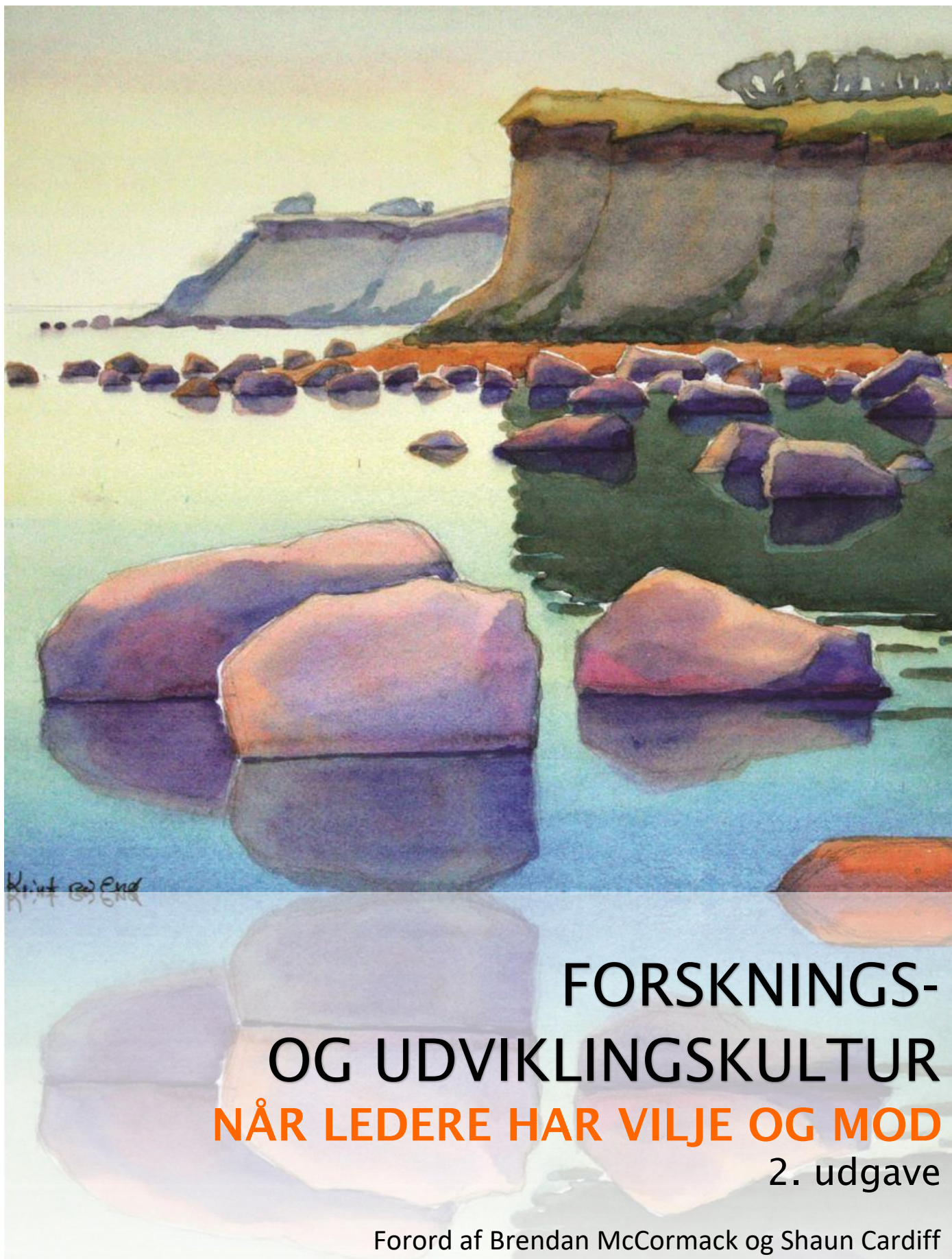




FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSKULTUR NÅR LEDERE HAR VILJE OG MOD

2. udgave

Forord af Brendan McCormack og Shaun Cardiff

Redigeret af
Bibi Hølge-Hazelton &
Mette Kjerholt

REGION
SJÆLLAND 
- vi er til for dig

Forsknings- og udviklingskultur
- Når ledere har vilje og mod

2. udgave

Bibi Hølge-Hazelton & Mette Kjerholt (red.)
Forsknings- og udviklingskultur – Når ledere har vilje og mod

2. udgave 2025

Region Sjælland
Forskningsstøtteenheden for MVU-uddannede
Munkesøvej 14
4000 Roskilde
www.sjaellandsuniversitetshospital.dk/forskning-MVU

ISBN: 978-87-93639-28-7

Copyright: Forfatterne

Forsideillustration:
Helle Jessen: *Klint på Enø*
Med tilladelse fra kunstneren.

Grafisk produktion og redaktion:
Line Zachø Borre

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 Når ledere har vilje og mod

2. udgave

Bibi Hølge-Hazelton &

Mette Kjerholt (red.)

Region Sjælland

INDHOLD

	REDAKTØRER.....	7
	FORORD AF BRENDAN MCCORMACK	9
	FORORD AF SHAUN CARDIFF	15
	ORDFORKLARING.....	25
1.	KAPACITETSOPBYGNING PÅ TVÆRS AF ET HELT HOSPITAL MED FOKUS PÅ LEDELSE.....	29
	<i>Bibi Hølge-Hazelton & Mette Kjerholt</i>	
2.	ERFA–GRUPPER FOR LEDENDE OVERSYGEPLEJERSKER/MVU.....	39
	<i>Bibi Hølge-Hazelton</i>	
	FRA PROVINSSYGEHUS TIL UNIVERSITETSHOSPITAL.....	55
3.	<i>Susanne Lønborg Friis</i>	
	LEDELSESPRIORITERING AF FORSKNING SKABER FÆLLES RETNING.....	71
4.	<i>Helle Gert</i>	
	VIDEREUDDANNEDE SYGEPLEJERSKER – HVORFOR OG HVORDAN I EN KLINISK PRAKSIS.....	87
5.	<i>Ole Toftdahl Sørensen</i>	
	STRATEGI FOR, ERFARINGER MED OG REFLEKSIONER OVER ETABLERINGEN AF ET SYGEPLEJEFAGLIGT UDVIKLINGS– OG FORSKNINGSMILJØ.....	106
6.	<i>Lotte Kragh Nielsen</i>	

7.	AFDELINGSSYGEPLEJERSKENS ROLLE I VIDENDELING PÅ ET UNIVERSITETSHOSPITAL.....	120
	<i>Patricia Vallebo Lindhardt</i>	
8.	LEDELSE – LAD MEDARBEJDERNE TALE OG BLIVE HØRT.....	133
	<i>Britta Louise Schack</i>	
9.	UDVIKLINGSKULTUR UNDERSTØTTES LEDELSESMÆSSIGT VIA REFLEKSIONSSAMTALER MED NYANSATTE I SYGEPLEJEN.....	151
	<i>Birgitte Mortensen</i>	
10.	AT SÆTTE FRØ OMKRING UDVIKLING OG FORSKNING I EN TRAVL DRIFTSORIENTERET AFDELING – OG SIKRE SPIRING!.....	163
	<i>Jytte Hykkelbjerg Bruhn</i>	
11.	FRA OVERVEJELSER TIL IMPLEMENTERING – CAMINOEN – VEJEN MOD FORSKNING.....	179
	<i>Karen Marie Ledertoug</i>	
	EFTERORD.....	194
	<i>Søren Barlebo Rasmussen</i>	
Bilag	STYRKELSE AF EN SYGEPLEJEFAGLIG FORSKNINGSKULTUR VED HJÆLP AF JOURNAL CLUBS FOR LEDERE: ET PILOTSTUDIE.....	200
	<i>Mette Kjerholt & Bibi Hølge-Hazelton</i>	

REDAKTØRER

Bibi Hølge-Hazelton



Sygeplejerske, cand.cur., ph.d., forskningschef for de mellemlange videregående uddannelser og professor ved Forskningsstøtteenheden på Sjællands Universitetshospital og Syddansk Universitet/SDU. Leder af forskningsprogrammet CAPAN - CAPAcity building in Nursing. Har forsket i patient- og professionsperspektiver i 20 år, med særlig interesse for unge, kapacitetsopbygning og forskningsledelse.

Mette Kjerholt



Sygeplejerske, DpL, MLP, cand.cur, ph.d. Siden 2011 ansat som forskningsleder af Hæmatologisk Enhed for Sygeplejeforskning-/Udvikling på Sjællands Universitetshospital. Har siden 1980'erne været ansat i forskellige sygeplejefaglige lederstillinger på forskellige niveauer, men altid med klinisk praksis som udgangspunkt og fokusområde. Forskningsmæssigt er fokus også klinisk praksis og praksisforskning, hvor problematikker på både et organisatorisk, sundhedsprofessionelt og patientorienteret niveau er genstand for forskning.

FORORD AF BRENDAN MCCORMACK



Forfatter: *Brendan McCormack, Professor, Leder af Susan Wakil School of Nursing and Midwifery (inkl. Sydney Nursing School) & dekan, Fakultet for Medicin og Sundhed, Universitetet i Sydney. Adjungeret professor på Syddansk Universitet.*

Professor Brendan McCormack D.Phil (Oxon.), BSc (Hons.), FRCN, FEANS, FRCSI, PGCEA, RMN, RGN, FAAN, MAE

Adjungeret professor i sygepleje, Maribor Universitet, Slovenien; Besøgende professor, Ulster Universitet; Adjungeret professor, Sjællands Universitetshospital/Syddansk Universitet, Danmark.

Brendans forskning fokuserer på personcentrering med særlig vægt på udvikling af personcentrerede kulturer, praksisser og processer. Han har engageret sig i dette arbejde på alle niveauer fra teoriudvikling til implementeringsvidenskab og videre til udvikling af redskaber, testning og evaluering. Han er metodologisk alsidig, men er mest hjemme i deltagende-/aktions-forskning. Selvom han har særlig ekspertise inden for gerontologi og demenspraksis, har hans arbejde spændt over alle specialer og er tværprofessionelt. Han har også et særligt fokus på brugen af kunst og kreativitet i sundhedsforskning og -udvikling. Brendan har mere end 600 offentliggjorte resultater, herunder 240 peer-reviewed publikationer i internationale tidsskrifter og 12 bøger. Brendan er medlem af The European Academy of Nursing Science, Royal College of Nursing, Royal College of Surgeons i Ireland og American Academy of Nursing. I 2014 blev han tildelt 'International Nurse Researcher Hall of Fame' af Sigma Theta Tau International. Senest blev Brendan præsenteret i Wiley Publishers 'Inspiring Minds' kortfilmserie <https://www.youtube.com/watch?v=13c5C-tbcT4>. I 2022 blev Brendan valgt som medlem af The Academia Europaea.

Vi lever bestemt i mærkelige tider, når det kommer til sygepleje og sygeplejefaget! På den ene side støder vi på et overromantiseret 'helte og engle' billede af sygepleje, hvor en god 'uddannelse' i kliniske færdigheder og et stort hjerte er alt, hvad vi behøver for at yde god pleje. På den anden side er beviserne for, at højtuddannede sygeplejersker påvirker patientoplevelsen og resultatet af sygeplejen, ubestridelige (se en samling af artikler, der omhandler dette emne her: <https://www.nursing.upenn.edu/chopr/>). Vi ved, at sygeplejersker rundt om i verden kæmper for at få deres unikke sygeplejeviden, færdigheder og ekspertise anerkendt, tilstrækkeligt aflønnet og støttet gennem finansieret kontinuerlig faglig udvikling. Derudover, og sandsynligvis lige så bekymrende, er en desperation hos mange sygeplejeledere for at besætte ledige stillinger, hvilket resulterer i en udtynding af ansatte sygeplejerskeuddannede, som i stedet erstattes med en række 'sygeplejeassistent' roller, eller som jeg har været vidne til på første hånd: ansættelsessamtaler, der går i retning af "vi har bare brug for et par varme hænder til at dække disse vagter!"

Og så kommer en bog som denne! Det mod, som medforfatterne af denne bog har vist, kan aldrig undervurderes, da de har vist den slags lederskab, der er nødvendigt i et sundhedssystem for at fremme sygeplejeforskning. I størstedelen af min karriere har jeg været ansat i klinisk-akademiske stillinger – fra underviser/praktiker-roller til direktør for sygepleje/professor i sygepleje og alt derimellem. Jeg kender på første hånd de udfordringer, der opstår, når man vil sikre, at sygeplejeforskning får den anerkendelse og respekt, den med rette bør have i et sundhedssystem, især et akademisk sundhedssystem, såsom et universitetshospital. Jeg genkender de 'kampe', jeg har været nødt til at tage for at få ansat en professor i sygepleje i et system, der (bogstaveligt talt) ansætter hundreder af medicinprofessorer, og de udfordringer, der er forbundet med at etablere sikre ansættelseskontrakter, der afspejler de sygeplejefaglige professorers akademiske niveau og ekspertise. I 2022 udgav The Journal

of Clinical Nursing et særnummer dedikeret til kliniske akademiske karrierer inden for sygepleje: ("Issue Information," 2022). Samlingen af artikler belyste de forskellige roller, som sygeplejefaglige forskere har i klinisk praksis, fremhævede virkningen, som deres arbejde har på patientoplevelse og resultaterne af plejen, samt kastede lys over de mange barrierer, som sundhedsorganisationer og universiteter skaber for klinisk-akademiske sygeplejersker i. I det særnummer fremhævede Avery et al (Avery et al., 2022, p. 406) behovet for tydeligere karriereveje og større ensartethed på tværs af kliniske og akademiske afdelinger, men nævnte også de mest almindelige barrierer for succesfulde klinisk-akademiske karrierer relateret til usikre forskningsroller, manglende ledige stillinger og finansiering af disse stillinger. I min nuværende stilling som dekan for sygepleje på en undervisningsinstitution for sygepleje og jordemoderskab, der er stærkt engageret i klinisk-akademiske forskningsstillinger, bekymrer det mig med de bestræbelser, som mine kolleger og jeg skal gennemgå for at bevise værdien (økonomiske og plejemæssige resultater) af en sygeplejefaglig professor i sundhedssystemet og omfanget af den forventede indflydelse fra en enkelt professorstilling.

Forfatterne af denne bog viser os, hvordan vi kan komme ud over sterile og uproduktive processer ved at anvende en helhedsorienteret tilgang til integration af sygeplejeforskning i et sundhedssystem. De bibringer alternative måder at lede forskning og evidens i praksis og viser i processen, hvordan deres egen forsknings- og undersøgelsesekspertise er vokset. Som en person, der har fokuseret min forskningskarriere på udvikling af kulturer, der kan gøre det muligt for alle personer at blomstre, tilbyder denne bog mange lektioner, der kan omsættes til praksis i andre organisationer. Hvorfor er dette så vigtigt, ud over spørgsmålet om klinisk-akademiske roller i sig selv?

Brugen af udtrykket 'varme hænder' er fornærmende og nedværdigende, men endnu værre, så dehumaniserer udtrykket sygeplejerskers personlige værdier og viden (red. Oversat fra Personhood) og deres ekspertise.

Ironisk nok vil mange sygeplejefaglige ledere, der bruger dette udtryk, fortsætte med at fremme en personcentreret pleje for patienterne, som om de to (sygeplejerskens personlige værdier og viden og patientens personlige værdier og viden) ikke er forbundet! Begrebet 'personlige værdier og viden' er kernen i vores væren. Det er det, der adskiller mennesker fra andre arter. Personlige værdier og viden i sin enkleste form betyder at være i stand til at reflektere over min tilstedeværelse i verden – tilstedeværelsen med mine værdier (hvad jeg står for), tilstedeværelsen i tid (hvorfor jeg reagerer, som jeg gør), tilstedeværelsen på stedet (hvor jeg er mest tilpas), tilstedeværelsen i den sociale verden (hvordan konteksten påvirker min adfærd) og tilstedeværelsen i relationer (mennesker, jeg kan være mig selv med (være autentisk med)). Refleksivt at forstå min tilstedeværelse i verden hjælper mig med at kende mig selv som person og i konteksten af sygeplejepspraksis - hjælper mig med at forstå, hvordan jeg kan yde personcentreret pleje.

Hvorfor er dette betydningsfuldt? En undersøgelse (Berlin et al., 2022) viste, at arbejdsmiljøet var den vigtigste faktor, der påvirkede sygeplejerskers beslutning om at blive i deres nuværende stilling. Øverst på listen over faktorer, der påvirkede denne beslutning, var 'at have betroede kolleger', men det var tæt forbundet med arbejdets meningsfuldhed, en følelse af sikkerhed og at føle sig værdsat af organisationen – grundlæggende ønsker sygeplejersker, at kolleger og organisationen respekterer deres personlige værdier og viden! Som sygeplejersker, der yder pleje, hvis vi skal gøre det fra et personcentreret perspektiv, så skal vi arbejde på arbejdspladser og i organisationer, hvor vores personlige værdier og viden er lige så værdsat som patientens og andre sundhedspersoners. At antyde andet er at devaluere sygeplejerskers menneskelighed og kompromittere deres personlige værdier og viden. Betydningen af personcentreret pleje kan aldrig undervurderes, og vi bør aldrig tage dens fokus i sygeplejepspraksis for givet. Der er rigeligt med beviser, der viser vigtigheden af eksistensen af en personcentreret kultur, hvis vi skal fremme per-

soncentreret pleje for patienter. I mere end tyve år har jeg arbejdet helhedsorienteret i udviklingen af personcentrerede kulturer i sundhedsvæsenet. Gennem denne erfaring og tilhørende beviser er jeg klar over, at hvis praksiskonteksten ikke er befordrende for personcentreret praksis, så kan personcentreret pleje ikke opretholdes. Forfatterne i denne bog viser os, hvordan man i en travl, ubønhørlig, krævende og kompleks verden af daglig praksis, stræber efter disse måder at være, gøre og blive på, gør forskellen mellem sygeplejersker, der 'udøver praksis' og 'engagerer sig i praksis'. De viser os også, hvordan en 'sundhedsskabende kultur' (resultatet af implementeringen af disse organisatoriske og praksiskonstruktioner) kan se ud og føles, når denne form for lederskab vises – kvaliteter som fælles beslutningstagning, samarbejdende medarbejderrelationer, faciliterende lederskab og implementering af innovative praksisser. I sidste ende viser de os, hvordan sygeplejersker kan hjælpes til at blomstre i deres arbejde.

Sygeplejen står over for mange globale udfordringer, og særligt nu må vi ikke vende ryggen til de store rekrutteringsdagsordener og på en eller anden måde tro, at vi kan afvise behovet for sygeplejeekspertise eller ignorere de beviser, der tydeligt viser behovet for personcentrerede organisationskulturer. Derimod må alle sygeplejefaglige ledere stå sammen og udvikle integrerede strategier for at fremme implementeringen af de beviser, der tydeligt viser virkningen af sygepleje på patientresultater og virkningen af organisationskultur på sygeplejerskers fastholdelse. At beslutte sig for at have et personcentreret fokus gør det muligt for os at overveje alle personers trivsel og sikre, at vi proaktivt udvikler arbejdspladskulturer, der respekterer alle personer. Der er ingen hierarki af privilegier, når det kommer til at respektere personer. Enhver strategi, der måtte gøre dette, risikerer at kompromittere sit erklærede mål: at have vidende, ekspert- og personcentrerede teams, der har som deres centrale fokus at levere evidensbaseret personcentreret pleje.

Brendan McCormack

Head of School & Dean | The Susan Wakil Professor of Nursing
Susan Wakil School of Nursing and Midwifery (Sydney Nursing School)
Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney, Australia
brendan.mccormack@sydney.edu.au

REFERENCES

- Avery, M., Westwood, G., & Richardson, A. (2022). Enablers and barriers to progressing a clinical academic career in nursing, midwifery and allied health professions: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 31(3–4), 406–416. <https://doi.org/10.1111/jocn.15673>
- Berlin, G., Bruce, D., Lapointe, M., Luthra, K., & Maud, M. (2022). *Should I stay, or should I go? Australia's nurse retention dilemma*. (p. 16). McKinsey & Company. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/should-i-stay-or-should-i-go-australias-nurse-retention-dilemma#/>
- Issue Information. (2022). *Journal of Clinical Nursing*, 31(3–4), i–i. <https://doi.org/10.1111/jocn.16222>

FORORD AF SHAUN CARDIFF



Forfatter: *Shaun Cardiff, seniorforsker og underviser, Fontys University of Applied Sciences, Eindhoven, Holland*

Shaun begyndte at arbejde som sygeplejerske i London. Senere flyttede han til Belgien og arbejdede i Holland. Jer lærte han vigtigheden af kultur og at det, vi opfatter, ikke nødvendigvis er alt, hvad der er. Han mener, at selvom der er mange kræfter, der konstant påvirker vores tænkning, væren og udvikling, både individuelt og kollektivt, besidder vi også potentialet til at påvirke andre og miljøerne omkring os. Han tror, at moralsk sygeplejeledelse handler om at finde og muliggøre disse potentialer, både i sig selv og andre, for det fælles bedste.

Som underviser og forsker ved Fontys University of Applied Sciences (Holland), med speciale i personcentreret praksis og sygeplejeledelse, bliver jeg ofte begejstret, overrasket og nogle gange bekymret over de historier, som sygeplejeledere i praksis fortæller om, hvordan de håndterer hverdagens muligheder og udfordringer. Jeg beundrer ofte deres modstandsdygtighed, når de forsøger at balancere de ofte modstridende krav fra højere ledelse og kollegaer. Aktuelt virker det som om, at højere ledelse og udviklingsafdelinger efter COVID-19 antager, at alt er 'business as usual', mens virkeligheden er, at pandemien kun har accelereret den forudsatte mangel på kvalificeret sygeplejepersonale (Heinen et al., 2013). Desværre hører jeg alt for ofte dedikerede sygeplejeledere og sygeplejersker kæmpe for at imødekomme kravene om at innovere og levere excellent sygepleje, samtidig med at de konstant konfronteres med personalemangel på hver vagt og ofte med flere midlertidige end faste medarbejdere.

Sygeplejemanglen er et komplekst problem med mange sammenhængende faktorer, og der er ingen enkel løsning. Dog spiller sygeplejeledelse i praksis en afgørende rolle (Cardiff et al., 2023). Dette illustreres tydeligt i fortællingerne (narrativerne) fra sygeplejeledere ved Sjællands Universitetshospital (SUH).

At læse fortællingerne fra disse passionerede, transformative og personcentrerede ledere bekræftede min tro på, at god ledelse har brug for en støttende kontekst, hvis positiv og bæredygtig forandring skal opnås. Jeg observerede det under mit eget ph.d.-studie og har for nylig været vidne til det, mens jeg faciliterede hollandske og belgiske afdelingssygeplejersker, der ønskede at forbedre sygeplejerskernes fastholdelse. Ledelse på alle niveauer i en organisation skal adresseres, hvis udfordringen med sygeplejerskemanglen skal løses. Alle ledere, uanset deres position i hierarkiet eller organisationsdiagrammet, skal være reflekterende, personcentrerede, deltagende, inkluderende og samarbejdende, så hele systemets transformation kan skabe sunde (arbejdsplads)kulturer, hvor både brugere og personale kan blomstre og komme til deres ret, dvs. hvor personcentreret pleje (McCormack et al., 2021) og personcentreret ledelse (Cardiff et al., 2018) kan praktiseres. I den resterende del af denne forord vil jeg gerne forklare lidt mere om, hvad jeg mener med dette udsagn.

