	<i>28</i>
3.	DESIGN OG METODE	29
3.1.	VIRKNINGSEVALUERING SOM TILGANG.....	30
3.2.	VIRKNINGSEVALUERING – EN METODISK RAMME.....	32
3.2.1.	<i>Elementer i virkningsevalueringmodellen.....</i>	<i>33</i>
3.3.	HVORFOR VIRKNINGSEVALUERINGSTILGANGEN?	35
3.3.1.	<i>Context-mechanism-outcome.....</i>	<i>36</i>
3.4.	UDVIKLING AF GRUNDANTAGELSER.....	42
3.4.1.	<i>Videreudvikling af antagelser.....</i>	<i>43</i>
3.4.2.	<i>Omsorg og værdier på Aalborg Sygehus.....</i>	<i>43</i>
3.5.	KVALITATIVE INTERVIEWS.....	45
3.5.1.	<i>Det semi-strukturerede interview.....</i>	<i>46</i>
3.5.2.	<i>Interviewguiden.....</i>	<i>46</i>
3.6.	UDVÆLGELSE AF INFORMANTER	48
3.6.1.	<i>Analysestrategi.....</i>	<i>51</i>
3.6.2.	<i>Sammenfatning.....</i>	<i>52</i>
4.	ANALYSE - VIRKNINGSANTAGELSER	53
4.1.	STRUKTURERING AF ANALYSEN	53
4.1.1.	<i>Udviklingssygeplejersken.....</i>	<i>55</i>
4.1.2.	<i>Afdelingsniveau.....</i>	<i>60</i>
4.1.3.	<i>Forskningsprojekter.....</i>	<i>65</i>
4.1.4.	<i>De fire mål.....</i>	<i>68</i>

4.1.5. <i>Omsorgen i de mellem menneskelige relationer</i>	73
4.2. OPSUMMERING	77
5. PILOTPROJEKT	80
5.1. INTRODUKTION TIL PILOTPROJEKTET	80
5.1.1. <i>Kritik af pilotprojektet</i>	81
5.1.2. <i>Valg af informanter</i>	82
5.1.3. <i>Interviewguiden</i>	82
5.1.4. <i>Analyse af interviews</i>	83
5.2. ANALYSE - PILOTPROJEKT	84
5.2.1. <i>Informanten – sygeplejersken</i>	84
5.2.2. <i>Initiering</i>	84
5.2.3. <i>Afdelingsniveau</i>	86
5.2.4. <i>Udviklingssygeplejersken</i>	89
5.2.5. <i>Projektet</i>	90
5.2.6. <i>Opfølgning på forskningsindsatsen</i>	91
6. PROGRAMTEORI	94
6.1.1. <i>Initieringsproces</i>	94
6.1.2. <i>Udviklingssygeplejersken</i>	95
6.1.3. <i>Afdelingskontekst</i>	95
6.1.4. <i>Opfølgning</i>	97
6.1.5. <i>De fire mål og omsorgen i de mellem menneskelige relationer</i>	98
6.2. OPSAMLING PÅ UNDERSØGELSESPØRGSMÅLET	101
6.2.1. <i>Evalueringsrammen</i>	101
7. OPSAMLING OG KONKLUSION	104
7.1.1. <i>Personalepres</i>	105
7.1.2. <i>Forventningspres</i>	106
7.1.3. <i>Dokumentationspres</i>	108
7.2. KONKLUSION	111
7.3. LITTERATURLISTE	114

1.2. Abstract

This master thesis is based on care and soft values in the public health system. The Danish hospitals are under increasing amount of pressure from two sides, one of which is demanding improved efficiency, and the other increased focus on soft values. The force of this pressure is visible within areas such as changing patient cultures, development in patient unions and their influence on politics, among others. As such, the Minister of the Interior and Health, Lars Løkke Rasmussen, has been a part of developing the national strategy for quality development in health care services, wherein it is made clear that the soft values must be made subjects for focused quality development. This is also reflected in Den Danske Kvalitetsmodel, where work is carried out in order to develop standards for accreditation of the soft values.

This pressure has, among other things, influenced Aalborg Sygehus to commence a specific research focused around care. Based on this, this master thesis seeks to answer the following formulation of the problem:

Which challenges are involved with carrying out a specific care effort at Aalborg Sygehus?

In order to obtain knowledge necessary to answer the master thesis's formulation of the problem, the following study question has been formulated:

How is it possible to construct an evaluation frame capable of estimating how the individual research projects in various departments at Aalborg Sygehus works, compared to the goals of the efforts?

The master thesis is as such focused on developing an evaluation frame for the research efforts, while at the same time collecting information necessary to answer the formulation of the problem. Specifically, the evaluation frame is based on the realistic evaluation model, where the focus is on the processes and results of the efforts at department level. Methodically, a number of informant interviews with six advanced nurse practitioners have been conducted, among other things. In addition, assumptions about results have been tested against a pilot project, within which two informant interviews were done. Based on this an evaluation frame for the research efforts has been made, wherein matching criteria form the basis for being able to carry out a joint evaluation of the efforts, when these are completed in 2010.

This master thesis concludes that the care effort at Aalborg Sygehus contains a number of challenges and conditions on both the structural level in the completion of the effort as well as on the organizational level regarding internal and external pressure. The challenge is to meet these conditions in order to make it possible to develop the care and soft values at Aalborg Sygehus.

1.3. Indledning

Formålet med dette speciale er overordnet at tilvejebringe mere viden omkring de udfordringer, der eksisterer i en sygehusorganisation, når det i regi af denne, ønskes at gennemføre en række forskningsprojekter, der som omdrejningspunkt har at udvikle den omsorg, patienter og pårørende er modtagere af. Baggrunden herfor skal ikke mindst ses i relation til det faktum, at sygehusvæsenet i Danmark, i stadig stigende grad, synes mødt med øgede patientkrav til den sygepleje, der gives. Således synes der at eksistere en bred enighed om, at borgernes krav til patientbehandlingen ikke længere blot knytter sig til den medicinsk/tekniske del af behandlingen, men ligeledes til det, der med en samlebetegnelse kaldes *de bløde værdier*. Et sådant udtalt krav om øget individorienteret omsorg, sammenholdt med centraladministrationens lovgivning omkring *accountability* i forhold til de leverede ydelser, udfordrer naturligt nok sygehusvæsenet.

Som arbejdsgrundlag for tilvejebringelsen af en øget viden om udfordringerne i at udvikle omsorgen på et sygehus, har projektets arbejdspræmis været at udvikle en evalueringsramme for Aalborg Sygehus' arbejde med en række forskningsprojekter, der alle har omsorg som omdrejningspunkt. Omsorgsindsatsen består således i en række forskningsprojekter, der alle har afsat i et kommissorium omhandlende vigtigheden af en opprioriteret fokusering på omsorgsrelationerne i sygeplejerskens møde med patienter og pårørende.

Med projektets sigte om tillige at udvikle en evalueringsramme for omsorgsindsatsen, er den videnskabelige arbejdsmetode i indeværende projekt funderet i en række af de optikker, der er en indlejret del af den evalueringstype, der hedder *virkningsevaluering*. Dette metodiske udgangspunkt danner således basis for specialets konklusioner omkring de mangeartede virkninger, der opstår som følge af arbejdet med forskningsprojekter i den kliniske praksis. Konkret peges der således i specialets konklusioner på en række forhold i organisationen, der i særlig grad bør henledes opmærksomhed på, når det ønskes at arbejde med forskningsprojekter, der som sit formål har at udvikle omsorgen for patienter og pårørende.

På baggrund af ovenstående kan specialet således siges at henvende sig bredt til alle med interesse for sygehusvæsenets virke, herunder ikke mindst de fagpersoner, der enten i dagligdagen eller i mere afgrænsede perioder, er beskæftiget med forskning i den kliniske praksis. Med specialets afdækning af virkninger i sammenhængen mellem iværksættelse af forskningsprojekter og disses forventede resultater, kan specialets konklusioner ligeledes bruges som et vidensmæssigt udgangspunkt i sigtet mod en successiv tilrettelæggelse og gennemførelse af egne

forskningsprojekter. I et sådant perspektiv kan specialet ligeledes betragtes som et kvalitets- og udviklingsværktøj til brug i det kontinuerlige arbejde med at udvikle de samlede ydelser, patienter og pårørende er modtagere af.

God læselyst.

2. Omsorg og de bløde værdier

I forhold til projektets overordnede strukturering, har vi valgt at opdele projektet i seks dele. Hver af disse dele vil behandle en række beslægtede projektmæssige forhold, der tilsammen fungerer konstituerende for den overordnede projektramme.

I denne første del er det hensigten at introducere en række forhold, vi anser som centrale for bedre at kunne forstå projektets formål. Der lægges således ud med en præsentation af projektets problemfelt, i rammen af hvilken, projektets problemstilling ligeledes vil blive formidlet. Dette gøres med afsæt i en kontekst omhandlende de mere grundlæggende udfordringer, der i øjeblikket viser sig i forhold til det, der med en samlet betegnelse italesættes som de ”bløde værdier” i sundhedsvæsenet. Konkret handler det her om, at der artikuleres en grundlæggende konflikt mellem det, at et sygehus skal kunne yde omsorg over for patienter og pårørende kontra at vedblive at være et effektivt sygehus. Afsluttende for denne beskrivelse, udledes projektets problemformulering. Herefter følger en kort beskrivelse af processerne, der er gået forud for iværksættelsen af vort projekt. Intentionen hermed er at bibringe læseren et indblik i en række mere kontekstuelle forhold omkring dels Aalborg Sygehus’ arbejde med at nå frem til et fælles udgangspunkt for iværksættelsen af nogle forskningsprojekter, dels nærmere at formidle de overvejelser, der er gjort i regi af Aalborg Sygehus i forhold til forskningsprojekternes værdier og funktioner. Efter en sådan beskrivelse af initieringsprocessen følger en fremstilling af det omsorgsbegreb, som fremadrettet vil danne fundament for det fremadrettede arbejde med projektet. Formålet med denne mere præciserede formidling af omsorgsbegrebet, er at anskueliggøre begrebets mange aspekter, herunder dets hermeneutiske og fænomenologiske videnskabsteoretiske udgangspunkt. Her er det altså intentionen at yde læseren en forståelse for, og et indblik i de forhold, der gør sig gældende i omsorgetikken, og som dermed også er omdrejningspunkter for området teoriudvikling.

I forlængelse af ovenstående skitseres sundhedsvæsenets grundlæggende ydelser. Med en sådan skitsering er det vores hensigt at tydeliggøre, hvori sundhedsvæsenets ydelser mere konkret består. Efterfølgende præsenteres en abstraktionsfigur, hvor omsorg indplaceres som en slags delmængde af disse samlede sundhedsydelser. Slutteligt rundes denne første del af med at formulere projektets undersøgelsesspørgsmål, som efterfølgende dekonstrueres, med henblik på at kvalificere

undersøgelsesspørgsmålet som resonansramme og formativt element i projektets fremadrettede arbejde.

2.1. Problemfelt

At sundhedsvæsenet i stigende grad synes udsat for et krydspres af forskelligartede hensyn, synes efterhånden åbenlyst for de fleste. I den forbindelse behøver vi blot at orientere os i forhold til den daglige mediestrøm, for derigennem at blive bibragt et billede af et sundhedsvæsen, der i stadig stigende grad synes at være genstand for et øget forventningspres. Det er dette forventningspres, der i indeværende afsnit vil blive stillet skarpt på via en skitsering af en række tendentielle udviklingsstræk på feltet. Således er afsnittets formål at udstikke rammerne for projektets problemfelt og det videre arbejde.

Overordnet kan det siges, at forventningspresset primært har sit arnested i de stakeholder-relationer, der både omkranser og er en indlejret del af feltet. Om dette forhold er blandt andet fremført, at de danske sygehuse er indlejret i et *organisatorisk felt*, der er kendetegnet ved netop opbrud og et betydeligt forandringspres fra forskellige grupper (Bentsen, Borum m.fl. 1999). En sådan argumentation skal blandt andet ses i tilknytning til fremkomsten af flere patientforeninger, en langt højere grad af mediedækning på området og frem for alt; et stigende politisk fokus (Bentsen og Borum 2000). I relation hertil har en række eksperter ment at have identificeret op til ni forskellige typer pres på sundhedssektoren (Mandag Morgen m.fl. 2007:16-21). Om en sådan identifikation antalsmæssigt er valid eller ej, skal vi her lade være usagt, men et faktum er det dog, at ovenstående udviklingstendenser, vedrørende et sådant givet pres på sundhedsvæsenet, aflejres og udkrystalliseres. Resultatet af en sådan aflejnings- og udkrystalliseringsproces er, blandt andet, at ovenstående tendenser kommer til udtryk i en mere konkretiseret form.

I forhold til en sådan konkretiseret form kan der eksempelvis peges på, hvorledes der i tiden synes oparbejdet et stigende patientbåret forventningspres på de sundhedsprofessionelle plejeudøvere. Dette forhold har eksempelvis affødt, at man mange steder ikke længere taler om patienterne som *patienter*, men i stedet som *brugere* af sundhedsydelser. En sådan tænkning udfordrer naturligt nok de traditionelle strukturer og kulturer i sundhedsvæsenet. Vi kan formulere det sådan, at det relationelle forhold mellem *sygeplejerske*, *patient* og *pårørende* med tiden er blevet genstand for en indholdsudfyldelse, der er karakteriseret ved langt flere aspekter end tidligere. Konkret handler det således i stigende grad om de bløde værdier i det relationelle forhold mellem sygeplejersker, patienter og pårørende. Som et billede på denne udvikling ses det eksempelvis, hvordan over halvdelen af klagerne på danske sygehuse nu ikke længere har noget med kerneydelserne at gøre,

men i stedet handler om (mangel på) de bløde værdier. Sådanne bløde værdier vil her sige *information, kommunikation, kontinuitet, omsorg, etik, individualisering, medinddragelse og empati* (Krag 1999). Kort fortalt tegnes der et billede af en patientgruppe, der foruden en forventning om en upåklagelig, fagligt god og kompetent behandling, tillige stiller stigende krav til en individuelt orienteret pleje og omsorg. Dermed bliver udviklingen, jævnfør ovenstående, ikke kun en karakteristik af udviklingen i sundhedsvæsenet, men tillige en tendens, der også kan findes i det øvrige samfund. På den baggrund er der også fra centralt hold tænkt i mere strategiske baner i forhold til at imødekomme sådanne samfundsbårne krav til udviklingen i sundhedsvæsenet.

Den nationale strategi for kvalitetsudvikling har, set i relation til ovennævnte, som sit overordnede formål at bidrage til en høj kvalitet i de enkelte sundhedsydelser samt at tilsikre kontinuitet og sammenhæng i patientforløbene (NS 2002:3). Med reference i de foreløbige beskrivelser kan der med udgangspunkt i denne strategi, netop peges på, at der i stigende grad skal og vil blive fokuseret på vigtigheden af omsorg i patientforløbene. I samme åndedrag nævnes ligeledes vigtigheden af, at der udvikles indikatorer for også de mere bløde værdier i sundhedsvæsenet (NS 2002:25). En sådan tankegang er således relativ ny, set i en dansk kontekst, mens der internationalt er gjort væsentligt flere erfaringer med udvikling og tests af sådanne måleredskaber (Olson 1997, Walsh 1998, Hegedus 1999, Lynn MR 1999, Walsh 1999, Beck 1999, Suhonen 2000, O' Connor 2001, Töyry 2001, Dozier 2001, Leinonen 2001, Pellegrin 2001, Wide 2002, Donnelly 2002).

Som en central determinant for tilpasningsgraden til ovenstående udvikling, kan der således argumenteres for, at de sundhedsprofessionelles evne til at udvikle plejen med udgangspunkt i disse såkaldte bløde værdier, fremadrettet må vurderes som værende af helt central betydning for opretholdelsen af legitimitet blandt såvel patienter og pårørende som i det øvrige samfund generelt. Som en del af denne udviklingsproces må også sygeplejerskerne forventes i stigende grad at vise indlevelse, nærhed, at give tid, at kunne lytte, forstå og forklare ud fra den enkelte patients livsverden. Det betyder, at sygeplejerskerne skal give sig tid til at lære patienten bedre at kende gennem dialog, hvor patientens og pårørendes oplevelser, meninger, tro, håb og forventninger bliver den bærende dimension i god kvalificeret behandling og pleje i sundhedsvæsenet (Hansen 2003:33). Som et mere generelt ræsonnement over ovenstående udviklingstendenser, er det blandt andet fremført, hvorledes mennesker i fremtiden i stigende grad vil efterspørge mennesker, der kan vise følelser (Pedersen 1999).

I nedenstående afsnit vil ovenstående udviklingstendenser blive funderet i en række konkrete empiriske forhold. Kort og godt bliver argumentet, at ovennævnte udvikling ikke blot er en art

overordnet samfundsdiskurs, men faktisk er et virkelighedsnært element i de sundhedsprofessionelles daglige arbejde, et element man i legitimitetsøjemed i stigende grad må forholde sig aktivt, reflekterende og handlende i forhold til.

2.1.1. Problemstilling

Et argumentatorisk omdrejningspunkt i de foreløbige beskrivelser har været det mere eller mindre latente argument om, at sundhedsvæsenet i stigende grad aktivt må forholde sig handlende i forhold til de nye tendenser, som organisationen har sit virke under. Et konstitutivt og beskrivende træk ved disse tendenser handler blandt andet om de bløde værdiers centrale placering i en sådan (ny) patientkultur. På den baggrund bliver sigtet i nedenstående fremstilling at konkretisere og præcisere de implikationer, som de netop præsenterede udviklingstendenser har på mikroniveau. Derfor vil der nu blive kigget nærmere på de nedslagsområder, som udviklingen har haft i relation til de sundhedsprofessionelles arbejde i sygehusvæsenet. En gennemgående forforståelse i en sådan fremstilling bliver, at de bløde værdier må betragtes som ligeværdige med, og en integreret del af, den såkaldte medicinsk tekniske kvalitet. Det vil kort og godt sige, at de mellem menneskelige relationer må opfattes som af meget afgørende betydning for behandlingen. For kort at kunne forstå sig på konteksten og baggrunden for en sådan udvikling, vil der blive givet en kort præsentation af forudgående udviklingstendenser i feltet.

Det samfund som den offentlige sektor er en indlejret del af, er i høj grad et samfund, der afkræver *bevis* for, hvad man som offentlig institution bruger sine midler til. Med et engelsk udtryk kan vi formulere det sådan, at der eksisterer et ønske om at holde den offentlige sektor *accountable* for sit forbrug (Dahler-Larsen & Krogstrup 2001:23). I den forbindelse har vi set, hvorledes eksempelvis evalueringer bruges som instrument til løbende at forbedre de indsatser, som offentlige institutioner varetager. Herom er tillige vist, hvorledes evalueringer eksempelvis kommer til at fungere som en symbolsk funktion og dermed også misbruges i forskellige sammenhænge (Dahler-Larsen 2006:125-150) (Dahler-Larsen 2004). Endvidere er der om denne evalueringsmentalitet sagt, at evalueringer synes at være omgivet af en slags beskyttet evalueringsdiskurs (protected discourse), der aftvinger en særlig kulturel respekt (Dahler-Larsen 1998:7). En sådan kulturel respekt kan siges at have affødt en institutionalisering af evalueringer helt ned i lovgivningsarbejdet. Dette er en udvikling, der kan genfindes i forhold til eksempelvis Danmarks Evalueringsinstitut, Servicelovens bestemmelser om kontinuerlige evalueringer og eksempelvis universiteternes udviklingskontrakter (Dahler-Larsen & Krogstrup 2000:283).

Sammenholder vi ovenstående rids af en udvikling og et argument omkring tilstedeværelsen af en mere eller mindre generel evalueringskultur, med essensen i den tidligere beskrivelse af en række udviklingstendenser omkring bløde værdier, kan der argumenteres for, at der eksisterer en række udtalte udfordringer for sygehusverdenen. En rapport fra Dansk Sundhedsinstitut (DSI) peger i den forbindelse på, at danske sygeplejersker ikke har tid til at drage omsorg for patienterne. Konkret bruger sygeplejerskerne eksempelvis kun én procent af deres tid på at snakke med patienterne om deres sygdom, hvilket, ifølge rapporten, er tæt forbundet med de stadigt stigende krav om produktivitet og effektivitet (Asmussen m.fl. 2006). En sådan produktivitet og effektivitet går hånd i hånd med evalueringskulturen.

Med afsæt i ovennævnte kan det fremføres, at netop en sådan udvikling har affødt en række konkrete tiltag i forhold til den offentlige sektor. Dette appliceret på sundhedsvæsenet, ser vi eksempelvis, hvorledes der er udviklet Den Danske KvalitetsModel (DDKM). Med denne model formidles blandt andet konkretiserede anvisninger på, hvorledes der i sundhedsvæsenet kan benyttes standarder, kriterier og indikatorer i forhold til at kvalitetssikre og kvalitetsudvikle patientforløb. I den forbindelse er det interessant at bemærke sig, at DDKM nu udvikles med et kvalitetssikringselement, der direkte relaterer sig til de bløde værdier (Hansen 2005). Som en sidebemærkning hertil kan nævnes, at udenlandske undersøgelser mener at have påvist en højsignifikant effekt af sygeplejerskernes omsorg i forhold til patienternes håndtering af deres sygdom/lidelse (Latham 1996 & Swanson 1999:52-52).

Med udgangspunkt i de netop anførte beskrivelser, synes et interessant forhold at være, hvordan et konkret sygehus vælger at håndtere et sådan udviklingsbåret pres. I den forbindelse har Aalborg Sygehus, som nævnt indledningsvist, valgt at iværksætte en række forskningsprojekter, der har omsorg som omdrejningspunkt. Målet med disse forskningsprojekter er overordnede at få tilvejebragt et ”større rum” for sygeplejerskernes arbejde med den brugerorienterede omsorg. Kort skitseret er forståelsen bag initieringen af omsorgsprojekterne, at kravene om effektiviseringer og produktivitet har indsnævret det rum som sygeplejerskerne har kunnet udøve patient og pårørende omsorg indenfor. På den baggrund er kommissoriet for omsorgsprojekterne da også at få bragt de bløde værdier ”tilbage” i centrum i det relationelle forhold mellem sygeplejersker, patienter og pårørende. Med udgangspunkt i ovenstående kan vi altså sige, at udfordringen for fremtidens plejeudøvere i høj grad vil skulle findes i forhold til patienternes ændrede værdier, forventninger og adfærd. Det er således med dette udgangspunkt, at vi i det nedenstående har formuleret følgende problemformulering.

Problemformulering

Hvori består udfordringerne ved at gennemføre en fokuseret omsorgsindsats på Aalborg Sygehus?

2.1.1.1. Dekonstruktion af problemformulering

Af hensyn til eventuelle uklarheder eller flertydigheder, anses det som nødvendigt at redegøre for, hvordan problemformuleringen skal forstås.

Hvori består forstås som de forhold, der antages at indvirke på indsatsen. Disse forhold vil blive afdækket i forbindelse med det undersøgelsesspørgsmål, der skal være med til at tilvejebringe viden i forhold til besvarelsen af problemformuleringen. Det kan kort nævnes her, at der bliver tale om at udvikle en evalueringsramme, med fokus på hele indsatsen. *Udfordringerne* forstås som den kobling, der eksisterer mellem det pres, der er beskrevet i problemfeltet og den mere praktiske del af indsatsen. *Gennemføre* forstås som hele processen omkring indsatsen, hvilket vil sige fra initiering til indfrielsen af de opstillede mål. *Fokuseret omsorgsindsats* forstås som en indsats, der har omsorg og de bløde værdier som omdrejningspunkt eller som *hovedfokus* i de enkelte forskningsprojekter. *Aalborg Sygehus* forstås her som hele Aalborg Sygehus, idet omsorgsindsatsen i videst mulige omfang vedrører alle afdelinger.

2.2. Initiering af omsorgsindsatsen på Aalborg Sygehus

I de følgende afsnit beskrives kort det forskningsprojekt omhandlende omsorg, der er igangsat på Aalborg Sygehus. Hensigten er at bibringe læseren en oversigt over, og en forståelse af, hvordan Netværket af udviklingssygeplejersker (arbejdsgruppen) på Aalborg Sygehus tænker det igangsatte forskningsprojekt. Der vil følge en beskrivelse af baggrunden, hensigten og de mål, der menes at kunne indfries i forbindelse med forskningsprojekternes gennemførelse.

I 2005 indledte Aalborg Sygehus en proces, med den hensigt at iværksætte en række af forskningsprojekter på alle afdelinger, med *omsorgsetik i klinisk sygepleje* som det fælles omdrejningspunkt. Projekterne forventes gennemført i perioden ultimo 2007 og frem til år 2010, hvor en samlet rapportering vil finde sted. Bag projektet står en arbejdsgruppe bestående af 13 udviklingssygeplejersker, under projektledelse af Charlotte Delmar, der er leder af Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje ved Aalborg Sygehus/Århus Universitetshospital. Projektet er forankret i Netværket for Udviklingssygeplejersker i tæt samarbejde med Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje og finder desuden støtte i Oversygeplejerådet.

Hensigten med projekterne begrundes i konklusionerne på en række af lokale og nationale patientundersøgelser. Af disse fremgår det, at brugerne, der her forstås som patienter og pårørende, i deres møde med det danske sundhedsvæsen, ofte efterlades med et ønske om, i højere grad at blive inddraget i behandlingsforløbet. Til trods for at ændrede normer og værdier, samt den løbende teknologiske udvikling har ændret patientrollen, vil sygdom til stadighed påvirke patienten på en sådan måde, at kravene til de sygeplejefaglige værdier og principper spiller en væsentlig rolle i behandlingsforløbet. Ligeledes er samfundskrav om effektivisering, høje kvalitetsstandarder samt nedbringelse af ventelister, med til at pålægge sundhedspersonalet administrative opgaver, der i stigende grad fjerner fokus fra de mellem menneskelige relationer og de bløde værdier i sygeplejen. En ændring i patientrollen betyder således, at patienten i stigende grad forventer at modtage ydelser af høj kvalitet samt at blive betragtet som et individ, med egne ønsker og behov (Delmar et al. 2007:4-5). Hermed eksisterer der fra brugerens side et ønske om at blive inddraget i processen, at opleve processen som individorienteret og at blive betragtet som et menneske med behov for omsorg som væsentlige elementer i den oplevede kvalitet. Også sygeplejerskerne efterlades med et ønske om i højere grad at kunne drage omsorg og afsætte tid til at tale med pårørende og patienten om dennes sygdom, idet sygeplejefaget opleves som et "kald", hvorfor det ofte findes frustrerende

og stressende ikke at kunne udleve dette. (BS 2007:48). Omsorgen skal funderes i relationen mellem omsorgsyder (sygeplejersken) – patienten (den sygdomsramte) og pårørende (familie eller bekendte). Afdelingerne skal således udarbejde projekter med baggrund i aktuelle, kliniske problemstillinger, hvor omsorg og arbejdet med dette er centralt.

Intentionen med gennemførelsen af de forskellige omsorgsprojekter på Aalborg Sygehus beskrives som en styrkelse af sygeplejen, således patienter og pårørende til enhver tid bliver modtaget af ”den gode, den kloge og rigtige sygepleje, baseret på omsorgsetiske handlinger” (Delmar et al. 2007:5-6).

2.2.1. Indsatsens mål

Målesætningen for forskningsprojekterne beskrives noget løseligt som ”et ønske om at arbejde med omsorgsetik og klinisk sygepleje for hele sygehuset, således at sygeplejen på Aalborg Sygehus til stadighed baseres på omsorgsetiske handlinger” (Delmar et al. 2007:4). Herudover anses det fælles forskningsprojekt at rumme fire væsentlige værdier, der beskrives indenfor områderne: sygeplejefaglig værdi, en samfundsmæssig og sundhedspolitisk værdi, en forskningsmæssig værdi og en kompetencemæssig værdi (Delmar et al. 2007:6). For at sikre kvalitet og omsorg i mødet med patienten og pårørende, skal relationen funderes i værdifundamentet. Værdifundamentet bestående de fire ovennævnte værdier, vil fremadrettet i projektet blive betragtet som mål for indsatsen, idet disse netop er forudsætningen for at kunne sikre kvalitet og omsorg. Afslutningsvis beskrives kort målenes relationelle samspil.

2.2.1.1. Sygeplejefagligt mål

Som udgangspunkt vil et omsorgsprojekt på tværs af de enkelte afdelinger skabe en rettethed mod patientens værdier og liv, sygdoms- og lidelsessituation, og dermed styrke sygeplejen gennem udviklingen af en overensstemmelse mellem den der yder, og den der modtager pleje og omsorg. Det er desuden hensigten, at arbejde hen imod en større omsætning af de sygeplejeetiske retningslinjer til konkrete handlinger i praksis. Her vægtes det, at hele arbejdspladsen har et stort ansvar for at sætte etikken i højsædet, og såfremt etikken kommer under pres, stilles den enkelte sygeplejerske i en vanskelig situation. Derfor skal kendskabet og anvendelsen af retningslinjerne betragtes som en fagkollektiv, frem for en individuel, opgave. Overordnet set, antages den sygeplejefaglige profil for hele Aalborg Sygehus at blive styrket gennem et fælles omsorgsetisk værdigrundlag, der samtidig kan medvirke til at udvikle en sygeplejekultur, hvori værdien i sygeplejen synliggøres og dermed kan udtrykkes overfor patienten og pårørende. Således er målet

også at styrke sygeplejekulturen i afdelingerne, hvor værdier i sygeplejen synliggøres, drøftes og dermed løbende udvikles, hvilket også er elementer, der kendetegner en lærende organisation.

2.2.1.2. Samfundsmæssigt og sundhedspolitisk mål

Idet samfundsdebatten og politiske tiltag peger frem mod en øget akkreditering, som led i en dokumentation af ydelserne i det danske sundhedsvæsen, anses det også som væsentligt at handle proaktivt. Desuden skal de bløde værdier, som nævnt, indtænkes i Den Danske KvalitetsModel og tiltag i forhold hertil, rustes så at sige de enkelte afdelinger i forhold til fremtidige lovkrav (Hansen 2005). Forskningsprojektets samfundsmæssige opgave er i denne forbindelse at skabe og opretholde en rettedhed mod patientens værdier, lidelses- og sygdomssituation og dermed være med til at sikre sundhedspersonalets bevidsthed om, hvilke faktorer der indvirker på det enkelte menneskes håndtering af eget liv, evne til at genvinde kræfter og restituere sig til en ny livssituation. Heri ligger skabelsen af en bedre overensstemmelse mellem den der yder, og den der modtager omsorg. Ligeledes er holdningen, at der via et større omsorgsprojekt kan bidrages til samfundsdebatten og formningen af sundhedsvæsenets fremtidige ydelser. Idet sundhedsvæsenet, som tidligere beskrevet, befinder sig i et krydspres af hensyn, har et overordnet forskningsprojekt med fokus på elementer, der udgør en del af krydspreset, naturligvis også en høj grad af politisk (signal) værdi. Herunder kan det tilføjes, at omsorgsetikken anses som værende i tråd med den nye Sundhedslov af 2007 i forhold til respekten for det enkelte menneske, dets integritet og medbestemmelsesret.

2.2.1.3. Forskningsmæssigt mål

Pr. 1. januar 2003 overgik Aalborg Sygehus til at få status af universitetshospital under Århus Universitetshospital. Heri ligger en forpligtigelse til at være forskningsaktiv. Dette medfører, at alle afdelinger skal iværksætte og gennemføre forskningsprojekter sammen med drift, undervisning og udvikling. Forståelsen af forskning på Aalborg Sygehus indbefatter, at forskning anses som et naturligt led i den kliniske sygepleje, hvori der udvikles relevante kundskaber for sygeplejen som praksisfag og som videnskabelig disciplin. Forskning anses ligeledes som udtryk for et strategisk indsatsområde, hvor denne opfattelse i forlængelse af den samfundsmæssige og sundhedspolitiske værdi betyder, at der kan bedrives forskning ud fra et videnshensyn, men også i forhold til en strategisk ageren i forhold til omverdenen. Det skal tilføjes, at man ved at etablere attraktive forskningsmiljøer, bevidst går i retning mod det amerikanske begreb *magnet hospitals*. På dansk kan vi beskrive dette som *magnet hospital tankegange*, der handler om, at sygehuse gennem etablering af forskningsmiljøer og opkvalificering af ansatte, søger at skabe en attraktiv

arbejdsplads, som kan fastholde og rekruttere kvalificerede medarbejdere. Dette er især af betydning i øjeblikket, hvor læger, såvel som sygeplejersker, betragtes som mangelvarer i den offentlige sektor.

2.2.1.4. Kompetencemæssigt mål

Endelig kan en fokuseret forskningsproces give kompetencer til den enkelte medarbejder og således opkvalificere Aalborg Sygehus som helhed. Dette spiller også ind i forhold til omverdenshensynet, da omverdenen forventer og stiller krav om kompetente serviceydere, som kan levere ydelser af højeste kvalitet på baggrund af de værdier, der efterspørges. Ligeledes vil kompetente medarbejdere i højere grad kunne hjælpe hinanden i forbindelse med forskning, implementering af krav og ny viden og som helhed optimere organisationen (Delmar et al. 2007:7-8).

2.2.1.5. Omsorg

Kernen i indsatsen er omsorgen og en forbedring af denne. Gennem en række af konkrete forskningsprojekter er målet, at omsorgen løbende forbedres til gavn for patienter og pårørende. Såfremt dette ikke sker, er der i værste fald risiko for at udsætte patienten for omsorgssvigt, der kan have såvel fysiske som psykiske konsekvenser. Omsorgen på Aalborg Sygehus søges forbedret gennem indfrielse af de fire forskningsmæssige og organisatoriske mål, idet det dialektiske forhold mellem målene vekselvirker, og derfor udgør hinandens forudsætninger for succes.

