



FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSKULTUR **FORSKERE I KLINISK PRAKSIS**

Redigeret af
Bibi Hølge-Hazelton &
Thora Grothe Thomsen

REGION
SJÆLLAND 
-vi er til for dig

Forsknings- og udviklingskultur
- Forskere i klinisk praksis

Bibi Hølge-Hazelton & Thora Grothe Thomsen (red.)
Forsknings- og udviklingskultur – Forskere i klinisk praksis

1. udgave 2018

Region Sjælland

Forskningsstøtteenheden

Munkesøvej 14, 1. sal.

4000 Roskilde

<https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/koegesygehus/Om-sygehuset/Forskning-udvikling/Forskning-og-udvikling-inden-for-sygeplejen-og-MVU/Sider/Publikationer.aspx>

ISBN: 978-87-92026-96-5

Copyright: Forfatterne

Forsideillustration:

Billedkunstner Jens Boas Barlund: *De kloge mødes.*

Med tilladelse fra Lone Skovdal Hansen

Grafisk produktion og redaktion:

Line Zachø Bruun

Alle rettigheder forbeholdes.

Kopiering fra denne bog må kun finde sted på de institutioner, der har indgået aftale med COPY-Dan, og kun inden for de i aftalen nævnte rammer.

Undtaget herfra er korte uddrag til anmeldelser.

Forsknings- og udviklingskultur - Forskere i klinisk praksis

*Bibi Hølge-Hazelton &
Thora Grothe Thomsen (red.)*

Region Sjælland

INDHOLD

REDAKTØRER.....	7
FORORD – TANKER BAG BOGEN	9
BAGGRUND OG BOGENS STRUKTUR.....	12
<i>Bibi Hølge-Hazelton & Thora Grothe Thomsen</i>	
1. INTEGRERING AF FORSKERUDDANNEDE SYGEPLEJERSKER I KLINISK PRAKSIS EN UDFORDRENDE, MEN NØDVENDIG OPGAVE FOR SYGEPLEJEFAGLIGE LEDERE.....	- 22
<i>Bibi Hølge-Hazelton, Mette Kjerholt, Connie Bøttcher Berthelsen & Thora Grothe Thomsen</i>	
2. SMALL SCALE MED HIGH IMPACT - ERFARINGER MED AT ARBEJDE I SPÆNDINGS-SYNERGIFELTET MELLEM FORSKNING OG UDVIKLING I KLINISK PRAKSIS	34
<i>Mette Kjerholt</i>	
3. KLINISK FUNKTION – IKKE PATIENT-NÆR, MEN ALLIGEVEL KLINIK-NÆR	49
<i>Elizabeth Rosted</i>	
4. AT NAVIGERE I DET EVIGE SPÆNDINGSFELT	63
<i>Anja Geisler</i>	
5. DER HVOR IDEER FØDES, VIDEN GENERERES OG FREMTID SKABES.....	79
<i>Marian Petersen</i>	
6. KÆRT BARN HAR MANGE NAVNE OG FORSKELLIGE FUNKTIONER.....	94
<i>Malene Beck</i>	
7. EN FORSKER MED BASISOPGAVER – GIVER DET MENING?	107
<i>Mette G Backhausen</i>	
8. SYGEPLEJE UD FRA DE BEDSTE BEGRUNDELSER I PÆDIATRISK AFDELING	116
<i>Susanne Hwiid Klausen</i>	

BILAG 1. Original artikel fra kapitel 1:

Integrating nurse researchers in clinical practice - a challenging, but necessary task for nurse leaders

REDAKTØRER

Bibi Hølge-Hazelton



Sygeplejerske, cand.cur., ph.d. Forskningsleder for de mellem lange videregående uddannede og professor mso ved Forskningsstøtteenheden på Sjællands Universitetshospital/SUH og Syddansk Universitet/SDU. Leder forskningsprogrammet CAPAcity building in Nursing/CAPAN. Har forsket i patient- og professionsperspektiver i 15 år, med særlig interesse for unge, kapacitetsopbygning og forskningsledelse.

Thora Grothe Thomsen



Sygeplejerske, cand.mag. i pædagogik og retorik, ph.d.. Ansat som lektor i klinisk sygepleje på Syddansk Universitet og i Forskningsstøtteenheden på Sjællands Universitetshospital. Har forsket i rehabilitering og palliation med særlig interesse for brugerinddragelse, kvalitative metoder og aktionsforskning samt sammenhænge mellem klinisk udvikling og forskning.

FORORD – TANKER BAG BOGEN

At lukke læseren ind i maskinrummet er ambitionen med denne bogudgivelse. Teamet er forsknings- og udviklingskultur, fokus er forskeruddannede ansat i klinisk praksis. Det er den tredje bog vi udgiver om det arbejde, vi har været i gang med på Sjællands Universitetshospital, tidligere Sygehus Nord, i Region Sjælland i de sidste 8 år. Lige som de to øvrige udgivelser (Hølge-Hazelton, 2015; Hølge-Hazelton & Thomsen, 2016) er princippet i bogen, at den skal være ærlig, praksisnær og gratis. Baggrunden for det er et ønske om at dele erfaringer med såvel barrierer som potentialer, og åbne op for at flest mulige kan anvende vores erfaringer til refleksion og forhåbentligt inspiration.

Igennem årene er vi ofte blevet stoppet til møder, konferencer og præsentationer rundt omkring i landet af kollegaer, der har læst kapitler fra bøgerne og har brugt dem på deres arbejdspladser.

Da vi udgav vores første bog skrev anmelderen: "Hazelton og co. har hermed og på en meget ærlig måde dokumenteret de sidste fire års arbejde. Det er en lærerig og spændende læsning, hvor vi bliver lukket ind i arbejdsprocesserne" ("Anmeldelser, Sygeplejersken, DSR," 2014).

Den tradition vil vi gerne forfølge ved endnu en gang at lukke læseren ind i maskinrummet. Denne gang retter vi opmærksomheden imod forskere med MVU-baggrund ansat i klinisk praksis. Vi gør det, fordi dette er nye stillinger og funktioner hos os, og mange andre steder rundt om i landet, og fordi vi synes, at det er vigtigt at dokumentere, diskutere og nuancere denne forandring i praksis.

Vi har inviteret alle de, der er ansatte hos os i forskningskombinationsstillinger til at fortælle om deres arbejde i praksis. Vi har med vilje ikke bedt om beskrivelser af deres forskningsprojekter og videnskabelige meritter, men stillet dem en opgave ud fra følgende overskrifter og spørgsmål:

- ✓ Beskriv din personlige motivation og overvejelser om at arbejde i en kombinations-stilling i klinisk praksis.
- ✓ Beskriv den afdeling og det miljø du arbejder i.
- ✓ Beskriv dit arbejde med fokus på den kliniske funktion.
- ✓ Reflekter over, hvordan du oplever at fungere i en kombinationsstilling herunder for eksempel, hvad det betyder at være synlig i en afdeling, hvordan tværfaglighed udfoldes i praksis, betydningen af eksisterende rammer og strategier for din funktion, samarbejdsformen med ledelse og kollegaer, oplevelsen af at være/ikke være integreret i afdelingen. Hvordan fastholder du et kritisk reflekteret afsæt samtidig med, at du indgår som en del af et fagligt fællesskab? Hvordan oplever du spændingsfeltet mellem forskning og udvikling? Oplever du, at der er et modsætningsforhold mellem kravene fra afdelingen og dine kollegaer både der og fra universitetet?
- ✓ Perspektivering: Hvordan kan man forberede sig til en stilling som din? Reflekter over hvorvidt struktur/organisation understøtter eller modarbejder en stilling som din? Hvad skal der til for dine ambitioner og drømme kan opnås?

Det var ikke en simpel opgave, vi gav vores kollegaer. Og ikke alle takkede ja. Men de, der gjorde, har været åbne, modige og reflekterede, og vi er fuldstændigt overbeviste om, det ikke kun er os, der er begejstrede for resultatet. Bogen viser nemlig med stor tydelighed den variation og mangfoldighed, der eksisterer blandt ansatte med både en MVU-baggrund og en forskeruddannelse.

Roskilde, august 2018

Bibi Hølge-Hazelton & Thora Thomsen

REFERENCER

Anmeldelser, Sygeplejersken, DSR. (2014, June 25). Retrieved March 13, 2018, from <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2014-8/anmeldelser>

Hølge-Hazelton, B. (Ed.). (2015). *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis* (Vol. 2015). Roskilde: Region Sjælland.

Hølge-Hazelton, B., & Thomsen, T. G. (2016). *Forsknings-og udviklingskultur. Fra projekt til publikation*. Roskilde: Region Sjælland.

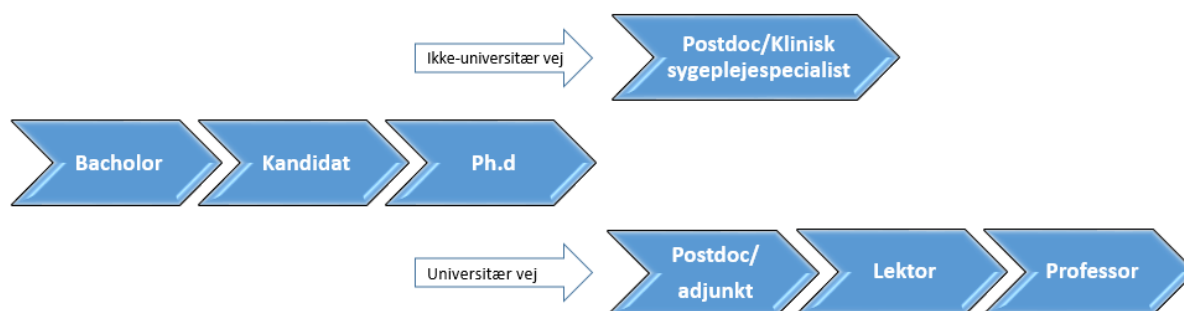
BAGGRUND OG BOGENS STRUKTUR

Bibi Hølge-Hazelton & Thora Grothe Thomsen

BAGGRUND

Formålet med denne indledning til bogen er at beskrive baggrunden for at ansætte forskere med MVU baggrund i klinisk praksis samt give eksempler på forskellige funktioner, de indgår i. Herudover introducerer vi bogens kapitler med henblik at skabe et overblik over, hvad de forskellige forfattere har lagt vægt på i de konkrete beskrivelser af deres funktioner i klinisk praksis på Sjællands Universitetshospital.

Alle forfatterne har gennemført, eller er godt på vej mod, en forskeruddannelse/ph.d. grad. Efter afslutningen af forskeruddannelsen er der i klinisk praksis mindst to veje at gå, hvilket kan ses i Figur 1. Begge veje kan føre til stillingen som forskningsleder. Hovedparten af de forskeruddannede forfattere bag bogens kapitler er ansatte i kombinationsstillinger mellem universiteter og klinisk praksis, men ikke alle.



Figur 1: Karriereveje

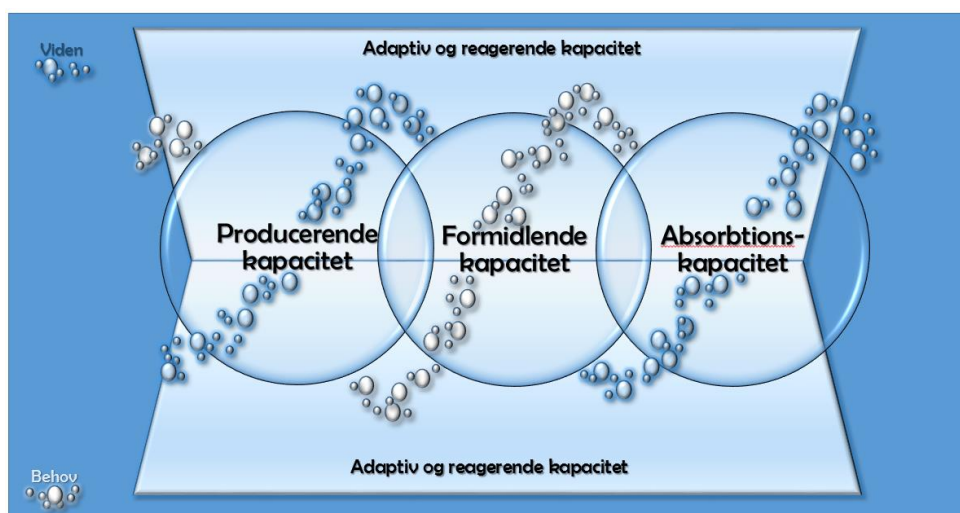
At vi har valgt at have fokus på forskeruddannede og deres funktioner i klinisk praksis skyldes, at det er en del af forskningsstrategien på Sjællands Universitetshospital at have mindst en forskeruddannet med MVU-baggrund i alle afdelinger. Et stort spørgsmål er imidlertid, hvordan forskere i denne type af stillinger fremover vil etablere sig i klinisk praksis.

Der er på nuværende tidspunkt ikke nogen automatik i karriereforløbet. Ikke alle med en kandidatgrad skal forske, og ikke alle med en ph.d. grad går videre i en traditionel forskerkarriere. For de, der gør, kan det være vanskeligt at fastholde engagementet, når de stillinger der er til rådighed er tidsbegrænsede og uden nogen sikkerhed for videre karriereforløb. Derfor er det også nødvendigt med ledelsesmæssig indsigt og opmærksomhed på, hvad forskeruddannede sundhedsprofessionelle med MVU-baggrund kan bidrage med i klinisk praksis (Severinsson, 2014).

Vi, som er ansatte i hospitalets Forskningsstøtteenhed, skal understøtte forskningsstrategien. Et af vores nye tiltag er etableringen af forskningsprogrammet CAPAcity building in Nursing, CAPAN. Her rækker vores ambitioner videre end til at medvirke til ansættelse af forskere. Vi er også optaget af, at det bliver en proces, som skaber synergi mellem forskning, udvikling, forandringsarbejde, uddannelse og ledelse. Det gør vi, fordi vi mener, at rammerne for at yde person-centreret pleje og behandling (McCormack, Dewing, & McCance, 2011) derved understøttes bedst muligt.

Konkret har det betydet, at vi for eksempel gennem etableringen af et netværk for uddannelse, udvikling og forskning (NUUF) tilskynder samarbejde på tværs af funktioner og specialer samt understøtter dette med konkret sparring og vejledning i kliniske afdelinger, når det er relevant.

Tilgangen i vores arbejde har hele tiden været inspireret af aktionsforskning og aktionslæring (Hølge-Hazelton, 2014; Thomsen & Hølge-Hazelton, 2014). Det betyder, at ejerskab, processer, kultur, inddragelse og dynamik er i centrum. En måde at vise det på, er Parents figur for transfer af viden (Robert Parent, Mario Roy, & Denis St-Jacques, 2007), som vi har oversat til dansk herunder. Her tænker vi viden fra flere kilder (Thomsen, 2014).



Figur 2: Videnstransfermodel inspireret af Parent et al. (2007).

Som det ses, er det vigtigt, at der er balance mellem den skabende kapacitet (forskning), den formidlende kapacitet (forstået som "oversættelse" af forskningsresultater gennem lokal tilpasning, f.eks. udviklings- og forandringsprojekter) og den absorberende kapacitet (dvs. anvendelse af viden i den daglige drift). Bliver den ene dimension for stor, vil den skygge for de andre: Hvis f.eks. den skabende kapacitet/forskningsdimensionen bliver "for stor", kan den komme til at dominere formidlingsarbejdet og omvendt; hvis anvendelse/driften fylder alt for meget, presses formidling og forskning. En væsentlig pointe i modellen er også, at den er dynamisk i den forstand, at viden ikke kun bevæger sig i en retning men kan bevæge sig fra anvendelse, til det formidlende og evt. videre til det skabende niveau og den anden vej.

Nogle vil måske indvende, at der ikke er noget nyt i, at forskeruddannede ansættes i klinisk praksis. Det har lægerne været i mange år, også på vores hospital. Det, der er en afgørende forskel, er, at læger er uddannede akademikere på universiteterne, og de forventes ikke alene at forholde sig til, men også producere forskning som en del af deres karrierer. Sygeplejersker og andre med MVU-baggrund har gennem deres uddannelse opnået professionsbachelor status. Det betyder, at de har bedre forudsætninger end tidligere for at forholde sig til ny viden herunder forskningsresultater. Samtidig er det vigtigt at holde fast i, at største delen af

denne gruppe af sundhedsprofessionelle hverken er uddannet på akademisk niveau (og heller ikke ønsker at gå den vej) eller forventes at forske som en del af deres karriereforløb. Det betyder, at der blandt denne gruppe af sundhedsprofessionelle er brug for en helt anden grad af formidlings- og "oversættelsesarbejde" end blandt læger, når målet er, at der skal arbejdes ud fra et evidensbaseret grundlag i klinisk praksis.

Ydermere viser forskning i nyuddannede sygeplejerskers anvendelse af videnskilder, at de først og fremmest anvender erfarne kollegaer som videnskilder, og at anvendelse af forskningsbaseret viden prioriteres lavt (Voldbjerg, Grønkaer, Wiechula, & Sørensen, 2017). Set fra vores perspektiv understøtter forskningsresultaterne behovet for, at der på mange forskellige måder bygges bro mellem forskning, formidling og anvendelse (se figur 2). Mulighederne for brobygningen er bl.a. afhængig af de vilkår, som er tilstede i de enkelte afdelinger - herunder om der er de rette kompetencer tilstede i afdelingen. Erfaringen viser imidlertid, at brobygning kun lader sig gøre, hvis der er stærk ledelsesopbakning (Hølge-Hazelton, 2014; Hølge-Hazelton, Kjerholt, Berthelsen, & Thomsen, 2015). I figur 2 er ledelse en del af det, der kaldes den adaptive og reagerende kapacitet. Det er også her forsknings- og udviklingskulturen (Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2017) i den konkrete afdeling befinder sig. Her er det værd at bemærke, at der er meget, meget få ledere med MVU-baggrund, der har forskningserfaring/forskeruddannelse, i modsætning til en del ledende overlæger, der har forskningserfaring og måske en ph.d.-grad. En konsekvens kan være, at opgaven med at understøtte brobygning mellem forskning, formidling og anvendelse for mange ledere med MVU-baggrund er både uklar og foruroligende.

På Sjællands Universitetshospital er vi nu næsten 25 med MVU-baggrund, der har en færdig forskeruddannelse eller på vej mod en. Vi har fået oprettet forskerstillinger med og uden universitetstilknnytning, vi har et lektorat, et professorat og to gæsteprofessor stillinger, og flere er på vej.

Men er det gået for hurtigt?

Ikke alle kan se formålet med at få forskere med sygeplejefaglig/MVU-baggrund ansat i klinisk praksis ud over, at det imødekommer formelle overordnede og strategiske formål. Vi møder ind i mellem kollegaer, der spørger: Hvad får vi i en afdeling ud af, at der ansættes forskere i klinisk praksis, og hvad har det med vores kernefaglighed at gøre?

Det håber vi, at læserne er blevet klogere på efter at have læst enten hele bogen eller nogle af kapitlerne i bogen. Et fællestræk for forfatterne er, at de alle er ansatte som den første og/eller eneste forsker med sygeplejerske- eller anden MVU-baggrund i deres afdelinger. Det gør dem til pionerer i spændende og udfordrende stillinger, men det gør også opgaven med at beskrive deres funktioner særdeles vigtig.

BOGENS STRUKTUR

Det har været vigtigt for os, at vi gennem bogen kan være med til at vise, hvordan sundhedsprofessionelle med en MVU-baggrund, der er ansat i forskerstillinger i klinisk praksis, på meget forskellig vis understøtter sammenhænge mellem forskning, formidling og anvendelse (figur 2). Set fra vores perspektiv, er forskellene bl.a. betinget af de behov, der er i de enkelte afdelinger, men også af den enkelte forskers profil. Denne pointe bliver uddybet i kapitel 1. Derudover handler det om, hvilken vision og/eller arbejdsstruktur, de enkelte forskere i tæt samarbejde med ledelsen i den enkelte har valgt at arbejde ud fra, hvilket bliver uddybet i de følgende 7 kapitler.

Det skal understreges, at vi ikke har alle de, der er ansatte i forskerstillinger i klinisk praksis på Sjællands Universitetshospital, med som forfattere i denne bog. Som redaktører kan vi se, at de vi ikke har lykkedes med at få med som forfattere, nok er de, der prioriterer at bruge deres sparsomme tid på at skrive publikationer af en anden og mere videnskabelig karakter end kapitlerne i denne bog. Det er vigtigt at have i baghovedet som læser af bogen.

Kapitel 1 er en forkortet og let bearbejdet udgave af en forskningsartikel fra 2016, der tager afsæt i velkendt dilemma: På den ene side er der med henblik på at styrke en evidensbaseret kultur stigende fokus på behovet for forskeruddannede sundhedsprofessionelle i klinisk praksis - også inden for MVU-området. På den anden side er der mange ledere på MVU-området, som giver udtryk for at mangle den fornødne indsigt og de rette kompetencer til at lede forskeruddannede medarbejdere. Det er derfor også vanskeligt for lederne at være skarpe på, hvad de kan forvente og kræve af disse medarbejdere. Med afsæt i et case-studie udført på et nyt universitetshospital tegner kapitlet et billede af forskellige forskerprofiler, som alle udfylder en forskellig funktion i klinisk praksis. Kapitlet afsluttes med en række afklarende spørgsmål, der kan anvendes af ledere og andre i klinisk praksis, som står overfor at skulle ansætte sundhedsprofessionelle med en forskeruddannelse.

Kapitel 2 beskriver en klinisk praksis på en hæmatologisk afdeling, hvor den forskeruddannede i tæt samarbejde med afdelingens ledelse arbejder ud fra en vision om, at klinisk praksis kan udvikles og forandres gennem lokalt forandrede udviklings- og forskningsprojekter, hvor alle ansatte indgår aktivt i projekter, de selv er med til at definere. Kapitlet kan læses som en beskrivelse af, hvordan den valgte forskningstilgang praktiseres. Bl.a. beskrives aspekter omkring facilitator-rolle samt det nødvendige samspil mellem forsker og ledelse. Samtidig giver kapitlet en indføring i begreber som "small-scale projekter", aktionslæring og aktionsforskning og tydeliggør sammenhænge og forskelle mellem udvikling og forskning. Afslutningsvis belyses udfordringer forbundet med den valgte forskningstilgang, f.eks. i forhold til, hvordan de forskellige typer af projekter dokumenteres.

Fælles for kapitlerne 3, 4 og 5 er, at de hver for sig afspejler eksempler på hverdagsstruktur og arbejdsopgaver for forskeruddannede, der sidder i kombinationsstillinger mellem universitet og klinisk praksis.

Kapitel 3 beskriver en forskers hverdag på en onkologisk afdeling, hvor hun er ansat i en kombinationsstilling mellem en postdoc-stilling på et universitet og en klinisk specialiststilling i afdelingen. I postdoc-stillingen gennemføres et større forskningsprojekt, som har sit udspring i afdelingens ønske om at se nærmere på to forskellige interventioner relateret til den specialiserede palliative indsats, som ydes i afdelingen. Fokus i den kliniske udviklingsstilling er sammen med sine kolleger i afdelingen på forskellig vis at styrke videns-udviklingen og dermed udvikle sygeplejen i afdelingen. I kapitlet ses bl.a. nærmere på, hvordan en forskerstilling ud fra en betragtning om at skabe sammenhænge mellem forskning, formidling og anvendelse kan være "kliniknær", uden at der indgår typiske "kliniske funktioner" i stillingen.

Kapitel 4 giver indblik i en forskerstilling, hvor forskeren er i gang med en forskeruddannelse og samtidig er ansat i en stilling som udviklingssygeplejerske på en anæstesiologisk afdeling. Forskningsprojektet har fokus på smertebehandling og vidner om forskeres store indsigt og viden på et faglige område. Denne viden bliver i høj grad brugt i stillingens udviklingsdel bl.a. ved, at forskeren har mulighed for at være opmærksom på relevante spørgsmål eller undren blandt sygeplejerskerne i afdelingen f.eks. i fælles undervisning eller lignende fora. Ved på forskellige måder at holde fast i og arbejde videre med den opståede nysgerrighed, kan forskeren være med til at facilitere udviklingsprocesser i afdelingen.

Kapitel 5 er en indføring i en forskerhverdag, hvor forskeren både er ansat som adjunkt på et universitet og som klinisk sygeplejespecialist på en stor kirurgisk afdeling. I stillingens forskningsdel refererer hun til afdelingens professor, mens hun i den kliniske del af stillingens refererer til den ledende oversygeplejerske. En del af forskningstiden består i at arbejde videre med et tema, der blev defineret i en tidligere stilling. Samtidig arbejdes på et nyt stort sygeplejerelateret forskningsprojekt, hvor hensigten er at inddrage alle afsnit i afdelingen. Forskerens kliniske funktion be-

står bl.a. i at facilitere udviklings- og forskningsprojekter, undervise, vejlede samt på forskellig vis rådgive sygeplejersker, sygeplejespecialister og ledende sygeplejersker. Kapitlet viser, hvordan netværksdannelse både i internt i afdelingen men også national og internationalt indgår som en væsentlig del af forskerens hverdag.

Kapitlerne 6 og 7 synliggør, hvordan forskeransatte, der er nye i deres forskningsstillinger på forskellig måde arbejder på at skabe en hverdag, der er meningsfuld både i forhold til egne ambitioner som forskere og i forhold til de ønsker og behov, som afdelingen tilkendegiver. Begge er ansatte i kombinationsstillinger, men stillingerne er defineret ud fra vidt forskellige præmisser.

Kapitel 6 beskriver "et stillingsfællesskab på to matrikler", hvor forskeren i 50 % af sin tid er adjunkt på et universitet, hvor hun varetager forskningsbaseret undervisning og vejledning i universitært regi på alle niveauer - master/kandidat- til ph.d.-niveau. I de øvrige 50 % er hun ansat i en neurologisk afdeling, hvor hendes primære opgave er at medvirke til at fremme brugen af forskningsbaseret viden i klinisk praksis og at bidrage til udvikling af personalets udviklings- og forskningsmæssige kompetencer gennem faglig og metodemæssig vejledning. Fælles for alle opgaverne i klinisk praksis er forskerens faciliterende rolle i dokumentationen af sygeplejen. Kapitlet giver et billede af, hvordan det kræver tålmodighed og engagement at finde sin forskeridentitet, når man som ung humanistisk sundhedsforsker bevæger sig ind i et sundhedsvæsen, hvor den traditionelle forskningstradition bygger på objektive værdier.

I **kapitel 7** udgør kombinationsstillingen en deling mellem at være forsknings- og udviklingsjordemoder og samtidig have klinisk basisarbejde i en gynækologisk/obstetrisk afdeling. Forskeren beskriver, hvordan basisarbejdet giver mulighed for at være opmærksom på, hvilke emner og problemstillinger, der rører sig i afdelingen, som kan være inspiration for nye

forsknings- og udviklingsprojekter. Endvidere benyttes det kliniske arbejde til at lufte nye ideer og tiltag overfor kollegaer for at få en fornemmelse af, om kolleger synes forskningsideer er relevante samt afdække hvilke arbejdsgange, der er brugbare til indhentning af data. Stillingens forsknings- og udviklingsdel består af opgaver som fondsansøgninger og egen forskning; revidering og evaluering af undervisende opgaver, artikelskrivning samt vejledning. I kapitlet beskrives, hvordan balancen i kombinationstillingen endnu ikke er helt på plads, men allerede nu tegner der sig en række udfordringer, som er nødvendige at forholde sig til, hvis rammerne for kombinationsstillingen skal være i orden.

Kapitel 8 giver indblik i, hvordan en forsker ansat i en pædiatrisk afdeling arbejder ud fra en vision om at styrke den evidensbaserede praksis i afdelingen, hvilket ifølge forskeren er nødvendigt, da der ikke findes evidens for de fleste sygeplejehandlinger. Forskeren har mange års erfaring indenfor specialet og varetager både en forsknings- og en klinisk funktion. Forskeren varetager adskillige forskningsfunktioner i afdelingen bl.a. ved at stå i spidsen for adskillige små og store forskningsprojekter, hvoraf flere udføres i tæt samarbejde med såvel nationale som internationale samarbejdspartnere. Samtidig har forskeren en klinisk funktion, hvor hun medvirker til at fremme, at kolleger deltager i forsknings- og udviklingsopgaver, så der sikres en professionsnær, praksisrettet forskning og udvikling i sygeplejen. Herudover forventes det, at hun er inspirator, resourceperson og facilitator for faggrupper i klinikken med henblik på udøvelse af forskningsbaseret pædiatrisk sygeplejepraksis. Målet er, at forskningskulturen i afdelingen indenfor en 2 års periode udvikler sig til, at halvdelen af afdelingens sygeplejersker aktivt indgår i udviklings- og forskningsaktiviteter. Målet er højt, men forskeren håber, det lykkes.

Vores håb er, at bogens kapitler kan inspirere til diskussioner om betydningen af og rammerne for forskere i klinisk praksis.

Rigtig god læselyst!

REFERENCER

- Berthelsen, C. B., & Hølge-Hazelton, B. (2017). "Nursing research culture" in the context of clinical nursing practice: addressing a conceptual problem. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1066–1074. <https://doi.org/10.1111/jan.13229>
- Hølge-Hazelton, B. (2014). *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis*. Region Zealand. Retrieved from http://werkproof.dk/oosurf/proxy/alfresco-organicobject/api/node/content/workspace/SpacesStore/d4edf17a-ddf7-422e-8f4f-24a344d9f23c/f_og_u_kultur_i_klinisk_praksis_NY_pr040414.pdf
- Hølge-Hazelton, B., Kjerholt, M., Berthelsen, C. B., & Thomsen, T. G. (2015). Integrating nurse researchers in clinical practice - a challenging, but necessary task for nurse leaders. *J Nurs Manag.* <https://doi.org/10.1111/jonm.12345>
- McCormack, B., Dewing, J., & McCance, T. (2011). Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 3.
- Robert Parent, Mario Roy, & Denis St-Jacques. (2007). A systems-based dynamic knowledge transfer capacity model. *Journal of Knowledge Management*, 11(6), 81–93. <https://doi.org/10.1108/13673270710832181>
- Severinsson, E. (2014). Capacity building - a challenge for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 407–409. <https://doi.org/10.1111/jonm.12209>
- Thomsen, T. G. (2014). Evidens i klinisk praksis er multifacetteret. In B. Hølge-Hazelton (Ed.), *Research and development culture in clinical practice* (pp. 35–48). Roskilde: Region Zealand. Retrieved from <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/forskning/Documents/Bibis%20E-bog%20i%20pdf.pdf>
- Thomsen, T. G., & Hølge-Hazelton, B. (2014). Developing evidence-based practice: documenting a tailored writing course. *Nordic Journal of Nursing Research*, 2(34), 33–37.
- Voldbjerg, S. L., Grønkjaer, M., Wiechula, R., & Sørensen, E. E. (2017). Newly graduated nurses' use of knowledge sources in clinical decision-making: an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1313–1327. <https://doi.org/10.1111/jocn.13628>

INTEGRERING AF FORSKERUDDANNEDE SYGEPLEJERSKER I KLINISK PRAKSIS - EN UDFORDRENDE, MEN NØDVENDIG OPGAVE FOR SYGEPLEJEFAGLIGE LEDERE

Bibi Hølge-Hazelton, Mette Kjerholt, Connie Bøttcher Berthelsen & Thora Grothe Thomsen

Dette kapitel er en forkortet, let omarbejdet og oversat version af en videnskabelig artikel publiceret i Journal of Nursing Management. Artiklen er gengivet i sit originale format som Bilag 1.

BAGGRUND

Indtil for nylig blev sygeplejersker med forskeruddannelse/ph.d.-grader sjældent ansat i klinisk praksis i Danmark (Poulsen, 2013). Men i takt med den voksende bevidsthed om betydningen af at etablere sygeplejepraksis på bedst mulige evidens, er opbygning af forsknings- og udviklingskapacitet, herunder ansættelse af sygeplejersker med forskerbaggrund, blevet en opgave for ledere inden for sygepleje og de øvrige professionsområder (Severinsson, 2014). Opgaven er ny for mange ledere, og ikke alle er lige trygge ved den (Hølge-Hazelton, 2014).

I dette kapitel beskrives et casestudie af de første tre forskeruddannede sygeplejersker ansat i klinisk praksis på et regionalt hospital i Danmark. Hospitalet havde ingen tidligere erfaringer med forskeruddannede sygeplejersker blandt medarbejderne. Ved at fokusere på disse sygeplejerskers kompetencer og tilgang til evidensbaseret praksis, er det hensigten med kapitlet at give ledere inspiration til hvilke perspektiver, der er relevante at overveje, før man ansætter forskere i klinisk praksis.

Akademisk sygepleje er et relativt nyt fænomen i Danmark. Kandidatuddannelsen i sygepleje blev oprettet i 1991, den første professor i sygepleje blev udnævnt i 2001, og samme år blev sygeplejeuddannelsen til en bachelorgrad. I 2017 har ca. 200 sygeplejersker modtaget en ph.d.-grad,

hvoraf mange er ansat i sygeplejeskoler/universitetshøjskoler eller på universitetet.

Der er stadig få sygeplejersker på dette uddannelsesniveau, som er ansat i klinisk praksis, eksempelvis som kliniske sygeplejespecialister, postdocs, kliniske adjunkter eller kliniske lektorer. Derfor er det en ny udfordring for ledere at inkludere disse sygeplejersker i klinisk praksis og udnytte deres kompetencer, selv om kravet om forskning i klinisk praksis vokser (Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2015; Breimaier, Halfens & Lohrmann, 2011). Dette fænomen er blevet beskrevet i flere internationale undersøgelser. En finsk undersøgelse blandt afdelingsledere fandt, at ledernes største kompetencegab forekom inden for kvalitetsstyring, udnyttelse af viden fra forskning og processtyring (Pitkanen, Kuronen, Pukuri & Valimäki, 2004). Andre studier beskriver den aktuelle situation i sundhedsvæsenet som værende præget af forandring og overgange og hævder, at frontlinjeledere inden for den kliniske sygepleje er dårligt rustet til at lede disse forandringer (Enterkin, Robb & McLaren, 2013; Phillips & Byrne, 2013).

Et litteratur-review af Pegram et al. vedrørende initiativer, der styrker afdelingslederens roller, påpeger, at mange afdelingsledere, der har været i deres roller i mange år uden at have fået mulighed for opnå akademiske uddannelser, nu ser deres yngre medarbejdere opnå disse. Denne selvoplevede mangel på kompetencer kan føre til bekymringer over egne uddannelsesmæssige evner og føre til, at de yngre medarbejdere kan opfattes som en karrieremæssig trussel (Pegram, Grainger, Sigsworth & While, 2014).

Det ser ud til, at der er et dilemma. På den ene side er der voksende opmærksomhed på klinisk relevant akademisk uddannede og ansættelse af dem i praksis (Det Nationale Samarbejdsforum for Sundhedsforskning, 2014). På den anden side er nogle ledere usikre på - eller har modstand

overfor - at prioritere og facilitere denne proces (Faebø Larsen, Moesgaard Ravnholt & Hølge-Hazelton, 2015; Linton & Prasun, 2013).