I Holland bruges udtrykket 'excellent sygepleje' normalt til at betegne personcentreret, evidensbaseret og sikker sundhedspleje. SUH har tydeligvis også denne ambition. Fortællingerne i denne bog viser, hvordan det at overføre sådanne ambitioner til daglig professionel pleje normalt kræver grundlæggende ændringer i arbejdspladsens strukturer og processer, samtidigt med ændringer i indlejrede måder at tænke, være og gøre på. Det kræver også transformativt lederskab, dvs. ledere, der viser vejen, inspirerer til en fælles vision, udfordrer status quo, og gør det muligt for andre at handle og have hjertet med i deres beslutninger (Kouzes & Posner, 2007). Meget ofte ser forandringsagenter primært på strukturer og

processer, der hævdes at fremme sikker, evidensbaseret pleje, f.eks. uddannelse af sygeplejersker i forskningsevalueringsfærdigheder; oprettelse af journal clubs; udvikling af specialiserede og avancerede sygeplejeroller; udvikle, formidle og oversætte kliniske retningslinjer og protokoller; afholdelse af tværfaglige konferencer osv. Selvom disse er værdifulde 'interventioner', er måden, de implementeres og ledes/faciliteres på, også af afgørende betydning, hvis de også skal fremme personcentreret praksis. Leder- og ledelsesudvikling er nøglen til bæredygtige personcentrerede praksisser.

Vi kan læse her i teksterne fra SUH, hvordan overgangen fra at være provinssygehus til at blive universitetshospital, havde stor indflydelse på en visionær sygeplejedirektør og sygeplejeledere til at etablere et klinisk professorat og en organisationsstrategi for at fremme sygeplejen. Deres strategiske arbejde banede vejen for udviklingen af nye forskningsroller samt strukturer og processer på mikro-/enhedsniveau. Heldigvis var der også erkendelsen af, at det ikke nødvendigvis ville ske blot ved at 'sige det'. Fortællingerne er derfor et vidnesbyrd om vigtigheden af leder- og ledelsesudvikling, når ledelsen ønsker at lede sygeplejersker mod at levere excellent sygepleje. Dette minder mig om, hvorfor jeg ofte stiller ledere fire grundlæggende spørgsmål, før jeg inviterer dem til at beskrive, hvordan de leder: Hvad leder du? Hvem leder du? Hvor vil du lede dem hen? Hvorfor dig og hvorfor derhen? Organisations-/sygeplejestrategien synes for mig at være et vigtigt værktøj for SUH-ledere til at besvare disse fire grundlæggende spørgsmål og dermed give mening (og motivation) til deres ledelsesarbejde. ERFA-grupper og journal clubs var en værdifuld kilde til lederstøtte, men måden, de blev faciliteret på, er sandsynligvis af større betydning. At skabe sikre, kritiske og kreative læringsmiljøer er ekstremt vigtigt for lederudvikling. Jeg hører ofte ledere fortælle, hvor værdifulde og støttende de finder disse rum, da de ofte føler sig meget ensomme i deres daglige praksis. Arbejdet på SUH viser også, hvor vigtigt det er at inkludere ledere i praksis i strategiens udvikling, hvis overførslen af strategien til lokale arbejdsplads-/enhedsstrukturer, processer, roller

og praksis skal blive en realitet. Samlingen af fortællinger er et fint eksempel på CIP- principperne (Collaboration, Inclusion & Participation) for praksisudvikling (Manley et al., 2021), der kan anvendes til at guide organisatorisk transformation.

I deres bestræbelser på at fremme en forskningskultur inden for sygepleje skabte sygeplejelederne på SUH nye forskningsroller og stillinger inden for hospitalets enheder og afdelinger. Denne udviklingsrejse har været udfordrende, men fremskridt er tydelige i fortællingerne. Differentiering af sygeplejearbejde er også en aktuel udfordring i Holland. En kandidatgrad i sygeplejevidenskab opstod først i 1979, og antallet af sygeplejefaglige professorer og direktører er først begyndt at stige ved årtusindskiftet. Etableringen af en professionsbachelor-uddannelse i sygepleje har bidraget til flere akademisk uddannede sygeplejersker, men ikke uden kritik, skepsis eller modstand. Mange forsøg på at fremme differentiering inden for sygeplejearbejde er mislykkedes, ofte på grund af stærk modstand inden for sygeplejefællesskabet selv. Men tiderne ændrer sig, og et nyligt RN2BLEND-projekt (RN2Blend, 2025) afdækker eksempler på (universitets)hospitalet, der med succes introducerer og udvikler differentiering i sygeplejearbejde sammen med ansættelse af forskeruddannede sygeplejersker i kliniske forskerroller. Ligesom SUH finder de også, at succes ikke blot er et spørgsmål om at sætte ideer på papir. Aktiv støtte fra personer i strategiske positioner inden for organisationen er nødvendig for at skaffe ressourcer. En klar vision for klinisk sygeplejeforskning er også nødvendig sammen med robuste sygeplejeforskere, der er engagerede i at samarbejde med sygeplejersker/MVU i klinisk praksis (Martini et al., 2021). Hvad RN2BLEND-projektet ikke eksplicit fremhæver, er den rolle, sygeplejeledere på forskellige niveauer spiller i denne transformationsproces. Man kan derfor lære meget af at læse SUH-ledernes fortællinger.

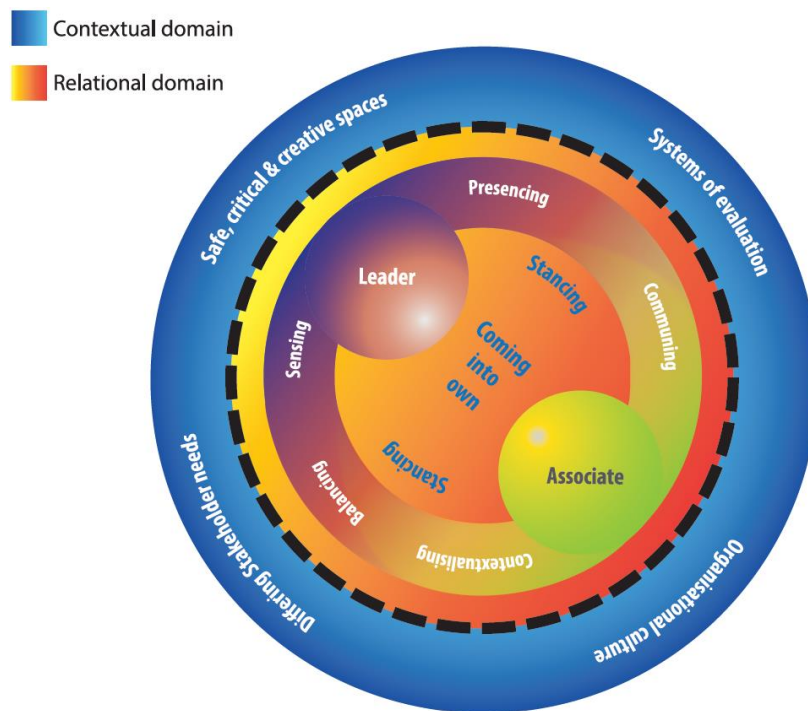
Ud fra min læsning af SUH-ledernes fortællinger, havde disse ledere brug for at være katalysatorer og facilitatorer for forandring. De skulle forstå

de teoretiske grundlag og rammer for personcentreret, evidensbaseret og sikker sygepleje, selvom de ikke selv var aktivt engageret i praktisk sygepleje. De skulle også forstå de nødvendige færdigheder for at skaffe midler og udføre klinisk sygeplejeforskning samt vidensdeling, selvom de ikke selv var aktive forskere. Med andre ord skal ledere forstå, hvad der er nødvendigt i konteksten, hvis de skal lede aktørerne (professionelle sygeplejersker på alle uddannelsesniveauer og i forskellige roller) til at realisere den ønskede vision. Fortællingerne viser, hvordan lederne lærte ved at handle, ved selv at undersøge, hvordan man leder en sygeplejekultur, der inkluderer forskning og excellent sygepleje. Igen skal det ikke undervurderes, at faciliteringen fra en klinisk professor og en sygeplejehoved, der viste vejen, inspirerede til en fælles vision, udfordrede status quo, gjorde det muligt for dem at handle og have hjertet med. Hvad fortællingerne også afslører, er, at ledelse bør være både personcentreret og transformativ. En personcentreret tilgang til pleje og ledelse er baseret på en grundlæggende tro på gensidig respekt for personlighed og retten til selvbestemmelse. Mens sundhedsprofessionelle kan finde støtte og inspiration i den personcentrerede praksisramme (McCormack et al., 2021), findes der også rammer, der kan støtte ledere i at blive mere personcentrerede (Cardiff et al., 2018) og/eller lede sygeplejersker til at blive personcentrerede praktikere (Lynch et al., 2011).

Personcentreret ledelse er en relationel tilgang til ledelse, hvor ledere fokuserer mere på at gøre det muligt for praktikere at komme til deres ret end på plejeeffektivitet og produktivitet. Mange af SUH-ledernes fortællinger taler om vigtigheden af at opbygge stærke relationer, og Britta Louise Schacks fortælling i kapitel 8 beskriver mange af de lederattributter og processer, der findes i den personcentrerede ledelsesramme (Cardiff et al., 2018). Når leder og medarbejder får mulighed for at udfolde deres potentialer, trives de begge. For at opnå dette arbejder ledere kontinuerligt på at opbygge relationelle sammenhænge ved at være opmærksomme på sig selv, den anden og konteksten for at kunne reagere passende.

1. De er til stadighed opmærksomme og bruger alle deres sanser til at få viden om den anden person og får dette bekræftet (*sensing*).
2. De afstemmer den anden persons behov med deres egne behov; se og forstå, hvordan flere roller og kontekster påvirker, hvordan en person har det lige nu (*contextualising*).
3. De er der for den anden person og tænker med dem snarere end for dem (*presencing*).
4. De engagerer sig i handlingsorienterede dialoger (*communing*).
5. De anvender den indsamlede information til at bestemme, hvordan man bedst positionerer sig i forhold til medarbejderen (*stancing*). Den valgte position kan være at lede ved at gå forrest (tilbyde at være rollemodel), eller at lede fra siden (give instruktioner, hvor medarbejderen føler sig tryk ved at handle alene). Nogle gange er det nødvendigt at lede sammen med (arbejde tæt sammen, balancere udfordringer med meget støtte) og andre gange er ledelse bagved det rigtige valg (træde tilbage og observere, hvad der sker). En personcentreret leder bevæger sig konstant mellem alle fire positioner, mens de reagerer på ændringer hos medarbejderen, sig selv og/eller konteksten. Denne konstante bevægelse får ledelse til at føles mere som en dans end en opgave, der skal udføres. Mens de danser, vil lederen og medarbejderen påvirke og blive påvirket af de omgivende kontekstuelle faktorer såsom organisationskulturen, behovene hos andre interessenter (andre fagfolk og brugere), evalueringer af pleje og ledelse, samt indholdet af sikre, kritiske og kreative kommunikationsrum såsom journal clubs, ERFA-grupper og teambuilding workshops. At være opmærksom på sådanne dynamikker og reagere passende er komplekst, og følgende lederkarakteristikker er yderst hjælpsomme: være autentisk opmærksom på andre og omsorgsfuld; kende sig selv og forstå relationelle dynamikker; være tålmodig, åben og positiv; være villig til at vise sin egen sårbarhed; være reflekterende (bevidst om, hvordan

man selv påvirker situationer). I sidste ende ønsker personcentrerede ledere at fremme sunde kulturer.



Figur 1 Ramme for personcentreret ledelse (Cardiff et al., 2018).

Arbejdspladskulturer (måden tingene gøres på arbejdspladsen) påvirker kraftigt praksisudvikling og personaleansættelse og -fastholdelse. Ideelt set bør arbejdspladskulturer værdsætte: personcentreret, evidensbase-ret og (holistisk) sikker pleje med livslang læring og positiv tilgang til forandringer; arbejdsmetoder, der inkluderer åben kommunikation, udfordring og støtte; samarbejde med, inklusion af og deltagelse fra interesser, teamwork og ledelsesudvikling (Manley et al., 2011).

Disse værdier bør ikke kun dokumenteres i en fælles vision og mission, men også muliggøres gennem formelle strukturer og processer for læring, evaluering og delt ledelse. Når man forsøger at dyrke sådanne kulturer, bør ledere i praksis fokusere på: udvikling af kollektiv ledelse, hvor alle kan bruge deres talenter eller læringsbehov til at tage føringen på noget; eksplicit fremme og genbesøge betydningen af de værdier, der er forbundet med effektive arbejdspladskulturer; skabe og facilitere sikre,

kritiske, kreative og aktive læringsrum; fokusere på og rammesætte ønsket forandring i forhold til det, der betyder noget for medarbejdere og brugere, hvad de betragter som 'forandring til det bedre' (Cardiff et al., 2020). Selvom denne bog ikke indeholder fortællinger fra medarbejdere og brugere (hvilket ville være en god trilogi!), viser ledernes fortællinger, hvordan de forsøger at og opnår succes med at udvikle forskningskulturer inden for sygepleje samtidigt med sunde arbejdspladskulturer, dvs. kulturer hvor medarbejdere og brugere er "støttet og i stand til at maksimere deres potentiale i overensstemmelse med deres værdier" (McCormack et al., 2021, p. 29).

Så hvad er mine afsluttende tanker? Jeg tager hatten af for SUH's ledelsesteam. For det arbejde, de allerede har udført, det arbejde, de fortsætter med, og delingen af deres fortællinger i denne bog. Selvom ændringen i status fra provinssygehus til universitetshospital måske har medvirket til en forandring af sygeplejekulturen, er det tydeligt, at udvikling af tværgående og reflektiv ledelse inden for sygeplejen er afgørende. Dette kan skabe en kultur kendetegnet ved excellent sygepleje og dermed en arbejdsplads, hvor sygeplejersker gerne både vil arbejde og forske i sygepleje.

REFERENCES

- Cardiff, S., Gershuni, O., & Giesbergen-Brekelmans, A. (2023). How local, first-line nurse leaders can positively influence nurse intent to stay and retention: A realist review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19–20), 6934–6950. <https://doi.org/10.1111/jocn.16813>
- Cardiff, S., McCormack, B., & McCance, T. (2018). Person-centred leadership: A relational approach to leadership derived through action research. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15–16), 3056–3069. <https://doi.org/10.1111/jocn.14492>
- Cardiff, S., Sanders, K., Webster, J., & Manley, K. (2020). Guiding lights for effective workplace cultures that are also good places to work. *International Practice Development Journal*, 10, 1–20. <https://doi.org/10.19043/ipdj.102.002v2>
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I. S., Moreno Casbas, T., Ball, J., & Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174–184. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019>
- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (2007). *The Leadership Challenge, 4th Edition* (4th edition). Jossey-Bass Inc Pub.
- Lynch, B. M., McCORMACK, B., & McCANCE, T. (2011). Development of a model of situational leadership in residential care for older people. *Journal of Nursing Management*, 19(8), 1058–1069. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01275.x>
- Manley, K., Sanders, K., Cardiff, S., & Webster, J. (2011). Effective workplace culture: The attributes, enabling factors and consequences of a new concept. *International Journal of Practice Development*, 1, Article 1.
- Manley, K., Wilson, V. J., & Oye, C. (Eds.). (2021). *International Practice Development in Health and Social Care* (2nd edition). Wiley-Blackwell.
- Martini, D., Schalkwijk, H., Smid, G., Schoonhoven, L., & Lalleman, P. (2021). *Uniform en Onderzoek; een leergeschiedenis over de gecombineerde functie van de verpleegkundig onderzoeker in*

Isala [Uniform und Forschung: Eine Lerngeschichte der kombinierten Funktion des Pflegeforschers in Isala] (p. 37). RN2Blend. : <https://rn2blend.nl/sites/default/files/2021-08/Uniform%20en%20Onderzoek%3B%20een%20leergeschiedenis%20over%20de%20gecombineerde%20functie%20van%20verpleegkundig%20onderzoeker%20in%20Isala.pdf>

McCormack, B., McCance, T., Bulley, C., Brown, D., McMillan, A., & Martin, S. (2021). *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice*. John Wiley & Sons.

RN2Blend. (2025, March). *About RN2Blend | RN2Blend*. <https://rn2blend.nl/en/over-rn2blend>

ORDFORKLARING

Den følgende tabel indeholder begreber, som optræder i denne bog. Listen kan bruges af læseren til at forstå organisation og titler brugt i Danmark eller Sjællands Universitetshospital.

Figur 1 er en illustration af hierarkiet for sygeplejersker på Sjællands Universitetshospital.

OBS: Fra 1. januar 2022 blev titler for *Ledende oversygeplejersker* i Danmark ændret til *Chefsygeplejersker*.

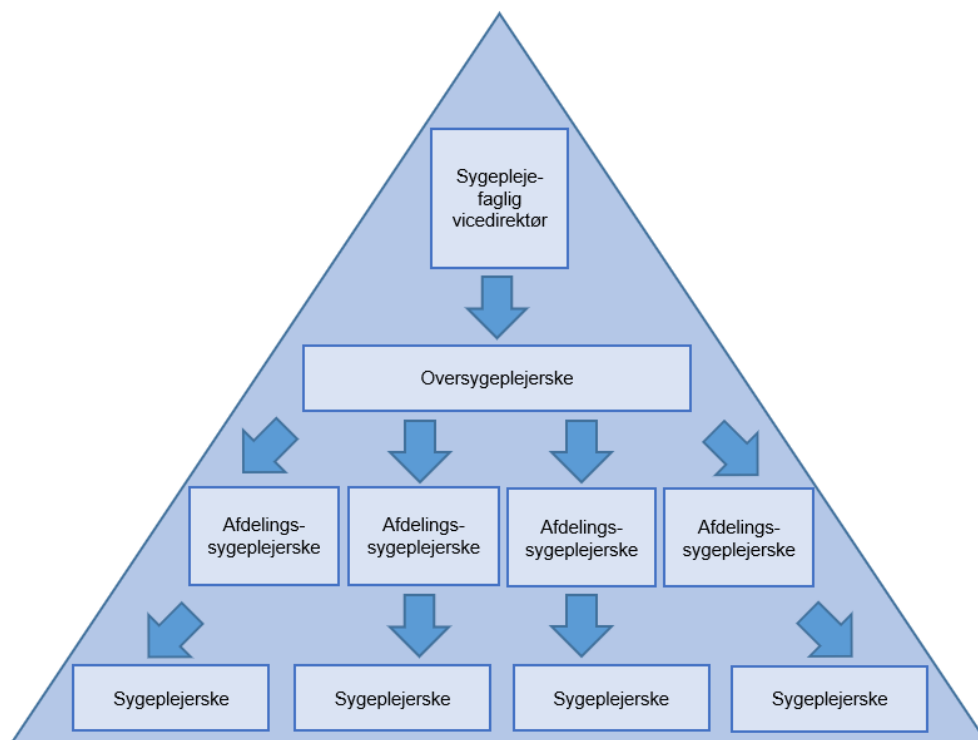
***Afdelingssygeplejersker* blev samtidigt ændret til *Oversygeplejersker*.**

I denne bog benyttes de tidligere betegnelser, da bogens kapitler oprindeligt er skrevet i 2019.

Begreb	Forklaring
Afdelingsledelse	Team bestående af oversygeplejersken og overlægen på afdelingen.
Afdelingssygeplejerske (nu oversygeplejerske)	Mellemlider på en afdeling. Se Figur 1.
Basissygeplejerske/sygeplejerske	I Danmark er sygeplejerskeuddannelsen en fuldtidsuddannelse på 3½ år og 210 ECTS-point
Danmarks Sygeplejerskehøjskole	Postgraduat uddannelse af sygeplejersker frem til 2003.
Erhvervskandidat	En kandidatuddannelse, hvor man kombinerer uddannelse og arbejde i klinikken. Uddannelsen varer 4 år.
Forskningsleder	Sygeplejerske, som er ansvarlig for sygeplejeforskning på afdelingsniveau. Er uddannet på minimum ph.d.-niveau. Titlen er ikke beskyttet.

Kandidatspeciale	Afsluttende opgave ved en kandidatuddannelse.
Kandidatuddannelse (MSc)	En akademisk kvalifikation opnået efter at have afsluttet en bachelorgrad (120 ECTS). For eksempel: MSc i sygepleje, MSc i sundhedsvidenskab. En fuldtids-kandidatuddannelse varer 2 år.
Klinisk sygeplejespecialist	Sygeplejerske med særlige kompetencer/ansvar og som har en master-, kandidat- eller Ph.d.-grad.
Klinisk udviklingssygeplejerske	En sygeplejerske, der har specialiseret sig i klinisk udvikling og implementering af ny sygeplejepsis og har en master- eller kandidatgrad.
Lektor	En forsker med en universitetsstilling, hvor arbejdstiden er fordelt mellem klinisk arbejde og forskning (ofte 10-50 % til forskningstid). Titlen er beskyttet.
Master (uddannelse)	En akademisk kvalifikation opnået efter at have afsluttet en bachelor (60 ECTS + erhvervserfaring). For eksempel: Master of Clinical Nursing, Master of Business Administration Master of Public Management.
Masteropgave	Afsluttende opgave ved en masteruddannelse.
Mellemlang videregående uddannelse (MVU)	Et uddannelsesniveau, der typisk varer tre til fire år og omfatter både teoretisk undervisning og praktisk træning. MVU-uddannelser er ofte karriereorienterede og forbereder studerende til specifikke erhverv eller videregående studier, såsom sygepleje, fysioterapi, jordemoder og radiologi. Uddannelsen hedder også en professionsbachelor.
Mellemlider	For eksempel en afdelingssygeplejerske. Se Figur 1.

Oversygeplejerske (nu chefsygeplejerske)	Øverst ledende sygeplejerske på en afdeling. Se Figur 1.
Projektsygeplejerske	Sygeplejerske ansat i klinisk forskning/forskningsenheder.
Social- og sundhedsassistent	En sundhedsprofessionel, der yder direkte sygepleje og omsorg.
Souschef	En sygeplejerske, der varetager stillingen som souschef med reference til en afdelingssygeplejerske.
Sundhedsplatformen	IT-system/Patientjournal.
Sygeplejefaglig forskningsassistent	En sygeplejerske, der er involveret i sygeplejeforskning og støtter videnskabelige undersøgelser.
Sygeplejefaglig vicedirektør	Øverste sygeplejefaglige leder. Se Figur 1.
Sygeplejerske med specialistfunktion	Sygeplejerske med særlig interesse og kompetencer inden for et klinisk område f.eks. ernæring.



Figur 1 Illustration af hierarkiet for sygeplejersker på Sjællands Universitetshospital.