2.2.1.6. Målenes relationelle samspil

Målene holdes adskilt i nedenstående beskrivelse. Dog er det sandsynligt, at der eksisterer en vis grad af korrelation mellem disse mål, og at disse krydsinteraktioner er afgørende for successiv indretning og udøvelse af omsorg i klinisk praksis. I forlængelse heraf skal det pointeres, at projektgruppen betragter indsatsen som dels et resultat af egne initiativer i gruppen og dels som initieret nedefra. Der er ikke tale om et udefrakommende krav, men nærmere om en interesse og et behov i de enkelte afdelinger, hvorfor den lokale forankring også er vigtig. De fire første mål kategoriseres under et sygeplejefagligt mål (1), et samfundsmæssig og sundhedspolitisk mål (2), et forskningsmæssigt mål (3) og et kompetencemæssigt mål (4). Disse fire mål opfattes som beskrivende for organisationens interne virke, mens det femte mål, omsorgen, er den ydelse brugerne af organisationen Aalborg Sygehus modtager, hvorfor denne er at betragte som en ekstern faktor i forhold til det organisatoriske niveau på Aalborg Sygehus. Samspillet, målene imellem, virker komplementære i forhold til hinanden og det antages derfor, at der ikke kan undgås et vist

overlap. Der er selv sagt ikke tale om konkrete mål forstået som tilvejebringelsen af et givent antal producerede enheder, men i stedet udvikling af en kultur i en afdeling eller indtænkningen af forskning som en del af den daglige praksis. Samspillet eksisterer antageligt ved, at der eksempelvis i en afdeling udvikles en mere læringsbaseret kultur end tidligere. Derved lettes implementering af ny forskning, således sygeplejerskerne kan arbejde med og udvikle kompetencer, der resulterer i en bedre omsorgsydelse til gavn for patienten, de pårørende og dermed samfundet. Dette er naturligvis et noget tænkt eksempel, men hensigten er blot kort at illustrere, hvordan samspillet kunne tænkes at virke. Det ene mål er ikke hermetisk aflukket fra de andre – i stedet forudsætter de hinandens succes i klinisk praksis. Målene er således hinandens forudsætninger for at kunne medføre en udvikling, således at sygeplejen på Aalborg Sygehus til stadighed baseres på omsorgsetiske handlinger.

2.2.1.7. Sygehuse som komplekse organisationer

Grundlæggende kan man sige, at sygehusene organisatorisk set er udpræget komplekse organisationer, og at en sådan kompleksitet består i en række forskellige forhold. Sygehusene er eksempelvis funktions- og fagopdelte for at sikre, at den størst mulige ekspertise kommer i kontakt med patienten. Hertil kommer, at sygehuset fungerer hele døgnet med forskellige vagthold. Det betyder eksempelvis, at patienten får mange berøringsflader med sygehuset, hvilket igen betyder, at det kun er patienten, der i realiteten oplever det samlede forløb. Desuden har sygehuset ofte et stort antal patientkontakter bredt ud på mange forskellige organisatoriske enheder. Det kan eksempelvis være dagafsnit, sengeafsnit og delambulatorier. Slutteligt kan det nævnes, som det også vil fremgå af nedenstående afsnit, at sygehuse som organisationer eksisterer i et felt, hvor der er interesser fra stort set alle områder i samfundet og derfor har sygehuset også mange hensyn, der skal tilgodeses.

2.3. Omsorgsbegrebet

Formålet med nærværende afsnit er at skitsere og begrebsliggøre de centrale elementer og karakteristika, der kan siges at være indeholdt i omsorgsbegrebet. Dette er i sagens natur ikke nogen helt let opgave. Til trods for, at omsorg i sin natur er en noget diffus og flertydig størrelse, fritager dette os dog ikke fra at forsøge en nærmere indholdsudfyldelse af begrebet.

Med reference i ovenstående bliver hovedformålet med dette afsnit at få omsorgsbegrebet indkredset og beskrevet via en række overordnede karakteristika. Med en sådan beskrivelse er sigtet at få udlagt og beskrevet begrebet nærmere. Dette vil vi gøre med afsæt i en række dokumenter omhandlende forskellige tilgange og forståelser af omsorg samt udvalgt materiale fra Aalborg Sygehus. Hermed ikke være sagt, at der med reference til en slags konsistent sygeplejerfaglig grundforståelse herom, sådan uden videre er skabt basis for en problemfri udlægning af omsorgsbegrebet – for dét er der ikke – men mere, at vi her vil søge at udlægge de mere overordnede sygeplejerfaglige tilgange til det at yde omsorg. I projektøjemed kan afsnittet således siges at antage en formativ karakter. Dette skal forstås således, at de følgende beskrivelser formativt tænkes antagende en animerende funktion i forhold til de mere overordnede overvejelser i det fremadrettede arbejde. Det vil kort og godt sige, at afsnittet tænkes at tilvejebringe en resonansbund for de valg, vi kontinuerligt vil foretage i relation til begrebet fremadrettet.

2.3.1. Et spørgsmål om værdier

Et kardinalpunkt i omsorg handler om de værdier omsorgen udøves på baggrund af. Begrebet ”værdi” er naturligt nok omfattende, og der findes derfor også mange indfaldsvinkler til at belyse, hvad en værdi er. Det vi dog blot her vil holde fast i er, at vi for indeværende først og fremmest vil tænke på en værdi som noget vi er interesseret i, og som vi sætter pris på og værdsætter højt (Hansen 2003:34). Endvidere kan vi karakterisere en værdi, som noget vi finder værd at eje, stræber efter eller anstrenger os for at realisere eller virkeliggøre (Kristoffersen 1998).

Relaterer vi omsorgsværdierne til sygeplejerskens arbejde i den kliniske praksis, kommer de blandt andet til udtryk gennem sygeplejerskens holdninger og væremåde, samt gennem det som sygeplejersken siger og gør. I forhold til dette er kodeordene beskrevet som værende: Hvad vil den anden (patienten) mig? Det vil sige: Hvad kan jeg gøre for patienten? (Overgaard 2000). Det er i den forbindelse videre beskrevet, hvorledes sygeplejerskens omsorg oftest knyttes til mål og resultater i forhold til patientens sygdomstilstand. Samtidigt er det dog væsentligt at fastslå, at

omsorgsbegrebet ligeledes inkluderer sygeplejerskernes syn på mulighederne for, og værdien af anvendelse af omsorgen som et bærende mål i sig selv (Hansen 2003:34).

I forhold til værdiernes praktiske udtryksform, handler det oftest om at være åben og nærværende og at føle med den anden (patient og pårørende), bruge sine sanser, og åbne op for den andens følelser, værdier, oplevelser og erfaringer (Hansen 2003:44). Når sygeplejerskens værdier skal afspejles i den mellemmenneskelige relation, bliver der tale om egenskaber og karaktertræk hos mennesker, hvor den relationelle omsorg er en grundlæggende værdi i behandlingen og plejen af patienterne. Omkring omsorgsværdierne kan endvidere anlægges en forståelsesramme, hvor værdierne ses som udgørende en slags delmængde af begrebet *phronesis*. Begrebet *phronesis* dækker her over, at der eksisterer en praktisk viden om, hvad det kommer an på, når livet mennesker imellem skal lykkes. Vi kan også sige det sådan, at der er tale om en moralsk tæft og situationsfornemmelse, der udspringer af livserfaring og menneskekundskab (Hansen 2003:43). Skal vi slutteligt forsøge os med en fordansket oversættelse kunne vi bruge en begrebsformulering som ”praktisk-moralsk handlingsklogskab”.

Opsummerende i forhold til det ovenstående, er det i konteksten af Aalborg Sygehus beskrevet, hvorledes ovenstående praksis skal være funderet på et værdifundament omhandlende værdier som det at rumme, at turde, at ville, at være at kunne og at skabe (Delmar et al. 2007:5). I det nedenstående sættes ovennævnte værdier i relation til de mere konkretiserede mellemmenneskelige relationer.

2.3.2. De mellemmenneskelige relationer

Som netop beskrevet, drejer omsorg sig i høj grad om tilstedeværelsen af nogle fundamentale værdier i sygeplejen. I det nedenstående vil der med baggrund heri, blive sat fokus på det, vi her kunne kalde *sfæren* for værdiernes udlevelse, hvilket i nærværende tilfælde vil sige de mellemmenneskelige relationer. Det forhold, at de mellemmenneskelige relationer udgør et kardinalpunkt for omsorgsetikken, genfindes ligeledes i initieringsmaterialet for omsorgsprojekterne på Aalborg Sygehus (Delmar et al. 2007:6-7, 25).

Helt overordnet handler de mellemmenneskelige relationer om at lytte, at vise tillid, høre hvad patienten verbalt og nonverbalt giver udtryk for, at være nær og at give tid (Hansen 2003:41). I en sådan proces må især patienternes individuelle livs- og værdisyn samt forventninger inddrages (Hansen 2003:27). De mellemmenneskelige relationer er videre beskrevet som værende en etik, der bør være funderet i det, vi kunne kalde en samaritansk pligt (Wulff 1995). Dette kan umiddelbart

lyde en smule idealtypisk, men i forhold til omsorgsbegrebet bibringer forståelsesbilledet med og af den samaritanske pligt, os et meget godt og dækkende billede, og derigennem udtryk for etikken indeholdt i omsorgsbegrebet. Kigger vi konkret på de mellemmenneskelige relationer i forhold til indeværende projekt, ser vi disse konkretiseret i relationerne mellem *patient*, *pårørende* og *sygeplejerske*. Det er altså mellem disse tre *aktører*, at omsorgen udspiller sig. Som en videre karakteristik af disse mellemmenneskelige relationer er det beskrevet, hvorledes omsorgsetikken grundlæggende handler om det, der kan kaldes for en *horisontsammensmeltning* mellem – i nærværende tilfælde – patient, pårørende og sygeplejerske (Scheel 1995). Summerende i forhold til en sådan horisontsammensmeltning, kan vi sige, at det altså for sundhedspersonalet i høj grad handler om at sætte sig ind i og acceptere patientens tanker, følelser, værdier og holdning. På den facon bliver ræsonnement videre, at der på den måde skabes bedre overensstemmelse mellem den, der har brug for hjælp, og den, der skal give hjælpen. Med afsæt i, og reference til, en sådan sammensmeltningproces kan vi udlede en række segmenterede karakteristika for den (omsorgsetiske) sygepleje.

Der er således i regi af Aalborg Sygehus foretaget en yderligere udkrystallisering i forhold til delelementerne i sygeplejen, hvor (1) *den gode* sygepleje er en moralsk forankret omsorg, (2) *den kloge* sygepleje er anvendelsen af faglig viden, færdigheder, erfaringer og fagligt skøn og endelige (3) *den rigtige* sygepleje er hensynet til patientens sikkerhed (Kompetenceudvikling 2003). Denne karakteristik af sygeplejens elementer er medtaget for kort at skitsere rammerne, hvori omsorgsetikken skal udledes.

Med adresse til ovennævnte må det ligeledes fremhæves, at omsorgen i de mellemmenneskelige relationer tillige er meget normativt funderet og derigennem også værdiladet. Det er den fordi, der er tale om de værdier og normer, som patienten inddrager og vægter i forhold til eget liv, egen sundhed og sygdom. Dette er et forhold, der stiller krav til sygeplejerskens faglige opmærksomhed i forhold til patient og pårørende – et forhold vi vil behandle i det næstfølgende afsnit.

2.3.3. Et fokus på *den anden*

Med afsæt i afsnittet her over, kan omsorgsetik helt overordnet defineres som dét at tage vare på *den anden*, således dennes udfoldelsesmuligheder udvides. For nu at relatere en sådan karakteristik til en samfundsvidenskabelig kontekst, kan det omformuleres til, at det her handler om at *empower* eller *mægtiggøre* patienten i omsorgsrelationen. En sådan proces kan i høj grad siges at bygge på

den tidligere nævnte horisontsammensmeltningssproces, der igen udgør fundamentet for *den gode, kloge og rigtige omsorg* (Delmar et al. 2007:6).

Det forhold at omsorgsetik grundlæggende handler om at tage vare på den anden, hvilket her vil sige patienten og de pårørende, kræver noget forudgående. For at et sådant mål skal være inden for rækkevidde, må omsorgsetikken funderes i det, der kaldes en slags *moralsk praksis*. Denne (moralske) praksis skal i omsorgsrelationen udgå fra den sygeplejefaglige, hvor det for sygeplejersken handler om at *hjælpe uden at krænke*. En sådan moralsk praksis er i høj grad funderet i det værdisæt, der udgør det konstituerende fundament i sygeplejen.

Hvis vi kort ræsonnerer på baggrund af ovenstående i forhold til en praksisnær omsorgsrelation, kan der argumenteres for, vigtigheden af, at denne funderes på gensidighed, forstået således, at patienten får mulighed for at udtrykke egne værdier, meninger og synspunkter i forhold til egne særegne opfattelser af lidelsen (Delmar 1999). Det er blandt andet i en sådan sygeplejefaglig tilgang, at der skabes rum for at kunne tage vare på *den anden*. I denne proces er et omdrejningspunkt, at omsorgshandlingen er centreret omkring forvaltning af tillid og magt. I forhold til dette, såvel som omsorgen bredt, gælder naturligt nok, at sygeplejersken i den kliniske sygepleje skal være i stand til at skabe sig et indblik i patientens oplevelser af sygdommen og lidelsen.

Afsluttende, i forhold til omsorgsrelationen med *den anden*, handler det altså i høj grad om at fremkalde det, vi kunne kalde *livsfænomenerne*. Det vil mere konkret sige, at udfolde begreber som f.eks. *håb* og *tvivl* i det relationelle forhold. Dermed relateres det at udføre omsorgen til et fokus på relationer, følelser og erfaringer samt en etik, der viser sig i handling (Martinsen 2000:72-75). Dette er således endnu et element i omsorgen, der er med til at konstituere omsorgssfærens indlejring i, og udspring af, de interpersonelle relationer.

Sammenfattende i forhold til det ovenstående, kan der argumenteres for, at omsorgen bør indeholde en etisk fordring om at hjælpe patienten med at leve sit liv værdigt og på baggrund af eget perspektiv (Delmar et al. 2007:8). Disse ovennævnte karakteristika forudsætter naturligt nok en *professionel faglighed* hos sygeplejerspersonalet. Det er ikke en faglighed vi går nærmere ind i her, men det er naturligvis en vigtig præmis for tilsikring af ovenstående.

2.3.4. Videnskabelig erkendelse

I det nedenstående vil vi kort berøre de mere videnskabsteoretiske tilgange til det at beskæftige sig med omsorgsbegrebet. Således synes der i litteraturen vedrørende omsorg og bløde værdier generelt

at eksistere en bred enighed om, at når det handler om at bringe de mellemmenneskelige relationer i fokus, så *vælges* en kombination af den fænomenologiske og den hermeneutiske metodetilgang. Denne videnskabsteoretiske kombinationstilgang skal naturligvis ses i lyset af, at det er patienternes livsytringer, oplevelser, og erfaringer, der er i fokus, når omsorgsrelationen udleves. Der er altså her tale om en metodetilgang, hvori der er indlejret en fænomenologi, som går tæt på patientens hverdagsoplevelser, i forbindelse med deres sygdom og lidelse, og en hermeneutisk forståelse, der giver adgang til fortolkning af virkeligheden (Van Manen 1990). Denne tilgang ses ligeledes aflejret i det tidligere nævnte initieringsmateriale, der er udarbejdet i regi af den kliniske forskningsenhed i fællesskab med udviklingssygeplejerskerne (Delmar et al. 2007:8).

Vi vil ikke for indeværende bevæge os ud i en større udredning af de forskellige forhold, der henhører under de to videnskabsteoretiske tilgange. Kort skal det dog her alligevel nævnes, at begreber som forforståelse, eller forståelseshorisont, er centralt knyttet op i relationen til de to videnskabsteoretiske tilgange. Appliceret som en art syntese kan vi således sige, at sammenhængen dels består i, at forståelseshorisonten skærper sygeplejerskens forvaltning af egne fordomme (viden og erfaring), samt bibringer sygeplejersken en tilgang til vedkommendes egenhåndtering af sit (udviklings) arbejde i den kliniske praksis. På samme facon kommer den videnskabsteoretiske tilgang ligeledes til at stå i tæt relation til begrebet *phronesis*. Eksemplificeret her kan dette betyde, at sygeplejersken ud fra sine hermeneutiske forståelser bibringes redskaber, der kan danne fundament for en øget refleksion i det daglige arbejde omkring eksempelvis patienternes respektive opfattelser af sundhed, sygdom, og lidelse.

Opsummerende i forhold til indeværende afsnit kan vi sige, at sigtet har været at bibringe et indblik i centrale elementer og perspektiver, der eksisterer i forhold til omsorgsbegrebet. Det har således været formålet at skabe et grundlag for de fremadrettede valg i forbindelse med udviklingen af projektets evalueringsramme for omsorgsprojekterne på Aalborg Sygehus.

2.3.5. Sundhedsvæsenets ydelser

I det nedenstående følger en beskrivelse af sundhedsvæsenets ydelser, og de heri indgående dimensioner, sammenholdt med omsorgsbegrebet. Hensigten er at beskrive og skabe et overblik over de dimensioner, som eksisterer i et samlet patientforløb, samt at tydeliggøre, at omsorg udgør et væsentligt aspekt af hele forløbet, som der ikke kan abstraheres fra.

Sundhedsvæsenets ydelser deles traditionelt op i tre dimensioner, der tilsammen danner et holistisk billede af det samlede patientforløb. Ydelserne er således mangeartede og overlapper på tværs af sektorer, organisationer og institutioner. Idet der er tale om gensidige påvirkninger, dimensionerne imellem, bør alle tre dimensioner inddrages i det samlede patientforløb, såfremt fokuset er kvalitetsudvikling.

Dimensionerne eller aktiviteterne bliver beskrevet med forskellige udtryk, afhængig af kilden, men der er i vid udstrækning tale om de samme forhold, blot med forskellige termer. Eksempelvis bliver den første dimension udtrykt som den faglige medicinske kvalitet (BS 2007:21); det kliniske resultat af forløbet (DDKM 2004:6); den medicinske tekniske kvalitet (Ebbensgaard 2003:36) og kerneydelsen (Mainz 2001:173). Den anden dimension som den organisatoriske kvalitet (BS 2007:21); de organisatoriske aktiviteter (DDKM 2004:6); den organisatoriske dimension (Ebbensgaard 2003:36) og den organisatoriske kvalitet (Mainz 2001:173) og den tredje og sidste dimension som den oplevede kvalitet (BS 2007:21); patientens oplevelse af forløbet (DDKM 2004:6); den mellem menneskelige dimension (Ebbensgaard 2003:36) og den patientoplevede kvalitet (Mainz 2001:173).

Den første dimension, *medicinsk tekniske kvalitet*, vedrører forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering et cetera. Der er i denne dimension således tale om de forhold, der vedrører den konkrete udførsel af patientbehandling i forhold til eksempelvis medicinering og pleje.

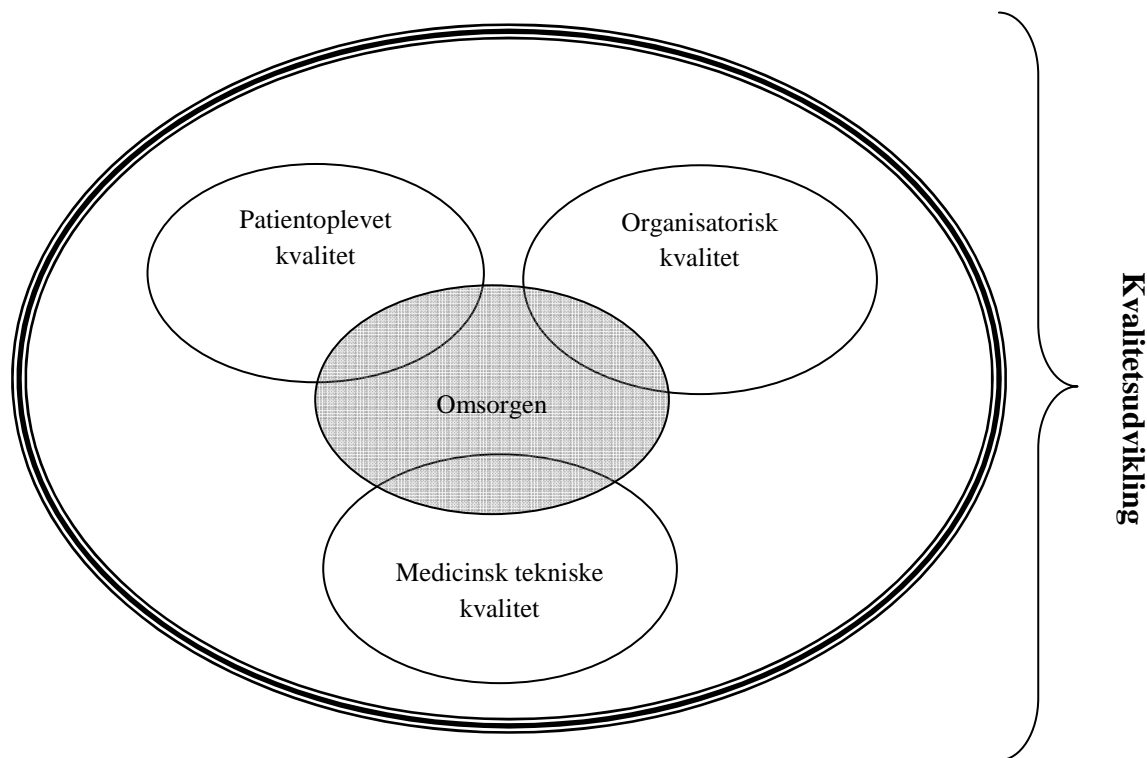
Den anden dimension, *den organisatoriske kvalitet*, omhandler tilrettelæggelsen af patientforløbet, herunder også de tværsektorielle forhold, og er således med til at sikre helhed og sammenhæng i patientforløbene.

Den sidste dimension, *den patientoplevede kvalitet*, drejer sig om mødet mellem patienten og sundhedsvæsenet og de aspekter, der er forbundet hermed. Det er især forhold vedrørende psykologiske, sociale og etiske aspekter der her spiller ind, hvorfor dimensionen således er tæt forbundet med oplevelsen af de første to dimensioners udfoldelse i praksis og patientens oplevelse i forbindelse hermed.

2.3.5.1. Abstraktionsfigur

Med reference til de foregående afsnit, har vi i det nedenstående søgt at illustrere omsorgens forbindelse og relation til de tre konstitutive dimensioner for sundhedsvæsenets ydelser. Formålet hermed er todelt. Dels bibringer nedenstående figur os et visuelt indtryk af omsorgsbegrebets relationelle forhold til sundhedsvæsenets ydelser (de tre dimensioner), dels illustreres med figuren omsorgsfærens indlejring og konstitutive funktion i forhold til disse dimensioner. På den facon kan figuren ligeledes betragtes i et metodisk lys, idet figuren fungerer som en art afstikkende ramme for konstruktionen af de antagelser, der fremadrettet vil danne basis for den videre udvikling af evalueringsrammen.

Figur 1.



I forhold til figuren skal kort nævnes, at cirklen, hvori de fire elementer (cirkler) er indeholdt, symboliserer det samlede patientforløb. På den baggrund bliver alle dele indeholdt i figuren genstande for kvalitetsudvikling, hvilket tillige er søgt illustreret med parentesen til højre. Med udgangspunkt i ovenstående afsnit har vi formuleret vores undersøgelsesspørgsmål.

2.4. Undersøgelsesspørgsmål

I det nedenstående fremgår projektets undersøgelsesspørgsmål. Det er hensigten, at undersøgelsesspørgsmålet skal fungere som en slags rød tråd i forhold til at besvare projektets problemformulering. Det vil med andre ord sige et perspektiv, der kan anlægges og arbejdes ud fra, således kursen i projektet bevares, så at sige. Endvidere er det fundet formålstjenligt at foretage en dekonstruktion af undersøgelsesspørgsmålet med henblik på yderligere klargørelse af betydningen heraf.

Vi har med afsæt i de foreløbige beskrivelser her i projektet, valgt at opstille følgende undersøgelsesspørgsmål:

Undersøgelsesspørgsmål

Hvordan kan der konstrueres en evalueringsramme, der kan vurdere, hvorledes de enkelte forskningsprojekter i afdelinger på Aalborg Sygehus virker, i forhold til målene med indsatsen?

2.4.1.1. Dekonstruktion af undersøgelsesspørgsmål

Hvordan referer til den konkrete metode, der vil danne fundamentet for den endelige evalueringsramme, som projektet har til hensigt at opstille. *Konstrueres* skal forstås som den måde vi med udgangspunkt i vores metodiske tilgang, vælger at udforme den endelige evalueringsramme. Med *evalueringsramme* forstås den færdige ramme, indenfor hvilken det er muligt at evaluere forskningsprojekterne på Aalborg Sygehus, når indsatsen formelt afsluttes i år 2010. *De enkelte forskningsprojekter* er de enkelte forskningsprojekter, der iværksættes i de enkelte afdelinger på Aalborg Sygehus, og som alle har afsæt i det fælles initieringsmateriale for forskningsprojekterne med omsorg som omdrejningspunkt. *Målene* er de mål, der gælder for forskningsindsatsen, og som tidligere er beskrevet i afsnittet om indsatsens mål. Endelig menes der med *indsatsen* den samlede indsats forskningsprojekterne menes at udgøre.

Med ovenstående dekonstruktion af projektets undersøgelsesspørgsmål afrundes denne første del af projektet. Således har sigtet i det foregående været at formidle projektets relativt abstrakte teoretiske grundlag, og den verden det indskriver sig i. Vi har således været omkring det problemfelt, der udgør Aalborg Sygehus' virkelighed, med det pres der eksisterer, og de hensyn der som resultat heraf skal tages. Et af de væsentligste problemer, der gør sig gældende på såvel Aalborg Sygehus

som i resten af sundhedsvæsenet, er forholdet mellem de bløde værdier i de mellem menneskelige relationer og det at praktisere sygepleje i en omskiftelig verden.

2.4.2. Sammenfatning

I det følgende vil projektets første del kort blive sammenfattet.

I forhold til denne første del bliver opgaven at konstruere en ramme, hvori de endelige omsorgsprojekter kan evalueres med henblik på efterfølgende afrapportering. Hermed skal der fremadrettet i projektet fokuseres på de virkninger og processer, som omsorgsindsatsen antages at gennemgå, for dermed at kunne vurdere udfordringerne i at gennemføre en fokuseret omsorgsindsat. En udfordring i dette projekt bliver på den baggrund blandt andet at beskrive og forstå de kontekster, som afdelingerne befinder sig i, og som dermed indvirker på de forskellige processer projekterne kommer til at gennemgå. Resultatet af forskningsprojektet afhænger således af, hvordan de forskellige problemstillinger håndteres i forhold til at yde omsorg, hvorfor den endelige evaluering også vil rumme et formativt sigte. Hermed menes, at omsorgen er et væsentligt element i sygeplejen, og derfor er det også nødvendigt at vide, hvor det går godt, og hvor det går mindre godt, såfremt denne og fremtidige indsatser skal bidrage positivt til udviklingen af de bløde værdier.

Med udgangspunkt heri vil temaet for anden del være en dybere redegørelse for projektets metodiske og designmæssige aspekter. Konkret betyder dette, at der i rammen af projektets første del vil blive foretaget en nærmere præsentation af, og argumentation for, de metodiske og designmæssige valg og fravalg i forhold til projektets overordnede formål. Her vil der især blive lagt vægt på den empiriske beskrivelse af virkningsforståelsen, der findes i forskningsprojektet, og de vilkår og barrierer, der eksisterer i afdelingerne. Slutteligt vil anden del indeholde et yderligere indblik i de værdier og resultater, som tiltaget forventes at komme til at indeholde.

3. Design og metode

I projektets første del, er der blandt andet blevet sat fokus på dette projekt genstandsfelt, fra hvilken problemformuleringen udspringer, og hvor ud fra det er beskrevet, hvordan vi og andre ser på omsorgsbegrebet. Vi har ligeledes beskrevet det opdrag, der også ligger til grund for dette projekt, og i gennemgangen heraf fulgte en initieringsbeskrivelse. Afslutningsvist relaterede vi genstandsfeltet til nogle lidt bredere abstraktioner og betragtninger omkring sammensætningen af sundhedsvæsenets ydelser i regi af patientforløbet.

På baggrund af projektets første del vil det følgende koncentrere fremstillingen omkring de design- og metodemæssige forhold. Vi betragter i den forbindelse overordnet vores undersøgelsesdesign, som værende et *evalueringdesign*. Med dette menes blot, at der ikke umiddelbart findes nogen universel skabelon eller typologi, der kan anvendes som standardmodel i forhold til vores undersøgelses indretning (Nielsen 1998:51). Dermed kan vi ligeledes sige, at vores undersøgelsesdesign også kan ses som et argument for den (videnskabelige) arbejdsproces, der ligger til grund for projektet som helhed. I forlængelse heraf skal det tilføjes, at projektets anden del netop skal ses som en proces frem mod at opstille det, der kaldes en programteori, der efterfølgende kan gøres til genstand for evaluering efter forskningsprojekternes afslutning. Derfor er der ikke tale om en evaluering i traditionel forstand, men om udviklingen af en evalueringsramme, hvor dette projekt vil søge at afdække og beskrive de processer, der netop er forbundet med udviklingen af en sådan evalueringsramme. Denne anden del skal som følge heraf betragtes som en proces mod at udvikle de antagelser, der senere skal testes, for derigennem at være med til at skabe en endelig programteori for omsorgsindsatsen på Aalborg Sygehus.

3.1. Virkningsevaluering som tilgang

Med afsæt i de forudgående beskrivelser, er det valgt, at det videre *metodiske* arbejde skal tage afsæt i rammen af det, der kan kaldes en *virkningsforståelse*. Hvad der mere konkret ligger i en sådan forståelse, vil blive uddybet i nedenstående beskrivelser, hvor bevæggrundene for valget af virkningsevaluering, som rammen for det videre arbejde, ligeledes kort vil blive præsenteret.

Hensigten med dette er dels at bibringe læseren en forståelse af, hvad virkningsevaluering er for en evalueringsmodel og evalueringstype, og dels hvorfor vi har valgt netop denne evalueringstilgang, som vores vej til større forståelse og indsigt i forskningsprojekternes virkemåder.

Helt overordnet kan det siges, at det centrale element i forhold til at evaluere, typisk er det der kan kaldes effektspørgsmålet. Der eksisterer naturligvis også evalueringsmodeller og evalueringstilgange, der ikke i nævneværdig grad vægter effektspørgsmålet, men i stedet fokuserer på andre forhold i en given indsats (Dahler-Larsen 2003).

Effektspørgsmålet drejer sig om, hvorvidt opnåede resultater er forårsaget af den gennemførte indsats eller ej. I den forbindelse handler virkningsevaluering om at nå til en sammenhængende forståelse af, hvordan en indsats via en proces forårsager et resultat. For virkningsevalueringen betyder dette, at positive og negative effekter forstås ud fra et spørgsmål om menneskelige relationer. I forhold til indeværende projekt betyder dette, at indsatsen, altså her forskningsprojekterne, ikke betragtes som isoleret i forhold til forståelsen af resultatet. Populært sagt kan det altså formuleres sådan, at forskningsprojekterne på Aalborg Sygehus ikke udøves i et vakuum.

Inden der for alvor dykker ned i virkningsevalueringens modellen og dennes perspektiver, bliver der kort berørt den kritik, der er fremført mod virkningsevaluering. Sigtet med afsæt i kritikken af virkningsevalueringen, er kort at formidle et andet perspektiv på de udfordringer og arbejdsmetoder, den forestående arbejdsproces står overfor.

Kritikken, som overordnet centres om svagheder og barrierer i virkningsevaluering, går blandt andet på, at vores viden om årsagssammenhænge mellem indsats og resultat (effektspørgsmålet) er begrænset, fordi de virkelige sammenhænge er meget komplekse. Her er argumentet altså, at virkningsevalueringen bliver en meget kompleks evalueringsmodel at arbejde med. Som det senere vil blive udfoldet, kan dette tolkes som en mere eller mindre implicit kritik af proceduren om at opsætte og *teste* den programteori, der i høj grad er omdrejningspunktet i virkningsevalueringen. Hvad denne programteori nærmere består i, vender vi tilbage til. Der kan altså argumenteres for, at

virkningsevaluering synes at have en indbygget tendens til at vokse, hvilket i al væsentlighed igen kan henledes til den komplekse forståelse omkring indsatsen i en kontekst. Vi kan således sige, at det med virkningsevaluering bliver vanskeligt at evaluere op imod én bestemt målsætning, idet der ofte vil være flere målsætninger med indsatsen. Endvidere kan det være vanskeligt at måle på de forhold, der eksisterer i forhold til kausaliteten, idet vi ikke kan se kausalforhold direkte (Humes problem) (Dahler-Larsen & Krogstrup 2003:100). Således kan der fremføres en kritik af virkningsevalueringen i forhold til dens kontekstafhængige forklaringer, der efterfølgende kan være vanskelige at overføre til andre kontekster, hvor den samme type af indsats findes. Dette kritikpunkt kan vi også vælge at henhøre til en kritik af evalueringsmodellens begrænsede generaliserbarhed.

3.2. Virkningsevaluering – en metodisk ramme

Som netop beskrevet i foregående afsnit, handler det i virkningsevalueringstilgangen om at måle, hvorvidt en given indsats også har haft den tilsigtede virkning i forhold til et ønsket resultat.

Nedenstående afsnit vil på den baggrund kort præsentere de forskellige metodiske skridt, der er en indlejret del af arbejdsmetoden i forhold til virkningsevalueringstankegangen. Konkret vil det altså blive søgt at afsætte rammen for de metodiske overvejelser, som senere vil blive udfoldet i sammenhæng med netop virkningsevalueringen.