Internationalt er der to begreber, der ofte bringes ind i denne debat: avancerede kliniske sygeplejersker (på engelsk: Advanced Practitioner Nurse eller Advanced Nurse practitioner (APN)) og evidensbaseret praksis.

FORSKERUDDANNEDE SYGEPLEJERSKER

Terminologien vedrørende forskeruddannede sygeplejerskers roller i klinisk praksis er uklar (Dowling, Beauchesne, Farrelly & Murphy, 2013; Fagerström, 2011). I Danmark er titlerne ubeskyttede og varierer fra seniorforskere, kliniske eksperter, postdocs, sygeplejeforskere med flere. Brugen af titel afhænger af, hvilken dansk institution, der omtaler de forskeruddannede sygeplejersker (OECD, 2013). I dette kapitel har vi valgt at bruge betegnelsen forskeruddannede sygeplejersker i stedet for APN (Advanced Practitioner Nurse), som blev brugt i artiklen vi oprindeligt skrev. Dette skyldes, at der nu i 2018 i Danmark er taget beslutning om oprettelse af en egentlig APN-uddannelse på kandidatniveau, som er rettet mod styrkelse af sygeplejerskens kompetencer i primærsektoren. En forskeruddannet sygeplejerske beskriver en sygeplejerske med ph.d.-grad ansat i klinisk praksis. Ph.d.-graden er vigtig, da den er beskrevet som "gold standard", hvis man skal lede og foretage selvstændig forskning. Uden en ph.d.-grad vil en forskeruddannet sygeplejerske ikke opnå respekt fra forskerkollegaer eller have ideelle muligheder for at opnå finansiering (Currey, Considine & Khaw, 2011).

På trods af, at vi ikke anvender APN-begrebet, har vi alligevel ladet os inspirere af de syv generiske funktioner ved APN-rollen, som er beskrevet af Mantzoukas & Watkinson (Mantzoukas & Watkinson, 2007) på baggrund af en litteraturgennemgang :

- Anvendelse af viden i praksis
- Klinisk tænkning og analytiske færdigheder
- Klinisk vurdering og beslutningsfærdigheder
- Professionel ledelse og klinisk undersøgelse
- Coaching og vejlederfærdigheder
- Forskningsfærdigheder
- Ændring af praksis

En sådan overordnet klassificering og beskrivelse af funktioner skal dog også knyttes til den sammenhæng, den forskeruddannede sygeplejerske skal indgå i, da sundhedssystemer er forskellige (Fagerström, 2011). På den baggrund er der behov for både nationale og lokale diskussioner blandt sygeplejeledere om, hvordan og hvorfor rekruttering af sygeplejersker på dette niveau skal finde sted i klinisk praksis.

EVIDENS I PRAKSIS

Hvad evidensbaseret praksis og viden i sygepleje er og ikke er, er længe blevet diskuteret (Scott & McSherry, 2009). Den forståelse, vi anvender i denne artikel, er inspireret af Rycroft-Malone et al. (Rycroft-Malone et al., 2004) og Eriksson & Hummelvoll (Eriksson & Hummelvoll, 2012), som beskriver, at viden i praksis kommer fra fire videnskilder:

- Viden fra forskning
- Viden fra klinisk erfaring
- Viden fra patienter og pårørende
- Viden fra den lokale kontekst

Ved at tage udgangspunkt i alle fire kilder, anerkendes viden som kommende fra flere kilder end forskning. De fire vidensformer er anvendt og dokumenteret i flere studier og anerkendes i dag bredt (Rycroft-Malone et al., 2004; Thomsen & Hølge-Hazelton, 2014).

FORMÅL

Artiklens overordnede formål er at skabe opmærksomhed om, hvad der kan være væsentligt at overveje, når man skal ansætte og integrere en forskeruddannet sygeplejerske i klinisk praksis. Målgruppen er primært sygeplejeledere.

Formålet adresseres ved at stille og besvare følgende to spørgsmål:

1. Hvilke generiske kompetencer ses blandt tre forskellige forskeruddannede sygeplejersker på et regional sygehus?
2. Hvilken tilgang til evidensbaseret praksis ses blandt tre forskellige forskeruddannede sygeplejersker på et regional sygehus?

ETISKE OVERVEJELSER

Artiklen er baseret på tre cases. Bag disse cases er tre af artiklens fire forfattere. Det har derfor ikke været muligt eller intentionen at anonymisere deltagerne.

DESIGN

(Læs artiklen bagerst i bogen for en mere detaljeret beskrivelse).

Metode: Et kvalitativt case-design blev valgt (R.E. Stake, 1995; Robert E. Stake, 2005; Yin, 2013).

Ramme: Et regionalt sygehus, placeret på to matrikler. Sygehuset havde 24 kliniske specialer og ca. 4000 ansatte, heraf ca. 1600 sygeplejersker. Sygehuset var i en omstillingsproces fra at være et provinshospital til et universitetshospital, herunder opbygning af forskningskapacitet, også inden for sygeplejen.

Casene: De tre cases, der anvendes i denne artikel, er skrevet af de første tre forskeruddannede sygeplejersker, der var ansat på sygehuset i kliniske afdelinger. Hver person blev bedt om at skrive en case inklusiv profil og funktioner i klinisk praksis. De blev bedt om at inkludere oplysninger

om baggrund, personlig motivation, beskrivelse af deres funktioner, herunder konkrete interne og eksterne opgaver, hvilke resultater de havde opnået i forhold til at medvirke til at understøtte udvikling i praksis samt deres forskningsresultater.

Analyse: Indholdet af casene blev analyseret i to trin. Først blev casene analyseret ud fra de syv generiske funktioner. Dette fandt sted ved at lade de tre andre forfattere nøje læse og kategorisere hver case med henblik på at vurdere hvilke funktioner, der var i spil. Hver case blev således vurderet tre gange og derefter sammenlignet, drøftet og endeligt kategoriseret.

Det næste skridt var en teoretisk analyse inspireret af tilgangen til viden og evidensbaseret praksis i den enkelte case (The Improved Clinical Effectiveness, through Behavioural Research Group, (ICEBeRG), & Research, 2006).

RESULTATER AF ANALYSEN

TRIN 1:

Analysen af de tre cases viste, at alle syv generiske funktioner var tilstede og i anvendelse, dog i forskellige grader.

Den ene case havde lagt vægt på funktioner knyttet til forskning, professionel ledelse og kliniske undersøgelser. Den anden case havde lagt hovedvægten på funktioner knyttet til coaching, vejledning, ændring af praksis og forskning. Den tredje case havde overvejende funktioner knyttet til professionel ledelse og kliniske undersøgelser og funktioner vedrørende ændring af praksis. Herudover blev forskning iværksat via lokalt forankrede aktionsforskningsprojekter.

Analysen viste, at på trods af, at de samme overordnede funktioner var i spil, var de det med forskellig vægt på de enkelte funktioner. For eksempel var der forskel på, om det at formidle forskning via videnskabelige

publikationer havde stor prioritet. Et andet eksempel var om det at initiere ændringer i klinisk praksis, havde stor prioritet.

TRIN 2:

I den ene case beskrev den forskeruddannede sygeplejerske sin rolle som en, der genererer, implementerer og analyserer resultater fra konkrete studier. Hun beskriver, at en del af hendes rolle er at styrke forskningskompetencerne blandt sygeplejerskerne i afdelingen. Den forskning hun udfører, har hun selv taget initiativ til og gennemføres af hende som forskeruddannet sygeplejerske. Der ses en klar prioritering af videnskabelig dokumentation i form af et højt antal videnskabeligt publicerede artikler, svarende til produktion af viden baseret på forskning. Ledelsesfunktioner beskrives i forhold til rollen som projektleder, men interaktioner med afdelingens ledere beskrives ikke i casen.

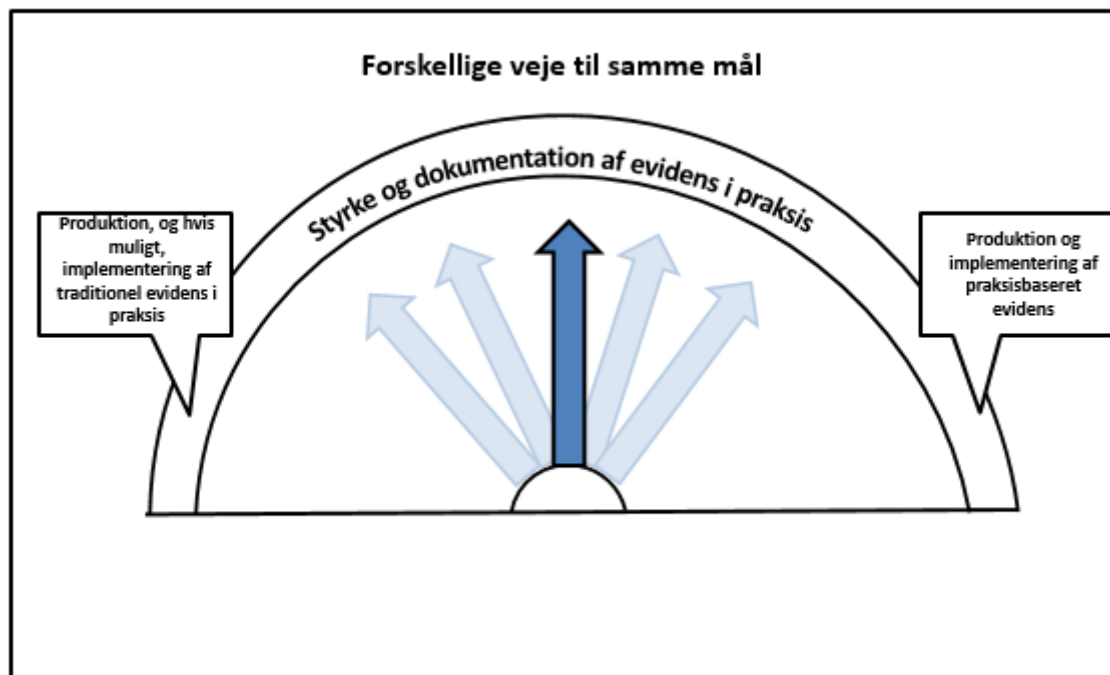
I den næste case beskrev den forskeruddannede sygeplejerske sin rolle som en, der udvikler praksis og gennemfører forskning i samarbejde med og funderet i praksis. Med et ståsted i aktionsforskning er flere af de beskrevne projekter initieret og funderet i de enkelte afsnit, mens andre er initieret af forskeren. Dette svarer til at skabe viden fra flere kilder: forskning i klinisk praksis og fra den lokale kontekst. Der beskrives et stort engagement i at udvikle kompetencer og kritisk refleksion blandt sygeplejekollegaerne. Der ses en prioritering af faglige såvel som videnskabelige artikler/formidling, og det er tydeligt, at ændringer for og med praksis motiverer den forskeruddannede. Dette beskrives som noget, der foregår i tæt samspil med afdelingens ledere.

I den tredje case beskrev den forskeruddannede sygeplejerske det overordnede formål med sin funktion, som det at udvikle praksis via en aktørinvolverende tilgang til udvikling, forskning og læring. Dette inkluderer en funktion som rådgiver for afdelingens oversygeplejerske. Med udgangspunkt i aktionslæring og aktionsforskning er alle initiativer lokalt initieret og funderet. Dette har medført implementering af mange forandringer og svarer til at skabe viden fra praksis baseret på den lokale kontekst og

klinisk erfaring. Der ses en prioritering af formidling via faglige artikler og præsentationer.

Der ses med andre ord forskellige tilgange til, hvordan der arbejdes med forskellige videnskilder og formidlingstraditioner i de tre cases. På trods af samme stillingskategori og uddannelsesbaggrund samt overordnet ansvar for at styrke og dokumentere evidens i klinisk praksis, havde de tre forskeruddannede sygeplejersker i casene forskellige profiler, interesser, akademiske ambitioner og tilgange til at opnå deres formål.

Figur 1 er en visuel repræsentation af analysen. Pilen i midten skal symbolisere det kontinuum den enkelte forskeruddannede sygeplejerske agerer inden for, trods samme formål om at styrke og dokumentere evidens i praksis: fra en traditionel forskerprofil til venstre til en praksisforskerprofil til højre.



Figur 1: Variation i forskeruddannede sygeplejerskers roller.

De tre præsenterede cases rummede alle syv generiske funktioner i rollen som forskeruddannet sygeplejerske, der er beskrevet i litteraturen. De tre forskeruddannede sygeplejersker arbejdede alle med at integrere og udvikle evidens i praksis. Alligevel sås en stor individuel variation, primært

på grund af forskellige kompetencer, interesser og syn på evidens, men også på grund af de forskellige afdelinger og de rammer, der arbejdes under.

Set i lyset af de forskellige måder at udfylde rollen som forskeruddannet sygeplejerske på, bliver det dilemma, der skitseres i starten af dette kapitel, skærpet. På den ene side er der en voksende opmærksomhed på nødvendigheden af at ansætte forskeruddannede sygeplejersker i klinisk praksis. På den anden side er nogle ledere usikre på den opgave, de stilles overfor med at integrere forskeruddannede sygeplejersker i klinisk praksis. I hverdagen er mange ledelsesopgaver reaktive og baseret på her og nu-problematikker (Tengblad, 2012) men hvis opbygning af en forsknings- og udviklingskultur skal lykkes, skal lederne engagere sig i de forskeruddannede sygeplejerskers arbejde samt integrering i afdelingerne, ellers lykkes det ikke (Kajermo et al., 2008). Det kan derfor ikke understreges nok, at det er afgørende at sygeplejefaglige ledere har mulighed for at udvikle, uddanne og deltage i de ledelsesmæssige aspekter af forskning og udvikling.

AFRUNDING

For nogle ledere er det at skulle integrere forskeruddannede sygeplejersker i klinisk praksis en ny og overvældende opgave. Sammenholdes dette med, at ikke alle ledere er akademisk uddannede og næsten ingen har en forskeruddannelse, så kan lederne stå over for en svær opgave med potentielt modsatrettede forventninger og krav.

Med afsæt i figuren udviklet på baggrund af analysen af de tre cases synes det hensigtsmæssigt at afklare og tilpasse indholdet og forventninger til rollen både set fra afdelingens og fra den forskeruddannedes perspektiv med henblik på at skabe et vellykket match. Hvis lederen og resten af en afdeling for eksempel forventer, at en forskeruddannet sygeplejerske skal være synlig tovholder på en hel afdelings udviklingsprocesser i tæt samarbejde med de ledende sygeplejersker, skal de nok ikke søge efter en

forskeruddannet sygeplejerske, hvis primære ambition er at forske og skabe sig en akademisk karriere på universitetet og vice versa.

For at afklare gensidige forventninger foreslår vi derfor, at følgende spørgsmål overvejes, når en forskeruddannet sygeplejerske skal ansættes i klinisk praksis:

- Hvilke slags kilder til viden forventer afdelingen, at forskeren inddrager og producerer?
- Er det væsentligt, at forskeren har klinisk erfaring inden for afdelingens speciale?
- Forventes forskeren at være synlig i daglig praksis?
- Forventes forskeren at være ansvarlig for initiering, facilitering og ledelse af forskning og udvikling i praksis?
- Forventes forskeren at deltage i det daglige kliniske arbejde?
- Forventes forskeren at deltage i et karriereforløb på universitetet?
- Hvilken rolle forventer lederen at have i forhold til den forskning, der gennemføres?
- Hvordan kan lederen sikre, at forskeren integreres i klinisk praksis og med det øvrige personale for at undgå isolation, konkurrence og uklar rollefordeling?

REFERENCER

Berthelsen, C. B., & Hølge-Hazelton, B. (2015). Orthopaedic nurses' attitudes towards clinical nursing research - A cross-sectional survey. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 19(2), 74–84.

Breimaier, H. E., Halfens, R. J., & Lohrmann, C. (2011). Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11–12), 1744–1756.

Currey, J., Considine, J., & Khaw, D. (2011). Clinical nurse research consultant: a clinical and academic role to advance practice and the discipline of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2275–2283.

Det Nationale Samarbejdsforum for Sundhedsforskning. (2014). *Årsrapport 2013* (p. 51). København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Retrieved from http://sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/NSS-aarsrapport-2013/Aarsrapport-2013-NSS.ashx

Dowling, M., Beauchesne, M., Farrelly, F., & Murphy, K. (2013). Advanced practice nursing: a concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), 131–140.

Enterkin, J., Robb, E., & McLaren, S. (2013). Clinical leadership for high-quality care: developing future ward leaders. *Journal of Nursing Management*, 21(2), 206–216.

Eriksson, B. G., & Hummelvoll, J. K. (2012). Relevans og evidens: Praksisnær og brukerrettet kunnskapsdannelse innen psykisk helsearbeid [Relevance and Evidence. Practice oriented and user oriented knowledge generation in mental care taking]. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 9(1), 33–43.

Faebo Larsen, R., Moesgaard Ravnholt, M., & Hølge-Hazelton, B. (2015). Establishing a course in how to facilitate journal clubs: opportunities and barriers. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(1), 29–37.

Fagerström, L. (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska: Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis [Advanced clinical nurse- advanced clinical care in theory and practice]*. Lund: Studentlitteratur.

Hølge-Hazelton, B. (2014). *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis*. Region Zealand. Retrieved from http://werkproof.dk/oosurf/proxy/alfresco-organicobject/api/node/content/workspace/SpacesStore/d4edf17a-ddf7-422e-8f4f-24a344d9f23c/f_og_u_kultur_i_klinisk_praksis_NY_pr040414.pdf

Kajermo, K. N., Unden, M., Gardulf, A., Eriksson, L. E., Orton, M. L., Arnetz, B. B., & Nordstrom, G. (2008). Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 305–314.

Linton, M. J., & Prasun, M. A. (2013). Evidence-based practice: collaboration between education and nursing management. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 5–16.

Mantzoukas, S., & Watkinson, S. (2007). Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 28–37.

OECD. (2013). *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards*. Paris.

- Pegram, A. M., Grainger, M., Sigsworth, J., & While, A. E. (2014). Strengthening the role of the ward manager: a review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 685–696.
- Phillips, N., & Byrne, G. (2013). Enhancing frontline clinical leadership in an acute hospital trust. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17–18), 2625–2635.
- Pitkanen, A., Kuronen, M., Pukuri, T., & Valimaki, M. (2004). Developing nurses' capabilities to deputize for ward sisters. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(2), 235–239.
- Poulsen, I., Aadal L, Eg M, Jensen M. et al. (2013). Forskning- fundament for udvikling af sygeplejen. *Danish Journal of Nursing*, 1, 63–65.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90.
- Scott, K., & McSherry, R. (2009). Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing*, 18(8), 1085–1095.
- Severinsson, E. (2014). Capacity building - a challenge for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 407–409.
- Stake, R.E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks: SAGE.
- Stake, Robert E. (2005). Qualitative Case Studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (pp. 443–466). United States of America: SAGE.
- Tengblad, S. (2012). *The Work of Managers. Towards a Practice Theory of Management*. (S. Tengblad, Ed.). Oxford: Oxford University Press.
- The Improved Clinical Effectiveness, through Behavioural Research Group, (ICEBeRG), & Research. (2006). Designing theoretically-informed implementation interventions. *Implement Science*, 1, 4.
- Thomsen, T. G., & Hølge-Hazelton, B. (2014). Developing evidence-based practice: documenting a tailored writing course. *Nordic Journal of Nursing Research*, 2(34), 33–37.
- Yin, R. K. (2013). *Case Study Research - Design and Methods (Applied Social Research Methods)*. Thousand Oaks: SAGE.

SMALL SCALE MED HIGH IMPACT - ERFARINGER MED AT ARBEJDE I SPÆNDINGS-SYNERGIFELTET MELLEM FORSKNING OG UDVIKLING I KLINISK PRAKSIS



Mette Kjerholt, sygeplejerske, dpL, cand.cur., MLP, ph.d. og forskningsleder

Jeg blev uddannet som sygeplejerske i 1984, og jeg har altid været optaget af kliniske problemstillinger relateret til både det at være patient og det at være ansat som sygeplejerske i et sundhedsvæsen, der blandt andet er kendetegnet ved andre værdier og rationaler end sygeplejefagprofessionelle (Kjerholt, 2004, 2011). Ligeledes har jeg altid været optaget af at finde veje og muligheder for, at sygeplejersker kan udøve en sygeplejepsis, der er funderet i sygeplejefagets værdier, og hvor sygeplejerskerne selv er med til at bestemme samt tage (med)ansvar for, hvordan deres praksis skal være. For at blive klogere på dette felt har jeg videreuddannet mig de sidste 25 år. Jeg har blandt andet en diplomuddannelse i ledelse indenfor sundhedsvæsenet, en masteruddannelse i læreprocesser med specialisering i forandringsprocesser, en kandidatuddannelse i sygeplejevidenskab samt en ph.d.-grad i sundhedsvidenskab.

HVORDAN STARTEDE DET HELE? HVORFOR?

Vores hæmatologiske afdeling blev etableret maj 2011, og jeg blev ansat som postdoc i afdelingen december 2011, da afdelingsledelsen ønskede at udvikle og sikre, at sygeplejepsis blev udført på et evidensbaseret grundlag. Jeg skulle være med til at opbygge og udvikle en sygeplejefaglig forsknings- og udviklingskultur i afdelingen, som var funderet i sygeplejefaglige værdier og plejepersonalet skulle indgå aktivt. Disse ambitioner betød, at mine opgaver som postdoc var mangfoldige og komplekse, og involverede opgaver flere planer - et strategisk (hvad ønsker vi i fællesskab at opnå?), et taktisk (hvordan vil vi opnå det?) og et operationelt (hvordan skal vi konkret agere for at nå vores mål?) plan. Min forsknings-

tilgang er humanistisk med praksisforskning/aktionsforskning og aktionslæring som anvendte metoder til forandringer og udvikling i og af klinisk praksis.

På baggrund af mine kliniske erfaringer, uddannelser, forskningsfokus og forskningstilgang blev jeg ansat som postdoc i afdelingen.

Formålene med min stilling var blandt andet:

- At sikre patienten den højest mulige sygeplejekvalitet inden for specifikke områder og patientforløb.
- Tilrettelægge og styrke monitoreringen af den sygeplejefaglige kvalitet.
- Identificere og analysere kliniske problemstillinger med henblik på udøvelse af forskningsbaseret praksis.
- Være inspirator, ressourceperson og rådgiver for afdelingsledelsen samt plejepersonale og andre faggrupper i klinikken med henblik på udøvelse af forskningsbaseret praksis.

Mine konkrete arbejdsopgaver i afdelingen var og er følgende:

- Initiativtager samt projektleder på praksisforsknings-/udviklingsprojekter.
- Medvejleder og mentor på andre forsknings-udviklingsprojekter – både monofagligt og tværfagligt.
- Vejleder for sygeplejersker på forskellige videreuddannelser.
- Proceskonsulent på formelle aktionslæringsforløb.
- Sparringspartner for ledelse og medarbejdere.

- Underviser på interne kurser i temaer af betydning for udøvelse af sygepleje.

Mine konkrete arbejdsopgaver udenfor afdelingen omhandler blandt andet:

- Mundtlige og skriftlige præsentationer af vores lokale forsknings-/udviklingsprojekter på både nationale og internationale konferencer.
- Indlæg på temadage, kurser, videreuddannelser omhandlende udvikling i og af sygeplejepsiksis, praksisforskning og aktørbaserede tilgange.
- Reviewer på forskningsansøgninger og videnskabelige artikler.
- Medlem af diverse sundhedsfaglige selskaber, bestyrelser, udvalg, netværk både monofagligt og tværfagligt.

Foruden ovenstående opgaver publicerer jeg også både videnskabelige og faglige artikler omhandlende temaer af betydning for forskning og udvikling i sygepleje og sygeplejepsiksis (læs bl.a Kjerholt et al., 2016, Kjerholt & Sørensen, 2013a+b).

Min ansættelse som postdoc samt de positive resultater af denne i forhold til udvikling af klinisk praksis (Kjerholt & Sørensen, 2013, Kjerholt & Sørensen, 2014, Hazelton et al., 2016) medførte i januar 2015, at afdelingsledelsen besluttede at etablere en enhed for sygeplejeforskning i afdelingen, hvor jeg blev ansat som forskningsleder af denne. Formålet med etablering af enheden var at videreudvikle og konsolidere den sygeplejefaglige udviklings- og forskningskultur i afdelingen.

HVAD GJORDE VI KONKRET – OG HVORFOR SÅDAN?

Da vi ønskede en forsknings-/udviklingskultur, der var kendetegnet ved aktivt at involvere plejegruppen, startede vi med at holde møder med

hele personalegruppen (på daværende tidspunkt 15 mennesker), hvor vi drøftede baggrund og formål med min ansættelse som postdoc, samt havde konstruktive dialoger om, ”hvordan skal vi i fællesskab gribe opbygningen an”. Min sygeplejefaglige, samt uddannelsesmæssige, baggrund havde givet mig viden, holdninger, færdigheder til både at facilitere og styre dialogiske processer og til at planlægge og gennemføre konkrete projekter. Disse kompetencer sammenholdt med et engageret og positivt personale, med varierende viden inden hæmatologisk sygepleje (fra novice til specialist) udgjorde et stærkt og unikt fundament for vores fremtidige samarbejde. På mødet blev det i fællesskab besluttet, at vores tilgang til udvikling af vores praksis skulle funderes på en aktørbaseret tilgang til både forskning, udvikling, læring og ledelse (Kjerholt & Sørensen, 2014, Kjerholt, 2014). Dette dialogmøde var startskuddet på vores tætte samarbejde mellem mig som forsker, de sygeplejefaglige ledere i afdelingen samt den øvrige plejepersonalegruppe (som fem år efter er udvidet fra 15 til ca. 90 sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter).

Vi udarbejdede ligeledes i fællesskab et logo for vores opbygning og udvikling af vores forsknings-/udviklingskultur, som overordnet illustrerer, at vi ”sammen finder vejen, vi skal og vil gå” – se figur 1. Figuren skal tillige illustrere, at mens vi sammen finder og går vejen, vil vi støde på uforudsete begivenheder/områder (illustreret ved regn, skyer, bakker, regnbuer), som vi ligeledes i fællesskab vil forholde os til og agere ud fra.



Figur 1: Sammen finder og går vi vejen.

AKTIONSFORSKNING OG AKTØRINVOLVERENDE PROCESSER

Aktionsforskning involverer aktionslæring samt aktørinvolverende processer og kan defineres og foregå på mange forskellige måder og niveauer (Reason & Bradbury, 2001, McNiff & Whitehead, 2002, Kjerholt, 2011). I vores afdeling definerer vi, inspireret af Reason & Bradbury (2001) og McNiff & Whitehead (2002), aktionsforskning som en disciplin/tilgang, der grundlæggende er kendetegnet ved, at praktikere i samarbejde med forskere gennem forskning i egen praksis udvikler selv samme praksis. I aktionsforskning forskes således sammen med og ikke på eller om andre mennesker. Centralt i aktionsforskning, aktionslæring samt aktørinvolverende processer er refleksion og dialog i og over praksis med det mål at ændre uhensigtsmæssige procedurer og arbejdsgange. Aktørinvolverende processer bygger på den grundlæggende antagelse, at muligheden for at ændre og udvikle praksis bedst sker gennem dialog og samarbejde med og mellem praktikerne og øvrige involverede parter, der indgår i de ønskede ændringsprocesser (Kjerholt, 2011, 2016). De aktørinvolverende processer, uanset om det er forsknings- eller udviklingsprojekter, er kendetegnet ved kontinuerlige cykliske processer af "look, think, act, evaluate" i forhold til den praksis, der er genstand for projektet. Aktionsforskning og aktørinvolverende processer kan sikre både individuel, kollektiv og organisatorisk læring og dermed udvikle/sikre en lærende organisation.

OECD's Frascati manual definerer forskning og udvikling som "skabende arbejde foretaget på et systematisk grundlag for at øge den eksisterende viden samt udnyttelsen af denne viden til at udtænke nye anvendelsesområder" (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2017). Manualen angiver endvidere, at "udvikling er systematisk arbejde baseret på viden opnået gennem forskning og praktisk erfaring med det formål at frembringe nye eller væsentligt forbedrede materialer, produkter, processer, systemer eller tjenesteydelser"(ibid). Sagt med andre ord frembringer man

med forskning ny viden, mens man med udviklingsprojekter og udviklingstiltag bygger på eksisterende viden (f.eks. fremkommet ved hjælp af forskning). I aktionsforskning er forskning og udvikling forbundet og påvirker gensidigt hinanden, trods deres forskellige udgangspunkter. Forskningen har som mål at skabe viden om, hvordan aktører i fællesskab finder frem til hvilke aktioner, der skal iværksættes for at udvikle en given praksis, samt hvad der er på spil i klinisk praksis, når man implementerer aktionerne. Udviklingen har som mål at ændre en given praksis til noget bedre.

I aktionsforskning er forskning, læring og udvikling således tæt forbundne og sker sideløbende, forstået således, at samtidig med der sker læring og udvikling i og af praksis, forskes simultant på selvsamme udvikling. Aktionsforskning har dermed et dobbelt formål: Både at skabe viden om verden og samtidig at forandre denne. De to formål er gensidigt støttende: Viden om verden skabes gennem forsøg på at forandre verden, og aktionsforskning genererer derfor anvendelsesorienteret (forsknings)viden (Laursen, 2012).

Den sygeplejefaglige leder, den øvrige plejepersonalegruppe og jeg besluttede også i fællesskab at gennemføre vores lokale forsknings- og udviklingsprojekter i en small scale udgave – det vil sige, at projekterne skulle udspringe af samt implementeres i vores egen praksis. Desuden kunne projekterne gennemføres på kort tid – fra dage til måneder – i modsætning til store projekter, som ofte strækker sig over år. Baggrunden for dette valg var, at vi kunne gennemføre mange små lokale praksisprojekter på kort tid og dermed sikre både en opbygning af en forsknings- og udviklingskultur og sikre udvikling i og af praksis på mange forskellige områder og niveauer. Kendetegnene for lokale praksisforsknings-/udviklingsprojekter i small scale udgave er ifølge Ramian (2011, s. 2) følgende:

Undersøgelserne, der skabes til brug i en lokal kontekst:

- Er empiriske.
- Har et tidsforbrug, der tælles i dage.
- Skal bruges til en lokal dialog om udviklingsmuligheder.
- Indebærer kvalitetsudvikling efter "de små skridts strategi".

Gevinsterne er følgende:

- Produktion af ny og nyttig lokal viden.
- Kvalitetsudvikling.
- Meningsgivende.
- Kan styrke samarbejdsrelationer i den kliniske praksis.
- Ressourceforbrug integreret i den daglige praksis.

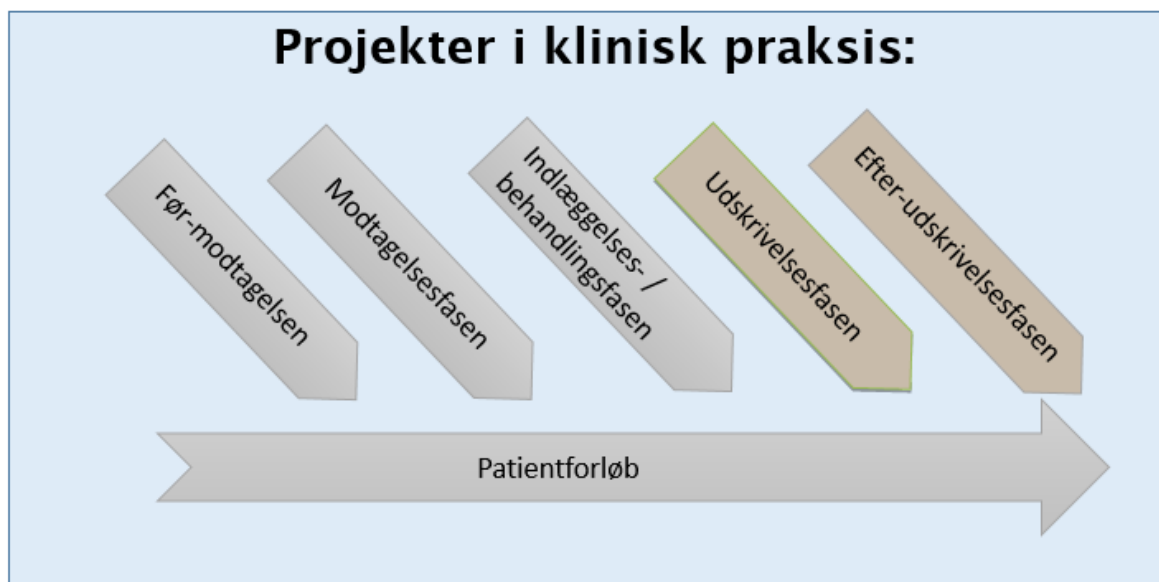
Styrken ved lokale praksisforsknings og udviklingsprojekter er ifølge Ramian (2009) følgende: *"Lokale (praksis) projekters styrke er, at de ikke udtaler sig udover den kontekst, de befinder sig i. De producerer en viden, som beviser sin værdi ved at skabe erkendelse, innovationer og beslutninger, der bidrager til løsninger af aktuelle lokale problemer (...) små (pilot)undersøgelser kan som alle andre undersøgelser producere gyldige argumenter for, om der er brug for mere omfattende forskning"* (ibid, s 24)

RESULTATER AF VORES AKTØRBASEREDE TILGANG TIL FORSKNING I OG UDVIKLING AF PRAKSIS

Resultaterne af vores aktørbaserede tilgang til forskning og udvikling af praksis er lovende, både fra et organisatorisk, fagligt og patientorienteret perspektiv (Kjerholt, 2014, Kjerholt & Sørensen, 2014, Hazelton et al., 2016). De involverede aktører angiver, at tilgangen og de konkrete projekter giver mening og findes relevante, fordi de udspringer i og af deres egen praksis, og fordi projekterne udvikler praksis på mange forskellige områder og til gavn for patienterne. Nogle af de lokale projekter har tillige dannet baggrund for to sygeplejefaglige ph.d.-projekter i afdelingen. Dette er således et eksempel på, hvordan små lokale projekter kan afstedkomme større forskningsprojekter.

Vi initierer og gennemfører både forsknings- og udviklingsprojekter samt udviklingstiltag i alle faser af patienternes forløb i afdelingen, og aktørerne i de forskellige projekter og udviklingstiltag varierer alt efter, hvem der har lyst og interesse i det konkrete projekt og problemfelt. Det, der er bestemmende for om et projekt gennemføres som forskning eller udvikling, er bl.a., hvorvidt der er behov for at skabe viden om problemfeltet, eller om der allerede findes tilstrækkelig viden på området – jf. de tidligere beskrevne definitioner på henholdsvis forskning og udvikling.

Nedenstående figur illustrerer faserne i et generisk patient forløb, og vi har på fem år gennemført 30 forskellige projekter og udviklingstiltag fordelt på alle faserne.



Figur 2: Faserne i et hæmatologisk patientforløb.

Eksempler på konkrete forskningsprojekter er:

- Patienter og pårørendes ønsker og behov før patientens indlæggelse.
- Form, indhold samt betydning af sygeplejekonsultationer.
- Ernæring til kræftpatienter.
- Refleksionssamtaler for nyansatte sygeplejersker.