KAPACITETSOPBYGNING PÅ TVÆRS AF ET HELT HOSPITAL MED FOKUS PÅ LEDELSE



Forfattere: *Bibi Hølge-Hazelton, professor og forskningschef & Mette Kjerholt, forskningsleder*

Redaktørernes refleksioner i 2025

At arbejde med kultur og kulturændringer er en krævende og vedvarende proces. Det vidner denne bogs indhold og interessen for den også om. For vi kontaktes ofte af og sparrer med kollegaer i ind – og udland, om måden vi arbejder med kapacitetsopbygning på. Set fra vores perspektiv er der imidlertid stadig en stor elefant i rummet: den handler om, hvordan vi får etableret en tværfaglig udviklings-, innovations- og forskningskultur, der anerkender og belønner en bred forståelse af, hvad god viden/evidens er, og hvordan og af hvem den produceres og implementeres.

Fremtiden kalder derfor på ledelse med den slags vilje og mod som de sygeplejefaglige ledere i denne bog udviser. Vores håb er, at flere sundhedsprofessionelle ledere fremover vil løfte opgaven sammen og anerkende at forskellige fagprofessionelles perspektiver styrker forsknings- og udviklingskulturer i klinisk praksis.

I 2022 udkom den første version af denne bog på dansk. Bogen viste sig hurtigt at blive populær i Danmark, og vi blev opfordret til at oversætte den til engelsk og lancerede den engelske udgave i 2023.

Ledernes rammer og vilkår ændrer sig konstant, og derfor besluttede vi (red.) at udgive en opdateret version af bogen, hvori forfatterne fik mulighed for at skrive en tilføjelse til deres oprindelige kapitler. Herudover inviterede vi to sygeplejefaglige internationale eksperter i personcentreret ledelse, Brendan McCormack og Shawn Cardiff, til at læse bogen og bidrage med deres refleksioner. Tillige har ledelsesekspert Søren Barlebo skrevet bogens nye efterord.

BAGGRUND FOR BOGEN

På Sjællands Universitetshospital (SUH) har vi arbejdet strategisk med opbygning af forsknings- og udviklingskultur inden for sygeplejen/MVU-området (mellemlang videregående uddannede) siden 2010. Fra den første ph.d.-studerende med sygeplejebaggrund blev ansat i et ”kludetæppekompromis” mellem mange forskellige afdelinger, til i dag, hvor alle afdelinger enten har, eller er i gang med at ansætte forskere med MVU-baggrund i klinisk praksis.

Udgangspunktet og den røde tråd i arbejdet med opbygning af forsknings- og udviklingskultur har overordnet fulgt to spor: For det første skal kapacitetsopbygningen være praksisorienteret og resultere i en positiv udvikling af den pleje og behandling, patienter på SUH tilbydes. Dette finder sted ved at inddrage den bedst tilgængelige viden, forstået som viden - eller evidens - der kommer fra forskning, udvikling, patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle (Thomsen, 2014; Berthelsen, 2019). For det andet skal kapacitetsopbygningen medvirke til at fremme og danne et udviklende miljø for medarbejdere og ledere ved at være konstruktiv, kreativ, inkluderende og synlig på alle niveauer (Hølge-Hazelton, 2014).

Et af de principper, vi hele tiden har arbejdet med, har været, at vi skal være stærke til at dokumentere resultaterne af vores konkrete projekter og samtidig dele vores organisationskulturelle erfaringer. Det har vi blandt andet gjort ved at etablere en e-bogsserie, hvor vi gennem årene har beskrevet processen med at understøtte forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis. Bøgerne består af bogkapitler, der alle er skrevet af medarbejdere på SUH. Nogle af kapitlerne har været udgivet som faglige eller videnskabelige artikler andre steder først, men hovedparten af kapitlerne er skrevet af forfattere med meget lidt eller ingen tidligere erfaringer med at skrive om faglige emner, og det har sin egen pointe. For bøgerne er først og fremmest tænkt til at inspirere andre til at gøre det samme ved at vise, at det ikke er umuligt eller forbeholdt de få at beskrive

og reflektere over sin praksis. Vi har også valgt at lade bøgerne være gratis tilgængelige for alle, fordi vi ikke har ønsket at begrænse adgangen for nogle, der kan bruge vores erfaringer, og fordi det har givet os fuld frihed til selv at bestemme indholdet. Set på de tilbagemeldinger, vi har fået fra forfatterne såvel som læsere fra ind og udlandet, er det en god strategi, fordi det er brugbart og inkluderende.

Frem til 2022 havde vi udgivet fire bøger på dansk, inklusive bogen, du sidder med her (Hølge-Hazelton, 2014; Hølge-Hazelton & Kjerholt, 2022; Hølge-Hazelton & Thomsen, 2015, 2018). Det har været den bog, vi har været allermest spændte på at initiere, redigere og publicere, fordi det var den første bog, der udelukkende er skrevet af ledere. Da vi satte processen med bogen i gang, vidste vi, at der var behov for den, fordi vi ofte havde mødt ledere, der gav udtryk for at savne konkret og realistisk inspiration til, hvordan man kan støtte en forsknings- og udviklingskultur i en travl hverdag. Og til hvordan man kan tage tråden op igen, hvis det mislykkedes første, anden og måske tredje gang, fordi det er en vanskelig opgave - som alt forandrings- og kulturarbejde er. Hvad vi ikke var klar over var, at bogen også ville være interessant uden for Danmarks grænser.

NØGLEBEGREBER

Inden vi giver en kort gennemgang af bogens kapitler, er det på sin plads at introducere nogle af de begreber, flere af forfatterne anvender i kapitlerne: Personcentreret praksis og CAPAN. Begreberne vil være kendte for mange ledere og medarbejdere på SUH, men ikke nødvendigvis for andre.

PERSONCENTRERET PRAKSIS

På SUH har vi en dynamisk vision for MVU-området (Vision, mål og strategier for MVU-området frem mod 2026. Version 2, 2025), som bygger på en personcentreret tilgang til praksis, som etableres gennem pleje- og behandlingsmæssige relationer mellem alle sundhedsprofessionelle, pa-

tienter/borgere og pårørende. En personcentreret tilgang til pleje og behandling understøttes af værdier som gensidig respekt og forståelse, respekt for det enkelte individ og rettigheden til selvbestemmelse. Tilgangen, der er inspireret af professor Brendan McCormack (McCormack & McCance, 2016)¹, bliver mulig, når der er en kultur til stede, som understøtter kontinuerlig udvikling af praksis. Flere afdelinger på SUH arbejder meget konkret med tilgangen, hvilket vil fremgå af nogle af bogens kapitler.

CAPAN

CAPAN er en forkortelse af CAPAcity Building in Nursing, som er navnet på det 5-årige forskningsprogram, der blev initieret i 2017 i forbindelse med oprettelsen af Region Sjællands første professorat i sygepleje. Formålet med CAPAN er at styrke en nysgerrigheds- og eftertænknehedskultur blandt sygeplejersker/MVU-gruppen i forbindelse med overgangen fra et lokalt sygehus til et universitetshospital (Hølge-Hazelton & Lønborg Friis, 2016).

CAPAN har følgende nedslagspunkter, der alle er dokumenteret og implementeret løbende: Sygeplejeambulatorier, udvikling af et generisk refleksionsværktøj samt ledelse af sygeplejen (Hølge-Hazelton, 2019; Thomsen et al., 2019; Pleh et al., 2021)

Herudover består CAPAN af en spørgeskemaundersøgelse til alle sygeplejersker på sygehusene i Region Sjælland. Undersøgelsen, der har fokus på sygeplejerskernes opfattelse af og erfaringer med forskning, udvikling samt rammerne for at arbejde personcentreret, er først og fremmest tænkt som et redskab til udvikling på den enkelte afdeling/sygehus. Skemaet er udviklet af forskere, ledere og klinikere fra SUH, kombineret med et oversat internationalt valideret spørgeskema, Context Assessment Index/CAI (Hølge-Hazelton et al., 2019).

¹ Professor Brendan McCormack blev i 2021 udpeget til gæsteprofessor ved Syddansk Universitet, Onkologisk Afdeling og Palliative Enheder samt Hæmatologisk Afdeling på Sjællands Universitetshospital.

Flere af denne bogs kapitler henviser til CAPAN-undersøgelsen. Det fortæller os, at CAPAN-programmet har været anvendeligt for lederne, helt efter intentionen.

BOGENS KAPITLER

Bogen har to forord, begge skrevet af anerkendte forskere i sygepleje med stort kendskab til personcentreret ledelse i internationale kontekster: Professor Brendan McCormack og seniorforsker Shawn Cardiff.

Bogen består af 11 kapitler skrevet af ledere på SUH. Derudover er bagerst en videnskabelig artikel, vi har udgivet i *Journal of Nursing Management*, om vores erfaringer med at udvikle en journal club for ledere, hvor fokus var at udvikle ledernes kompetencer til at understøtte en forsknings- og udviklingskultur i deres afdelinger (Kjerholt & Hølge-Hazelton, 2018).

Kapitel 1 sætter baggrunden for arbejdet med bogen og giver en kort introduktion til de øvrige kapitler.

Kapitel 2 handler om etableringen af ERFA-grupper for ledende oversygeplejersker/MVU med fokus på deres roller og opgaver med at understøtte forskning og udvikling. Lederne tog selv initiativ til oprettelse af grupperne, der har været i uafbrudt funktion, med skiftende deltagere, i fem år. Kapitlet beskriver detaljeret, hvordan grupperne har udviklet sig og fungerer.

De følgende ni kapitler er skrevet af ledende sygeplejersker² fra Sjællands Universitetshospital:

I kapitel 3 sætter vicedirektør Susanne Friis dagsordenen ved at tegne det store billede op fra de første ambitioner, visioner og strategier, til hvor vi

²At bogen udelukkende indeholder kapitler skrevet af sygeplejersker skyldes, at ingen andre ledere med MVU-baggrund havde mulighed for at bidrage. Det er naturligvis beklageligt.

befinder os i dag. Kapitlet kan med fordel læses som baggrund for de resterende kapitler.

De følgende tre kapitler er skrevet af ledere som gennem mange år har haft fokus på forskning og udvikling:

Ledende oversygeplejerske Helle Gert fra Onkologisk Afdeling og Palliative Enheder beskriver i kapitel 4 sine læreprocesser, ledelsesmæssige prioriteringer og refleksioner i forhold til opbygning af en sygeplejefaglig forskningskultur i en stor afdeling. Hun beskriver ligeledes nogle af de bump, der har været - og stadig er - på vejen i forhold til at integrere forskellige forskningstraditioner i afdelingen. Endelig fremhæves vigtigheden af at vælge forskningsmetoder, der taler ind i sygeplejens kerneværdier, hvis disse skal bevares.

Ledende oversygeplejerske Ole Toftdahl Sørensen fra Kirurgisk Afdeling argumenterer i kapitel 5 for en øget specialisering postgraduat for at kunne matche udviklingen i sundhedsvæsenet. Han beskriver, hvordan han som leder konkret arbejder med at øge antallet af akademisk uddannede kliniske sygeplejespecialister, og hvordan disse integreres i det kliniske arbejde, samtidig med at de får mulighed for at anvende deres akademiske kompetencer.

Ledende oversygeplejerske Lotte Kragh Nielsen fra Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgisk Afdeling tager i kapitel 6 udgangspunkt i tre konkrete og betydningsfulde nedslagspunkter i sin beskrivelse af rejsen frem mod en organisering, der har et klart sygeplejefagligt udviklings- og forskningsrettet fundament. Disse nedslagspunkter er: At have en fælles overordnet strategi for sygeplejefaglig udvikling og forskning, afholdelse af en sygeplejefaglig temadag, hvor etableringen af afdelingens udviklings- og

forskningsfundament blev lagt, og endelig betydningen af at have delta-
get i en journal club for ledere³.

Herefter følger to kapitler skrevet af mellemledere. Kapitlerne beskriver forskellige perspektiver på udvikling og forskning set fra afdelingssygeplejerskers perspektiver.

I kapitel 7 udfolder afdelingssygeplejerske Patricia Vallebo Lindhardt fra Medicinsk Afdeling sine tanker om sin rolle som leder i forhold til vidensdeling. Afsættet er en masteropgave i Business Administration fra 2018 med fokus på videndeling og på, hvilke forudsætninger, der skal til for at fremme videndeling på et universitetshospital. Opgaven sættes i relation til erfaringerne fra COVID-19 pandemien i 2020-2021, blandt andet ved at reflektere over forholdet mellem begreberne leadership og management.

I kapitel 8 beskriver afdelingssygeplejerske Britta Louise Schack fra Hæmatologisk Afdeling, hvordan hun både mentalt og konkret har arbejdet med at skabe en lærings-, udviklings-, og forskningskultur i afdelingen ud fra en aktørinvolverende og personcentreret tilgang. Derudover beskriver Britta hvilken positiv betydning dette har og har haft for både patienter og plejepersonalet.

Bogens sidste tre kapitler er skrevet af tre ledere med hvert deres afsæt.

I kapitel 9 deler ledende oversygeplejerske Birgitte Mortensen fra Neurologisk Afdeling sine refleksioner om, hvordan hun, først som klinisk udviklingssygeplejerske og siden som leder, har arbejdet med afdelingens udviklingskultur ved brug af refleksionssamtaler med nyansatte i sygeplejen med henblik på kompetenceudvikling og fastholdelse.

³For mere om dette initiativ findes som bilag en dansk gengivelse af en videnskabelig artikel, vi har udgivet i Journal of Nursing Management, om vores erfaringer med at udvikle en journal club for ledere mhp. at understøtte en forsknings- og udviklingskultur i deres afdelinger

Kapitel 10 er ledende oversygeplejerske Jytte Hykkelbjerg Bruhn fra Kardiologisk Afdelings bidrag. Kapitlet er baseret på hendes masterafhandling i Public Governance fra 2021, hvori hun stillede spørgsmålet: Er vi i Kardiologisk Afdeling klar til udvikling og forskning, og hvad kræver det ledelsesmæssigt af mig?

I bogens sidste kapitel 11 beskriver ledende oversygeplejerske Karen Marie Ledertough fra Plastikkirurgisk og Brystkirurgisk Afdeling sine overvejelser før og efterfølgende refleksioner om at ansætte den første forskeruddannede sygeplejerske i en afdeling, der er i sin forskningsmæssige spæde vorden. Processen beskrives med stor entusiasme som at "gå pilgrimsvandring på Caminoen", og der redegøres for konkrete eksempler på, hvordan afdelingens læringsmiljø udvikles, samt for personlige overvejelser om at få ansat en sparringspartner.

Bogen afrundes af managing partner i konsulentfirmaet Mobilize Strategy Consulting, Søren Barlebo Rasmussen, der har arbejdet internationalt med strategisk ledelse inden for vidensområdet i årtier og blandt andet står bag forskningsledelsesuddannelser i Danmark, Norge, samt andre steder i Europa.

Tilbage er der bare at skrive tak til de modige og reflekterede ledere og forfattere til bogens kapitler. Vi ved, at det har været en stor opgave, at tiden har været meget knap, og at nogle af jer aldrig har skrevet på denne måde før. Men det er så vigtig en bog, fordi den kan inspirere andre ledere til at tage lignende initiativer. Med bogen her bliver det så tydeligt og konkret, at når ledere tør sætte faglig retning, gå sammen og være åbne overfor nytænkning, så kan rigtig meget lade sig gøre til glæde for patienter, personale og for lederne selv.

God læselyst

Bibi Hølge-Hazelton og Mette Kjerholt, Roskilde 2025

REFERENCER

- Berthelsen, C (2019). *Evidens i sygeplejen. Kort og godt om sygepleje*. Samfundslitteratur. København.
- Hølge-Hazelton, B. (2014). *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis [Research and development culture in clinical practice]*. Region Sjælland.
- Hølge-Hazelton, B. (2019). Pioneers in an old culture. Developing and leading a research and development capacity building program. In T. B. Hafsteinsdóttir, H. Jónsdóttir, M. Kirkevold, H. Leino-Kilpi, K. Lomborg, & I. R. Hallberg (Eds.), *Leadership in Nursing: Experiences from the European Nordic Countries* (pp. 57–68). Springer Nature.
- Hølge-Hazelton, B., Bruun, L. Z., Slater, P., McCormack, B., Thomsen, T. G., Klausen, S. H., & Bucknall, T. (2019). Danish translation and adaptation of the Context Assessment Index with implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 221–229. <https://doi.org/10.1111/wvn.12347>
- Hølge-Hazelton, B., & Kjerholt, M. (Eds.). (2022). *Forsknings- og udviklingskultur—Når ledere har vilje og mod* (1st ed.). Forskningsstøtteenheden.
- Hølge-Hazelton, B., & Lønborg Friis, S. (2016, February 19). Fra sygehus til universitetshospital [From hospital to university hospital]. *Fag & Forskning, Sygeplejersken*, 2016(1), 48–53.
- Hølge-Hazelton, B., & Thomsen, T. (Eds.). (2015). *Forsknings- og udviklingskultur. Fra projekt til publikation [Research and development culture. From idea to publication.]*. Region Sjælland.
- Hølge-Hazelton, B., & Thomsen, T. G. (Eds.). (2018). *Forsknings- og udviklingskultur—Forskere i klinisk praksis [Research- and development culture—Researchers in clinical practice]*. Region Sjælland.
- Kjerholt, M., & Hølge-Hazelton, B. (2018). Cultivating a culture of research in nursing through a journal club for leaders: A pilot study. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 42–49. <https://doi.org/10.1111/jonm.12518>

- McCormack, B., & McCance, T. (2016). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (2nd ed.). John Wiley & Sons Inc.
- Pleh, D. N., Rosted, E., & Thomsen, T. G. (n.d.). Key competences of outpatient nurses, as perceived by patients attending nurse-led clinics – An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/jocn.15557>
- Sjællands Universitetshospital (Ed.). (2025). *Vision, mål og strategier for MVU-området frem mod 2026. Version 2* (p. 30) [Strategi]. Sjællands Universitetshospital. <chrome-extension://efai-dnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://app-rsidxp-cms-prod-001.azurewebsites.net/media/pdmbpo21/mvu-strategi-2024-2026.pdf>
- Thomsen, T. G. (2014). Evidens i klinisk praksis er multifacetteret. In B. Hølge-Hazelton (Ed.), *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis [Research and development culture—In clinical practice]* (pp. 35–48). Region Zealand.
- Thomsen, T. G., Bjerger, C. Y., Scheuer, P., Trebbien, L., & Ringdal, R. W. (2019). KROB-modellen: En model til klinisk refleksion omkring beslutningstagen [The KROB model: a model for clinical reflection regarding decision-making]. *Uddannelsesnyt*, 30(2), 9–15.

ERFA–GRUPPER FOR LEDENDE OVERSYGEPLEJER–SKER/MVU



Forfatter: Bibi Hølge-Hazelton, professor og forskningschef

Foto: Thurid van Steenwijk

EN HELT NY LEDELSESOPGAVE

Ledelse af medarbejdere med forskerbaggrund og arbejdet med at understøtte forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis er en forholdsvis ny opgave for mange ledere (Hølge-Hazelton et al., 2015). Selvom de fleste ledere på oversygeplejerske/MVU-niveau (mellemlang videregående uddannelse) er uddannet på masterniveau, har de sjældent modtaget undervisning i ledelse af forskere eller i, hvordan en forskningskultur understøttes ledelsesmæssigt. Derfor kan opgaven virke vanskelig, selv i afdelinger hvor der allerede er etableret et forskningsmiljø. Dette skyldes, at disse miljøer ofte er centreret omkring lægerne, der stort set alle SKAL forske, hvis de ønsker at fremme deres karrierer. Derfor er der i de fleste afdelinger både lægestuderende og lægeuddannede, der forsker, men det er sjældent noget, sygepleje/MVU-lederne er direkte involveret i. Alligevel er det ikke ualmindeligt, at afdelingerne stiller sygeplejepersonale til rådighed til at assistere med identifikation og rekruttering af patienter eller med dataindsamling. Herudover har mange ledende oversygeplejersker/MVU sammen med den ledende overlæge, ansvar for budgetter, som inkluderer underskudsgarantier til ph.d.-studerende og/eller direkte støtte til forskningsprojekter eller forskningsenheder.

Da vi strategisk begyndte at fokusere på at etablere en forsknings- og udviklingskultur på SUH, blev ansættelse af ph.d.-studerende eller ph.d.-uddannede med MVU-baggrund formuleret som en klar del af den overordnede strategi. Dette var i overensstemmelse med den regionale forskningspolitik, som i flere versioner understregede behovet for udvikling af forskningskapacitet inden for sygepleje/MVU, men det var en helt ny opgave for MVU-ledere.

INTEGRERING AF FORSKERE I KLINISK PRAKSIS ER EN SVÆR LEDELSESGRAV

Da vi begyndte denne rejse, indså vi hurtigt, at ansættelse af ph.d.-studerende ikke var det rigtige første skridt. For det første havde kun én person med MVU-baggrund de formelle kvalifikationer til at vejlede ph.d.-studerende, men endnu vigtigere var, at der ikke fandtes en kultur for at inkludere ph.d.-studerende i klinisk praksis. Derfor valgte vi at opfordre oversygeplejerskerne til at ansætte forskningsuddannede i stillinger som post-docs eller adjunkter, hvis roller var at etablere forskningskulturer i klinisk praksis, herunder at udføre praksisrelevant forskning.

De første erfaringer med disse ansættelser viste, at det er afgørende, at sygeplejefaglige ledere selv har mulighed for at udvikle, uddanne og deltage i de ledelsesmæssige aspekter af forskning og udvikling (Hølge-Hazelton et al., 2015). Derfor gennemførte vi i 2016 to journal clubs for ledere med udgangspunkt i litteratur om ledelse af forskning (Kjerholt & Hølge-Hazelton, 2018). Evalueringerne af de afholdte journal clubs viste, at lederne oplevede et stort behov for yderligere erfaringsudveksling.¹

Denne læring blev yderligere understreget af en mail fra en oversygeplejerske, som havde ansat en sygeplejeforsker. Mailen blev sendt til mig som forskningsleder i sygepleje i foråret 2017:

¹ Læs mere om journal clubs for ledere i bilaget.

Kære Bibi

Jeg har behov for og et ønske om at etablere en netværksgruppe, for ledende sygeplejersker på oversygeplejerske-niveau, der leder forskere på postdoc-/lektor-niveau.

Vil du anbefale mig selv at tage et initiativ, eller vil du / kan du, facilitere et sådan netværk????

ETABLERING AF DEN FØRSTE ERFA–GRUPPE

At en ledende oversygeplejerske selv tog dette initiativ, opfattede jeg som meget afgørende og som udtryk for, at nogle af lederne nu var klar til at udvikle denne del af deres ledelsesrum. I vores overordnede strategiske tilgang til opbygning af forsknings- og udviklingskultur var vi helt eksplicit funderet i aktionslæring og aktionsforskning og dermed optaget af, at initiativer til forskning og udvikling skulle udspringe fra praksis og give mening og ejerskab for deltagerne (Hølge-Hazelton, 2014). Jeg tog derfor med glæde imod opfordringen og tilbød at facilitere en gruppe, som jeg havde faciliteret mange andre grupper før. Jeg foreslog, at gruppen blev organiseret som en Erfaringsgruppe (ERFA), baseret på Action Oriented Research og Action Learning (McGill & Beaty, 2001).