Vi ved, at et helt centralt mål for virkningsevaluering er at få klarlagt de antagelser, der eksisterer omkring en given indsats' virkning. I virkningsevaluering kaldes disse antagelser for programteorien, og det er som sådan evalueringens formål at bekræfte, afkræfte eller videreudvikle antagelser om indsatser. Forinden er der et andet centralt formål med virkningsevaluering, og det drejer sig om det udviklingsorienterede og dermed formative sigte.

Det formative sigte handler her om, at evalueringen også skal sigte mod at formulere forslag til forbedringer af den indsats, der er genstand for evalueringen.

På den baggrund vil det følgende kort skitsere, hvilke overordnede skridt der skal tages, for at udvikle antagelser. De forskellige trin, som herunder vil blive skitseret, tjener således alle det formål, at de på systematisk vis skal afdække forskellige dele af programteorien, hvilket kort og godt vil sige: de virkningsantagelser, der eksisterer omkring en given indsats. I forbindelse med dette arbejde er der med virkningsevalueringen ikke noget krav om en bestemt dataindsamlingsmetode. Det er dog beskrevet, at der typisk vil blive benyttet spørgeskemaer, observation, fokusgruppeinterview, statistik osv. (Dahler-Larsen & Krogstrup 2003:51).

3.2.1. Elementer i virkningsevalueringens modellen

I det følgende vil de indgående faser i virkningsevalueringen kort blive præsenteret. Dette vil blive gjort med det formål for øje at redegøre for den forestående arbejdsproces for derigennem at bibringe læseren en indsigt i den logik og systematik, hvorunder den fremadrettede undersøgelse vil blive grebet an.

3.2.1.1. De syv faser

I den første fase handler det om at konstruere undersøgelsesspørgsmålet, idet det er undersøgelsesspørgsmålet, der skal styre den resterende del af evalueringen. Dette undersøgelsesspørgsmål har vi som bekendt allerede opsat. Endvidere er det i starten vigtigt at få afgrænset evalueringen i tid og rum.

I fase to fokuseres der på at finde kilder til programteorien. Som netop beskrevet, er der i virkningsevaluering ikke krav om bestemte former for kilder, men eksempler på kilder kunne være: officielle politiske dokumenter, udsagn fra politikere, faglig teori osv. (Dahler-Larsen & Krogstrup 2003:54-55). I indeværende projekt, hvor virkningsforståelserne til dels er drevet af en bestemt faggruppe (sygeplejersker), vil det være oplagt at tage afsæt i denne faggruppens egne virkningsantagelser og efterfølgende lade andre kilder være et supplement hertil. I den forbindelse er det beskrevet, at det ikke er nok med blot én kilde til at skabe programteorien, idet man som evaluator selv må gøre det møjsommelige arbejde med at "rekonstruere" en programteori (Vedung 1998:127-129).

I den tredje fase drejer det sig om at opstille programteorien. Som tidligere nævnt er hovedformålet med at opstille programteorien at tydeliggøre og præcisere de antagelser, der er om en given indsats' virkning. Øvelsen er altså her at bevæge sig mod en mere praksisnær forståelse af virkningsantagelser. Det er i den forbindelse ikke virkningsevaluering – som model – der sætter grænserne for, hvor kompleks eller enkel en programteori skal være, men i stedet helt op til evaluator at vurdere. Eksempelvis kan virkningsantagelserne, for overskuelighedens skyld, visualiseres med det, der kaldes et *flow chart*. Et sådan flow chart vil senere blive præsenteret i projektet efter beskrivelsen af programteorien.

I den fjerde fase skal programteorien gøres klar til evaluering. Overordnet drejer det sig her om at få programteorien gjort så konkret som muligt, idet dette vil gøre det væsentligt nemmere at vælge metoder og indsamle passende data. I denne proces handler det om at finde den rette balance

mellem ens ressourcemæssige kapaciteter og detaljeringsniveauet omkring målepunkterne i evalueringen.

Femte fase omhandler valg af metode i forhold til de forskellige målepunkter (kamerapositioner). Her foreskriver virkningsevaluering ikke nogen konkret eller bestemt metodisk tilgang, hvorfor det er undersøgernes opgave at definere målepunkterne.

I den sjette fase skal der indsamles data. Dataindsamlingen følger som udgangspunkt de kameraer, der er opsat ud fra programteorien. Stødes der i denne fase på observationer, der ikke på forhånd er beskrevet i programteorien, kan disse inkorporeres i programteorien, hvilket igen skal medvirke til en så virkelighedsnær programteori som overhovedet muligt.

I den syvende og sidste fase skal der analyseres og konkluderes. Det handler således her om, hvorvidt virkeligheden stemmer overens med det, som programteorien foreskriver. For at opnå et fyldestgørende svar på dette skal der dels samles op på, om indsatsen er blevet implementeret, så den svarer til programteorien, og dels skal der svares på, om resultatet har indfundet sig som forudsagt af programteorien. Evalueringens konklusion afhænger helt af svaret herpå.

3.3. Hvorfor virkningsevalueringstilgangen?

I det nedenstående er det hensigten at formidle den undersøgelsestilgang, der er en indlejret del af virkningsevalueringen. I den forbindelse vil vi kort skitsere, hvordan virkningsevalueringen adskiller sig fra den mere klassiske effektevaluering i sin tilgang og analysestrategi.

Virkningsevaluering er en evalueringstype, der i sit resultatsigte kommer forholdsvis tæt på de forståelser, der ligger i den mere effektorienterede evaluering. Effektevaluering kan her ses som prototypen på den rationalitetsforståelse, der er omkring kausalforholdet indsats – resultat. Det betyder, at effektevalueringen arbejder med udgangspunkt i en kausalforståelse, der siger, at en given indsats kan isoleres fra andre påvirkninger (variabler), mens virkningsevalueringen opererer ud fra en mere *procesorienteret* forståelse, der i stedet søger at forstå et givent resultat.

Som et kontrafaktisk ræsonnement, i forhold til valget af virkningsevaluering, kunne vi også have valgt at bruge den undersøgelsesstrategi Maxwell kalder for den variansbaserede strategi til empirisk afdækning (Maxwell 1996:20). I så fald vil dette kræve, at vi, alt andet lige, vil skulle kunne sige, at der er tale om en isoleret indsats/intervention (forskningsprojekterne). Med andre ord skal det altså kunne godtgøres, at der er tale om en kausalsammenhæng mellem indsats og resultat, og at indsatsen skal kunne isoleres fra andre påvirkninger. I den forbindelse kunne det kvasi-eksperimentelle undersøgelsesdesign vælges, hvorved en given samvariation ville kunne blotlægges ved at inddrage eksempelvis to sygehuse (cases), ét hvor en forskningsindsats med omsorg som omdrejningspunkt foregår, og ét hvor en sådan forskning ikke foregår. Konkret mener vi dog ikke, at det vil være hensigtsmæssigt at følge denne strategi, idet der i dette projekt er tale om en igangværende indsats, samt, at det er vanskeligt at argumentere for, at indsatsen kan isoleres fra andre påvirkninger.

Med udgangspunkt i vores undersøgelsesfelt har vi i stedet valgt at tage afsæt i den procesbaserede strategi i den empiriske afdækning af kausalforholdet (Maxwell 1996:20). Med den procesbaserede strategi, og dermed også virkningsevaluering, sættes der fokus på, hvordan det går til, at X påvirker Y. Det vil med andre ord sige, at undersøgelsen fokuseres omkring det at opstille en ”teori” om hvad det er ved X, der forårsager en ændring i Y. Set i forhold til dette projekt, handler det altså om at finde de forhold i forskningsprojekterne, der er logisk forbundet med ændringerne i resultatet. Det er ikke mindst i dette forhold, altså ved specifikt at fokusere på forklaringer, at virkningsevaluering afskiller sig fra klassisk effektevaluering (målopfyldelsesevaluering). Dermed er virkningsevaluering ej heller interesseret i finde den samlede effekt, men i stedet fokuseret på at

kunne konkludere på, hvad der virker for hvem, under hvilke omstændigheder og med hvilke forventede effekter. På den facon kan vi med virkningsevalueringen kvalificere de evalueringskriterier, der bruges i den endelige evalueringsramme.

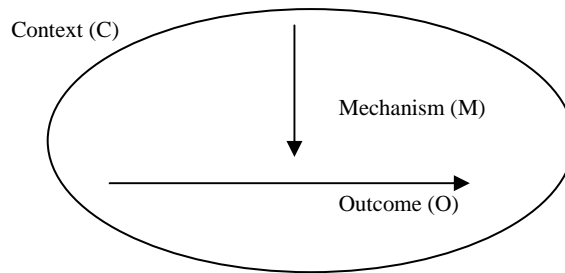
Vi vil i nedenstående synliggøre og præcisere ovenstående procesbaserede forståelser yderligere med udgangspunkt i det, der kaldes CMO'er.

Et afrundende argument for at vælge virkningsevaluering som metodisk tilgang er, at den fungerer som en effektiv lagring af den viden, der tilvejebringes ved gentagne evalueringer. Dette er ikke af ubetydelig værdi, idet vi i stor udstrækning arbejder med sociale processer, som kan være ressourcemæssigt vanskelige at kortlægge fra evaluering til evaluering. Dette formative sigte bliver tillige et centralt element i arbejdet med at udvikle og forme omsorgsindsatsen fremadrettet på Aalborg Sygehus. Alt i alt synes virkningsevalueringstilgangen således på afgørende vis at udgøre et godt udgangspunkt for arbejdet med undersøgelsesspørgsmålet.

3.3.1. Context-mechanism-outcome

De engelske evalueringsforskere, Pawson og Tilley, der står centralt i forhold til udviklingen af virkningsevaluering (Realistic evaluation), beskriver virkningsforståelsen mellem indsats og resultat, ud fra de såkaldte CMO-konfigurationer (Pawson & Tilley 1997). En CMO-konfiguration bestemmer, hvordan en bestemt mekanisme under bestemte betingelser giver et bestemt resultat. I den forbindelse bliver det med virkningsevalueringen et mål at finde de såkaldte *generative mekanismer*, da udgangspunktet her er, at det er disse, der får en ændring til at indfinde sig. Det skal i en parentes nævnes, at det i og for sig er lidt misvisende at tale om mekanismer i en statisk forståelse, idet disse netop er (socialt) konstruerede. I forhold til denne terminologi bliver det altså med projektets undersøgelsesspørgsmål målet at fremsætte en empirisk testet; context, mechanism, outcome pattern configuration (CMOCs') (Pawson & Tilley 1997).

Forholdet mellem outcome, mekanisme og kontekst kan forklares som en generativ mekanisme, hvor mekanismen (M) er udtryk for det, der i den givne kontekst skaber sammenhængen mellem uafhængige variabler (C) og den afhængige variabel/outcome (O). CMO-konfigurationen kan skitseres som vist i figur 2:



Figur 2 har til formål at illustrere, hvordan kontekst, mekanismer og outcome står i forhold til hinanden. I den forbindelse bliver CMO-konfigurationen et grundlag for at forstå de forhold, virkningsevalueringen gør os i stand til at sige noget om. Det vil i forhold til CMO-konfigurationerne sige: Hvad virker for hvem (mekanismer), under hvilke omstændigheder (kontekst) og med hvilke forventede effekter (outcome).

Prøver vi en gang at eksemplificere ovenstående tankesæt i forhold til indeværende projekt, så vil en afdeling (kliniske praksis) eksempelvis udgøre en kontekst. Det kan være afdelings kultur, ledelse, sygeplejerskerne, de fysiske forhold, patientforløbene, arbejdsvilkårene, de teknologiske forhold og fysiske forhold osv. Disse forhold udgør alle en kontekst for forskningsprojektets (indsatsens) virkning, og dermed bliver de tillige en del af den generative mekanisme. Kigger vi på moderatorerne, så fungerer disse som (en slags) sluse i forhold til graden af den virkning, der eksisterer mellem forskningsprojekterne og resultaterne heraf. En moderator kan eksempelvis være de fysiske forhold på en afdeling. Det vil sige, at indsatsen modereres via de fysiske rammer på afdelingen. Et eksempel herpå kunne være, at afdelingen måske ikke har et samtalerum, eller at de generelle forhold på afdelingen er af en sådan karakter, at en ideel omsorgsrelation mellem eksempelvis sygeplejerske og patient ikke kan tilvejebringes. Det interessante ved moderatorerne er imidlertid, at de godt kan virke fremmende på én indsats, mens de på en anden, eller andre, kan virke hæmmende.

Argumentet for at udpensle CMO-konfigurationerne er at pointere det vanskelige i, blot at vurdere/evaluere en indsats, eksemplificeret her ved en række forskningsprojekter centreret omkring omsorg, ud fra et decideret input/output-forståelse. Her er målet i stedet at realitetsteste de antagelser, der gør sig gældende omkring en given virkning i forhold til en indsats (Dahler-Larsen & Krogstrup 2003:51). Det er i dette sigte, at virkningsevalueringens tilgang kan danne et godt grundlag for at udpege de steder, hvor man med fordel kan sætte ind med justeringer i forhold til de mål, man måtte have for forskningsprojekterne. Argumentet er altså, at vi kun gennem en

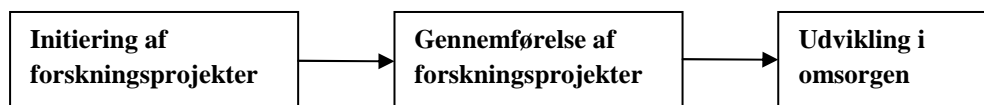
kvalificeret viden om den proces, der er en del af den igangsatte indsats, vil kunne nærme os en større forståelse af de effekter, der er i forhold til udbyttet af de igangsatte forskningsprojekter. I forhold til indeværende projekt tjener virkningsevalueringstilgangen således netop som en metode til opsamling og formidling af den opsamlede viden. I den forbindelse er det beskrevet, hvordan virkningsevaluering kan fungere som en god metode til at formidle en dialog mellem fagprofessionel viden og administrativ styring (Dahler-Larsen & Krogstrup 2003:52). Dette må tillige siges at være aktuelt i nærværende projekt.

3.3.1.1. Kausalsammenhænge

I det følgende vil vi forholde omsorgsprojekterne (forskningsprojekterne) til den virkningstankegang, der er blevet udlagt i det forrige afsnit. Formålet hermed er at sammenfatte de forståelser, vi på nuværende tidspunkt har af kausalsammenhængen mellem indsats og resultat. Det vil sige, at vi i det nedenstående nærmere vil redegøre for, hvordan vi ser processerne indplaceret i forhold til forskningsprojekternes mål om at være et udgangspunkt for at udvikle omsorgen på Aalborg Sygehus. Det skal naturligvis pointeres, at illustrationerne i det nedenstående ikke bør betragtes som billeder på den eksakte (forsknings) proces, som den for eksempel tager sig ud på en afdeling, men i stedet tjener det formål at være med til at formidle den optik vi vil anvende fremadrettet i forhold til at komme nærmere en forståelse af forskningsprojektkernes virkningsmuligheder.

Grundlæggende arbejder Aalborg Sygehus ud fra en forståelse af, at etableringen af et fælles sygeplejefagligt forskningsprojekt både styrker sygeplejen som fag og praksis, hvilket er medvirkende til at sikre, at sygeplejen på Aalborg Sygehus til stadighed baseres på omsorgsetiske handlinger (Delmar et al. 2007:4). Det er i gennemførelsen af omsorgsprojekterne, at man fokuserer på, og forbedrer indsatsen over for, patienter og pårørende, således at udvikling af omsorgen er den endelige målopfyldelse. Dog rummer indsatsen også fire andre mål, beskrevet ved de værdier et forskningsprojekt menes at rumme. Disse mål er også væsentlige i forhold til at vurdere den samlede indsats.

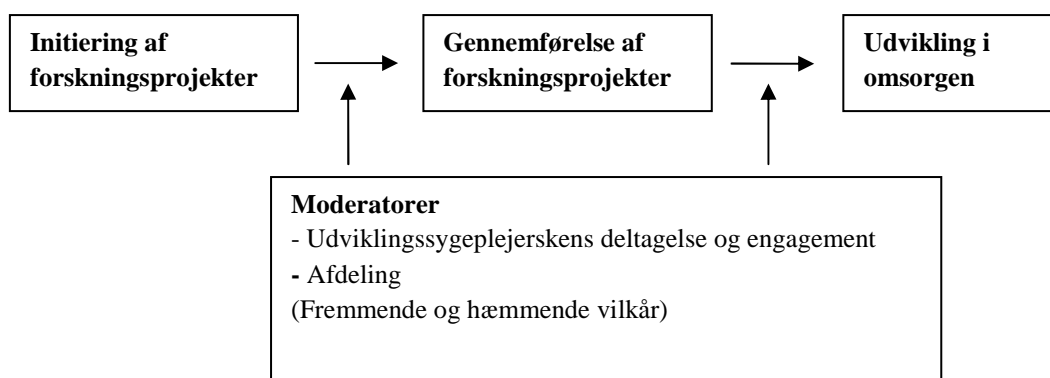
Ovenstående forståelse er i det nedenstående søgt illustreret i et simpelt kausaldiagram.



Virkningsforståelsen er dog stadig for simpel til, at den kan anvendes til at opstille en egentlig programteori ud fra. Dette skyldes, at der er flere forskellige elementer, der kan påvirke den kausale sammenhæng, der ligger i virkningsforståelsen. Disse påvirkninger kaldes som nævnt moderatorer, og bestemmer i hvilket omfang, og hvordan, indsatsen virker. Som det er søgt eksemplificeret i forrige afsnit, påvirker moderatorerne ikke den enkelte variabel i virkningsforståelsen, men derimod sammenhængene mellem variablene. Det betyder, at moderatorerne opstiller betingelser for, at indsatsen får et bestemt resultat (Dahler-Larsen & Krogstrup 2003:105).

Der er flere sammenhænge i den konkrete kausalsammenhæng, som moderatører kan påvirke. For det første er der sammenhængen mellem igangsættelsen af forskningsprojekterne og gennemførelsen af disse. For det andet er der sammenhængen mellem gennemførelsen af forskningsprojekterne og udviklingen i omsorgen. Karakteren af disse moderatører er blot eksempler, idet de mere situationsbestemte sammenhænge først kan udledes gennem yderligere undersøgelser. Det nedenstående skal således blot ses som eksempler på, hvordan moderatører antages at kunne påvirke indsatsen i de forskellige led.

Mellem igangsættelsen og gennemførelsen af forskningsprojekterne er det eksempelvis vores antagelse, at sygeplejerskernes deltagelse og engagement er modererende i forhold til processen (Wiwel og Leegaard 2007). Det begrundes i den antagelse, at en højere grad af engagement alt andet lige må antages at have en positiv indflydelse på processen i forskningsprojekterne og dermed i udviklingen af omsorgen (resultatet). Ligeledes antages afdelingen, herunder den kontekst i hvilken projekterne gennemføres, at være afgørende for indsatsens forløb. Som nævnt tidligere kan der eksempelvis være problemer med den fysiske indretning på en afdeling, hvilket kan influere på muligheden for at yde omsorg. Ligeledes kan det antages, at kulturen i den enkelte afdeling virker modererende på indsatsen. Mellem gennemførelse af forskningsprojekterne og udviklingen i omsorgen, antages der ligeledes at være moderatører. I det nedenstående kausaldiagram er det søgt illustreret, hvorledes de netop givne eksempler på moderatører som fremmende og hæmmende, tænkes at moderere de forskellige led omkring indsatsen.



Ovenstående kausaldiagram skal betragtes som det foreløbige billede af sammenhængen mellem igangsættelsen af forskningsprojekterne og udviklingen i omsorgen på Aalborg Sygehus. Det vil med andre ord sige, at det er den virkningsforståelse, det på nuværende tidspunkt, teoretisk er

fundet centralt at formidle. I det næstfølgende afsnit vil vi således komme nærmere ind på, hvordan vi kildemæssigt mere konkret har søgt at udvikle vores antagelser i forhold til at kunne opstille en troværdig programteori.

3.4. Udvikling af grundantagelser

Formålet med det følgende afsnit er kort at redegøre for, hvilke kilder der er inddraget for at kunne opstille og udvikle begrundede antagelser (teser) i forhold til indsatsen på Aalborg Sygehus. Det er hensigten, at antagelserne om indsatsens processer og sammenhænge skal danne grundlag for den interviewguide, og dermed den empiri, der senere vil blive redegjort for og analyseret.

Opbygningen af antagelser har således et formativt sigte, idet disse vil blive afkræftet, bekræftet og videreudviklet, således indsatsens programteori fremstår så nøjagtig og troværdig, som det i denne undersøgelse er muligt at tilvejebringe. Programteorien er, som tidligere beskrevet, omdrejningspunktet i en virkningsevaluering, idet den udgør den begrundede forestilling om hvordan, og hvorfor den, af evalueringen undersøgte indsats, kunne tænkes at virke (Dahler-Larsen & Krogstrup 2003:51). Derfor er det vigtigt at finde frem til en programteori, der er i overensstemmelse med det syn, der er på årsagsvirkningsforholdet i den organisation som evalueringen udføres i. Det er ikke alene vigtigt at finde frem til en programteori, der er forankret i organisationen, det skal også undersøges, om der arbejdes med forskellige årsagsvirkningsforhold og dermed programteorier i forskellige led i organisationen.

Baggrundsmaterialet til antagelserne om programteori, udgøres af blandt andet dokumenter udformet i arbejdsgruppen af udviklingssygeplejersker, der står bag igangsættelsen af forskningsprojektet. Ligeledes har indledende møder med opdragsgiver, samt den samlede udviklingssygeplejerskegruppe, været med til at konstruere antagelserne. I forlængelse heraf kan der henvises til bilag 1, hvori nogle overordnede betragtninger omkring emner for forskningsprojekterne er beskrevet. Herudover har vi deltaget i en temadag afholdt på Aalborg Sygehus, hvor forskningsprojektet blev diskuteret i grupper. Derudover var der en række af oplæg fra ledelsen, samt oplæg fra patienter, der redegjorde for deres møde med sundhedsvæsenet, og for hvordan de så omsorgen udtrykt heri. Endelig er sekundære kilder inddraget til at skabe en større forståelse af, hvordan udenforstående, hvilket vil sige personer der ikke direkte er knyttet til Aalborg Sygehus, opfatter og beskriver omsorgen og de bløde værdier i sundhedsvæsenet. Ligeledes er der kastet et blik på diverse sygeplejefaglige teorier for at få et begreb om, hvordan denne faggruppes tilgang til feltet beskrives. Disse teoretikere er eksempelvis Patricia Benner (Benner og Wrubel 1989), Kari Martinsen og K.E. Løgstrup. De sekundære kilder er ikke direkte med til at udvikle programteorien, men fungerer indirekte ved at påpege nogle områder i feltet, hvor der muligvis kan eksistere relevante, modererende faktorer. I forlængelse heraf kunne man i det

videre arbejde også inddrage de to væsentlige grupper, lægerne samt patienter og pårørende, idet disse må antages at have en modererende effekt på indsatsen. Vi har dog med henvisning til primært ressourcemæssige hensyn, valgt ikke at lade disse to grupper medvirke i opbygningen af programteorien. Dermed kan vi sige, at disse to grupper fremstår som en slags *blackbox*, hvis betydning dog ikke bør undervurderes.

3.4.1. Videreudvikling af antagelser

Med afsæt i det ovenstående er der formuleret et udgangspunkt for det fremadrettede arbejde. I forbindelse hermed handler det nu om at videreudvikle antagelserne, således der kan tilvejebringes yderligere viden og indsigt omkring indsatsen, og herunder de forhold, der må forventes at moderere denne. I forhold hertil fremføres der i det nedenstående en række argumenter for at inddrage det kvalitative interview, som metoden til at opbygge begrundede antagelser om sammenhænge, der for indeværende muliggør opstillingen af en nuanceret programteori.

3.4.2. Omsorg og værdier på Aalborg Sygehus

Det fælles udgangspunkt for omsorgsprojekterne, beror på den konsensusforståelse, der er beskrevet tidligere i projektets første del, hvor omsorgsprojekterne etableres på et fælles værdigrundlag med fire centrale mål. Til trods for, at målbeskrivelserne er udarbejdet i fællesskab, kan målenes betydning og fremtrædelsesform være forskellige i de enkelte kontekster, hvorfor det er centralt at afdække, hvordan de enkelte udviklingssygeplejersker tænker disse fire mål. Det kan her tilføjes, at en sådan konsensusforståelse groft sagt kan være resultatet af nogle forhandlingskampe, og forståelsen derfor kan tendere mod en generel beskrivelse, der ikke indfanger de enkelte afdelingers specifikke kontekster. Man kan derfor antage, at der i disse forhandlingskampe efterlades et udfyldt rum til den enkelte udviklingssygeplejerske, som denne i det konkrete projektarbejde selv vil søge at udfylde på baggrund af egne fortolkninger af den generelle konsensus. Ligeledes gør samme problematik sig gældende for omsorgsbegrebet. Antageligt har omsorgsbegrebet på Aalborg Sygehus det fællestræk, at det indtænkes i de mellem menneskelige relationer og omsorgen er således noget der foregår mellem omsorgsyder, patient og pårørende. Som et eksempel på et behov for uddybning af omsorg og værdier i sygeplejen, kan temadagen den 30. maj 2007 på Aalborg Sygehus, omhandlende de forestående omsorgsprojekter, nævnes. Vi deltog som projektgruppen i den pågældende temadag, hvor diskussioner i grupper gav et indblik i, at til trods for at der er udarbejdet fælles retningslinier, eksisterer der ikke, ikke overraskende, absolut konsensus om forskningsprojekternes indhold. Til dagen var der udarbejdet en række spørgsmål (bilag 2) med

henblik på netop at afdække, hvordan man i afdelingerne forholder sig til værdier og omsorg. Disse forskellige synspunkter er naturligvis endnu et argument for at gennemføre de kvalitative interviews, således graden af forskellighed og konsensus kan afdækkes. Dermed står vi med nogle centrale elementer, der skal klarlægges, såfremt vi skal kunne opstille en evalueringsramme med kriterier, der samtidig er dækkende for alle afdelinger.

For kort at opsummere på det ovenstående afsnit, så viser det sig, at der i kildematerialet, såvel som i initieringsprocessen, eksisterer rum for en række af antagelser, der efterfølgende skal udbygges og udvikles med henblik på at konstruere programteorien. Antagelser om sammenhænge er på nuværende tidspunkt centreret omkring indsatsens mål, omsorgen og de mellem menneskelige relationer, samt de moderatorer der influerer på indsatsen. Disse antagelser vil blive udviklet gennem kvalitative interviews, hvilket de følgende afsnit vil gå dybere ind i.

3.5. Kvalitative interviews

I det efterfølgende beskrives de delelementer, der indgår som en bestanddel af arbejdsmetoden frem mod gennemførelsen af interviewene. Som netop beskrevet, er der udviklet nogle antagelser omkring indsatsen. Det er disse antagelser, der i det efterfølgende udarbejdes og beskrives en metode til at teste og udvikle.

Argumentet for valget af kvalitative interviews beror på en opfattelse af, at vi må skabe os et større indblik i de involverede personers opfattelse og forståelse af en række forhold omkring deres afdelinger, opfattelser af omsorgsbegrebet, de mellem menneskelige relationer og andre faktorer, der menes at være relevante i forhold til at udvikle programteorien. I den forbindelse bliver det kvalitative forskningsinterview interessant, fordi det fokuserer på at tilvejebringe viden om informantens verdensopfattelse. De kan således danne baggrund for fortolkninger af meningen med de beskrevne fænomener (Kvale 1994:41). Det kvalitative interview er metodisk associeret med en induktiv undersøgelsesapproach, hvilket i denne undersøgelse også anses som en logisk tilgang til det videre projektføreløb.

I projektets første del kan man sige, at vi beskrev omsorgsbegrebet overordnet, samt specifikt i forhold til Aalborg Sygehus. Ligeledes blev de mål, der er fremtrædende i beskrivelsen af omsorgsprojekterne, forsøgt konkretiseret til nogle overordnede antagelser, der blandt andet er udledt på baggrund af nogle processer, der er foregået imellem udviklingssygeplejerskerne i initieringsfasen. Vi står dermed med nogle generelle antagelser fra det teoretiske felt og fra Aalborg Sygehus. Dette er dog ikke et holdbart grundlag i forhold til at udlede evalueringskriterier, der tager hensyn til Aalborg Sygehus som helhed og ej heller i forhold til de enkelte afdelinger. Det anses derfor for nødvendigt, såvel som givtigt, at gennemføre interviews med et givent antal informanter, således vi via denne induktive tilgang kan tilføre vores undersøgelse noget ”kød og blod” så at sige. Hensigten er således at tilvejebringe viden fra den enkelte informant om, hvordan denne ser indsatsen, processerne og resultaterne i forhold til det forestående forskningsprojekt. Ved denne induktive tilgang, bliver det muligt at opbygge og videreudvikle de antagelser, der senere skal anvendes i konstruktionen af indsatsens programteori.

3.5.1. Det semi-strukturerede interview

Vi har, i forhold til den konkrete tilgang til interviewene, valgt at tage udgangspunkt i det, der kaldes det semi-strukturerede interview. Dette er en interviewform, der placerer sig mellem det strukturerede interview og det eksplorative interview. Endvidere har vi valgt at stille åbne spørgsmål til interviewpersonerne. Ræsonnementet bag dette valg er, at det på en hensigtsmæssig facon sikres, at informanten får gode betingelser for at komme med sine egne forklaringer og holdninger til de forhold, der spørges ind til. På den måde får vi grundlag for at trække på nogle resultater, der stikker dybere end de forståelser, der kan trækkes ud fra eksempelvis de strukturerede interviews (Pole & Lampard 2002:128-129, 140-141).

3.5.2. Interviewguiden

Før vi kan starte på interviewene, uarbejdes der en interviewguide. Således vil vi her opridse, hvad det er vi mener, at interviewguiden skal sikre i forhold til interviewgennemførelsen. En række forhold i henhold hertil er behandlet relativt fyldestgørende, idet vi opfatter interviewguiden som et vigtigt redskab i forhold til den konkrete udførsel af den praktiske metode. Det er her særdeles vigtigt at pointere, at antagelserne om virkninger, processer og sammenhænge, der tidligere er beskrevet, udgør interviewguidens konkrete udformning. Stringensen i interviewguiden er således tilvejebragt på baggrund af antagelserne om virkninger og moderatorer, der har været muligt at opstille på baggrund af de kilder, der har været til rådighed. Vi opfatter således interviewguiden som et vigtigt redskab i forhold til at afprøve de generelle antagelser på det specifikke afdelingsniveau, og dermed også som et centralt element i arbejdet med at konstruere programteorien. Som en konsekvens af ovenstående argumenter omkring relevansen af en interviewguide, har vi udarbejdet en interviewguide, hvor der samtidigt er redegjort for, hvilke faktorer de forskellige spørgsmål menes at afdække (bilag 3).

Et argument for udformningen af interviewguiden er, at det er den, der sætter rammerne for interviewets gennemførelse. Interviewguiden er indrettet sådan, at den løbende gennem interviewet kan hjælpe interviewerens med at komme omkring de relevante emner og tematikker. Intervieweren behøver dog ikke at følge guiden slavisk, men kan blot benytte spørgsmålene som en guideline i forhold til at komme omkring de ting, der er centrale at få belyst med interviewet. Samtidig åbner den semi-strukturerede interviewtilgang op for at stille uddybende spørgsmål, hvilket giver øget mulighed for at få flere nuancer frem i informantens svar. På måde kan man følge interessante spor i interviewet og altså således få øje på nye interessante temaer. Man kan også tænke sig, at der i et

interview bliver påpeget eksempelvis en problemstilling, hvilket man så i et efterfølgende interview eventuelt kan vælge at få uddybet af en anden informant. Dette er beskrevet som et af de kvalitative forskningsinterviews stærke side (Pole & Lampard 2002:131).

Helt konkret indledes interviewet med spørgsmål omkring den interviewede persons uddannelsesmæssige baggrund, herunder tidspunkt for færdiguddannelse samt supplerende uddannelser. Herefter spørges der til den/de konkrete afdeling/afdelinger, den interviewede er tilknyttet og herunder karakteristikker (kontekst). Efterfølgende stilles der spørgsmål omkring informantens oplevelse af forskningsprojekterne, hvordan denne ser omsorgen i de mellem menneskelige relationer, værdier og mål for projekterne, og endeligt spørges der indtil det samlede patientforløb, som antaget ved abstraktionsfiguren, jf. projektets første del. Hensigten med disse spørgsmål er, som det også fremgår af interviewguiden, at få efterprøvet og udbygget de antagelser, der er berørt i det tidligere. Herefter kan analysen af interviewene bidrage til at konstruere og udvikle programteorien og dermed den endelige evalueringsramme for omsorgsindsatsen og forskningsprojekterne.

Da formålet med at gennemføre interviewene blandt andet er at opbygge en større forståelse og indsigt i de forhold, vi spørger ind til, vil der ikke som udgangspunkt være de store variationer i spørgsmålene, der stilles de enkelte informanter. Fokus er altså på, grundlæggende at få afdækket de samme tematikker, men blot fra forskellige synsvinkler. Interviewpersonerne har selv valgt tid og sted for interviewet. Denne fremgangsmåde er valgt med udgangspunkt i ovenstående argument om, at personerne skal kunne føle sig tilpasse i interviewsituationen. Forud for interviewets start er informanten blevet præsenteret for, hvad projektet drejer sig om (bilag 4). Samtidig informeres der om, hvordan det forholder sig med informantens fortrolighed og integritet. Disse forhold er nedskrevet og underskrevet i en samtykkeerklæringen, der udleveres inden interviewets start (bilag 5).