Eksempler på konkrete udviklingsprojekter er:

- Patientuddannelse.
- Korrekt CVK pleje.
- Sygeplejedokumentation.
- Hjemmebehandling på pumper til patienter.
- Kontaktsygeplejerske til patienterne.

I den daglige kliniske praksis foregår også mange udviklingstiltag, som personalet selv har taget initiativ til (daglig sygeplejefaglig rapport, ugentlige tværfaglige møder, kliniske sygeplejespecialister ude på afsnittene, sygeplejefaglige udviklingsgrupper omkring forskellige sygeplejefaglige relevante temaer, systematisk oplæring af både nyt og gammelt personale, ugentlig mono-/tværfaglig undervisning, fokusuger, hvor der en uge ad gangen sættes specifikt fokus på et sygeplejefagligt tema f.eks. ernæring, dokumentation, tryksår).

Vi deler også vores viden med andre både lokalt, nationalt og internationalt – f.eks. holder vi (= de aktører, der har været involveret i de forskellige projekter) indlæg samt publicerer resultaterne i form af posters og mundtlige indlæg på nationale og internationale konferencer samt publicerer både videnskabelige og faglige artikler i forskellige tidsskrifter.

Som beskrevet tidligere, varetager jeg også opgaver som vejleder/facilitator/sparringspartner i forhold til konkrete projekter, udviklingstiltag og akademiske opgaver for plejepersonalet i afdelingen. Det har blandt andet den betydning, at personalet på den måde opnår refleksive og akademiske kompetencer i forhold til deres praksis og til akademisk arbejde, hvilket også er med til at udvikle praksis på mange forskellige måder og områder.

Nedenstående spiralfigur symboliserer både udviklingen i antal projekter samt projekternes kompleksitet og udviklingen af plejepersonalets kompetencer over en fem-års periode. Det bliver således tydeligt, hvordan vi i 2011 startede med ét projekt og i 2017 var oppe på 30 projekter og udviklingstiltag. Ydermere illustrerer bredden på spiralen, hvordan kompleksiteten i de enkelte projekter samt krav til sygeplejerskernes kompetencer er steget:



Figur 3: Afdelingens projekt-/kompetenceudvikling.

For yderligere at understøtte udviklingen i og af praksis, er afdelingens tre kliniske sygeplejespecialister også ansat i vores kliniske praksis og ikke længere ansatte i en stabsfunktion til afdelingsledelsen. Således er de ansat i et af vores afsnit og er dermed en del af afsnittets daglige praksis, hvilket giver særlige muligheder for, at de kan få øje på samt afdække problemstillinger i klinisk praksis, der kræver aktiv handling i form af konkrete udviklingstiltag eller forskning.

Som det fremgår af oversigten over mine konkrete opgaver og aktiviteter, involverer disse også opgaver udenfor afdelingen. Som eksempel kan nævnes, at jeg gennem flere år har været kursusleder og underviser på en journal club for ledere med mellemlange videregående uddannelser (MVU) i Region Sjælland, hvor målet var at opbygge kompetencer hos deltagerne til at kunne understøtte MVU-forskning og -forskere i deres respektive afdelinger. Resultatet af disse forløb har også haft positiv betydning for deltagerne og har afstedkommet udvikling i deres afdelinger

på forskellige områder (Kjerholt & Hazelton, 2017). En af deltagerne udtrykte således følgende: *”Både form og indhold af denne journal club har virkelig hjulpet mig enormt til at udvikle mig selv og udvikle en strategi for udvikling og forskning i min afdeling, og jeg er allerede i fuld gang med denne”* (deltager i journal club). Flere af de øvrige deltagere fortalte ligeledes, at de på baggrund af deres deltagelse i denne journal club havde initieret journal clubs i egen afdeling samt påbegyndt et målrettet arbejde med både at ansætte MVU-forskere i egen afdeling samt etablere forskning indenfor MVU-området.

Ikke kun lokalt er vores aktørbaserede tilgang til forskning og udvikling af vores praksis blevet modtaget positivt og opfattet som en meningsfuld og relevant tilgang til praksisudvikling, hvilket blandt andet kan dokumenteres i form af de mange invitationer, vi får til at fortælle om vores tilgang til praksisudvikling, både på sundhedsfaglige og sundhedsvidenskabelige konferencer nationalt og internationalt. Foruden de konkrete invitationer har afdelingen også modtaget flere priser for vores aktørinvolverende tilgang, for eksempel Nordstjerneprisen der uddeles på SUH en gang om året.

KONKLUSION, UDFORDRINGER OG PERSPEKTIVERING

Som det fremgår af ovenstående, er der således stor interesse og bevågenhed lokalt og nationalt i forhold til udvikling af praksis ved anvendelse af aktørinvolverende tilgange – men udfordringerne er mange, når vi skal gennemføre lokale forskningsprojekter med en aktørbaseret tilgang:

1) Snæversyn på forskning og hvad evidens og evidensbaseret praksis er. Især oplever vi manglende anerkendelse fra forskningskollegaer og det etablerede forskersamfund, hvor impact af forskningen ofte vurderes ud fra antallet af videnskabelige publikationer og specielt i tidsskrifter med høj impact factor. Dette succeskriterium/mål er ikke de mål og/eller de publiceringskanaler, der vægtes højest, når vi gennemfører vores lokale aktionsforskningsprojekter. Vores mål er først og fremmest, at der sker

udvikling af praksis, jævnfør tidligere beskrivelse af formål og mål med lokale small scale forskningsprojekter (Ramian, 2009, 2011). Ligeledes vælger vi fortrinsvis publiceringskanaler som abstracts/posters/mundtlige indlæg på nationale og internationale konferencer samt faglige artikler, med det formål at nå ud til så stort og bredt et publikum som muligt. Vi møder også ofte en holdning om små lokale forskningsprojekter ikke vurderes at være lige så betydningsfulde som store forskningsprojekter, og at kvalitative forskningsprojekter ikke har særlig høj kvalitet/stor betydning i evidenshierakiet.

2) Definition af forskning og udvikling, som er forskellig i traditionel forskning og i aktionsforskning. I traditionel forskning er forskning og udvikling adskilt, mens det i aktionsforskning er forbundne. Vi oplever således en tendens/holdning til, både lokalt og fra ekstern side, at vores aktionsforskningsaktiviteter ikke anerkendes som værende forskning men ”kun” udvikling. Hvad angår det at arbejde i et spændingsfelt mellem forskning og udvikling i klinisk praksis, er der ingen spænding, men derimod en synergieffekt mellem forskning og udvikling, når man bedriver aktionsforskning. Spændingsfeltet opstår først, når andre (især forskere) sidestiller aktionsforskning med udvikling og dermed ikke anerkender aktionsforskning som værende en forskningstilgang på lige fod med andre forskningstilgange, og som kræver lige så meget respekt, betydning, anerkendelse og ikke mindst ressourcer (Hummelvoll et al., 2015).

3) Manglende tid til prioritering af aktørinvolverende processer i den daglige praksis er ligeledes en udfordring, da mange opgaver og personaleressourcer er bundet op på driftsopgaver på bekostning af tid til udviklingsprocesser og projekter – en følge af de værdier, der kendetegner sygehusorganisationer, og som uddybes i afsnittet nedenfor (Kjerholt 2004, 2011, Kjerholt et al., 2013, 2016).

Udfordringerne kan også forstås som værende af både organisatorisk, faglig og personlig karakter: For eksempel blev Sundhedsplatformen indført i Region Sjælland gennem det meste af 2017, og denne "slugte" personalets ressourcer både fysisk og mentalt. Ligeledes er sygehusorganisationens produktivitetskrav samt enorme mængder driftsopgaver alle opgaver, man som fagperson ansat i sundhedsvæsenet ikke kan vælge fra. Fagligt er den klassiske medicinsk/naturvidenskabelige forskning den forskningstilgang, der vægtes højest i sundhedsvæsenet, og personligt kan ens holdninger til forskning og udvikling være præget af eller ligefrem en konsekvens (både bevidst og ubevidst) af ens faglighed samt de kontekstuelle rammer, man arbejder i.

Som perspektivering vil jeg fremhæve to forhold:

1: Behovet for at vi fremover vedbliver med at sætte ord på/problematiserer ovenfor beskrevne udfordringer, samt 2: Argumenterer for betydningen af anvendelsesorienteret og aktørinvolverende forsknings-/udviklingsprocesser – herunder også betydningen af small scale-projekter ud fra de gevinster, der er ved disse. For at det kan lade sig gøre, er det helt afgørende, at der er en lokal ledelsesmæssig opbakning i afdelingen til at udvikle praksis ved anvendelse af aktørinvolverende processer (Kjerholt & Sørensen, 2014). Hvis man ønsker en forståelse og anerkendelse, som rækker ud over det lokale niveau, er det foruden en lokal ledelsesmæssig opbakning også nødvendigt at samarbejde i netværk, som har samme interesser, oplevelser og mål: Det være sig netværk både lokalt, regionalt, nationalt, internationalt, og kan være af både faglig, tværfaglig, forsknings- og udviklingsmæssig karakter. Netværk har nemlig den force, at "sammen kan vi finde vejen, og sammen står vi stærkere".

REFERENCER

- Hazelton, B.H., Kjerholt, M., Berthelsen, C.B. & Thomsen, T.S. (2016). Integrating nurse researchers in clinical practice – a challenging but necessary task for nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 24 (4), 465-474
- Hummelvoll, J.K., Eriksson, B.G. & Cutcliffe, J.R. (2015): Local experience – central knowledge? Methodological and practical implications for knowledge development in local mental health care settings. *Nordisk tidsskrift for sygeplejeforskning* 3 (15), 283-295
- Kjerholt, M. (2004): *Omsorgssvigt i plejen til gamle – hvad og hvorfor*. Kandidatspeciale, Institut for Sygeplejevidenskab, Århus Universitet
- Kjerholt, M. (2011): *Sammenhæng i ældre kronisk syges patientforløb – idealer og realiteter. Et aktionsforskningsprojekt*. Ph.d.-afhandling. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet
- Kjerholt, M. (2014). Afstand mellem idealer og realiteter. *Sygeplejersken*. (1), 54
- Kjerholt, M. (2014). Postdoc: What's in it for me – and for the others? *Forskning i Region Sjælland, Årsrapport 2013. Region Sjælland*
- Kjerholt, M. (2016). Aktionsforskning – en øjenåbner ift. udvikling i og af klinisk praksis. *Sygeplejefagligt tidsskrift Forstyrrelsen, Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med udvikling og forskning*. (1)
- Kjerholt, M., Delmar, C., Lindhardt, T., Wagner, L. & Clemensen, J. (2016). Participatory action research in clinical nursing practice – challenges and barriers. *Nordisk tidsskrift for sygeplejeforskning*, 5 (1), 35-49
- Kjerholt, M., Delmar, C., Wagner, L., Clemensen, J. & Lindhardt, T. (2013). Continuity in care trajectories of older chronically ill patients in a battlefield of competing rationales. *International Journal of Older People Nursing*, 9 (4), 277-88
- Kjerholt, M. & Hazelton, B.H. (2017). Cultivating a culture of research through a journal club for leaders: a pilot study *Journal of Nursing Management*, 26 (1), 42-49
- Kjerholt, M. & Sørensen, O.T. (2013a). Forsker og leder udvikler praksis sammen. *Sygeplejersken*. (9), 76-9
- Kjerholt, M. & Sørensen, O.T. (2013b). Når ledelse og forskning går hånd i hånd i udvikling af sygeplejepsis. *Sygeplejersken*. (5), 63
- Kjerholt, M. & Sørensen, O.T. (2014). Implementerings-barrierer i klinisk praksis – Hvordan kan disse forstås og håndteres?. I "Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis", Den regionale Forskningsenhed, Region Sjælland
- Laursen, E. (2012): *Aktionsforskningens produktion af viden*. I "Aktionsforskning – en grundbog". Samfundslitteratur
- Mc.Niff, J. & Whitehead, J. (2002). *Action research: Principles and Practice*. Routledge/Falmer, London and New York
- Ramian, K. (2009): Evidens på egne præmisser. *Psykolog Nyt* 63(2), 18-25
- Ramian, K. (2011): *Research Light – vidensbaseret af praksis i praksis*. Center for Kvalitetssikring, Århus

Reason, P. & Bradbury, H. (2001). *Handbook of Action Research: Participative Inquiry & Practice*. SAGE Publications, London

Uddannelses- og Forskningsministeriet (2017): Hvad er forskning, innovation og udvikling? *Uddannelses- og Forskningsministeriet*

KLINISK FUNKTION – IKKE PATIENT-NÆR, MEN ALLIGEVEL KLINIK-NÆR



Elizabeth Rosted: Sygeplejerske, Cand.Cur., ph.d., klinisk sygeplejespecialist og postdoc

Jeg er ansat på Klinisk Onkologisk Afdeling og Palliative Enheder Sjællands Universitetshospital. Jeg har forsket siden 2003 med fokus på ældre mennesker og opfølgning efter akut indlæggelse, siden 2016 med fokus på specialiseret palliation. Jeg tiltrådte i foråret 2017 som postdoc ved Syddansk Universitet (SDU) i en delt ansættelse mellem SDU og Klinisk Onkologisk Afdeling og Palliative Enheder.

INTRODUKTION

At være ansat som postdoc og klinisk sygeplejespecialist i en kombinationsstilling i klinisk praksis, er ikke altid en veldefineret funktion, fordi den består af mange forskellige opgaver. Det, der er vigtigt for mig, er at bidrage til klinisk praksis med viden på flere niveauer, og dette på en måde så forskningsbaseret viden forankres i praksis og medvirker til at forbedre kvaliteten. På nuværende tidspunkt er jeg den eneste sygeplejefaglige forsker i afdelingen, men jeg håber at medvirke til at opbygge en model og strategi for sygeplejefaglig forskning, som får betydning indenfor det palliative speciale på Sjællands Universitetshospital. Jeg har forskningserfaringen, og mine kollegaer har stor specialiseret viden inden for palliationen. Jeg håber, at vi sammen kan styrke vidensudviklingen og dermed udvikle sygeplejen.

KLINISK ONKOLOGISK AFDELING OG PALLIATIVE ENHEDER, SJÆLLANDS UNIVERSITETSHOSPITAL

Klinisk Onkologisk Afdeling og Palliative Enheder dækker hele Region Sjælland og har afsnit i Roskilde, Køge, Næstved, Slagelse og Nykøbing.

De onkologiske afsnit varetager ikke-kirurgisk kræftbehandling, pleje og kontrol af de fleste kræftformer og tilbyder medicinsk behandling og pleje af patienter med kræft i bryst, lunge, tyktarm/endetarm, bugspytkirtel, æggestok eller testikel. De palliative enheder har ekspertise i smertebehandling af patienter med kræft eller kroniske smerter. De varetager lindrende behandling og koordinerer indsatsen i forhold til pårørende, sengeafsnit, hjemmeplejen, praktiserende læger, eksterne institutioner og Hospice Sjælland.

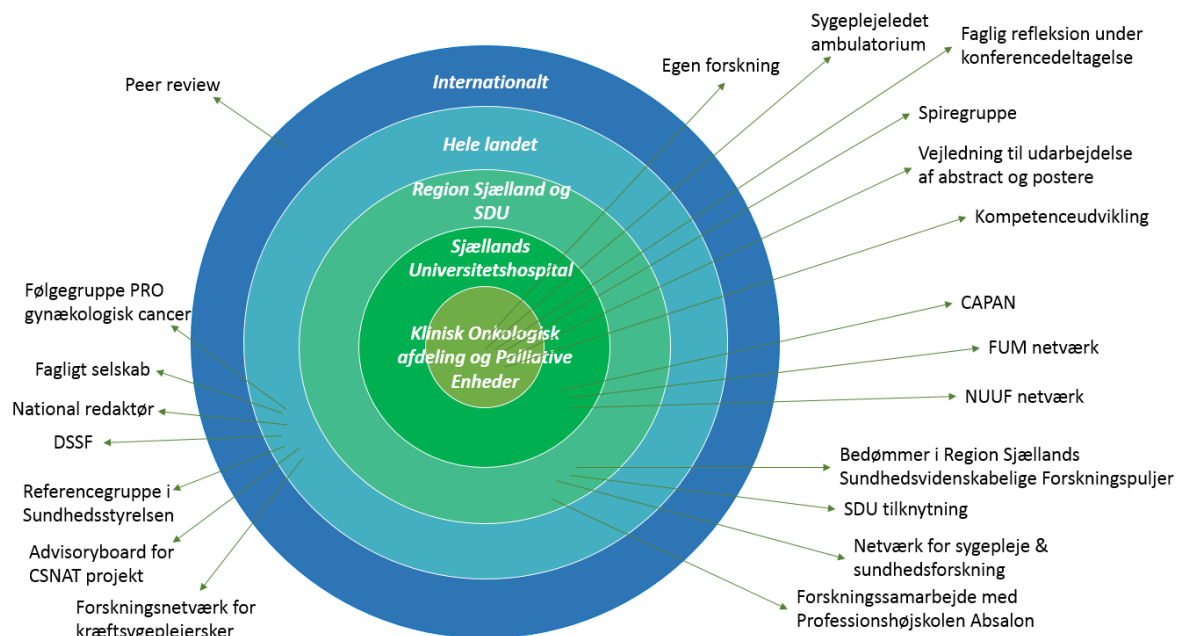
Hele Klinisk Onkologisk Afdeling og Palliative Enheder har én fælles afdelingsledelse med overlæge og oversygeplejerske. Derudover er der to professorer indenfor klinisk onkologi, som varetager forskning indenfor "Supportive Care", "Elektroporation" og "Kræft og motion". Forskningsprojekter godkendes af Forskningsudvalget, og den Kliniske Forskningsenhed varetager opgaver forbundet med udførelsen af forsøg og forskning inden for kræftbehandling.

Inden for sygeplejen er jeg ansat som afdelingens første postdoc, og derudover er der tre sygeplejespecialister med akademisk uddannelse, én i Næstved og to i Roskilde. Jeg er primært tilknyttet det palliative felt og refererer til oversygeplejersken. Min daglige arbejdsplads er i Roskilde, dør om dør med sygeplejespecialisterne og kvalitetskoordinatoren, som jeg har et tæt samarbejde med. Det er uformelt, og vi har daglig sparring om igangværende udviklingsprojekter. På det sygeplejefaglige felt er afdelingen optaget af sygeplejerskers faglighed og bidrag i det tværfagligt samarbejde. Det er en stor afdeling, og udover omfattende lægemiddelforskning, er der flere tværfaglige forsknings- og udviklingsprojekter i gang. Eksempelvis "MyHealth", som sammenligner sygeplejeledet og lægefaglig brystcancer-opfølgning, "Tværfaglig stuegang", hvor patienters oplevelse af tværfagligstuegang undersøges, og "Kom godt fra start". Her optimeres ergo- og fysioterapeutiske behandling, og der stiles efter rettidig og fyldestgørende kommunikation med borgeres hjemmekommune, med henblik på en bedre udskrivelse for de indlagte patienter. For at

skabe mulighed for faglig udvikling og sparring i forbindelse med udførelsen af udviklingsprojekter, etablerede vi sidste år en Spiregruppe, hvor afdelingens akademisk uddannede sygeplejersker mødes hvert kvartal.

MIN FUNKTION SOM KLINISKSYGEPLEJESPECIALIST OG POSTDOC

Når jeg bliver bedt om at beskrive mine kliniske opgaver, bliver jeg ofte lidt vævende, fordi mange af opgaverne ikke er patientnære, og jeg ikke deltager i patientkonsultationer. Det enkleste er egentligt at fortælle om postdoc-delen og min egen forskning, ”Den specialiserede palliative indsats – en sammenligning af to forskellige interventioner”, som er et mixedmethod-studie, der belyser patienter, pårørende og fagprofessionelles oplevelse af ambulans specialiseret palliation. Men opgaven, i dette kapital, er jo at beskrive den anden halvdel af min funktion – den der vedrører den kliniske sygeplejespecialist. For at give overblik, har jeg sat opgaverne ind i en tegning med forskellige interessenter, se figur 1, og beskrevet dem nedenfor.



Figur 1: Oversigt over opgaver, samarbejdspartnere og netværk.

KLINISK ONKOLOGISK AFDELING OG PALLIATIVE ENHEDER

Min egen forskning. Min forskning er forskning i praksis. Og resultaterne skal give mening og skabe grundlag for udvikling af klinisk praksis. Sygeplejersker fra klinikken deltager i forskningsprocessen med inklusion af patienter og interview, hvilket giver anledning til mange faglige refleksioner i forhold til både patienters oplevelser, praksis og forskningsmetoder.

Tværfaglig konference i Palliativt team. Konferencen afholdes en gang om ugen, og de mest komplekse patienter konfereres tværfagligt. Min deltagelse er primært som observatør.

Spiregruppe. Jeg planlægger og indkalder til møderne i Spiregruppen i samarbejde med en sygeplejespecialist. Møderne har karakter af Masterclass og afholdes hvert kvartal med deltagelse af master- og kandidat uddannede sygeplejersker, sygeplejersker under videreuddannelse og kvalitetskoordinatorer. På møderne præsenteres og diskuteres forskningsrelevante temaer, og der læses videnskabelige artikler. Projektideer kan præsenteres for Spiregruppen, med henblik på at kvalificere dem. Det faglige indhold og refleksionerne sammen skal inspirere og bidrage til, at ny viden bringes med ud i klinisk praksis og forankres der.

Vejledning i udarbejdelse af abstract og postere. Der er i afdelingen fokus på at præsentere resultater fra forsknings- og udviklingsprojekter nationalt og internationalt. Derfor vejleder jeg i og udarbejder abstract og posterpræsentationer. Under vejledning løftes udviklingsprojekter ind i en teoretisk eller metodisk ramme, og denne forståelse for vidensudvikling kan forhåbentlig bidrage til at forankre ny viden i klinisk praksis.

Faglig refleksion. Jeg deltager i nationale og internationale konferencer med sygeplejersker fra praksis. Det giver en særlig mulighed for refleksion i forhold til forskningsbaseret praksis, meningen med at afdække ny viden og skabe rum til forskning i en travl hverdag, alt sammen med udgangspunkt i konferencens konkrete præsentationer.

Sygeplejeledede ambulatorier. Afdelingen arbejder på at implementere et sygeplejeledet ambulatorium for at tilbyde personcentreret og helhedsorienteret pleje og behandling. Min rolle er at beskrive grundlaget og strategien for sygeplejeledede ambulatorier i vores kontekst og medvirke til at udarbejde kompetence udviklingskurser.

SJÆLLANDS UNIVERSITETSHOSPITAL

Forsknings- og Udviklingsrådet for de mellemlange videregående uddannede ved Sjællands Universitetshospital (FUM). Rådets formål er at medvirke til at skabe og styrke et frugtbart forsknings- og udviklingsmiljø, og det mødes fire gange om året. Møderne indkaldes af den sygeplejefaglige professor, og jeg præsenterer MVU-gruppens postdoc'ere.

Tværfagligt netværk for medarbejdere med MVU-baggrund, hvis hovedbeskæftigelse er faglig udvikling, koordinering af uddannelse eller forskning (NUUF). Netværket fungerer som paraply for tre mindre netværk med fokus på henholdsvis uddannelse, udvikling og forskning. Jeg er en del af forskningsnetværket. Det afholder møder ca. en gang hver 2. måned, som indkaldes af den sygeplejefaglige professor. Møderne afholdes altid med et overordnet tema eller som en masterclass med faglige oplæg fra deltagerne eller gæster udefra, herudover giver det os mulighed for at udveksle erfaringer og danne tværgående netværk.

Projekt "Kapacitetsopbygning i klinisk sygepleje" (CAPAN). CAPAN er et forskningsprogram, som udgår fra Forskningsstøtteenheden, og som har til formål at skabe gode rammer for, at sygeplejersker kan producere, finde frem til samt benytte den viden, der er nødvendig for at yde en den bedst mulige sygepleje i klinisk praksis. Projektleder er den sygeplejefaglige professor. Jeg er medlem af projektets Følgegruppe, hvis funktion er fra forskellige perspektiver at rådgive, forankre og sikre programmets relevans og fremdrift. Der er afholdt to møder og to workshops i følgegruppen sidste år. Fordi der indgår tre patientrepræsentanter i gruppen, ser jeg patientperspektivet og får kendskab til patienters oplevelser, både i

forhold til at være patient og til den sygepleje, patienterne har modtaget. Jeg får også viden, som kan anvendes i min egen forskning, om hvordan patienter inddrages i planlægningen og udførelsen af forskningsprojekter. Jeg deltager i arbejdsgruppen "Ambulatorie-gruppen", der arbejder med muligheder og udfordringer forbundet med at etablere sygeplejeambulatorier, hvilket er en naturlig følge af afdelingens ønske om at etablere sygeplejeledede ambulatorier. Derudover har min rolle i CAPAN været at oversætte og medvirke til at validere det spørgeskema, som er udsendt til alle sygeplejersker på alle hospitaler i Region Sjælland.

REGION SJÆLLAND OG SDU

Bedømmer ved Region Sjællands Sundhedsvidenskabelige Forskningspuljer. Jeg medvirker til at bedømme ansøgninger til Region Sjællands Sundhedsvidenskabelige Forskningspuljer. Puljerne er åbne for ansøgninger en gang om året, og jeg bedømmer fire til otte ansøgninger. Det giver indblik i bedømmelsesprocessen, og i hvad forskellige fagligheder lægger vægt på i bedømmelsen. Denne viden er meget aktuel, når jeg selv skal ansøge forskningspuljer.

Forsknings samarbejde med forsknings- og udviklingsmiljøet i Center for Ernæring og Rehabilitering, Professionshøjskolen Absalon. Med henblik på at generere ny viden om patienter, som lider af lungekræft, og hvad der har betydning i deres hverdagsliv, har afdelingen etableret forskningssamarbejde med Professionshøjskolen Absalon. Vi samarbejder om et overordnet projekt, hvori der indgår otte delprojekter. Min rolle i projektet er lokal projektleder, og jeg har primært ansvar for projektfremgang og adgang til datamateriale. For de sygeplejersker i klinikken, der involveres, betyder det, at de får lejlighed til at deltage i tilrettelæggelse og dataindsamling til forskningsprojekter, som tager udgangspunkt i deres egen kliniske hverdag. De vil få indblik i videnskabelig argumentation og se resultaterne af forskningen og dermed betydningen for deres praksis.

Netværk for sygepleje og sundhedsforskning. Er et netværk for alle ph.d.'er med en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, som er tilknyttet SDU. Det overordnede formål med netværket er vidensdeling og erfaringsudveksling med henblik på videre karriereudvikling og etablering af samarbejde om forskningsprojekter og undervisning. Der afholdes tre møder årligt.

Tilknytning til Syddansk Universitet, Center for Regional Sundhedsforskning. I kræft af min postdoc-funktion er jeg tilknyttet Syddansk Universitet (SDU), med henblik på lektor-godkendelse. I den forbindelse skal jeg, indenfor det næste år, gennemføre pædagogikum. Tilknytningen giver adgang til SDU's tilbud til forskere og mulighed for at undervise og vejlede på kandidatuddannelser. Jeg vejleder kandidatstuderende på alle niveauer og tilbyder tilknytning til et projektorienteret forløb, hvor studerende får indblik i en forskers hverdag og deltager i dataindsamling, indtastning og bearbejdning.

HELE LANDET

Advisory board for CSNAT-project. Afdelingen deltager i et landsdækkende projekt, som udgår fra Bispebjerg Hospital. Projektets formål er at teste interventionen "Care Support Needs Assessment Tool", som støtter behovsafdækning hos pårørende til patienter i palliativ behandling. Jeg er ansvarlig for lokal projektfremdrift og medlem af "Advisory board". Det har en rådgivende funktion i alle faser af projektet og giver mulighed for bidrage til artikelskrivning.

Sundhedsstyrelsen. Jeg har været repræsentant i arbejdsgrupper, referencegrupper og følgegrupper i Sundhedsstyrelsen. Senest var det Referencegruppen vedrørende anbefalinger til udgivelsen: "Tidlig opsporing af ældre med fokus på helbredstilstand og funktionsevne. Anbefalinger til arbejdsgange og anvendelse af redskaber". Tidlig opsporing handler i meget høj grad om grundlæggende sygepleje og basale observationer,

som det er afgørende, at der handles på for at forebygge yderligere forværring i sygdomstilstanden hos de ældre borgere. Mit fokusområde var redskaber i den tidlige opsporing, kvalificering af brugerne og deres rammer for videreformidling af observationer.

Følgegruppe i PRO gynækologisk cancer. Der pågår et nationalt arbejde med at udvikle PRO-skemaer (Patient Reported Outcomes) til forskellige specialer, og jeg repræsenterer Sjællands Universitetshospital i arbejdet for gynækologisk cancer.

Dansk Forskningsnetværk for Sygeplejersker i Kræftfeltet (DFSK). Er et landsdækkende netværk for sygeplejersker med ph.d.-grad, der forsker i eller er involveret i forskningsprojekter indenfor kræftfeltet. Der afholdes to møder om året. Medlemskab af netværket giver kendskab til sygeplejefaglige forskningsaktiviteter på landsplan, faglig sparring indenfor forskningsfeltet og for forskningssamarbejde om konkrete projekter.

Dansk Selskab for Sygeplejeforskning (DSSF). Jeg er medlem af bestyrelsen for DSSF, som bl.a. har til formål at fremme interessen for sygeplejeforskning og medvirke til udvikling af sygeplejeforskning og forskeruddannelse. Der afholdes fire til seks møder om året. En stor del af arbejdet koordineres via e-mail-korrespondance. Jeg medvirker til at afholde Masterclass i akademisk artikelskrivning og konferencer, og jeg er national redaktør for selskabets nordiske tidsskrift, "Nordisk Sygeplejeforskning". I forbindelse med den Nordiske konference i sygeplejeforskning bedømmer jeg abstract hvert andet år. Det netværk, og den viden og erfaring jeg opnår gennem bestyrelsesarbejdet, anvender jeg i mit daglige arbejde i forhold til projektkoordination, vejledning og undervisning.

National Redaktør for Nordisk Sygeplejeforskning. Jeg er national redaktør for DSSF's tidsskrift, som er et videnskabelig tidsskrift, der udgives i samarbejde med det Norske Selskab for Sygeplejeforskning. Redaktionsgruppen mødes en til to gange årligt, derudover består arbejdet i at finde bedømmere og kvalitetsvurdere indsendte artikler.

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) Forskningsråd. Gennem de seneste syv år har jeg været medlem af DASYS Forskningsråd. Rådet har til formål at arbejde for gode vilkår for forskning i sygepleje og påvirke de nationale anbefalinger på området. Rådet holder møde fire gange om året og tilrettelægger nationale konferencer/masterclasses. For at belyse vilkår for sygeplejefaglige forskere på danske hospitaler, undersøgte vi oversygeplejerskers erfaringer med at involvere sygeplejefaglige forskere i klinisk praksis og udgav to artikler om emnet.

Fagligt Selskab. Jeg har de sidste 10 år været medlem af Bestyrelsen for Fagligt Selskab for Geriatiske Sygeplejersker. Jeg er i den forbindelse blevet udnævnt til at repræsentere sygeplejen i den Nationale Geriatiske Database og i Sundhedsstyrelsens arbejdsgrupper, referencegrupper og følgegrupper vedrørende den ældre medicinske patient. Også i denne kontekst har jeg medvirket til at tilrettelægge og afholde de årlige temadage.

INTERNATIONALT

Peer review. Jeg er tilknyttet en række internationale tidsskrifter, hvor jeg medvirker til at bedømme videnskabelige artikler, inden de udgives.

MINE REFLEKSIONER

I et studie fra 2016 bekræfter Hølge-Hazelton et al., at den sygeplejefaglige postdoc funktion er et paraplykoncept, hvor forskeren producerer evidens, publicerer og medvirker til implementering af evidens, men også at det ikke er en fastlagt funktion (Hølge-Hazelton, Kjerholt, Berthelsen & Thomsen, 2016).

For min postdoc-funktion, ligesom for de øvrige på SUH, gælder, at den er delt i 50 % forskning og 50 % klinisk funktion. Som det fremgår af oversigten over mine funktioner, er det fælles for mange af disse, at de synes "klinik fjerne", og jeg har da heller ikke min daglige gang i afsnittene. Jeg

er på den måde ikke meget synlig i de kliniske funktioner. Men det betyder ikke, at min funktion ikke har betydning for sygeplejepraksis. F.eks. når jeg beskriver det teoretiske grundlag for udvikling af sygeplejen i et afsnit, medvirker til at udarbejde kompetenceudvikling, og det efterfølgende implementeres, får funktionen implikationer for klinisk praksis. Også gennem møderne i Spiregruppen, hvor der er mulighed for fælles refleksion, oplever jeg et tæt samarbejde med klinikerne. I afdelingen er der flere projekter, og jeg lægger vægt på at være meget tilgængelig for vejledning og faglig sparring i forhold til kvalificering og præsentation/publicering af projekterne; også her oplever jeg et tæt samarbejde.

Min deltagelse i netværksgrupper og forskningssamarbejder med andre institutioner og hospitaler åbner mulighed for, at sygeplejersker i klinikken kan deltage aktivt i forskningsprojekter dels i forhold til at udføre interventioner og dels med dataindsamling. I flere projekter er det muligt for sygeplejerskerne at bidrage med kliniske emner, som de finder det relevant at belyse. Jeg ser det som en mulighed for at inddrage de kliniske sygeplejersker aktivt i udvikling af evidens og dermed medvirke til, at vidensudviklingen tager udgangspunkt i klinisk relevante emner samt at skabe forståelse for nødvendigheden af at forske. I denne funktion lægger jeg vægt på at have tæt kontakt til de sygeplejersker, der deltager aktivt i forskningsprocessen, således at de kan få sparring og vejledning omkring forskningsmetoder og skriveprocessen. Stringens i forskningsprocessen, begrebsanvendelsen og sproget kan være en særlig udfordring, når man, som bachelor med mange års erfaring i klinikken, ikke har haft fokus på refleksion eller artikelskrivning.

I tillæg til muligheden for deltagelse i forskningsprojekter, er den viden og erfaring, jeg opbygger gennem nationale og internationale opgaver, i høj grad medvirkende til, at jeg i min daglige funktion kan arbejde med meget høj grad af selvstændighed. Udover at min deltagelse i netværk giver mulighed for forskningssamarbejde på tværs af landet, er det også en vigtig funktion i forhold til præsentation af afdelingen og Sjællands

Universitetshospital ud ad til. Så for mig betyder klinisk eller ”kliniknær” ikke nødvendigvis det samme som ”patientnær”, og som postdoc mener jeg sagtens, at jeg kan være ”kliniknær” uden at have en ”klinisk funktion” (BEK nr. 804 af 17/06/2016).