Det specifikke mål med ERFA-gruppen var at hjælpe ledere med at lede, støtte og forbedre praksisudvikling og forskningsaktivitet, herunder brugen af evidens inden for deres specialområde. Samtidig understregede jeg, at et eventuelt forløb ville skulle dokumenteres forskningsmæssigt på lige fod med vores øvrige praksisudviklingsinitiativer, for eksempel journal club faciliteringskurser (Faebø Larsen et al., 2015), skrivekurser (Thomsen & Hølge-Hazelton, 2014), journal clubs for ledere (Kjerholt & Hølge-Hazelton, 2018) samt integrering af forskere i klinisk praksis (Hølge-Hazelton et al., 2015; Hølge-Hazelton & Thomsen, 2018).

Baseret på min erfaring med facilitering og supervision, foreslog jeg en ramme for et ERFA-gruppen med seks til otte deltagere, og med anvendelse af reflekterende team som metode. Jeg foreslog også, at vi kunne

inddrage artikler, som fokuserede eksplicit på ledelse af forskere og opbygning af forskningskultur, som inspiration. Forløbet startede med fire gange á to timer med ca. seks ugers mellemrum. Herefter skulle vi evaluere og beslutte et eventuelt videre forløb. Det væsentlige var, at indhold og form var meningsfuldt for lederne, og at initiativtageren selv bragte ideen videre til MVU-ledergruppen med henblik på rekruttering af deltagere. Den pågældende leder drøftede derefter ideen med en anden oversygeplejerske, der også var interesseret i at deltage. Efter et par små justeringer præsenterede lederne ideen for deres kollegaer.

Formålet blev formuleret i samarbejde med initiativtagerne, så deltagelse for den enkelte leder i ERFA-gruppen for forskning og udvikling skulle være:

- At blive opmærksom på det, jeg gør godt
- At lade mig inspirere af de andre til at gøre noget bedre
- I højere grad at blive klar på egen målsætning for sygeplejeforskning
- At få inspiration til, og konkret viden om, videreudvikling af den sygeplejefaglige forskning i egen afdeling og på SUH generelt

Efter dette annoncerede vi den første gruppe, og inden for få dage blev en gruppe bestående af syv oversygeplejersker og en ledende overterapeut etableret.

STRUKTUR OG REGLER I DEN FØRSTE ERFA- GRUPPE

Initiativtagerne havde vurderet, at det var realistisk for lederne at deltage i ERFA-gruppe møder af en varighed på to timer. Det var derfor væsentligt at etablere en tydelig struktur og klare regler for møderne med henblik på at nå hele vejen rundt om det emne, der var sat på dagsordenen. Disse blev gennemgået og udleveret til alle deltagere i forbindelse med det første møde.

Reglerne var formuleret således:

1. Vi starter og slutter til tiden
2. Indholdet af møderne er fortroligt
3. Ingen mobiltelefoner

Deltagerne blev opfordret til at komme i god tid, så alle var klar præcis klokken 9.00, hvor mødet gik i gang. Møderne sluttede aldrig senere end klokken 11.00, så lederne kunne være sikre på, at tiden blev holdt.

Selve processen blev beskrevet på følgende måde:

- Bibi er mødeleder.
- Vi starter med en runde, hvor hver deltager får ca. 5 minutter til at fortælle om de ledelsesmæssige erfaringer, refleksioner og problemstillinger, der er knyttet til dagens tema.
- Det er mødelederens opgave at holde tiden.
- Når runden er færdig, udvælges en enkelt eller to til at gå mere i dybden. Her arbejder vi med et reflekterende team som model
- Det er vigtigt at prøve at undgå at give råd, men i stedet dele erfaringer og refleksioner. Tilbyd ideer, ikke løsninger. Spørg om "hvad og hvordan" i stedet for "hvorfor". Husk at sige *jeg* og ikke *man*.
- Vi afslutter med en runde, hvor hver deltager svarer på spørgsmålet: "Hvad tager jeg med mig fra i dag, som jeg kan bruge til min egen udvikling?"

INDHOLD I DE FØRSTE FIRE ERFA-GRUPPEMØDER

Alle møderne i ERFA-gruppen var tematiseret i samarbejde med deltagerne. Hvert tema blev understøttet med udvalgte artikler, som enten kunne læses før eller efter møderne til inspiration.

Det første tema var "At skifte identitet fra et regionalt sygehus til et universitetshospital. Deltagernes erfaringer med ledelsesmæssige muligheder og udfordringer". Baggrunden for valg af dette tema skyldtes det store fokus, SUH havde fået i forhold til at være blevet regionens flagskib, når det drejede sig om forskning, (læge)uddannelse, hjemtag af specialiserede behandlinger og oprettelse af det nye supersygehus i Køge. En del af dette identitetsskifte var at finde i den nye strategi for sygehuset, "Patienten er alt", men også i strategi og vision for sygeplejen/MVU, der havde sat forskning og udvikling højt på sin dagsorden. To artikler blev anbefalet (Hølge-Hazelton & Lønborg Friis, 2016; Johansen, 2014).

Det næste tema var "At understøtte professionsrettet forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis. Deltagernes erfaringer med ledelsesmæssige muligheder og udfordringer". Dette tema blev valgt med henblik på at skærpe deltagernes opmærksomhed på, hvad forskningskultur er, og hvordan den kan etableres og understøttes ledelsesmæssigt, og på hvordan forskellige professionskulturer kan interagere og reagerer i sådan en proces. To artikler blev anbefalet (Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2017; Staugaard, 2017).

Det tredje tema var "At integrere forskere i klinisk praksis, deltagernes erfaringer med ledelsesmæssige muligheder og udfordringer". Temaet var det, der havde givet anledning til etablering af ERFA-gruppen, men jeg havde foreslået at udsætte det, til de konkrete drøftelser af strategi, kultur og profession havde fundet sted på de første to møder, og til deltagerne kendte hinanden bedre. To artikler blev anbefalet (Hølge-Hazelton et al., 2015; Olsen & Hølge-Hazelton, 2016)

Det sidste tema var "Fremadrettet ledelse af forsknings-og udviklingskultur på Sjællands Universitetshospital, kompetencer og udviklingsbehov". Her tog deltagerne udgangspunkt i en ledelsesmodel for understøttelse af forskning i klinisk praksis (Harrington, 2010). Modellen var tænkt til at skærpe deltagernes opmærksomhed på, hvilken betydning de selv har for

udvikling af forskningskulturen i afdelingen, herunder hvad der kan lade sig gøre i praksis, for eksempel hvor væsentligt det er, at lederne selv efterspørger og italesætter betydningen af evidens udviklet fra sygeplejen/MVU.

EVALUERING AF DEN FØRSTE ERFA- GRUPPE

Deltagerne i gruppen var orienteret fra starten om, at de ville blive bedt om løbende at evaluere møderne, samt at de til sidst ville blive bedt om at give en skriftlig evaluering.

Efter det sidste møde i ERFA-gruppen afsluttede gruppen med en mundtlig evaluering af det samlede forløb. Deltagerne havde været glade for at komme til møderne. Mandag morgen var et godt tidspunkt for de fleste. Gruppen understregede vigtigheden af at prioritere at komme alle fire gange og være med hele tiden, men at der også var forståelse for, at der kunne opstå noget akut, der betød man kom for sent. Dog var der enighed om, at når man først var kommet, skulle man ikke gå før tid. Gruppestørrelsen havde været fin. Herudover tilkendegav deltagerne, at de meget gerne så gruppen fortsætte med en yderligere runde på fire tematiserede møder.

Endelig udvekslede gruppen ideer til styrkelse af den generelle forsknings- og udviklingskultur på tværs af hele SUH. Her tilkendegav de, at de gerne bidrog konkret til gennemførslen af ideerne, som blandt andet omfattede et forslag om at afholde en lederkonference med fokus på forskning og udvikling inden for MVU-området, samt et forslag om at udvikle tilbud til mellemlederne med fokus på udvikling (og forskning).

Udover den mundtlige evaluering blev alle syv deltagere bedt om at besvare et kort spørgeskema, som ses herunder:

EVALUERING AF FØRSTE ERFA-GRUPPE FOR LEDERE

Du har været medlem af en ERFA-gruppe for ledere med det formål at udvikle dig fagligt gennem erfaringsudveksling og videndeling om ledelse af forskere og etablering af forsknings- og udviklingskultur i din afdeling.

1. Mine forventninger til deltagelse i ERFA-gruppen blev indfriet
 - Ud over forventet:
 - I høj grad:
 - I nogen grad:
 - I mindre grad:
 - Slet ikke:
 - Uddyb evt. dit svar:
2. Beskriv her, hvad du fik mest ud af ved at deltage i ERFA-gruppen:
3. Hvis en ny runde ERFA-møder etableres, beskriv da hvilke forventninger du har til egen professional udvikling:
4. Hvis du har andre refleksioner i forbindelse med ERFA-grupperne, er du velkommen til at skrive dem her:

Seks deltagere svarede, at deres forventninger i høj grad var blevet indfriet, en deltager svarede ud over forventet.

På spørgsmålet om, hvad deltagerne fik mest ud af ved at deltage, gik det igen, at det var betydningsfuldt at få et netværk, at der var fortrolighed, og at deltagerne ikke oplevede sig alene med de udfordringer, der er forbundet med opgaver relateret til ledelse af forskning- og udvikling. En deltager med 10 års erfaring skrev:

"Hvis jeg skal evaluere netværk for oversygeplejersker, så har det været fantastisk givtigt at have et lille fortroligt netværk, hvor det har været muligt i al fortrolighed at tage emner op, som har været eller er svære at løse og i netværket fået en super sparring til at komme videre, og har set hvad man skulle

have gjort eller skulle gå hjem og gøre for at kunne løse problemet. Der er blevet fulgt op på, om det var muligt at løse problemet. Det har været i et trygt miljø og i et format, hvor alle kom til orde. Og intet problem var for lille eller for stort.

Det vigtigste har været, at det har været fortroligt, så talen har været fri.

Når gruppen og hele hospitalet er i en svær situation, er der vigtigt at have et netværk, hvor man kan tale om problemerne og få sparring og hjælp.”

En anden leder med +25 års ledelseserfaring skrev:

”At mærke, at man ikke er alene med sine tvivl og udfordringer, håb og ambitioner. Godt at blive inspireret af dem, der er nået længere. Det var også et stort plus at opleve så tydeligt, at uanset faglighed, så er der et fællesskab, som rækker ud over eventuelle faglige forskelle.”

Endelig skrev en deltager med 18 års ledelseserfaring:

”Bekræftelse af, at de overvejelser og handlinger, jeg gør mig om ledelse af området, er gode og udbytterige. En tydelighed i at forskere, med deres forskellige profiler, som andre, skal ledes forskelligt, ikke overraskende. Men også, hvor vigtigt det er, at gøre sig klart, hvilken forskerprofil, der bedst tilgodeser afdelingens aktuelle behov og som matcher den udviklingsstrategi, man gerne vil fremme.”

På spørgsmålet om, hvad en eventuel ny runde ERFA-møder ideelt skulle indeholde, havde størstedelen af deltagerne kommentarer om, at de først og fremmest var interesseret i videreudvikling, sparring og inspiration til at komme videre med forskning i egne afdelinger.

Endelig havde deltagerne mulighed for at sende mig yderligere refleksioner. Her skrev en, der kun havde deltaget to gange, at det var vanskeligt

at gruppens forløb også indgik som en del af forskning, og at to gange ikke var nok til at føle sig som medlem af en gruppe, der var i et forløb. En anden skrev, at gruppens sammensætning havde været meget harmonisk, og at det sikkert var derfor, udbyttet havde været så stort. Et stykke tid efter evalueringerne var modtaget, sendte en af deltagerne mig en mail og skrev:

"I virkeligheden skete der det, at vi kom lidt tættere på hinanden og fik brudt en facade, hvor vi alle går rundt og tror vi skal kunne alting.

Vi er ikke gode til at dele udfordringer. Vi er hinandens vogtere og super konkurrencepræget. Det er også en del bagtaleri og sladder om hinanden, hvilket afholder nogen fra åbenhed.

Men det er jo ikke kun relevant i forhold til evaluering af det specifikke netværk. Siger måske mere noget om kulturen i ledergruppen 😊"

ETABLERING AF EN NY ERFA- GRUPPE?

Efter den første ERFA-gruppe var afsluttet, var to af deltagerne ikke længere ansatte på SUH, en var gået på pension, og en havde fået andet arbejde. Derfor besluttede jeg at sende en mail ud i september 2018 for at få en generel interesseltekendegivelse fra hele MVU-ledergruppen, om de ønskede at deltage i et ERFA-gruppeforløb, før vi besluttede, om vi skulle oprette en eller to grupper. Hvis der var en enkelt eller to, der gerne ville deltage, kunne disse tilbydes at indgå i den "gamle" gruppe.

Det var som om, nogle af de andre ledere sad på spring, da jeg sendte mailen ud, og fem nye tilmeldte sig inden for det første døgn. Efter at have drøftet det med initiativtageren til den første gruppe blev vi derfor enige om at oprette to grupper. Den ene var en helt ny ERFA-gruppe, og den anden var en gruppe bestående af de fem deltagere fra den første gruppe, der alle ønskede at fortsætte, samt en nyansat leder, der meget gerne ville ind i gruppen, hvilket blev accepteret af alle deltagerne.

På baggrund af de erfaringer, vi havde fået fra den første gruppe, blev der udarbejdet et skema, som deltagerne i den nye gruppe skulle udfylde før start. Medlemmerne af den første gruppe havde besvaret lignende spørgsmål i deres afsluttende skriftlige evaluering og fik det derfor ikke tilsendt. Spørgsmålene omhandlede deltagernes forventninger til gruppen og konkrete problemstillinger, som de gerne ville bringe i spil. En af deltagernes besvarerede således:

”Jeg forventer, at jeg får et bedre fundament i forhold til ledelse af personer ansat med forskning som hovedformål. At få et nuanceret billede af, hvordan jeg bedst leder medarbejderne. Jeg oplever at min medarbejder er meget usynlig for plejegruppen og vil gerne have hjælp til, hvordan jeg hjælper hende til at blive mere synlig i afdelingen.

Jeg vil gerne fokusere på:

- Hvordan leder man bedst disse medarbejdere?*
- Hvordan gør man så medarbejderne ser dem som en styrke i afdelingen?*
- Hvordan bliver de en del af klinikken og samtidig får tid til udvikling og forskning?*
- Hvad kan jeg forvente af disse medarbejdere?”*

Den nye gruppe fulgte samme proces som den første, det vil sige samme fire temaer, litteratur og evalueringsmetoder. Deltagerne gav ved afslutningen udtryk for at have fået indfriet deres forventninger. Desuden havde de ideer til, hvad de gerne ville arbejde videre med, hvis en ny gruppe blev oprettet. Derfor blev de efterfølgende tilbudt at fortsætte i et forløb med yderligere fire møder. Efter det første møde besluttede gruppen, som kendte hinanden fra første runde, at tage emner op, som de var mere bekymrede over lige nu, for at få feedback og inspiration til løsninger på problemer relateret til forskning og udvikling, som de var bekymrede over. Denne udvikling i gruppen er i overensstemmelse med

det generelle mål med at deltage i ERFA: fælles læring og refleksion over specifikke emner, hvor der skal findes løsninger (McGill & Beaty, 2001).

UDVIKLINGSPERSPEKTIVER FOR ERFA-GRUPPERNE

I skrivende stund (2022) er der to ERFA-grupper i gang. Den ene har konsolideret sig som en fast gruppe og har planlagt møder et år frem i tiden. Formen er stadig 2-timers møder, mandag morgener, med overordnet fokus på ledelse af forskning og udvikling. Det er på forhånd besluttet, hvem der skal fremlægge. Gruppen ønsker facilitering som hidtil og ønsker ikke selv at lede gruppen. Litteratur kan inddrages løbende, hvor det er relevant, eller hvis der kommer noget, som kan deles i gruppen, men det er ikke en fast komponent. Gruppens medlemmer har flere gange taget et tema op til drøftelse, som de er blevet enige om at tage op i det store MVU-lederforum.

Den anden gruppe er mindre og består udelukkende af ledere, der har flere års erfaringer med forskningskapacitets-opbygning. Rammen er også 2 timers møder og der aftales ½ år ud i fremtiden. Her er fokus på konkrete problematikker.

FACILITATORS REFLEKSIONER

I alle de år jeg har været forskningsleder på SUH, har jeg fungeret som sparringspartner for mange ledende oversygeplejersker/MVU på individuelt niveau. Nogle har kontaktet mig, når de har haft brug for at drøfte ansættelser og forventninger til nogle af de mere end 40 ph.d.-studerende, postdocs, lektorer og internationale gæsteprofessorer, der er ansat på SUH. Her har jeg siddet med i ansættelsesudvalg, hjulpet med at formulere opslag og stillingsbeskrivelser. Nogle har kontaktet mig for drøftelser af mere strategisk karakter. Jeg har hele tiden kørt mentor-gruppeforløb for forskerne, men ikke før jeg blev kontaktet af lederen, som beskrevet i dette kapitel, har jeg haft forløb med ledere. At dette fandt sted, tog jeg som udtryk for, at vores organisationskultur havde flyttet sig i retning af at blive mere orienteret imod og parat til at arbejde

med praksisudvikling og forskning inden for sygeplejen/MVU-området. Dette var et meget vigtigt skridt, fordi det kom fra lederne selv, ikke fra mig. At disse grupper, stadig efterspørges og fungerer, understreger betydningen heraf. Havde det ikke været vigtigt, var der mange andre og væsentlige opgaver, lederne kunne prioritere deres sparsomme tid på. Kernen i aktionslæring er, at man - som i ERFA-gruppen beskrevet her - tager udgangspunkt i deltagernes problemstillinger og konkrete oplevelser, og herfra genererer nyttig viden til anvendelse i praksis (Kjerholt & Hølge-Hazelton, 2017; Olsen & Hølge-Hazelton, 2016; Revans, 1997; Wilson et al., 2008).

Jeg har flere gange observeret, at deltagere fra ERFA-grupperne har bragt emner af mere relationel karakter op på ledermøder, emner der ikke tidligere blev drøftet i større fora. Jeg har også flere gange oplevet mine forskerkolleger sige, at "vi kan mærke, at du arbejder med vores ledere", fordi de har oplevet ledere, der er blevet mere tydelige i forhold til forskning og udviklingsarbejdet. Jeg er ikke i tvivl om, at det er rammen, strukturen og fællesskabet, der vokser frem blandt lederne, der gør en forskel for den enkelte, og for dem der deltager. Det har formodentlig også betydning, at jeg som facilitator på samme tid er både insider, det vil sige kender organisationen, og er en del af den, og outsider i den forstand, at jeg ikke er ansat på en enkelt afdeling eller har noget i klemme i forhold til den enkelte leder.

Mig bekendt er der ikke andre i Danmark, der tilbyder ERFA-grupper med fokus på forskning og udviklingskultur i klinisk praksis til hospitalsansatte ledere på det niveau. Det er heller ikke almindelig praksis uden for landets grænser, men på baggrund af dialoger med kollegaer fra udlandet har jeg god grund til at tro, at fremgangsmåden, som beskrevet i dette kapitel, kan anvendes i andre kontekster under forudsætning af, at lederne selv er klar til det.

OPDATERING 2025

Baseret på den positive feedback gennem årene, inkluderer den nye version af hospitalets vision og strategitilføjelsen, at alle nye MVU-ledere skal have mulighed for at deltage i en ERFA-gruppe. På denne måde er udviklingsinitiativet blevet implementeret i praksis.

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>
- 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. <https://doi.org/10.1177/0107408314560322>
- Harrington, L. (2010). From Talking the Talk to Walking the Walk: The Role of Nurse Leaders in Nursing Research. *Nurse Leader*, 8(1), 46–49. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2009.08.004>
- Hølge-Hazelton, B. (2014). *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis*. Region Sjælland.
- Hølge-Hazelton, B., Kjerholt, M., Berthelsen, C., & Thomsen, T. G. (2015). Integrating nurse researchers in clinical practice—A challenging, but necessary task for nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 24(4), 465–474. <https://doi.org/10.1111/jonm.12345>
- Hølge-Hazelton, B., & Lønborg Friis, S. (2016, February 19). Fra sygehus til universitetshospital [From hospital to university hospital]. *Fag & Forskning, Sygeplejersken*, 2016(1), 48–53.
- Hølge-Hazelton, B., & Thomsen, T. G. (Eds.). (2018). *Forsknings- og udviklingskultur—Forskere i klinisk praksis*. Region Sjælland.
- Johansen, K. (2014). Vejen skal ledes—Når forskningskultur i sygeplejen skal udvikles [The way must be led—When research culture in nursing is to be developed]. In *Forsknings-og udviklingskultur i klinisk praksis [Research and development culture in clinical practice]* (pp. 160–174). Region Sjælland.
- Kjerholt, M., & Hølge-Hazelton, B. (2017). Cultivating a culture of research in nursing through a journal club for leaders: A pilot study. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.12518>

- Kjerholt, M., & Hølge-Hazelton, B. (2018). Cultivating a culture of research in nursing through a journal club for leaders: A pilot study. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 42–49.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12518>
- McGill, I., & Beaty, L. (2001). *Action Learning: A Guide for Professional, Management & Educational Development*. Psychology Press.
- Olsen, P. R., & Hølge-Hazelton, B. (2016). Under the same umbrella: A model for knowledge and practice development. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(2), 95–102.
<https://doi.org/10.1177/2057158515626344>
- Revans, RW. (1997). Action learning: Its origins and nature. In P. M (Ed.), *Action learning in practice* (pp. 3–14). Gower.
- Staugaard, H. J. (2017). *Profession. Skulle det nu være noget særligt? [Profession. Was it supposed to be something special?]*. Samfundslitteratur.
- 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.
- Wilson, V., McCormack, B., & Ives, G. (2008). Developing healthcare practice through action learning: Individual and group journeys. *Action Learning: Research and Practice*, 5(1), 21–38.
<https://doi.org/10.1080/14767330701880226>

FRA PROVINSSYGEHUS TIL UNIVERSITETSHOSPITAL



Forfatter: *Susanne Lønborg Friis, Vicedirektør, Sjællands Universitetshospital*

Jeg er sygeplejefaglig vicedirektør på Sjællands Universitetshospital. Jeg blev sygeplejerske i 1983 og har herefter taget en Master of Public Management fra Syddansk Universitet. Jeg har også deltaget i Leadership Challenge, Senior Executive Program og Scottish Quality and Safety Fellowship Program. Min kliniske baggrund er hovedsageligt fra kirurgiske afdelinger, hvor jeg gennem 22 år har været afdelingssygeplejerske eller oversygeplejerske. Interesse for ledelse, uddannelse og udvikling af den kliniske praksis har været centrale omdrejningspunkter for hele min karriere.

Sjællands Universitetshospital (SUH) har gennem de seneste år gennemgået en bevidst udvikling faciliteret af et fællesskab i ledergruppen, hvor der er arbejdet målrettet og systematisk med vision, strategi og mål.