3.6. Udvalgelse af informanter

Dette projekt hviler på en forståelse af forskningsprojekterne som genstand for et bredspektret virkeområde. Med dette menes, at forskningsprojekterne naturligvis er tænkt og rettet primært mod patienter og pårørende som målgruppe for omsorgen, men også, at forskningsprojekterne er tænkt havende en funktion og berettigelse i forhold til det organisatoriske niveau på Aalborg Sygehus. På den baggrund er udvælgelsen af informanter styret af en hensigt om at indfange denne kompleksitet. Samtidigt ønsker vi, i konteksten af ovenstående, samt øvrige ressourcemæssige forhold, at skabe et fyldigt og nuanceret empirigrundlag. Med udgangspunkt heri vil idealinformanten være en person, der er direkte involveret i alle dele af forskningsprojekterne. Det vil sige, at idealinformanten er indrulleret i både initierings- og udførelsesprocessen. Det er dette udgangspunkt, der vil ligge til grund for den konkrete udvælgelse af informanter.

I afsnittet nedenfor vil vi redegøre for, hvordan udvælgelsen af disse informanter er foregået. Sigtet med et sådant afsnit er todelt, idet vi både ønsker at skabe den størst mulige gennemsigtighed i udvælgelseskriterierne og samtidig ønsker at føre argumentation for de valg, vi har foretaget, i det vi kan kalde et krydsfelt mellem metodiske overvejelser og praktisk udførelse.

I forhold til udvælgelsen af informanter, har vi opsat kriterier for denne udvælgelse (bilag 6). Disse kriterier skal sikre, at vi i forhold til informanterne når den størst mulige repræsentativitet i forhold til den samlede population samt i forhold til restriktionen om idealinformanten, som nævnt i det ovenstående. Det betyder for det første, at informanterne skal komme fra forskellige afdelinger. Der er en forståelse af, at til trods for at informanterne kommer fra den samme organisation, det vil sige Aalborg Sygehus, kan der i vid udstrækning eksistere forskellige kulturer i de enkelte afdelinger og dermed kan der være faktorer, som gør sig gældende på én afdeling, mens disse faktorer er fraværende på andre afdelinger. Ved at inddrage informanter fra forskellige afdelinger, vil der ikke blot være fokus på de forskellige kulturer, der eksisterer i de enkelte afdelinger, men også på det arbejde, der udføres på afdelingen. Ligeledes kan de patienter, der håndteres i de forskellige afdelinger, være med til at udfordre sygeplejerskerne i dagligdagen og dermed stille forskellige krav til sygeplejerskerne i forhold til eksempelvis udøvelse af omsorg i forskellige fagspecifikke situationer. For det andet, skal informanterne vælges på baggrund af afdelingens størrelse. Størrelsen på en afdeling anses som havende en indflydelse på såvel samspillet mellem sygeplejersker og patienter, samt sygeplejerskerne imellem hverandre og mellem andre faggrupper. Derfor er det nødvendigt at få et indblik i hvilke barrierer og faktorer, der spiller ind i forhold til

omsorgsydelsen, således det tydeliggøres, hvilke forhold man i konteksten skal være opmærksomme på i de enkelte afdelinger. Endeligt skal informanterne udvælges på baggrund af de patientforløb, der eksisterer på afdelingerne. Her vægtes især længden af en patients indlæggelse. Der er afgjort en forskel på, om en patient indlægges og udskrives samme dag, eller om patienten er indlagt i flere uger, samt i hvilken grad patienten er sygdomsramt. Forskellige typer af patientforløb stiller naturligt nok også forskellige krav til udøvelsen af omsorg, tilgangen til patienten og de pårørende, og derfor skal der også her være repræsentativitet i forhold til informanterne.

Med afsæt i ovenstående, har vi valgt udviklingssygeplejerskerne som informantgruppe, idet denne gruppe af sygeplejersker klart synes at matche sigtet med undersøgelsen bedst.

Udviklingssygeplejerskerne udgør således et bindeled mellem såvel afdelingsniveau samt det mere overordnede organisatoriske niveau, da de netop befinder sig mellem praksis og udvikling.

Ligeledes udgør udviklingssygeplejerskens faglige profil også et argument, idet disse dels har været beskæftiget i praksis og dels ofte har taget supplerende uddannelser. Udviklingssygeplejerskerne har derfor en viden om den konkrete udøvelse af sygepleje kombineret med teoretiske perspektiver, og dette anses som informationer, der i samspil med hinanden, antageligt vil bidrage til et mere nuanceret interview og dermed empiri af mere nuanceret karakter. Idet der udelukkende inddrages informanter fra udviklingssygeplejegruppen, frasorteres andre informanter der ellers også kunne bidrage med væsentlig empiri. Eksempelvis kunne man interviewe en række læger og således få nogle andre perspektiver på indsatsen, omsorgen, de fire mål og patientgruppen. Dette ville sandsynligvis skabe øget forklaringskraft i forhold til at forklare de processer, der i indsatsen vil finde sted, og dermed udbygge forståelsen af moderatorer qua lægernes hæmmende og fremmende indflydelse på indsatsen. Det er dog ingen hemmelighed, at lægerne og sygeplejerskerne ofte har nogle forskellige perspektiver på de samme forhold; det ved vi fra både medierne og tidligere projekter (Wiwel og Leegaard 2007), men eventuelle konflikter mellem disse to grupper er ikke fokusområdet i dette projekt. Det skal derfor blot holdes in mente, at ikke inddragede aktører (patienter og pårørende, social – og sundhedshjælpere, sygehusledelsen, eksterne interessenter som eksempelvis politikere, interesseorganisationer etc.) også har en indflydelse og forklaringskraft, og at viden omkring disse aktører med fordel kunne tilvejebringes i en større undersøgelse.

Vi har, på baggrund af blandt andet ressourcemæssige hensyn, valgt at gennemføre interviews med seks ud af i alt 13 udviklingssygeplejersker fra Aalborg Sygehus. Proceduren var, at vi fremsendte udvælgelseskriterierne til opdragsgiver, og samtidigt bad opdragsgiver, som i arbejdsprocessen her, omkring udvælgelse af informanter, har den klassiske gatekeeper rolle, om at forestå kontakten til

de seks informanter. Det forhold, at opdragsgiver her er gatekeeper mellem os og informanterne, mener vi ikke er kompromitterende i forhold til vores undersøgelse, idet udvælgelsen netop er sket med udgangspunkt i de af os opstillede kriterier (bilag 6).

3.6.1. Analysestrategi

I det følgende afsnit vil vi beskrive vores analysetilgang. Idet vi i dette projekt metodisk opererer i rammen af en virkningsevaluering, og dermed en procesforståelse fremstillet ved en programteori, vil analysen tage sit udgangspunkt i de enkelte faser i den samlede proces.

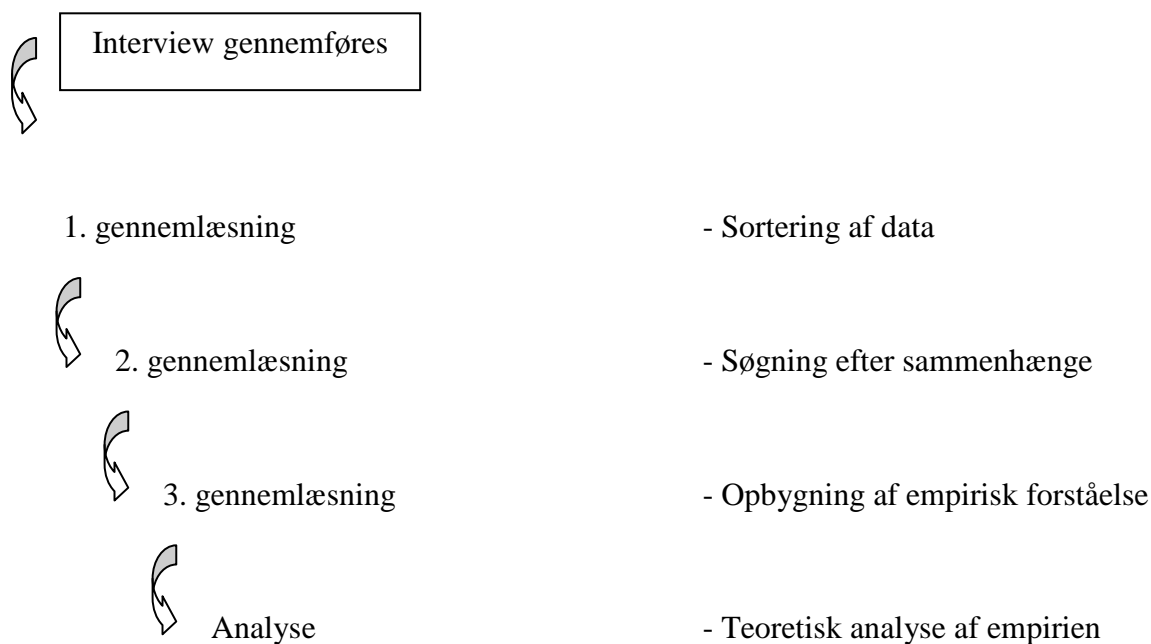
Udgangspunktet for analysedelen vil være den kvalitative empiri. Den procesindsigt der oparbejdes i forbindelse med analysen af den kvalitative empiri vil dog efterfølgende blive afprøvet, eller testet om man vil, i regi af det pilotprojekt der tillige inddrages. På den facon kommer pilotprojektet til at fungere verificerende/falsificerende i forhold til en række af de forhold, der arbejdes med at afprøve i regi af pilotprojektet. Pilotprojektet vil blive uddybet yderligere efter analysen af interviewene med udviklingspsygeplejerskerne. I det følgende vil vi kort beskrive, hvordan vi metodisk vil gå til den kvalitative empiri.

3.6.1.1. Kvalitative interviews

Overordnet har vi valgt at behandle det kvalitative empirimateriale efter en fremgangsmåde inspireret af Joseph A. Maxwell. Med udgangspunkt heri, har vi gennemlæst empirien et antal gange. På baggrund af denne proces, har vi kunnet videreudvikle en forståelse omkring de sammenhænge, der synes at eksistere i forhold til vores undersøgelsesspørgsmål. Empirien udgøres i denne forbindelse af de transskriberede interviews med de seks udviklingspsygeplejersker (bilag 7). I første omgang er irrelevant data sorteret fra. I anden omgang er der søgt efter sammenhænge mellem de forskellige informanters ytringer, der er taget noter omkring mulige sammenhænge, og der er udarbejdet ideer omkring, hvad der overordnet synes at være på færde, samt hvilke begrundede antagelser man kan drage. Slutteligt har vi søgt at opbygge helhedsbilledet. Med udgangspunkt i Maxwell betyder dette, at vi blandt andet har medtaget ikke-eksplicerede sammenhænge i forhold til at opbygge vores forståelse omkring udviklingspsygeplejerskernes oplevelser (Maxwell 2005:95-103). Om dette forhold har Maxwell skrevet, at en analytisk tolkning af empirien er et skridt, som muliggør videre teoribygning, hvilket er det primære mål med at analysere (Maxwell 2005:98).

I figur 3, har vi forsøgt os med en illustration af den Maxwell-inspirerede metodiske tilgang.

Figur 3.



3.6.2. Sammenfatning

I nedenstående sammenfatning på denne anden del, vil vi samle op på den ovenstående metodiske argumentation. Konkret er det vores sigte at udpensle og specificere vores analyseapparat på en sådan måde, at det i altovervejende grad gerne skulle stå klart, hvordan vi analytisk vil gribe den forestående analyseproces an. I det ovenstående har kardinalpunktet været at formidle og argumentere for vores metodiske tilgang til den videre analytiske arbejdsproces.

I den forestående analyse af den kvalitative empiri er det vores mål at udvikle antagelserne omkring moderatorer og virkninger, der menes at gøre sig gældende for forskningsprojekterne på Aalborg Sygehus.

På nuværende tidspunkt i projektet er der opbygget nogle simple antagelser omkring indsatsen på baggrund af de kilder, der har været til rådighed. Ud fra disse antagelser har der vist sig en række af forhold, der kræves uddybet, hvilket således har udgjort udgangspunktet for konstruktionen af interviewguiden og de spørgsmål, denne skal afdække. Dette leder frem til projektets tredje del, hvori interviewene med de seks udviklingspsygeplejersker vil blive analyseret.

4. Analyse - virkningsantagelser

I denne tredje projektdel er det vores hensigt at videreudvikle de antagelser, der er udviklet på baggrund af den hidtidige empiri. Det vil sige, at de tidligere antagelser nu videreudvikles og begrundes gennem en analyse af den indsamlede kvalitative empiri (bilag 7). På den facon bliver det muligt at tage endnu et skridt mod udviklingen af den endelige evalueringsramme.

Som nævnt i det forrige afsnit funderes det analytiske afsæt i virkningsevalueringens procesforståelser. På den baggrund vil de forskellige analysedele således blive fokuseret omkring en systematisk gennemgang af de antagelser, vi har udviklet teoretisk såvel som praktisk. Konkret handler det nu om, at vi får vurderet og fokuseret på CMO'ernes beskaffenhed. Vi kan også sige det sådan, at hvor virkningsevalueringen, i en mere klassisk forstand, har til hensigt i videst mulige omfang at beskrive indsatsen og effekterne via processerne, for dermed at vurdere, om indsatsen er i overensstemmelse med det forventede, vil sigtet med følgende analyse i stedet være at summere de faktorer og moderatorer, der eksisterer i forhold til deres formodede virkninger på et fremtidigt resultat. For kort at repetere virkningsevalueringens centrale spørgsmål, så handler det om at klarlægge, hvad der virker for hvem, under hvilke omstændigheder og med hvilke forventede effekter.

4.1. Strukturering af analysen

Analysen vil i det følgende være struktureret omkring fem empiriske tyngdepunkter. Disse er empirisk genererede, idet der er tale om sammenhænge, der blandt andet har vist sig i forbindelse med den Maxwell-inspirerede metodiske tilgang.

Analysen indledes med at kigge nærmere på udviklingssygeplejerskens funktion og rolle i forbindelse med de iværksatte forskningsprojekter. Her bliver omdrejningspunktet at komme nærmere en forståelse af, hvordan hun som udviklingssygeplejerske, på forskellig vis, fungerer som et modererende led i forhold til den samlede virkning af de enkelte forskningsprojekter. Herefter følger et analyseafsnit omkring afdelingsniveauet. Her kigger vi nærmere på, hvordan forskellige forhold i den kliniske praksis får en modererede virkning på forskellige forhold i forskningsprojekterne. Dernæst vender vi blikket mod de forskellige forskningsprojekter, der er i støbeskeen. Formålet hermed bliver at se på, hvordan informanterne beskriver de forskellige forskningsprojekter, de hver især har i støbeskeen. På den måde kan vi synliggøre, hvordan de forskelligartede tilgange til forskningsprojekterne konkret udmøntes, når

udviklingspsygeplejerskerne tænker deres forskningsprojekter. De fire mål vil blive behandlet i det fjerde analyseafsnit. Her bliver omdrejningspunktet at få frembragt et mere dækkende billede af, hvordan de forskellige udviklingspsygeplejersker ser omsorgsprojekterne i forhold til indsatsens forskellige mål. Afslutningsvist kigger vi nærmere på, hvordan der af informanterne tænkes omsorg i de mellem menneskelige relationer. Konkret handler det her om, at få indholdsudfyldt omsorgsbegrebet i relation til den kliniske praksis, som den enkelte udviklingspsygeplejerske til hverdag befinder sig i.

Det samlede analyseafsnit rundes af med en opsummering af de forskellige forhold, der i analysen er fundet omkring de forskellige virkningsantagelser.

4.1.1. Udviklingspsygeplejersken

Indeværende analysedel vil antage en todelt form. For det første vil vi kigge nærmere på, hvordan udviklingspsygeplejersken er under påvirkning af de forskellige sammenhænge, hun indgår i på sygehuset, hvilket vi analytisk behandler som kontekster. Dernæst vil det blive undersøgt, hvordan hun placerer sig som (naturligt) omdrejningspunkt i forhold til forskningsprojekternes gennemførelse, og dermed kommer til at fungere som moderator for, hvordan forskningsprojekterne, i deres samlede hele, kommer til at virke.

Som tidligere illustreret er det antagelsen, at udviklingspsygeplejersken har en modererende effekt på forskningsprojekternes virkemåde. En sådan antagelse funderes ikke mindst i det faktum, at udviklingspsygeplejersken er den aktør, der i afdelingsregi, har rollen som igangsætter, motivator og tovholder i forhold til at rodfæste det overordnede forskningsprojekt i de involverede afdelinger, der hører ind under hendes ressort. Det skal i forhold hertil kort nævnes, at udviklingspsygeplejersken ofte er tilknyttet mere end en afdeling, hvilket primært hænger sammen med, at de enkelte afdelinger typisk ikke er store nok til at oppebære ansættelsen af en fuldtidsbeskæftiget udviklingspsygeplejerske. Videre betyder dette, at udviklingspsygeplejersken ofte dækker nogle forskelligartede afdelinger med hensyn til afdelingernes arbejdsområde. Dette er et forhold, der gælder for praktisk talt alle forskningsprojekterne, men det er ikke et forhold, der ses som direkte modererende i forhold til måden, hvorpå forskningsprojekterne samlet set virker.

Udviklingspsygeplejerskens faglige profil antages at være et element, der kan have en modererende effekt på de forskningsprojekter, som udviklingspsygeplejersken er ansvarlig for. Kort og godt er virkningsantagelsen her, at udviklingspsygeplejerskens faglige profil, samt i øvrigt almene erfaring, kan moderere det outcome, der kan forventes omkring den indsats, forskningsprojekterne udgør. Kigger vi nærmere på, hvad informanterne siger omkring dette, så synes der overordnet at tegne sig det billede, at den faglige profil udgør det, vi i projekterminologien kalder for en generativ mekanisme. Vi kan altså lidt plausibelt, og overordnet sammenfatte det sådan, at vores antagelse omkring den faglige profil, som central for forskningsprojekternes gennemførelse, i indeværende analyse synes at kunne underbygges. Dette er imidlertid ikke hele billedet, idet det samtidigt synes nødvendigt at indføre en sondring i forhold til at forstå, hvordan udviklingspsygeplejerskens faglige profil fungerer som moderator. Konkret synes informanterne at sondre mellem det at se sin faglige profil som et sæt formelle kvalifikationer, der i sin natur knytter sig til de mere uddannelsesmæssige kvalifikationer, og så det at se sin faglige profil, som en slags erfaringsbaseret ”know how”.

Omkring dette forhold nævner en informant netop det ønskelige i at kunne trække på de øvrige udviklingssygeplejerskers erfaringer i forhold til selv at stå for at gennemføre (forsknings) projekter (Informant 2, linje 44 – 84). I forhold til at forstå, hvordan forskningsprojekterne sættes i søen, så at sige, italesættes altså en slags ”forskningserfarings effekt” i forhold til det at kunne gennemføre veltilrettelagte og velgennemførte forskningsprojekter i den kliniske praksis. Netværket af udviklingssygeplejersker synes her i høj grad at udgøre et udgangspunkt for udviklingssygeplejerskens mulighed for at opsamle en sådan erfaring (Informant 2, linje 90-94). Det, at den faglige profil ikke i indeværende undersøgelse synes at knytte sig i så stor en udstrækning til de formelle uddannelsesmæssige kvalifikationer, kan tillige underbygges i det faktum, at udviklingssygeplejerskerne, på nær en enkelt informant, alle enten har en master- eller en diplomuddannelse indenfor sygeplejefeltet. Der kan altså argumenteres for, at udviklingssygeplejerskerne, trods mere eller mindre sammenfaldende uddannelsesmæssige kvalifikationer, ikke af den grund oplever at være bærere af de samme kompetencer i forhold til at gennemføre konkrete forskningsprojekter i afdelingsregi. Dette kan naturligvis virke meget plausibelt, men nævnes alligevel som et forhold af relevans i sammenhæng med at have den væsentlige distinktion mellem formelle uddannelseskvalifikationer og forskningskompetencer for øje som moderatorer.

Et andet omdrejningspunkt i forhold til at komme nærmere en nuanceret forståelse af udviklingssygeplejerskernes påvirkning af, og indflydelse på, forskningsprojekterne, handler om det vi kan kalde for rolleforståelser. Med rolleforståelser tænkes der både på udviklingssygeplejerskens opfattelse af sig selv i forhold til forskningsprojektets mål, og ikke mindst på, hvordan man i afdelingen bedst når disse, og så den rolleforståelse, de øvrige sygeplejersker på den enkelte afdeling, har af udviklingssygeplejersken. Kigger vi på, hvordan informanterne udtrykker sig omkring deres egen rolle, så synes de overordnet at forholde sig lidt forskelligt til deres rolle som udviklingssygeplejerske. Grundlæggende kan vi tale om det, der synes at være to forskellige roller. Den ene rolle handler om at se sig selv som inspirator for afdelingens øvrige kliniske sygeplejersker, således disse kan mægtiggøre sig i forhold til eksempelvis at bedrive forskning i den kliniske praksis (Informant 2, linje 266-293). Den anden rolle handler mere om at være en styrende aktør i forskningsprojektet (Informant 1, linje 957-971).

Omkring sådanne forskellige rolleforståelser skal det i forhold til det ovennævnte kort siges, at en informant tillige peger på vigtigheden af, at forventningsafstemme samarbejdsrelationen mellem udviklingssygeplejersken og de kliniske sygeplejersker. Konkret peges der på, at der synes at

eksistere en forskel i opfattelsen af udviklingssygeplejersken alt efter, om man tilhører gruppen af medicinske eller kirurgiske sygeplejersker (Informant 2, linje 393 – 442). Ifølge dette udsagn kan et sådant forhold henledes til den noget forskelligartede kliniske praksis, der eksisterer på henholdsvis medicinske og kirurgiske afdelinger. Afrundende i forhold til spørgsmålet omkring en sådan flersidet og differentieret forståelse af, og om, ens rolle som udviklingssygeplejerske, kan vi sige, at i et virkningshenseende vil dette kunne udgøre en moderator for forskningsprojekternes iværksættelse og gennemførelse. En eventuel uafklaret rolleforståelse og forventningsafstemning, vurderes at være modererende i forhold til forskningsprojekternes gennemførelse, idet en eventuel manglende forventningsafstemning mellem udviklingssygeplejersken og de kliniske sygeplejersker, alt andet lige, må forventes at influere på forskningsprojekternes resultat. På den måde udgør dette en moderator for det endelige outcome af forskningsprojekterne.

Et af de argumenter der her i projektet er blevet fremført for at gennemføre informantinterviews, handler om, at vi ikke kan have vished for, at det initieringsmateriale, der er udarbejdet i netværket af udviklingssygeplejersker, udtrykker et retvisende billede af, hvordan udviklingssygeplejerskerne hver især tænker forskningsprojekterne. Med dette mener vi både, hvordan den enkelte udviklingssygeplejerske opfatter den ”omsorgsramme”, inden for hvilken, forskningsprojekterne skal udmøntes, men også hvordan forskningsprojekternes primære sigte i grunden skal opfattes. I forhold til netop dette spørgsmål, omhandlende udviklingssygeplejerskernes tolkninger og opfattelser af initieringsmaterialet, og dermed mulighed for at bedrive velgennemførte og stringente forskningsprojekter, synes der at tegne sig et noget ”mudderet” billede.

Ét perspektiv på forskningsprojekterne synes at være, at disse i deres udmøntning skal have patienterne som det direkte omdrejningspunkt. Det betyder, at det med forskningsprojekterne søges at inddrage patienterne direkte, som det lærende element i forskningen, hvorved det altså bliver patienterne, der er omdrejningspunktet for sygeplejerskernes læring. Her artikuleres altså en rettedhed direkte mod patienterne, og dermed en forventning om, at patienterne, alt andet lige, vil komme til at opleve en udviklet omsorg, som følge af eksempelvis en ændret procedure i patientbehandlingen. I den forbindelse beskrives det netop, hvordan forskningsprojekterne tænkes at danne et slags formativt udgangspunkt for at udvikle de næste projekter, hvorved en mere ideel behandling bliver det endelige outcome af projekterne (Informant 3, linje 930 – 964). Heri ligger samtidigt et perspektiv på forskningsprojekterne, som noget der skal være genstand for målinger i mere kvantitativ forstand.

Et andet perspektiv, der synes at kunne anlægges på forskningsprojekternes virkemåde, handler om, at forskningsprojekterne opfattes som værende med til at udvikle den evidensbaserede sygepleje. Her kan vi altså sige, at forskningsprojekterne betragtes som en slags katalysator for udvikling af egen fagprofession. I denne sammenhæng kan der argumenteres for, at forskningsprojekterne italesættes som en del af en organisatorisk kontekst, idet nødvendigheden af at bevidstgøre sig som sygeplejerske om sin egen faglighed, ikke mindst i forhold til sygehusets øvrige faggrupper, står meget centralt.

Slutteligt tales der også om forskningsprojekterne, som en måde at organisationsudvikle afdelingerne på. Dette perspektiv beskrives typisk latent, i rammen af nogle eksempler som informanterne giver på, hvordan forskellige situationer og episoder på afdelingerne, af sygeplejerskerne, kunne være tacklet bedre (Informant 2, linje 772 – 792). Her tales altså om forskningsprojekterne som en slags lærings- og udviklingsmetode for intern udvikling af afdelingen i almindelighed og sygeplejerskerne i særdeleshed. Som eksempler på et par af de netop beskrevne perspektiver på forskningsprojekterne, er herunder fremdraget et par citater. Citaterne giver på hver deres facon et indblik i den tænkemåde, der synes at kunne spores i informanternes udsagn.:

"... altså de her projekter skal jo også bruges til at legitimere, for mig at se, sygeplejen som profession. Og den skal også bruges til at vi som sygeplejersker ikke bliver så bange for evidensbegreberne, men også bliver en mere værdig, kan man sige, samarbejdspartner i forhold til for eksempel lægerne" (Informant 3, linje 364-372).

"... og der kunne jeg godt tænke mig at hvis vi kunne ændre den adfærd (red. hos sygeplejerskerne) at de kunne der, bare de rejser sig op sige "kan vi hjælpe dig med noget"..." (Informant 4, linje 221 – 225).

Sammenfattende i forhold til det ovenstående, kan vi sige, at det synes at stå klart, at der ikke eksisterer en fast konsensus i netværket af udviklingssygeplejersker omkring forskningsprojekternes virkemåde. Med udgangspunkt i indeværende projekts analytiske perspektiv, betyder dette også, at udviklingssygeplejersken bliver en central figur i forhold til at søge indsigt i de virkninger, der udspiller sig i relation til forskningsprojekternes gennemførelse. I forhold til antagelsen om, at initieringsmaterialet, der er udarbejdet i netværket af udviklingssygeplejersker, qua dets forhandlingsprægede karakter, giver udviklingssygeplejerskerne et stort handlerum synes således at kunne underbygges. I forhold til udviklingssygeplejerskens faglige profil fandt vi, at en sådan faglig

profil ikke nødvendigvis skal forstås som de formelle uddannelsesmæssige kompetencer, men i stedet synes at knytte sig til det man kan kalde for en forskningsmæssig know how. Denne know how knytter sig i høj grad til de erfaringer, som udviklingspsygeplejerske har haft i forbindelse med gennemførelsen af forskningsprojekter i den kliniske praksis.

Opsummerede, i forhold til denne analysedel om udviklingspsygeplejersken, har vi udledt følgende antagelser omkring udviklingspsygeplejersken som en moderator i sammenhæng med forskningsprojekterne. Udviklingspsygeplejerskens engagement og deltagelse i de enkelte forskningsprojekter er modererende for forskningsprojektets virkning. Udviklingspsygeplejerskens erfaring og know how, i forhold til det at forestå forskning i den kliniske praksis, er modererende for forskningsprojektets virkning. Det virkningsperspektiv, der anlægges på det enkelte forskningsprojekt, er modererede for, i hvilken grad projektet imødekommer de forskellige mål, der er opstillet for de samlede forskningsprojekter. Udviklingspsygeplejerskens initiativ til at forestå en forventningsafstemning mellem de involverede aktører i den givne afdeling menes at moderere virkningerne af forskningsprojektet. Dette gælder i såvel gennemførelsesprocessen såvel som i perioden efter forskningsprojekternes gennemførelse, hvor der skal følges op på de opnåede resultater.

4.1.2. Afdelingsniveau

Afdelingsniveauet, underforstået det konkrete, fysiske niveau på Aalborg Sygehus, udgør den ramme, indenfor hvilken de enkelte sygeplejersker yder sygepleje og omsorg til patienterne og de pårørende. Idet afdelingen fungerer som en ramme for disse ydelser, eksisterer der således muligheder og begrænsninger. Dette kan eksemplificeres ved typen af sygdomme, afdelingen beskæftiger sig med; hvilken type ledere der overordnet styrer afdelingen; hvordan de fysiske indretninger influerer på dagligdagen; sygeplejerskernes arbejdsvilkår og så videre. Med andre ord er der således tale om en given kontekst, der moderer en indsats på forskellig vis. En indsats kan naturligvis ikke anskues løsrevet fra sin kontekst, men må i stedet betragtes på dens egne præmisser således indsatsen (efterfølgende) kan formes efter de mål, der er opsat for indsatsen. Dette er et centralt element i virkningsevalueringen, hvilket også var omdrejningspunktet i afsnittet omkring CMO- konfigurationerne, og den følgende analyse vil således kaste et kritisk blik på den empiri, der er tilvejebragt gennem interviewene med udviklingssygeplejerskerne og derigennem forsøge at afdække de kontekstuelle forhold, der gør sig gældende på afdelingsniveau. Hensigten er at skabe en mere nuanceret fremstilling af afdelingsniveauet i programteorien, således processerne i indsatsen fremstår med de moderatorer, der antages at have en effekt (virkning) i forhold til indsatsen. Det skal her understreges, at idet der er tale om at udvikle en overordnet evalueringsramme for alle afdelinger, vil nogle af de beskrevne moderatorer kun gælde for enkelte afdelinger. Hensigten er dog at tydeliggøre de moderatorer, der antageligt findes for den samlede indsats og efterfølgende lade evaluator afgøre, hvilke der anses som væsentlige for den enkelte afdeling, når indsatsen evalueres.

Det første, og mest iøjefaldende forhold, der træder frem i udviklingssygeplejerskernes beskrivelse af de afdelinger, de er tilknyttet, vedrører patientforløbet. Patientforløbet skal her betragtes som det forløb en patient gennemgår, og her har alvorligheden af den sygdom, patienten er indlagt med, en stor betydning. En af sygeplejerskerne skelner mellem patienterne som enten syg-syg eller syg-rask (Informant 4, linje 989-996), hvor syg-syg referer til patienter, der lider af eksempelvis en alvorlig kræftsygdom eller en hjernetumor, mens syg-rask kan være et benbrud. Pointen er her, at de patienter der opfattes som syge-syge ofte gennemgår længere indlæggelsesforløb, hvilket også i højere grad påvirker de pårørende, end det eksempelvis er tilfældet med benbrudspatienten. Et andet eksempel, der kan inddrages til at beskrive sygdomsforløbet som en proces, gives i form af patienter

med en hjernetumor. Denne type patienter indlægges og i forløbet kan selve personligheden ændre sig, grundet tumorens indvirkning på vitale dele i hjernen (Informant 4, linje 80-84). Der er derfor en stor forskel på den omsorg, der skal ydes i forhold til patienten og de pårørende, afhængig af, hvilken type patientforløb afdelingen håndterer. Patientforløbet, som defineret ved alvorligheden af den sygdom en patient er indlagt med, er derfor et forhold, der kan inddrages i en indsats med omsorgen i centrum. Dette kan forekomme banalt og indlysende, men anses dog stadig som et væsentligt forhold og en antagelse at tage med videre til testning i pilotprojektet.

De pårørende er blevet kort berørt, men vil i det efterfølgende blive uddybet yderligere i forhold til de forskellige afdelingskontekster.

Som tidligere beskrevet, foregår omsorgen i de mellem menneskelige relationer mellem sygeplejer, patient og pårørende, og derfor skal omsorgen også fokuseres mod de pårørende. Afhængig af afdelingstype, og dermed patientforløb, findes der forskellige grupper af pårørende. Eksempelvis oplever man på børneafdelingen, at såvel forældre som bedsteforældre ønsker at blive inddraget i det indlagte barns forløb (Informant 1, linje 194-197). Informanten udtrykker dette således

”... når man er i en børneafdeling så har man altså ikke kun børnene, men man har også forældrene, man har også bedsteforældrene. Så man har egentlig mange med...” (Informant 1, linje 194-198).

Således skal ikke blot patienten håndteres, og eventuelt en pårørende, men også bedsteforældre. I forlængelse heraf uddybes det, at opbruddet i de traditionelle familiemønstre har medført, at et barn ofte kan have flere hold forældre og bedsteforældre, og derfor skal afdelingen håndtere en relativ stor gruppe af personer i forhold til et patientforløb. Anderledes kan det forholde sig i et ambulatorisk afsnit, hvor en patient kan modtage behandling gennem en årrække af meget kort varighed per session. Her kan patienten vælge at medbringe en pårørende i de 15 minutter, som, behandlingen varer, men grundet den meget korte tid, sættes omsorgen også her under pres. Ligeledes kan sådan en afdeling typisk have et flow på omkring 100 patienter i løbet af en dag, og der levnes således ikke megen tid til de psykoemotionelle samtaler (patientsamtaler), men i stedet fokuseres der på den instrumentelle behandling (Informant 2, linje 208-217). Således er der i forhold til forskellige typer af pårørende modererende faktorer, der skal tages i betragtning i indsatsen, hvor afdelingens kontekst indvirker på de muligheder, der er for at yde og forbedre omsorg – også over for de pårørende.