Også et godt samarbejde med ledelsen har stor betydning for postdocfunktionen, fordi opbakning til deltagelse i forsknings- og udviklingsaktiviteter er fundamental, hvis vi skal lykkes med at opbygge en forskningsbaseret sygeplejefaglig kultur (Kajermo et al., 2008). Denne opbakning er ikke en selvfølge, da mangel på basal forskningsmæssig uddannelse betyder, at det er svært for nogle ledere at se mulighederne i forskning og evidensbaseret sygepleje. De mener derimod, at forskning er en irrelevant praksis eller ligefrem en trussel (Kajermo et al. 2008; Enterkin, Robb & McLaren, 2013; Pegram, Grainger, Sigsworth & While, 2014). Hølge-Hazelton et al. (2016) konkluderer, at den sygeplejefaglige leder skal være kompetent praktiker, der, i en tid med forandring, dagligt kan håndtere usikkerhed og komplekse opgaver (Hølge-Hazelton et al., 2016). Jeg er afdelingens første sygeplejefaglige postdoc, og jeg er blevet meget vel modtaget. Ledelsen har aktivt valgt at ansætte en sygeplejefaglig forsker, fordi der er et ønske om at understøtte den evidensbaserede kultur og opbygge en forskningsorganisation, hvor forskning i sygeplejefaglige problemstillinger indgår. Afdelingen er stor og spreder sig geografisk over flere hospitaler, og mine funktioner medfører, at jeg ofte er ”ude af huset”. Det betyder, at der let ville kunne gå lang tid, hvor min leder og jeg kun mødes sporadisk. Derfor er der fastlagt månedlige møder for at sikre gensidig orientering, sparring og enighed om, hvad mine konkrete kliniske opgaver er. I min dagligdag oplever jeg således stor opbakning og forståelse fra ledelsen, i forhold til hvilke opgaver jeg løser, hvilke projekter og udviklingsaktiviteter jeg indgår i, og opgaver i forbindelse med universitetstilknytningen jeg varetager ved siden af min forskning. Vores samarbejde er godt og bygger på gensidig respekt. Den positive indstilling kan hænge sammen med ledelsens akademiske uddannelses, som af Kajermo et al. (2008) beskrives som en forudsætning for opbakning til deltagelse i

forsknings og udviklingsaktiviteter, hvis vi skal lykkes med at opbygge en forskningsbaseret sygeplejefaglig kultur (Kajermo et al., 2008).

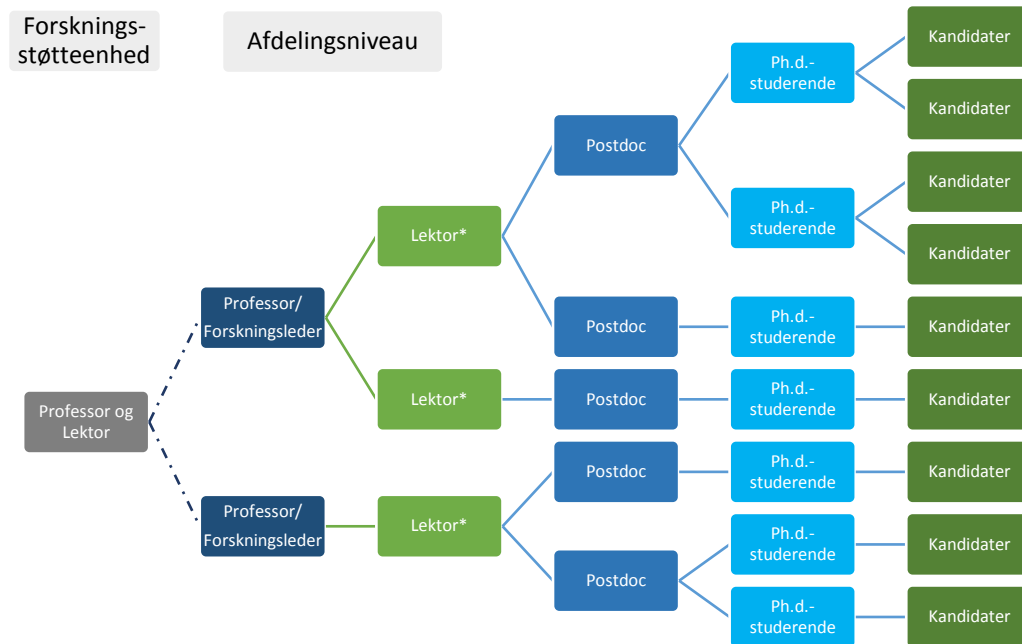
PERSPEKTIVER

Som denne bog illustrerer, har vi som sygeplejespecialister og postdocs, mange forskellige opgaver og funktioner. Vi bidrager alle til produktion af evidens samt publicering og implementering af evidens i praksis på baggrund af vores individuelle kompetencer og interesser, som det beskrives af Hølge-Hazelton et al. (2016). For at understøtte dette arbejde, ser jeg det som vigtigt for klinikken og faget, at der udvikles og implementeres en model for ansættelse af sygeplejefaglige forskere i de enkelte afdelinger. SUH er godt på vej, fordi der er en strategi for sygeplejefaglig forskning, der er etableret en forskningsstøtteenhed på MVU området, og vi har en sygeplejefaglig professor. Men om kort tid udløber de første postdoc stillinger, og hvis der fremadrettet skal være "kliniknære" sygeplejefaglige forskere, er det næste naturlige skridt, at afdelingerne opretter lektorater og tilknytter eller endda ansætter sygeplejefaglige professorer eller forskningsledere. Med lektorer og universitær tilknytning bliver det muligt, at hovedvejlederfunktionen for ph.d.-studerende kan varetages lokalt, og vi kan producere vores egne ph.d.-uddannede forskere.

Sygeplejen er en ung akademisk profession, og der er kun uddannet godt 200 med en ph.d.-grad siden den første i 1976. Det vil sige, at vi stadig er forholdsvis få sygeplejersker, der forsker, set i forhold til den store gruppe, vi udgør. Dertil kommer, at vores forskning ikke nødvendigvis relaterer sig til medicinske specialer, hvorfor det er vigtigt, at vi har et vel fungerende forskningsnetværk, som understøtter vores arbejde og går på tværs af alle afdelinger. Derfor giver SUH's nuværende model med en forskningsstøtteenhed, hvor den sygeplejefaglige forskning samles under en sygeplejefaglig professor, rigtig god mening.

Min vision for sygeplejen som profession og forskningsfelt er, at der, i en velbeskrevet struktur, opbygges forskningskapacitet i afdelingen med en

professor som forskningsleder og med lektorer og ph.d.-studerende til at bedrive forskning. Figur 2 viser et forslag til organisatorisk opbygning, hvor ansvaret for den sygeplejefaglige forskning på afdelingsniveau påhviler afdelingernes KFE, og hvor et tæt samarbejde med Forskningsstøtteenheden for MVU bidrager med faglig sparring.



Figur 2. Vision for sygeplejefaglig forskningskapacitet. Ansvar for den sygeplejefaglige forskning på afdelingsniveau påhviler afdelingernes KFE, og hvor et tæt samarbejde med Forskningsstøtteenheden for MVU bidrager med faglig sparring.

Derfor, set i lyset af mine mange forskelligartede funktioner, er det måske svært at få tid til forskning, hvis den kliniske funktion defineres som "patientnær" fremfor "kliniknær", hvilket fuldt ud favner sygeplejens fire virksomhedsområder – henholdsvis at udføre, lede, formidle og udvikle sygeplejen (BEK nr. 804 af 17/06/2016).

REFERENCER

Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje. (2016). *BEK nr. 804 af 17/06/2016*.

Enterkin, J., Robb, E., & McLaren, S. (2013). Clinical leadership for high-quality care: developing future ward leaders. *Journal of Nursing Management, 21(2)*, 206-16.

Hølge-Hazelton, B., Kjerholt, M., Berthelsen, C.B., & Thomsen, T.G. (2016). Integrating nurse researchers in clinical practice - a challenging, but necessary task for nurse leaders. *Journal of Nursing Management, 24(4)*, 465-74.

Kajermo, K.N., Unden, M., Gardulf, A., Eriksson, L.E., Orton, M.L., Arnetz, B.B., & Nordstrøm, G. (2008). Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Management; 16(3)*, 305-14.

Pegram, A.M., Grainger, M., Sigsworth, J., & While, A.E. (2014). Strengthening the role of the ward manager: a review of the literature. *Journal of Nursing Management, 22(6)*, 685-96.

AT NAVIGERE I DET EVIGE SPÆNDINGSFELT



Anja Geisler: klinisk udviklingssygeplejerske, CCRN, ph.d.-studerende

Jeg blev uddannet sygeplejerske i 1997. Jeg har erfaring fra akut-, traume- og intensivområdet. Endvidere er jeg leder- og intensivspecialuddannet. Jeg har siden 2015 arbejdet som Klinisk Udviklingssygeplejerske på Anæstesiologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge.

Jeg startede min forskningskarriere i 2011, hvor jeg blev projektsygeplejerske i Enhed for Akut Smertebehandling på Rigshospitalet. I stillingen blev der mulighed for i 2014 at opstarte et deltids ph.d.-forløb, dette blev tilknyttet Lunds Universitet. Mit forskningsfelt er postoperative smerter og smertebehandling. Min nuværende stilling er en kombinationsstilling. I den ene halvdel af stillingen fungerer jeg som klinisk udviklingssygeplejerske med ad hoc kvalitets-, udviklings- og projektopgaver. Den anden halvdel af stillingen bliver benyttet til det forskningsarbejde, der er knyttet til min ph.d.

INTRODUKTION

At have en kombinationsstilling, synes jeg, giver mig en mulighed for fortsat at bevare et vist kendskab til den kliniske praksis, også selvom jeg i og for sig ikke længere har den store kontakt til patienterne. Men jeg synes, jeg får det indirekte ved at arbejde tæt sammen med de sygeplejersker, der varetager patientplejen. Herigennem får jeg informationer om, hvad der er af interessefelter, og hvad der ”rykker” indenfor sygeplejen. Lignende informationer får jeg også, igennem de mange netværk jeg er en del af på kryds og tværs af Sjællands Universitetshospital, som en del af funktionen som udviklingssygeplejerske. Endvidere får jeg et lidt større perspektiv ved at deltage på danske, nordiske og europæiske konferencer. Her får jeg kendskab til en masse relevant ny viden, som muligvis kan

interessere og vedrøre den kliniske praksis, vi har på Køges anæstesiafdeling.

Jeg synes, jeg kan drage stor nytte af min forskningserfaring i klinisk praksis. Det kan for eksempel foregå således, at et spørgsmål eller en undren opstår hos sygeplejerskerne, når der er fælles undervisning eller fremlæggelse af specialuddannelsesopgaver eller lignende fora. Ved at holde fast og arbejde videre med den opståede nysgerrighed, kan jeg ved hjælp af min forskningserfaring bedre facilitere processen. Blandt andet i form af en litteratursøgning, eller at få nysgerrigheden formuleret til et forskningsspørgsmål, lave en projektbeskrivelse eller lignende. Således kan et fundament skabes for, at der kan arbejdes videre med et kvalitets-, forsknings- eller udviklingsprojekt. Det, at spørgsmålet opstod direkte fra sygeplejerskerne selv, og at de så efterfølgende har arbejdet direkte med processen, kan gøre implementeringen og udbredelsen til klinisk praksis lettere. Emnet findes brugbart og relevant derude, hvor det skal implementeres. For at give et eksempel: En sygeplejerske henvender sig fra intensiv. Hun har hørt, at man ikke længere må benytte Klorhexidin til at rense patienternes mund med, hun ved ikke hvorfor, eller om det er noget, vi bør stoppe med at gøre. Jeg henvender mig det sted, hvor de har forbudt Klorhexidin, og får tilsendt de artikler, som danner baggrund for denne frygt. Vi gennemgår dem sammen, og jeg fortæller hende, hvordan artiklerne kan fortolkes. Vi ser på vores egen praksis. Hvor ofte benytter vi Klorhexidin? I hvilke mængder? Til hvem? Ud fra dette kan vi så vælge at implementere den nye viden eller udelukke, at der skulle være nogen fare for vores patienter ved brug af Klorhexidin. Jeg holder efterfølgende to oplæg for personalegruppen, hvor problemstillingen gennemgås sammen med den litteratur, der underbygger emnet. Interessen er stor og spørgsmålene mange, da det er en procedure, der bliver udført flere gange daglig, og er meget relevant for den kliniske praksis, sygeplejerskerne på intensiv befinder sig i hver dag.

I mit daglige arbejde har jeg et tæt samarbejde både med afdelingsledelsen og afsnitsledelserne. Vi afholder fælles månedlige strategimøder for sygeplejen. Her er tanken, at de projekter, der bliver igangsat på afsnitsniveau, gerne skulle afspejle sig i de overordnede ledelsesstrategier og visioner, der er lagt. På disse møder fremlægges de projekter, der er i gang på de forskellige afsnit, både for at inspirere hinanden, men også for at kunne stille opklarende spørgsmål. Til tider aftales der også projekter på tværs af afsnittene. Jeg finder disse møder vigtige, da der herigennem bedre kan sikres en rød tråd imellem vision og projekt. Dette kan således afspejle sig i de projekter, der bliver igangsat sammen med medarbejderne. Efter disse strategimøder aftales ofte opfølgende møder med afsnitslederne. Her taler vi om hvilke nøglepersoner, der skal deltage i projektet og hvor mange ressourcer, der kan sættes af, for at vi kan komme i mål. Da det er afsnitslederne, der er "gate-keeperne", er denne snak af stor nødvendighed, for at projektet ikke drukner i drift og mangel på ressourcer. Endvidere kan lederne også bedre understøtte de medarbejdere, der skal arbejde med projektet, hvis de er med til at forme projektet, har viden om, hvordan projektet skal forløbe, og også kan se dets relevans.

BESKRIVELSE AF KONTEKST

Anæstesiologisk afdeling er en stor afdeling, der indeholder 6 afsnit af vidt forskellig karakter: Operationsgang, anæstesi, intensiv, opvågning, sterilcentral og smertecenter. Min erfaring har vist mig, at personalet ansat på anæstesiafdelingen har meget forskellige tilgange og interessefeltter indenfor sygeplejen. Det kan spænde fra den overvejende instrumentelle del til den meget holistiske tilgang. På anæstesiafsnittet er der en del mænd ansat, i opvågningen en enkelt og på de andre afsnit, er der kun kvinder. Afdelingen har meget få sygeplejersker, der arbejder i basisstillinger med master- eller kandidatuddannelser. De, der besidder disse kompetencer, er ansat som sygeplejespecialister eller udviklingssygeplejersker. Anæstesiologisk afdeling rummer hele to specialuddannelser, en

i intensiv terapi og en i anæstesiologisk sygepleje. For en udenforstående kan disse to specialer virke meget ens, men arbejder man i klinisk praksis, vil man hurtigt opdage, at dette ikke er tilfældet. Selvom berøringsfladerne i blandt de forskellige afsnit er stor, er der store forskelle på, hvad de enkelte sygeplejerskers arbejdsfelt er, og hvilke områder de finder interessant. Dette ses blandt andet indenfor operations- og anæstesisygepleje. Begge grupper tager vare på patienten under operationen, men med vidt forskellige fokus og interessefelter. Operationspersonalet assisterer kirurgen og sikrer bl.a., at hygiejnen og de rette utensilier er til stede under operationen. Anæstesisygeplejersken varetager patientens vitale parametre under narkosen og har et tæt samarbejde med anæstesiologen. Sterilcentralen bidrager til operationen med utensilier, som skal være korrekt leveret i passende størrelser og mængder, korrekt rengjort. Efter operationen kører patienten over i opvågningen, hvor en anden type kollega står klar. Her er der fokus på patientens opvågningsfase med kvalme, opkast, smerter og vitale parametre som omdrejningspunkter. Smertecentret er et ambulatorium for patienter med smerteproblematikker, som ikke er udløst af cancer. Her er der et tæt tværfagligt samarbejde med bl.a. psykologer og læger. Sygeplejerskerne har et meget selvstændigt arbejdsfelt med evaluering og revidering af patienternes smertebehandling. Det intensive afsnit er et multidisciplinært afsnit, som varetager plejen til hospitalets dårligste og ofte respiratorkrævende patienter. Her er der ikke kun plejen af selve patienten, men også en stor opgave med at tage vare på de pårørende, dette være sig af både kommunikativ og af etisk karakter. At konteksten er af en så varierende grad, kræver en temmelig stor omstillingsparathed, for at man som forsker og udviklings- sygeplejerske kan rumme og understøtte det hele. Det kræver, at man har viden om både kvantitative og kvalitative metoder, at man hele tiden tilegner sig ny viden om meget forskellige emner samt stor nysgerrighed og lyst til at arbejde med meget forskellige tilgange. Mest af alt bør man besidde en ydmyghed omkring, at det er sygeplejerskerne, der er eksper-

terne i forhold til den kliniske praksis. Jeg leverer bare værktøjerne, sørger for vi overholder fælles deadlines, rydder forhindringer af vejen, understøtter processen, der hvor jeg kan se, der er behov, og hepper.

Jeg har kontor på stabsgangen sammen med de andre ph.d.- studerende, afdelingsledelsen, den uddannelsesansvarlige, og de ledende sekretærer. Jeg er den eneste ph.d.- studerende, der er sygeplejerske, og som er ansat i sådan en kombinationsstilling som min. Jeg havde indtil for nylig en kollega, der også var udviklingssygeplejerske, hun var fuldtidsansat i stillingen og arbejdede primært med kvalitetsudvikling. Hende brugte jeg rigtig meget til at sparre med. Desværre har hun fundet nye udfordringer, og er ikke ansat længere. En ny kollega og sparringspartner er kommet til, hun er kandidat og sygeplejespecialist og ansat fuldtid i intensivafsnittet, hvor hun har sit kontor. Mine dage er besat af mange møder. De er både tværfaglige og monofaglige. Nogle møder er relateret til forskning, og nogle er relateret til kvalitets- og udviklingsarbejdet (listet nedenfor):

FORSKNING:

- På Anæstesiologisk afdeling har vi en KFE (klinisk forskningsenhed). Den er ledet af den forskningsansvarlige overlæge. Her er jeg ansvarlig for MVU-forskningen (Mellemlang Videregående Uddannelse). Vi afholder halvårslige møder med afdelingsledelsen og årlige møder med afsnitsledelserne. Her diskuterer vi de nye og gamle forskningsprojekter, der vedrører det pågældende afsnit. Her forsøger vi at lægge en strategi for, hvordan vi kan understøtte afsnittet i forhold til at påbegynde ny forskning og understøtte allerede igangværende forskning.
- Jeg deltager også i månedlige forskningsmøder i vores lokale ph.d.- gruppe på anæstesiologisk afdeling. Her er der mulighed for at fremlægge egen forskning, og høre nyt om de andres forskning. Udover mig så er denne gruppe er udelukkende lægefaglig, men der

er flere i gruppen, som også laver smerteforskning ligesom jeg, som jeg benytter som sparringspartnere.

- Månedlige møder i forskningsgruppen "Hälsofrämjande komplexa interventioner" i Lund. Her laves ud over journal clubs også fremlæggelser af licentiat, master- og ph.d.-afhandlinger. Her forventes det, at man opponerer og kommer med relevante input til forbedringer af manuskripter set i forhold til den forskningsmetodik, der er anvendt.
- Forskningsnetværk for MVU: Her deltager professor i klinisk sygepleje, postdocs, lektorer og ph.d.-studerende, som er ansat på Sjællands Universitetshospital. Her drøftes emner, der vedrører de mellemlange videregående uddannelser.
- Møder i Forum for Forskning og Udvikling for de mellemlange videregående uddannede (FUM). FUM's formål er at medvirke til at skabe og styrke et frugtbart forsknings- og udviklingsmiljø. Her deltager hospitalets sygeplejedirektør, professoren i klinisk sygepleje samt repræsentanter fra postdocs, ph.d.-studerende, udviklings- og undervisningssygeplejersker, oversygeplejersker og afdelingssygeplejersker. Jeg er talsmand for de ph.d.-studerende i denne sammenhæng.

UDVIKLING:

- Netværk for udviklingsygeplejersker. Dette netværk har givet mig stor viden om, hvad der foregår af udvikling på tværs af SUH, tillige med mange rigtig gode samarbejdspartnere. Det har givet grobund for flere fællesprojekter på kryds og tværs af specialer og matrikler: bl.a. et projekt omhandlende sygeplejersker, patient og pårørendes oplevelser af overflytninger mellem intensiv og stamafdelinger.

- Netværk for kvalitetsnøglepersoner. Her får man virkelig fingeren på pulsen i forhold til auditeringer og udarbejdelse af kliniske instrukser. Meget relevant nu hvor vi skal sammenlægge vores instrukser med Region Hovedstaden i forbindelse med implementeringen af Sundhedsplatformen.
- "Strategi for sygeplejen". Månedlige møder hvor oversygeplejersken, afdelingssygeplejerskerne, sygeplejespecialisterne og den uddannelsesansvarlige deltager. Her drøfter vi bl.a. kommende konferencer. Hvem kan deltage af medarbejderne? Har vi noget materiale, vi kan vise frem. Skal der for eksempel udarbejdes abstracts eller postere, og hvordan understøtter vi det bedst muligt.
- Jeg deltager i introduktion for nyansatte i anæstesiologisk afdeling en gang om måneden, hvis muligt. Her fremlægger jeg bl.a. emner omhandlende afdelingens forsknings- og hygiejnestrategi.
- Jeg er tovholder for hygiejnenøglepersonerne i anæstesiologisk afdeling. Vi afholder kvartalsvise møder, hvor vi drøfter de udfordringer, der har været siden sidste møde og planlægger de kommende hygiejneaudits.
- Jeg har været tovholder for implementeringen af MAT (Mobil Akut Team) på sygehuset siden 2015 og også været en del af den overordnede planlægningsgruppe. Vi ønskede en ensretning, selvom der er store forskelligheder indenfor specialer, personaler og i vores arbejdsgange, på de 2 matrikler. Dette har betydet en del mødeaktivitet, især med intensiv på Roskilde og enheden for kvalitet og målstyring.

Klokken	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
07.45-08.15	Undervise på ØNH morgenmøde om mit forskningsprojekt (1)	Læse og besvare mails	Morgenmøde med min projektsygeplejerske	Læse og besvare mails	Fremlægge min artikel for afdelingslæger på forskningsfredagsmøde
08.15-09.00	Læse og besvare mails	Phd vejledning	Læse og besvare mails	Skrive på min artikel	Læse og besvare mails
09.00-10.00	Inkludere patient i mit forskningsprojekt	Mødes med afd sygepl på ITA (3)	Datasøgning til kommende projektarbejde	Do	Forskningsmøde på afdelingen
10.00-11.00		Do	Udarbejde powerpoint præsentation til fremlæggelse fredag"	Do	Do
11.00-12.00	Strategi for sygeplejen	Frokost med netværk	Transport til Roskilde	Do	Taste data fra MAT-kald (6)
12.00-13.00	Do	Ressourceperson på ortopæd vedrørende smerter (4)	Overflytningsprojekt (5)	Møde i kvalitetsnetværket	Do
13.00-14.00	Mødes med respiratorgruppen (2)	Møde i hygiejnenetværket	Do	Do	Udarbejde MAT-rapport
14.00-15.00	Do	Do	Do	Læse og besvare mails	Mødes med anæstesisygepl vedr projekt
15.00-16.00	Læse og besvare mails	Læse og besvare mails	Do		Do

1. Undervise på øre-, næse-, halsafdelingens morgenmøde. Når et forskningsprojekt påbegyndes, skal der bruges meget tid på at informere. For at klinisk forskning skal have en mulighed for at lykkes, er det især vigtigt, at personalet ved besked. Hvad er deres præcise roller i forbindelse med studiet, og hvor kan de få hjælp, hvis der opstår problemer eller spørgsmål? Men vigtigst af alt er synligheden. Hvis personalet synes, de har kendskab til personen bag projektet, er min erfaring, at ejerskabet bliver større i blandt sygeplejerskerne. Dette er bl.a. i forhold til at hjælpe med indsamling af de data, der er behov for, f.eks. smertescorer ude hos patienterne. Denne morgen har jeg lovet at komme forbi og gennemgå projektet

igen. Ved opstarten havde jeg ikke taget højde for, at personalegruppen, faktisk er opdelt således, at der også befinder sig personale på Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk Afsnit, der ikke har fået information. Jeg gennemgår projektet fra start til slut ved hjælp af en PowerPoint-præsentation, og ved at vise de papirer, som indgår i projektet. Her er der så mulighed for at besvare alle de spørgsmål, der dukker op, og eventuelt rette papirerne til, så de passer bedre til praksis.

2. Respiratorgruppen på intensiv er en stor gruppe med seks sygeplejersker og en læge tilknyttet. Den er meget velfungerende, og de intensivsygeplejersker, der er med, er meget idérige og arbejdsomme. Da vi startede, manglede der mål og struktur på arbejdet, men da der blev indført en agenda og et referat fra møderne, blev der arbejdet rigtig godt og målrettet. Udfordringen i dag er, at vi snarest skal implementere et nyt respiratorprogram, og derfor skal der udarbejdes tre nye instrukser. Jeg udleverer en skabelon til D4, som er navnet på det sted, hvor de kliniske instrukser ligger, og vi taler om, hvad man grundlæggende bør have med i en instruks, så den er fyldestgørende. Arbejdet bliver fordelt, og vi diskuterer løbende processerne og udfordringerne. Vi bliver enige om at indføre en logbog under implementeringsfasen. Heri kan personalet notere, hvad der gør, at man valgte at afvige fra det planlagte respiratorprogram. Således kan vi dykke ned i, hvilke udfordringer, personalet oplever, og gruppen kan bedre gå ind og støtte op på problemstillingerne. Vi aftaler, at vi vil sørge for undervisning af læge- og sygeplejegruppen i dette nye respiratorprogram, så vi er sikre på, at de er klædt på fagligt til at kunne varetage opgaven.
3. Vi prøver at mødes, afdelingssygeplejersken på intensiv og jeg samt afsnittets sygeplejespecialist, mindst en gang om måneden. Begge er kandidatuddannede, og derfor er vores referenceramme i forhold til forskning og udvikling temmelig ens. Vi bruger mødet til at

generere ideer, planlægge lidt ud i fremtiden, diskutere igangværende projekter og hvordan det forløber i arbejdsgrupperne. Efter sygeplejespecialisten er startet på afsnittet, er mængden af udviklings- og kvalitetsopgaver relateret til intensiv blevet færre, da de helt naturligt er overtaget af hende. Dette giver god mulighed for, at jeg så kan koncentrere mig om forskningsområdet i stedet. Vi har et rigtig godt samarbejde og giver god plads til hinandens arbejdsområder.

4. Da mit forskningsområde er smerter, bliver jeg ofte benyttet som ekspert i forskellige sammenhænge. Dette kan være, når sygeplejestuderende skal til eksamen eller basal undervisning i smertefysiologi på temadage eller for læger/sygeplejersker i afsnittene. I dag var det som ressourceperson på ortopædkirurgisk afdeling. Her havde de bedt deres patienter om at udfylde postkort vedrørende deres ophold på afsnittet. Et tema, der gik igen, var smertebehandlingen. Derfor skulle dette diskuteres, og jeg var med for at lytte og, hvis muligt, at komme med løsningsforslag og korrigere misforståelser vedrørende dette område.
5. Overgangsprojektet startede som en idé, der opstod i forbindelse med et møde i udviklingsnetværket. Der var en udviklingssygeplejerske på kirurgisk afdeling der, ligesom jeg, syntes det kunne være interessant at se på patientovergange fra intensiv til sengeafsnittet. Vi mødtes og "brainstormede" og blev enige om, at vi ville have nogle flere personer med. Det endte med, at der var repræsentanter fra intensiv, medicinsk og kirurgisk afdeling på Roskilde samt intensiv og kirurgisk afdeling på Køge, plus kvalitetsenheden. Studiet gik ud på at identificere de problemstillinger, der kunne være for sygeplejersker, pårørende og patienter, når patienter blev flyttet fra afsnit til afsnit. Vi lavede interviews med pårørende og patienter og fokusgruppeinterviews med nogle af sygeplejerskerne på de to matrikler. Det har været meget lærerigt at samarbejde på den

måde på tværs og at få rykket ved sin forforståelse. Mødet i dag finder sted, fordi vi skal diskutere, hvordan vi kommer videre med den artikel, vi er i gang med at skrive som en afslutning på den første del af projektet. Vi skal også finde ud, hvordan vi iværksætter den implementeringsdel, som gerne skulle være det næste trin, hvor alle de ideer, vi har fået efter vores interviews, gerne skulle ud og blomstre i den kliniske praksis. Der var stor enighed om i gruppen fra starten, at vi ikke bare skulle nøjes med at undersøge praksis, men også at vi ønskede at ændre den, og at dette skulle inkludere sygeplejerskerne. Derfor valgte vi at indkalde nogle repræsentanter fra de forskellige afsnit, som havde været med i de fokusgruppeinterviews, vi havde udført, til en hel temadag, hvor vi ville finde ud af en måde at forbedre patientovergangene på. Der skulle vælges et emne for Køge og et for Roskilde, derefter skulle de evalueres ved hjælp af Model of Improvement. Dagens udfordring er, at vi bliver ramt af Sundhedsplatformen lige om lidt, og hvordan kan vi bære os ad med at udføre overflytninger præcist, når de pågældende sygeplejersker, der deltog i projektet, er på arbejdet. I forhold til artikelskrivningen er vi gået lidt i stå. Flere af forfatterne har haft meget travlt med andet arbejde, bl.a. Sundhedsplatformen.

6. Mobilt Akut Team (MAT) på Køge startede i 2015. Jeg var med til at starte det op. Jeg har siddet i styregruppen og været tovholder på de to sygeplejersker, der lokalt styrer det på intensiv. Det har været rigtig interessant at være med i denne proces. Nu flere år efter kører det næsten af sig selv. Dog er der indimellem stadigvæk udarbejdelse af nye D4 instrukser, som da vi overgik til Early Warning Score (EWS). Og der skal også indtastes og opgøres data i Excel, da der ved hvert kald udarbejdes en rekvisition samt en MAT journal. Disse data fortæller os noget om, hvad der er foregået på kaldet, og danner baggrund for den kvartalsvise rapport, der skal udarbejdes til Sygehusledelsen.

BESKRIVELSE AF FUNKTIONEN I KONTEKST

At være forsker i klinisk praksis er at navigere i det evige spændingsfelt. Den overordnede strategi, der er lagt, om at der skal bedrives forskning og gerne så praksisnært som muligt, er desværre ikke nået frem til praksis. Det betyder, at når man kommer eksternt fra og sætter forskning på dagsordenen, så er det ikke det, sygeplejerskerne umiddelbart kan se nødvendigheden af. Det, der som udgangspunkt efterlyses, er ekstra hænder, og ikke en der med sin blotte tilstedeværelse repræsenterer ekstra besværligheder i en praksis, der er kompleks og besværlig nok i forvejen. Mange sygeplejersker kan ikke se, hvad man kan bruge en forsker til, da det der ydes, ofte kan være svært at få øje på, da det vanskeligt direkte kan omsættes til klinisk praksis. Mange er klar over, at man bør arbejde evidensbaseret, men hvordan det kommer så vidt har i travle situationer ikke den store interesse. Jeg har hørt flere sige: "Kan du ikke bare sige, hvad det er jeg skal gøre, så gør jeg det, bare så længe jeg ikke skal læse artikler eller skrive noget i et blad".

Hvis man som forsker er integreret i plejegruppen, kan faren være stor for at blive opslugt af den daglige trummerum, og det kan være vanskeligt at tage helikopterperspektivet i brug, når der er sygdom på afdelingen, og der skal tages vare på patienterne. Der kan det være nemmere, når man kommer udefra, og ikke kan benyttes i patientplejen. Dog har man ikke den samme goodwill, som hvis man var en, der var på afsnittet dagligt. Alligevel har jeg oplevet, at har man først arbejdet tæt sammen med nogle medarbejdere omkring udarbejdelsen af et projekt, opstår der en større forståelse for, hvilke kompetencer forskeren har, og hvad de kan bruges til. Næste gang der skal arbejdes sammen om noget, vil det opleves som meget lettere. Mellemlederne er meget vigtige "gatekeepere" og samarbejdspartnere. Samarbejdet bliver nemmere, hvis de kan se relevansen og brugbarheden af forskningen. Et klart signal fra lederen er at italesætte over for deres medarbejdere, f.eks. ved ansættelses start, at forskning er en integreret del af praksis på afsnittet, og at det er forventeligt at indgå i større eller mindre projekter. Således kan visionen om

forskning udarbejdet på det overordnede plan måske bedre blive omsat til det praksisnære plan, og forskeren vil ses som en mere velkommen forstyrrelse. En man rent faktisk også kan bruge til noget.

PERSPEKTIVERING

FØR OG EFTER

Da jeg startede min ansættelse i min nuværende stilling, var det hele meget nyt for mig. Efter at have været ansat på Rigshospitalet i 15 år, skulle jeg prøve kræfter med at være ansat på et mindre sygehus. Jeg havde lavet en del projektarbejde i mine tidligere ansættelser, men det at skulle være udviklingssygeplejerske var noget helt nyt for mig. Jeg prøvede at Google mig frem til, hvad sådan en person mon lavede, men fandt på ingen måder noget entydigt svar. Det eneste, jeg kunne se, var at funktionen spændte meget bredt. Da jeg så startede i stillingen, så var det eneste, jeg følte, jeg havde styr på, den halvdel af stillingen, der indeholdt forskningen. Heldigvis havde afdelingen en anden udviklingssygeplejerske, der havde været ansat en del år, som kunne hjælpe mig med at navigere i kaos. Det var rigtig spændende, at stillingen var så åben, men også lidt angstprovokerende. Jeg kunne stort set lægge det i den, jeg ville. Men hvad nu hvis jeg ikke levede op til de forventninger, der formentlig var nogle, der ville have til mig? Heldigvis havde jeg stor opbakning fra oversygeplejersken, men samtidig var det også helt klart, at jeg på en eller anden vis, skulle få forskning og klinik til at gå hånd i hånd, da det nye Universitetshospital jo gerne skulle på "verdenskortet". Jeg startede med oprejst pande og masser af ideer. Men min tilgang stammede fra Rigshospitalet, og jeg manglede fuldstændig det netværk, som jeg havde brugt 15 år på at opbygge. Da jeg oprindeligt er uddannet fra intensiv, var stillingen snævret ind til mest at gælde intensiv, og ikke så meget de andre fem afsnit, da jeg således kunne bruge min halvtidsstilling bedst muligt. Desværre har mit forskningsfelt intet med intensiv at gøre, så jeg kunne ikke engang benytte dette til at have en mere naturlig gang i afsnittet. Jeg fandt ret hurtigt ud af, at der var stor forskel på den tilgang

de seks afdelingssygeplejersker, der var ansat i afdelingen, havde til forskning og min ansættelse. Det var helt klart dem, der var "gatekeepere" i forhold til, om jeg skulle inkluderes eller ekskluderes, og om jeg skulle kunne lykkes i stillingen. Det var tydeligt, at flere ikke var klar over, hvad man skulle bruge sådan en som mig til, med de kompetencer jeg besad. Kunne jeg afløse i frokostpausen? Kunne jeg tage vagter? Kunne jeg overhoved passe patienter? Hvad med vagtplan og så videre. Driften var i fokus, da det var det, man havde været vant til at blive målt på på Køge Hospital. Store frustrationer opstod, da jeg jo ikke var "ejet" af afdelingssygeplejerskerne men derimod af staben, og at de ting jeg skulle udføre, ikke havde meget med drift at gøre, men nærmere var at kræve ressourcer fra afdelingssygeplejerskerne. Jeg holdt mange møder med oversygeplejersken i starten, som var meget lydhør, og prøvede at bakke op om de ideer og forslag, jeg havde. Og sammen lagde vi strategier til at "knække nødden".