Dette kapitel beskriver strategiske overvejelser på et overordnet hospitalsniveau om, hvordan sygeplejen og den øvrige behandling varetages af medarbejdere med en mellemlang videregående uddannelse (MVU) kan udvikles, således at forskning og udvikling bliver en integreret del af hverdagen og driften. Desuden beskrives, hvordan det lykkedes at øge bevidstheden hos lederne om at arbejde evidensbaseret og vidensdele resultater.

INDLEDNING – 15 ÅR, HVAD ER DER SKET?

For godt femten år siden var Roskilde og Køge Sygehuse, som det hed dengang, provinssygehuse. Roskilde lidt "finere" end Køge, da det var her,

de specialiserede behandlinger var samlet, ligesom der i Roskilde var tradition for lægevidenskabelig forskning.

Sygehusene havde samlet set et budget på cirka 2,2 milliarder DKK (5,3 milliarder i dag), havde tilsammen cirka 700 senge (600 i dag) og godt 3000 medarbejdere (i dag ca 7000). Sygehusene havde en høj produktivitet, en af landets højeste, og var meget driftsorienterede.

I forhold til sygeplejen arbejdede nogle afdelinger metodisk med udvikling af sygeplejen, men ingen arbejdede med forskning og meget få bevidst og systematisk med evidens af den udførte sygepleje. Der var ligeledes ingen sygeplejersker eller andre MVU-uddannede, som havde eller var i gang med en forskningsuddannelse.

Tilbage i 2008 besluttede de ledende oversygeplejersker at konvertere en sygeplejerske på sygehusniveau med ansvar for de prægraduate uddannelsesforløb til en sygeplejerske med forskningskompetencer. Dette var starten til en målrettet og systematisk tilgang til opbygning af en evidensbaseret praksis indenfor sygeplejen.

Desuden skiftede Roskilde og Køge Sygehuse status og navn til Sjællands Universitetshospital den 4. marts 2016. Dette fik stor betydning for hospitalet, i særdeleshed i forhold til uddannelse og forskning.

Fra dag ét var hospitalet naturligvis ikke et fuldbyrdet universitetshospital. Det er en proces og et slidsomt og spændende arbejde at opbygge et universitetssygehus. Specialiserede behandlinger skal hjemtages. Der skal ansættes og uddannes medarbejdere med de rette kompetencer til at varetage nye behandlinger. Der skal investeres i teknologisk udstyr til at understøtte behandlingerne, og de fysiske rammer skal udvides. Forskere skal ansættes og forskningsmiljøer opbygges og udvikles. Den prægraduate uddannelse skal opdateres. Sideløbende med etableringen af universitetshospitalet er det nye supersygehus i Køge blevet projekteret, og det er i øjeblikket under opførelse. I 2024 blev SUH fusioneret med

Nykøbing Falster sygehus, og der arbejdes nu med at integrere de mange indsatser i hele det nye SUH.

Der er således sket meget de seneste 15 år. Med hensyn til forskningen indenfor MVU-området har vi nu på SUH 43 forskere med en MVU-baggrund (se tabel 1). Størstedelen af forskerne er sygeplejersker, men der er også fysioterapeuter og en enkelt jordemoder iblandt dem.

Tabel 1: Udvalgte oplysninger om MVU-forskerne på SUH pr. 1. januar 2024

Antal ansatte forskere	43
Professorer	2
Internationale adjungerede professorer	3
Lektorer	11
Postdoc/adjunkt/seniorforsker	11
Ph.d.-studerende	16
Antal publikationer (2023)	216

Den sygeplejefaglige professor vi har, er ansat som forskningschef for MVU-området samt som leder af SUH's Forskningsstøtteenhed.¹

I det følgende beskrives, hvordan der er arbejdet på det strategiske hospitalsniveau for at opnå de resultater, vi har i dag, hvor vi tidligere havde 0 forskere og i dag 43 og flere på vej.

HVAD SKAL DER TIL?

Et whitepaper fra Institute for Healthcare Improvement (Nolan, 2007) beskriver tre ting som er særlig vigtige for at opnå resultater: vilje, ideer og eksekution (will, ideas and execution). Vilje er nødvendig på alle niveauer,

¹ Læs om Forskningsstøtteenhedens funktioner på hjemmesiden www.sjaellandsuniversitetshospital.dk/forskning-MVU

men særligt hos topledelsen er den afgørende, da topledelsen skal etablere nye måder at arbejde på samt nedlægge gamle arbejdsgange. De nye måder at arbejde på kræver nye ideer. Med ideer skabes alternativer til status quo. Nye måder at få tingene gjort (how work gets done), der resulterer i nye samarbejdsrelationer, som involverer patienterne i pleje og behandling. Disse forandringsprocesser faciliteres ved, at man kigger ud over sit eget hospital, region og landegrænser og lader sig inspirere af andres erfaringer med henblik på at skabe nye måder og veje tilpasset den lokale situation. Alt dette kræver ledere, som kan omsætte ideer, mål og planer til handlinger. Ledere der kan eksekvere.

Vilje, ideer og eksekution er altså afgørende, når man arbejder med at skabe forandringer og forbedringer. Særligt i forhold til hvor og hvordan man skal sætte ind og agere, hvis der ikke sker fremdrift i planerne.

I vores situation havde de ledende oversygeplejersker, forskningschefen og den sygeplejefaglige vicedirektør både viljen, ideerne samt handlekraften til at udvikle sygeplejen og arbejde for en evidensbaseret praksis. Formålet var primært at yde en sygepleje til patienterne, som kunne matche sig med den bedste i landet. En anden vigtig faktor var at sikre de fagprofessionelle mulighed for at udvikle og forbedre deres fagområde, da dette er medvirkende til at sikre arbejdsglæde og stolthed for faget og arbejdspladsen (Hølge-Hazelton, 2014; Hølge-Hazelton & Thomsen, 2015, 2018). Gode muligheder for faglig udvikling medvirker desuden til rekruttering og fastholdelse (Hølge-Hazelton et al., 2020).

For at sikre fremdrift i forhold til ønsket om en evidensbaseret praksis blev der bevidst og fokuseret arbejdet strategisk med følgende 3 områder:

- At sikre kompetencer i forhold til forskning
- At formulere vision, mål og handlinger

- At have fokus på ledelse og kulturen i de enkelte afdelinger for at supplere driftsfokus med fokus på forskning, udvikling og uddannelse.

Efter nogle års arbejde i oversygeplejerskegruppen blev gruppen udvidet til også at inkludere de øvrige ledere med MVU-baggrund. Arbejdet indenfor de tre skitserede områder blev således målrettet alle medarbejdere med MVU-baggrund.

FORSKNINGSKOMPETENCER

En vigtig forudsætning for at kunne gå i gang med at opbygge forskningskapacitet var ansættelse af en seniorforsker på mindst lektorniveau, der kunne vejlede ph.d.-studerende og medvirke til ansættelsen af yderligere forskere og således bidrage til starte fødekæden af nye forskere.

Vi prioriterede, modsat vores lægefaglige kollegaer, at ansætte en lektor på hospitalsniveau som forskningschef for hele MVU-gruppen. Vi vurderede, at der indenfor denne gruppe var et stort behov for en overordnet person med forskningskompetencer, som kunne understøtte og opbygge forskning på tværs af hele hospitalet indenfor hele området. Sygeplejersker og øvrige med en mellemlang videregående uddannelse har som bekendt ikke lang og traditionsrig erfaring for at forske. Vi oplevede meget usikkerhed og manglende viden om, hvordan man igangsætter et forskningsarbejde. Der var ligeledes en stor usikkerhed og bekymring omkring, hvordan man skaffer finansiering til forskning. Med udgangspunkt i den nyansatte seniorforsker blev der oprettet en forskningsstøtteenhed på hospitalet, hvor alle afdelinger kunne søge støtte og hjælp, hvis man havde ambitioner om at igangsætte forskning og eventuelt ansætte forskere. Vores forskningschef var som udgangspunkt lektor, men ledelsen og den ansatte arbejdede målrettet mod at etablere et professorat.

Det var vigtigt at skabe synlighed for den nye forskningsenhed på de enkelte afdelinger. Derfor blev der ved ansættelsen af nye ledere planlagt

introduktion til forskningsenheden på lige fod med introduktion til for eksempel hospitalets informationssystem med oversigt over økonomi og sygefravær etc. Dette var med til at sikre kendskab til forskningschefen og signalerede også hospitalets ønske om at varetage forskning indenfor MVU-fagene som et strategisk satsningsområde.

Vores forskningschef blev snart vurderet professorabel, og i samarbejde med Syddansk Universitet etableredes et professorat i klinisk sygepleje. I 2016 blev Bibi Hølge-Hazelton ansat som den første professor med baggrund som sygeplejerske og den første kvindelige professor i regionen.

I forbindelse med etableringen af Professoratet blev forskningsprogrammet CAPAN igangsat. CAPAN står for CAPAcity building in clinical Nursing, og er et forskningsprogram om kapacitetsopbygning i klinisk sygepleje. CAPAN har fokus på at styrke nysgerrigheds- og eftertænkenskulturen blandt sygeplejersker til gavn for udvikling af patientcenteret sygepleje. CAPAN er det første forskningsprogram af sin slags i Region Sjælland. Alle afdelinger og alle sygeplejersker blev inkluderet i forskningsprogrammet og har med års mellemrum modtaget spørgeskemaer angående forskningsprogrammet. Disse data er blevet behandlet og gjort tilgængelige for de enkelte afdelinger, som efterfølgende har kunnet bruge informationen til udviklingen og opbygningen af forsknings- og udviklingskulturen².

SAMARBEJDET

Fra starten af udviklingsprocessen var det klart, at et tæt samarbejde mellem forskningschefen og vicedirektøren var nødvendigt for at opnå den ønskede fremdrift i arbejdet. Samarbejdet er blevet yderligere opbygget og styrket gennem årene, hvilket har været en stor fordel og medvirkende til fremdriften på området.

² Læs mere om CAPAN i kapitel 1 samt i kapitel 4, 6, 10 og 11, hvor ledere fra SUH beskriver, hvordan de inddrager resultaterne fra programmet i deres strategiske arbejde med at understøtte forskning og udvikling i deres afdelinger.

Således har forskningschefen fra starten refereret til vicedirektøren med sygeplejefaglig baggrund. Dette har været stærkt bidragende til at bibeholde ledelsens fokus på - og interesse for - opgaven med at opbygge en forskningskultur. Månedlige møder kom i kalenderen, hvor strategiske indsatsområder, udfordringer samt stort og småt blev drøftet. Planer er blevet lagt, ideer til udvikling, møder er gennemgået og planlagt.

Det tætte samarbejde, hvor vicedirektøren har en forskningskyndig tæt på og forskningschefen har en vicedirektør tæt på til at "bane vejen", har haft stor betydning for fremdrift samt implementeringen. Desuden blev oversygeplejerskerne og senere MVU-mellemlederne centrale i arbejdet med at udvikle en forskningskultur, det beskrives nedenfor.

ET STRATEGISK REDSKAB – VISION, MISSION, MÅL OG HANDLINGER

Arbejdet med vision, mål og handlinger er et nyttigt ledelsesredskab, når man, som vi havde, har intentioner om at ændre den gældende situation.

Jeg har gennem min ledelseskariere ofte benyttet mig af disse arbejdsredskaber og altid i samarbejde med de nærmeste ledere. Et commitment i ledelsesgruppen er vigtigt, hvis noget skal ændres, og der skal opnås resultater. Desuden sikrer mål og handlingerne, at der arbejdes konkret med de aftalte ting.

I oversygeplejerskegruppen blev vi enige om i fællesskab at arbejde med vision, mål og handlinger. En arbejdsgruppe blev nedsat, som formulerede et første udkast til et visionspapir til drøftelse. Dette har været vores arbejdsmetode gennem årene. Når der i dag skal revideres i visionsarbejdet, nedsættes en arbejdsgruppe, som gennemarbejder den reviderede vision, og herefter fremlægges den til drøftelse og beslutning. Herefter lægges visionen på hjemmesiden og udsendes til lederne. En del ledere benytter visionsarbejdet til også at formulere vision og mål i egen afdeling.

Visionen indeholder fire elementer: Mission, vision, strategi/mål og handlinger/handlingsplan.

Missionen beskriver organisationens eksistensberettigelse, og hvorfor organisationen eller funktionen eksisterer. I vores arbejde har vi beskrevet missionen som følger:

”Missionen er patienten. Et excellent samarbejde såvel nationalt som international er afgørende for et godt patientforløb. SUH samarbejder med landets øvrige hospitaler, de praktiserende læger, speciallæger og kommuner således, at vores patienter/borgere får de bedste sundhedsfaglige resultater indenfor:

- Diagnostik
- Behandling
- Pleje og omsorg
- Rehabilitering og palliation
- Sundhedsfremme og forebyggelse”

Visionen et fremtidsbillede af organisationens ønsker, drømme og ambitioner, ofte udtrykt ved langsigtede mål. Det er en retningsgivende ambition for, hvad organisationen ønsker at lykkes med, og hvorledes organisationen ønsker at blive opfattet.

Vores vision er ”Sjællands Universitetshospital i top”. Med denne formulering udtrykker vi ambitionen om at kunne måle os med de bedste hospitaler i landet.

Strategi/mål beskriver de langsigtede intentioner, ideer og planer for, hvordan organisationen implementerer visionen.

Det ene mål omhandler udvikling, forskning og evidensbaseret praksis og er formuleret således: ”At MVU-områdets praksis på SUH bygger på den

bedst dokumenterede viden, der kommer fra forskning og udvikling, klinisk erfaring samt fra patienter og pårørende. Plejen og behandlingen er personcentreret og tilpasses den lokale kontekst”. Dette mål er fundamentalt for udviklingen af forskningskulturen på SUH. Vi har - for at være præcise og tydelige i forhold til, hvor vi skal hen, og hvad vi skal nå - udarbejdet delmål indenfor dette felt.

Handlingsplan: Denne plan præciserer mål, aktiviteter, tid og ansvar for at sikre realiseringen af strategien.

Handlinger er vigtige for at kunne nå vores mål. Vi har beskrevet flere handlinger under hvert mål, eksempelvis har vi konkretiseret 23 handlinger til målet, der omhandler forskning og udvikling. For eksempel: ”Der afholdes masterclass vedr. forskning og udvikling for interesserede 1-2 gange årligt af SUH’s egne MVU-forskere eller i forbindelse med besøg af vores gæsteprofessorer. Ansvarlig: Den overordnede sygeplejefaglige forskningschef.”

Gennem vores arbejde med visionen har vi været igennem otte revideringer, hvor nye mål er kommet til og andre afsluttet. Dog har vi gennem alle årene arbejdet med mål for udvikling, forskning og evidensbaseret praksis. Det har været afgørende for, hvor langt vi er i dag. Endvidere fandt vi det nødvendigt at udarbejde en stillingsstruktur, idet flere MVU-medarbejdere fik stillinger med forskningsopgaver. Det var vigtigt for os at signalere og være tydelige i forhold til karriereveje, således at vores nuværende og kommende medarbejdere kan se en fremtidig karrieremulighed med perspektiver inden for forskning og udvikling, uddannelsesfeltet samt ledelse. Desuden er stillingsstrukturen et vigtigt ledelsesredskab, som tydeliggør forventninger til kompetencer og organiseringen i en afdeling.

Arbejdet med vision og mål har primært været et ledelsesværktøj, som hjælper med at sætte den strategiske retning for udvikling af sygeplejen

og de øvrige MVU-områder. De ledende oversygeplejersker m.m. har anvendt vision, mål og strategier i deres egen afdeling, og flere har desuden udarbejdet konkrete afdelingsmål og strategier med udgangspunkt i hospitalets vision. I 2021 blev der desuden afholdt en temadag for mellemledere og specialistsygeplejersker for at udbrede viden om visionen.

Alle afdelinger arbejder i dag både systematisk og målrettet med såvel forskning som udvikling af sygeplejen m.m. Arbejdet synliggøres bl.a. på det årlige symposium for alle medarbejdere med en mellemlang videregående uddannelse samt via publikationer fra alle forskerne. Desuden arbejder alle afdelinger for at understøtte forskningen ved ansættelse af ph.d.-studerende, postdocs, lektorer, professorer samt internationalt adjungerede professorer.

LEDELSESFOKUS – FRA DRIFTSKULTUR TIL UDVIKLINGSKULTUR

SUH har været kendt for at være særdeles produktiv, og har i mange år været blandt de tre mest produktive hospitaler i landet. Produktiviteten på landets hospitaler opgøres fra Finansministeriet årligt via en simpel metode, hvor aktiviteten sættes i forhold til de udgifter, der er medgået til at skabe denne aktivitet. Populært sagt, hvor meget sundhed man får for en krone.

Tidligere var vores hospitals primære mål at have en høj produktivitet. Det havde betydning for udviklingstiltag, som ofte måtte vige på baggrund af produktiviteten. Der skulle derfor en aktiv indsats til for at sikre balance mellem drift, udvikling og forskning samt uddannelse. Vi ønskede at skabe et skift i kulturen fra kun at fokusere på drift til også at inkludere indsatser indenfor forskning, udvikling og uddannelse.

Der blev derfor arbejdet bevidst med at skabe et større ledelsesfokus på forsknings- og udviklingsindsatsen samt at udvikle ledernes kompetencer til at kunne iværksætte forskning i egen afdeling. På hvert eneste MVU-

lederforum var der gennem flere år dagsordenssat et fast punkt vedrørende udvikling af forskningsindsatsen. Her blev initiativer, vanskelige problemstillinger og nye forskningsprojekter drøftet. På disse møder havde forskningschefen og vicedirektøren en væsentlig rolle, og forskningspunktet var nøje planlagt med deltagelse af relevante forskere.

Desuden blev der iværksat forskellige understøttende indsatser som skrivekurser, etablering af netværk for forskere samt ERFA-grupper³ og journal clubs⁴ for oversygeplejersker, for blot at nævne nogle eksempler. Disse indsatser, som jævnligt revideres og udvides (via vores visionsarbejde), er medvirkende til, at der i dag er udviklet kompetencer og bevidsthed om forskning, udvikling og uddannelse.

En anden væsentlig og afgørende faktor for, hvordan ledere og medarbejdere i dag arbejder med forskning, udvikling og uddannelse, er, at hospitalet tilbage i 2016 fik status som universitetshospital. En vigtig begivenhed og en stor dag for hospitalet og dets fremtid. Titlen universitetshospital var - og er - med til at løfte barren særligt på forsknings- og uddannelsesområdet.

Titlen alene er selvfølgelig ikke tilstrækkelig. Der kræves indhold for at indfri forventningerne til et universitetshospital. På det strategiske niveau blev der således arbejdet målrettet med at understøtte og udvikle hospitalet som et universitetshospital. På hospitalsniveau blev der udarbejdet en strategi kaldet "Patienten er alt". Denne strategi indeholdt visioner, mål og strategier, og på alle afdelinger blev der udnævnt strategiambassadører, som enten var sygeplejersker eller læger. Der blev udviklet en grundfortælling om landets yngste universitetshospital, der blev udarbejdet en professorplan, og hospitalets forskningsudvalg blev etableret. Der var et stærkt fokus på at få etableret medicinske/lægefaglige professorater indenfor alle specialer, og der blev ligeledes afsat midler til

³ Læs mere om ERFA-grupper i kapitel 2

⁴ Læs mere om journal clubs i bilaget

etablering af fem postdocs inden for MVU-området, lige som vores første professorat indenfor sygeplejen blev en realitet.

Etableringen af universitetshospitalet og de afledte forpligtelser og forventninger om at sikre uddannelse, såvel de præ- og postgraduate, samt forskning, havde stor betydning også for MVU-området. Alle afdelinger etablerede tværfaglige forskningsenheder, og der var krav om at alle afdelinger kontinuerligt arbejdede med udvikling af området også i forhold til MVU-området.

En bevidst eksplicitering af forventninger og ligestilling af uddannelses-, udviklings- og forskningsområdet med driften har bevirket, at vi i dag på de fleste afdelinger har en fin balance mellem alle områderne og en god udvikling af forskningsfeltet.

HVILKEN FORSKEL GØR FORSKNING?

Vores fornemmeste opgave som fagprofessionelle - i mit tilfælde sygeplejerske - er til en hver tid at sikre patienterne den bedste sygepleje. Patienterne og deres udfordringer er vores kerneopgave, og vi er forpligtet til at yde den bedste evidensbaserede sygepleje samt sikre et patientforløb af høj kvalitet. Som universitetshospital er det, udover at arbejde evidensbaseret, også nødvendigt at medvirke til, at der udvikles ny viden til gavn for patienterne. Det lyder enkelt, men som beskrevet har det krævet et bevidst valg, blandt andet grundet fagets samt hospitalets traditioner på området.

Der er flere positive sidegevinster ved at sikre en drift, hvor det er naturligt at forske. Det har positiv indvirkning på fastholdelse og rekruttering af medarbejdere, det giver faglig stolthed og arbejdsglæde, og ikke mindst har det betydning for profilering af hospitalet, dels som behandlingssted, men også som attraktiv arbejdsplads. Det betyder noget, at de fagprofessionelle har mulighed for at fordybe og involvere sig i faglige problemstillinger og derved bidrage til at fagene udvikles.

VIGTIGE FORUDSÆTNINGER FOR OPBYGNING AF EN FORSK- NINGSKULTUR

Det er en meget stor og krævende forandring at gå fra et hospital, som udelukkende har et driftsperspektiv, til et hospital der prioriterer drift, forskning, udvikling samt uddannelse ligeværdigt, og hvor der samtidig er en forventning om, at samtlige afdelinger arbejder på alle fire områder. Der har været mange udfordringer undervejs.

I det tidsperspektiv på 15 år, som kapitlet beskriver, har der været fire forskellige sygehusdirektører med forskellige synsvinkler på, hvad der er afgørende for at drive et hospital. En nødvendig forudsætning for at udvikle et forskningsmiljø i en ny gruppe - her medarbejdere med en mellemlang videregående uddannelse - er, at sygehusdirektøren er oprigtigt enig i, at denne udvikling er nødvendig og har en væsentlig værdi for vores patienter. At udvikle en kultur er et vanskeligt arbejde som kræver, at den samlede sygehusledelse arbejder i samme retning og i deres handlinger og ord viser, at udvikling af forskningskulturen er vigtig. Schein beskriver kultur således:

"Kulturen er de normer, vi navigerer efter, den røde tråd, som går gennem virksomheden og bliver bestemmende for, hvordan medarbejdere og ledere opfører sig – tager beslutninger – i forskellige situationer" (Schein et al., 1985).

Det er derfor afgørende, at alle medlemmer i en sygehusledelse er bevidste om hospitalets kultur og således målrettet arbejder på at ændre kulturen i den ønskede retning. Eksempler på dette er, at det fremgår af - og er synligt på - hospitalets hjemmeside, at det ekspliciteres i hospitalets værdier og derved indgår i fortællingen om hospitalet, at området drøftes på ledermøder og forskningsrådsmøder.

Endvidere har det også betydning, at der er en regional strategi på forskningsrådet, som beskriver betydningen af forskning på tværs af fagområder. Det er ikke tilstrækkeligt med en fin strategi; denne skal regionalt

følges op af handlinger og interventioner, som understøtter og sikrer, at strategien omsættes til realiteter.