Grundet afdelingernes forskellige patientforløb, eksisterer der også flere typer af sygeplejersker i afdelingerne. Her skelnes der mellem medicinske og kirurgiske sygeplejersker, hvor der beskrives en mental forskel mellem de to grupper (Informant 2, linje 393-397). Her beskrives de kirurgiske sygeplejersker som værende noget mere fokuserede på de tekniske sider af behandlingen, samt at de gerne vil tilvejebringe resultater hurtigt. Dette er der ikke noget negativt i – således er afdelingernes virke nu engang, men en mental forskel skal bevidstgøres i indsatsen, således krav og forventninger afstemmes i forhold til den samme faggruppe, der dog rummer to forskellige tilgange til omsorgen og indsatsens formål.

I forlængelse heraf, nævner en af udviklingssygeplejerskerne, at det *tekniske* kan være problematisk i forhold til omsorgsudøvelsen. Nogle afdelinger er mere teknologitunge end andre, hvilket betyder, at sygeplejersken kan blive mere fokuseret på den teknologiske side af behandlingen, end på det menneske der behandles (Informant 3, linje 162-175). Teknologi, forstået som rettethed, er derfor en antagelse, der kan testes eller videreudvikles i rammen af pilotprojektet, idet dette tænkes som en moderator i forhold til at udvikle omsorgen, da der antageligt eksisterer teknologitunge afdelinger, hvor konteksten fordrer et uhensigtsmæssigt fokus. Ligeledes gør samme informant opmærksom på, at det oftest er uerfarne sygeplejersker, der tenderer mod denne uhensigtsmæssige rettethed, og der skal således ske en afvejning i forhold til forholdene omkring behandlingen, og den sygeplejerske der forestår denne.

At en given afdelings arbejdsopgaver også bør tages i betragtning, i forhold til dets virke, påpeger en informant i forbindelse med en beskrivelse af vagtbelastning. Således har tildelingen og håndteringen af vagter en betydning i forhold til kontinuiteten i behandlingsforløbet på afdelingen. Kontinuiteten er tidligere i projektet blevet påpeget som et væsentligt forhold i omsorgsydelsen, men grundet høj belastning, samt en afstemning af krav fra sygeplejerskerne, byttes der ofte vagter, hvilket medfører at en patient kan opleve mange forskellige sygeplejersker i forbindelse med en indlæggelse (Informant 4, linje 1019-1029). Arbejdsvilkår og kontinuiteten skal derfor også betragtes som moderatorer i forhold til at udvikle omsorgen, hvorfor disse forhold vil blive inddraget i pilotprojektet. Dette er ligeledes også af betydning i forhold til at kunne holde på de enkelte sygeplejersker, da man ellers risikerer, at sygeplejerskerne søger over til eksempelvis hjemmeplejen eller vikarbureauer. Dermed står afdelingen tilbage med en høj grad af udskiftning i personalet, hvilket hverken gavner afdelingen eller patienten.

Ledelsen på øverste sygehusniveau, og på afdelingsniveau, udgør en anden væsentlig moderator i forhold til den kontekst, en afdeling indgår i, og er dermed også modererende for indsatsen. Som nævnt tidligere, kræver gennemførelsen af et større forskningsprojekt en prioritering af ressourcer, idet der, afhængigt af forskningsprojektets omfang, skal afsættes tid og økonomi i en given størrelsesorden,. Det er derfor nødvendigt at skabe en overensstemmelse mellem forskningsgrupperne og ledelsen, således forventninger og krav afstemmes, hvorved der kan opnås en større velvillighed fra ledelsens side. Denne organisatoriske velvillighed i forhold til gennemførelse, tid og økonomi, og dermed vigtigheden af ledelsesmæssig forankring i forhold til prioritering, bliver blandt andet understøttet af informant 1 og 6 (Informant 1, linje 998-1012) (Informant 6, linje 704-705). I forlængelse heraf skal de enkelte aktørers interesser i forskningsprojekterne ikke undervurderes, idet det forventes, at der på de forskellige niveauer opereres med forskellige dagsordener (Informant 2, linje 666-672). Der kan i denne sammenhæng argumenteres for, at resultatet af forskningsprojekterne afhænger af den interne magt. Dette skal forstås sådan, at såfremt indsatsen ikke er afstemt med ledelsen, risikeres det at stå tilbage med nogle resultater, der efterfølgende blot vil blive ignoreret frem for implementeret, hvilket en informant måtte erfare efter to et halvt års projektarbejde (Informant 2, linje 600-608).

Ledelsen er derfor en moderator i afdelingskonteksten, idet denne både skal inddrages og afstemmes ved initiering, under gennemførelsen og efter indsatsens afslutning. Som tidligere beskrevet, er vigtigheden af ledelsesmæssig forankring også fremtrædende i initieringsmaterialet fra Aalborg Sygehus, hvor blandt andet Vibeke Deding, som er en del af sygehusets øverste ledelse, fremhæves som betydningsfuld for indsatsen og værende med til at sende et signal gennem organisationen. I forlængelse heraf er det blot vigtigt at pointere, at denne ledelsesmæssige forankring er til stede på alle niveauer på Aalborg Sygehus og gennem hele processen, da den modererende effekt bestemt ikke bør undervurderes.

Et andet forhold, der vedrører det mere konkrete i en afdelingskontekst, er afdelingens fysiske vilkår. Dette er dog ikke et forhold, der i interviewene tillægges nogen større betydning, om end en af informanterne påpeger det betænkelige i at have op mod 100 patientforløb i afdelingen om dagen, hvilket betyder at flere af de mere personlige samtaler nødvendigvis må foregå på afdelingsgangen, hvor også andre patienter sidder og venter. Ligeledes er det også et fysisk problem for undersøgelserne, hvis patienterne er flere samlet på samme stue, og kun adskilt af en flytbar skillevej (Informant 2, linje 384-394).

Som det fremgår i den netop gennemførte analyse af de afdelingskontekster, indsatsen indplaceres i, eksisterer der adskillige modererende forhold, som kan indvirke på indsatsen. Konkret kan denne analyse opsummeres ved følgende nøgleord, der antageligt dækker over moderatorer i indsatsen og som tillægges en betydning: Patientforløb, pårørende, sygeplejegruppen, ledelse, arbejdsvilkår, teknologiske forhold og fysiske forhold.

4.1.3. Forskningsprojekter

I dette afsnit vender vi blikket mod de enkelte forskningsprojekter. Det handler således om at få stillet skarpt på, hvordan informanterne taler om det forskningsprojekt, de som enkeltpersoner er ansvarlige for bliver iværksat i deres afdeling(er). Gennem en analyse heraf, er det vores mål at komme nærmere en forståelse af, hvordan de enkelte forskningsprojekter kan moderere den samlede forskningsindsats, som beskrevet i initieringsmaterialet.

Omkring de enkelte projekters status, kan det overordnet siges, at de stort set alle befinder sig i opstartsfasen. Det betyder, at informanterne i forhold til deres egne forskningsprojekter er blevet bedt om at ræsonnere over de forestillede virkninger af det projekt, de er ved at iværksætte på deres afdeling.

Overordnet står det empirisk klart, at udviklingssygeplejerskerne i høj grad har mulighed for at tilpasse de enkelte forskningsprojekter til den pågældende afdeling. Ligeledes står det klart, at udviklingssygeplejersken ikke er alene om forskningsprojekternes iværksættelse og udmøntning, idet den øvrige gruppe af sygeplejersker ligeledes italesættes som en meget aktiv del af processen frem mod gennemførelse af projekterne. Vi kan også sige det sådan, at der tales om forskningsprojekterne som virkende både på patientgruppen men også på sygehusets egne sygeplejersker. Forskningsprojekterne tænkes således både udmøntet af, og møntet på, de sygeplejersker, der er med i forskningsprocessen på afdelingerne. Dette forhold er i sig selv interessant, men det kan også ses som en god indgangsvinkel til at forstå sig nærmere på, hvordan de enkelte forskningsprojekter kommer til at virke forskelligt i afdelingerne imellem.

Projekternes indsats- og fokusområder formuleres altså forholdsvis bredt. Der tales bredt om, at projekterne primært skal være med til at ”ændre noget”. Dette *noget* kan være en konkret arbejdsproces i en afdeling (Informant 2, linje 321-333), det kan være en organisatorisk indretning (Informant 4, linje 964-968) eller det kan være en ændring af en tankegang eller indstilling, der eksisterer hos den enkelte sygeplejerske i afdelingen (Informant 4, linje 175-180). Parallelt med denne opfattelse af forskningsprojekternes virkeområde beskrives det ligeledes, hvordan forskningsprojekterne skal være med til at levere ”skytset” til den kontinuerlige proces, det er for sygeplejerskerne, som faggruppe, at positionere sig i forhold til eksempelvis lægerne. Her tales der altså om forskningsprojekterne som en slags allokeringmekanisme for sygeplejefaglig evidens, en evidens der skal bruges i det daglige arbejde, og derigennem positionering, i forhold til andre faggrupper på sygehuset. Følgende citat er et eksempel herpå:

"... altså de her projekter skal jo også bruges til at legitimere, for mig at se, sygeplejen som profession. Og den skal også bruges til at vi som sygeplejersker ikke bliver så bange for evidensbegreberne, men også bliver en mere værdig, kan man sige, samarbejdspartner i forhold til for eksempel lægerne..." (Informant 3, linje 364-375).

Kigger vi på den måde informanterne taler om de projekter, der eksempelvis er tiltænkt en virkning på en konkret arbejdsproces med patienterne, så synes der her at kunne ses en mere rationel tilgang til sådanne projekter (Informant 3, linje 377-387). Her tales der om en mere eller mindre klar kausalsammenhæng mellem indsats og resultat. Et modererende element i forhold til sådanne projekter kan eksempelvis være de fysiske rammer på afdelingen, idet et projekt eventuelt kræver, at et lokale er ledigt til brug ved en patientkontakt. I forhold til at forstå, hvordan sådanne projekter virker, kan vi med fordel inddrage patientperspektivet, idet disse er det direkte omdrejningspunkt for projekternes udmøntning.

En anden projektilgang handler om, hvordan det afdelingsbårne forskningsprojekt kan fungere som et redskab til at ændre noget i organisationen. Der tales lidt forskelligt om, hvad det mere præcist så er, der skal ændres. En række af de ord, der bruges til at beskrive et sådant projektperspektiv er følgende: "ahaoplevelse", nyt perspektiv på tingene, sparring og synergieffekt, et signal om udvikling, ny viden skabes, få viden med ind i arbejdet, se tingene med nye briller, skaber overensstemmelse, går i samme retning som faggruppe og så videre.

Fællesnævneren for en sådan måde at se projekternes virkning på er, at de mere ses som sigtende på organisationen end direkte på patienterne. I sagens natur hænger dette sammen, men der italesættes alligevel et væsentligt andet omdrejningspunkt end i det projektperspektiv, der blev præsenteret i det tidligere. Virkningen af projekterne skal således vurderes i forhold til eksempelvis en ændret organisationskultur, samarbejdsform eller ånd, om man vil. Endvidere må forhold til andre faggrupper inddrages som et element, der har relevans i et virkningsøjemed. Ledelsen bliver ligeledes afgørende i forhold til den organisatoriske virkning, sådanne projekter skal have på et organisatorisk niveau.

Et tredje perspektiv på forskningsprojekterne kan siges at handle om, hvordan man med iværksættelsen af disse bliver i stand til at ændre den enkelte sygeplejerskes tilgang til det at yde omsorg. I dette perspektiv centrerer forskningsprojekterne om at udvikle en række sygeplejefaglige egenskaber hos den enkelte sygeplejerske. Nødvendigheden af, at projekterne centrerer om

udviklingen af den enkelte sygeplejerskes mellemmenneskelige tilgang, begrundes ofte i nogle konkrete oplevelser, som informanterne har haft i den kliniske praksis, hvor sygeplejerskernes omsorg over for patienterne har ladet meget tilbage at ønske (Informant 2, linje 764-797). Med et sådant virkningsperspektiv, og derigennem tilgang til forskningsprojekterne, må vi i forhold til at vurdere virkningerne af de afdelingsbårne projekter ligeledes søge at inddrage den enkelte sygeplejerskens oplevelse af sig selv og hendes udvikling. Dette forhold vil blive afdækket i regi af pilotprojektet. Virkningen af sådanne projekter handler netop om at bevidstgøre sygeplejerskerne om det de (i forvejen) gør.

Sammenfattende kan vi om de enkelte projekter sige, at vi i vores tilgang til at forstå måden de enkelte projekter virker på, har måttet foretage en sondring mellem projekternes forskellige fokusområder. Disse sondringer er naturligvis analytisk konstruerede, idet det ikke kan afvises, at der kan eksistere virkningsoverlap trods det, at projekterne har et forskelligt fokus. Med dette virkningsoverlap menes for eksempel, at et projekt der er meget fokuseret på patienten, og dermed den direkte omsorg for denne, også kan afstedkomme virkninger i det organisatoriske niveau. Et eksempel på sådanne virkninger kan være, at man i afdelingen i stedet begynder at organisere sygeplejen i teams omkring patienterne. Den samme situation, men med omvendt fortegn, kan naturligvis gøre sig gældende i de projekter, der har fokuset rettet mod eksempelvis sygeplejerskerne, og/eller den kultur der eksisterer på afdelingen. Disse projekter kan ligeledes tænkes at afføde virkninger i forhold til omsorgsniveauet over for patienten.

4.1.4. De fire mål

Som det tidligere er nævnt, rummer indsatsen fire mål foruden omsorgen som det fælles omdrejningspunkt. Målene er blevet opstillet og beskrevet ud fra den empiri, der hidtil har været tilgængelig. I det efterfølgende analyseres målene, som de fremstår for de seks informanter i interviewene. Analysen vil behandle de fire mål adskilt om end overlap vil forekomme, da flere af målene af informanterne betragtes som komplementære og derfor ikke kan holdes skarpt adskilte. Det første af de fire mål vedrører det *sygeplejefaglige*, hvor målet tidligere i projektet blandt andet er blevet beskrevet som en bevidstgørelse af det hele menneske, man som sygeplejerske arbejder med, samt en styrkelse af den sygeplejefaglige kultur. Især en styrkelse af den sygeplejefaglige kultur betones af flere af informanterne som noget centralt i forskningsprojektet. I forhold til den overordnede kultur i afdelingerne påpeger informanterne, at indsatsen kan bidrage til det sygeplejefaglige mål ved at skabe et fokus på kulturerne i afdelingerne. Heri betones blandt andet vigtigheden i at sygeplejerskernes selvopfattelse hviler på et grundlag af, at man er en del af et samlet hele. En informant beskriver Aalborg Sygehus som meget ”kasseopdelt”, og det er derfor nærliggende at give andre afdelinger skylden for eventuelle problemer, frem for selv at tage ansvar og måske erkende, at der eksisterer problemer i egne rækker (Informant 3, linje 823-837). Ved i forskningsprojektet at arbejde på tværs af afdelingerne, som en af informanterne har til hensigt, kan denne problemstilling angiveligt reduceres, ved i en samarbejdseffekt at skabe en kultur omkring afdelingerne som en del af et samlet hele. En anden informant ser indsatsen og processen som noget mere end blot én konkret indsats:

”... få en anerkendelsesproces hos plejepersonalet om at det her projekt, det kræver at man er nærværende eller jeg vil ikke kalde det et egentligt projekt, jeg vil sige det er en fremtidig kultur, det er mere nærværende, mere tilstedeværelse, det er en proces...” (Informant 4, linje 832-838).

Indsatsen kan i dette lys beskues som mere end blot noget instrumentelt. I stedet er der tale om en proces frem mod noget andet og mere gennemgribende, der potentielt kan forandre kulturen i afdelingen mere fundamentalt.

Et andet element i det sygeplejefaglige mål vedrører den faglige bevidsthed hos den enkelte sygeplejerske. Her gælder det især om at skabe en bevidsthed hos de kliniske sygeplejersker om, hvad det vil sige at være sygeplejerske og herigennem øge fagets synlighed. Ved en øget synlighed

forstås i første omgang en øget synlighed overfor sygeplejerskerne selv. Sygeplejerskerne skal således opgraderes i den forstand, at man gennem en udviklet sygeplejefaglig identitet bliver mere bevidste om, hvad der ligger i faget og dermed udvikler det faglige skøn og intuitionen (Informant 4, linje 789-795). I synligheden ligger der dermed, at grundlaget for udvikling bliver skabt ved en bevidstgørelse og en opmærksomhed omkring, hvad fagets centrale indhold er. Denne opfattelse af manglende bevidsthed hos sygeplejerskerne, vedrørende den indholdsmæssige dimension af deres fag, støttes ligeledes af informant 6 der påpeger, at hun ligeledes ser det som et mål at gøre sygeplejerskerne vidende om, hvad deres faglighed og omsorg egentlig er for nogle størrelser, og hvordan dette kan komme til udtryk (Informant 6, linje 461-466, Informant 5, linje 583-588). Hertil kan tilføjes, at i en sådan omsorgsindsats må kriteriet for succes være, at sygeplejerskerne selv kan definere deres ressortområder og være vidende om, hvordan situationer, hvori pleje og omsorg gribes an, førend der kan finde en udvikling eller forbedring sted. Dette mål er således centralt i forhold til at kunne indfri en målsætning om en udvikling i omsorgen, samt at kunne udvikle faget og afdelingen.

Indsatsens andet mål vedrører det *samfundsmæssige og sundhedspolitiske*. Dette mål er tidligere blevet beskrevet som et forsøg på at være med til at præge samfundsdebatten i forhold til den nye Sundhedslov af 2007 ved at fokusere på det omsorgsetiske i sygeplejen. Ligeledes vil en rettedhed mod den enkelte patient og dennes værdier, være med til at håndtere patientens livssituation efter endt indlæggelse og efterfølgende mulighed for fortsat at være aktiv på arbejdsmarkedet.

Indsatsen som et forsøg på at præge samfundsdebatten bliver italesat af en af informanterne, idet denne anser det som noget utraditionelt, at sygehusene placerer omsorg på den politiske dagsorden (Informant 2, linje 513-517). Her betones især den relationelle omsorg som værende vigtig at få på dagsordenen – ikke blot på Aalborg Sygehus, men på alle sygehuse, idet håbet er, at indsatsen vil rage langt ud over Aalborg Sygehus (Informant 2, linje 512-514). Forhåbningen er dermed, at man med dette forskningsprojekt kan præge såvel Aalborg Sygehus samt andre sygehuse ved at flytte fokus fra den mere tekniske del af sygeplejen mod det relationelle. I forhold til at præge debatten, anser informant 5 og 6 ligeledes forskningsprojekterne som værende med til at bidrage med politisk ammunition og sågar skabe nogle ændringer. Antagelsen er, at såfremt man kan præge debatten og tydeliggøre, hvor vigtig sygeplejen og omsorgen er for samfundet, vil politikerne være mere lydhøre og dermed tildele flere ressourcer, således nogle ændringer kan foretages (Informant 5, linje 642-647) (Informant 6, linje 475-486). Denne ”makroorientering” anses ligeledes af informant 1 som et mål for forskningsprojektet, idet forskningen tilvejebringer ny viden, der efterfølgende kan

implementeres og derfor forventes at være af stor nytteværdi for samfundet (Informant 1, linje 1042-1047). Man kan dermed spore en række af overvejelser indlagt i målene, der sigter mod at lade forskningsprojektet være mere end blot noget, der er forbeholdt Aalborg Sygehus. Dette vil især have en betydning, når resultaterne og processen de næste tre år skal præsenteres i eksterne sammenhænge og være med til at profilere Aalborg Sygehus.

Som det blev beskrevet indledningsvist, vil der forekomme overlap, de fire mål imellem, hvilket flere af informanterne også peger på. Som det fremgik af det første mål, *det sygeplejefaglige*, er hensigten at skabe en bevidsthed og en synliggørelse af sygeplejefagets indhold, og det at udøve omsorg og god sygepleje. Grunden til, at dette anses som værende nødvendigt skyldes, ifølge nogle informanter, at især de yngre generationer af sygeplejersker fremstår som et produkt af en tid, der er væsentlig anderledes end den tid de ”ældre” sygeplejersker er opvokset i. Som en informant udtrykker det, ligger der heri blandt andet, at det anses som en samfundsmæssig trend at være mere egocentreret og derfor betragte verden fra sin egen næsetip (Informant 3, linje 294-302). Et konkret eksempel på manglende fokus i forhold til at være mere optaget af sig selv end sit arbejde, giver informant 4 ved at pege på mobiltelefonkulturen og det konstante behov, der eksisterer for at rende mellem patienter og sin taske for at undersøge, om der skulle være kommet en sms (Informant 4, linje 756-768). Denne tilgang til (sygepleje)verdenen er en barriere i forhold til at kunne fokusere på, og drage omsorg for, patienter og pårørende, og derfor skal forandringer i samfundet indtænkes i de sygeplejefaglige mål, som der også gives udtryk for.

Det tredje mål i indsatsen omhandler det *kompetencemæssige* mål. Omkring dette mål er det tidligere beskrevet, at konkret arbejde med forskningsprojekter antages at øge kompetencerne hos den enkelte kliniske sygeplejerske. Desuden vil det at arbejde videnskabeligt, og håndtere de udfordringer der ligger heri, opøve de enkelte udviklingssygeplejerskers evner, hvilket på sigt også er til gavn i forhold til fremtidige forskningsprojekter.

Det konkrete arbejde med forskningsprojekterne betragtes af flere informanter som et kompetencemål, idet den praktiske erfaring, der erhverves gennem et konkret forskningsprojekt, netop opkvalificerer den enkelte sygeplejerske, hvorved der finder kompetenceudvikling sted. Konkrete eksempler på dette gives af blandt andet informant 2 og informant 3 der antager, at opkvalificeringen af kompetencer ligger i den handlingsrettede form for forskning og at deltagelse i forskningsgrupper ligeledes udvikler kompetencer, grundet den dynamik praksiserfaringen giver (Informant 2, linje 538-548) (Informant 3, linje 721-746). Et andet kompetencemål, som en af informanterne giver udtryk for, handler om den mere kommunikative del af sygeplejen. Det drejer

sig om i højere grad at blive bedre til at tale med og involvere patienten og lade denne give udtryk for sit syn på, hvordan det ønskes at modtage eksempelvis omsorg (Informant 2, linje 547-556). Tillige taler en informant om, at afdelingerne skal skabe en ånd der legitimerer, at man ikke ved alt, men i stedet skal trække på hinandens forcer i forhold til projekterne (Informant 4, linje 951-961). Flere af disse kompetencemål peger i et vist omfang frem mod en fællesnævner for de seks informanter, som er et ønske om at skabe og udvikle et dynamisk læringsmiljø på de forskellige afdelinger. Man taler således om at kunne trække på hinanden, at kunne lære gennem handling, at involvere patienter og lade disse være medbestemmende, og i det hele taget lade en udvikling finde sted, hvor indsatsen og processerne heri kan fungere som et middel til denne udvikling. Dette pointeres også af en informant, der anser etableringen af et læringsmiljø, som det allervigtigste i en afdeling – også i forhold til det daglige liv og arbejdet i en afdeling (Informant 1, linje 894-899). Etableringen og udviklingen af et læringsmiljø synes således at være et væsentligt element i kompetencemålet, hvor omsorgsindsatsen og forskningsprojekterne skal bidrage til dette. Det fjerde og sidste mål vedrører det *forskningsmæssige* i indsatsen. Det forskningsmæssige mål er tidligere blevet beskrevet, som dels et krav om at være forskningsaktiv qua status som universitetshospital og dels som en naturlig og integreret del af den daglige afdelingsdrift. Herunder kan dette bidrage til tilvejebringelsen af ny viden om sygepleje samt udvikle forskningsmiljøer, der virker fremmende i forhold til at fastholde og rekruttere kvalificeret arbejdskraft. Beskrivelserne af det forskningsmæssige mål findes at være i god overensstemmelse med de af informanterne artikulerede forståelser af målene. En af informanterne peger blandt andet på det vigtige i den videnstilvejebringelse en indsats outcome rummer, mens en anden informant også peger på den vidensindsamling, der kan finde sted på forskellige niveauer i sygeplejen som centralt i en forskningsindsats (Informant 3, linje 690-702) (Informant 5, linje 637-640). Målet med forskning bliver også betragtet, som en måde at legitimere sygeplejefaget på, ved at henvise til, at man tidligere som sygeplejerske har fungeret som forskningsassistent for lægerne. I stedet er man indenfor nyere tid begyndt at forske indenfor sit eget felt (sygeplejefeltet), hvilket kan virke understøttende for, at forskning fortsat skal være en del af sygeplejefaget, og målet er dermed også at kunne fortsætte med at bedrive forskning (Informant 6, linje 514-528). En informant går endog et skridt videre og giver udtryk for, at forskning ligefrem kan anses som et personalegode. Dette skal forstås sådan, at forskning, som en integreret del af den daglige drift, får afdelingen til at fremstå som en mere interessant og spændende arbejdsplads, hvor den enkelte sygeplejerske har incitament til at befinde og engagere sig. Antageligt fastholdes og rekrutteres kvalificeret arbejdskraft i

forbindelse med forskningen, hvilket formelt også er et af målene, og ligeledes fastholdes og højnes den faglige kvalitet. (Informant 1, linje 899-926, 1235-1243).

I det foregående er der foretaget en gennemgang af de fire mål, indsatsen rummer. Disse fire mål har både en formel fremtrædelsesform såvel som en mere fortolkende form, afhængig af, hvilken udviklingspsygeplejerske der interviewes, og hvordan disse betragter målene med indsatsen. På baggrund af denne gennemgang er det muligt at oplyse nogle generelle underpunkter for hvert mål. Nogle af punkterne er mere gældende i nogle afdelinger end andre, hvorfor det er op til den enkelte projektleder at udspecificere, hvad målet med et givent forskningsprojekt er, og hvordan denne ser målet indfriet. Hensigten med denne beskrivelse er naturligvis at klarlægge indfrielsesforventningerne til de fire mål, hvorved det kan blotlægges *hvordan* man tænker målene indfriet i processen. Dette har en afgørende betydning i forhold til de processer, der skal behandles i indsatsforløbet, netop fordi processerne har afgørende betydning for de resultater, som opnås med indsatsen. Omsorgen er, som det tidligere er nævnt, afhængig af de fire mål og vice versa. De fire mål skal derfor ikke underbetones, såfremt hensigten er at udvikle og forbedre omsorgen på Aalborg Sygehus.

Mål 1 – det sygeplejefaglige – kan inddeles i følgende underpunkter: Styrkelse af den enkelte sygeplejerskers identitet, styrkelse af den sygeplejefaglige kultur i afdelingen, skabe en synlighed omkring det sygeplejefaglige arbejde, fokus på det relationelle frem for det tekniske.

Mål 2 – det samfundsmæssige og sundhedspolitiske – kan inddeles i følgende underpunkter: Forskning som fastholdelsesmekanisme, forskning som en samfundsmæssig nytteværdi, ny viden kan fastholde personer på arbejdsmarkedet, politisk ammunition.

Mål 3 – det kompetencemæssige – kan udtrykkes ved følgende underpunkt: Etablering og udvikling af et læringsmiljø.

Mål 4 - det forskningsmæssige - kan inddeles i følgende underpunkter: Viden om sygepleje, behandling og outcome, forskning som incitamentsstyring.

4.1.5. Omsorgen i de mellemmenneskelige relationer

Med denne analysedel er det hensigten at få tilvejebragt et billede af, hvordan udviklingssygeplejerskerne taler om omsorgen i de mellemmenneskelige relationer. Formålet hermed er at få blotlagt, hvordan de mellemmenneskelige relationer opfattes forskelligt udviklingssygeplejerskerne imellem, samt hvordan en given tilgang til de mellemmenneskelige relationer kan tænkes at påvirke resultatet af forskningsindsatsen.

Som det allerede blev gjort klart i projektets første del, så er det som sådan ikke muligt udtømmende at beskrive, hvad omsorgen i de mellemmenneskelige relationer helt konkret består i. Dette hænger naturligvis sammen med, som det også blev beskrevet i den første del af projektet, at omsorgen i de mellemmenneskelige relationer er relationelt og at det dermed må vurderes fra situation til situation. Det betyder altså, at den samme situation kan opfattes helt forskelligt af to personer. Dette er en opfattelse, der tillige er reflekteret i vores kvalitative empiri. Vi kan således sige, at der overordnet synes at være tale om et vidt forgrenet forståelsesbillede af begrebet udviklingssygeplejerskerne imellem.

En række informanter har for at kunne udtrykke sig bedre, omkring deres forståelse af omsorgen i de mellemmenneskelige relationer, tyet til at beskrive konkrete situationer, de har oplevet på afdelingerne. Med udgangspunkt heri bliver omsorgen i de mellemmenneskelige relationer udtrykt mere nærværende.

Omsorg i de mellemmenneskelige relationer kan eksempelvis være meget konkret. Det kan handle om, at sygeplejerskerne for eksempel aktivt forebygger at børn skrider, når de skal have taget en blodprøve. En sådan sygeplejefaglig handling sigter således mod både en omsorg for barnet, men også derigennem en indirekte omsorg rettet mod barnets forældre, der oplever bekymring og utryghed i forhold til deres barn, og dennes lidelse. Fundamentet for denne type af omsorgsrettethed er, at sygeplejersken anerkender den angst, bekymring og tvivl, der eksisterer hos barnet og forældrene (Informant 1, linje 408-412). Vi kan også sige det sådan, at det er anerkendelsen i de mellemmenneskelige relationer, der bliver grundlaget for at kunne give omsorgen.

Det skildres ligeledes, at denne omsorgsrelation skal bygges på tillid mellem sygeplejersken og patienten/pårørende, idet det er vigtigt, at patienter og deres pårørende er trygge ved personalet. Som en konkret betragtning i forhold hertil, beskrives det af en informant, hvordan man på afdelingsniveau kan efterstræbe, at tilliden bibeholdes mellem sygeplejerskerne og patienter/pårørende ved, i tilfælde af tillidsbrud, at udskifte det personale, der har med en given

patient/pårørende at gøre. Videre beskriver en informant det som værende vigtigt for tilliden i de mellem menneskelige relationer, at der kun er få personer omkring den enkelte familie i forbindelse med hospitalsforløbet. Der kan altså peges på, at et grundlag for at kunne tilvejebringe en god omsorg i den mellem menneskelige relation, blandt andet handler om at sikre, at der eksisterer en vis kontinuitet i patientforløbet. Et omdrejningspunkt i denne kontinuitet er tillid mellem sygeplejerske og patient/pårørende.

En anden måde at udtrykke sig på i forhold til den måde, hvorpå omsorgshandlingen i de mellem menneskelige relationer kommer til udtryk, er at beskrive den praktiske handling. En sådan praktisk handling finder sted overalt i den kliniske praksis, idet den praktiske handling foregår hver gang, der finder en interaktiv proces sted mellem en sygeplejerske og en patient/pårørende. I den forbindelse peges der dog specifikt på den psykoemotionelle samtale som et sted eller situation, hvor omsorgen skal finde sit udtryk i de mellem menneskelige relationer. Vi kan også formulere det sådant, at omsorgsetikken er bundet op i den mellem menneskelige relation, der fungerer som platform for den psykoemotionelle samtale. I forhold til at forstå de virkninger, der finder sted i forhold til omsorgen i de mellem menneskelige relationer, kan der altså peges på den psykoemotionelle samtale mellem sygeplejerske og patient, som et vigtigt og genererende led i forhold til at forstå den samlede indsats, som forskningsprojekterne repræsenterer. Med lidt andre ord kan vi sige det sådan, at den psykoemotionelle samtale synes at blive en slags arena for en forstærket virkning af den omsorg patienterne oplever. I forhold til netop patientsamtalen pointeres det, hvorledes det er vigtigt, at det er sygeplejerskerne, der tager disse samtaler med patienterne. Ligeledes tales der om vigtigheden af at afstemme forventningerne mellem sygeplejerskerne og patienter/pårørende forud for det egentlige behandlingsforløb. I den forbindelse gives netop som eksempel, at en sådan forventningsafstemning kan være medvirkende til, at patienterne og de pårørende oplever en god omsorg (Informant 1, linje 1140-1156).

Med reference til ovenstående beskrivelse af patientsamtalen peges der af informanterne endvidere på, at det i forhold til at udvikle og forbedre omsorgen i høj grad handler om at ”stikke et spadestik dybere” i forhold til, hvad patienten tænker. Dette handler konkret om ikke at have for mange patienter til hver sygeplejerske, hvilket igen hænger sammen med at prioritere, hvem der har brug for omsorgen. En informant beskriver det således i nedenstående citat:

”... så omsorgen sådan i dagligdagen på de afdelinger jeg er, den er jeg ikke i tvivl om, at den er der i det praktiske og i måden at møde patienten på, men man stikker aldrig et spadestik dybere i forhold til, hvad patienten egentlig tænker” (Informant 2, linje 186-192).

Videre beskrives omsorgen som ikke kun værende en blød vare, men også hårde data, der skal være fagligt velfunderet (Informant 3, linje 94-99). I den forbindelse nævnes det, hvorledes der synes at eksistere en stor risiko for, at omsorgen i de mellem menneskelige relationer forsvinder ud, når relationen udspiller sig i et miljø med meget tekniske udstyr. Sygeplejerskernes rettet mod den mere teknisk instrumentelle del af sygeplejen risikerer således at bortlede opmærksomheden fra den mere omsorgsydende del af sygeplejen. I den forbindelse kan der, som også tidligere beskrevet, indføres en sondring mellem nyuddannede sygeplejersker og ældre sygeplejersker. Her beskrives de nyuddannede sygeplejerskerne således som værende mere struktureret i deres tilgang til tingene, mens de lidt ældre sygeplejersker beskrives som bedre til at yde omsorg over for patienter i de kliniske praksisser, der er kendetegnet ved at være meget tekniske instrumentelle afdelinger. Forholder vi dette til de forskellige afdelingstyper, kan vi altså sige, at der bør skelnes mellem eksempelvis medicinske afdelinger og kirurgiske afdelinger.