Efter mange misforståelser og frustrationer både hos ledelse, personale og hos mig selv, nåede vi frem til nogle fokusområder, jeg kunne beskæftige mig med på intensiv. Faste ugentlige undervisningsseancer, at facilitere de forskellige arbejdsgrupper, så der kom struktur og fremgang, samt være med i nyopstartede projekter såsom patientsikkert sygehus, tavlemøder osv. Jeg gik til alle de møder, jeg blev inviteret til, i vidt forskellige fora, da jeg tænkte, det kunne hjælpe med til at skabe mig et netværk. Samtidig startede jeg et af mine ph.d.-forskningsprojekter op på et af sengeafdelingerne. Her fik jeg mulighed for at skabe nye kontakter. Efterhånden blev jeg mere accepteret, og jeg lærte enkelte personaler bedre at kende, når vi arbejdede sammen

Hvordan er det så i dag efter 3 år? Jeg har måttet skære ned på mødeaktiviteten, da jeg til sidst ikke havde tid til andet. Men jeg har også fundet ud af, hvilke fora der giver mening at deltage i, og hvilke der ikke gør. På forskningsområdet er der gjort meget på Sjællands Universitetshospital,

for at give en mulighed for at få et netværk. Vi, der har mellemlang videregående uddannelsesbaggrund, mødes med jævne mellemrum med professoren som spydspids og facilitator. Der har været afholdt internater og andre events for at ryste os sammen. Da vi stort set er i samme båd, er det rigtig betryggende, at man altid kan kontakte nogle, hvis man støder på udfordringer enten af faglig eller anden karakter. Jeg har også omsider fået mig et netværk ikke bare i Køge men også i Roskilde. Her har netværket for udviklingspsygeplejersker og kvalitetsnøglepersoner haft stor værdi. Jeg har endda også fået netværk af forskere fra andre dele af Regionen.

Igennem de sidste tre år har der været en større udskiftning i mellemlædergruppen. Det har helt klart hjulpet på mine muligheder i afsnittene. Ved de nye ansættelser har afdelingsledelsen fokuseret på, at lederne havde en master- eller kandidatuddannelse. Nu har vi mere et fælles sprog og er sammen på udkig efter personale, som kunne være interesseret i at arbejde lidt mere i dybden med emner. Vi har fælles front, ikke længere opdelt i dem og mig. Samtidig har jeg også måtte skrue ned for de ambitioner, jeg har haft på mine egne vegne. En læring har været, at man bliver nødt til at møde afsnittene, der hvor de er, med de interesseområder de måtte have, og ikke forcere en proces, som folk ikke er parate til, blot fordi man gerne vil lykkes på det personlige plan. Succeskriterierne var nogle helt andre end dem, jeg umiddelbart troede. For eksempel kan man ikke køre journal clubs i afdelinger, som slet ikke er forskningsparate eller interesserede, her skal der andre tiltag til. Nysgerrigheden skal vækkes, og måske skal det hellere være en gennemgang af evidensbegreber og best practice, eller hvor søger man ny viden henne. Nu bliver jeg rigtig tilfreds, hvis en medarbejder spontant henvender sig til mig, med noget som han/hun mener bør undersøges, og vi så går skridtene sammen. Måske får vi sammen lavet en mindre undersøgelse, som måske ender ud i en poster, en ændring af klinisk praksis eller udviklingen af en

klinisk retningslinje. Dette er ikke som udgangspunkt det store randomiserede forsøg, men jeg er sikker på, at det en dag venter derude, når medarbejderne er interesserede og parate til det.

Min drøm for mit fremtidige virke er, at der vil være flere ansatte med master- og kandidatuddannelser, der er placeret tættere på klinisk praksis. På den måde har jeg nogle medspillere, som kan hjælpe med til at sikre, at de projekter, som bliver påbegyndt, kan blive ved med at leve. Det kan også være nogle, der kan få nye idéer til hvilke projekter, der kan være værd at arbejde videre med. Med deres viden kan de bedre få kendskab til hvilke idéer, der kan bære, og hvilke der ikke kan. Således har jeg bedre mulighed for at hjælpe på alle de seks afsnit, så projekterne ikke går i stå lige så snart, jeg ikke længere har mulighed for at give det den samme opmærksomhed. Min erfaring har lært mig nu, at det er af absolut nødvendighed, at afdelingssygeplejerskerne kan se relevansen og har forståelsen for, at der er en forsker ansat, at de kan se kvaliteten i ens arbejde, og at man i dem har en aktiv medspiller. Er dette ikke tilfældet, bliver det meget vanskeligt som forsker at finde sit fodfæste og at kunne arbejde på et organisatorisk plan, imens man samtidigt understøtter den kliniske praksis.

DER HVOR IDEER FØDES, VIDEN GENERERES OG FREMTID SKABES



Marian Petersen, sygeplejerske, adjunkt, DM.Sc., klinisk sygeplejespecialist

Jeg blev uddannet sygeplejerske i 1988, og de første 6 års ansættelse var delt mellem medicinsk og kirurgisk afdelinger. Derefter brugte jeg syv år i intensivt regi, hvor jeg også fik intensiv specialuddannelse. På grund af en knæskade blev jeg "tvunget" til at skifte til et mindre fysisk belastende job og fik job i ambulatoriet i Respiration Center Øst. Denne ansættelse blev til 8 år, og der var her, jeg blev interesseret i forskning. Uddannelse til forsker i Danmark kræver først en kandidatuddannelse og derefter en ph.d.-grad. Tidsrammen var ikke et problem for mig, derimod ønskede jeg at fastholde mit kliniske arbejde under uddannelsen. Jeg valgte derfor at blive indskrevet på Lund Universitet for at tage en doktorgrad i medicinsk forskningsvidenskab, der betegnes DM.Sc. De seneste 8 år har jeg således dels været ansat 4 år i Tværfagligt Smertecenter, Rigshospitalet, som projektsygeplejerske, hvor jeg har fået en godt indblik i forskellige forskningsmetoder og dels 4 år i Neurocentret, Rigshospitalet som forskningsleder. Samlet har jeg forsket siden 2001 med fokus på søvn, smerte og seksualitet. Jeg tiltrådte 1. februar 2018 som adjunkt ved Syddansk Universitet (SDU) i en delt ansættelse mellem SDU og Kirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital.

INTRODUKTION

Jeg har siden medio maj 2017 været ansat som klinisk sygeplejespecialist i en kombinationsstilling bestående af 50 % forskning og 50 % klinik i Kirurgisk Afdeling. Denne stillingsstruktur har været under udvikling siden 2010, og afdelingen har tidligere haft to forskeruddannede sygeplejersker ansat. Ønsket med stillingen er at styrke forskning med fokus på sygeplejerske aspekter hos den akutte kirurgiske patient, samt at fremme motivation og deltagelse i professionsnær og praksisrettet forskning og udvikling i sygeplejen.

Siden februar 2018 har jeg haft ansættelse på både Syddansk Universitet/SDU og i Kirurgisk Afdeling. Min ansættelse som adjunkt er tidsbegrænset til 3 år, hvor jeg arbejder henimod en lektorkvalificering. Lektorqualificeringen består forenklet af tre dele: egen forskning, publicering af artikler og undervisning.

Mine opgaver som klinisk sygeplejespecialist afviger fra den traditionelle, der overvejende har sit arbejde i klinikken i et enkelt afsnit med reference til en afdelingssygeplejerske. Min funktion er overordnet og tværgående og med reference til lederen af den kliniske forskningsenhed (KFE) i forhold til forskningsdelen og til den ledende oversygeplejerske i forhold til kliniske opgaver. Min kliniske funktion består i at facilitere udviklings- og forskningsprojekter, undervise, vejlede og rådgive sygeplejersker, sygeplejespecialister og ledende sygeplejersker.

KIRURGISK AFDELING, SJÆLLANDS UNIVERSITETSHOSPITAL

Kirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, har funktioner i Køge og Roskilde og har 76 disponible senge. I Køge er der 2 sengeafsnit, endoskopiafsnit og ambulatorier. I Køge varetages al akut kirurgisk behandling samt behandling for kirurgiske benigne lidelser. I Roskilde er der et sengeafsnit, som behandler patienter med cancerdiagnoser. På årsplan er der ca. 12.000 indlæggelser, ca. 7000 udskrivinger og ca. 20.000 ambulante besøg. Der er ansat 110 sygeplejersker og 21 social- og sundhedsassistenter.

Afdelingen ledes af en ledende oversygeplejerske og ledende overlæge, som i et sideordnet fællesskab er ansvarlige for patientbehandling og – sygepleje, forskning, uddannelse, kvalitet, drift og økonomi. Der er ansat en klinisk professor, der er daglig leder af afdelingens kliniske forskningsenhed (KFE), og som har en sekretær og en forskningskoordinator tilknyttet. På sygeplejesiden er der, udover jeg selv, ansat en uddannelses- og udviklingssygeplejerske samt en kvalitetskoordinator i stabsfunktion til den ledende oversygeplejerske/afdelingsledelsen.

Min fysiske placering i Kirurgisk Afdeling er tæt på sengeafsnittet. Det er min base i hverdagen, og her holder jeg møder samt vejledningsseancer. Kontorets placering giver let adgang til øvrige afsnit og ledelsen i Køge. I Roskilde er der et kontor, der deles mellem udviklingssygeplejersken, kvalitetskoordinatoren og jeg selv. Kontoret ligger ikke umiddelbart i tilknytning til det kirurgiske sengeafsnit, hvilket kan vanskeliggøre synligheden og nærvær i afsnittet, når jeg befinder mig i Roskilde.

MØDEFORA

Jeg deltager i flere mono- og tværfaglige møder, hvilket medvirker til tæt kommunikation og dialog på tværs i afdelingen og i netværksgrupper. Eksempler på møder i afdelingen er:

- Leder- og strategimøde der afholdes hver anden måned med deltagelse af afdelingsledelse, afsnitsledelser (afdelingssygeplejerske og funktionsansvarlig overlæge), afdelingssekretærer, kvalitetskoordinator, udviklingssygeplejersken og afdelingens professor.
- Teammøde indenfor forskning, kvalitet og udvikling afholdes en gang om måneden med deltagelse af afdelingsledelse, professor, udviklingssygeplejerske, kvalitetskoordinator.
- Sygeplejefagligt Ledelse Forum (SYLF) holdes hver anden måned med deltagelse af oversygeplejerske, afdelingssygeplejersker, souschefer, ledende lægesekretær, udviklingssygeplejerske, kvalitetskoordinator.
- Sygeplejefagligt Udviklings- og Forskningsudvalg (SUF) afholdes en gang om måneden med deltagelse af oversygeplejerske, udviklingssygeplejerske, kvalitetskoordinator.
- Center for Surgical Science (CSS), som er afdelingens kliniske forskningsenhed, holder uforpligtende ugentlig samling, samt forsker-

gruppemøder en gang om måneden. Deltagere i forskergruppemøderne er afdelingens professor, ph.d.-studerende og scholarer. Desuden deltager afdelingens forskningsaktive medarbejdere ad hoc.

- Fagligt Forum indenfor MVU-området afholdes en gang om måneden med deltagelse af kliniske specialister, diplom-, master- og kandidatstuderende, samt sygeplejersker med særlig interesse for og opgaver i udvikling/forskningsarbejde. Fagligt Forum giver mulighed for undren, og ideer skærpes med henblik på afprøvning. Åbenhed og tillid er vigtige faktorer ved deltagelse i møderne. I 2018 er møderne koblet parvis med gennemgående tema, således har f.eks. møderne i februar og marts fokus på begrebet evidens. Tanken er, at der på tværs i Kirurgisk Afdeling løbende er et overordnet tema til bearbejdelse. Deltagerne i Fagligt Forum præsenterer overvejelser og drøftelser, som har fundet sted i de enkelte afsnit. Kirurgisk Afdelings fysiske placering på to matrikler er et velkendt vilkår, som søges løst ved at holde møderne via video for at undgå tid på transport, og hvor jeg fysisk deltager på skift på de to matrikler.
- Trekløvermøder holdes en gang ugentlig med deltage af udviklings- sygeplejerske, kvalitetskoordinator, idet vore respektive arbejdsopgaver glider ofte og naturligt ind over hinanden. På vores ugentlige trekløvermøde sparrer vi med hinanden og drøfter nye ideer og tiltag. F.eks. ideer til projekter i et afsnit eller et projekt med involvering af os alle tre, hvor vores kompetencer kommer i spil, eksempelvis når forskningens tilgang til projektarbejde støtter projektbeskrivelsen med involvering af udvikling og kvalitet. Således hjælper vi hinanden med refleksion i forhold til udfordringer og muligheder, ligesom vi koordinerer tiltag i klinikken.
- Forskningsstatusmøde holdes ca. to gange om måneden med deltagelse af oversygeplejersken. Denne tætte dialog er med til at

sikre, at projekter holder retningen og har fokus på Kirurgisk Afdelings overordnede mål og strategi. Oversygeplejerskens engagement for forskning og udvikling af sygeplejen i Kirurgisk Afdeling afspejler sig hos afdelingssygeplejerskerne. Jeg oplever tydeligt til møder om mulige projekter, at vision og strategi for Kirurgisk Afdeling er en fælles beslutning på afdelings- og afsnitsniveau.

Jeg deltager også i møder uden for min egen afdeling, herunder i møder og seminarer i MVU-gruppens forskningsnetværk, med deltagelse af professor i klinisk sygepleje, forskningsaktive ansatte med MVU-baggrund på Sjællands Universitetshospital samt somme tider en gæsteprofessor.

EN UGE I OKTOBER 2017

En typisk uge indeholder mange forskellige opgaver. En god planlægning og overblik af deadlines betyder, at alle "bolde" gribes efter en plan.

Klokken	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
7.00 - 8.15	Svare mails (1) Danne overblik Morgenkonference	Svare mails Danne overblik Morgenkonference	Svare mails Danne overblik	Svare mails Danne overblik Morgenkonference	Svare mails Danne overblik Morgenkonference
8.15 - 9.00	Læse kandidatopgaver	Sundhedsplatformen i træningsmiljø	Møde om artikel i Sexologisk klinik RH (6)	Planlægning af Zealand Surgical Forum 2018 (8)	Møde i CSS (10)
9.00 - 10.00	"	Trekløvermøde	"	"	Teammøde forskning, kvalitet & udvikling (11)
10.00 - 11.00	"	Databearbejdning (3)	"	"	Statusmøde
11.00 - 12.00	Vejledning af kandidatstuderende	"	Transport	"	SUF (12)
12.00 - 13.00	Frokost ved pc Protokol (2)	Frokost i et afsnit	Frokost med forskningskollager Opfølgning på artikelmødet (7)	Frokost i et afsnit	Frokost på kontoret Forberedelse (13)
13.00 - 14.00	"	Projektmøde i afsnit A1 (4)	"	Fagligt Forum (9)	"
14.00 - 15.00	"	Projektmøde hos afdelingens professor (5)	"	"	Forberedelse af Zealand Surgical Forum 2018 (14)

De nummererede aftaler kræver lidt uddybning.

1. Hver dag startes med et overblik og gennemlæsning af mail. Dagen planlægges derefter, med de korrigeringer mails måtte have givet.
2. Egen forskning udgør 50 % i den kombinerede stilling. Det er en tidskrævende, spændende og udfordrende opgave at udarbejde en forskningsprotokol med indhold, der inddrager afsnittene i Kirurgisk Afdeling. Det er et utroligt privilegium at have mulighed for at bruge mine forskningsmæssige og faglige kompetencer i et tæt samarbejde med kolleger og patienter.
3. I min forrige ansættelse var jeg som postdoc forskningsansvarlig for et projekt, der undersøgte seksualitet hos patienter med Multipel Sklerose og Epilepsi. Nuværende projektfase består blandt andet i statistikarbejde og bearbejdning af fokusgruppeinterview. Det er en fantastisk oplevelse at se, hvordan mange timers indsamling af data kan blive transformeret til informativ data, der kan forklare og/eller afklare sammenhæng. I forbindelse med fokusgruppeinterviewene havde jeg en kandidatstuderende, der skrev sit speciale ud fra fokusgruppeinterviewene. Det er første gang, jeg har kombineret forskning og uddannelse så tæt, men absolut en metode jeg vil benytte i fremtiden.
4. Ph.d.-studie udgående fra Anæstesiologisk Afdeling, SUH, med inklusion af akutte medicinske og kirurgiske patienter. Jeg deltager i projektet med tre spørgeskemaer: Søvn (kvalitet) ved indlæggelsen, og efter henholdsvis 3 og 6 måneder. Min deltagelse er en del af min kliniske aktivitet, hvor jeg bidrager til at sikre spørgsmål og drøftelser om projektets indflydelse på det kliniske arbejde. Jeg deltager desuden for at være informeret om forsk-

ningsaktivitet i Kirurgisk Afdeling. Igangværende projekter er afgørende for hvilke nye projekter, der kan iværksættes f.eks. i forhold til ressourcer, etik og tema.

5. I forbindelse med en afsluttet pilotundersøgelse skal et videre forløb planlægges. Den næste etape i projektet vil givetvis blive betragtet som lægemiddelafprøvning. Denne type undersøgelser er uhyre krævende af projektgruppen og fordrer, at en eller flere i gruppen har erfaring med lægemiddelafprøvning. Min deltagelse i mødet har både forskningsmæssig og klinisk tilgang. Den kliniske del i mødet er som rådgiver og vejleder for den involverede sygeplejerske i forhold til den videre proces. Den forskningsmæssige tilgang hviler på min erfaring med netop denne type undersøgelses enorme omfang. Endelig giver min deltagelse i mødet også generel information om den forestående forskning i det aktuelle afsnit.
6. Artikelmøde hvor statistik og diskussionsafsnittet bliver drøftet. Det er meget givende at drøfte de forskellige dele ved artikelskrivning med to rutinerede forskere, der udover forskningen arbejder i klinikken. Samarbejdet har eksisteret siden jeg var doktorand og novice i forskning. Dengang lærte jeg utroligt meget af deres erfaring og tålmodighed. Nu bærer diskussionerne i langt højere grad præg af ligeværd, hvor alle beriges af drøftelserne. Den synergi, der opstår på møderne, er vigtigt for arbejdet i de mellemliggende perioder, hvor man oftest arbejder på egen hånd. Dette møde har således ren forskningskarakter.
7. Opfølgning fra artikelmødet udløste både mere statistikarbejde, gennearbejdelse af flere afsnit og kontakt til forfatteren til et anvendt spørgeskema. Spørgsmålet er: "Vil man kunne – og i så fald hvordan - samle scoren fra mænd og kvinder, når grænsen for maksimum i besvarelsen af skemaet er kønsbestemt?" Og så

er det tid at finde tålmodigheden frem, medens vi venter på svaret.

8. Planlægning af sygeplejefaglige program til Zealand Surgical Forum (ZSF), der er et internationalt, tværfagligt symposium med lægefaglige og sygeplejefaglige parralle sessioner. Symposiet holdes årligt med Kirurgisk Afdeling som værter. Planlægning af møder, konferencer og, som her, symposium bekræfter, at grundig planlægning er påkrævet, og at tjeklister har sin relevans. Planlægningsarbejdet trækker både i forskningsmæssig og klinisk erfaring. Forskningsdelen/erfaring er vigtig i forhold til det konkrete opsæt af et heldagssymposium samt moderatorfunktionen, mens det kliniske er vigtigt i forhold til indlæggene.
9. Det første Faglige Forum. Der blev drøftet indhold af fremtidige Fagligt Forum møder. Fremmøde frem til primo 2018 forventes lavt, da al mødeaktivitet er dedikeret Sundhedsplatformen. Temaer, der er bragt op i 2017, vil problemfrit kunne tages op i 2018.
10. Møde i Center for Surgical Science (CSS), der er afdelingens kliniske forskningsenhed, er tilbagevendende hver fredag morgen. Udover en uformel snak over morgenmad er der fælles information fra afdelingens professor. En gang om måneden er der forskningsgruppemøde - ofte med et relevant indlæg fra en intern eller ekstern forsker. Vi er indtil videre to med sygeplejefaglig baggrund, der deltager i møderne. Alle er velkomne, men tidspunktet er ofte problematisk, når man skal forlade klinikken en time. Samtidig er forskningskulturen i sygeplejegruppen under opbygning, og det kan være svært for sygeplejersker at deltage ved ellers "rene" lægefaglige møder. Min deltagelse giver mig et bredt netværk og mulighed for gensidige diskussioner mellem faggrupperne om forskningsrelevante metoder, problematikker, artikler m.m. Jeg har via CSS en mulighed for at trække på kompetencer,

som sygeplejen i Kirurgisk Afdeling endnu ikke besidder. Deltagelse i CSS er desuden en enestående mulighed for at bygge broen mellem CSS og klinikken endnu stærkere og at styrke tværfagligheden i forskning og udvikling. I kraft af min stilling kan jeg frit disponere over min arbejdstid, og har let ved at tilrettelægge deltagelse.

11. I "Teammøde Forskning, Kvalitet & Udvikling" drøftes tiltag i Kirurgisk Afdeling med afdelingsledelsen. Hver deltager får og giver information, der tilsammen giver overblik over aktivitet i Kirurgisk Afdeling. Min deltagelse bunder dels i forskning og dels i klinik, hvor jeg har øje for såvel mono- som tværdisciplinære forskningsmuligheder.
12. Til mødet i Sygeplejefagligt Udviklings- og Forskningsudvalg (SUF) havde jeg (som formand) valgt to punkter til agendaen: 1. Drøftelse og ajourføring af sygeplejedelen til ZSF-mødet senere på dagen. 2. Mulighed for deltagelse på Nordic Conference in Nursing Research i Oslo 2018. Hvem og hvor mange er der økonomi til. På bare 30 minutter må agendaen være koncis. SUF er en meget beslutningsstærk gruppe, og værdien af alles input kan ikke værdsættes højt nok. Også her bidrager jeg med et ben i både forskning og klinik, hvor jeg til stadighed skal have den overordnede strategi in mente.
13. Forberedelse. En abstrakt overskrift i forhold til det store behov for forberedelse, der er til diverse møder og vejledninger. Ofte bliver huller i kalenderen udfyldt med læsning og forberedelse til fremtidige møder, ligesom der bruges et par timer til "hyggelæsning" i løbet af weekenden.
14. Ugens sidste møde er med tværfaglige repræsentanter. Det aktuelle program for den sygeplejefaglige og lægefaglige del af ZSF bliver drøftet. Økonomi og sponsorer samt booking af fly,

hotel m.m. bliver drøftet og ansvar uddelegeret. Planlægning af lokalefordeling på symposiet bliver besluttet. Næste uges arbejde vil starte med udsendelse af invitationer (Early Birds) via mail, sociale medier og hjemmesider.

YDERLIGERE OPGAVER I JOBBET

Der er en mængde andre opgaver tilknyttet ansættelsen. Blandt andet deltager jeg i udgivelse af den kliniske forskningsenheds nyhedsbrev med nyheder om forskning og udvikling i Kirurgisk Afdeling – både fra læge- og MVU-gruppen. Nyhedsbrevet udkommer en gang i kvartalet og informerer om "Siden sidst", "Vigtige datoer", nye projekter, nyansatte i forhold til forskningen samt nye publikationer. Nyhedsbrevet sendes ud til alle i afdelingen.

Journal club startede i marts 2018 og afholdes en gang om måneden. Jeg faciliterer, finder og udsender materiale til hvert møde. Deltagelse i journal club er for alle interesserede fra MVU –gruppen. Møderne er planlagt umiddelbart efter endt dagvagt, og deltagelse er i den enkeltes egen tid. Der vil blive afholdt 6 møder, hvorefter vi evaluerer.

Jeg er desuden vejleder af studerende på kandidatstudiet ved SDU samt ph.d.-studerende ved Københavns Universitet. Det er både spændende og lærerigt at læse opgaver/specialer/artikler, der giver indblik i en anden klinisk hverdag. Samtidig er det interessant, at uanset tema har sygeplejen afgørende betydning for udfaldet af de enkelte projekter.

Jeg underviser og holder foredrag internt og eksternt, i offentlige og private instanser samt på postgraduat-uddannelsen på Professionshøjskolen Metropol.

Der er et ønske om fra både SUH og afdelingen, at sygeplejerskerne videreuddanner sig, og det kan opleves at være svært at vælge en videreuddannelse. Før det endelige valg opfordrer jeg sygeplejersken til at sætte

sig ind i en oversigt over diplom-, master- og -kandidatuddannelserne; hvad der kræves, og hvordan man bruger sine ny erhvervede kompetencer efter endt forløb. Dokumentet er tilgængeligt for alle og er let at tilgå.

Sammen med CSS planlægges tværfaglige arrangementer med projektpræsentationer. Forskerne præsenterer, alle har adgang, og det er en god anledning til blive opdateret og samtidig finde sparring til konkrete projekter.

MØDET MELLEML FORSKNING OG KLINIK

En ansættelse med kombination af forskning og klinik åbner muligheder for samarbejde. Dette samarbejde kræver en gensidig respekt og forståelse for arbejdsgange og kulturen i afsnittene. Dannelse af en kultur, hvor forskning er en integreret del i sygeplejen og visa versa, tager tid og tålmodighed. Dialog er en vigtig komponent, når forforståelse i en stor personalegruppe sættes i spil med henblik på at ensarte termer brugt i hverdagen. Alle afsnit har deltaget i drøftelse og beslutning om sygeplejefaglig vision og strategi for Kirurgisk Afdeling, hvilket uden tvivl er afgørende for, at jeg har mødt en engageret og interesseret sygeplejegruppe, der gerne vil tage fat i ideer og undren, der er opstået i klinikken.

Kirurgisk Afdelings forsknings- og udviklingsstrategi er løbende fra 2016-2019 og har fokus på grundlæggende kirurgisk sygepleje. Hvorvidt kommende forskning skal være mono- eller tværfaglig, vil tema og metode for projektet afgøre. Forskningsplanen, som jeg har udarbejdet i forbindelse med min ansættelse, lægger op til tværfaglige forskningsprojekter i forhold til egen forskning og monofaglige forskningsprojekter i afsnittene. En monofaglig tilgang vil styrke/højne sygeplejen hos den enkelte, men også i afsnittet og afdelingen. De monofaglige forskningsprojekter vil tage udgangspunkt i (basal) kirurgisk sygepleje og foregå på tværs i afdelingen, hvor det er relevant. Ved forskning på tværs ønskes det at højne forstå-

else for hinandens arbejde/funktioner, styrke samarbejdet og sikre, at patienterne oplever ensartet sygepleje af høj faglig kvalitet, uafhængigt af, hvilket afsnit de befinder sig på.

Kirurgisk Afdelings strategi giver anledning til at benytte "Fundamentals of Care" (FoC), som er en begrebsramme, der netop tager udgangspunkt i de basale behov. Aalborg Universitetshospital og Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje i Aalborg har siden 2016 arbejdet med denne begrebsramme, og vi planlægger at udveksle erfaringer med Aalborg med det formål at arbejde videre med FoC.

Der er masser af ideer og forslag til udviklings- og forskningsprojekter i afsnittene. Eksempelvis reflekterer en sygeplejerske over mødet med den akutte patient, hvor tiden er knap til forberedelse, før patienten skal køres til operation. Sygeplejersken er bekymret over den store mængde af information, der skal gives til patienten før operationen, om hun kan nå at give den, om patienten overhovedet kan kapere den, og hvordan der følges op efter operationen, da patienten ofte modtages på et andet sengeafsnit efter operation. Begrebsrammen FoC kan benyttes til at imødekomme patientens behov, og ved at drøfte problematikken afsnittene imellem vil der opstå en fælles viden om patientens forløb. Den positive tilgang til at udvikle sygeplejen eksisterer på alle niveauer: Fra nyuddannede sygeplejersker over sygeplejersker med efteruddannelse i særlige funktioner til de ledende sygeplejersker. For at sikre succes for hvert projekt, er kunsten at time projekternes start og indhold. Jeg deltager med vejledning og rådgivning i forhold til udarbejdelse af projektbeskrivelse. Hvem, der er initiativtagere til undersøgelsen, er afgørende for min videre deltagelse. Hvis det er sygeplejersker med akademisk videreuddannelse og kompetencer, vil jeg supervisere dem og overlade den daglige styring af processen til dem. Valg af metode, evalueringsform og implementeringsstrategi er oplagte drøftelser i Fagligt Forum. Igangsættelse af

projekter er dybt afhængigt af samarbejdet med afdelingssygeplejerskerne, og en tæt dialog om valg af tema for projektet, valg af deltagere i projektet og varighed for projektet er essentiel for gennemførelse.

Kommunikation med afsnittene i hverdagen kan være en udfordring og særligt med to matrikler. Synlighed i hverdagen kan være at deltage ved tavlemøder, hvor patienterne gennemgås, at spise sin frokost i afsnittene eller at deltage i afsnitsundervisninger. Synlighed er også at vise interesse for det, der fylder aktuelt i klinikken, spørge ind til udvikling, fokusområder og projekter samt fortsat at tilbyde rådgivning, vejledning og sparring. Synlighed og dermed nærvær i både fysisk og mental forstand skal opleves af såvel basissygeplejerske, afdelingssygeplejersken og oversygeplejersken, da jeg i kraft af min stilling skal være med til at bygge bro mellem forskning og klinik.

PERSPEKTIVERING

Der er mange afsnit tilknyttet Kirurgisk Afdeling, hvorfor jeg ved ansættelsesstart planlagde 3-5 dages introduktion i hver afsnit. Besøgene blev brugt til at hilse på kollegerne, fornemme kulturen og at få talt med de udviklings- og forskningsaktive sygeplejersker i de enkelte afsnit. Jeg var ny på SUH og havde derfor oplagt behov for at komme rundt. Notater om aktiviteter og ideer i løbet af min runde i afdelingen har gjort, at jeg har været informeret og efterfølgende har kunne spørge til de enkelte projekter. Hvis man ved ansættelse i en kombinationsstilling kender den pågældende afdeling, vil det forsat være værdifuldt at foretage sådan en runde. Det er med andre øjne, man betragter kolleger og afdelingen, og man får mulighed for at præsentere sig for sine kolleger i den nye kontekst.

Formålet med ansættelse af en forskningssygeplejerske i klinisk praksis bør være drøftet på ledelsesplan, således at formålet med og brugen af forskeren er tydeligt og veldefineret. Særligt vigtigt er det at have definitionen af den kliniske del på plads. Min ansættelse i Kirurgisk Afdeling er,

som jeg beskrev i indledningen, tilrettelagt således at 50 % af forskningen er dedikeret til egen forskning, og de 50 % i klinik er dedikeret til at facilitere ideer, supervisere, undervise, rådgive og sparre med basissygeplejersker, sygeplejespecialister og afdelingssygeplejersker. Deltagelse i konkrete og direkte kliniske funktioner er dermed ikke en del af det kliniske arbejde koblet til stillingen.

Visioner og strategi for Kirurgisk Afdeling er gennemdrøftet, og målet er tydeligt. Asfalten på vejen til målet lægges undertiden, medens vi går og bygger på erfaring, evidens og videnskab. Hvis en afdelingsledelse ikke har reflekteret over indhold i forskerens funktion, og ikke er bevidst om graden af det fremtidige samarbejde, vil en ansættelse hurtigt blot bære præg af at være et "flueben" på en tjekliste uden mål. En veldefineret vision for fremtiden giver styrke og mulighed for at implementere forskningsarbejde i hverdagen. Forsat uddannelse af medarbejdere på diplom, master-, kandidat- og ph.d.-niveau vil bidrage til at styrke sygeplejefaget og den sygeplejefaglige kvalitet og dermed også patientsikkerhed.

Den, der ansættes i en kombinationsstilling mellem forskning og klinik, skal kunne favne bredt menneskeligt, sygeplejefagligt og forskningsmæssigt. Arbejdet betyder mange og forskelligartede bolde i luften, hvor man får brug for alle tre nævnte komponenter. Evnen til både at kunne samarbejde og arbejde selvstændig giver absolut mening i denne type ansættelse. Korttids- og langtidsplanlægning giver overblikket i forhold til større opgaver og deadlines. En præcis 50/50 fordeling af arbejdstiden mellem forskning og klinisk arbejde kan dårligt fungere. I nogle perioder fylder klinikken mest, og i andre perioder er det forskningen. En totalt fyldt kalender kan ikke anbefales. Der dukker altid en opgave op, der lige skal tages hånd om, hvorfor en for presset kalender vil give stress i stedet for ro og overblik. Kalenderen udfylder jeg ret detaljeret, således at jeg kan bruge den, når jeg skal skrive status for det forgange år. Jeg har behov for en ganske stram planlægning, hvor deadlines tydeligt fremgår. På den

måde kan jeg fokusere på et aktuelt stykke arbejde, uden at lade mig forstyrre af alle de andre ting, der venter. Overblikket giver mig også ro, når jeg har fri, da jeg ved, at der er styr på arbejdsopgaverne.

Jeg er overbevist om, at fremtiden for evidensbaseret og forskningsbaseret sygepleje ligger i kombinationsstillinger. Dels som en ressource og dels som bindeled i et tæt samarbejde mellem klinik og forskning.

Et tæt samarbejde mellem forsknings- og udviklingsmedarbejdere, ledelse, kolleger og patienter er nødvendig, når projekter skal opnå succes og gennemføres i en travl hverdag. En kombinationsstilling i klinisk praksis, som i Kirurgisk Afdeling, åbner mulighed for forskning med og i klinikken – der hvor ideer fødes, viden genereres og fremtid skabes.

KÆRT BARN HAR MANGE NAVNE OG FORSKELLIGE FUNKTIONER



Malene Beck, sygeplejerske, cand.cur, ph.d., adjunkt

Min kliniske baggrund består af min uddannelse som sygeplejerske. Her arbejdede jeg primært med for tidligt fødte børn, først på Rigshospitalet og siden på Hvidovre Hospital. På Rigshospitalet var jeg en del af et team, hvor vi plejede og behandlede børn født i uge 23-27. For også at opnå bekendtskab med mere stabile forløb, med fokus på familiedannelsen og barnets trivsel, arbejdede jeg også et par år på Hvidovre Neonatal-afdeling. Erfaringerne fra neonatal-afdelingen er nogle, jeg ofte trækker på, og som jeg tænker tilbage på med stor ydmyghed og glæde.

Min akademiske baggrund beror på min kandidat i sygepleje (cand.cur.) og min ph.d.-grad, som jeg fik tildelt i 2017. Igennem mine uddannelser har jeg altid været optaget af menneskers måder at være i verden på under sygdom. Jeg har været særligt optaget af, hvordan mennesker oplever at være tilstede i rum, og hvordan æstetiske elementer som for eksempel 'ro' har betydning for deres oplevelse af velvære.

I mit tidligere arbejde som neonatal-sygeplejerske var det en naturlig del af sygeplejen at medtænke rolige omgivelser til de for tidligt fødte børn og deres forældre. Denne tankegang kan i høj grad overføres til mange af de patienter, jeg i dag møder på Neurologisk Afdeling. Mennesker, der lider af neurologisk sygdom, rammes oftest på flere niveauer. Fysiologisk har neurologiske diagnoser barske konsekvenser. Dertil kommer, at mange neurologiske patienter kan have svært ved at koncentrere sig, de trækker sig fra sociale sammenhænge, og forskning viser, at mange mennesker rammes eksistentielt, når de lider af neurologisk sygdom. Sygeplejen til disse mennesker er derfor nuanceret, specialiseret og bred, hvilket i min optik giver de bedste muligheder for at bruge alle facetterne af sygeplejens kerneområder. Samtidig understøttes den grundlæggende sygepleje, der i mange neurologiske sammenhænge er helt afgørende for patienterne.