PERSPEKTIVERING

SUH er inde i en rivende udvikling på forskningsområdet. Alle afdelinger har etableret forskningsenheder. Mange afdelinger har allerede ansat forskere med en MVU-baggrund, og flere er i gang med at planlægge, hvordan man får ansat forskere. Samarbejdet mellem afdelinger og forskere på hospitalet er velfungerende og udvikles til stadighed, så der samarbejdes om forskningsprojekter og vidensdeling.

Forskningssamarbejdet på tværs af sygehusene i regionen er under opbygning, og der er igangsat et tæt samarbejde mellem de enkeltes sygehuses sygeplejefaglige vicedirektører og forskningsledere, idet man ønsker at styrke forskningen på MVU-området i hele regionen.

Desuden er der igangsat et arbejde i Det Regionale Forskningsråd med henblik på at etablere økonomisk støtte af MVU-området, så vi på sigt opnår lige vilkår og betingelser for alle forskere i Regionen uanset hvilken faggruppe, man tilhører.

Opbygningen og udviklingen af landets yngste universitetshospital (SUH) vil fortsætte de kommende år, og om 5-10 år vil alle afdelinger have forskere ansat, og indenfor de store specialer vil professorer være ansat.

Et yderligere tiltag til at understøtte denne udvikling, er etableringen af et program TEKS (Team Erhvervskandidat i Klinisk Sygepleje) med fokus på videreuddannelse på deltid af sygeplejersker på kandidatniveau (erhvervskandidatuddannelse). Ambitionen er at uddanne sygeplejerskerne til de stigende komplekse opgaver de møder i klinisk praksis, og på den måde styrke den evidensbaserede sygepleje.

Som sygeplejefaglig vicedirektør er det for mig afgørende at arbejde med at udvikle den kliniske praksis, så man kontinuerligt er på forkant med

udviklingen. Det betyder, at jeg fra ledelseslaget på hospitalsniveau skal inspirere samt være med til at sikre rammerne for, at den kliniske praksis udvikles på de enkelte afdelinger.

REFERENCER

- Hølge-Hazelton, B. (2014). *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis*. Region Sjælland.
- Hølge-Hazelton, B., Berthelsen, C., Olsen, K. R., Lind, N., & Bjerregaard, U. (2020). *Projekt NUCAP: Defining Nursing Capacity*.
- Hølge-Hazelton, B., & Thomsen, T. (Eds.). (2015). *Forsknings-og udviklingskultur. Fra projekt til publikation*. Region Sjælland.
- Hølge-Hazelton, B., & Thomsen, T. G. (Eds.). (2018). *Forsknings- og udviklingskultur—Forskere i klinisk praksis*. Region Sjælland.
- Nolan, T. (2007). *Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results*. IHI - Institute for Healthcare Improvement. <https://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ExecutionofStrategicImprovementInitiativesWhitePaper.aspx>
- Schein, E. H., Schneider, B., Mason, R. O., & Mitroff, I. (1985). *Organizational Culture and Leadership: A Dynamic View* (1st edition). Jossey-Bass.

LEDELSESPRIORITERING AF FORSKNING SKABER FÆLLES RETNING



Forfatter: *Helle Gert, Ledende oversygeplejerske, Onkologisk Afdeling og Palliativ Enhed.*

Foto: Thurid van Steenwijk

Jeg er uddannet som sygeplejerske i 1989 med efterfølgende ansættelse i det medicinske speciale som sygeplejerske, souschef og afdelingssygeplejerske. Jeg blev i oktober 2000 ansat som afdelingssygeplejerske i onkologien, og efter afsluttet Master in Clinical Nursing (MCN) blev jeg ansat som ledende oversygeplejerske i Onkologisk Afdeling, Roskilde. Desuden har jeg en Master i Public Governance (MPG) fra 2016. Onkologisk Afdeling og Palliativ Enhed har i alt 472 medarbejdere fordelt på fem onkologiske afsnit, et palliativt sengeafsnit, fem palliative teams, en senfølgeklinik og en Klinisk Forsknings Enhed.

Etablering af sygeplejefaglige forskningsmiljøer pågår på de fleste hospitaler, men intensiteten og hastigheden varierer. Som ledende oversygeplejersker er vi ofte direkte involveret i beslutningerne og processerne, men vi bevæger os ind i et felt, hvor vi, på samme tid, skal lede vidensmedarbejdere og processer, og ovenikøbet et felt, hvor vi selv har begrænset viden og erfaring.

Dette kapitel omhandler mine erfaringer, refleksioner og handlinger i forbindelse med at opbygge et sygeplejefagligt forskningsmiljø i en stor klinisk afdeling. Processen har på samme tid været spændende, lærerig og relevant, men også lang, frustrerende og besværlig! Man kunne spørge

mig, hvad der er baggrunden for, at jeg har holdt ved og har fortsat processen? Spørgsmålet kan besvares på mange måder, og svaret som falder mig først ind er, at jeg mener, sygeplejefaglig forskning er nødvendig i vores sundhedsvæsen. Det efterspørges af patienterne, og det medvirker til rekruttering og fastholdelse af kliniske medarbejdere. En anden væsentlig drivkraft i processen har været min undren over, hvorfor det har været – og stadig er – så svært at opbygge et sygeplejefagligt forskningsmiljø? Hensigten med dette kapitel er at give et bud på, hvad der kan være på spil, når man etablerer sygeplejefaglig forskning, og hvilke barrierer man risikerer at støde på undervejs. At dykke ned i det perspektiv på sygeplejefaglig forskning har samtidig bidraget med svar på, hvorfor processen til tider har været lang, besværlig og frustrerende. Jeg håber derigennem at kunne inspirere og hjælpe andre, som overvejer, eller er på vej i en tilsvarende proces. Kapitlet er på samme tid en anerkendelse af sygeplejefaglig forskning som relevant og komplementær til den traditionelle lægefaglige forskning, og som ligeværdig i en tværfaglig forskningsretning, uanset om den er spirende eller integreret.

DEN MEDICINSKE TRADITION OG KULTUR – ET KORT TILBAGEBLIK

Undervejs i processen med at etablere et sygeplejefagligt forskningsmiljø fik jeg hurtig interesse for den medicinske historie og tradition, hvorfra den lægefaglige forskning oprindeligt udspringer. Jeg håbede, at det kunne tilføre mig en forståelse for nogle af de barrierer, som jeg stødte på.

Den moderne lægevidenskab havde sit spirende gennembrud i begyndelsen af 1800-tallet, hvor universitetets professorater allerede havde rod-fæste (Jacobsen & Larsen, 2017). Den medicinske tradition og kultur har dermed sine rødder mange år tilbage, og er kendetegnet ved at være stærk og velfunderet. Sammen med juristen og præsten udgjorde lægen de tre samfundsprofessioner. Lægen havde magt over liv og død, og som

samfundsborger var han, i kraft af sin profession og magt, både værdsat og betydende.

Den medicinske udvikling gennem det 19. og 20. århundrede har været kolossal. Evnen til at forebygge, undersøge, helbrede og lindre er i rivende udvikling, med lægefaglig forskning som en anerkendt og nødvendig indsats. Ingen borger vil med rimelighed sætte spørgsmålstegn ved den lægefaglige forskning som en forudsætning for et velfungerende sundhedsvæsen. Med andre ord blev medicinen som fag, lægen som hersker over liv og død, og lægefaglig forskning som en forudsætning for dette, gennem en lang tradition manifesteret og alment accepteret og anerkendt i vores samfund. Det gav magt og anseelse til lægen og lægeforskningen.

Den sygeplejefaglige forskning fik sin oprindelse i løbet af 1990'erne. Det første hold kandidatstuderende blev oprettet på Danmarks Sygeplejehøjskole ved Aarhus Universitet i september 1991, og samtidig fik uddannelsesstedet retten til at tildele ph.d.-stipendier til sygeplejersker. Dermed var en vigtig milepæl i sygeplejeforskningen sat. Den første professor i sygepleje tiltrådte i 2002, den næste professor i sygepleje fulgte i 2007, og flere pionerer har fulgt efter (Glasdam & Bydam, 2008). I dag er forskning indenfor sygeplejen godt på vej til at blive integreret i det danske sundhedsvæsen. Desværre oplever jeg ikke, at forskningen indenfor sygeplejen bærer den samme tradition, anerkendelse og magt med sig, som er tilfældet for forskning indenfor lægefaget. Et blik på forskningsfelter og forskningsmetoder inden for de to fag rummer sandsynligvis flere forklaringer på forskelle i magt og anseelse, end de historiske og samfundsmæssige betragtninger kan give os. Lægefaglig forskning bygger ofte på kvantitative data med et omfattende datamateriale og med behandlinger og undersøgelsesmetoder som forskningsområder. Det gør forskningsresultaterne mere generaliserbare og med en større tyngde i evidensen. Niveauer i forskning varierer, og forskningsevidensen er domineret af et po-

sitivistisk syn på naturvidenskab, hvilket bl.a. kommer til udtryk i lægevidenskaben. Dermed er lægevidenskaben placeret i en stærkere position (Hamer & Collison, 1999). Den sygeplejefaglige forskning bygger i større grad på kvalitative data, et mindre datamateriale og mere ”bløde” forskningsområder såsom omsorg, kommunikation, pleje, rehabilitering m.fl. Data er i mindre grad generaliserbare, og evidensgraden i flere tilfælde svagere. Lægefaglige forskningsresultater publiceres ofte i internationale tidsskrifter, mens sygeplejersker ofte videreformidler deres forskningsresultater som mundtlige indlæg og posters på både faglige og videnskabelige kongresser, eller som artikler i indenlandske eller nordiske faglige tidsskrifter. Ingen af disse former for videreformidling eller publikationer tæller med i regionens opgørelse over forskningsvirksomhed (Kjerholt, 2020).

I min optik er det en naturlig konsekvens af fagenes forskellighed og de anvendte forskningsmetoder, men i koblingen og sammenligningen mellem forskning i de to fag gør det en forskel.

Det er min opfattelse, at det får betydning for den måde, hvorpå forskning i sygepleje bliver modtaget og accepteret som legitim og nødvendig, både i vores samfund og i sundhedsvæsenet. Og at der mangler generel viden om forskningsmetodernes styrker og svagheder, samt forskningsemnernes relevans – særligt i forhold til, hvordan de kan komplementere hinanden og dermed styrke begge fag. Jeg antager, at det samlet set medvirker til at danne barrierer for etablering af sygeplejefaglig forskning i vores afdeling. Men jeg mener ikke, dette kan stå alene. Sygeplejerskernes egen betragtning af sygeplejefaglig forskning, en manglende indsigt i forskningsmetoder og begreber, samt en ringe forståelse for forskningens legitimitet og nødvendighed kan være mulige forklaringer på, hvorfor det er så svært. For at give en dybere indsigt i dette vil jeg kort redegøre for en spørgeskemaundersøgelse blandt afdelingens sygeplejersker,

som er en del af forskningsprojektet CAPAN¹ ved sygeplejeforsker Bibi Hølge-Hazelton (Forskningsstøtteenheden, 2019).

SYGEPLEJEFORSKNINGENS VILKÅR I EGEN AFDELING – RESULTATET AF EN CAPAN–SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE

Sygeplejerskerne, som er ansat i afdelingen, har forskellige erfarings- og vidensgrundlag. Flere sygeplejersker har været ansat i specialet gennem mange år, men afdelingen rekrutterer også nyuddannede sygeplejersker og sygeplejersker fra andre specialer. Langt de fleste sygeplejersker er basissygeplejersker, men der er også ansat sygeplejersker med efteruddannelse, specialuddannelse og akademisk videreuddannelse.

Spørgeskemaundersøgelsen i CAPAN Survey II gav mulighed for at opnå indsigt i sygeplejerskernes viden og holdninger til sygeplejefaglig forskning under etableringen af det sygeplejefaglige forskningsmiljø i afdelingen. Nedenfor er angivet uddrag af den samlede rapport for afdelingen. Den samlede svarprocent var på 48 %, hvorfor resultaterne bør tages med forbehold. Imidlertid kan resultaterne give et *fingerpeg* om viden og holdning til sygeplejefaglig forskning i afdelingen.

Kort fortalt viste resultatet af spørgeskemaundersøgelsen, at 49 % af de adspurgte havde kendskab til afdelingens strategi for udvikling og forskning, 15 % kendte ikke til strategien, og 36 % svarede ”ved ikke”. 49 % af respondenterne var helt eller overvejende enige i, at den generelle forskningsaktivitet er øget i afdelingen inden for det seneste år. Ud af dem som mener, forskningsaktiviteten er øget, anfører 60 %, at det har påvirket deres funktion i afdelingen i overvejende positiv retning. Omkring en tredjedel (37 %) af respondenterne tilkendegiver, at der er én eller flere sygeplejersker på afdelingen, som har udført forskning i sygepleje inden for det seneste år. Ud af disse angiver 50 %, at de ved hvad der forskes i, og 54 % svarer, at de er helt eller overvejende enige i, at forskningen er relevant for deres daglige sygeplejefaglige praksis. På spørgsmålene om,

¹ Læs mere om CAPAN i kapitel 1

hvorvidt ny viden inden for respondenternes faglige område er let tilgængeligt og let at forstå, er henholdsvis 53 % og 68 % af respondenterne helt eller overvejende enige (den samlede rapport kan rekvireres hos forfatteren).

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, om end de skulle tages med forbehold, understøttede min egen oplevelse af forskningskulturen i afdelingen. Der var en meget beskeden efterspørgsel på sygeplejefaglige forskningsresultater, flere sygeplejersker manglede viden om og indsigt i forskning, og ikke alle fandt det relevant for deres kliniske praksis. Jeg stødte på udsagn som: "Hvad er der i vejen med at gøre det vi plejer at gøre", "Det ville være bedre hvis der i stedet kom flere hænder til at klare opgaverne hos patienterne", "jeg vil bare have lov til at passe patienterne", for blot at nævne nogle af dem.

Italesættelsen af behovet for flere hænder til at varetage de kliniknære opgaver sprang mig i øjnene. Jeg havde fra tidligere drøftelser, bl.a. i ledergruppen, erfaret, at et tiltagende pres på afdelingens drift kolliderede med prioritering af ressourcer til udvikling og forskning, særligt i sygeplejepsis. Samtidig betød det, at muligheden for at både ledere og klinikere kunne afse tid til læring og fordybelse omkring forskning var stærkt begrænset og til tider slet ikke til stede, hvilket var i overensstemmelse med resultaterne fra CAPAN Survey II. Dermed blev krydspreset mellem drift og forskning meget synligt.

På trods af de mange synlige barrierer besluttede jeg at arbejde videre med at etablere sygeplejeforskning i afdelingen. En dybere indsigt på området, kombineret med udviklingen inden for sundhedsvæsenet, drev min nysgerrighed og motivation - og jeg blev heldigvis hjulpet godt på vej af kloge sygeplejeforskere, som blev en del af mit netværk.

SYGEPLEJEFAGLIG FORSKNING ETABLERES

I forbindelse med en fusion mellem afdelingen og et afsnit fra en anden afdeling blev der tilført økonomi til at ansætte en postdoc. Det blev det

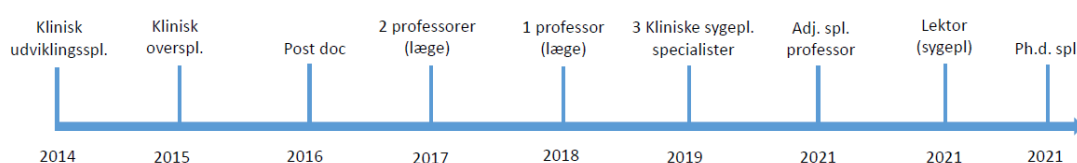
store vendepunkt for etableringen af sygeplejefaglig forskning. I afdelingen var på det tidspunkt ansat en klinisk udviklingssygeplejerske og en klinisk oversygeplejerske, og med ansættelse af en postdoc kunne vi samle de akademiske sygeplejekompetencer, hvilket gav mulighed for viden, sparring og strategiske overvejelser i relation til sygeplejefaglig forskning. Samtidig etablerede hospitalets sygeplejefaglig professor et netværk for forskningsinteresserede ledende oversygeplejersker². Det gav synlighed, opmærksomhed og legitimitet omkring sygeplejefaglig forskning, både i egen afdeling og på hospitalet. Når jeg ser tilbage, er det som om, at dørene til sygeplejefaglig forskning derigennem blev åbnet, og dermed også starten på en proces fuld af snubletråde og frustrationer. Organisatoriske forandrings- og udviklingsprocesser rummer typisk både frustrationer og snubletråde, men det særlige i dette tilfælde var et lavt vidensniveau og mangel på erfaring både på afdelings- og organisationsniveau. Set fra mit ledelsesperspektiv var der dermed tre elementer, som sprang i øjnene: viden, erfaring og kultur. De var alle vigtige at udvikle på, når der skulle sættes retning for sygeplejeforskningen i afdelingen.

I afdelingsledelsen besluttede vi at være tydelige omkring en fremadrettet prioritering af forskning som et generelt indsatsområde i afdelingen. Vi ville gøre det tydeligt, at klinik og forskning går hånd i hånd, og at det ikke er et enten-eller. Vi arrangerede derfor en temaeftermiddag for afdelingens ledere og forskningsmedarbejdere med det klare formål at sætte forskning på dagsorden blandt afdelingens ledere og gøre dem bevidste om, at vi som afdelingsledelse forventede en øget opmærksomhed på området, en øget prioritering af ressourcer til området og en målrettet kommunikation om dette til medarbejderne, bakket op af afdelingsledelsen.

Ledelse af medarbejdere med akademiske kompetencer og formulering af forskningsstrategier var hidtil uvante opgaver. Der var mangel på struk-

² Læs mere om ERFA-grupper for ledende oversygeplejersker i kapitel 2.

turer, arbejdsgange og veldefinerede mål, både på hospitals- og afdelingsniveau. Det ændredes dog over tid, og en spirende organisation for sygeplejeforskning så dagens lys. Det betød formelle strukturer for rekruttering af sygeplejersker med akademiske kompetencer, lønindstillinger, funktionsbeskrivelser, mål for antal publikationer, sygeplejefaglige forskningsnetværk, nationale og internationale netværk – alt sammen på hospitalsniveau. Det gav retning og legitimitet for de sygeplejefaglige ledere og forskere i afdelingen.



Figur 1: Tidslinjen illustrerer ansættelse af centrale forskningsmedarbejdere i afdelingen i perioden 2014-2021

På samme tid blev afdelingens Kliniske Forsknings Enhed (KFE) udvidet fra at være en enhed for protokolleret forskning initieret af medicinalindustrien til at være en enhed, som også rummede egen forskning, med tre nyansatte lægefaglige professorer som drivkraft. Den lægefaglige forskning fik selvsagt tyngde i afdelingen, og samme tendens tegnedes på hospitalets øvrige afdelinger. På hospitalsniveau blev udarbejdet en ambitiøs professorplan og etableret et forskningsråd, begge dele domineret af den lægefaglige forskning. Samme tendens tegnede sig på det regionale niveau, og udviklingen af forskningsområdet tog alvor fart med etablering af nationale og internationale forskningsnetværk, som medførte både økonomiske midler og publikationer.

Umiddelbart kunne man antage, at et veletableret forskningsmiljø var tæt på, men der var overvejende tale om lægefaglige netværk og i langt mindre grad sygeplejefaglige og tværfaglige netværk. Det viste sig desuden, at de formelle strukturer for KFE og hospitalets sygeplejeforskning

ikke harmonerede, at den lægefaglige og den sygeplejefaglige forsknings-tradition ikke forekom ligeværdig, og at forventningerne til etableringen af et fælles forskningsmiljø som baggrund for sygeplejefaglig og tværfaglig forskning ikke var afstemt. Den manglende harmonisering var en solid barriere og gav anledning til misforståelser i afdelingen. Både fordi det ikke blev italesat i tide, men især fordi der ikke var tilstrækkeligt fokus på at løse det.

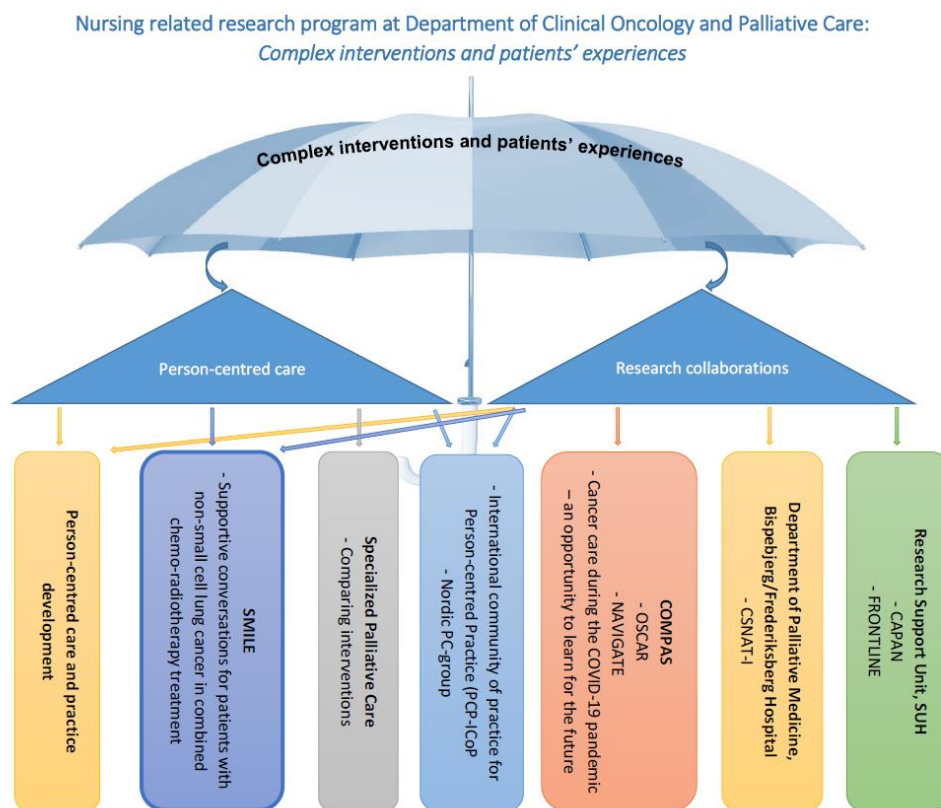
KURSÆNDRING GAV RESULTATER

Det blev tydeligt, at det i afdelingen var nødvendigt at ændre kurs og skabe en fælles retning for forskningen. I afdelingsledelsen var vi enige om, at tværfaglig forskning er betydningsfuld i afdelingen, bl.a. fordi den giver et samlet blik på muligheder og behov i patientforløbet. På Sjællands Universitetshospital (SUH) havde sygeplejeledere og sygeplejeforskere gennem en årrække arbejdet for at skabe veludviklede og tydelige rammer og strukturer for den sygeplejefaglige forskning. De kunne ikke stå alene, men de fungerede som en veletableret platform til at udbygge og videreudvikle den tværfaglige forskning i vores afdeling. En stærk monofaglig professionalisme og kultur er et vigtigt afsæt for at kunne bidrage til tværfaglig forskning (Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2016). På SUH var opfattelsen og italesættelsen af sygepleje som fag, profession og forskningsfelt stærk, men opfattelsen og italesættelsen i vores afdeling var ikke på samme vis konsolideret. Derfor var jeg usikker på, i hvilken grad sygeplejeforskningen ville blive accepteret som legitim og nødvendig, når vi skabte en forandring i retning mod at harmonisere med den lægefaglige og øvrige tværfaglige forskning i afdelingen. Samtidig kunne jeg se at harmonisering, samarbejde og fælles retning ville give nye muligheder og ny styrke til den sygeplejefaglige forskning. Der var med andre ord gode argumenter for at ændre kurs og skabe fælles retning for forskning i afdelingen.