I forhold til den mellem menneskelige relation mellem sygeplejerske og pårørende beskrives det, hvorledes der kan være stor forskel på, hvor direkte involveret de pårørende er i patientbehandlingen. Dette betyder ligeledes, at der er forskel på, hvor stor en krise de pårørende er i, hvilket igen stiller sygeplejerskerne over for større udfordringer i forhold til at yde omsorg, end sygeplejersker på andre afdelinger.

Der kan også være specifikke praktiske forhold, der gør sig gældende. Et eksempel kan være, at sygeplejerskerne på en (akut) afdeling har patienter, der ligger med rør i halsen og dermed har svært ved at kommunikere med sygeplejersken. Dermed bliver den konkrete omsorgsrelation meget afhængig af, hvor godt den pågældende sygeplejerske kan aflæse patientens kropssprog. Denne udfordring i omsorgsrelationen mellem sygeplejerske og patient kan tillige ses i sammenhæng med ovenstående sondring mellem nyuddannede og ældre sygeplejersker.

Et allestedsnærværende forhold omkring omsorgsydelsen, handler om tiden – eller manglen på samme. Dette aspekt beskrives af informanterne lidt forskelligt. Enkelte informanter nævner det i en parentes, mens andre lægger større vægt på manglende tid som en barriere for at yde omsorg. Der er også en beskrivelse af, at det ikke er et problem i forhold til at yde omsorg, hvilket dog hænger sammen med en speciel normering, idet der er tale om en intensiv afdeling (Informant 3, linje 253-264).

Opsummende i forhold til dette afsnit kan det siges, at informanterne har fremhævet tillid og kontinuitet som en central værdi i de mellem menneskelige relationer. En sådan tillid og kontinuitet er fundet vigtig ikke mindst i forhold til den psykoemotionelle samtale. I forhold til en sådan patientsamtale er det vigtigt at den gennemføres af faguddannet personale, hvilket her vil sige sygeplejerskerne selv. Videre blev det af informanterne fremhævet, at det i forhold til at yde en god omsorg over for patienter og pårørende, ligeledes er vigtigt at indtænke et element af forventningsafstemning i den mellem menneskelige relation. Der blev samtidig præsenteret en sondring mellem nyuddannede og ældre sygeplejersker samt medicinske og kirurgiske afdelinger (teknisk instrumentelle). Slutteligt skal vi, i forhold til forståelsen af de pårørendes placering i omsorgsrelationerne se dem som inddraget meget forskelligt alt efter, hvilken afdelingstype der er tale om.

Som en afsluttende refleksion på ovenstående, kan vi sige det sådant, at det at forstå omsorgen i de mellem menneskelige relationer grundlæggende handler om, at sygeplejerskerne er villige til at stikke et spadestik dybere i forhold til at forstå den enkelte patient. Herom har en informant beskrevet omsorg som en pakke der gives patienten, men det er først den rigtige pakke, når omsorgen bliver tilpasset den enkelte patient/menneske (Informant, 5 linje 841-846). Det er i denne tilpasningsproces, at sygeplejerskernes involvering bliver altafgørende for omsorgen i den mellem menneskelige relation.

4.2. Opsummering

I de foregående analyseafsnit har hensigten været at undersøge, hvordan de seks informanter ræsonnerer i rammen af de antagelser, som interviewguiden og spørgsmålene er konstrueret ud fra. Således er der blevet spurgt ind til de forhold i indsatsen, der antageligt virker modererende og derfor er væsentlige at beskrive for at kunne opstille forskningsindsatsens programteori. Analysen er konkret inddelt i underafsnittene *udviklingspsygeplejersken, afdelingsniveau, forskningsprojekter, de fire mål og omsorgen i de mellemmenneskelige relationer* og indenfor disse fem afsnit, er antagelserne afkræftet, bekræftet og videreudviklet, samt der er blevet udviklet nye antagelser.

I forhold til udviklingspsygeplejersken viser det sig, at de seks informanter peger på, at vedkommendes engagement og faglige profil har en modererende effekt på indsatsen. Dette begrundes blandt andet ud fra, at udviklingspsygeplejerskens *erfaring* og *know how* vil påvirke forskningsprojekternes forløb og derfor virke modererende for de endelige resultater, herunder de mål, der for indsatsen er opstillet. Ligeledes antages det at være vigtigt at udviklingspsygeplejersken, såvel inden som under indsatsens forløb, formår at skabe en forventningsafstemning med de involverede interessenter, idet forventninger ligeledes antages at kunne virke modererende på indsatsen.

På afdelingsniveauet, hvilket vil sige den kontekst forskningsprojekterne placerer sig indenfor, peger informanterne hver især på en længere række af moderatorer, der kan have en virkning på indsatsen. Disse moderatorer er både overordnede og specifikke forstået således, at nogle har en krydseffekt mellem afdelinger, mens andre er mere afdelingsspecifikke. Antageligt vil patientforløbet virke modererende for indsatsen, fordi der er stor forskel på den type af patienter og den omsorg, der skal tildeles. Ligeledes tillægges afdelingens gruppe af pårørende betydning, idet der er forskel på gruppens størrelse og graden af krise, de pårørende befinder sig i.

Sygeplejegruppen, ledelsen i afdelingen og arbejdsvilkår skal også inddrages som moderatorer i forhold til indsatsen. Informanterne peger blandt andet på mentale forskelle i sygeplejegruppen, og dermed det syn der er på omsorg, hvor der især skelnes mellem kirurgiske og medicinske afdelinger som værende forskellige. Arbejdsvilkårene vanskeliggør ofte en kontinuitet i patientforløbet grundet tilrettelæggelse af vagter og lignende, hvilket medfører at én patient behandles af flere sygeplejersker. Ledelsen i afdelingen kan ligeledes virke modererende i den forstand, at denne dels skal bakke op om, og skabe rum for forskningsprojektet og dels være indstillet på at følge op på de

efterfølgende resultater. Endeligt kan nogle helt konkrete forhold, såsom fysiske og teknologiske forhold indvirke på muligheden for at yde omsorg og derfor moderere indsatsen.

Forskningsprojekterne er overordnet beskrevet, som rummende fire mål, og har til formål at skabe en udvikling i den omsorg der ydes på Aalborg Sygehus. De enkelte forskningsprojekter rummer dog også andre problemstillinger, der relaterer sig direkte til den enkelte afdeling. I lyset heraf kan målene for disse projekter siges at relatere sig enten direkte mod patienten eller mod det

organisatoriske niveau i afdelingen. De enkelte forskningsprojekter kan således være moderatorer i sig selv, i forhold til den samlede indsats, grundet det fokus, der anlægges i forskningsprojekterne.

De fire mål udgør ikke nogen moderator for indsatsen i sig selv, men er inddraget i analysen for at afdække, hvordan man tænker om indsatsens fire mål i forhold til de enkelte projekter og i forhold til de formelle beskrivelser. Vedrørende det første mål, beskriver de seks informanter, at det med forskningsprojekterne især drejer sig om at udvikle den sygeplejefaglige identitet og kulturerne på de respektive afdelinger, for derigennem at skabe mere fordrende forhold for omsorgsudvikling.

Herudover betragtes det også som et mål at skabe synlighed omkring sygeplejefaget for dermed at kunne positionere sig som faggruppe. I forhold til det andet mål, synes især tilvejebringelse af ny, sygeplejefaglig viden, som mål og middel til at levere *politisk ammunition* og derigennem skabe nogle forandringer, at være drivende. Derudover kan forskning virke som en

fastholdelsesmekanisme i forhold til sygeplejersker på sygehuset, men forskning kan ligeledes også være med til at fastholde patienter på arbejdsmarkedet efter endt indlæggelse. Det tredje mål for indsatsen beskrives af de enkelte informanter, som etableringen og udviklingen af et *læringsmiljø*.

Det fjerde mål for indsatsen bliver ifølge informanterne at tilvejebringe *ny viden* gennem forskningsprojekterne samt som *incitamentsstyring* i de enkelte afdelinger, forstået som forskning som personalegode.

Omsorgen i de mellem menneskelige relationer udgør den sidste del af analysen. Som det er blevet beskrevet igennem projektet, eksisterer der mere eller mindre "uldne" opfattelser af, hvad omsorg er for en størrelse og hvordan dette kommer til udtryk i de mellem menneskelige relationer.

Informanterne blev derfor adspurgt, hvordan de betragter dette begreb i praksis. Især *tillid* og *kontinuitet* blev fremhævet som centrale værdier i relationen, hvor især de såkaldte *psykoemotionelle samtaler* kunne fungere som et middel til at tage et "spadestik dybere" for derigennem at forstå mennesket bag sygdommen og menneskene bag patienten. Ligeledes kan sådanne samtaler være med til at skabe forventningsafstemning og dermed forstå, hvilken omsorg

og hvordan omsorgen skal tilpasses patienten. Dette hænger naturligvis også sammen med at etablere og opretholde tilliden og kontinuiteten, sygeplejersken, patienten og de pårørende imellem. Således ser opsummeringen på analysen ud og således beskrives og forstås moderatorerne, målene og omsorgen i de mellem menneskelige relationer. Analysen hviler stadig på nogle antagelser, om end disse efterhånden anses som begrundede. I det efterfølgende vil nogle af de ovenstående antagelser blive sat på prøve i den forstand, at antagelserne vil blive testet op mod en indsats, der er gennemført i praksis. Antagelserne kan dermed udvikles på baggrund af erfaring fra et tidligere forskningsprojekt. Dette vil blive uddybet i den efterfølgende del omhandlende pilotprojektet.

5. Pilotprojekt

I de foregående afsnit, blev interviewene med udviklingssygeplejerskerne analyseret på baggrund af de antagelser, der igennem projektet er opbygget. Disse antagelser er, som tidligere nævnt, dels af teoretisk karakter og dels af mere empirisk/praktisk karakter. Antagelserne udgøres af begrundede forestillinger om sammenhænge i indsatsen, men en udvikling af disse antagelser anses som nødvendige inden det er muligt at opstille en plausibel programteori. Antagelserne er derfor blevet udviklet til de spørgsmål, interviewguiden i foregående afsnit bestod af og dannede grundlag for de gennemførte informantinterviews (bilag 3). Af opsummeringen på analysen fremgik det, at en række af forhold menes at spille ind på indsatsen og derfor kan være modererende i såvel fremmende som hæmmende henseende. Disse antagelser skal efterfølgende testes på en indsats, der findes sammenlignelig med omsorgsindsatsen, men som rummer forskellen at være gennemført i praksis og derfor kan bidrage til at rykke grænsen fra teoretiske antagelser mod erfaringsbaserede antagelser.

I de følgende afsnit redegøres der for pilotprojektet, og for hvordan dette menes at kunne bidrage til at udvikle de antagelser, programteorien for omsorgsprojekterne konstrueres ud fra. Desuden vil kritiske forhold i forlængelse heraf blive beskrevet, samt der vil blive redegjort for, hvordan disse forhold menes at spille en rolle. Efterfølgende beskrives de metoder, der vil blive anvendt i forhold til at gennemføre to informantinterviews og slutteligt den analysestrategi, der anvendes i tilgangen til interviewene.

5.1. Introduktion til pilotprojektet

Pilotprojektet, det såkaldte Søskendeprojekt, består i et forskningsprojekt fra Aalborg Sygehus, der blev gennemført i 2001. Forskningsprojektet fokuserede på søskende til børn med kræftsygdomme og de konsekvenser, der kan følge heraf. Søskende kan opleve at familien splittes, da forældrene tilbringer en væsentlig del af deres tid på sygehuset ved det kræftsyge barn. En sådan fragmentering af det sociale liv medfører manglende omsorg og har alvorlig indflydelse på de mellem menneskelige relationer i forhold til familiemedlemmer, kammerater og andre personer, hvor inden for socialiseringsprocesserne foregår. For en uddybning af pilotprojektets genstandsfelt, konklusion og metoder henvises der til bilag 8.

Pilotprojektet udgøres dermed af en konkret indsats i en afdeling, hvor man via en hypotese forsøgte at tilvejebringe ny sygeplejefaglig viden samt at afprøve et konkret program i praksis.

Hypotesen havde til formål at undersøge, hvorvidt der var tale om et konkret problem, og om et udarbejdet program eventuelt kunne dæmme op for de pågældende problemer.

Pilotprojektet kan dermed inddeles i en initiering, en gennemførelse og et resultat, hvor forventningen var, at indsatsens processer og programpunkter ville føre til et bestemt resultat – her at søskende til kræftsyge børn ville få det bedre psykisk og socialt ved at blive tildelt mere opmærksomhed og omsorg, mens ens søskende var indlagt på sygehuset.

Således kan der argumenteres for, at Søskeneprojektet på mange måder deler fællestræk med den indsats, indeværende projekt søger at udvikle en evalueringsramme for. Pilotprojektet deler således relevante fællestræk med omsorgsprojektet og kan derfor på visse punkter betragtes som sammenligneligt. Det væsentligste ved Søskeneprojektet som pilotprojekt er dog, at der er tale om en indsats, der er gennemført i praksis og som er mundet ud i et givent outcome. Ved at spørge ind til relevante processer og moderatorer i indsatsen omkring Søskeneprojektet forventes den viden, der her kan tilvejebringes at kunne bidrage konstruktivt til udviklingen af programteorien for omsorgsprojektet.

5.1.1. Kritik af pilotprojektet

Der kan dog også anføres en vis kritik mod det valgte pilotprojekt, hvilket kort behandles i det efterfølgende. Det første kritikpunkt omhandler den tid, der er forløbet siden Søskeneprojektets gennemførelse. Det er for indeværende seks år siden projektet fandt sin afslutning, hvilket må betegnes som en rum tid. Risikoen i forbindelse hermed er, at informanterne i interviewsituationen vil efterrationalisere (som det oftest er tilfældet efter en indsats gennemførelse) og derfor ikke svarer, hvad der er i fuld overensstemmelse med, hvordan indsatsen faktisk forløb. Nogle forhold vil derfor blive overbetonet, andre underbetonet og det er derfor efterfølgende nødvendigt at være kritisk i forhold til informantens afgivne svar. De to sygeplejersker, der gennemførte Søskeneprojektet vil blive interviewet adskilt, men adspurgt om de samme spørgsmål. Dette anses, alt andet lige, som en *damage controller* i forhold til efterfølgende at være kritiske overfor svarene på spørgsmålene. Tiden kan dog også vise sig fra sin positive side i denne henseende, idet en indsats/projekts resultater nødvendigvis først vil afstedkomme virkningerne over tid.

Et andet kritisk forhold, der er værd at fremhæve, omhandler påstanden om at kunne teste én indsats op mod en anden; altså hvorvidt der er tale om sammenlignelighed, og om en variabel i én indsats kan sidestilles med en variabel i en anden indsats. I det ovenstående er der fremført argumenter for, hvordan de to indsatser kan betragtes som sammenlignelige, men det er klart, at de to indsatser også

adskiller sig på flere væsentlige punkter. Dette er dog et forhold, man kan forholde sig kritisk til ved efterfølgende ikke at drage urimelige slutninger.

5.1.2. Valg af informanter

Gruppen bag udarbejdelsen af projektbeskrivelsen for Søskendeprojektet var sammensat af henholdsvis en overlæge (afdelingslæge), en afdelingssygeplejerske, en socialrådgiver samt fire sygeplejersker. Bag den praktiske gennemførelse af Søskendeprojektet stod to sygeplejersker, der ligeledes indgik i gruppen bag udarbejdelsen af projektbeskrivelsen. Valget mellem, hvilke af disse personer der skulle indgå som informanter, faldt på de to sygeplejersker af flere årsager. For det første anses det som fordrende at tale med to personer, der var en del af såvel initieringen samt forestod den praktiske gennemførelse. I forhold til omsorgsprojekterne, blev udviklingssygeplejerskerne interviewet, idet disse ligeledes udgør en del af initieringen, samt at de skal være et bindende led igennem omsorgsindsatsen, og der derfor kan anes et vist sammenfald imellem de to informantgrupper. For det andet anses det som vigtigt at få nogle *bottom up* perspektiver på en indsats initiering og gennemførelse i den forstand, at det også i omsorgsprojekterne er sygeplejerskerne, der i praksis skal gennemføre forskningsprojekterne i samarbejde med udviklingssygeplejerskerne. Dermed kan der tilvejebringes ny viden omkring sygeplejerskerne og deres rolle i en sådan forskningsindsats, hvilket område hidtil har tiltrukket begrænset opmærksomhed. For det tredje, udgør ressourcebegrænsninger også en faktor i forhold til, hvem der i praksis kan gennemføres interviews med.

5.1.3. Interviewguiden

Til brug under interviewene er der udarbejdet en interviewguide, som rummer spørgsmålene samt de faktorer, spørgsmålene har til hensigt at afdække. Interviewguiden er at finde i bilag 9. Spørgsmålene i interviewguiden er udarbejdet i forhold til de antagelser, der er afdækket og videreudviklet i analysen af de seks informantinterviews. Dog giver det ikke mening at spørge ind til alle antagelser, idet nogle i sagens natur ikke kan genfindes i pilotprojektet. Som eksempel herpå kan nævnes, at pilotprojektet kun dækker en afdeling, og der derfor kun er tale om ”en type patienter”. Ligeledes giver det ej heller mening at spørge ind til de fire mål, da disse er udarbejdet for en anden indsats. Et andet forhold omkring udviklingen af spørgsmål til denne interviewguide omhandler udviklingssygeplejersken og dennes rolle i en forskningsindsats. Således lader det ikke til, at Søskendeprojektet blev gennemført i samarbejde med en udviklingssygeplejerske (en ubekræftet antagelse inden interviewenes gennemførelse), og spørgsmålet var så, hvad der i praksis

har været gjort for at imødekomme dette ”problem”? Dette søges afdækket ved at spørge ind til, hvilke andre personer end udviklingspsygeplejersken der var ’inde over’ projektet. Interviewguiden er tematiseret ud fra følgende punkter: *informanten, initiering, afdelingsniveau, udviklingspsygeplejerske/netværk, projektet, opfølgning på forskningsindsats*. Progressionen i interviewguiden følger i nogen grad samme progression, som en given indsats, og kan derfor betragtes på samme måde som en programteori, hvor der forefindes en indsats, en gennemførelse og nogle resultater. Forskellen er blot, at antagelserne kobles sammen med konkret erfaring fra praksis og derfor kan udvikles til noget mere end teoretiske antagelser. Endelig kan det om interviewguiden nævnes, at guiden rummer en længere række af konkrete spørgsmål inden for nogle afgrænsede områder. Dog kræver svarene en vis uddybning, og interviewene vil derfor, i metodiske termer, placere sig mellem det semistrukturerede interview og det strukturerede interview. Efter interviewenes gennemførelse er disse blevet transskriberet og er at finde i bilag 10.

5.1.4. Analyse af interviews

Konkret vil analysen af interviewene være koncentreret om at opsamle de erfaringer, Søgskendeprojektet kan tilvejebringe i forhold til de antagelser, spørgsmålene er konstrueret ud fra. Hensigten er således at afkræfte, bekræfte eller videreudvikle de antagelser, der efterfølgende bliver en central bestanddel af programteorien. Analysens fornemste opgave er således at afdække, hvilke virkninger der i den givne kontekst eksisterer, og hvilke resultater der har været af disse virkninger. Dette er også beskrevet tidligere under CMO-konfigurationerne i virkningsevalueringsafsnittet.

5.2. Analyse - pilotprojekt

Med indeværende analyse af pilotprojektet er den overordnede hensigt at teste de virkningsantagelser, der blev udbygget med den første analysedel. Det vil med andre ord sige, at vi i nedenstående analyse, med resonansbund i et faktisk gennemført forskningsprojekt, vil søge at teste de udbyggede antagelser, der blev tilvejebragt gennem de seks kvalitative interviews med udviklingssygeplejerskerne. Analysen vil i formidlingsøjemed være struktureret omkring de forskellige temaer, der blev fundet som empiriske omdrejningspunkter i den første analysedel.

5.2.1. Informanten – sygeplejersken

En af de virkningsantagelser vi har gjort os foreløbigt i projektet handler om, at udviklingssygeplejerskernes baggrund antageligt udgør en vigtig determinant for forskningsprojektets endelige virkning. En sådan virkningsgrad menes at have udspring i den erfaringsbase, den enkelte udviklingssygeplejerske udøver sin praksis fra. Med udgangspunkt i pilotprojektet stiller vi i dette afsnit skarpt på den kliniske sygeplejerske, idet det i forhold hertil er vigtigt at forstå, hvilke egenskaber der determinerer virkningerne af forskningsprojektet.

I forhold til vores informanter i pilotprojektet finder vi, at ingen af de to sygeplejersker tidligere har bedrevet forskning. Det vil med andre ord sige, at de to kliniske sygeplejersker, der har stået for den praktiske udførelse af forskningsprojektet, ikke har tidligere erfaring med en sådan opgave. Vi kan altså ikke med udgangspunkt i pilotprojektet sige, at de almene sygeplejerskers manglende forskningsmæssige erfaring har en direkte hæmmende eller fremmende virkning på forskningsprocessen. De karakteristika informanterne i stedet fremhæver som centrale i forhold til forskningsarbejdet, centrerer i stedet omkring de mere almenmenneskelige og sygeplejerfaglige egenskaber. Her handler det om, at sygeplejersken skal have indlevelsesevne og forståelse for de relationelle forhold, der udspiller sig i eksempelvis den psykoemotionelle samtale. Tillige skal det her nævnes, at det i Søskeneprojektet eksplicit bliver fremhævet, at projektet skal gennemføres af *erfarne* sygeplejersker.

5.2.2. Initiering

Med afsæt i vores tidligere fremførte antagelser stilles der nu skarpt på initieringsprocessen. Initieringen af Søskeneprojektet kan overordnet betragtes, som værende en proces præget af en bottom up tilgang. Det skal forstås således, at de primære initiativtagere til igangsættelse af Søskeneprojektet skal findes uden for den øverste sygehusledelse. Konkret beskrives det hvordan

processen omkring Søgskendeprojektet var præget af, at afdelingsledelsen ”hørte noget i krogene”, der måtte handles på i forhold til et videre arbejde. Tillige lægges der vægt på, at der også var udefrakommende forhold, der virkede igangsættende for initieringsprocessen og opstarten af Søgskendeprojektet. Disse udefrakommende forhold omhandler eksempelvis forskellige personer samt en Nordisk konference (Informant 8, linje 779-798) (Informant 7, linje 35-57). Vi kan altså sige, at Søgskendeprojektet i opstartsfasen grundlæggende synes at have været drevet af en konkret lyst til at arbejde med en problemstilling, samt af et italesat behov ud fra et ønske om at gøre noget ved en sådan problemstilling.

Kigger vi på den ledelsesmæssige forankring i initieringsfasen, synes der i høj grad at være tale om tilstedeværelsen af en sådan ledelsesmæssig forankring. Med ledelsesmæssig forankring skal det dog nævnes, at der er tale om en afdelingsmæssig forankring. Dette skal ses som en (naturlig) følge af det overstående forhold omkring i initieringsprocessen, hvor det øverste ledelsesniveau ej heller var det initierende led. Som et billede på Søgskendeprojektets forankring i afdelingsledelsen, kan det nævnes, at der to år efter projektets afslutning, med en ”kræftpakke” blev tilført afdelingen midler, således Søgskendeprojektet kunne blive fuldt ud implementeret i afdelingen. Dette kan naturligvis betragtes som en udefra given præmis, men det er vidende om en signifikant opbakning til Søgskendeprojektet på ledelsesniveauet i afdelingen. Vi kan altså sige, at antagelsen om, at den ledelsesmæssige forankring har betydning for forskningsprojektets gennemførelse og resultater, synes at være bekræftet i pilotprojektet.

Kigger vi på i hvilket omfang, der er foregået en interesseafstemning forud for gennemførelsen af Søgskendeprojektet, så synes det i høj grad at være tilfældet. Det beskrives således, hvordan de involverede aktører i Søgskendeprojektet har afholdt (formaliserede) møder. Disse møder har dannet udgangspunkt for udarbejdelsen af en projektbeskrivelse af indsatsen. De involverede aktører har, som også tidligere nævnt, været en læge, afdelingssygeplejersken, en socialrådgiver samt fire almene sygeplejersker. Det beskrives, hvorledes en sådan forudgående proces har været med til at skabe enighed og konsensus omkring indsatsens hensigt og mål. I pilotprojektet kan vi altså underbygge antagelsen om, at en formaliseret interesseafstemning mellem de implicerede aktører har en betydning i forhold til indsatsens resultater.

Afrundende i forhold til initieringsfasen nævner informanterne, at de i nogen grad fandt initieringsfasen præget af omstændighed, hvilket i den forbindelse henføres til de mange beskrivelser, mødeindkaldelser og ressourcspørgsmål, der omgav initieringsfasen.

Afslutningsvist pointeres vigtigheden af, at projektgruppen der gennemfører forskningsprojektet er sammensat af personer, der matcher hinanden. Et sådan match handler både om, at personerne supplerer hinanden godt fagligt, men også at personerne går godt i spænd sammen på det mere personlige plan. Som en informant udtrykker det, handler det om, at man skal være tryk ved hinanden, således at man eksempelvis imødegår, at et forskningsprojekt bliver et ”personligt projekt” (Informant 2, linje 1003-1014). Som et ræsonnement over dette kan det i forhold til de yngre sygeplejerskers funktion i forskningsprojektet antages, at disse yngre sygeplejersker, qua en mere teoretisk uddannelse, har flere og bedre muligheder for at komme på banen i forhold til den konkrete og teoretiske udformning af forskningsprojektet. Dette set i forhold til de ældre sygeplejersker, da disse i en vis udstrækning har et andet kompetenceområde i relation forskningsprojektet.

5.2.3. Afdelingsniveau

Afdelingsniveauet er i forhold til vore hidtidige grundantagelser, en arena som kan virke modererende på indsatsens forløb. I det nedenstående kigger vi derfor nærmere på, hvordan forskningsprojektet kan modereres af forskellige forhold på afdelingsniveauet.

Som tidligere beskrevet i afsnittet, omhandlende den metodiske tilgang til pilotprojektet, er Søskeneprojektet gennemført på kun én afdeling. Denne afdeling, som er en børneafdeling, er tilmed karakteriseret ved at have en noget speciel patientgruppe. Således er der for det første tale om børn, og for det andet er der tale om typisk lange patientforløb (op til 2 ½ år). Dette er en kontekst vi skal have in mente.

Vi har arbejdet ud fra en begrundet antagelse om, at pårørende til det vi kalder en syg-syg patient kræver mere opmærksomhed, og derigennem mere omsorg, end en pårørende til en syg-rask patient. Denne antagelse genfindes i forhold til informanternes opfattelser i forhold til Søskeneprojektet. Dette begrundes de videre med, at familien typisk er tilknyttet afdelingen i længere tid, hvorved dette stiller større krav til omsorgen (Informant 7, linje 171-187) (Informant 8, linje 192-226). Kigger vi videre i forhold til de pårørendes påvirkning på afdelingsniveauet, så finder vi ligeledes i forhold til pilotprojektet, at antallet af pårørende har en betydning i forhold til den opmærksomhed, der skal ”tildeles” disse (Informant 7, linje 188-231) (Informant 8, linje 240-279).

Kontinuitet som et centralt omdrejningspunkt i patientforløbet har været antaget som et vigtigt element i patientrelationen. I rammen af Søskeneprojektet mener informanterne ligeledes, at kontinuitet er et vigtigt element, der tillægges at skabe tryk omkring patienten. På blandt andet

den baggrund har afdelingen valgt at have et team på fire sygeplejersker omkring det enkelte barn (Informant 8, linje 283-297). Antagelsen om at kontinuitet i patientforløbet har en betydning i forhold til at yde omsorg genfindes i pilotprojektet.

Gennem de seks informantinterview med udviklingssygeplejerskerne udsprang en antagelse om, at ældre generationer af sygeplejersker er bedre til at fokusere på patienter og pårørende end yngre generationer af sygeplejersker. En sådan antagelse er funderet i en opfattelse af, at de yngre sygeplejersker i nogen udstrækning er et produkt af en tid, hvor individet i stigende grad synes centreret omkring sig selv. I forhold til pilotprojektet synes denne antagelse ikke umiddelbart understøttet. Der tales således om denne forskel mellem yngre og ældre sygeplejersker på en anden måde. I Søskeneprojektet sondres der i stedet i forhold til det man kunne kalde livs- og erhvervs erfaring mellem yngre og ældre sygeplejersker. En sådan type erfaring kan eksempelvis vedrøre, hvorvidt man har børn og så videre (Informant 7, linje 266- 291). På den baggrund var det også et bevidst valg, at der i Søskeneprojektet skulle indgå sygeplejersker, der havde erfaring fra afdelingen, herunder det der bliver kaldt menneskelig erfaring (Informant 7, linje 266-307).

Informanterne beskriver således, hvordan de mere erfarne sygeplejersker synes at have overblikket over familierne samt en evne til at ”rumme det hele”. Samtidig beskrives det, hvordan de unge sygeplejersker, qua afdelingens læringskontekst, hurtigt kommer efter det (Informant 8, linje 324-340). I forhold til den oprindelige antagelse, omkring en øget egocentricitet blandt de yngre sygeplejersker, underbygges denne antagelse ikke i pilotprojektet. I stedet kan antagelsen udbygges med et livs- og erfaringsperspektiv, samt en antagelse om, at afdelingskonteksten som læringsarena er central for, at de yngre sygeplejersker tillærer sig de egenskaber, der kendetegner de ældre sygeplejersker i afdelingen.

Informanterne mener, at der fra afdelingsledelsens side kontinuerligt i hele processen omkring Søskeneprojektet har været en stor opbakning fra afdelingsledelsen. I pilotprojektet udgøres afdelingsledelsen af afdelingssygeplejersken samt en læge. Denne opbakning fra afdelingsledelsen afspejledes på det konkrete plan i udarbejdelsen af eksempelvis arbejdsplaner, mulighed for at afsætte tid til at arbejde med forskningsprojektet og opfølgingsmøder (Informant 7, linje 415-438) (Informant 8, linje 356-362). Informanterne peger på, at forankringen i afdelingen, herunder i afdelingsledelsen, er altafgørende for gennemførelsen af Søskeneprojektet. Antagelsen om, at det har betydning for forskningsprojektet, at afdelingsledelsen løbende involverer sig i forskningsprojektet, synes således også underbygget i pilotprojektet.

Med pilotprojektet ønsker vi endvidere at teste, om de fysiske vilkår på afdelingen har en hæmmende eller fremmende virkning på det patientforløb, forskningsprojekterne er centreret om. I Søgskendeprojektet mener informanterne ikke, at dette har haft nogen stor betydning i forhold til forskningsprojektets virkning. I dette udsagn ligger dog en sondring. Sondringen skal forstås således, at de fysiske vilkår på afdelingen ikke menes at påvirke den samlede virkning af Søgskendeprojektet, men at de fysiske vilkår på afdelingen dog kan have en praktisk betydning i nogle situationer. Således beskrives det af de to informanter, hvordan det kunne være rart med et samtalerum, i forhold til patientkontakten (Informant 7, linje 402-442) (Informant 8, linje 466). I forhold til antagelsen om, at afdelingens fysiske indretning har en direkte hæmmende eller fremmende effekt på forskningsprojekternes gennemførelse, kan der med baggrund i pilotprojektet siges, at dette må forstås på to forskellige niveauer. Det første niveau kan kaldes et praktisk niveau, der eksempelvis kan handle om at finde et andet rum at afholde en patientsamtale i, mens det andet niveau kan kaldes et forskningsmæssigt niveau, der kan siges at være en mere omfangsrig praktisk problemstilling, end blot det, eksempelvis at være nødt til at finde et andet rum at være i. Dette forskningsmæssige niveau kan eksempelvis tænkes at virke hæmmende for forskningsprojektets gennemførelse og virkning.

I forhold til afdelingsniveauet havde vi videre den antagelse, at arbejdsvilkårene omkring forskningsprojektet kunne have en virkning på disses gennemførelse. I forhold til pilotprojektet ses disse primært at være af strukturel karakter. Med strukturel karakter menes, at det afgørende i forhold til at kunne arbejde med Søgskendeprojektet, i hovedsagen, har været praktiske forhold. Det kan for eksempel være det forhold, at der ikke i afdelingens arbejdsplan har kunnet afsættes tid til, at sygeplejerskerne kunne arbejde fuld tid med forskningsprojektet. En informant beskriver det som værende et puslespil, for afdelingsledelsen, at få til at gå op (Informant 7, linje 451-468). Videre beskrives det, hvorledes det at gå til og fra arbejdet med Søgskendeprojektet, virkede som en mental barriere. På den baggrund kunne man ønske sig mere plads til at være "fuldtidsforsker" på projektet (Informant 8, linje 472-488). Antagelsen om, at arbejdsvilkårene har betydning for udførelsen af forskningsprojektet, synes at kunne genfindes i pilotprojektet. I forhold til at forstå barriererne omkring arbejdsvilkårene, handler det primært om, at det er en mental udfordring for sygeplejerskerne at skulle omstille sig mellem i det ene øjeblik at arbejde i praksissfæren, mens i det næste øjeblik at skulle arbejde med teoretisk stof i relation til et forskningsprojekt.

Afsluttende omkring forholdene, der gør sig gældende på afdelingsniveauet, kan vi sige, at det offensive fokus på søgende til patienter i afdelingen, tillige har medført at afdelingens øvrige

personale har udviklet et ændret syn på det at have søskende med på afdelingen (Informant 8, linje 344-352). Hvor søskende tidligere ofte kunne opfattes som en barriere for et optimeret patientforløb, ses de nu som en vigtig brik i arbejdet med patienten og dennes familie i det hele taget. Der kan altså endvidere argumenteres for, at en bieffekt af arbejdet med Søskendeprojektet har været, at der qua Søskendeprojektets forankring i også den øvrige sygeplejergruppe i afdelingen, er skabt en stolthed omkring det at være i afdelingen (Informant 7, linje 171-187) (Informant 8, linje 582-588). Dette hænger sammen med den positive eksponering, projektet har fået. Det kan altså konkluderes at der på børneafdelingen er kommet en anden kultur omkring måden at se og håndtere søskende til kræftsyge børn på.