INTRODUKTION

Da jeg i sommeren 2017 blev færdig med min ph.d., *Hospital Meals: An asylum for people in a vulnerable situation* (Beck, 2017), havde jeg mulighed for at indgå i et stillingsfællesskab som klinisk sygeplejespecialist/adjunkt mellem Neurologisk Afdeling, SUH, Region Sjælland & Sektion for Sygepleje, Aarhus Universitet, Campus Emdrup. Dette var en mulighed for at kombinere klinisk praksis med det universitære miljø. Følgende kapitel vil beskrive nogle af de erfaringer, jeg har haft med arbejdet i den kliniske funktion. Da stillingen er en ny funktion for undertegnede og mine ledere, har jeg valgt primært at fremstille mine erfaringer som forsker i Region Sjælland, hvor jeg startede i tilbage i 2012. Disse erfaringer viser dele af den kontekst, jeg har været del af, og belyser hvilke elementer, der har været betydningsfulde for den stilling, jeg sidder i i dag.

STILLINGSFÆLLESSKAB – FÆLLES OM HVAD?

At indgå i et stillingsfællesskab mellem klinisk praksis og universitetet betyder i mit tilfælde, at jeg har opgaver inden for hovedområderne **undervisning, vejledning, forskning og formidling**. Disse opgaver er fordelt på to matrikler. På universitetet er jeg ansat til at varetage forskningsbaseret undervisning og vejledning i universitært regi på alle niveauer - master/kandidat- til ph.d.-niveau. I kliniske sammenhænge er formålet med undervisningen at medvirke til at fremme brugen af forskningsbaseret viden i klinisk praksis og at bidrage til udvikling af personalets udviklings- og forskningsmæssige kompetencer gennem faglig og metodemæssig og vejledning.

Undervisningen og vejledningen i klinikken er selvsagt anderledes end den, jeg giver på universitetet. Berøringsfladen involverer både sosu-assistenten, sygeplejestuderende, sygeplejersker, kliniske vejledere og/eller afdelingssygeplejersker. Det betyder, at det ofte kan være nødvendigt at gøre sig nogle pædagogiske overvejelser i forbindelse med undervisningsforløb, som afstemmer lokale vilkår, rammer og forventninger til indhol-

det (Illeris, 1999). Eksempelvis er det væsentlig at vælge et lokale passende til formålet, således at fordybelse under en journal club er mulig. Ligeledes kan afbrydelse minimeres, hvis undervisningen rykkes ud af afdelingen. De pædagogiske overvejelser gøres løbende og sammen med deltagerne for at opnå den bedste motivation. I kliniske sammenhænge er min undervisning og vejledning ofte nødt til at være fleksibel i tid og sted. Det skyldes, at hverdagslivet på en hospitalsafdeling kan ændre sig fra dag til dag (nogle gang minut fra minut), og at min tilgængelighed for sygeplejerskerne derfor må følge efter. Personalets forventninger til vejledning er forskellige. Nogle personer har behov for hjælp til at udarbejde faglige artikler, abstrakts eller støtte til master- og/eller kandidatopgaver. Fælles for alle opgaverne er min faciliterende rolle i dokumentationen af sygeplejen. Et eksempel på det er en af afdelingens kliniske sygeplejespecialister, der har færdiggjort sit masterprojekt. Her er min rolle at hjælpe hende i gang med at dokumentere sit afgangprojekt i en artikel, såvel som at hjælpe hende med at skrive abstrakts på baggrund af sine resultater, således at hun kan formidle dem ved relevante konferencer. I de konkrete tilfælde har det betydet, at den kliniske sygeplejespecialist er i gang med en videnskabelig artikel, der afrapporterer hendes resultater. Det betyder også, at hun er tilmeldt både nationale og internationale konferencer, hvor hendes abstracts er optaget, og hvor hun skal holde mundtligt oplæg.

Andre sygeplejersker er interesseret i inspiration i forhold til et fagligt input (eksempelvis til etablering af en temadag) eller hjælp til at formulere en skrivelse omhandlende et fagligt emne til andre netværksgrupper, fora eller kollegaer. Eksempelvis blev jeg spurgt af den ernæringsansvarlige sosu-assistent, om jeg kunne hjælpe hende med at formulere en fagligt funderet tekst om betydningen af selv at kunne vælge sin aftensmad til afdelingens nyhedsbrev. Hun ønskede at starte en faglig debat om kulturen for serveringen af særligt aftensmåltidet på afdelingen. I vejlederfunktionen i klinikken er der også indlejret en rollemodel. Det betyder, at

jeg ofte er i kontakt med sygeplejersker, der ønsker at vide mere om efter/videregående uddannelser eller vil orientere sig i forhold til, hvordan de kan dygtiggøre sig inden for et bestemt interesseområde.

Som forsker har jeg været optaget af, at min forskning var forankret i klinikken. Det skyldes flere årsager. Baseret på egne praksiserfaringer som sygeplejerske, oplevede jeg, at der var mange områder i klinisk praksis, som ikke blev adresseret i traditionelle forskningsprojekter, men som havde stor værdi for patienterne i deres daglige liv på hospitalet. Det betyder således også, at hvis forskning skal være forankret i klinikken, skal patienternes ønsker, behov eller oplevelser inddrages (Graubæk, 2010). Jeg vidste også fra litteraturen, at klinisk praksis kan være vanskelig at ændre, hvorfor det er helt afgørende at involvere nøglepersoner i projektets begyndelse, hvis man vil ændre traditionel praksis (Richards, 2010). I mit ph.d.-studie beskæftigede jeg mig med fænomenet 'ro' og undersøgte, hvordan mennesker ramt af neurologiske lidelser oplever at få madro under deres måltider på hospital. Her afprøvede jeg også en intervention i klinisk praksis, som forsøgte at ændre de traditionelle omgivelser på afdelingen. Studiet var afhængig af det kliniske personales åbenhed for at ændre rutiner, og projektet inddrog derfor flere nøglepersoner fra plejegruppen i udarbejdelsen af interventionen i klinisk praksis. Fra projektets start var det en præmis at involvere det kliniske personale. Eksempelvis blev det prioriteret, at afdelingens ernæringsansvarlige sygeplejerske blev inviteret med på et studiebesøg i udlandet for at få kendskab til projektets internationale inspirationskilde, og for at kunne indgå som faglig sparringspartner under udarbejdelsen af interventionen. Derudover blev der sammensat en arbejdsgruppe bestående af plejepersonaler, der systematisk arbejder med emnerne: måltidet, æstetik og sygepleje.

Ph.d.-projektet dannede basis for videreudvikling af nye projekter, hvor jeg fortsat er optaget af betydning af 'ro' for syge mennesker, men i lige

så høj grad undersøger betydningen af 'rum' for patienter indlagt på hospital. Formidlingen af forskningsresultater sker henholdsvis til de studerende samt til sygeplejerskerne og i lokale, nationale og internationale medier og fora. Et konkret eksempel på dette er produktionen af YouTube-videoen 'Madro – et ph.d.-projekt på Roskilde Sygehus', der formidler design og resultater fra et tidligere sygeplejefagligt ph.d.-projekt på afdelingen (www.youtube.com/madro.dk).

Som det fremgår af ovenstående, er opgaverne mangfoldige og arbejdsdagene ikke ens. Derfor er tålmodighed en vigtig del af mit arbejdsliv, da resultaterne af diverse arbejdsopgaver ikke kan ses eller mærkes med det samme. At være tålmodig har i mit tilfælde betydet, at jeg har skulle lære at 'tøjle' mit engagement, når jeg oplever, at fagligt orienterede projekter befinder sig i ventetid, bliver afbrudt, eller der opstår andre udfordringer gennem længere tid. Eksempelvis betød indførelsen af et nyt IT-system, Sundhedsplatformen, at nogle af de projekter, jeg var optaget af, måtte udskydes, omdirigeres eller blive mere fleksible. At have tålmod i en sådan situation er en dyd og behøver ikke at betyde, at projekter ikke gennemføres. Imidlertid kan tålmodigheden med det langsomme give tid til eftertanke og refleksion med formålet.

Livet i klinisk praksis er foranderligt og hurtigt omskifteligt. Fælles for mine funktioner i både klinik og i det universitære miljø er dog en ambition om at styrke mit fag – sygeplejen – og motivere til et patientnært miljø. Det er der behov for, og argumenterne er mange. Politisk er det i Region Sjælland besluttet, at 'Patienten er alt', hvorfor regionens visioner og strategier baserer sig på en forståelse af, at patienternes perspektiv kan inddrages, når linjerne for pleje og behandling lægges. Dernæst ved vi fra forskning, at patientinddragelse er nødvendigt for at imødekomme mennesker hverdagsliv med sygdom (Graubæk, 2010). Det giver så at sige ikke mening blot at fokusere på de kvantitative og målbare værdier, hvis vi ønsker at forstå, hvordan mennesker lever med sygdom – også når de er indlagt på hospital (Andreasen, 2006 a&b). Derfor må vi inddrage og

gennemføre studier, der undersøger patienternes oplevelser, for at blive klogere på, hvordan vi kan yde den bedst mulige sygepleje. Den danske filosof K.E. Løgstrup fremhæver insisterende i sit livslange filosofiske forfatterskab, at der mellem mennesker eksisterer en etisk fordring om at blive taget vare om. Med andre ord betyder det, at alle mennesker holder et lille stykke af andres liv i deres hænder, hvilket fordrer, at vi tager vare om hinanden på forsvarlig vis (Løgstrup, 1983). Med Løgstrup kan vi argumentere for, at hvis vi som sygeplejersker skal tage vare om vores patienters liv, betyder det, at vi skal mobilisere patientnære miljøer og omgivelser, der bygger på patienternes egne ønsker og behov, hvor de føler sig taget varsomt af under sygdom.

I mit stillingsfælleskab er det muligt at bygge bro imellem universitet og klinik og at fremme samarbejdet om forskning i sygeplejen. Det indbefatter også andre fordele. Fællesskabet kan styrke arbejdet med kliniske problemstillinger samt de metodiske og teoretiske kompetencer i kliniske sammenhænge. Jeg har dermed en base i klinikken, der gør det muligt at støtte sygeplejersker og deres ledere, så de tør argumentere for og prioriterer initiativer i dagligdagen, der undersøger, afprøver, udvikler og evaluerer betydningen af grundlæggende sygepleje for patienterne. Det er essentielt at bidrage til den kliniske hverdag med andre perspektiver af sygdom end blot den diagnostiske. I den forbindelse er det relevant at sætte fokus på patientperspektivet, således at sygeplejersker i kliniske sammenhænge, såvel som i universitære og forskningsrelaterede sammenhænge, kan bidrage til, at vi tager patienternes stemme alvorligt, og lader deres erfaringer guide os i fremtidens udviklings- og forskningstemaer.

AT VÆRE EN DEL AF TO FORSKELLIGE VERDNER

I kraft af mit stillingsfælleskab har jeg to forskellige arbejdspladser. Den kontekst jeg bevæger mig i, er derfor ofte mangfoldig, og aktørerne består af alt fra sosu-elever til professorer. Helt konkret betyder stillingsfællesskabet, at jeg har to chefer, to kontorer, to skriveborde, to computere,

to mailkonti, to kaffemaskiner og et hav af kolleger. Udover det universitære miljø ved Sektion for Sygepleje, Aarhus Universitet, der består af adjunkter, lektorer og professorer, indgår jeg i de kliniske sammenhænge i en større forskningsenhed på afdelingen. Enheden er ledet af en professor og består af seniorforskere, ph.d.-studerende, projektsygeplejersker og specialestuderende. Jeg refererer til min oversygeplejerske, deltager i afsnitsledelsernes ugentlige ledermøder, og har daglige drøftelser med afdelingens professor. Neurologisk afdeling består af to afsnit og et stort ambulatorie. For at samle nøglepersoner på afdelingen har jeg etableret et SUF-udvalg (Sygeplejefagligt Udviklings- og Forskningsudvalg). Formålet med dette udvalg er at have en fælles platform, hvor udvikling og forskningstiltag kan drøftes. Udover de lokale forhold, deltager jeg i Netværk for forskere med mellemlange videregående uddannelse (NUUF). Her har vi fokus på kapacitetsopbygning og netværksdannelse på tværs af afdelinger.

OM AT HAVE TÅLMODIGHED TIL AT FINDE SIN IDENTITET OG FÅ FODEN TIL AT PASSE I DEN RETTE SKO

At blive ansat som en af de første ph.d.-studerende i afdelingen betød, at jeg til ansættelsessamtalen sagde 'ja tak' til en rejse. En rejse, der bød på en forskeruddannelse, men også en dannelsesrejse ind i et miljø, hvor det krævede tålmodighed med at udvikle den rette identitet, der passede netop til min profil. Følgende afsnit forsøger at skildre nogle af de betydningsfulde temaer, der har spillet en rolle i mit arbejde i afdelingen.

MIN PERSONLIGE DANNESESPROCES

Et overordnet tema i mine erfaringer er den dannelsesproces, jeg har gennemgået i forbindelse med mit ansættelsesforløb som ph.d.-studerende. Jeg blev ansat som en af de første ph.d.-studerende med en MVU-baggrund på Roskilde Sygehus. Derudover var det for afdelingen også nyt at ansætte en sygeplejerske med en kandidatuddannelse. Opstarten som ph.d.-studerende betød, at jeg blev introduceret til et nyt speciale, nye

kollegaer, nye ledere og en ny organisation. I min situation var der ingen garantier.

Jeg arbejdede på afdelingen som sygeplejerske, alt imens jeg udarbejdede min protokol. Dette var en vigtig prioritering. Udover at jeg fik kendskab til det neurologiske speciale og kunne starte dataindsamling, blev det kliniske arbejde i kombination med protokoludarbejdelse, betydningsfuldt for min relation til mine kommende kolleger i klinisk praksis. Sygeplejerskerne lærte mig at kende, og jeg blev dagligt spurgt om mine tanker om det kommende forskningsprojekt. Men det vigtigste var, at jeg kunne vise, at jeg også kunne være sygeplejerske, der kunne 'tage fra' i kliniske sammenhænge. I mit tilfælde havde det, at jeg kunne agere som sygeplejerske, ikke noget at gøre med mine evner som forsker. Mine forskningskompetencer havde jeg uddannet mig til på universitet. At jeg også var uddannet til at kunne lægge en omsorgsfuld hånd på en patients skulder, give et sengebåd eller assistere en patient med at spise, hjalp mig ikke, når teoretiske inputs eller argumentationskæder skulle beskrives. Imidlertid skal man ikke underkende evnerne og lysten til at være sygeplejerske som et element, der kan spille en bærende rolle for nogle forskningsprojekter. Min forskning var båret af, at personalet ændrede attitude og rutiner, og min rolle i den proces var derfor vigtig. At jeg havde været et par 'varme hænder', imens jeg skrev min protokol, havde betydning for min forskning, dels at jeg kunne tilpasse forskningsinterventionen til de lokale forhold, men også at jeg kom i øjenhøjde med mine sygeplejekollegaer og kunne drøfte forskningsideer og få indblik i de problemstillinger, de dagligt stod i. Med andre ord: At jeg havde deltaget i klinikken blev en facilitator for en relation, der blev bærende i mine muligheder for at ændre praksis med mit projekt.

Selvfølgelig oplevede jeg prøvelser i min tid som ph.d.-studerende. Dette anser jeg som helt naturligt, når man som jeg kommer ind i en klinik, introducerer en intervention og derved opfordrer folk til at ændre adfærd.

Jeg imødekom modstanden mod forandringen ved at foretage nogle pædagogiske tiltag i mit projekt, hvor jeg involverede personalet, således at de kunne få ejerskab. Disse overvejelser kan bl.a. læses i Beck et al. (2017) og uddybes i min afhandling (Beck, 2017). At det lykkedes kom til udtryk i et fokusgruppeinterview med sygeplejerskerne om deres oplevelse af at være involveret i projektet, her sagde en sygeplejerske: *'Man har en bedre fornemmelse, en bedre følelse af at give patienterne maden nu. Altså jeg synes, før i tiden da kunne man sådan være lidt pinlig over at give noget af de måltider, der var. Og nu synes jeg ... altså jeg tror også, at patienterne kan mærke på os, at vi måske præsenterer maden på en anden måde end ... Ja, motivationen er en anden. Nu skal du se, hvad jeg har her i stedet for: nå værsgo, her er frokost'* (Beck, Martinsen, Birkelund & Poulsen, 2017).

RAMMERNES BETYDNING

I kraft af at Roskilde Sygehus er blevet til Sjællands Universitetshospital, har der været et fokus på forskning og på kapacitetsopbygning inden for MVU-området. Bl.a. er gruppen af forskere vokset. Det har betydet, at fremfor at være få, er vi nu mange, der tilsammen danner netværk, flytter dagsordner og sætter fælles fokus. Dette har selvfølgelig betydning for, hvordan vi tænker forskning på Sjællands Universitetshospital og spiller også en rolle i min historie. Min daglige funktion i klinisk praksis kan synes som en hybrid. En hybrid kan forstås som en blanding eller en krydsning mellem to individer, forskellige arter, racer eller varianter (www.sproget.dk). Et eksempel på hvordan min stilling antager hybridform, kan eksemplificeres i følgende:

Jeg møder ind på kontoret og færdiggør gårsdagens sidste skriv på en artikel, går derefter til morgenmøde med sygeplejerskerne for at orientere mig, hjælper en sygeplejerske med at formulere en skrivelse til ernæringskoordinatorerne om en ny måltidsinstruks, møder en studerende på vejen og spørger hende, hvordan hun har det på afdelingen, og hvad hun er optaget af sygeplejefagligt i øjeblikket, går til ledermøde med afsnits-

sygeplejerskerne, når til frokost og taler med den sygeplejefaglige ph.d.-studerende om nogle teoretiske valgmuligheder, og slutteligt går jeg til møde i afdelingens KFE (Klinisk forskningsenhed) med afdelingens lægelige seniorforskere, hvor vi diskuterer afdelingens forskningsstrategi.

I kraft af mine kliniske funktioner opererer jeg ofte i flere kontekster ad gangen og med mange aktører, der har forskellige forventninger. På den ene side er jeg en del af en sygeplejefaglig praksis, hvor det at evidensbasere, teoretisere og evaluere de daglige sygepleje handlinger fortsat træder sine spæde skridt i arbejdet med at blive et Universitetshospital. På den anden side er jeg et aktivt medlem af afdelingens forskningsenhed, hvor jeg sammen med mine forskningsaktive kollegaer udformer forskningsstrategier, publiceringsplaner og andre events i forbindelse med etableringen af afdelingens tværfaglige forskningsenhed. Det betyder, at jeg i mit arbejdsliv bevæger mig i et kontinuum mellem at opnå viden om basis-sygeplejerskernes dagligdag, til at formulere og vurdere, hvordan denne viden kan omsættes i forsknings- og udviklingstiltag på afdelingen rettet mod en sygeplejefaglig evidensbaseret praksis.

EN EVENTYRLIG AFSLUTNING

Opsummerende kan mine erfaringer sammenlignes med moralen i fortællingen om Askepot. Fortællingen om Askepot repræsenterer en analogi, der kan belyse betydningsfulde temaer, som spiller en rolle, når man videreuddanner sig som sygeplejerske, og bliver (ud)dannet akademiker med funktioner i klinisk praksis. Fortællingens morale er sammenlignelig med mine oplevelser og kan opsummeres med, at det er væsentligt at have tålmodighed til at finde sin identitet og få foden til at passe i den rette sko. Netop når man som humanistisk forsker bevæger sig ind i et sundhedsvæsen, hvor den traditionelle forskningstradition bygger på objektive værdier, kræver det tålmodighed at finde sin forskeridentitet og de 'sko', der synes at passe. Magien for mig ligger nu i konstrueringen af mit fremtidige professionelle liv, hvor jeg har fået lov til at være brobygger mellem teori og klinik. Her har jeg muligheden for at åbne op for nogle

forskningsfelter, der ikke før har været på dagsordenen. Dette kan betragtes som en ny verden, der bare venter på at blive indtaget, men som kræver tålmodighed, hvis jeg ikke vil være alene på rejsen.

Netværket blandt de forskningsaktive MVU-ansatte på Sjællands Universitetshospital, såvel som i Region Sjælland, har haft stor betydning for min mulighed for at være kreativ og gennemføre projekter med sygeplejekerneværdier for øje. I netværket kan monofaglige såvel som tværfaglige tanker vendes i et fortroligt forum, og forskningsstrategier kan drøftes. Jeg anvender netværket som inspirationskilde til at genskabe eller kickstarte stemninger, tanker eller refleksioner relateret til faglige problemstillinger, som jeg ønsker at arbejde med i klinisk praksis. Eksempelvis blev projekt 'EFTERKLANG' - en journal club baseret på sygeplejerskers egne fortællinger, etableret som et samarbejde mellem børneafdelingen og neurologisk afdeling, ved at postdoc og forskningsleder Susanne Hviid-Klausen og jeg undersøgte, hvordan den evidensbaserede praksis kan gøres vedkommende og interessant for sygeplejersker. Dette arbejde havde jeg kunne gennemføre alene, men med fælles indsats har vi fået sammensat et kvalificeret bud på en bæredygtig journal club, der er baseret på sygeplejefortællinger på tværs af afdelinger og patientkategorier.

Fremtiden indeholder mange muligheder. En væsentlig prioritet for mit vedkommende i det nuværende stillingsfælleskab er fortsat at bidrage med forskning, der inddrager patientperspektivet på fænomener, som er betydningsfulde for mennesker, der lider af neurologisk sygdom. Eksempelvis er jeg i gang med at undersøge, hvad 'ro' betyder for mennesker med neurologisk sygdom under hospitalsindlæggelse, idet litteraturen peger på, at sådanne opmærksomhedspunkter i sygeplejen har stor betydning for menneskers oplevelse af tryk under sygdom. Jeg vil prioritere at få dokumenteret nogle af de aspekter, der er meningsfulde for patienterne på neurologisk afdeling, samt at understøtte det med forskning, der undersøger den sygeplejefaglige praksis.

Det ligger mig på sinde at bidrage til at skabe et positiv og spirende forskningsmiljø på afdelingen, såvel som i regionen, idet der gerne må komme flere legekammerater til. Mangfoldighed kan være en styrke – også i forskningssammenhænge. Der er et stort potentiale i at skabe fællesskab i forskningsenheder, fordi fælles mål med forskning er bæredygtige og langtidsholdbare (Rasmussen, 2014). Det betyder også, at der i min funktion er indlejret et kontinuerligt arbejde med at repræsentere sygeplejefaglige inputs i det fællesskab, vi er ved at skabe i forskningsenheden på neurologisk afdeling. Her er jeg afhængig af at være tæt på sygeplejefaglige nøglepersoner i klinisk praksis, således at der er konsensus mellem praksis og forskning. Derfor hviler fremtidens mange bolde på et samarbejde og en forståelse for, hvordan vi med vores praksis både kan være visionære, og samtidig kan imødekomme patienter og pårørendes ønsker og behov.

Tak til Charlotte Simony for inspiration og samtaler om min start i Region Sjælland og til Bibi Hølge-Hazelton og Thora Thomsen for mentorskab – også under udarbejdelsen af dette kapitel.

REFERENCER

- Andreasen, T. E. (2006a). Fænomenologi og videnskab. del 1. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning*, 22(2), 28-36.
- Andreasen, T. E. (2006b). Fænomenologi og videnskab. del 2. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning*, 22(3), 17-24.
- Beck, M., (2017). Hospital Meals: An asylum for patients in a vulnerable situation. *Afhandling*. Institut for Folkesundhed, Sektion for Sygepleje, Aarhus Universitet.
- Beck, M., Martinsen, B., Birkelund, R. & Poulsen, I. (2017). Raizing a beautiful swan. a phenomeno-logical-hermeneutic interpretation of health professionals' experiences of participating in a mealtime intervention inspired by Protected Mealtimes. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1).
- Graubæk, A. (2010) *Patientologi. At være patient*. Gads forlag. København
- Illeris, K. (1999). Læring: aktuel læringsteori i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx. Roskilde Universitetsforlag. Roskilde.
- Løgstrup, K. (1997). *The Ethical Demand*, University of Notre Dame Press, Indiana.
- Richards, D. & Hallberg, I. (2015) *Complex interventions in Health. An overview of research methods*. Routledge. UK.
- Rasmussen, B, S. (2014). *Potentialeledelse: om strategisk ledelse i fagprofessionelle organisationer*. Barlebo. København.

EN FORSKER MED BASISOPGAVER – GIVER DET MENING?



Mette G Backhausen, jordemoder, cand. scient. san., ph.d.

Jeg blev færdig som jordemoder ved Jordmoderskolen i Ålborg i april 2000. Inden jeg afleverede min afsluttende opgave, vidste jeg, at jeg ikke var færdig med at uddanne mig. Herefter arbejdede jeg som basisjordemoder på 4 forskellige sygehuse, inden jeg i februar 2011 påbegyndte den 2 ½ årige Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse på Københavns Universitet. Det var under denne uddannelse, at jeg kom i kontakt med en seniorforsker ved Rigshospitalet, som jeg indledte et samarbejde med, og som sidenhen tilbød mig en ansættelse som ph.d.-studerende. I maj 2017 afleverede jeg min afhandling og forsvarede den i oktober samme år. I marts 2017 blev jeg ansat som Forsknings- og udviklingsjordemoder med klinisk basisarbejde ved Gynækologisk/Obstetrisk afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde.

Dette kapitel er baseret på min forholdsvis korte erfaring med arbejdet som forsker med en klinisk funktion. Jeg har i skrivende stund været ansat i min nuværende stilling i 10 måneder. I den periode har jeg også færdiggjort og forsvaret min afhandling, hvilket har fyldt en del af arbejdet. Derudover har implementeringen af Sundhedsplatformen betydet færre forsknings- og udviklingsdage i skemaet. Stillingen er således aktuelt sammensat af forskellige opgaver af kortere eller længere varighed, og det er et gensidigt ønske, at den på sigt bliver en post doc-stilling.

GYNÆKOLOGISK/OBSTETRISK AFDELING

Under de to beslægtede specialer (gynækologi og obstetrik), som udgør afdelingen, er der i alt 3 sengeafsnit (gynækologisk, obstetrisk, samt et barselsafsnit), 4 ambulatorier (gynækologisk, urologisk, obstetrisk, samt

et ultralydsambulatorie), en fertilitetsklinik, en fødegang og et jordemodercenter. Afdelingsledelsen består af en administrerende overlæge, en chefjordemoder og en oversygeplejerske, og der er i alt ca. 150 ansatte i afdelingen. Som ansat i den obstetriske del refererer jeg direkte til chefjordemoderen. Det administrative personale, herunder afdelingsledelsen, flere sekretærer, ph.d.-studerende, udviklingssygeplejerske samt afdelingens professor, har kontorer ved siden af sygehusets hovedbygning, og jeg er fysisk placeret i jordemodercenteret.

Der er ikke formaliseret nogen overordnet strategi for forskning og udvikling på afdelingsniveau, men man lægger sig op af den regionale strategi. Det er min opfattelse og personlige erfaring, at der hersker en meget stor velvillighed og åbenhed blandt både ledelse og personale for deltagelse i projekter. Afdelingen har derfor også mange forskelligartede igangværende udviklings- og forskningsprojekter. Der findes flere forskellige mødeaktiviteter, hvori projekterne diskuteres og formidles. Dels er der møde i den kliniske forskningsenhed med deltagelse af afdelingsledelsen samt forskningsaktive medarbejdere, herunder afdelingens professor og jeg. Dels er der tavlemøder, som primært er til formidling af udviklingsprojekter og fokusområder i de forskellige afsnit samt ugentlige morgenmøder af længere varighed til lidt af det hele.

Som nævnt er der mange igangværende projekter i afdelingen. Et godt eksempel på et udviklingsprojekt, der foregår i afdelingen lige nu, er POV (Para 0 Vaginal), som er et projekt, der tager afsæt i en videnskabelig bevist strategi om, at 9 tiltag styrker den vaginale fødsel hos førstegangsfødende og dermed nedsætter den akutte kejsersnitsfrekvens til gavn for både mor og barn. De foreløbige resultater ser meget lovende ud. Et andet eksempel på et udviklingsprojekt tager afsæt i LUP 2016 (Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser), hvor afdelingen lå lavere i tilfredshed end landsgennemsnittet omkring information om den komplicerede fødsel, samt amning. For at forbedre tilfredsheden blev fødselsforberedelsen revideret, og jeg fungerede som koordinerende person for

denne proces. I et samarbejde med afdelingens certificerede amme-rådgivere, blev der endvidere udarbejdet en plakat med information om de grundlæggende principper omkring amning til brug i hele afdelingen. WARM-projektet (Wellbeing And Resilience: Mechanisms of transmission of health) er et eksempel på et af de igangværende forskningsprojekter, som udgår fra Københavns Universitet, og hvis formål er at undersøge den tidlige udvikling hos børn af mødre med psykisk sygdom.

NOGET OM MOTIVATION OG ET ØNSKE OM AT FLYTTE NOGET

Det betyder meget for min arbejdsglæde og motivation at være i en afdeling, hvor forskning og udvikling er en naturlig del af arbejdet. Jeg motiveres personligt ved at lære nyt og arbejdsmæssigt ved at tage del i at implementere nye tiltag, altså ved at flytte noget, til gavn for både patienter og personale.

Jordemoderfaget har stolte traditioner, som rækker flere hundrede år tilbage i tiden. Meget har ændret sig over disse år, men der er også meget, som er præcis, som det altid har været; at graviditet, fødsel og barsel betragtes som en naturlig proces. Det motiverer mig, at skulle forske i at kombinere ny viden og teknologi med det gamle håndværk. Jeg er naturligvis også blevet drevet af, at jordemoderfaget i disse år er i en rivende udvikling, hvad angår akademisering af faget. I 2013 fik vi den første professor i jordemodervidenskab, og året efter kom kandidatuddannelsen i jordemodervidenskab. Jordemødre videreuddanner sig som aldrig før. Det er et emne der jævnligt bliver talt om blandt kollegaer og skrevet meget om det i vores fagblad og på de sociale medier. Senest har et nationalt netværk for forskningsaktive jordemødre, som jeg også er del af, set dagens lys. Der er omkring 30 deltagere, hvilket er en betragtelig andel ud af de ca. 2700 aktive jordemødre, der findes på landsplan.

Jeg mener, at det tværfaglige samarbejde er vigtigt, hvis man vil "flytte noget", og samtidig motiverer det mig rigtig meget at samarbejde med andre faggrupper. Det har jeg erfaring med dels fra årene i klinikken som

både basisjordemoder, og fra de 4 år jeg fungerede som jordemoder med speciale i diabetes samt ved at indgå i projektarbejde med studerende fra andre faggrupper i forbindelse med kandidatstudiet. Aktuelt er jeg med i flere forskningsnetværk samt en interessentgruppe på tværs af faggrupper. Det jeg oplever, som er fælles for mødet med andre faggrupper er, at det altid er givtigt og lærerigt, og så inspirerer det mig enormt meget at arbejde sammen med andre, som tænker anderledes eller har en anden indfaldsvinkel end jeg. Vi havde en sygeplejerskeprofessor på kandidatuddannelsen, som altid sagde: "Lav nu jeres projekter sammen i grupper, de bliver meget bedre af det". Det tror jeg på også gør sig gældende i en klinisk hverdag på et sygehus.

Et godt eksempel på et oplagt tværfagligt samarbejde er samarbejdet mellem jordemødre og fødselslæger, en faggruppe som har en stærk naturvidenskabelig akademisk uddannelse og tradition. Vi har de samme mål for vores fælles patientgruppe, men vi er ikke altid enige i, hvordan vi når målet. Fødselslægerne har et fagligt fællesskab, hvor de årligt gennemgår den videnskabelige evidens på udvalgte områder og laver guidelines for den kliniske praksis – guidelines, vi som jordemødre også er underlagt. Gennem de seneste år er jordemødre med en ph.d.-baggrund i et stigende omfang blevet inviteret med til dette arbejde.

EN FORSKER I KLINISK PRAKSIS

Under mit ph.d.-forløb havde jeg mange overvejelser om, hvordan jeg bedst muligt kunne bruge mine nye kompetencer i klinisk praksis. Jeg blev rådet af flere etablerede forskere til at beholde en tæt relation til mit fag og gerne fortsætte med basis jordemoderopgaver. Det var også et klart ønske fra min leder, at jeg skal tage del i de kliniske basisopgaver. For mig giver det rigtig god mening at være tæt på og at tage del i det felt, jeg skal forske/udvikle i, og derfor blev stillingen kombineret af både basisopgaver og forsknings- og udviklingsopgaver.

Den kliniske del af mit arbejde består således i at varetage basis jordemoderopgaver, dels i form af en ugentlig konsultationsdag¹ og dels af en 8-timers vagt på afdelingens svangre afsnit for akutte og komplicerede gravide kvinder, i alt ca. 17 timer. Den anden del består af en kombination af forskningsrelaterede opgaver og udviklingsopgaver. Herunder kan nævnes:

- Revidering og evaluering af undervisende opgaver med inddragelse af brugerne.
- Revidering af brugerinformation.
- Vejledning af ph.d.-studerende.
- Koordinering af interne og eksterne forskningsprojekter, herunder rekruttering.
- Artikelskrivning.
- Fondsansøgninger.
- Deltagelse i diverse forskningsnetværk regionalt, national og internationalt.
- Oplæg til faglige dage, symposiums mv.

SYNLIGHED OG SAMARBEJDE

At være synlig og tage del i klinikken giver mulighed for at lære personalet, nøglepersoner samt arbejdsgange godt at kende. Omvendt giver det ligeledes personalet mulighed for at lære mig at kende og bruge mig som sparring i forbindelse med projekter. Blandt mine kollegaer oplever jeg en stor interesse for de forsknings- og udviklingsprojekter, jeg deltager i, og jeg tror på, at snakken over frokosten og kaffen kan være med til at styrke den vilje og lyst, der allerede er, til at deltage i endnu flere projekter og derved styrke forsknings- og udviklingskulturen i afdelingen.

¹ Alle gravide i Danmark tilbydes 5-6 konsultationer hos en jordemoder. Konsultationernes formål er at opspore risikogravide og henvise dem til relevant undersøgelse, samt at rådgive og vejlede gravide i sund levevis, familiedannelse mm.

Ved at være "på gangen" bliver jeg gjort opmærksom på hvilke emner og problemstillinger, der rører sig i afdelingen, som kan være en nyttig kilde til inspiration for nye forsknings- og udviklingsprojekter. Jeg benytter ofte lejligheden til at lufte nye ideer og tiltag overfor kollegaer for at få en fornemmelse af, om andre end jeg synes, det er en god ide. Derudover giver den tætte kontakt med de gravide, fødende, og barslende kvinder også en fornemmelse af, hvad der kunne være oplagt at undersøge nærmere og muligt at implementere. Sidst giver det en indsigt i dels at finde arbejdsgange, som er brugbare til indhentning af data og dels til selve indhentningen af data.