Kursændringen gav resultater! En fælles og tydelig retning, et fælles sprog og en ledelsesprioritering af forskningen var med til at skabe kursændringen. Der blev tilvejebragt en vilje til et samarbejde mellem sygeplejefaglig og lægefaglig forskning, en vilje som i særdeleshed sprang frem af den udviklingsproces, som havde fundet sted, og en vilje som var til stede både hos mig som sygeplejefaglig leder i afdelingen, men også til stede i afdelingsledelsen og blandt afdelingens tre lægelige professorer. Tydeligheden omkring dette, samt en beslutning om at trække på kompetencer blandt afdelingens samlede gruppe af forskningsansatte med henblik på at styrke den sygeplejefaglige forskning, talte ind i kursændringen.

Forskningen i afdelingen er i dag betydelig udbygget og i rivende udvikling – det gælder også den sygeplejefaglige forskning og den tværfaglige forskning, omend det er i et mere begrænset omfang. Den samlede forskning er forankret i KFE, hvor en paragraf illustrerer sygeplejefaglig forskning og tværfaglig forskning (se figur 2). Den sygeplejefaglige forskning ledes af en lektor (tidligere ansat som postdoc i afdelingen) og udbygges kontinuerligt med fokus på klinisk praksis. Det betyder, at der er ansat en klinisk specialtsygeplejerske med forskningsopgaver og to kliniske sygeplejespecialister med udviklingsopgaver. Alle kliniske sygeplejespecialister har en master- eller kandidatuddannelse. Som den seneste udbygning er tilknyttet en sygeplejerske som ph.d.-studerende. Fra januar 2021 og 3 år frem har afdelingen, i samarbejde med en anden afdeling på hospitalet, fået tilknyttet adjungerende sygeplejeforsker Brendan McCormack, der er kendt for sin teori om Personcentreret Praksis (PCP). Målet er, at implementering af PCP skal styrkes og underbygges gennem den sygeplejefaglige forskningsmiljø (Kjerholt et al., 2020). Ideelt betragtet er PCP tværfagligt forankret, men det er vigtigt at vores ambitioner er realistiske, og det betyder at PCP i første omgang implementeres i det sygeplejefaglige miljø. Vi finder det vigtigt at skabe en stærk monofaglig platform, så vi kan argumentere solidt, på et velunderbygget grundlag, for en

tværfaglig implementering af PCP. I teamet af sygeplejeledere og sygeplejefaglige udviklings- og forskningsmedarbejdere lægger vi vægt på, at PCP taler ind i ambitionen om Personlig Medicin, en stærk udviklingstendens inden for behandlingsfeltet. Vi anvender bl.a. dette som argument for, hvorfor vi mener, PCP er relevant i en tværfaglig kontekst og på sigt er et fælles anliggende. Vi oplever, at professortilknytningen er positivt modtaget og accepteret blandt afdelingens øvrige forskningsmedarbejdere.



Figur 2: Paraplyen illustrerer afdelingens forskningsprogram for sygeplejen på Klinisk Onkologisk Afdeling og Palliativ Enhed, Sjællands Universitetshospital

Etableringen af det sygeplejefaglige forskningsmiljø har skabt resultater på flere niveauer. Det gælder både når vi måler på antallet af sygeplejefaglige publikationer, samt præsentationer på kongresser og konferencer, og når vi kigger på etableringen af netværk. Den sygeplejefaglige

forskning har et solidt nationalt netværk med flere eksempler på relevante forskningssamarbejder, herunder tværfagligt forskningssamarbejde, og derudover også internationale netværk og forskningssamarbejder. Samtidig har det skabt et forskningsmiljø i afdelingen, hvor bl.a. universitetstilknytningen til SDU er vigtigt for karriereforløb. Også lokalt i afdelingen gør forskningsmiljøet en forskel. Sparring om udviklings- og forskningsprojekter efterspørges, og det samme gælder vejledning om individuelle karriereveje. Vi oplever en interesse for udviklings- og forskningsresultater blandt klinikerne og en italesættelse af kliniske problemstillinger. Især klinikernes interesse er betydningsfuld. Det er gennem klinikernes opmærksomhed på - og italesættelse af - kliniske problemstillinger hos patienten, at det sygeplejefaglige forskningsmiljø skal videreudvikles og bestå. Det er min klare holdning, at det er i den kontekst, at sygeplejefaglig forskning reelt har sin berettigelse.

Udover at den fælles retning har skabt implikationer for den sygeplejefaglige forskning i afdelingen, har det også medført et bedre forsknings-samarbejde på tværs af professioner. Det har lettet adgangen til et stærkt lægefagligt forskningsmiljø med mulighed for vejledning og hjælp, uanset valg af forskningsmetode, forskningsområde eller forskerens videns- og erfaringsniveau. Det har betydning for både kvalitet i forskningsarbejdet og for støtte til at søge økonomiske midler til den sygeplejefaglige forskning. Derudover har det givet metodemæssig bredde til afdelingens samlede forskning samt et styrket netværk. Den lægefaglige forskning, herunder den protokollerede forskning med medicinafprøvning, kan suppleres med sygeplejeforskning. Dermed kan et mix af forskningsmetoder og forskningskompetencer skabe et mere nuanceret grundlag for resultaterne. En samling af kompetencerne kan styrke forskningsmiljøet, udvide forskningsmetoder og netværk og dermed skabe grundlag for udvikling på området.

PROCESSEN SKABTE LÆRING

Processen har skabt læring på flere områder. Personligt har jeg lært, at nedbrydning af rammer og strukturer kan være nødvendig, når det gælder en vigtig sags tjeneste. Vi har fået bekræftet, at fagkløfter ikke altid er rationelle, men kan have rod i historie, traditioner og kulturer. Forståelsen for eget fag og profession er stærk, og mødet mellem forsknings-traditioner og forskningsmetoder kan være udfordrende. Vi har samtidig lært, at det kan være en styrke at imødekomme og drage læring af den lægefaglige forsknings rammer og strukturer, selv om det på nogle områder kan nedtone sygeplejen som fag, og at et opgør med den gældende fagidentitet kan være nødvendig. Synergieffekten af forskningsfællesskabet kan på sigt fungere som løftestang for sygeplejefaglig forskning – dermed har det været vigtigt at have et langsigtet blik på udviklingen af en sygeplejeforskningsskulptur. Jeg har lært, at når sygeplejeforskningen integreres i afdelingens øvrige forskning, kræver det fokus på forskningssamarbejde og anvendelse af forskningsmetoder for at bevare det unikke relationelle og personcentrerede, som er kerneværdier i sygeplejen. Når vi vil bevare kerneværdier i sygeplejen, må vi vælge forskningsmetoder, som taler ind i disse. Det er en opgave, som både sygeplejeledere og sygeplejeforskere må tage på sig. I tilgift har vi fået relevant viden om sygeplejerskernes viden om og opfattelse af sygeplejeforskning i afdelingen. Og dermed et brugbart grundlag at videreudvikle ud fra. Det bliver interessant at se hvilke resultater, som næste CAPAN-spørgeskemaundersøgelse kan vise.

Ikke mindst – har vi lært at vejen til målet om at etablere et sygeplejefagligt forskningsmiljø kan være spændende, lærerig og relevant, men også lang, frustrerende og besværlig – præcis som vejen til forskningsresultater.

EFTERORD JULI 2024

Siden jeg i 2022 skrev bogkapitlet med titlen: "Ledelsesprioritering af forskning skaber fælles retning" har udviklingen af afdelingens forskningskultur generelt, og udviklingen af den sygeplejefaglige forskning specifikt, været i proces. I nedenstående afsnit giver jeg både et bagudrettet, et fremadrettet og et refleksivt blik på afdelingens forskning i sygepleje.

Et tilbageblik på afdelingens forskning i sygeplejen siden 2022 slår fast, at der er tale om en solid udvikling og fremgang, hvilket kan måles på flere parametre. Med udgangspunkt i forskning i sygeplejen er antallet af artikler og postere præsenteret nationalt og/eller internationalt steget betydeligt, så 9 publikationer og 10 posters i alt er præsenteret i 2023. Alle afdelingens afsnit har ansat medarbejdere med en kandidat- eller mastergrad, som deltager i klinisk praksis 80 % af ansættelsens norm. Desuden er ansat en forskningsassistent, dels som akademisk støtte til afdelingens lektor i sygepleje, dels som et led i strategien om løbende at have en eller flere ph.d.-spirer i afdelingen. Dette er med til at skabe et solidt grundlag for at kvalificere, understøtte og videreudvikle forskning i sygeplejen.

Sideløbende er afdelingens forskere i sygepleje blevet integreret i både nationale og internationale netværk og grupper, herunder netværk og grupper hvor personcentreret praksis er fundamentet for forskning. Desuden er samtidig etableret et samarbejde med Professionsskolen Absalon og Syddansk Universitet omkring præ- og postgraduat uddannelse, ligesom samarbejdet med nationale og internationale forskningscentre er udbygget.

Fremadrettet er ambitionen en fortsat stigning i antallet af artikler og posters relateret til forskning i sygeplejen. Vi mener, at det er vigtigt at skabe evidens for vores sygeplejepsikis, og at kunne dokumentere forskning i sygepleje er en integreret del af afdelingens samlede forskningsprofil. Vi forventer desuden at få en tydeligere profil i forskning i sygeplejen på tværs af SUH og i samarbejdet med nationale og internationale forskningscentre.

Vi har et mål om at konsolidere forskningsmiljøet og forskningskulturen på MVU-området i afdelingen, herunder antal ph.d.-studerende, postdocs og akademikere i klinisk praksis, bl.a. gennem et professorat i sygepleje. Kulturskabelse er en langstrakt proces, som kontinuerligt kræver ledelsesfokus, men som er vigtig for at skabe forståelse for, at forskning i sygeplejen har en berettiget plads i den samlede forskningsprofil – og dermed også ved udmøntning af økonomiske midler.

Fortsættes næste side >>>

Vi oplever en øget barriere i forhold til at forskere i sygepleje kan tilvejebringe den nødvendige økonomi til at gennemføre forskning. Det skaber utryghed og usikkerhed for forskerne, når økonomien kun rækker få måneder frem, og der ikke nødvendigvis er udsigt til flere midler. Det er en barriere, som både forskere og ledere er nødt til at tage alvorligt.

Ledelse af forskning i sygepleje er en "ongoing refleksionsproces", der bringer mig i et spændingsfelt mellem forskning i sygepleje og ledelse af forskning generelt. Ud over at reflektere over hvad organisering og beslutninger vil betyde for forskning i sygepleje, er jeg optaget af hvilken organisering og hvilke beslutninger, som vil være klogest ud fra et generelt ledelsesrettet blik. Det er vigtigt for mig at agere loyalt i forhold til min funktion som leder, hvor et overordnet ledelsesblik på organisering af afdelingens samlede forskning er nødvendigt, og på samme tid bevare et fagligt blik på nødvendigheden af en stærk organisering og prioritering af forskning i sygepleje. Det er et konstant dilemma, hvor der skal sættes retning på de langsigtede muligheder, og den værdi organiseringen bringer for forskning – og for forskning i sygepleje især.

REFERENCER

- Berthelsen, C. B., & Hølge-Hazelton, B. (2016). An evaluation of orthopaedic nurses' participation in an educational intervention promoting research usage – a triangulation convergence model. *Journal of Clinical Nursing*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1111/jocn.13128>
- Forskningsstøtteenheden. (2019). *CAPAN SURVEY II - En undersøgelse af viden og holdninger om udvikling, forskning og rammer for personcentreret praksis blandt—Rapport med resultater for Sjællands Universitetshospital sygeplejersker i Region Sjælland*. Sjællands Universitetshospital.
- Glasdam, S., & Bydam, J. (2008). *Sygepleje i fortid og nutid—Historiske indblik*. Nyt Nordisk Forlag.
- Hamer, S., & Collison, G. (1999). *Achieving Evidence-Based Practice—A Handbook for Practitioners*. Saunders. <https://bog.nu/titler/evidensbaseret-praksis-susan-hamer-og-gill-collison>
- Jacobsen, K., & Larsen, K. (2017). *Ve og velfærd: Læger, sundhed og samfund gennem 200 år*. FADL's Forlag. <https://research.cbs.dk/en/publications/ve-og-velf%C3%A6rd-l%C3%A6ger-sundhed-og-samfund-gennem-200-%C3%A5r>
- Kjerholt, M. (2020). Opbygning af en personcentreret udviklingskultur i en lokal hospitalskontekst – aktionsforskning med en small scale tilgang. In S. Winther & Høgsgaard (Eds.), *Aktionsforskning i sundhedsvæsenet: Idéer til kommunikative og innovative forandringer i en sundhedsfaglig praksis* (pp. 174–197). Aalborg Universitetsforlag. https://www.saxo.com/dk/aktionsforskning-i-sundhedsvaesenet_susanne-winther_pdf_9788772103013
- Kjerholt, M., Emilie Rosted, E., & Reinberg Simonsen, H. (2020). SUH: Vi rykker tættere på det personcentrerede sundhedsvæsen. *SKA Nyt*, 16–19.

VIDEREUDDANNEDE SYGEPLEJERSKER – HVORFOR OG HVORDAN I EN KLINISK PRAKSIS



Forfatter: *Ole Toftdahl Sørensen, Ledende oversygeplejerske, Kirurgisk Afdeling*

Mit første lederjob som afdelingssygeplejerske startede i 2001, og jeg har siden arbejdet med ledelse af sygepleje i forskellige afdelinger, både i medicinsk og kirurgisk speciale, og har dermed en bred erfaring som oversygeplejerske. I to et halvt år var jeg ansat som professionschef i Dansk Sygeplejeråd, for så at vende tilbage til det kliniske felt i nuværende stilling. Siden uddannelsen som sygeplejerske har jeg gennemført en diplom-uddannelse i ledelse og en master i Public Policy.

Jeg har altid ladet fag og fagudvikling været omdrejningspunkt og drivkraft i min ledelsestilgang. Jeg har blandt andet arbejdet med tværfaglig opgavedeling mellem sygeplejersker og terapeuter, og har som oversygeplejerske altid anvendt akademisk uddannede sygeplejerskers kompetencer, blandt andet til klinisk supervision, initiering af udvikling og forskning og etablering af en forskningsenhed. Jeg har i en årrække været aktiv i Dansk Sygepleje Selskab, både forskningsråd og i bestyrelsesarbejdet.

BEHOV FOR VIDEREUDDANNEDE SYGEPLEJERSKER

Flere og flere sygeplejersker vælger at videreuddanne sig og udgør en ny ressource, som vi skal gøre brug af i klinikken. I dette kapitel reflekterer jeg over, hvad jeg mener, kan medvirke til en videreudvikling af sygeplejefagets praksis, herunder hvordan styrkede kompetencer og stærke sygeplejefaglige ledelseskrafter er afgørende for at sikre en bæredygtig sygeplejeudvikling, som lever op til samfundets forventninger til faget.

Mange sygeplejersker er drevet af lysten til at forandre og forbedre; at tilegne sig viden gennem uddannelse og praksis for at gøre det bedst mulige for de mennesker, man står overfor. Min erfaring er, at der aldrig har været modstand hos sygeplejersker mod at forbedre faget til gavn for patienterne. Det har oftest været vilkår og rammer som normeringer, vakante stillinger og krav om aktivitet, der har hæmmet nye, gode initiativer.

Specialiseret sygepleje kræver kompetencer på flere niveauer; kompetencer stærkt funderet i fagets praksis. Behovet for en evidensbaseret og specialiseret sygeplejepsiksis er voksende, da denne har betydning for indlæggelsestid, dødelighed, patienttilfredshed og omkostninger (Aiken et al., 2014; Woo et al., 2017).

Kapitlet er skrevet på baggrund af tyve års erfaring som ledende sygeplejerske. Som leder har jeg været ansvarlig både for den sygepleje, der udføres i det daglige, og for at udvikle faget i takt med samfundsudviklingen. At sygeplejen bygger på en stærk fagidentitet og en solid generalistuddannelse anfægter jeg ikke, men vi har behov for at øge specialiseringen postgraduat for at kunne matche udviklingen i sundhedsvæsenet. Vi skal gennem et øget kompetenceniveau sikre, at fagets udvikling styres af dets egne logikker i en sammenhæng med fagets samfundsopgave. Med et øget kompetenceniveau mener jeg, at vi har brug for akademisk tænkning og færdigheder klinisknært for at kunne matche den kontekst, sygeplejen og patienten befinder sig i.

I dette kapitel beskriver jeg med afsæt i min konkrete hverdag, hvordan vi i Kirurgisk afdeling arbejder med at øge antallet af akademisk uddannede kliniske sygeplejespecialister, og hvordan vi integrerer dem i det kliniske arbejde, samtidig med at de får mulighed for at anvende deres akademiske kompetencer.

VI MANGLER FORTSAT KVALITET OG VIDEN I PRAKSISFELTET

En artikel i Fag og Forskning (Sørensen et al., 2017) beskriver, at sygeplejersker verden over ikke i tilstrækkelig konsekvent grad leverer den nødvendige kvalitet i sygeplejen. Dette bakkes op af et højt antal årligt indberettede utilsigtede hændelser relateret til mangelfuld sygepleje (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2016). Artiklen peger på, at det er nødvendigt, at vi som fagkollegie og ledere træffer et bevidst valg om at prioritere det faglige fundament i enhver afdeling eller hospital (Sørensen et al., 2017).

Kvalitetsudvikling og -sikring har altid været en hjørnesten i sygeplejen, og vi har altid arbejdet på at sikre et minimumsniveau af kvalitet både i den enkelte situation og det hele patientforløb. Det er desværre ikke noget nyt, at vi ikke leverer den tilstrækkelige sygeplejefaglige kvalitet. Allerede i 1980 beskriver Doris Christensen sygeplejen som værende mangelfuld og præget af tilfældigheder og med behov for udvikling og forbedring af den kliniske praksis (Christensen, 1980). Doris Christensen introducerer begrebet 'kliniske sygeplejespecialister' og mener, at disse vil kunne medvirke til at imødekomme behovet for udvikling af faget (Jensen et al., 2010).

For at imødegå dilemmaet mellem drift og fag mangler vi hverdagsformidlingen af viden om sygeplejens betydning, og dermed også lokal argumentation for, hvornår - og for hvem - sygepleje er afgørende. Vi har i en fortravlet tid set en tendens til at miste det faglige ståsted, og afdelingens faglige fundament opleves ofte som personbåren og ikke som et fagkulturelt kendetegn (Kjerholt & Sørensen, 2014).

AT VÆRE UNIVERSITETSHOSPITAL SÆTTER NYE KRAV TIL SYGE- PLEJEN

I takt med at Sjællands Universitetshospital etablerer sig som universitetshospital øges kravet om yderligere specialisering i pleje og behand-

ling. At være universitetshospital forpligter os til som sygeplejefaglige ledere, at sygeplejen er med til at bære denne titel ved at fremme miljøer, der bidrager til at yde sygepleje på et evidensbaseret grundlag (Sackett et al., 1996) og ikke kun på en ritualiseret praksis, som beror på vane-tænkning og individuelle forståelser. Dette kan vi gøre ved, at der finder forskning sted, som har fokus på sygepleje, at der er sygeplejersker beskæftiget med at forske, og at der er sygeplejersker, der beskæftiger sig med at omsætte den tilgængelige evidens.

Samtidig med denne udvikling er der en tendens til udflytning af de sundhedsfaglige opgaver fra sekundær til primær sektor. Den tværsektorielle overlevering af patient/borger har længe været en udfordring: Patientens situation er en anden under indlæggelse, hvor kun svært sygdomspåvirkede - og dermed plejkrævende - patienter er indlagt på hospitalet (Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2018). Sygepleje og behandling er ikke nødvendigvis afsluttet på udskrivelsestidspunktet. Patientens situation er stabil, men behandlingen og sygeplejen/rehabiliteringen finder sted i hjemmet, eventuelt med ambulant opfølgning. Succeskriteriet har været korte, effektive indlæggelser, og omlægning af sengebærende aktivitet til mere ambulant aktivitet synes at være det organisatoriske mantra (Sundhedsstyrelsen, 2009). Vi ved, at indlæggelse og inaktivitet ikke er fremmende for rekonvalescensen af kirurgiske patienter. Det har betydet, at vi ser patienterne i kortere tid på hospitalerne, og at de indlagte patienter er mere sygdomspåvirkede og dermed mere intensivt plejkrævende.

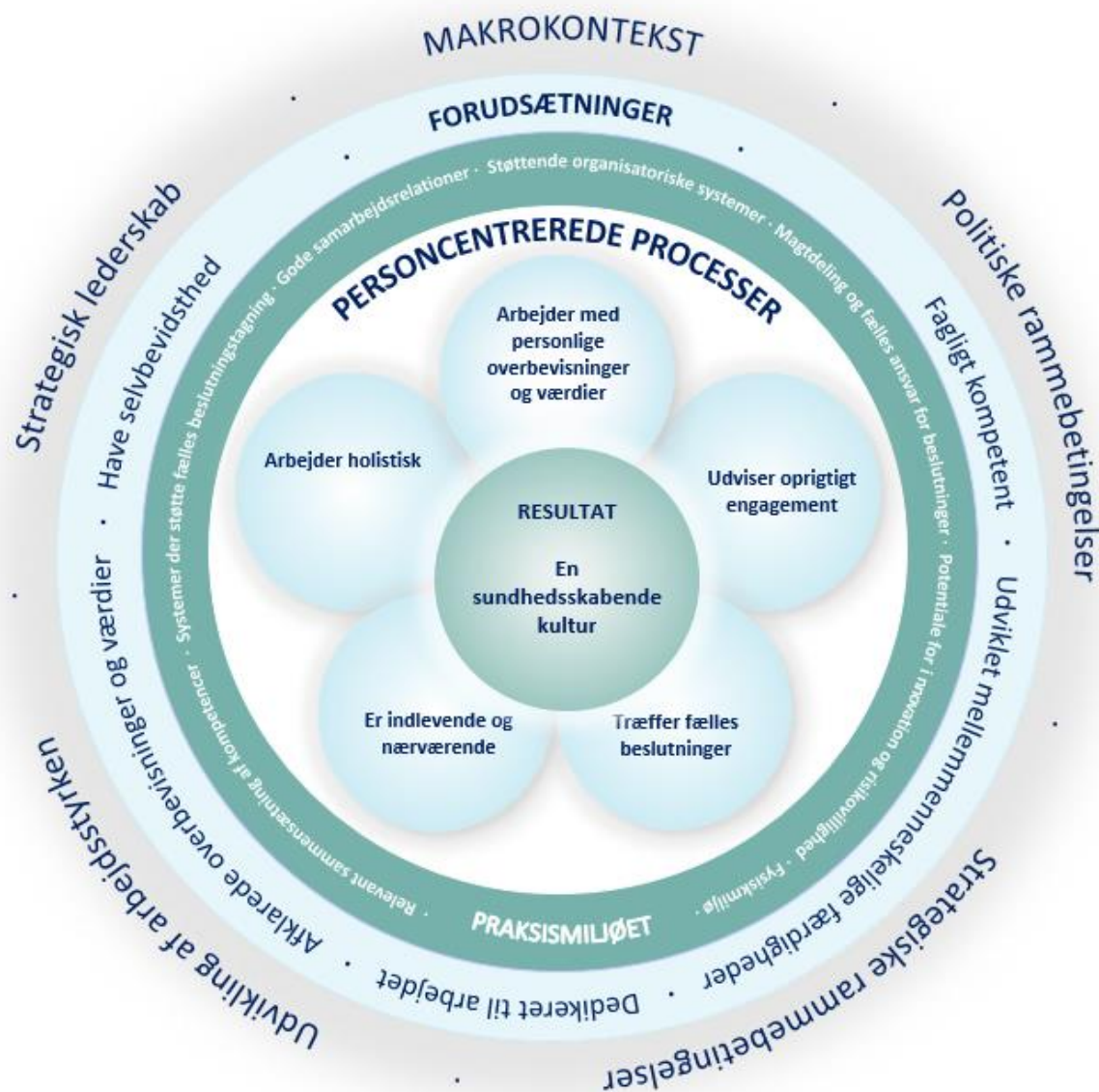
Udviklingen stiller nye krav til sygeplejersken, der vurderer og planlægger plejen til patienten under indlæggelse. Hun skal være præcis i identifikationen af patientens behov og forventede udvikling og intervenere på baggrund af viden og erfaring. Samtidig skal hun inddrage patient og pårørende i det videre forløb og forberede dem på den næste tid (Thaysen et al., 2019), som kan være i patientens eget hjem. Hun skal med andre ord kunne skelne mellem, hvornår sygeplejen kræver indlæggelse, og hvornår den ikke gør.