5.2.4. Udviklingssygeplejersken

Antageligt spiller udviklingssygeplejersken en vigtig rolle i forhold til at gennemføre en indsats, hvilket også er fremhævet som en moderator i form af dennes erfaring og know how. I Søskendeprojektet indgik der ikke en udviklingssygeplejerske, hvorfor der i stedet blev spurgt ind til andre ressourcepersoner i forhold til projektets gennemførelse. I den forbindelse peger informanterne på nødvendigheden af at kunne trække på eksterne kræfter i forhold til gennemførelsen af projektet, grundet den faglige (ikke forskningsmæssige) baggrund og den manglende erfaring med projektarbejde. I forhold hertil blev der blandt andet trukket på lederen af Forskningsenheden, Charlotte Delmar, i forbindelse med især struktureringen af undersøgelsen, i forhold til sparring når *man var kørt lidt fast* samt en udenforstående persons evne til at se tingene *oppefra* (Informant 7, linje 483-515) (Informant 8, linje 492-522). Herudover gjorde projektets natur det ligeledes nødvendigt at tilkøbe nogle psykologydelse, således de involverede sygeplejersker kunne lære at befinde sig i den rolle, sygeplejerskerne havde i projektet, hvor samtaler med børn og forældre samt besøg i søskendes skoleklasser nødvendiggjorde en afdækning af egen rolleforståelse. Endeligt blev der i initieringsfasen også trukket på en socialrådgiver, der i sin egenskab af domæneekspert i forhold til at støtte kriseramte familier, ligeledes bidrog til gennemførelsen af projektet.

I forhold til vigtigheden af at kunne inddrage ressourcepersoner under indsatsens forløb, beskrives dette som 'ekstremt vigtigt' grundet den usikkerhed, der er forbundet med at bevæge sig ind på et nyt territorium, hvor en anden viden og tilgang til opgaverne divergerer væsentligt fra de daglige rutiner. Herudover ansås det også som vigtigt at få afdækket sin rolle, som beskrevet i det

ovenstående, således man i følsomme situationer ikke fremstår som noget, man ikke er (Informant 7, linje 521-550) (Informant 8, linje 540-571).

Opsummerende i forhold til udviklingssygeplejerskens rolle i en indsats forløb kan det siges, at den superviserende og vejledende rolle ikke nødvendigvis behøver at blive udfyldt af en udviklingssygeplejerske. Således peger erfaringen fra pilotprojektet på, at det har været muligt at gennemføre projektet med et, af informanterne oplevet, tilfredsstillende resultat uden vejledning fra en udviklingssygeplejerske. Men det er givetvis ikke muligt (i et tilfredsstillende omfang) med mindre, der i udviklingssygeplejerskens fravær kan trækkes på andre ressourcer. Disse ressourcer angives som nødvendige i forhold til sparring, det udenforstående blik på processerne samt antageligt også strukturering af projektet – afhængig af sygeplejerskens tidligere erfaring. Derudover tyder noget på, at projektets natur også kan overvejes i forbindelse med at inddrage personer med specifik viden om forhold, der ligger udover det formelle i et projektarbejde, hvilket i pilotprojektet eksemplificeres ved anvendelsen af en psykolog.

5.2.5. Projektet

I udarbejdelsen af en programteori er det vigtigt at undersøge, om de mål der formelt er opsat for indsatsen også er i overensstemmelse med de mål, man kan forvente at nå frem til. Antagelsen er, at mens indsatsen gennemføres, vil modererende forhold indvirke på indsatsen, og man kan derfor ende med andre resultater eller mål, end det var intenderet. De to adspurgte informanter oplever begge, at man i høj grad indfrie de forventede mål, hvor blandt andet det at skabe en forandring og hjælpe de pågældende søskende gives som eksempler (Informant 7, linje 656-664) (Informant 8, linje 592-620). Beskrivelsen af målene på skrift er ikke helt i overensstemmelse med de af informanterne artikulerede mål, men idet der er tale om en oplevet effekt samt en tolkning af de formaliserede mål, kan der ikke umiddelbart udledes noget presserende heraf. I forhold til den beskrevne metode i Søskeneprojektet, og dermed de programpunkter indsatsen skulle igennem, viste det sig i gennemførelsen, at man havde undervurderet betydningen af visse punkter i programmet. Således var punkterne omhandlende forældresamtalen og skolebesøget oprindeligt inkluderet af hensyn til at opbygge viden, men effekten af disse punkter viste sig at være af så stor betydning, at man efterfølgende implementerede disse metoder direkte i det program, der stadig kører i dag (Informant 7, linje 857-876) (Informant 8, linje 857-876). Af dette kan udledes, at metoderne anvendt i en given indsats kan omsættes til daglig praksis, grundet den afledte virkning de metodiske valg medfører. Derfor kan det antages, at punkter i en programteori, der umiddelbart

har en instrumentel karakter, kan indeholde betydningsfulde bieffekter, hvor netop indfangningen af bieffekterne også beskrives som en af virkningsevalueringens store forcer. I forlængelse heraf kan det tilføjes, at vedrørende det andet spørgsmål under dette tema i interviewguiden, bemærkes det at en metode, der blot betragtes som en *praktisk foranstaltning*, har en stor virkning i forhold til netop at nå indsatsens mål.

Opsummerende i forhold til dette analysepunkt kan det udledes, at antagelsen om, at de indfrieede resultater i en indsats ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med de formelt beskrevne mål, ikke umiddelbart kan hverken afkræftes eller bekræftes, idet dette beror på informanternes tolkning. Herudover viser det sig, at de i indsatsen beskrevne metoder, kan have en væsentlig mere betydningsfuld virkning end forventet. På baggrund heraf kan der opbygges en antagelse om, at givne metoder i en indsats kan have en virkning eller en bieffekt.

5.2.6. Opfølgning på forskningsindsatsen

Enhver indsats antages at resultere i et givent output/outcome afhængig af omstændighederne under og efter indsatsens gennemførelse. Dette er så at sige essensen i virkningsevalueringen, hvor netop moderatorerne under indsatsens forløb antages at have en virkning på indsatsens resultater og derefter det endelige outcome. Adspurgt om omfanget af opfølgningen på Søskendeprojektet i forhold til tildeling af ressourcer, implementering af ny viden eller andre forhold, tilkendegives der udelukkende positivt respons fra informanterne. I forhold til den konkrete indsats er opfattelsen, at projektet med det tilhørende program synes at virke over al forventning, hvilket er en opfattelse, der synes at blive delt af både pårørende, andre sygeplejersker og det øvre afdelingsniveau (Informant 8, linje 764-826). Den brede opfattelse af, at indsatsen virkede over al forventning, synes således at danne grundlag for, at den konkrete opfølgning på Søskendeprojektet blev, at man valgte at prioritere og implementere det program, indsatsen arbejdede med, direkte ind i afdelingen. Hertil skal tilføjes, at der efter projektets gennemførelse og den direkte implementering af programmet, forløb en periode på omkring et par år. Dette skyldes, ifølge informanterne, at der først skulle findes økonomisk råderum til at implementere programmet. Det nævnes i forbindelse hermed, at programmet kræver cirka en kvart sygeplejestilling årligt og er derfor af økonomisk betydning. Et sammenfald af tilfældigheder skabte dog det økonomiske rum for at kunne implementere programmet, idet der via ”Kræftpakken” blev tilført midler nok til, at afdelingsledelsen kunne tillade en prioritering af søskendeprogrammet. Dette skal blot understrege pointen om, at til trods for at indsatsen blev gennemført år tilbage, så har ledelsen til trods herfor, stadig valgt at lade de

gode resultater give udslag i en konkret implementering. Opfølgningen er dermed, som de to informanter giver udtryk for, særdeles positiv i forhold til at anvende undersøgelsens resultater i praksis. Programmet forventes ligeledes at blive tilbudt alle søskende i den skolepligtige alder fremover, idet man løbende uddanner andre sygeplejersker i afdelingen i at køre programmet og således bygger videre på den viden og erfaring, der er opnået.

Begrundelsen for, at denne opfølgning kan betragtes i så positivt et lys, skyldes ifølge de to informanter en række forhold inden og under indsatsens forløb. For det første anses de 'gode resultater' som værende væsentlige for ledelsens velvillighed til at foretage den nødvendige prioritering (Informant 7, linje 754-783) (Informant 8, linje 764-798). For det andet, bliver initieringsfasen (forankringen) samt den løbende opfølgning betragtet som havende en positiv virkning, idet omstændigheder har gjort, at der omkring indsatsen og resultaterne er skabt et fælles ejerskab (Informant 7, linje 755-765). For det tredje, kan en vis grad af økonomisk tilfældighed siges at spille ind via den føromtalt "Kræftpakke", idet denne muliggjorde prioriteringen. Hvorvidt denne prioritering havde fundet sted alligevel må stå hen i det uvisse. Den væsentligste og altafgørende moderator for indsatsens implementering er dog antageligt stadig viljen til, og muligheden for, prioriteringen af ressourcer fra ledelsens side (Informant 8, linje 737-743). Ved spørgsmålet om personlig og faglig gevinst ved at gennemføre Søkendeprojektet bliver tillid omkring fagligheden fremhævet som en gevinst (Informant 7, linje 793-829). Ligeledes kan projektets gennemførelse og de efterfølgende foredrag for større forsamlinger siges at rumme en bred udviklingsproces, der er 'noget man altid kan bruge' (Informant 8, linje 840-856). Disse to gevinster kan i nogen grad siges at være gældende for mål 1 i omsorgsprojektet, men idet indsatsen og målene for de to forskningsprojekter ikke direkte relaterer sig til hinanden, vil dette forhold ikke blive yderligere fremhævet.

Ud fra ovenstående kan det opsummeres, at antagelsen omkring vigtigheden af ledelsesmæssig forankring samt løbende støtte, synes at kunne blive bekræftet. Erfaringer fra pilotprojektet viser antageligt, at en indsats succes kan afhænge af den ledelsesmæssige forankring, at ledelsen indgår som *stakeholder* i indsatsen og dermed også de (positive) resultater, som efterfølgende skaber rum for prioritering og implementering. Denne kausalkæde udgør en lille programteori i sig selv, hvor antagelserne fra omsorgsprojektet synes at være sammenfaldende med Søkendeprojektet og derfor virker bekræftende. Hvorvidt programmet fra Søkendeprojektet var blevet implementeret uden "Kræftpakken" er svært at afgøre til trods for, at der gives udtryk for stor ledelsesmæssig vilje til at gøre programmet til en del af daglig praksis. Antagelserne om, hvad der virker, og hvad der ikke

virker, skal således også tage højde for økonomien, idet denne synes at udgøre en væsentlig moderator for fremtidigt virke.

6. Programteori

I dette afsnit er det hensigten at beskrive programteorien. Dette betyder, at vi i det nedenstående vil sætte ord på de virkninger, der eksisterer mellem indsats og resultater i forhold til forskningsprojekterne på Aalborg Sygehus. Det vil med andre ord sige, at programteorien vil udpege de vigtigste led i indsatsen gennem en tydeliggørelse og eksplicitering af de forestillinger, der kan opstilles omkring måden, hvorpå forskningsprojekterne tænkes at virke. Den bagvedliggende logik er her, at indsatsen består af flere forskellige komponenter, hvilket således afføder de forskellige ”mellestationer” i processen fra igangsættelse til formel afslutning af indsatsen. De virkningsforestillinger, der præsenteres i dette afsnit, kan betragtes som et (slags) slutprodukt af processen omkring udviklingen af antagelser samt testen af disse i rammen af pilotprojektet. I forhold til den tænkning, der anvendes i det nedenstående, kan der anlægges en form for ”sluseforståelse”. Med dette menes, at hver moderator kan anskues som en slags sluse, der enten er åben eller lukket i forhold til at nå den samlede indsats’ virkning.

Programteorien er søgt illustreret i flow chartet (figur 4).

6.1.1. Initieringsproces

Som tidligere angivet blev omsorgsindsatsens initiering beskrevet som udsprunget fra Netværket af udviklingssygeplejersker, hvor målet med omsorgsindsatsen er, at der ”sker en styrkelse af sygeplejen, således patienter og pårørende til enhver tid bliver modtaget af den gode, kloge og rigtige sygepleje, baseret på omsorgsetiske handlinger”. For at en sådan indsats skal kunne virke, må der sikres støtte og opbakning. I forhold til initieringsfasen for forskningsprojekterne er der således fundet to moderatorer. Disse er det øverste ledelsesniveau på Aalborg Sygehus og udviklingssygeplejersken.

I forhold til det øverste ledelsesniveau på Aalborg Sygehus er virkning relateret til forankring eller ikke forankring. Er der ikke fundet en forankring sted, vil indsatsen ikke få det ønskede resultat. Den anden moderator i initieringsprocessen er den enkelte udviklingssygeplejerske. Den enkelte udviklingssygeplejerske kan således enten være stakeholder eller ikke stakeholder i indsatsen. Selv om der er udarbejdet en beskrivelse af forskningsprojektets formål, er det således ikke ensbetydende med, at der mellem de enkelte udviklingssygeplejersker eksisterer konsensus herom.

Virkningsforståelsen er her, at det skal sikres, at udviklingssygeplejerskerne i videst mulige omfang

føler sig som stakeholder eller føler ejerskab omkring indsatsen. Udviklingspsygeplejersken er således det bindende led mellem det enkelte projekt og det samlede resultat.

6.1.2. Udviklingspsygeplejersken

Programteoriens andet led udgøres af udviklingspsygeplejersken. Udviklingspsygeplejersken er således en moderator for virkning i forhold til de enkelte omsorgsprojekter. Der er i forhold til udviklingspsygeplejersker identificeret tre centrale virkningsforhold. Disse omhandler udviklingspsygeplejerskens erfaring og know how, tilstedeværelsen af netværk samt et forhold omkring forventningsafstemning.

Udviklingspsygeplejerskens grad af erfaring og know how skal i en virkningsammenhæng ses i relation til hendes rolle om tovholder, vejleder og sparringspartner i forhold til det enkelte forskningsprojekt i afdelingen. Erfaring og know how som moderator skal konkret ses i forhold til samarbejdet med de kliniske sygeplejersker, der netop står for den praktiske gennemførelse af forskningsprojekterne. På den facon bliver udviklingspsygeplejerskens erfaring og know how en moderator for den endelige virkningen af indsatsen.

Et andet moderende forhold vedrører graden af forventningsafstemning. I virkningsøjemed handler det således om, at en sådan forventningsafstemning kan have fundet sted eller ikke have fundet sted. I forhold til forventningsafstemningen skal denne ses i relationen mellem udviklingspsygeplejersken og de kliniske sygeplejersker, der skal arbejde med forskningsprojektet. Graden af en sådan forventningsafstemning menes således at kunne påvirke forskningsprojekternes resultater.

Det tredje og sidste modererende forhold i forbindelse med udviklingspsygeplejersken omhandler tilstedeværelsen af netværket. Virkningsforståelsen er her, at udviklingspsygeplejersken, qua sin rolle i forskningsprojekterne, er afhængig af at kunne trække på et netværk af personer i forhold til at tilvejebringe viden om problemstillinger, som udviklingspsygeplejersken ikke umiddelbart selv synes at kunne løse i forhold til et givent projekt. Det enkelte forskningsprojektets resultater afhænger således af, at problemer undervejs løses hensigtsmæssigt ved at trække på mest mulig viden.

6.1.3. Afdelingskontekst

Afdelingskonteksten er et andet område for virkningen af forskningsprojekterne. Det er den naturlige, fordi det er i afdelingerne indsatsen skal udmøntes. Der er i forhold til afdelingskonteksten overordnet identificeret ni modererende forhold for virkningen af

forskningsprojekterne. Disse ni moderende forhold fordeler sig på to moderatorer, der omhandler de kliniske sygeplejersker, samt syv moderatorer, der relaterer sig til afdelingskonteksten mere bredt. I forhold til de kliniske sygeplejersker, som er den medarbejdergruppe der primært gennemfører forskningsprojekterne, kan virkningen af forskningsprojekterne i første omgang ses i relation til disse sygeplejerskers *motivation*. I virkningsøjemed kan vi således tale om motivation som til stede eller ikke til stede. Her er virkningsforståelsen altså, at tilstedeværelsen af motivation, for at arbejde med projekterne, har en væsentlig indvirkning på arbejdsprocessen og resultaterne af forskningsprojekterne.

Det andet virkningsforhold omkring de kliniske sygeplejersker, handler om det vi i en overordnet ramme kan kalde personlighed. Personlighed skal her forstås som sammensat af menneskelig og faglig erfaring og dermed af projektgruppens interne virke. I den forbindelse kan der tales om et godt eller dårligt match i forskningsgruppen. Virkningsforståelsen er således, at ”matchgraden” i forskningsprojekterne har betydning for resultatet af forskningsprojekterne.

Som nævnt i ovenstående, eksisterer der yderligere syv modererende virkningsforhold i afdelingskonteksten, hvilket behandles i det efterfølgende.

Den første moderator er patientforløbet, hvor patienttyperne kan inddeles i syg-syg eller syg-rask. De forskellige patientforløb kræver således forskellige tilgange til omsorgsydelsen, og heraf følger, at patientforløbet tillægges betydning i forhold til, hvorvidt det findes sandsynligt at indfri indsatsens mål omkring udvikling i omsorgen.

En anden moderator handler om antallet af pårørende. Virkningsforståelsen er her, at mange pårørende vil have indflydelse i forhold til allokering af opmærksomhed. En familie, hvor forældrene er skilt, kan eksempelvis betyde, at der så at sige kommer flere pårørende til patienten, i dette tilfælde oftest et barn, hvorfor sygeplejersken skal tage hånd om et større antal personer, hvorved tiden til den enkelte begrænses.

Et tredje moderende forhold vedrører sygeplejerskegruppen. Sygeplejerskegruppen er den gruppe af sygeplejersker, der befinder sig i en given afdeling, men som ikke har noget praktisk med forskningsprojektet at gøre; det vil sige, at det er gruppen af kolleger til projektgruppen.

Sygeplejerskegruppen kan udvise opbakning/ikke opbakning overfor projektgruppen, med den virkning, at opbakning i forhold til positiv tilkendegivelse, og det at give en ekstra hånd med i det daglige arbejde, er fordrende for projektgruppen. Omvendt vil en negativ eller manglende opbakning virke hæmmende. Et videre virkningsforhold for denne gruppe omhandler, hvorvidt man tilhører den medicinske eller kirurgiske gruppe af sygeplejersker. Dette har en virkning i forhold til

de mentale forskelle, grupperne imellem, og måden hvorpå man anskuer omsorg. Dette afhænger i høj grad af den funktion, man har i afdelingen, hvor kirurgiske sygeplejersker ofte oplever hurtigere forløb med det primære fokus på resultater frem for omsorg, mens medicinske sygeplejersker typisk har med de lidt længere patientforløb at gøre.

En fjerde moderator handler om ledelsen. Ledelsen skal her forstås som ledelsen på afdelingsniveau, og denne kan give sin opbakning eller ikke opbakning til forskningsprojekterne. Det betyder, at ledelsen, qua sin position i afdelingen, i virkningsøjemed har en stor betydning i forhold dennes signalering omkring forskningsprojekterne. Med andre ord er ledelsesmæssig opbakning en faktor, der virker fremmende for projekterne, mens manglende opbakning virker hæmmende.

Den femte moderator er arbejdsvilkår for projektgruppen. Disse arbejdsvilkår kan være enten gode eller dårlige vilkår. Med disse arbejdsvilkår forstås det at have sammenhængende tid til at arbejde med forskningsprojekterne. Virkningsforståelsen er således, at struktureringen af det daglige arbejde i afdelingen har en virkning for arbejdet med forskningsprojekterne, hvilket igen afføder en virkning på de samlede forskningsprojekter. Det vil altså sige, at det at afsætte sammenhængende tid, eksempelvis en hel dag ad gangen, vil have en indvirkning på forskningsprojektet.

En sjette moderator i afdelingskonteksten vedrører de teknologiske forhold. En afdeling kan inddeles i teknologitung/ikke teknologitung, hvor virkningen er, at teknologitunge afdelinger ofte medfører, at sygeplejerskerne risikerer at fokusere mere på teknologien end patienten, hvilket påvirker omsorgsydelsen.

Den syvende og sidste moderator i afdelingskonteksten angår de fysiske forhold. Dette kan behandles som gode fysiske vilkår eller dårlige fysiske forhold. Fysiske forhold har eksempelvis en negativ virkning, hvis sygeplejersken er tvunget til at tage en personlig snak med en patient på afdelingens gang. De fysiske forhold indvirker dermed på muligheden for at udøve omsorg og dermed også på projektets gennemførelse og resultater.

6.1.4. Opfølgning

Den afsluttende fase i forhold til programteorien omhandler opfølgningen. Denne opfølgning finder sted når de enkelte projekter afsluttes. Opfølgningen vil i vid udstrækning afhænge af de positive og negative virkninger, der har været i indsatsen og de processer, der er foregået heri. Alt efter forskningsprojekternes resultater, vil den efterfølgende implementering føre frem til opfyldning af de fire mål, samt skabe en positiv udvikling i omsorgen. Opfølgningen bliver, som alle andre

processer i indsatsen, ligeledes modereret og er afhængig af virkningerne heraf. I opfølgningen er der identificeret fire forskellige moderatorer.

Den første moderator vedrører de enkelte forskningsprojekters resultater. Der vil altid være nogle resultater, men disse kan inddrages i gode resultater og mindre gode resultater. Virkningsforståelsen er her, at gode resultater, forstået som positive virkninger af indsatsen med et langsigtet perspektiv, der vinder bred anerkendelse på alle aktørniveauer, har større mulighed for opfølgning med efterfølgende implementering end mindre gode resultater.

Opfølgningens anden moderator er ledelsesmæssigt ejerskab/ikke ejerskab. Ledelsesbegrebet omfatter her det øverste niveau såvel som afdelingsniveau. Såfremt der fra ledelsens side eksisterer en følelse af ejerskab over resultaterne, synes virkningen at være en positiv opfølgning på resultaterne og modsat. Ejerskabet skal her ses i forbindelse med indsatsens initieringsfase, idet den ledelsesmæssige forankring, alt andet lige, virker fordrende for ejerskabet og dermed også for villigheden til at prioritere og implementere efter indsatsen finder sin afslutning.

På afdelingsniveau findes opfølgningens tredje moderator i form af sygeplejerskegruppen. Resultatet af forskningsprojekterne kan, såfremt en implementering finder sted, medføre nye programmer, rutiner eller andre tiltag, som ændrer på daglig praksis. Derfor kan resultaterne blive mødt af velvilje eller modvilje i sygeplejerskegruppen.

Den sidste moderator vedrører økonomien. Her kan der tales om økonomi/ikke økonomi som moderator i forhold til opfølgningen på forskningsindsatsens resultater. Virkningsforståelsen er, at til trods for, at der eksisterer en ledelsesmæssig velvilje, opbakning, forankring og ønske om prioritering, vil økonomi have en afgørende betydning for, om resultaterne af det enkelte forskningsprojekt følges op og implementeres i afdelingen.

6.1.5. De fire mål og omsorgen i de mellem menneskelige relationer

Omsorgsindsatsen på Aalborg Sygehus har til hensigt at indfri fire mål samt skabe en udvikling i omsorgen i de mellem menneskelige relationer. De fire mål og omsorgen i de mellem menneskelige relationer er beskrevet i indsatsens initieringsmateriale samt analyseret i interviewene med de seks udviklingssygeplejersker. Der eksisterer visse forskelle mellem det formelt beskrevne, og måden udviklingssygeplejerskerne artikulere målene på, hvilket hænger sammen med beskrivelsernes manglende, operationelle udtryk og derfor nødvendigvis må fortolkes af de enkelte udviklingssygeplejersker.

Målet for det sygeplejefaglige (1) er: hensigten med indsatsen og de enkelte projekter, at der sker en styrkelse af den enkelte sygeplejerskes fagidentitet, at der sker en styrkelse af den sygeplejefaglige kultur i afdelingen, at skabe en synlighed omkring det sygeplejefaglige arbejde og at fokusere på det relationelle frem for det tekniske i behandling af patienten.

For de samfundsmæssige og sundhedspolitiske områder (2) er målet: at forskningsprojektet kan fungere som en fastholdelsesmekanisme i forhold til de ansatte, at forskningsprojekterne rummer en samfundsmæssig nytteværdi, at tilvejebringelse af ny viden kan fastholde patienter og pårørende på arbejdsmarkedet, samt at kunne bidrage med politisk ammunition.

Det forskningsmæssige mål (3) er: at skabe viden om sygepleje – herunder behandling og outcome, samt at forskning kan fungere som incitamentsstyring i forhold til de ansatte.

Det kompetencemæssige mål (4) med indsatsen er: at etablere og udvikle læringsmiljøerne i afdelingerne.

Målet for omsorgen og de mellem menneskelige relationer synes at være centreret omkring etablering og opretholdelse af tillid og kontinuitet mellem omsorgsyder, patient og de pårørende, hvor blandt andet de psykoemotionelle samtaler kan være et middel til at forstå patienten ud fra dennes livssituation og herfra tilrettelægge omsorgen.

Af flow chartet fremgår det, at de fire mål betragtes som vedrørende organisationen Aalborg Sygehus, mens omsorgen og de mellem menneskelige relationer vedrører patienter og pårørende. Som pilene også indikerer, eksisterer der et dialektisk forhold mellem såvel de fire mål og omsorgen, som mellem Aalborg Sygehus og patienter samt pårørende. I den forstand virker målene og omsorgen komplementære i forhold til hinanden – de er hinandens forudsætninger for at kunne blive indfriet, hvorfor Aalborg Sygehus ligeledes er afhængig af patienter og pårørende og omvendt. Der kan derfor ikke skelnes skarpt mellem målene og omsorgen, som kasserne ellers indikerer, men i stedet må man betragte forholdene ud fra et samlet hele.

På næste side er programteorien visualiseret ved et flow chart (figur 4).

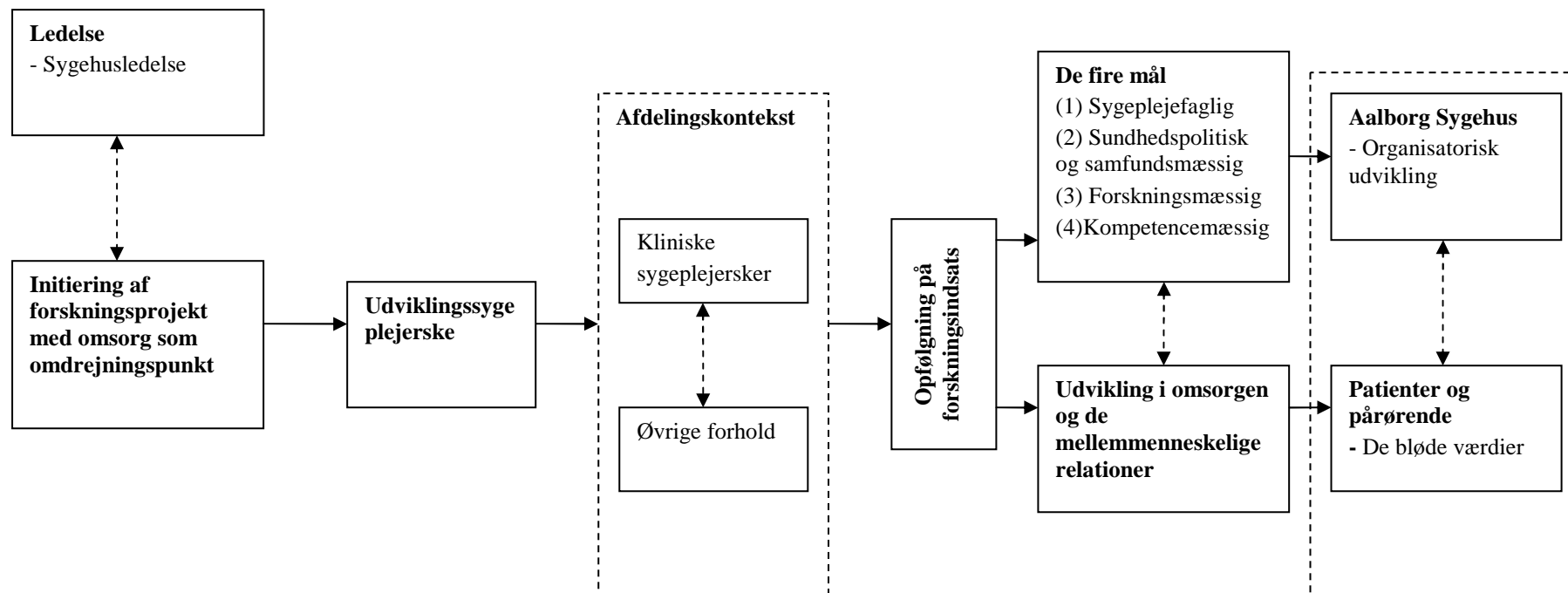
Indsats

Proces

Præstation

Resultat/virkning

Mål



6.2. Opsamling på undersøgelsesspørgsmålet

I indeværende afsnit samles der op på projektets undersøgelsesspørgsmål. Afslutningsvis præsenteres den evalueringsramme, der med dette projekt har været hensigten at konstruere.

I projektets første del blev der opstillet et undersøgelsesspørgsmål med det formål at styre den fremadrettede proces i projektet og samtidig medvirke til at besvare projektets problemformulering.

Undersøgelsesspørgsmålet fik følgende ordlyd:

Undersøgelsesspørgsmål

Hvordan kan der konstrueres en evalueringsramme, der kan vurdere, hvorledes de enkelte forskningsprojekter i afdelingerne på Aalborg Sygehus virker, i forhold til målene med indsatsen?

I projektet er det fundet hensigtsmæssigt at benytte en virkningsevalueringstilgang i forhold til virkningsudredningen af omsorgsindsatsen på Aalborg Sygehus. Med en virkningsevalueringstilgang har det været muligt at fokusere på de led i indsatsens proces, der har en virkning i forhold til målene med indsatsen. Idet forskningsprojekterne i sig selv er en del af processen, er det derfor også nødvendigt at vurdere de processer, der er gået forud for forskningsprojekterne, for derefter at kunne vurdere de efterfølgende virkninger. Derfor er det nødvendigt at se indsatsen som én samlet proces, bestående af delprocesser, såfremt det skal give mening at vurdere virkningen et forskningsprojekt i forhold til de samlede mål for indsatsen. Konstruktionen af en evalueringsramme, der kan vurdere virkningen af de enkelte forskningsprojekter, i forhold til de samlede mål med indsatsen, kræver derfor, at fokus rettes mod den samlede indsats og ikke blot mod processerne i de enkelte afdelinger. Dette hænger ligeledes sammen med, at målene er gældende for den samlede indsats, hvor resultaterne og virkningerne af de enkelte projekter i afdelingerne bidrager til at nå de samlede mål.

6.2.1. Evalueringsrammen

Projektet har blandt andet haft til hensigt at udvikle en evalueringsramme, der kontekstmæssigt er udviklet i rammen af Aalborg Sygehus, og som er i stand til at evaluere de forskningsprojekter, der løber frem mod år 2010. Rammen er udviklet med afsæt i den evalueringsform der kaldes virkningsevaluering eller *realistic evaluation*, hvis styrke er at kunne bygge bro mellem indsats og resultat ved at fokusere på de processer i indsatsen, der virker modererende og dermed er af betydning for indsatsens outcome. Idet indsatsen endnu ikke er gennemført, har det været

nødvendigt at opstille, udvikle og teste en række af antagelserne om, hvad der virker for hvem, under hvilke omstændigheder og med hvilke forventede effekter. Fokus har dermed været centreret mod at afdække indsatsens kontekst (C), indsatsens moderatorer og virkninger (M), og hvilken effekt en given moderator har i en bestemt afdeling (O). Resultatet af denne undersøgelse er nedenstående ramme, hvori indsatsens områder, moderatorer og kriterier for at indfri indsatsens mål er oplyst.

Tabellen udgør dermed essensen af denne undersøgelse og er derfor at betragte som den evalueringsramme, Aalborg Sygehus kan gøre brug af i år 2010, når indsatsen skal vurderes.

Som det fremgår af evalueringsrammen, er der listet en række områder, moderatorer og kriterier og disse følger samme kronologiske progression, som det er tilfældet i programteorien og flow chartet. Områder skal her betragtes som et led i indsatsen, og moderator er den variabel, som har en virkning i forhold til indsatsens led. Overordnet set er indsatsens hensigt at indfri de mål, der er opstillet for indsatsen, men qua virkningsevalueringstilgangen vil indsatsen gennemløbe nogle processer, der har betydning for indsatsens resultater. Her er det kriterierne kommer ind i billedet, idet kriterierne og opfyldelsen af disse afgør om målene for indsatsen indfries. Opfyldelsen af et kriterium i et led har således en virkning i forhold til indsatsens næste/andre led. Kriterierne er hermed en væsentlig del af den samlede evalueringsramme, idet disse er med til at tilvejebringe viden om indsatsen, indsatsens resultater og dermed, hvad der kan betragtes som mere eller mindre succesfuldt. I den henseende kan evalueringen i år 2010 fungere såvel summativt som formativt, da graden af kriterieopfyldelse er med til at afgøre, om resultatet af de enkelte projekter skal justere på en afdelingsindsats eller indsatsen skal afsluttes.