Med et indgående kendskab til en afdeling og dens brugere bliver man en attraktiv samarbejdspartner for andre, der har brug for patientdata; det kunne være både andre hospitaler og universiteter. Jeg har blandt andet indledt et samarbejde med en jordemoder fra Hillerød Hospital, som har brug for mere data til et forskningsprojekt, end hun selv kan levere fra eget hospital. Endvidere har jeg fået ansvaret for at rekruttere gravide til et forskningsprojekt i samarbejde med Københavns Universitet omkring støtte til psykisk syge gravide kvinder. Universitetet har ikke adgang til de kvinder, de ønsker skal indgå i projektet, og er således afhængige af hjælp fra bl.a. vores afdeling.

Samarbejde er for mig at se et absolut nøgleord, når man taler om forskning og udvikling. Forskning af god kvalitet kræver ofte, at der er flere personer involveret med kompetencer indenfor enten emnet, der forskes i, eller den metode, der anvendes. I forbindelse med udviklingsprojekter er det ligeledes ofte nødvendigt at have flere samarbejdspartnere. Samarbejde med andre, gerne tværfagligt, styrker kvaliteten af projektarbejde og gør gennemførelsen og implementeringen lettere. I en stilling, der indebærer fysisk tilstedeværelse i klinikken, oplever jeg, at det er lettere at finde frem til de personer, som er relevante at samarbejde med.

UDFORDRINGER

Som det fremgår, er der en lang række fordele ved som forsker og udviklingsmedarbejder at være ansat i en klinisk afdeling på et hospital, både med og uden basisopgaver, men der er også nogle udfordringer. Der er ingen tvivl om, at det at have faste vagter giver mindre fleksibilitet i forhold til at kunne deltage i møder, symposier og planlægge sit arbejde. Konkret mener jeg, at det er vigtigt, at der skal sikres flere sammenhængende arbejdsdage mærket til projektarbejde for at sikre den nødvendige tid til eksempelvis udarbejdelse af protokoller, ansøgning om midler samt mulighed for at planlægge møder med samarbejdspartnere. Der skal være en klar aftale mellem medarbejder og ledelse om, hvilket omfang basisopgaverne skal have, og hvornår de skal udføres. Det er min erfaring, at en vis forudsigelighed i vagtskemaet er vigtigt, hvis man skal kunne planlægge og udføre opgaver indenfor en stilling med flere funktioner.

Jeg deltog for et par år siden i et møde, hvis formål var at bygge bro mellem forskere og klinisk praksis. Under en diskussion om hvilke funktioner en forsker kunne varetage i klinikken, udbrød en leder: "Jeg har ikke brug for personale, der ikke kan tømme en skraldespand". Jeg tror, det er et godt billede på den udfordring, det kan være for en leder at skulle ansætte en forsker i en travl afdeling, hvor netop sygdomsdækning, patient-sikkerhed, pakkeforløb og ventelister er en meget stor del af den daglige virkelighed, og det der umiddelbart prioriteres højest. Men selv i et presset sundhedsvæsen skal der være plads til både forskning og udvikling, hvis vi fortsat skal udvikle vores sundhedsvæsen, og det skal vi.

Når der eksempelvis skal dækkes sygdom eller ved ekstraordinær travlhed, er det naturligvis nærliggende at tage alle de tilgængelige medarbejdere i brug. Det er noget, jeg er i tæt dialog med min leder om fra gang til gang, og jeg fornemmer klart, at der tages hensyn til ikke at bruge mig for meget. Med en tæt dialog og klare aftaler om disponering af arbejdsop-

gaver samt krav om fleksibilitet både hos den forskningsaktive medarbejder, men også i afdelingen, er det muligt, at forskere også tager del i basisopgaver.

For mig at se er det et kernepunkt at sikre, at rammerne er i orden for at udtænke, planlægge og udføre projektarbejde, hvis man som afdelingsledelse ønsker forsknings- og udviklingsaktive medarbejdere, som også er en del af den kliniske hverdag.

FREMTIDIGE PERSPEKTIVER

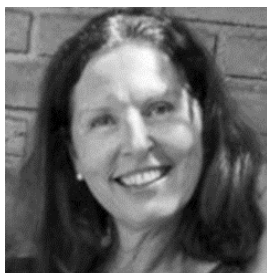
At have en klinisk funktion som forsker kan være mange ting. Det er denne bog et godt eksempel på. Jeg tror, det er vigtigt, at denne mangfoldighed beskrives, således at det bliver synliggjort, hvilke muligheder en medarbejder med en forskeruddannelse rummer. Jeg mener også, at man både som forsknings- og udviklingsaktiv medarbejder, såvel som afdelingsledelse, skal gøre sig klart, hvilken "model" forsker man er, og hvilken der passer bedst ind i den enkelte afdeling for at få det udbytte, man ønsker. Det betyder, at der ved ansættelsens start skal være en grundig forventningsafstemning omkring hvilke opgaver, der forventes løst i afdelingen.

Mine erfaringer er stadig få i denne stilling, så tiden vil vise om den konstellation, jeg arbejder i nu, også holder på lang sigt. Der er flere aspekter, som ledelsen og jeg stadig ikke er nået til at drøfte, men vi er i en løbende dialog om opgaver og prioritering af disse. Klinisk basisarbejde med fødser og akutte gravide kvinder er en her-og-nu-opgave, mens forskning er ekstremt tidskrævende og strækker sig over år fra ide til publicering, og det kan godt nogle gange føles som to poler, der frastøder hinanden. Det er en balance at få opgaverne løst mellem hinanden, men jeg forsker for klinikkens skyld, og på den måde kommer det til at hænge rigtig godt sammen for mig. Mit håb er, at det kan lykkes at få forskning, udvikling og klinisk basisarbejde til at gå hånd i hånd.

Hvis jeg afslutningsvis skal forsøge at besvare det spørgsmål, jeg stillede i titlen på dette kapitel, så vil jeg sige, at for mig som jordemoder, uddannet i det, der må betegnes som et smalt klinisk speciale, giver det mening, at have basisopgaver. Faktisk har det været en meget stor glæde at vende tilbage efter 3 ½ års pause fra det kliniske felt. Jeg oplever basisopgaverne som en berigende del af mit arbejde, der for mig er med til at sætte forsknings- og udviklingsopgaverne i en ramme.

Jeg mener, at det er vigtigt, at sundhedspersonale med en forskeruddannelse tager del i det kliniske arbejde for at bidrage til udviklingen af klinikken, herunder medvirke til at implementere evidensbaseret praksis. Om det er basisopgaver eller andre kliniske funktioner, man varetager, er for mig at se ikke afgørende. Det afgørende er, at balancen mellem de forskellige opgaver er den rette for alle parter.

SYGEPLEJE UD FRA DE BEDSTE BEGRUNDELSER I PÆDIATRISK AFDELING



Susanne Hwiid Klausen, sygeplejerske, cand.scient san, ph.d. og forskningsleder

- | | |
|--------------|---|
| 1983 – 1990: | Sygeplejeassistent, Neonatalafdeling Børnehospitalet på Fuglebakken samt Hvidovre Hospital, Børnekirurgisk afdeling samt Astma/allergiambulatoriet på Rigshospitalet. |
| 1990 – 1993: | Klinisk sygeplejespecialist, Børnehjerteambulatoriet, Rigshospitalet. |
| 1993 – 1997: | Underviser, sygeplejerskeuddannelsen ved Rigshospitalet samt Hille-rød Sygehus. |
| 1997 – 1999: | Projektsygeplejerske, Børneafdelingen Hillerød Sygehus. |
| 1999 – 2005: | Uddannelsesleder, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet. |
| 2005 – 2008: | Sundhedsfaglig kandidatuddannelse Københavns Universitet, Sundhedsvidenskabeligt Fakultet. |
| 2010 – 2015: | Ph.d.-uddannelse Københavns Universitet, Sundhedsvidenskabeligt fakultet. |

Det er gennem årene blevet klart for mig, at der er brug for sygeplejersker, der kan forske og undervise på højt niveau. Implementering af relevant evidensbaseret sygepleje er udfordret af, at personlig erfaring ikke kan stå alene, og at der ikke findes evidens for de fleste sygeplejehandlinger (Rycroft-Malone, 2006). For at kunne tilbyde sygepleje ud fra de bedste begrundelser, er det nødvendigt at forske med og uddanne sygeplejersker i klinisk praksis.

Jeg er børnesygeplejerske med stor interesse for det kliniske arbejde, og jeg har gennemført en forskeruddannelse. Det var en spændende udfordring at gennemføre den sundhedsfaglige kandidatuddannelse, samt ef-

terfølgende ph.d.-uddannelse ved det Sundhedsfaglige Fakultet på Københavns Universitet. Jeg har udført et landsdækkende RCT på Rigshospitalet, Juliane Marie Centret og Hjertecentret, i samarbejde med Copenhagen Trial Unit, der omhandlede fysisk aktivitet hos unge med medfødt hjertesygdom. Tidligere har jeg arbejdet med undervisning og uddannelse - dels som underviser på grunduddannelsen, og dels som uddannelsesleder på Rigshospitalet i Juliane Marie Centret, hvor jeg blandt andet var leder af den 1-årige pædiatriske efteruddannelse for sygeplejersker.

Jeg har udelukkende arbejdet indenfor pædiatrien, og har altid været optaget af, hvorledes sundhedsprofessionelle kan bidrage til, at syge børn kan leve en god barndom - på trods af sygdom. Sygdom i barne- og ungdomsårene rammer efter min mening ekstra hårdt. De aldersrelaterede oplevelser med de jævnaldrende venner kan ikke gentages senere i livet. Der er nogle helt særlige biologiske, psykologiske og sociale forhold forbundet med alle udviklingsfaser, ikke mindst i barnealderen. Og alle disse faser skal gennemleves bedst muligt, også når der er sygdom, for at barnet kan udvikle sig til et harmonisk menneske.

Det er de færreste danske børn, der har behov for længerevarende pleje og behandling på sygehuset. Det skønnes imidlertid, at 7 – 11 % af børn i Danmark lever med særlige sundhedsmæssige udfordringer. Disse børn er i øget risiko for at udvikle en kronisk fysisk, udviklings-, adfærds-, eller følelsesmæssig forstyrrelse (Suris, Michaud & Viner 2004). Nogle af de børn kommer til pleje og behandling på Pædiatrisk Afdeling, SUH, Roskilde, og de kommer med et bredt spektrum af diagnoser.

Det er belastende for hele familien, og deres samlede reaktion kan yderligere påvirke sygdomsforløbet (Teilmann & Boisen, 2013). Børn og unge som patienter adskiller sig fra voksne patienter på flere måder. De er fuldstændig afhængige af deres primære omsorgspersoner, oftest forældrene, i forhold til at varetage deres behov. Et nyligt review fandt, at det har negative konsekvenser for børn, når deres forældre har begrænsede

sundhedskompetencer (Keim-Malpass, Letzkus & Kennedy, 2015). Det kan være, at forældrene ikke bakker op om de sundhedsråd, der gives til barnet. Hvis forældrene ikke sørger for at dække deres barns grundlæggende behov, herunder for opmuntring og pleje, er barnet alt andet lige ringere stillet end det barn, hvor forældrene støtter op om barnet på kompetent vis. Ulighed i sundhed kan i nogle tilfælde spores helt tilbage i barndommen, og kan kædes sammen med en forekomst af øget kronisk sygdom i voksenalderen (Braveman & Barclay, 2009). Barnet rammes dobbelt hårdt og bliver yderligere sårbart, såfremt dets omsorgsgivere ikke har kompetencerne til at hjælpe bedst muligt. Derfor har børn i alle aldre, og samtidig deres forældre, behov for viden om behandling og sundhedsfremme. Og dette sker bedst i en konstruktiv dialog med sundhedsprofessionelle. Skønt børn, unge og deres forældre udtrykker ønske om at blive medinddraget og lyttet til, er der kun begrænset evidens for, at det sker (Feenstra et al., 2014). Samtidig er der begrænset evidens for, hvorledes det bedst gennemføres.

I Region Sjælland er det et ønske at øge alle patienters muligheder for selv at indgå aktivt i behandlingen. Det gælder naturligvis også børn og unge. Det er i tråd med Børnerådet's anbefalinger. I 2017 udgav Børnerådet en rapport over, hvorledes danske børn oplever at leve med sygdom (Børnerådet, 2017). Rapporten er baseret på interview med 53 børn og unge i alderen 5 – 23 år. Op til 3.700 børn i 7. klasse besvarede et spørgeskema om, hvordan det opleves at være i kontakt med det somatiske danske sundhedsvæsen. Det fremgik af undersøgelsen, at børn og unge ikke oplever at få lejlighed til at udtrykke deres synspunkter endsige regelmæssigt at deltage i beslutninger vedrørende sig selv. Og desuden oplevede en femtedel af de adspurgte børn, der havde været indlagt, at blive behandlet imod deres vilje.

Derfor er jeg i mit arbejde som klinisk sygeplejespecialist og postdoc forsker på Pædiatrisk Afdeling, SUH, i Roskilde fokuseret på, hvordan vi kan være med til at udvikle og implementere evidens for, hvorledes børn,

unge og deres familier involveres bedst muligt. Hvordan deres perspektiver på pleje og behandling regelmæssigt inddrages i kliniske beslutninger (Coyne, Hallström & Söderbäck, 2016).

Jeg er ansat i 32 timer om ugen: 16 timer til forskning, med fokus på brugerinddragelse, patient- og pårørendeperspektiver, samt implementering af sygehusets delstrategi "Vores opgave, sammen med patienten". Desuden 16 timer til klinisk arbejde, hvor jeg skal medvirke til at fremme, at kolleger deltager i forsknings- og udviklingsopgaver, så der sikres en professionsnær, praksisrettet forskning og udvikling i sygeplejen. Herudover forventes det, at jeg er inspirator, ressourceperson og facilitator for faggrupper i klinikken med henblik på udøvelse af forskningsbaseret pædiatrisk sygeplejepsiksis.

AFDELINGENS KERNEOPGAVER ER UDGANGSPUNKTET FOR UDVIKLING OG FORSKNING

Mit arbejde knytter an til afdelingens kerneopgaver, der foregår i synergi mellem den "almene ydelse", der vedrører varetagelse af uddannelse, forskning og udvikling, og den "brugerrettede ydelse", der angår diagnosticering, pleje og behandling (Antonsen & Beck, 1999). Det betyder i praksis, at de forskningsprojekter, jeg tager initiativ til, søger at kvalificere de brugerrettede ydelser. Ligeledes betyder det, at de almene ydelser jeg skal varetage, så som uddannelse og udviklingsopgaver, forsker jeg i. Denne synergi har potentialet til, at relevant evidens kan udvikles med og i en klinisk kontekst.

Jeg vil her komme med tre eksempler på, hvorledes jeg som forsker arbejder med den "almene ydelse" f.eks. gennem nogle af de uddannelses- og udviklingsopgaver, jeg varetager i afdelingen. Desuden giver jeg tre eksempler på den "brugerrettede ydelse", som vi arbejder med, f.eks. gennem igangværende forskningsprojekter, der har til formål at kvalificere den pleje og behandling, vi yder i afdelingen.

1. Implementering af evidensbaseret praksis.
2. Unge patienter og deres forældre spiller en aktiv rolle i udvikling af et forskningsprogram.
3. EFTERKLING, Journal Club for sygeplejersker.

AD 1. IMPLEMENTERING AF EVIDENSBASERET PRAKSIS

Som bekendt er Sjællands Universitetshospital ved at tage form fra regionalsygehus til universitetshospital. Der er udarbejdet visioner, mål og strategier - også for sygeplejen. Heraf fremgår det, at sygeplejen på Sjællands Universitets Hospital skal bygge på den bedst dokumenterede viden fra forskning, klinisk erfaring, patienter og pårørende samt lokale data samt at behandlingen og plejen er patientcentreret og tager udgangspunkt i den lokale kontekst (Hølge-Hazelton & Lønborg Friis, 2016). For at støtte op om dette tiltrådte Bibi Hølge-Hazelton som professor i 2016, og i 2017 tiltrådte gæsteprofessor Tracey Bucknall, med henblik på at styrke kapacitetsopbygningen i klinisk sygepleje.

Implementering af evidensbaseret praksis involverer således multiple faktorer, og i Pædiatrisk Afdeling vil vi gerne støtte op om de overordnede visioner. Ledergruppen i Pædiatrisk Afdeling besluttede, at vi sammen satte os ind i den teoretiske baggrund for evidens-begrebet, herunder barrierer og facilitatorer for implementering. Vi, oversygeplejersken, afdelingssygeplejersker, souschefer, udviklingsygeplejersken samt under tegnede, gennemførte en studiekreds i perioden marts – maj 2017, hvor vi læste og drøftede udvalgte kapitler af en bog, der er skrevet af Tracey Bucknall, sammen med Jo Rycroft-Malone i 2011: "Models and frameworks for implementing evidence-based practice: linking evidence to action" (Rycroft-Malone & Bucknall, 2011).

Vi besluttede på den baggrund at gennemføre et teoridrevet studie vedrørende implementering af kliniske retningslinjer i afdelingen. Vi valgte at

arbejde ud fra en systematisk og dynamisk model, OMRU modellen, der kan anvendes til implementering af evidens i praksis (Logan & Graham, 1998). Det første skridt er ifølge modellen at beslutte hvilket klinisk felt, der skal implementeres. Vi valgte smertevurdering og mestring hos børn, idet det er et af afdelingens primære fokusområder. Barrierer og facilitatorer for implementering af de relevante kliniske retningslinjer blev af dækket gennem casestudier og deltagerobservationer, gennemført af 6. semester sygeplejestuderende i afdelingen. Næste skridt er at gennemføre journal audit samt fokusgruppeinterview med erfarne sygeplejersker i afdelingen.

Vi har løbende modtaget vejledning fra Tracey Bucknall i samarbejde med Bibi Hølge-Hazelton, hvilket har kvalificeret projektforløbet betydeligt.

AD.2 UNGE PATIENTER OG DERES FORÆLDRE SPILLER EN AKTIV ROLLE I UDVIKLING AF ET FORSKNINGSPROGRAM

Unge med astma, epilepsi eller diabetes mellitus (DM) skal være involverede i deres egen behandling igennem hele deres liv. Det er vigtigt, at børn og unge oplever at blive involverede i beslutninger, der vedrører deres egen pleje og behandling fra en tidlig alder. Derfor har vi inddraget unge patienter og deres forældre i udviklingen af et forskningsprogram med henblik på at styrke resiliens. Vi har i foråret 2017 gennemført workshops med ti unge i alderen 10 – 13 år, der følges på børneafdelingen, samt deres forældre. Formålet var at afdække, hvad det vil sige at leve med sygdom i familien, samt identificere beskyttende faktorer. Efter analyse af data på baggrund af transskriberede lydfiler fandt vi 5 temaer, der var vigtige for familierne: 1. Involvering af hele familien. 2. Søskendes rolle. 3. Hvor meget fylder sygdommen? 4. Familiens kontakter samt 5. At tale med andre. I efteråret 2017 afholdt vi en workshop for sundhedsprofessionelle fra pædiatrisk afdeling, hvor de 5 temaer blev drøftet. I foråret 2018 afholdt vi en afsluttende workshop, hvor både børn, forældre og søskende, sammen med afdelingens sundhedsprofessionelle drøf-

tede, hvorledes vi bedst herfra kan støtte op om livet med sygdom i familien. Efter analyse af de endelige data vil vi udvikle og teste en eller flere interventioner. Vi samarbejder med Steno Center for Sundhedsfremme om dette projekt.

AD.3. EFTERKLING, JOURNAL CLUB FOR SYGEPLEJERSKER

Alle patienter har behov for, at også sygeplejersker arbejder ud fra en evidensbaseret praksis. Dels for at kunne opnå et meningsfuldt sundhedsudbytte fra den behandling og pleje de anbefales, dels for at undgå uhensigtsmæssig eller deciderede skadelige interventioner (Grol & Grimshaw, 2003). Mange sygeplejersker har en positiv attitude til evidensbaseret praksis. Udfordringen består i at finde og anvende relevante forskningsresultater i klinisk praksis (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2016). Journal clubs er en nøgle strategi til at fremme forskningsanvendelse (Fink, Thompson & Bonnes, 2005). Vi har udviklet en ny tilgang til journal clubs ud fra narrativer fra sygeplejerskernes egen praksis, som vi gerne vil undersøge, hvorledes sygeplejersker oplever at deltage i. I samarbejde med postdoc ansat på Neurologisk Afdeling, Malene Beck, har vi gennemført tre workshops à to timer forbeholdt sygeplejersker, med det formål at styrke sygeplejerskers kendskab til at anvende forskningsbaseret viden i hverdagen. Vi kalder interventionen "EFTERKLING". Sygeplejerskerne interviewes efter gennemførelsen af to andre postdocs i Region Sjælland. Resultaterne vil blive anvendt til at evaluere interventionen samt tilrette og teste denne form for journal clubs på to andre afdelinger i Region Sjælland.

DEN BRUGERRETTEDE YDELSE, PLEJE OG BEHANDLING

- A. Non-farmakologisk intervention til unge med primær spændingshovedpine.
- B. Inddragelse af børn og unges perspektiver på pleje og behandling.
- C. Søvn til indlagte syge børn og deres forældre.

AD.A. NON-FARMAKOLOGISK INTERVENTION TIL UNGE MED PRIMÆR

SPÆNDINGSHOVEDPINE

Formålet med projektet er at finde ud af, hvorledes børn med hovedpine effektivt og meningsfuldt kan få hjælp til at få smerterne til at forsvinde eller hjælp til at leve med deres smerter, med udgangspunkt i barnets og familiens egen mestringsressurser.

Der er mangel på speciallæger til at varetage hovedpinesygdom hos børn, og det er nødvendigt at finde ud af, hvorledes sygeplejersker og fysioterapeuter kan gennemføre en behandling, der virker, i samarbejde med speciallægerne. Vi er en forskergruppe, som består af to sygeplejersker, en fysioterapeut og en læge med speciale i børnesygdomme og børneurologi, der har valgt at arbejde sammen om dette projekt. Vi har kompetencerne og kvalifikationerne til at gennemføre dette projekt.

Kort fortalt lider omkring $\frac{1}{4}$ af alle børn i alderen 3 – 20 år af hovedpine, der stammer fra spændinger i kroppen. Det betyder, at børnene muligvis ikke kommer i skole hver dag og har en tendens til at holde sig hjemme frem for at komme ud at lege eller dyrke sport sammen med deres kammerater. Det kan også betyde, at den unge bruger store doser af smertestillende medicin. Det vil vi gerne gøre noget ved. For det første er det ulykkeligt for det enkelte barn. For det andet er der risiko for, at barnet med hovedpine på sigt bliver til en kronisk syg voksen med hovedpine. Dette kan forringe det enkelte barns muligheder for at uddanne sig, og dermed skabe sig et solidt fundament for en god tilværelse. Som vi ser det, er der både menneskelige og samfundsøkonomiske aspekter på spil. Trods de sidste 20 års behandlingsfremskridt er hovedpine fortsat årsag til betydelige smerter hos børn og unge med forringet livskvalitet til følge.

Behandling af hovedpine hos børn og unge er kompleks og baserer sig på både på medicinsk og ikke-medicinsk behandling. Vejledning med fokus på livsstilsfaktorer er en vigtig del af den tværfaglige indsats. En vigtig del

af hovedpinebehandling kan således være at identificere søvnforstyrrelser og behandle disse korrekt. Patientundervisning, som har til sigte at hjælpe de unge med sundhedsfremmende tiltag for at opnå selv-ansvar og kontrol over egen sygdom og sundhed, herunder også søvnhygiejne, er ligeledes vigtig.

Vi vil systematisk søge og gennemgå videnskabelig litteratur om hvilken viden, der eksisterer om ikke-medicinske behandlinger for hovedpine hos børn. På den måde kan vi drage nytte af andres erfaringer og blive opdaterede på den sidste nye viden.

Belysningen af søvnforstyrrelser hos børn med spændingshovedpine i Danmark er sparsom. Det er vigtigt at spørge de børn og deres familier, der bor i Danmark, nærmere betegnet i Region Sjælland, om, hvad deres erfaringer er med at leve med hovedpine i familien. Derfor vil vi gennemføre workshops med børnene, deres forældre og eventuelle søskende for at lære mere om, hvori udfordringerne består. Vi vil samtidig bede familierne om at udfylde spørgeskemaer for at undersøge, dels hvordan de har det, og dels om spørgeskemaerne er egnede til at anvende i det større forskningsprojekt, vi planlægger. Disse resultater kan hjælpe med at udvikle og teste en intervention, som forhåbentligt kan blive en del af hverdagen på Børneafdelingen på Sjællands Universitetshospital fremover. Vi samarbejder med en professionshøjskole og en pædiatrisk afdeling i Region Syddanmark om dette projekt.

AD.B. INDDRAGELSE AF BØRN OG UNGES PERSPEKTIVER PÅ PLEJE OG BEHANDLING

Som tidligere nævnt findes der kun begrænset evidens for, at børns og unges perspektiver inddrages i klinisk praksis (Feenstra et al., 2014). Et forskningsprojekt, der har til formål 1): At identificere situationer i klinisk praksis der illustrerer børns deltagelse i beslutningstagning; samt 2): At beskrive børns og forældres perspektiver på hvorledes barnets interesser

bedst varetages, er under udvikling. Vi samarbejder med Medicinsk Fakultet i Lund samt Københavns Professionshøjskole om dette projekt.

AD.C. SØVN TIL INDLAGTE SYGE BØRN OG DERES FORÆLDRE

Søvn er essentiel i forhold til sundhed, livskvalitet og familiefunktion bl.a. i forhold til forældrenes evne til at varetage deres barns behov. Utilstrækkelig søvn er et betydningsfuldt sundhedsproblem. Uden tilstrækkelig søvn er det vanskeligere at træffe sunde beslutninger. I samarbejde med en skandinavisk forskergruppe, ledet af en lektor i sygepleje fra Oslo og Akershus Universitet i Norge, er det vort ønske at bidrage til viden om søvn til indlagte børn og deres forældre gennem et forskningsprojekt. Det overordnede formål med projektet er, at identificere flere metoder til anvendelse i praksis, med henblik på at fremme familiens sundhed og livskvalitet. Projektet vil blive gennemført i Norge, Sverige, Finland, Island og Danmark.

HVERDAGEN I AFDELINGEN

Indtil videre er det lykket at samarbejde med omkring en femtedel af afdelingens sygeplejersker. Yngre og erfarne, specialister, basissygeplejersker og ledere. Det er mit mål, at mindst halvdelen af alle afdelingens sygeplejersker er aktive indenfor forskning eller udvikling indenfor 2 år. Vi kan samarbejde om idé-generering, projektbeskrivelser, rekruttering, workshops, journalaudits, deltagerobservationer, interviews, transskribering, dataanalyse, udarbejdelse af manuskripter mv. Jeg tilbyder skrivebordsoplæring og supervision til sygeplejersker med en god idé samt til sygepleje studerende.

Mit kontor ligger midt i børneambulatoriet, og jeg deler kontor med afdelingens udviklingssygeplejerske. Det er fuldstændig uvurderligt. Dels i forhold til samarbejdet, og dels at have børn, forældre og andre kolleger så tæt på. Jeg bliver konstant mindet om, hvad kerneopgaven går ud på. Jeg taler også gerne med familierne. Nogle samtaler gør et uudsletteligt indtryk, og jeg kan mærke, at mit engagement får ny næring.

Tirsdage og onsdage arbejder jeg i afdelingen, de øvrige dage arbejder jeg på kontoret. Det giver ro og nærvær til både samtaler med kolleger og til skrivearbejde. Jeg deltager i morgenkonferencer, afdelings- og oversygeplejerskemøder samt andre relevante møder.

Afdelingen har ikke tidligere haft en postdoc ansat, og har ikke haft ph.d.-studerende sygeplejersker tilknyttet afdelingen. Derfor er det meningsfuldt at mødes med andre postdoc i regionen, samt de to tilknyttede professorer. Kendskabet til kollegernes forskningsprofiler skaber grobund for, at nye studier indenfor sygepleje kan gennemføres på tværs af de kliniske specialer.

Der er ikke afsat midler til forskning, ud over til min løn, der deles mellem regionen og afdelingen. Jeg er leder af afdelingens kliniske forskningsenhed, hvor vi regelmæssigt drøfter forsknings- og udviklingsaktiviteterne i afdelingen. Enheden består af afdelingens ledelse, den kliniske udviklingssygeplejerske samt den klinisk uddannelses-ansvarlige overlæge.

To gange om året afholder vi en forskningscafé en eftermiddag, hvor alle afdelingens ansatte er velkomne. Her drøfter vi kommende projekter i afdelingen og orienterer om afdelingens forskningsresultater.

Afdelingen har en god forankring i evidensbaseret praksis og har et systematisk program for grunduddannelser og kompetenceudvikling. Der er udviklet kliniske retningslinjer indenfor alle centrale områder i pædiatrien, og det tværfaglige samarbejde prioriteres højt. I afdelingen bliver der gennemført flere sygeplejefaglige udviklingsprojekter. Det lykkes overvejende på grund af et stort engagement og fagligt stærke ildsjæle på alle niveauer. Det betyder, at mit arbejde kan fungere i en allerede eksisterende kultur, en "forandringskultur", hvor nye ideer afprøves som en del af daglig klinisk praksis.

Samtidig er der også en "forandringskultur" til stede. Både i Region Sjælland og internationalt.

Globalt set er det vanskeligt at fastholde sygeplejersker indenfor faget. De vilkår, som fremtidens sygeplejersker skal arbejde indenfor, kender ingen. Også lokalt set sker der hele tiden ændringer, som også sygeplejersker skal forholde sig til. Det er nødvendigt, at der eksisterer stærke ledelsesprofiler på alle niveauer, der har succes, og som bakker op om forskningskulturen. I Region Sjælland er ambitionerne tårnhøje, og organisationen sætter en retning for, hvor vi skal hen. Når det kommer til at sætte handling bag ambitionerne, så er der brug for, at vi som forskere opnår lydhørhed i forhold til, hvad der skal til, for at vi kan komme i mål.

AT SÆTTE RETNING FOR OG HANDLING BAG VISIONERNE

På sigt er det min drøm, at kliniske sygeplejespecialister og forskerne i afdelingen kommer til at indgå i et tættere parløb med klinisk praksis, så den brugerrettede ydelse og den almene ydelse supplerer hinanden i dagligdagen. Det kan eksempelvis ske ved, at kliniske sygeplejespecialister og forskere har egne patient-ambulatoriedage nogle dage om måneden.

Når pædiatrisk afdeling flytter til Køge, vil jeg være stolt over at flytte en forskningsafdeling med, der dagligt fungerer som resurse og sparringspartner for alle studerende og ansatte i afdelingen.

Alt dette for at afdelingen kan tilbyde den bedste mulige pleje og behandling til de patienter og deres familier, der er afhængige af vores indsats. Ligeledes for at afdelingen kan kendetegnes ved et højt fagligt niveau og et attraktivt arbejdsmiljø, så engagerede kolleger har lyst til at støtte op om det fremtidige arbejde.

Jeg håber, det lykkes.

REFERENCER

- Antonsen, M. & Beck, T. (1999). Den offentlige kontekst: Begreber og modeller, i: *Livet i Offentlige Organisationer*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København
- Børnerådet (2017). *Jeg er ikke min sygdom*. Børnerådet, Rosendahls, København.
- Braveman, P. & Barclay, C. (2009). Health disparities beginning in childhood: a life-course perspective. *Pediatrics*, 124(Suppl 3), 163–175
- Coyne, I., Hallström, I. & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 20(4), 494-502.
- Feenstra, B., Boland, L., Lawson, M.L., Harrison, D., Kryworuchko, J., Leblanc, M. & Stacey, D. (2014). Interventions to support children's engagement in health-related decisions: a systematic review. *BMC Pediatrics*. 14, 109.
- Fink, R., Thompson, C.J. & Bonnes, D. (2005). Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. *Journal of Nursing Administration*, 35, 121–129.
- Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362 (9391), 1225–1230
- Hølge-Hazelton, B. & Lønborg Friis, S. (2016). *Fra Sygehus til Universitetshospital*. Fag & Forskning, Sygeplejersken, 2016, 48–53.
- Keim-Malpass, J., Letzkus, L.C. & Kennedy, C. (2015). Parent/caregiver health literacy among children with special health care needs: a systematic review of the literature. *BMC Pediatrics*, 15, 92.
- Logan, I. & Graham, ID. (1998). Toward a Comprehensive Interdisciplinary Model of health care research use. *Science Communication*, 20(2):227-246.
- Rycroft-Malone, J. (2006). The politics of the evidencebased practice movements: Legacies and current challenges. *Journal of Research in Nursing*, 11, 95–108.
- Rycroft-Malone, J. & Bucknall, T. (2011). *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: linking evidence to action*. John Wiley & Sons.
- Saunders, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 128–140.
- Suris, J.C., Michaud, P.A. & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 938–942.
- Teilmann, G. & Boisen, K. (2013). Unge patienter kræver særlig opmærksomhed. *Ugeskrift for Læger* 175, 1942–1945.

BILAG 1

Integrating nurse researchers in clinical practice – a challenging, but necessary task for nurse leaders

BIBI HØLGE-HAZELTON RN, MScN, PhD¹, METTE KJERHOLT RN, MScN, PhD²,
CONNIE BØTTCHER BERTHELSEN BN, MScN, PhD³ and THORA GROTHE THOMSEN RN, MEd, PhD⁴

¹Associate Research Professor and Director of Research, Roskilde-Køge Hospitals and The Research Unit for General Practice and Section of General Practice Department of Public Health, University of Copenhagen,

²Clinical Nurse Specialist PhD and Research Leader, Haematological Unit for Nursing Research, Department of Haematology, Roskilde - Køge Hospitals, Roskilde, ³Assistant Professor, Section of Nursing Institute of Public Health, Aarhus University, Aarhus and ⁴Post Doc, Roskilde and Køge Hospitals and Institute of Regional Health Services Research, University of Southern Denmark, Roskilde, Denmark

Correspondence:

Bibi Hølge-Hazelton
Roskilde- Køge Hospitals
Munkesøvej 20
4000 Roskilde
Denmark
E-mail: bibh@regionsjaelland.dk

HØLGE-HAZELTON B., KJERHOLT M., BERTHELSEN C.B. & THOMSEN T.G. (2015) *Journal of Nursing Management*

Integrating nurse researchers in clinical practice – a challenging, but necessary task for nurse leaders

Aim To create awareness among nurse leaders, of what they may need to consider, when integrating nurse researchers as advanced nurse practitioners (ANP) at PhD-level among their staff.

Background In a time of transition nurse leaders may be challenged by the change towards evidence-based clinical nursing, including integrating nurse researchers in ANP positions.

Methods A collective case study including three ANPs took place at a large regional hospital in Denmark. The cases were first analysed by focusing on the generic features, functions and skills of ANPs, and second by focusing on the approaches to evidence-based practice seen in the cases.

Results Regardless of same position, formal level of research expertise and overall responsibility, different approaches related to each ANPs professional profile, interest, academic ambitions and personality were seen.