Eksempelvis viste analysen af pilotprojektet, at graden af gode resultater for forskningsprojektet samt graden af ledelsesmæssig forankring, opbakning og ejerskab, kombineret med et (tilfældigt) øget økonomisk råderum, medførte en succesfuld implementering, der efterfølgende har kørt i en årrække. Kriterierne, og graden af hvorvidt disse opfyldes, synes således at have en afgørende virkning. Det er således ikke nødvendigvis nok med et godt forskningsresultat, kriterierne for den videre proces er afgørende for, at det gode resultat ikke blot løber ud i sandet.

Evalueringsrammen fungerer dermed som et instrument til at fokusere på, hvilke områder i indsatsen der er centrale, hvilke moderatorer indenfor disse områder der har en virkning og hvilke kriterier, der gør sig gældende for at frembringe de virkninger, som indfrier indsatsens mål. Evalueringsrammen er dermed også todelt i sit sigte, idet rammen kan skabe opmærksomhed

omkring områder, moderatorer og kriterier *under indsatsens gennemførelse*, men også som en evalueringsramme for den samlede indsats.

Område	Moderator	Kriterium
Initieringsprocessen	Øverste ledelse	Graden forankring Graden af ejerskab Graden af opbakning
	Udviklingssygeplejersken	Graden af ejerskab (stakeholder)
Udviklingssygeplejersken		Graden af erfaring og know how Graden af forventningsafstemning Graden af netværk
Afdelingskontekst	De kliniske sygeplejersker	Graden af motivation Graden af match
	Øvrige forhold	Patientforløbet Pårørende Sygeplejerskegruppen Afdelingsledelsen Arbejdsvilkår Teknologiske forhold Fysiske forhold
Opfølgning	Resultater	Projektresultater
	Ledelsen	Graden af ejerskab
	Sygeplejerskegruppen	Graden af velvilje
	Økonomi	Graden af økonomisk råderum

7. Opsamling og konklusion

Med dette afsnit er det hensigten at svare på projekts problemformulering.

Helt overordnet er problemformuleringen motiveret af den undren, der har været i forhold til Aalborg Sygehus' ageren i det samfund, det nu engang er en indlejret del af. En sådan undren har haft udspring i det dialektiske forhold sygehuset indgår i med sine omgivelser.

Svaret på problemformuleringen vil på de følgende sider blive behandlet ud fra tre identificerede typer af pres. Disse tre prestyper er henholdsvis et personale- og forventningspres samt øgede krav om dokumentation. Sådanne tre typer af pres er således fundet særligt interessante gennem arbejdet med undersøgelsesspørgsmålet, og dermed også for Aalborg Sygehus' arbejde med en fokuseret omsorgsindsats.

Med reference til det ovenfor anførte er hensigten således at relatere den viden, der i indeværende projektet er tilvejebragt i regi af undersøgelsesspørgsmål, til det problemfelt, der indledningsvist blev beskrevet. Det vil med andre ord sige, at den viden der i projektet er skabt i relation til de forskellige virkeforhold, der eksisterer omkring en forskningsindsats med omsorg som omdrejningspunkt, nu vil blive relateret til de udfordringer, der eksisterer i forhold til et sygehus' ageren i et felt præget af pres. På den facon aktualiseres og forholdes en forholdsvis specifik viden omkring en række processer og virkningsforhold i en konkret forskningsindsats, til en organisatorisk udfordringssfære omhandlende øgede krav om dokumentation af ydelser, en langt stærkere fokusering på bløde værdier samt stigende krav fra forskellige institutioner i omverdenen. Med indeværende arbejde er forventningen ydermere, at den tilvejebragte viden om, hvorledes en forskningsindsats virker i en sygehusorganisation, ligeledes findes aktuel og nyttig i andre organisationer med en sammenlignelig udfordringsarena.

I det følgende stilles der skarpt på udfordringerne, der i dette projekt er udpeget som væsentlige, i forbindelse med en sygehusorganisations arbejde med forskningsprojekter, der har omsorg som centralt omdrejningspunkt for indsatsen.

7.1.1. Personalepres

Af de tidligere afsnit i denne afsluttende opsamling fremgår det, at der eksisterer en række af udfordringer bestående i et udefrakommende pres på organisationen specifikt samt på sundhedsvæsenet generelt. Her er det blandt andet blevet berørt, at samfundet afkræver bevis for offentlige organisationers ressourceforbrug, samt at patienter og pårørende udgør et øget forventningspres i forhold til kvaliteten af de ydelser, som en offentlig organisation leverer. Dog eksisterer der også et interorganisatorisk personalepres på Aalborg Sygehus i forhold til at gennemføre omsorgsindsatsen, hvilket vil blive beskrevet nærmere i det efterfølgende.

Omsorgsindsatsen udmøntes konkret i nogle forskningsprojekter, der skal gennemføres på afdelingsniveau, hvorfor dette vil have en betydning i forhold til det daglige arbejde på afdelingerne. Sygeplejerskerne oplever i stigende grad det pres, der eksisterer i form af øget dokumentation, jævnfør den øgede akkreditering, samt mere lukrative tilbud andet steds fra, der resulterer i personaleflugt og mangel på rutinerede medarbejdere. Omsorgsindsatsens udfordring er i denne forbindelse at få gjort sygeplejerskerne og personalet til stakeholders i indsatsen. Heri ligger, at indsatsen og forskningsprojekterne ikke skal betragtes som endnu et udefrakommende krav, men i stedet være et tilbud til sygeplejerskerne, som de selv kan være med til at forme. Det er ikke blot en udfordring at få projektet gennemført i praksis, men ligeledes at gennemførelsen sker så hensigtsmæssigt som muligt af hensyn til resultaterne. Derfor er det også en udfordring at inddrage flest mulige i en given afdeling som stakeholders i projektet, da det kan have konsekvenser for arbejdsbyrden i afdelingerne, at nogle fragår for at arbejde med projektet.

Som det tillige er nævnt i projektet, udgør arbejdsvilkårene for de sygeplejersker, der arbejder med forskningsprojekterne, et vigtigt element i forhold til virkningerne af forskningsindsatsen. I direkte forlængelse heraf, kan der således peges på, at der i regi af de enkelte afdelinger skal henledes en opmærksomhed på at skabe rum for de enkelte forskningsprojekter. Her består udfordringen ikke mindst i, at der kan afsættes samlet tid til at arbejde med forskningsprojekterne.

I forbindelse med udviklingssygeplejerskens specifikke tovholderrolle i forskningsprojekterne er det en væsentlig udfordring at indrette et understøttende netværk i relation til afdelingens øvrige personale. Graden af netværk, såvel internt i organisationen som udenfor for organisationen, er altså vigtig i forhold til at gennemføre forskningsprojekterne.

Tidligere erfaring har vist, at sygeplejersker der har deltaget i et efteruddannelseskursus peger på, at afbræk i de daglige rutiner har en stor virkning på arbejdsglæden. Således kan også forskningsprojekterne i omsorgsindsatsen være et afbræk i det daglige, hvor det at beskæftige sig med noget andet end rutinerne kan øge arbejdsglæden. I den forbindelse talte en informant tidligere i projektet om forskning som et personalegode og en incitamentsstyring, hvor antagelsen var at forskning kan betragtes som udviklingsarbejde til gavn for afdelingen og den enkelte medarbejder. Ligeledes har det vist sig, at til trods for at man måske ikke tidligere har beskæftiget sig med større forskningsprojekter, kan der med støtte tilvejebringes et tilfredsstillende resultat, fagligt såvel som personligt.

Omsorgsindsatsens og initiativtagernes overordnede udfordring er således at få ”solgt” omsorgsindsatsen som et lukrativt tilbud til personalet frem for at fremsætte tiltagene som et organisatorisk/samfundsmæssigt krav. Det at gennemføre et forskningsprojekt giver både noget fagligt til afdelingen og noget personligt til dem, der gennemfører projektet. Det giver derfor mening at tale om forskning som et personalegode, der måske ikke kan gøres op i kroner og øre, men stadig gør arbejdslivet lidt mere spændende. Dette skal ligeledes ses i sammenhæng med magnethospitalstankegangen, hvor positiv erfaring med forskningsprojekterne kan medvirke til at fastholde og rekruttere kvalificeret arbejdskraft. Et overskud af kvalificeret og motiveret arbejdskraft med en positiv holdning til arbejdet må, alt andet lige, også formodes at kunne mærkes af patienterne og de pårørende i forhold til kvaliteten af den ydede omsorg og i forbindelse med et øget fokus på de bløde værdier.

7.1.2. Forventningspres

I det følgende behandles udfordringerne ved at gennemføre en fokuseret omsorgsindsats i relation til det, der i projektet identificeres som forventningspresset. Med forventningspres menes det pres sygeplejerskerne, herunder udviklingsygeplejersken, giver udtryk for at opleve i forhold til arbejdet med at gennemføre forskningsprojekterne, der har omsorg som omdrejningspunkt. Det vil således i forhold til dette projekt primært sige et pres fra patienter, pårørende og det politiske niveau.

Omdrejningspunktet i arbejdet med forskningsprojekterne på Aalborg Sygehus kan overordnet siges at kunne udkrystalliseres i begrebet ”bløde værdier”. Sådanne bløde værdier har igennem hele dette projekt være det mere eller mindre direkte omdrejningspunkt i de virkningsforståelser, der er blevet lokaliseret og beskrevet. De bløde værdiers beskaffenhed, herunder deres udfoldelse og udlevelse i

de mellemmenneskelige relationer, er i virkningsøjemed med til at skabe en bestemt type udfordringer.

En central udfordring i arbejdet med forskningsprojekter kan siges at vedrøre kommunikation. Netop fordi de bløde værdier udfoldes relationelt mellem mennesker kommer dette kommunikative aspekt til at udgøre et forhold, der i særlig grad er vigtigt at indtænke i processerne forbundet med gennemførelsen af en fokuseret omsorgsindsats. I forhold til forventningspresset fra omgivelserne kan der argumenteres for, at kommunikation og formidling bliver en nøglefaktor i arbejdet med forskningsprojekterne. En sådan kommunikation fandt vi således central i forhold til det, der i analysen af undersøgelsesspørgsmålet, blev beskrevet som forventningsafstemning. I relation til forskningsprojekterne anses det således som værende af central betydning, at der i initieringen, gennemførelsen og i den formelle afslutning af forskningsprojekterne, fokuseres på dels at kommunikere de oplevede resultater af indsatsen og dels at kommunikere vigtigheden af at følge op på de resultater, der er opnået. Udfordringen i forhold til forventningspresset knyttes således til det formidlingsmæssige vedrørende forskningsprojekterne. Dette gælder såvel den mundtlige som den skriftlige formidling.

Det faktum, at forventningsafstemning ses værende udgangspunktet for sygeplejerskernes imødegåelse af forventningspresset, skal videre ses i forhold til den interne organisation. I forhold til det interorganisatoriske niveau centres udfordringerne således omkring de forhold, der tillige er afspejlet i dette projekts udarbejdede evalueringsramme.

Med reference til de i programteorien beskrevne virkemåder af forskningsprojekterne, kan udfordringerne således siges at knytte sig til de forhold, der vedrører de forskellige faser i forskningsindsatsen. Vender vi i første omgang blikket mod det øverste ledelsesniveau, kan det her udledes, at en central udfordring for en succesfuld omsorgsindsats handler om forankring. En sådan forankring kan beskrives som en slags fælles forståelsesmæssig base, mellem de forskellige aktører (stakeholders), der i virkningsmæssig forstand menes at udgøre et vigtigt element i forhold til at gennemføre indsatsen. Udfordringen er altså gennem forankring at sikre, at der skabes opbakning omkring forskningsprojekterne, hvorved ejerskabet tillige tænkes at blive tilvejebragt som resultat af denne proces.

I forhold til de videre udfordringer i forbindelse med at gennemføre en fokuseret omsorgsindsats eksisterer der en række af udfordringer i relation til gruppen af patienter og pårørende. Endnu engang er omdrejningspunktet for imødegåelse af disse udfordringer, at de foregår i rammen af en kommunikation, der sigter mod et mål om forventningsafstemning. I sammenhæng hermed er den

konkrete udfordring at få formidlet det ressourcemæssige udgangspunkt, der danner ramme om omsorgsrelationen mellem sygeplejersken og patient/pårørende. Udviklingen af en optimal omsorgsindsats forudsætter således, i videst muligt omfang, inddragelsen af pårørende på en sådan måde, at de kan fungere som samarbejdspartnere i det samlede patientforløb. I en sådan proces er det i et ressourcemæssigt henseende vigtigt at få klarlagt, hvor de enkelte parter står. Vigtigheden af at få de pårørende inddraget, i forhold til en fokuseret omsorgsindsats, kan ligeledes ses i sammenhæng med den abstraktionsmodel, der i første del af projektet blev præsenteret. Her kan det altså siges, at samarbejdsrelationen i forhold til de pårørende – naturligvis alt efter patientens sygdomsforløb – bliver et element i kvalitetsudviklingen af omsorgen.

7.1.3. Dokumentationspres

Indledningsvist blev der i projektet beskrevet en række forskellige typer af pres, der eksisterer på sundhedsvæsenet. Det blev blandt andet fremhævet, at samfundet i stigende grad afkræver bevis for, hvordan den offentlige sektor forbruger sine midler. Dette har medført en stigning i brugen af akkreditering og evaluering som værktøjer til at vurdere, hvordan sygehusene i Danmark klarer sig såvel nationalt som internationalt. Vurderingerne sker oftest i forhold til ventelister, gennemførte operationer, afsluttede behandlingsforløb og andre mere ”hårde” fakta, mens prioritering og hensyn til de blødere værdier i sundhedsvæsenet synes at være gledet i baggrunden. Omsorg og de bløde værdier står dog nu som en central udfordring i forhold til det danske sundhedsvæsen og i forlængelse heraf, vurderingen af de blødere ydelser.

Dokumentation af en indsats virkninger og resultater hænger sammen med den legitimitet, man forsøger at etablere omkring sit ”produkt”. Legitimiteten opstår først, jævnfør evaluerings- og akkrediteringsdiskursen, når A fører til B, og denne virkning kan dokumenteres. Det er således ikke tilstrækkeligt at fremvise en forventet virkning, såfremt der skal finde en implementering sted, da den prioritering og ressourcetilførsel en sådan implementering ofte kræver. Dokumentation skal tilvejebringes på baggrund af operationaliserede og videnskabeligt funderede mål og metoder.

For de enkelte forskningsprojekter eksisterer der således en udfordring og et pres i forhold til at dokumentere de enkelte projekters resultater, og hvordan disse kan bidrage til indsatsens samlede mål. Udfordringen består mere konkret i at operationalisere projektets mål, således resultaterne kan vurderes på et konkret grundlag og dermed sandsynliggøre virkningerne af projektet. Som det tidligere i projektet er anført, findes det vanskeligt at få greb om omsorg og de bløde værdier som målbare størrelser, hvorfor det også kan være besværligt at fremvise dokumenterede virkninger i

forhold til disse. Udfordringen for udviklingssygeplejersken er således centreret om bevidstgørelsen af de specifikke resultater, der ønskes tilvejebragt med det enkelte forskningsprojekts genstandsfelt, og hvordan disse operationaliseres, således der kan finde en måling sted på et grundlag, der vejer tungere end en formodning eller forventet virkning. En fokusering på dokumenterbare resultater vil ligeledes skabe en bevidsthed omkring den proces, der gennemgås i projektarbejdet og i forhold til retningen der arbejdes imod. Dette gælder for udviklingssygeplejersken, men også for de sygeplejersker, der i praksis skal gennemføre forskningsprojektet. Dokumentation skal således ikke betragtes som et bureaukratisk styringsredskab, men nærmere være med til at skabe en øget bevidsthed om, hvad der ønskes opnået med forskningsprojektet, og hvordan man når derhen. Risikoen er, at et uklart fokus påvirker de endelige resultater, og at en eventuel implementering løber ud i sandet.

Såfremt der på baggrund af et succesfuldt forskningsforløb udarbejdes ideer til, hvordan konkrete tiltag på en afdeling kan fordre en bedre omsorg i praksis, kræves der sandsynligvis nogle ressourcer til implementering og drift af det givne program. Sådanne midler findes ikke nødvendigvis på afdelingsniveau og et højere ledelsesniveau skal derfor inddrages til at bane vejen for en implementering. Det er næppe nødvendigt at fremhæve, at et beslutningsgrundlag på baggrund af nogle gisninger om en effekt, sjældent falder ud til et givent programs fordel – især ikke hvis der er økonomi involveret. Også på dette niveau afkræves der bevis for, hvad midlerne skal bruges til, og hvad der opnås på baggrund heraf. Øverste ledelsesniveau er naturligvis også medansvarligt for overholdelse af organisationens budgetter, hvorfor beslutninger om udgifter skal tages på et solidt grundlag.

Overordnet drejer det sig om legitimitet, som det indledningsvist blev bemærket. Udfordringen for det enkelte forskningsprojekt er således at kunne dokumentere sit værd i den samlede indsats, og den samlede indsats skal bevise sin værdi i forhold til de mål, der er afsat ressourcer til at arbejde frem mod. Således er der tale om, gennem dokumentation, at skabe legitimitet i flere led.

Legitimiteten af det enkelte projekt skal sikres i forhold til det øvre niveau, og det øvre niveau skal legitimere indsatsen i forhold til omverdenen og dermed bevise og dokumentere, hvad ressourceforbruget i organisationen anvendes til. Udfordringen for omsorgsindsatsen på Aalborg Sygehus er dermed at operationalisere forskningsprojekternes mål, at dokumentere resultaterne af disse og efterfølgende evaluere om resultater og mål hænger sammen med den faktiske gennemførelse. Derved legitimeres gennemførelsen af omsorgsindsatsen på Aalborg Sygehus,

hvilket netop er hovedudfordringen med at fokusere på og lette presset i forhold til omsorg og de bløde værdier.

7.2. Konklusion

Projektets problemformulering lyder: *Hvori består udfordringerne ved at gennemføre en fokuseret omsorgsindsats på Aalborg Sygehus?*

Igennem dette speciale har sigtet været at skabe en forståelse af, hvordan Aalborg Sygehus håndterer omsorg og de bløde værdier, samt det pres der eksisterer i forhold hertil. Af problemfeltet fremgik det, at forskellige aktører og strukturer konstituerer en række af prestyper på sundhedsvæsenet – herunder også Aalborg Sygehus. Kvalitet og effektivitet indenfor kerneydelserne synes tidligere at have fortrængt de blødere værdier, men et fokus på disse dominerer i stigende grad dagsordenen, hvorfor også sundhedsvæsenet står overfor et pres på dette område. Som en konsekvens heraf, har Aalborg Sygehus valgt at gennemføre en fokuseret omsorgsindsats frem til år 2010, og det store spørgsmål i denne sammenhæng er, hvilke udfordringer der eksisterer i forbindelse hermed? Desuden ønskes indsatsen evalueret efter gennemførelsen, således indsatsens resultater kan sammenholdes med de opstillede mål. På baggrund heraf blev projektets problemformulering konstrueret, og i forlængelse heraf, et undersøgelsesspørgsmål i forhold til at kunne konstruere en evalueringsramme for omsorgsindsatsen og samtidig medvirke til vidensindsamlingen.

Udviklingen af evalueringsrammen blev grebet an via en virkningsevalueringstankegang, hvorved der skabes en forståelse af processernes virkninger mellem indsats og resultat, og herunder også de udfordringer, der eksisterer i de enkelte led. Undersøgelsesspørgsmålet skal således betragtes i forhold til de mere strukturelle omstændigheder, der gør sig gældende på Aalborg Sygehus og i relation til, hvordan indtænkning af de bløde værdier udgør en udfordring for de forskellige fokus, der skal anlægges.

Overordnet kan det konkluderes, at hvert led i omsorgsindsatsens gennemførelse rummer en række udfordringer qua moderatorerne og disses indvirkning på indsatsen. På den baggrund kan det overordnet siges, at udfordringerne ved at gennemføre en fokuseret omsorgsindsats i særlig grad knytter sig til de *områder*, der er fremhævet i evalueringsrammen. På tværs af disse områder består udfordringerne således i, at der på alle organisatoriske niveauer sikres en kommunikation der går på tværs af sådanne organisatoriske niveauer, samt at der bredt arbejdes med at forankre

omsorgsindsatsen i de organisatoriske niveauer. På den facon er virkningsforståelsen, at der skabes ejerskab over hele omsorgsindsatsen.

En anden udfordring består i, at hvert forskningsprojekt fokuserer på den kontekst, det skal udarbejdes i regi af. Det vil med andre ord sige, at en væsentlig udfordring i en fokuseret omsorgsindsats er at indtænke de forskellige forhold, der *modererer* omsorgsprojekterne og de bløde værdier i forhold til at indfri indsatsens mål. Omsorgsindsatsens hovedudfordring, i forhold til den praktiske gennemførelse, er dermed at betragte de enkelte led og vurdere, hvilke moderatorer der fører til hvilke virkninger og dermed, hvilke tiltag der skal iværksættes, således virkningsresultaterne fører frem mod indsatsens mål. Vendes blikket eksempelvis mod initieringsfasen, så består udfordringen her i, at det øverste ledelsesniveau samt udviklingspsygeplejersken oplever at de har ejerskab over forskningsindsatsen. Dette ejerskab går hånd i hånd med den forankring, der ligeledes er et vigtigt element i successiv udvikling af omsorgen. Videre eksisterer der en række udfordringer i forhold til udviklingspsygeplejersken. Udfordringen for udviklingspsygeplejersken består i, at hun skal evne at omsætte den erfaring og know how hun har som erfaringsbase, i forhold til arbejdet som tovholder på de forskellige forskningsprojekter. I forhold til udviklingspsygeplejerskens arbejde hermed, fandtes det ikke mindst vigtigt, at hun var i stand til at trække på det netværk hun har, samt forventningsafstemme de samarbejdsrelationer, der eksisterer i regi af projektgrupperne.

I forhold til afdelingskonteksten, fandt vi, at der eksisterer en lang række faktorer, der kan virke som moderatorer for virkningerne af forskningsindsatsen. Konkret synes de kliniske sygeplejersker at udgøre et modererende led i virkningsprocessen. I forhold til gruppen af kliniske sygeplejersker, består udfordringen således i at tilsikre, at der er et godt match af personligheder i de projektgrupper, der i dagligdagen forestår gennemførelsen af forskningsprojekterne. Ligeledes vurderes det som vigtigt, at de sygeplejersker, der skal forestå den praktiske gennemførelse af forskningsprojekterne, er motiveret for dette arbejde. Afsluttende i forhold til afdelingskonteksten består en række øvrige forhold, der kan udfordre omsorgsindsatsen. Dette er tillige er afspejlet i beskrivelsen af programteorien.

Et sidste centralt virkningsforhold, omhandler de udfordringer der findes i forhold til opfølgingsfasen. I denne fase er udfordringen, så at sige, at videreføre den opbakning, forankring og ejerskab, der i det forudgående har eksisteret i og omkring omsorgsindsatsen. Graden af tilvejebringelse heraf, menes i virkningsøjemed at være determinerende for de fremadrettede muligheder for kontinuerlig succesfuld udvikling af omsorgsindsatserne.

Anlægger vi det *presperspektiv*, der forud for analysen er blevet identificeret, kan der siges følgende: Presset på personalesiden er udtalt i medierne, og flere af informanterne har bemærket, at det kan være svært at holde på medarbejderne i afdelingerne. Udfordringerne for forskningsprojekterne (omsorgsindsatsen) er dermed, at de skal kunne præsenteres som tilbud til sygeplejerskerne om at få et afbræk i rutinerne og eventuelt genvinde arbejdsglæden. Dette vil have en betydning i forhold til at kunne fastholde og rekruttere kvalificeret arbejdskraft samt give mere positive medarbejdere. Dette vurderes alt andet lige som værende et godt udgangspunkt for arbejdet med at udvikle omsorgen.

Forventningspresset er en anden udfordring, der indplacerer sig både internt og eksternt. Internt er udfordringen at tilvejebringe en hensigtsmæssig kommunikation, således der finder en forankring sted på øverste ledelsesniveau og dermed øger muligheden for en efterfølgende implementering. Eksternt er udfordringen at imødegå de forventninger, patienter og pårørende har i forhold til et behandlingsforløb og gennem kommunikation at få afstemt forventningerne. Konkret er udfordringen at få etableret et samarbejde med patienten og de pårørende, således det er muligt at udnytte de ressourcer, der er til rådighed, og derved nærme sig det optimale forløb. Dette indbefatter også at kunne yde den optimale omsorg overfor den pågældende patient og pårørende. Den tredje udfordring handler om at dokumentere de resultater, indsatsen medfører. Her handler det konkret om at operationalisere målene for de enkelte forskningsprojekter og derved legitimere indsatsen overfor omverdenen.

Opsummerende kan det konkluderes, at den omfattende omsorgsindsats på Aalborg Sygehus rummer en række udfordringer på såvel det strukturelle niveau i gennemførelsen, som på det organisatoriske niveau i forhold til internt og eksternt pres. Udfordringen er, så at sige, at imødekomme de forhold, der i dette speciale er blevet afdækket og belyst, således at Aalborg Sygehus kan udføre og udvikle omsorgen i de mellem menneskelige relationer uden at udhule kvaliteten af kerneydelserne.

7.3. Litteraturliste

- Asmussen, Merete m.fl. (2006). ”Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger” DSI – Institut for Sundhedsvæsen.
- Beck, C.T. (1999) “*Quantitative measurement of caring*” Journal of Advanced Nursing, 30 (1):24-32.
- Benner, Patricia & Wrubel, Judith (1989) ”*Omsorgens betydning i sygepleje – stress og mestring ved sundhed og sygdom*” 1. udgave 1. oplag, Munksgaard Danmark, København 2001.
- Bentsen, Eva Zeuthen og Finn Borum (2000): ”*Legitimitet som eksistensvilkår – når topledelsen tilskriver rationaler til strukturer*” (Nr. 4 – 2000).
- Bentsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Gudbjørg Erlingsdottir, Kerstin Sahlin-Anderson (red) (1999): ”*Når styringsambitioner møder praksis*” København, Handelshøjskolens forlag.
- Dahler-Larsen, Peter (2006). ”*Evalueringskultur – Et begreb bliver til*”. Syddansk Universitetsforlag, 2. udgave 1. Oplag.
- Dahler-Larsen, Peter (2004). ”*Evaluering og magt*”. Aarhus Universitetsforlag, 1. udgave, 3. oplag 2006, Magtudredningen.
- Dahler-Larsen, Peter & Krogstrup, Hanne Kathrine (2003). ”*Nye veje i evaluering – Håndbog i tre evalueringsmodeller*”. Systime Academic, 1. udgave, 2. oplag.
- Dahler-Larsen, Peter & Krogstrup, Hanne Kathrine (2001). ”*Tendenser i Evaluering*”. Syddansk Universitetsforlag, 4. oplag, 2005.
- Dahler-Larsen, Peter & Krogstrup, Hanne Kathrine (2000). ”*Evaluering og Institutionelle standarder - Nyinstitutionelle betragtninger af evaluering som vor tids ideal*”, pp. 283-299 in Politika, 32. årg. Nr. 3, 2000.
- Dahler-Larsen, Peter (1998). ”*Den Rituelle Refleksion*”. Odense Universitetsforlag.
- Dam, Bente et al. (2003) ”*Kompetenceudvikling for sygeplejepersonale*”, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital: www.aalborgsygehus.rm.dk/NR/rdonlyres/C2C834EE-3AB0-42B8-ABE3-935206DB208B/0/kompetence_strategi.pdf (25.10.2007).
- Delmar, Charlotte et. al (2007). ”*Omsorgsetik i klinisk sygepleje – den gode, kloge og rigtige sygepleje*”, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital.

-
- Donnelly, C. (2002) "*Individualized outcome measures: A review of the literature*" Canadian Journal of Occupational Therapy 69 (2):84-94.
 - Dozier, A.M. et al. (2001) "*Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care*" Res Nurs Health 24 (6):506-17.
 - Ebbensgaard, Kristian et al. (2003) "*Patientens møde med Sundhedsvæsenet – De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet*". Århus Amt, Kvalitetsafdelingen.
 - Hansen, Marianne Nord (2005) "*Abstrakt: Akkreditering og omsorg – Set i relation til Den Danske Kvalitetsmodel*". Tidsskrift for sygeplejeforskning 1 & 2/2005. Dansk Selskab for Sygeplejeforskning.
 - Hansen, Marianne Nord (2003) "*Omsorg i de mellem menneskelige relationer i sundhedsvæsenet – et kvalitetsudviklingsperspektiv*", del population nr. 6 i skriftserien om de "*De mellem menneskelige relationer*", copyright kvalitetsafdelingen Århus Amt.
 - Hegedus, K.S. (1999) "*Providers and consumers perspective of nurses caring behaviors*" Journal of Advanced Nursing. 30 (5): 1090-1096.
 - Krag E. (1999) "*Den samspilsramte medicinaldirektør*". Sygeplejersken nr. 38:9-15.
 - Kristoffersen, N.J. (1998) "*Almen sygepleje*" København: Gads Forlag.
 - Kvale, Steiner (1994). "*Interview – introduktion til de kvalitative forskningsinterview*". Hans Reitzels Forlag.
 - Latham, C.P. (1996) "*Predictors of Patient Outcomes Following Interactions with Nurses*" Western Journal of Nursing Research 18(5):548-564.
 - Leinonen, Tuija (2001) "*The quality of perioperative care: development of a tool for perception of patients*" Journal of Advanced Nursing 35 (2):294-306.
 - Lynn, M.R. (1999) "*Do nurses know what patients think is important in nursing care?*" J Nurs Care Qual 13(5): 65-74.
 - Mainz, Jan (2001). I "*Tendenser i evaluering – Kapitel 10 C*". Syddansk Universitetsforlag, 4. oplag, 2005.
 - Mainz, Jan (1996) "*Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet*" 1. udgave, 1. oplag, Jan Mainz og Munksgaard, København.

- Mandag Morgen m.fl. (2007) ”*Brugernes Sundhedsvæsen – Oplæg til en patientreform*”. Udgivet af Huset Mandag Morgen/Innovationsrådet i samarbejde med Patientforum, Danske Regioner og Oxford Health Alliance.
- Martinsen, Kari (2000) ”*Fra Marx til Løgstrup. Om etik og sanselighed i sygeplejen*” København, Munksgaard, 1. udgave.
- Maxwell, Joseph A. (2005). ”*Qualitative Research Design – An interactive Approach, 2nd edition*”. Applied social research methods series; no. 41. Saga Publications.
- Maxwell, Joseph A. (1996). ”*Qualitative Research Design - An Interactive Approach*”. Thousand Oaks: Sage.
- Nielsen, Peter (1998). ”*Produktion af viden – en praktisk metodebog*”, 2. udgave, Teknisk Forlag
- Olson, J. (1997) ”*Nurse-Expressed Empathy, Patient Outcomes, and Development of a Middle-Range Theory*”. Journal of Nursing Scholarship 29(1):71-6).
- O’ Connor SJ., Hanh, QT., Richard, MS. (2001) ”*Perceptual Gaps in Understanding Patient Expectations for Health Care Services Quality*” Quality Management in Health Care 9 (2):26-42.
- Overgaard, A.E. (2000) ”*Sanselig sygepleje*”. I: Herdis Alvsvåg og Eva Gjengedal (red.): ”*Omsorgstækning*”. København: Gads Forlag.
- Pawson, Ray & Tilley, Nick (1997). ”*Realistic Evaluation*”. London: Stage.
- Pedersen P. (1999). ”*Et årtusindeskifte med perspektiver*”. Ugeskrift for Læger nr. 161 (24): 3686-3696.
- Pellegrin, K. et al. (2001) ”*A brief Scale for Assessing Patient’s Satisfaction with Care in Outpatient Psychiatric Services*” Psychiatric Services 52 (6): 816-9.
- Pole, Christopher & Lampard, Richard (2002). ”*Practical Social Investigation - Qualitative and Quantitative Methods in Social Research*”. Pearson Education Limited, Harlow.
- Scheel, Merry E. (1995) ”*Interaktionel sygeplejepraksis*”. Vidensgrundlag - etik og sygepleje. Munksgaard, København.
- Suhonen, R. (2000). ”*Developing and testing an instrument for the measurement of individual care*” Journal of Advanced Nursing 32 (5):1253-63.

- Sundhedsstyrelsen (2004). ”Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet – Modelbeskrivelse”. (DDKM). Version 1.3.
- Sundhedsstyrelsen (2002) ”National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet” (NS), Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sygehusvæsenet, Sundhedsstyrelsens populationer, Albertslund.
- Swanson, K.M. (1999) ”What is known about caring in nursing science” In: Hinshaw et al. (ed): Handbook of clinical nursing research. Sage Publication.
- Töyry, E., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2001). ”Developing an instrument for the measurement of humane caring” *Vård i Norden* 21 (1):20-24.
- Van Manen, M. (1990) ”Researching Lived Experience” State University of New York Press.
- Vedung, Evert (1998). ”Utvärdering i politik och förvaltning”. Lund, Studentlitteratur.
- Walsh M. (1998) ”Evidence-based practice: is patient satisfaction evidence?” *Nursing Standard* 12 (49): 38-42.
- Walsh, M, Walsh A. (1999) ”Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale” *Journal of Advanced Nursing* 29 (2):307-15.
- Wide, B., Larsson, G. (2002) ”Development of a short form of the Quality form the Patient’s perspective”. (QPP) Questionnaire. *Journal of Advanced Nursing* 11 (5):681-687.
- Wiwel, Jørgen & Leegaard, Palle Dam (2007) ”Efteruddannelse af sygeplejersker fra Aalborg Sygehus – en virkningsevaluering”, Scient.adm 9. semestersprojekt.
- Wulff, H. (1995) ”Den samaritanske pligt. Det etiske grundlag for det danske sygehusvæsen” København: Munksgaard.