Conclusion Nurse leaders must ensure a process where the content and expectations of the particular role are mutually clarified and adjusted to the individual ANP and to the specific context, in order to create a harmonious match.

Implications for nursing management In order to clarify expectations regarding the inclusion of nurse researchers as ANPs at PhD level, the paper provides firm recommendations that may guide the process.

Keywords: Changing roles, Advanced Nurse Practitioners evidence-based practice, nursing leadership, organisational culture, role clarity

Accepted for publication: 18 October 2015

Introduction

Until recently, nurses with research education/PhD degrees were seldom employed in clinical settings in

Denmark (Poulsen *et al.* 2013). However, in line with the growing awareness of founding nursing practice on the best possible evidence, employing nurse researchers, including building research capacity has

become a challenge for nurse leaders (Severinsson 2014), something that not all leaders are equally familiar or comfortable with (Hølge-Hazelton 2014). This paper is a collective case study of the first three advanced nurse practitioners (ANP) at PhD level employed at a regional hospital in Denmark with no previous experience with research-trained nurses among its staff. By focusing on the ANP's features and approach to evidence-based practice, it is the intention of the paper to provide nurse leaders with new perspectives to consider when hiring ANPs at PhD-level in clinical practice.

Background

Academic nursing is a relatively new phenomenon in Denmark, the first candidates in nursing graduated in 1991, the first professor in nursing was appointed in 2001 and the same year nursing became a bachelor degree. By 2015 approximately 150 nurses have received a PhD degree, with many of these employed at nursing schools/university colleges or at university (DASYS 2014).

Few academic trained nurses at this educational level are employed in clinical practice, for example as ANPs. Consequently, including ANPs in practice and benefitting from their competencies is a new challenge for nursing leaders. Not all nurse leaders may be prepared for or comfortable with this new task, even though they know the demand for evidence and research in clinical practice, including nursing research, is rising (Breimaier *et al.* 2011, Berthelsen & Hølge-Hazelton 2015).

A Finnish survey among ward managers, found their poorest skills to be in quality management, utilisation of research knowledge and process management (Pitkanen *et al.* 2004).

The present has been described as a time of change and transition with rising expectations of patients and relatives, and demands for improving the quality of care, including basing practice on evidence. It has been argued that frontline clinical nurse leaders are badly equipped to lead this change, as some of them lack formal preparation and development of necessary skills for the role (Enterkin *et al.* 2013, Phillips & Byrne 2013).

A recent review of initiatives that have strengthened the ward manager roles (Pegram *et al.* 2014) pointed out that 'many ward managers have been in their roles for several years without having had the opportunity to gain the academic awards that they now see their junior staff achieving'. This lack of competences

among ward managers may lead to feelings of anxiety regarding own educational abilities, disempowerment and career threats (Pegram *et al.* 2014).

There appears to be a dilemma. There is a general call for relevant clinical academic training and employment of academics (Sundhedsforskning 2014), such as ANPs, who can help producing and bringing more evidence into nursing practice, but some nurse leaders feel unfamiliar or even uncomfortable with arguing for, prioritising and facilitating this process because of a lack of competences (Linton & Prasun 2013, Faebø Larsen *et al.* 2015). Thus, two concepts are core to this debate: the ANP and evidence-based practice.

Advanced nurse practitioners

The terminology regarding research-trained nurses roles in clinical practice is unclear (Fagerström 2011, Dowling *et al.* 2013). In Denmark, their titles are unprotected and vary from senior researchers, clinical experts, 'postdocs', nurse researchers to ANPs depending on different institutions across the country (OECD 2013).

Internationally, the category ANP seems to be the title most agreed upon (Dowling *et al.* 2013) and the positive impact and outcome of ANPs in clinical practice is well documented (McDonnell *et al.* 2012).

Advanced nurse practitioner has been described by the Canadian Nurses Association (2008) as an umbrella concept 'describing an advanced level of clinical nursing practice, that maximizes the use of graduate educational preparation, in-depth nursing knowledge, and expertise in meeting the health needs of individuals, families, groups, communities, and populations'.

In other words, the category ANP contains different expert competences and levels of education (Mantzoukas & Watkinson 2007, Canadian Nurses Association 2008, Dowling *et al.* 2013) and, as a review of the APN concept demonstrated, 'a great variety of definitions, conceptualizations and roles' (Mantzoukas & Watkinson 2007). From the literature reviewed Mantzoukas and Watkinson (2007) were able to develop seven generic features of the ANP role and characteristic, these were: the use of knowledge in practice; clinical thinking and analytical skills; clinical judgment and decision making skills; professional leadership and clinical inquiry; coaching and mentoring skills; research skills; and changing practice.

However, providing overall clarification, as well as documenting impact and outcome of ANPs (Fagerström 2011), is not sufficient, as health-care systems

are different and so is the contextualization of ANPs' roles and functions. Consequently, there is a need for national and even local contextualisation and discussion among nurse leaders as to why and how best to recruit ANPs in practice.

The concept of ANP refers to a nurse who has completed education at a doctoral level, and has obtained a PhD degree. A PhD is essential, as it has been described as the gold standard in order to lead and undertake and independent research. Without it, an ANP would 'never secure competitive research funding or receive respect from colleagues as a credible researcher' (Currey *et al.* 2011).

Evidence-based practice

What evidence-based practice in nursing is and is not, has been a subject of debate for decades (Scott & McSherry 2009). The understanding of evidence-based practice used in this article is inspired by Rycroft-Malone *et al.* (2004) and Eriksson and Hummelvoll (2012), who regard knowledge in practice as coming from four different sources: research evidence, clinical experience, patients and the local context.

From this position on knowledge production, it is recognised that knowledge comes from more than research. The four practice knowledge forms have been subjected to testing and found to be credible (Eriksson & Hummelvoll 2012) and need to be systematised and documented (Rycroft-Malone *et al.* 2004), for example, by writing research articles subject to peer review, professional articles or by being presented and debated at professional meetings or conferences (Thomsen & Hølge-Hazelton 2014).

Aim/research questions

The overall aim is to create awareness among nurse leaders, of what they may need to consider, when integrating ANPs among their staff. This is approached via two research questions: 1. Which generic features of the ANP role are unfolded among three different ANPs in different clinical departments at a regional hospital? 2. What approach to evidence-based practice can be identified among three different ANPs in different clinical departments at a regional hospital?

Design and methods

A qualitative case study design was chosen (Stake 1995, Yin 2013,), as it gives the opportunity to

investigate a contemporary phenomenon (the case) in its real-world context, especially when the boundaries between phenomenon and context may not be clearly evident (Yin 2013). Furthermore, a case study design offers opportunity to learn, for example, how activities are expected to be influenced by contexts (Stake 1995), which, because of the aim, is a main issue of this study.

Setting

The hospital is a large regional hospital including two hospital units located in two different cities/settings. The hospital covers 24 clinical specialties with 3923 employees (1602 nurses). The hospital is currently undergoing transformation from regional to university hospital status, including strengthening its profile as a solid research-producing institution. Recruiting and employing ANPs is a new challenge for the organisation, but a general description of the position includes responsibility for strengthening and documenting evidence in practice.

Cases

According to Stake (1995) it is possible to create three types of case study: 1. An intrinsic case study (e.g. a study that is undertaken primarily because one wants better understanding of this particular trait or problem), 2. An instrumental case study (e.g. a study that provides insight into an issue or redraw a generalization) and 3. Multiple or collective case study (e.g. a particular case in which a number of cases may be studied jointly in order to investigate a phenomenon, population, etc.). In the present study we have designed a collective case study based on three ANP cases each representing the clinical role of the first three academic nurses with doctoral training employed as ANPs in different clinical settings across the hospital. Each ANP was invited to produce a case written in the third person, describing her own profile and functions in a clinical context. In order to equate the three cases the APNs were asked to include background, personal motivation, description of function as *post-doc*, concrete internal tasks, concrete external tasks, results related to development of practice, and results related to research (Table 1).

Two-step analytical strategy

It is the topic for the case study that determines the specific, analytical strategy (Yin 2013). One possibility

Table 1
ANP cases

Number/ name	Case
1: Dr A	<p>Dr A's educational background in nursing lies in a Bachelor in Nursing (BN) from 2003, a degree in Master of Science in Nursing (MScN) in 2007 and a PhD in Public Health in 2013. Dr A has a strong background in care and in clinical her PhD she investigated relatives, patients, and health professionals' behavioural patterns in relation to relatives' involvement in older patients' fast-track treatment programmes. She is currently involved in a Danish national scientific council and internationally in the European Academy of Nursing Science. Dr A is also editor of the International Journal of Surgery Research and Practice and a reviewer for Journal of Advanced Nursing.</p> <p>Dr A has been employed as a postdoctoral fellow and clinical nurse specialist since December 2012. Her main tasks as a clinical nurse specialist are to develop an interest for research utilisation among the nurses in the department and to develop a research culture among the nurses. Tasks that require skills Dr A has learned along the way</p> <p>The results and consequences of her work as a clinical nurse specialist have been published in various ways through the ongoing investigation, starting with a survey of the nurses attitudes towards clinical nursing research, an evaluation of a subsequent educational intervention as well as an editorial describing the process and barriers against developing a research culture among nurses. The implications in clinical practice have been developing a council within the department with a main focus on the nurses' research utilisation.</p> <p>Through Dr A's employment as a postdoctoral fellow she is conducting a study from 2013 to 2015 of developing, implementing and evaluating a complex intervention to improve older patients' post-discharge functional status after surgery, with spouses involved. The results of the research is still in progress; however, to develop the study a systematic review was conducted to investigate the content, effects, and dissemination of former intervention studies for information and a protocol was published to explain the procedure of the intervention.</p> <p>Since October 2013, Dr. A has been employed as an assistant professor at the Section of Nursing, at a danish university. Her main tasks are teaching and coaching Master of Clinical Nursing students and Master of Science in Nursing students at the university. She is furthermore responsible for the course on scientific knowledge and research methods at the Master of Science in Nursing education and teaches them mainly about qualitative methods on different semester levels.</p> <p>The duality in Dr A's service in clinical practice and at the university has provided an interesting base for combining research knowledge to the nurses in the department and a more practice-relevant teaching at the university. However, she is not a part of clinical practice in the traditional way. Changing practice is not directly in Dr A's focus; rather, it is assumed that practice will eventually have to change according to new evidence.</p>
2: Dr B	<p>Dr B's educational background is in training as registered nurse (RN) in 1986, a Master of Educational and Rhetoric Science in 1999 and a PhD in Nursing Science in 2010. She has worked as RN within several clinical areas and has a special education in intensive care.</p> <p>For 7 years Dr B worked as educational consultant, planning and leading courses and education to diploma level.</p> <p>Dr B has been employed as a postdoctoral fellow and clinical nurse specialist at a large department since February 2011, including clinical functions at two different geographical sites</p> <p>The position she holds comprises two parts, one in clinical practice (clinical nurse specialist) and the other (postdoctoral fellow) at the university. The university part of the position has made it possible to attend the comprehensive lecturer training programme that is obligatory in order to be positively assessed as associate professor</p> <p>The position is managed with the following indicative distribution of time: 35% own research, 35% teaching and education and 30% supporting the local culture of development</p> <p>Dr B's own research has its point of departure in a researcher-initiated action research project taking place in the ambulatory in the department. The aim of the project is, together with the staff (mainly nurses), to identify possibilities and barriers for creating patient experienced security and connection following surgery. Several possibilities for change and development have been identified and relevant actions have already been implemented, for example a nurse-led ambulatory with special focus on issues related to the surgery. As result of an initial interview series with patients, Dr B and the clinical staff are now working together towards developing and implementing a new conversation form that strengthens the inclusion of patients' perspectives</p> <p>To date the project has been documented with a research article and a professional article, and more are on their way. Oral and poster presentations of the study have been given at national and international conferences and seminars. Further project spin-offs have been study visits locally and abroad, and establishment of a local hospital-based network focusing on cancer rehabilitation as well as teaching. The latter has, according to the participating nurses, helped them in maintaining motivation in a complex and long process of change</p> <p>In addition to responsibility for her own research project, Dr B participates in several national and international research networks in order to establish research collaboration. She is reviewer of regional research funds and journal peer reviewer</p> <p>Teaching and education takes place locally and at university level. At the local hospital level, Dr B supervises nurses in the department in writing professional articles, and producing posters and oral presentations. In order to strengthen the competencies among nurses at the department Dr B, together with the managers, spots talents and encourage the staff towards further education. Together with the local director of research (first author of this article) Dr B has developed a writing course for clinicians with no previous writing experience, the results of this has been documented in a research article. At university level the teaching and supervision takes place as co-supervisor for PhD students, being responsible for a new module at the Masters level of education in clinical nursing and by being censor on several educational levels. Dr B is an often called as a speaker at national seminars and conferences, giving her the opportunity to catch up with current nursing initiatives and knowledge that she can impart to interested colleagues in clinical practice</p> <p>Supporting the local culture of development takes place in close collaboration with the nurse management team in the department. The aim is to strengthen the nurse actions through a focused and nuanced development of evidence of the local clinical practice. The point of departure in this work has been establishing motivation among nurses to reflect on their own practice and by doing so create a baseline for initiating and facilitating small and larger developmental projects in the units. Completed projects have then been</p>

Table 1
(Continued)

Number/ name	Case
3: Dr C	<p>documented via articles, reports, teaching, posters, etc., all contributing to the clarification of the value of other knowledge forms than traditional research</p> <p>Dr C was trained as RN in 1984; she has a diploma in leadership in health care, a Masters degree in learning processes and changing processes, a Masters degree in Nursing Science and obtained her PhD in Health Science in 2011. She has extensive leadership experience as both staff nurse, head nurse and leading development and changing processes in hospital settings</p> <p>Since December 2011 Dr C has been employed full time in the largest department of its kind in Denmark. Her main task is to develop a participatory culture for development and research in clinical practice. The functions described in the position include responsibility for securing the highest possible nursing quality for all patients in the department, identifying and analysing clinical problems in order to secure evidence-based practice, to inspire, and be a resource and advisor for department management, nursing staff and other personnel in the clinic</p> <p>Dr C works with her many tasks in the department by initiating and managing practice research projects, where she supervises, mentors and consults other staff members' research and development projects both monodisciplinary and interdisciplinary. Dr Cs point of departure is embedded in action research and she teaches at different courses in themes of interest for developing nursing practice. Examples of ongoing action research projects that she facilitates are the establishment of interdisciplinary teams and nursing consultations in order to secure continuity and user involvement in the patients' trajectories. Another project is establishment of formal reflection meetings for newly graduated and/or employed nurses in the department, with the purpose of supporting development of competence. To ensure progress, leadership support and research skills in the projects, all projects are organised in a steering group with Dr C and one of the leaders as permanent members. She represents the department in national and international settings where she present the way she works with action research, development and leadership support.</p> <p>Alone, or together with her department nurse leader, she writes professional articles regarding the work she facilitates, so far this has resulted in publication of four professional articles. Dr C is a member of several national and international networks for nursing practice and nursing research and development. She is reviewer of regional research funds and journal peer reviewer. Dr C is not employed at a university, but she is PhD co-supervisor of a nurse-led action research project, and teaches at Masters level education in clinical nursing. Dr C currently participates in a lecturer programme for university teachers. After 3 years of employment 13 different projects originated from and in practice have been initiated and completed, and increased quality in clinical nursing practice has been described in professional articles. The nursing staff state that they feel that research and development has become more relevant and meaningful and thus have reduced research implementation barriers in practice. Furthermore, the staff now take initiatives to new action research or development projects according to quality development in their daily clinical practice.</p>

is to start with the research question (Yin 2013). For this study, a two-step content analysis was constructed (Graneheim & Lundman 2004, Hsieh & Shannon 2005, Elo & Kyngas 2008).

Step one was a deductive approach taking its point of departure in the seven generic features of the ANP role and characteristic (Hsieh & Shannon 2005, Elo & Kyngas 2008). The written cases were distributed to the other authors who individually read and scored each case line by line in order to assess which of the seven generic features were present. Each case was scored three times followed by a mutual triangulation, including comparison, discussion, and agreed adjustment.

The second step was a conventional content analysis of the individual approach to knowledge production and evidence based practice found in each case. With a conventional approach relevant theories or other findings are addressed in the discussion (Hsieh & Shannon 2005). According to the ICEBeRG Group (Improved Clinical Effectiveness through Behavioural Research, 2006) the explicit use of theory has a number of advantages such as providing a way to allow for an exploration of potential causal mechanisms, which in this context are related to integrate nurse researchers to a clinical practice.

The cases, as they were written by each ANP, are presented in Table 1.

Trustworthiness

As with most other case studies, the cases in this study are researcher produced. What is unusual is that the focus of research is the researchers/ANPs themselves. The agreed structure and process of analysis was led by the director of nursing research (first author) who was not an ANP and did not provide a case. Each ANP (second, third and fourth author) produced a case written in the third person. The case was then distributed to the other authors, who individually read and scored each case line by line. Each case was scored three times followed by a mutual triangulation including comparison, discussion, and agreed adjustment among the other three authors. When this was completed the case holder was presented for the analysis, but without possibility to make any changes.

Analysis and results

The results section is divided in two parts reflecting each of the steps in the analysis: The first part focuses on generic features, functions and skills of ANPs. The

second part focuses on the approaches to evidence-based practice seen in the cases.

Analysis – part 1

In the case presentation the presence of the features is implicit.

Case 1: All seven generic skills are present and in use. The case presents clearly high use of skills related to research, professional leadership and clinical inquiry.

Case 2: All seven generic skills are present and in use. The case clearly presents high use of skills related to coaching, mentoring, and changing practice.

Case 3: All seven generic skills are present and in use. The case clearly presents high use of skills related to professional leadership, clinical inquiry and skills regarding changing practice.

In summary, from this initial analysis it became clear that the overall function of the ANPs was similar and each ANP embraced all seven features, and in this respect they were living up to the role of ANP as it is described in international literature. However, there were clear variations. One example is the use of skills related to traditional research in form of publication of research articles, here case 1 (Dr A) presents high use, case 3 (Dr C) presents low use and case 2 (Dr B) presents a middle position between the other two. Another example is the skill related to changing practice, something that is reflected in the volume of clinical initiatives in practice, here case 1 (Dr A) presents the lowest use, case 3 (Dr C) the highest use and case 2 (Dr B) presents a middle position between the other two.

Analysis – part 2

Case 1: Dr A describes her role as the researcher who generates, implement and analyses results from a single research project. She regards it as her task to strengthen the research competencies among the nursing staff. The research Dr A conducts is researcher initiated and researcher generated. The research results are tested in practice and implemented subsequently, if the results are significant. There is a clear prioritization of producing scientific articles corresponding to creating evidence from research (Rycroft-Malone *et al.* 2004, Eriksson & Hummelvoll 2012). The managerial dimension of the role is present in the role as research project

leader, but interaction with the managers at the ward is absent in the case.

Case 2: Dr B describes her role as someone who develops practice and performs research in collaboration with, and grounded in practice. Taking a starting point in action research some of the projects are locally initiated and grounded, others are researcher initiated, corresponding to creating evidence from different sources (Rycroft-Malone *et al.* 2004, Eriksson & Hummelvoll 2012) including a priority of knowledge from research evidence, clinical expertise and local context (Rycroft-Malone *et al.* 2004, Eriksson & Hummelvoll 2012). A strong engagement in supporting the development of the competencies and critical thinking among the staff is seen in Dr B's position as an ANP; Dr B values production of reports and professionals as well as research articles. A driving force is supporting change in and with practice, which takes place in close cooperation with the nurse leaders in the ward.

Case 3: Dr C regards the overall goal as developing practice through a participatory approach to development, research, and learning. In the background Dr C's function also includes being advisor and supervisor for the nursing leader. Decisions regarding which project should be generated is taken with practice. Taking a point of departure in action learning and research all initiated actions are locally initiated and grounded and many projects have led to implementation of changes, corresponding to creating evidence from practice (Rycroft-Malone *et al.* 2004, Eriksson & Hummelvoll 2012) including precedence given to knowledge from clinical expertise and local context (Rycroft-Malone *et al.* 2004, Eriksson & Hummelvoll 2012).

Summarizing this analysis it becomes clear that the three cases presented involve, regard and document evidence in practice differently.

In case 1 (Dr A) knowledge is primarily produced from research evidence. The evidence practice that is performed is documented via peer-reviewed research publications.

In case 2 (Dr B) knowledge is produced from different sources, with precedence given to evidence from research, clinical expertise and local context. The evidence practice that is performed is documented via peer reviewed research publications as well as professional articles and reports.

In case 3 (Dr C) knowledge is produced from different sources, with precedence given to evidence from

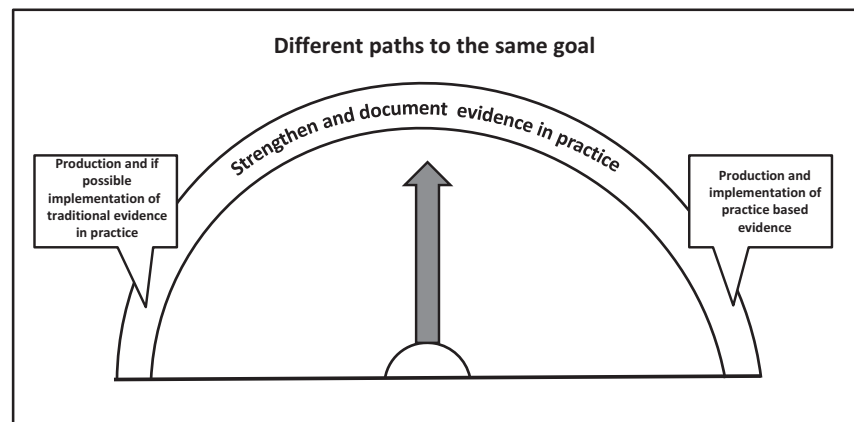


Figure 1
Variations in the ANP's roles.

clinical expertise and local context. The evidence of practice that is performed is documented via professional articles, abstracts and substantial sharing of knowledge at meetings, conferences, etc.

The three cases also demonstrate different practices of cooperating with the leading nurses in their departments. In case 1 (Dr A) the cooperation is not described and seems to be in the periphery of the role. In case 2 (Dr B) collaborating with the leadership is regarded as a part of the position that includes supporting the local culture of development, which is described as close. In Case 3 (Dr C) the collaboration with the nurse leader is central to all functions.

Overall the two-step analysis has shown that regardless of the same position (ANP), formal level of research expertise (PhD) and overall responsibility for strengthening and documenting evidence in practice, different approaches related to each ANPs professional profile, interest, academic ambitions and personality were used to reach the goal.

A visual representation of the result of the 2-step analysis is seen in Figure 1. The arrow in the middle symbolises a continuum that the individual ANP profile can vary within, towards the same overall goal of strengthening and documenting evidence in practice, from a traditional researcher profile at the left side, towards a full participatory researcher profile at the right side, or a combination of the two.

Discussion

The ANP cases presented included all of the generic features of the ANP role described in the literature, and all worked with integrating and developing evidence in practice. What also became clear was a large individual variation, partly rooted in individual competencies, interests and view of evidence and

knowledge, partly context dependent. Seen in this light, the dilemma outlined at the beginning of this paper, that some nurse leaders may feel unfamiliar and even uncomfortable with research utilisation, prioritising and including academic trained nurses in practice, becomes clearer. Nurses have a great research utilisation potential, as they are the single, largest, professional group within the health-care sector (Kajermo *et al.* 2008). However, facilitating and supporting nursing research and research utilization can be difficult. Everyday leadership is often reactive and driven by urgent demands (Tengblad 2012) but, according to Kajermo *et al.* (2008), the support of nurse leaders for participation in research and development activities is fundamental if a culture of research-based nursing care is to succeed. If this is not obtained, the odds increase significantly for perceiving barriers to research utilization (Kajermo *et al.* 2008). Bellman *et al.* (2003) argue that some nurse leaders are promoted because of their allegiance to maintaining the status quo and by doing so are disempowering nursing. Kjerholt *et al.* (2015) demonstrates how a nurse leader who experiences potential challenges to her authority may use power to cancel or postpone planned research activities and by doing so suppress the role of the researcher and inhibit the project. Another perspective is the lack of basic research education, which makes it difficult for some nurse leaders to accept the importance of research utilisation and evidence-based nursing, as even this may be regarded as an irrelevant practice or as a threat (Kajermo *et al.* 2008, Enterkin *et al.* 2013, Pegram *et al.* 2014). Integrating a new group of academic nurses who are highly qualified, may challenge some leaders, as the leadership in organisations with this type of staff often requires a progressive, participatory and democratic view on leadership, described as post-heroic leadership

(Sveningsson & Alvesson 2012,). Post-heroic leadership, represents a social constructivist perspective and is opposed to transformative/heroic leadership that relies on personal talents, often leading from a position of authority with clear roles of who are leaders and who are followers (Sveningsson & Alvesson 2012). A post-heroic approach includes acceptance that leadership potentially is fluid. Seen from this perspective, an ANP in clinical practice could be the leader of his/her domain (research and development) without being perceived as a threat but rather as complementing. The nurse leaders role would, in this area, still be that of creating a sense of direction, confirming identity and inspiring motivation (Sveningsson & Alvesson 2012).

Limitations

This small-scale collective case study does not allow for generalization, and we have not yet been able to document scientifically whether hiring ANPs in clinical practice contributes to the delivery of high-quality service to patients. Most of the clinical developmental initiatives and research projects are still in process and therefore not yet published.

Conclusion

This collective case study has shown that each of the ANP cases included embraced all generic features according to the literature: The use of knowledge in practice, clinical thinking and analytical skills, clinical judgment and decision-making skills, professional leadership and clinical inquiry, coaching and mentoring skills, research skills and changing practice. However, there were clear individual variations that need to be acknowledged and addressed by nursing leaders in order to make the role successful in clinical practice.

Nurse leaders are competent practitioners who, in a time of change and transition, must deal with intense demands, uncertainties and complexities on a daily basis. For some, the demand of bringing more evidence into clinical nursing practice, including integrating ANPs among the staff, is a new and difficult challenge. Severinsson (2014) pinpoints the challenge when she claims that the quality of nurse leaders work 'can make or break research capacity'.

The model presented in this article may function as a reflective and supportive tool for leaders in this process, as it becomes clear that ANP is an umbrella concept, not a fixed role. The content and expectations to

the particular role must be mutually clarified and adjusted to the individual ANP and to the physical context, in order to create a harmonious match. If the nurse leader and the rest of the staff expect an ANP to be the primary facilitator of developmental processes and to be a core collaborator with management, they are not looking for an ANP whose main ambition is knowledge from research, and vice versa.

Implications for nursing management

Nurse leaders with a post-heroic approach to leadership may benefit from employing PhD level ANPs if they determine that the change towards evidence-based practice in nursing can be supported by doing so.

Based on this study, we recommend that nurse leaders who are planning to include PhD level ANPs in clinical practice clarify his/her own expectations regarding the following issues:

- 1 To what extent the ANP must be visible in daily practice. If the ANP is expected to be present on daily basis, it creates legitimacy in practice but reduces time for academic activities in and out of the department.
- 2 To what extent the ANP must take part in the daily clinical work. This issue has an impact on the qualifications the ANP must have and on the time spent on initiating, facilitating and leading developmental and research processes in practice.
- 3 The type of sources the ANP produce evidence from. As this study has shown, the outcomes and documentation is different depending on what evidence source knowledge in practice is coming from, for example research, clinical experience, patients or from the local context.
- 4 Whether the leaders expect the ANP to be linked to a university career programme or not. If this is expected, the ANP will be able to teach and supervise PhD students and potentially strive for a clinical professorship. If not the ANP will be associated more with the department and local context.
- 5 The role as leader for a staff member who probably is more educated and experienced in nursing research and development than the leader. This may be a new role and not all leaders will feel comfortable with it.
- 6 The degree, if any, the leader expects to take part in the development of the ANP's research programme. If the leader has time to participate in this, it may be an opportunity to seek relevance and support implementation.

7 How the leader may secure the integration of the ANP among the rest of the staff including other nurse specialists in order to avoid isolation, competition, and blurring of roles.

Source of funding

The authors received a grant from the Regional Research Foundation in Zealand, Denmark to strengthen qualitative studies in nursing.

Ethical approval

This case study includes data provided by three of the authors regarding their own positions and roles as ANPs. The idea behind the study came from the group itself and all agreed upon the lack of relevance of anonymity. All authors have contributed to and accepted the paper in the present format.

References

- Bellman L., Bywood C. & Dale S. (2003) Advancing working and learning through critical action research: creativity and constraints. *Nurse Education Practice* 3, 186–194.
- Berthelsen C.B. & Hølge-Hazelton B. (2015) Orthopaedic nurses' attitudes towards clinical nursing research – a cross-sectional survey. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 19, 74–84.
- Breimaier H.E., Halfens R.J. & Lohrmann C. (2011) Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing* 20, 1744–1756.
- Canadian Nurses Association (2008) *Advanced Nursing Practice: A National Framework*. Canadian Nurses Association, Ottawa.
- Curry J., Considine J. & Khaw D. (2011) Clinical nurse research consultant: a clinical and academic role to advance practice and the discipline of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 67, 2275–2283.
- DASYS (2014) Just hire a nursing researcher and you will never be bored. *Danish Journal of Nursing* 14, 94–97.
- Dowling M., Beauchesne M., Farrelly F. & Murphy K. (2013) Advanced practice nursing: a concept analysis. *International Journal of Nursing Practice* 19, 131–140.
- Elo S. & Kyngas H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62, 107–115.
- Enterkin J., Robb E. & McLaren S. (2013) Clinical leadership for high-quality care: developing future ward leaders. *Journal of Nursing Management* 21, 206–216.
- Eriksson B.G. & Hummelvoll J.K. (2012) Relevans og evidens: praksisnær og brukerrettet kunnskapsdannelse innen psykisk helsearbeid [Relevance and Evidence: practice oriented and user oriented knowledge generation in mental care taking]. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 9, 33–43.
- Faabo Larsen R., Moesgaard R.M. & Hølge-Hazelton B. (2015) Establishing a course in how to facilitate journal clubs: opportunities and barriers. *Nordic Journal of Nursing Research* 35, 29–37.
- Fagerström L. (2011) *Avancerad Klinisk Sjuksköterska – Avancerad Klinisk Omvårdnas i Teori og Praxis [Advanced Clinical Nurse – Advanced Clinical Care in Theory and Practice]*. Studentlitteratur, Lund.
- Graneheim U.H. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105–112.
- Hølge-Hazelton B. (Edt.). (2014) *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis [Research- and Development Culture in Clinical Practice]*. Region Zealand, Roskilde DK. Available at: <http://www.regionsjælland.dk/Sundhed/forskning/Documents/Bogudgivelse%20FÆRDIG.pdf>
- Hsieh H.F. & Shannon S.E. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15, 1277–1288.
- Improved Clinical Effectiveness through Behavioural Research G. (2006) Designing theoretically informed implementation interventions. *Implementation Science*, 1, 4.
- Kajermo K.N., Unden M., Gardulf A. et al. (2008) Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Management* 16, 305–314.
- Kjerholt M., Wagner L., Lindhardt T., Delmar C. & Clemensen J. (2015) Participatory action research in clinical nursing practice in a medical ward – challenges and barriers. *Nordic Nursing Research* (in press).
- Linton M.J. & Prasun M.A. (2013) Evidence-based practice: collaboration between education and nursing management. *Journal of Nursing Management* 21, 5–16.
- Mantzoukas S. & Watkinson S. (2007) Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *Journal of Clinical Nursing* 16, 28–37.
- McDonnell A.G.K., Kirshbaum M.N., Nolan M., Tod A. & Guillaume L. (2012) The perceived impact of advanced practice nurses (APNs) on promoting evidence-based practice amongst frontline nurses: findings from a collective case study. *Journal of Research in Nursing* 18, 368–383.
- OECD (2013) *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013 – Raising Standards*. OECD, Paris.
- Pegram A.M., Grainger M., Sigsworth J. & While A.E. (2014) Strengthening the role of the ward manager: a review of the literature. *Journal of Nursing Management* 22, 685–696.
- Phillips N. & Byrne G. (2013) Enhancing frontline clinical leadership in an acute hospital trust. *Journal of Clinical Nursing* 22, 2625–2635.
- Pitkanen A., Kuronen M., Pukuri T. & Valimaki M. (2004) Developing nurses' capabilities to deputize for ward sisters. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 235–239.
- Poulsen I., Aadal L., Eg M. et al. (2013) Forskning – fundament for udvikling af sygeplejen [Research- the foundation for development of nursing]. *Danish Journal of Nursing* 1, 63–65.
- Rycroft-Malone J., Seers K., Titchen A., Harvey G., Kitson A. & McCormack B. (2004) What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing* 47, 81–90.
- Scott K. & McSherry R. (2009) Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing* 18, 1085–1095.

- Severinsson E. (2014) Capacity building – a challenge for nurse managers. *Journal of Nursing Management* 22, 407–409.
- Stake R.E. (1995) *The Art of Case Study Research*. Sage, Thousand Oaks.
- Sundhedsforskning, [The National Cooperation for Health Research] D.N.S.F. (2014) *Årsrapport 2013*, 1st edn. Ministry of Health, Denmark.
- Sveningsson S.A.J. & Alvesson M. (2012) Managerial leadership. Identities, processes and interactions. In: *The Work of Managers. Towards a Practice Theory of Management* (S. Enbladed ed.), pp. 69–86. Oxford University Press, Oxford.
- Tengblad, S. (2012) *The Work of Managers. Towards a Practice Theory of Management*. Oxford University Press, Oxford.
- Thomsen T.G. & Hølge-Hazelton B. (2014) Developing evidence-based practice: documenting a tailored writing course. *Nordic Journal of Nursing Research* 2, 33–37.
- Yin R.K. (2013) *Case Study Research – Design and Methods (Applied Social Research Methods)*. Sage, Thousand Oaks.

I FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSKULTUR

– FORSKERE I KLINISK PRAKSIS

sættes fokus på de erfaringer en række forskeruddannede sygeplejersker, og andre med en mellemlang videregående uddannelsesbaggrund (MVU), har gjort sig i forbindelse med ansættelser i kliniske afdelinger. Disse forskere repræsenterer en ny gruppe medarbejdere i klinisk praksis. De er ofte de første i denne funktion i deres afdeling, og både de, deres kollegaer og ledere skal skabe og tilpasse funktionen, så de mange forskellige forventninger imødekommes bedst muligt.

På Sjællands Universitetshospital er der inden for en kort årrække blevet ansat en del forskere med MVU-baggrund. I bogen beskriver syv af disse forskere deres konkrete hverdags erfaringer, og de deler deres konkrete hverdags erfaringer, og deler deres overvejelser om, hvad der fungerer, og hvordan de selv opfatter deres bidrag og potentialer i klinisk praksis.

Bogen er den tredje i en serie om arbejdet med forsknings- og udviklingskultur i Region Sjælland, og den skriver sig ind i en aktuell diskussion om, hvordan forskere og forskning kan anvendes og komme til gode i praksis.

Bogen er redigeret af forskningsleder, professor mso Bibi Hølge-Hazelton og lektor Thora Grothe Thomsen der begge er ansatte i Forskningsstøtteenheden for MVU-området, Sjællands Universitetshospital.

ISBN: 978-87-92026-96-5