VISION OG STRATEGI FOR SYGEPLEJEN

På Sjællands Universitetshospital har vi i en årrække arbejdet med en strategi og vision for sygeplejen, hvor vi ønsker at udvikle en forsknings- og udviklingsorienteret personcentreret praksis (se Boks 1). Visionen indeholder forslag til og mål for bærende strukturer, læring, kvalitet, udvikling og forskning til gavn for vores patienter (Hølge-Hazelton et al., 2021) med udgangspunkt i referencerammen personcentreret praksis (PCP)(McCormack et al., 2011). Udviklingen af en personcentreret pleje er ikke en engangshændelse, men kræver en vedvarende forpligtelse fra organisationer til den løbende facilitering af udviklingen samt et engagement både i kliniske teams og på tværs af organisationer. Udviklingen af en personcentreret praksis beror på tre faktorer, der påvirker praksissammenhæng, nemlig arbejdspladskultur, læringskultur og det fysiske miljø (McCormack et al., 2011). Udviklingsprocessen kræver vedvarende ledelsesfokus, facilitering og et team af personer med de rette kompetencer - i denne sammenhæng sygeplejersker, der kan arbejde metodisk og som besidder både erfaringsbaseret og akademisk faglig viden.

Boks 1: Personcentreret praksis (PCP)

Personcentreret praksis (PCP) er en referenceramme, der har fokus på de personer (patienter, pårørende, sundhedspersonale, primærsektor m.fl.), der indgår i et samarbejde med det formål at yde optimal støtte og sygepleje/behandling til det enkelte menneske. Dette kræver inddragelse af firdelt evidens: viden fra patient/pårørende, videnskaben, de involverede faggrupper og de kontekstuelle rammer. Med PCP sættes de involverede personers ressourcer og kompetencer i spil og sammen danner de relationer, der udgør grundlag for beslutninger og planlægning af patientforløb.



Figur 1: Teoretisk ramme for personcentreret praksis (Thomsen et al., 2021).

Sygeplejens strategi ændrer sig i takt med udviklingen, og vi arbejder derfor med perioder på 3-4 år. Der foreligger en aktuel strategi med meget konkrete mål for, hvordan vi ønsker at kapacitetsopbygge sygeplejekollegiet på hele hospitalet. Strategien er godkendt af hospitalsledelsen og giver dermed legitimitet for de lokale ledere af sygeplejen til at iværksætte handlinger for at nå målene. De konkrete mål er opstået ved indbyrdes drøftelser blandt hospitalets oversygeplejersker i samarbejde med forskere og specialister, hvor vi blandt andet har udarbejdet en an for, hvad vi mener er nødvendigt for udviklingen af sygeplejen, som illustreret i

PCP-rammen i Figur 1. I overensstemmelse med rammen for PCP har strategien fokus på ledelse og facilitering samt en struktur for at sikre tilstedeværelse af de nødvendige kompetencer.

Det ledelsesfaglige område, som dette kapitel har fokus på, handler om først at skabe bærende strukturer til at understøtte anvendelse akademiske kompetencer i praksisfeltet. Vi har som faggruppe ikke lange erfaringer med at have akademisk uddannede sygeplejersker, som er ansat på afsnitsniveau under afdelingssygeplejersken, og hvor den videreuddannede sygeplejerske både arbejder klinisk og akademisk med reference til afdelingssygeplejersken. Det udfordrer både ledelseskompetencer og fokus, ligesom det udfordrer den daglige arbejdstilrettelæggelse. Er det for eksempel legitimt at lave udviklingsarbejde, når dagligdagen skal hænge sammen? Eller hvilke individuelle forskelle er der i de kliniske sygeplejespecialisters kompetencer og interesseområder (Kjerholt, 2018)?

Vi har i vores hidtidige stillingstrukturer ikke taget højde for det stigende antal af videreuddannede sygeplejersker, eller hvordan vi integrerer dem i den kliniske hverdag. Incitamentet for at videreudanne sig er ønsket om fortsat at arbejde i og med sygeplejen, men med flere indgange end som praktiserende sygeplejerske. Dette synes ikke at være muligt i almindelige sygeplejerskestillinger, fordi vi prioriterer og efterspørger en mere færdighedspræget sygepleje. Sjællands Universitetshospital har derfor valgt i visionen og strategien at pege på nye muligheder for at oprette stillinger på afsnitsniveau til akademisk uddannede, dels for at øge kompetenceniveauet i praksisfeltet og give nye muligheder for udbytte af dette kompetenceløft, og dels med sigte på nye karriereveje, fastholdelses- og rekrutteringsmuligheder.

VISIONEN OMSAT I KIRURGISK AFDELING

STILLINGSSTRUKTUR

I Kirurgisk afdeling har vi omsat strategien til en plan for, hvordan vi ønsker at placere de akademiske kompetencer i klinikken. Vi har indtil nu

valgt at oprette 14 sygeplejespecialiststillinger til videreuddannede sygeplejersker, og i sommeren 2021 var 10 af disse besat.

I Kirurgisk afdeling er første mål to specialister i hvert af afdelingssygeplejerskernes område. Aktuelt har vi to stillinger i hvert sengeafsnit og foreløbig en i vores stomiambulatorium, med planer om yderligere stillinger i ambulatorie- og endoskopiafsnittet. Vi arbejder med en fordeling mellem 80 % klinisk arbejde og minimum 20 % til udviklings- og forskningsarbejde. Det er denne fordeling, sygeplejersken lader sig ansætte på, og den udgør et fælles grundlag for hele afdelingen og giver ensartede vilkår for de kliniske sygeplejespecialister. Vores erfaring er, at afdelingssygeplejersken kan have behov for i perioder at prioritere anderledes, eksempelvis til en fordeling, der hedder 60/40. Det anbefales at tydeliggøre disse aftaler mellem afdelingssygeplejerskerne og specialisterne (Kilpatrick et al., 2016). Der indgår weekendarbejde og andet vagtarbejde i stillingerne, ud fra intentionen om at bringe de akademiske kompetencer i spil i alle vagtlag. Sygeplejen finder primært sted i den direkte patientpleje, og det er i dette møde, vi ønsker at styrke sygeplejen. Derfor skal specialisterne være til stede der, hvor patienten har brug for det. Erfaringer viser, at tilstedeværelse i den kliniske praksis har betydning for de kliniske sygeplejespecialisters funktion. Det er væsentligt for funktionen at indgå i praksisfælleskabet og observere, både for at kunne identificere problemstillinger, men også for at holde sig ajour med den kliniske praksis. Ved at deltage og være til stede i praksis og kommunikere med sygeplejekollegaer opnår specialisten et dybere kendskab til praksis, som er til stor hjælp i prioriteringen af tiltag, der skal implementeres, og som har relevans, er realistiske og har betydning for hverdagen (Kilpatrick et al., 2016).

I Kirurgisk afdeling arbejder vi med to niveauer i ansættelsen: et på afsnitsniveau og et andet i stabsfunktion med reference til oversygeplejersken. På afsnitsniveau har de kliniske specialister baggrund i en relevant master- eller kandidatuddannelse.

Gruppen af masteruddannede har primært fokus på udviklingsopgaver med inddragelse af videnskabelig litteratur i udviklingsarbejdet. Den anden gruppe har baggrund i en relevant kandidatuddannelse og har fokus på forskning, udvikling og implementering af evidens. Begge grupper har kendskab til videnskabelig litteratur, forskningsmetoder og –design samt erfaring med at læse videnskabelig litteratur. Dog har det vist sig, at den kandidatuddannede ofte har langt bedre færdigheder i litteratursøgning og vurdering af videnskabelig litteratur.

De ph.d.-uddannede specialister arbejder 100% med forskning og de opgaver, der er forbundet hermed. Vi har dog valgt, at de ph.d.-uddannede og uddannelsesansvarlige fortsat refererer til den ledende oversygeplejerske, da disse - udover deres daglige opgaver - også medvirker til ledelsessparring for oversygeplejersken og fungerer som bindeled mellem de strategiske linjer og de operationelle handlinger (Kjerholt & Sørensen, 2013; Petersen, 2018). I forbindelse med forsknings- og udviklingsprojekter fungerer de ph.d.-uddannede som mentorer og vejledere for specialistgruppen.

De uddannelsesansvarlige har primært ansvar for tilrettelæggelse og gennemførelse af vores prægraduate uddannelsesforpligtelse samt for etablering og gennemførelse af færdighedstræning og simulationstræning til fastansatte sygeplejersker. En del af de kliniske specialister indgår som trænere i disse seancer. De undervisningsansvarlige arrangerer også tværfaglige læringsseancer, lige som de er hovedaktører i afdelingens strategi for læring. Tillige fungerer de som ledelsessparringspartnere, både for afdelingssygeplejersker og oversygeplejersken.

Placeringen af de kliniske specialister i kombinationsstillinger betyder, at specialisterne får bedre forudsætninger for at være ajour med klinikkens observationer og undren over praksis, ligesom der etableres et mere naturligt kendskab til konteksten for sygeplejen. Ofte viser det sig, at en fæl-

les undren over et fænomens optræden fører til uens håndtering af problemer, og at de valgte sygeplejehandlinger afhænger mere af personlige præferencer end af den evidens, der foreligger. Den kliniske specialists kompetencer kan dermed fungere brobyggende mellem teori og praksis, og kan således medvirke til at fastholde en evidensbaserede tilgang og kultur. En undersøgelse fra 2016 viste, hvordan nyuddannede sygeplejersker hurtig taber deres akademiske kompetencer af den simple grund, at de tilpasser sig den praksis, de som nyuddannede sygeplejersker bliver en del af (Voldbjerg, 2016). Dette kan tolkes som om, at praksis ikke er sig bevidst om og eksplicit i anvendelsen af evidens.

UDVIKLINGEN AF SYGEPLEJEN I FORHOLD TIL EVIDENSBASERET PRAKSIS OG HØJERE GRAD AF SPECIALISERING

Sygepleje af god kvalitet stiller krav til den enkelte sygeplejerskes faglige kompetencer og evne til at navigere organisatorisk i et komplekst sundhedsvæsen. Der er mange udfordringer for de faglige logikker. Specialisering og effektivitet har i flere tilfælde udfordret sygeplejens klassiske helhedsorienterede tilgang til patientens situation, da specialiseringen ofte knyttes til den aktuelle sygdom og det konkrete indlæggelsesforløb, hvorimod sygeplejens helhedstankegang også indbefatter et før og et efter, og skal tænkes på tværs af sektorer.

I Kirurgisk afdeling arbejder vi ud fra en personcentreret ramme med en individualiseret tilgang til patienterne. Vi bevæger os fra standardiseret pleje til en bevidst differentiering af den forebyggende og opfølgende sygepleje. Vi arbejder målrettet med sygeplejen med henblik på at blive eksplicitte i, hvornår, hvorfor og på hvilken baggrund vi differentierer i den planlagte og leverede sygepleje. Det stiller krav til den sygeplejefaglige vurdering og efterfølgende prioritering i planlægningen. At kunne skelne mellem standard og individuelt plejeb behov kræver stor eksakt viden om patientgruppe, sygdom og sygepleje. Denne viden kan fås ved at undersøge og dokumentere effekter og betydning af den udførte sygepleje. Som indledningsvist beskrevet er vi på dette felt fortsat præget af

at være en ung faggruppe i forskning, og vores kliniske praksis afspejler denne unge tradition.

Erfaringsmæssigt ved vi, at det, på trods af et stigende behov, er en udfordring at implementere evidens i hverdagens praksis (Kjerholt & Sørensen, 2014). Vi kender alle forklaringerne om manglende tid og ressourcer – herunder tilstedeværelsen af de rette kompetencer. Den almindelige sygeplejerske har ofte ingen erfaring med implementering af evidens og mangler rollemodeller, som kan vise vejen. Manglende støtte og prioritering fra ledelsen kan ligeledes medvirke til den langsommelige implementering. For de akademiske rollemodeller er der, foruden de nævnte barrierer, en kamp mellem en "anti-akademisk" sygeplejekultur og accept fra tværfaglige samarbejdspartnere, eksempelvis læger (Berthelsen, 2020).

Før vi kan erklære evidensbaseret sygepleje til stede i praksis kræver det, at sygeplejerskerne er bevidste om, hvad evidensbaseret sygepleje betyder og indeholder, og hvad det kræver af kontinuerlige processer og akademisk tænkning for at kunne anvende og udvikle evidens i praksis (Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2017; Scott & McSherry, 2009).

Desuden har andre faktorer betydning for at arbejde evidensbaseret, eksempelvis adgangen til litteratur i form af sygeplejefaglige og medicinske tidsskrifter samt praksisnære kontorfaciliteter og computeradgang, som giver lettere adgang til søgning af litteratur og læsning af faglitteratur. Af hæmmende faktorer kan modsat nævnes, når hverdagens vigtigste viden baserer sig på kollegers erfaring eller intuition (Eizenberg, 2011; Kilpatrick et al., 2016).

KLINISKE SYGEPLEJESPECIALISTERS ROLLE OG OPGAVER

Funktionen som klinisk sygeplejespecialist har været årsag til megen debat. I litteraturen synes der at være en enighed om hvilke områder, en klinisk sygeplejespecialist arbejder indenfor (Fulton, 2014; Jokiniemi et al., 2021). Sundhedsstyrelsen definerer funktionen således:

“Clinical nurse specialist is prepared at the masters – or doctorate level as a clinical nurse specialist and is an expert clinician in a specialized area of nursing practice. The speciality may be a population, a setting, a disease or medical subspeciality, a type of care or of problem” (Sundhedsstyrelsen, 2009)

I Kirurgisk afdeling opdeles den kliniske sygeplejespecialistfunktion i fire funktionsområder på baggrund af eksisterende litteratur:

Tabel 1: (Fulton, 2014; Jokieniemi et al., 2021), frit fortolket/oversat af forfatter.

Klinisk Ekspert	Klinisk Udvikling	Klinisk Uddannelse	Klinisk Forskning
• Ekspert sygeplejerske • Identificerer kliniske problemstillinger • Klinisk lederskab • Bedside-undervisning • Rollemodel • Helhedsorienteret • Kvalitetsudvikling • Samarbejde, netværk med andre kliniske miljøer • Ledelsessparring	• Leder udviklingsopgaver • Faciliterer implementering af evidens • Ledelsessparring • Faciliterer kvalitetsudvikling/-sikring • Faciliterer faglig udvikling • Samarbejder med andre praksisudviklere/institutioner	• Identificerer kompetencebehov • Planlægger og gennemfører uddannelsesaktiviteter • Udvikler uddannelsesprogrammer • Vurderer sygeplejekompetencer • Samarbejder med uddannelsesinstitutioner • Ledelsessparring	• Forskningspligt • Udbreder forskningsresultater • Faciliterer anvendelsen af forskningsresultater • Samarbejde, netværk med forskningsmiljøer • Ledelsessparring

Forventningen til den kliniske sygeplejespecialists funktion i afdelingen er, at hun er aktivt udførende i patientplejen, fungerer som rollemodel for sygeplejersker, underviser sygeplejersker/patienter/pårørende, fungerer som konsulent for sygeplejersker og andre faggrupper, faciliterer udvikling og uddannelse samt deltager i og igangsætter forskning.

De kliniske specialister synes at være drevet af lysten til at forandre og forbedre, at tilegne sig viden gennem uddannelse og praksis, at udvikle kompetencer, modtage støtte og sparring samt at samarbejde om udvikling af praksis i praksis (Rasmussen et al., 2012).

IMPLEMENTERING AF KLINISKE SYGEPLEJESPECIALISTER

En implementeringsproces er en forandring, der indebærer organisatoriske læreprocesser, som både kan involvere ny viden og nye færdigheder på individuelt såvel som organisatorisk plan. Forandringsprocesser i organisationen sker gennem et samspil af organisationens aktører og deres værdier og subjektive forståelse af deres opgaver og roller (Kjerholt & Sørensen, 2014).

For implementering af rollen som klinisk sygeplejespecialist synes den direkte patientkontakt og deltagelse i teamet omkring patienten og patientarbejdet at være en væsentlig katalysator (Eizenberg, 2011). Deltagelse i det kliniske arbejde fremmer accept af rollen i teamet, og den klinisknære administrative arbejdsplads sikrer synlighed og giver let adgang til sygeplejespecialisten (Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2018; Kilpatrick et al., 2016).

Lederens forståelse for og opbakning til funktionen er af central betydning. Et tydeligt ansvarsforhold mellem den kliniske sygeplejespecialist og nærmeste leder i relation til specialistens opgaver er en vigtig ledelsesmæssig prioritering, som fremmer det kliniske lederskab (Munksgaard, 2017), fremmer organisatorisk tydelighed og fremmer muligheden for gennemførelse af projekter. Lederen kan i denne sammenhæng etablere dialogfora, hvor begge parter deltager, hvorved der opstår mulighed for diskussion og forankring af nye ideer og forandringer (Kjerholt & Sørensen, 2014).

LEDELSE AF FAGLIG UDVIKLING

Tydelig sygeplejefaglig ledelse er afgørende for, at kliniske sygeplejespecialister kan indfri de forventninger, der ligger til funktionen. Implementering af akademisk tænkning i praksis skal understøttes ledelsesmæssigt, både i det daglige og på strategisk niveau (Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2018).

Hvis det skal lykkes at skabe en udviklings- og forskningskultur i en afdeling, har lederen en afgørende faciliterende rolle. Lederne skal være aktive i at initiere nye udviklingstiltag for at legitimere, at disse bliver prioriteret i dagligdagen på lige fod med driften. Bellman peger på, at stærke kliniske ledere skal identificere, udvikle og gennemføre initiativer, og at de skal have sygeplejefaglig baggrund, fordi de således kan afspejle og sikre, at sygeplejens bærende værdier reflekteres i planer og handlinger (Bellman, 2002). Det er de blandt andet i stand til, fordi de også har dybe rødder i sygeplejefaget, tilegnet fra praksis, ledelseserfaring og viden- skab. De skal som ledere arbejde for at skabe de bedst mulige rammer for sygeplejepsiksis, og de skal sikre, i denne sammenhæng i form af kliniske sygeplejespecialister, at de nødvendige kompetencer er til stede, så missionen kan lykkes. De behøver ikke selv at være mestre i den konkrete praksis, men deres baggrund skal reflektere, at de har indsigt i faget og i hvilke rammer, der giver muligheder for en praksis, der rummer en forsknings- og udviklingskultur.

Denne aktive lederrolle kan udfordre sygeplejefaglige ledere på deres kendskab til forskningskompetencer. Ledere er ofte uddannet i generel ledelse, og der har i de senere år været efterspurgt mere generel end faglig ledelse. Sygeplejefaglige ledere skal sikre en proces, hvor indholdet og forventningerne til den særlige rolle, som kliniske sygeplejespecialister har, er gensidigt afklaret og tilpasset den enkelte. De sygeplejefaglige ledere skal også gøre sig bevidst, at forskere har forskellige forskningsfaglige profiler, interesser, akademiske ambitioner og personligheder. Denne forskel vil være afgørende for det videre forløb med integration af funktionen. I rollen som klinisk sygeplejespecialist ligger der implicit en væsentlig grad af autonomi, som stiller krav til en mere faciliterende ledelsesstil. Den sygeplejefaglige leder skal turde give plads til faglig autonomi for at få succes med funktionen (Bellman, 2002; Harrington, 2010; Hølge-Hazelton et al., 2016).

Min erfaring er, at det samme gør sig gældende for ansættelse af kliniske specialister med master- eller kandidatuddannelse, hvorfor den ledelsesmæssige og organisatoriske faktor også her spiller en rolle. Lederens opgave er at præsentere en faglig retning og være facilitator af udvikling. Dermed er lederen med til, at de kliniske sygeplejespecialister bliver i stand til at omsætte deres erhvervede akademiske viden til arbejdsmetoder i funktionen som klinisk sygeplejespecialist. Forventningerne til - og rammerne for - den enkeltes konkrete arbejdsopgaver synes dog også at have betydning for, hvordan anvendeligheden af akademiske kompetencer opleves.

At ansætte kliniske sygeplejespecialister i nævnte funktioner kan være en måde at sikre en forsknings- og udviklingsorienteret kultur i en afdeling til gavn for patienterne, fordi denne kultur - båret på sygeplejefaglige værdier og systematiske metoder - er med til at give sygeplejen validitet. Stillingstyperne er uundværlige i formidlingen af, hvad sygepleje betyder for patienter og organisationen. Hvis vi vil flytte os fra, at det kun er den erfarede viden, der styrer udviklingen, til at styringen bygger på en kombineret viden af både forsknings- og erfaringsbaseret viden, er vi som ledere nødt til at etablere muligheder for at udvikle forskningsbaseret viden, som er genereret på baggrund af erfaringer fra den aktuelle praksis. Forudsætningen for at generere forskning er, at vi som ledere opretter stillinger, som kræver akademiske kompetencer. Kompetencerne skal være tæt på praksis for at medvirke til etablering og inddragelse af den nødvendige og relevante forskning i praksisudviklingen. Den sygeplejefaglige ledelse må nødvendigvis tage del i denne udvikling og beslutte at etablere disse muligheder.

REFERENCER

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W., & RN4CAST consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet (London, England)*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Bellman, L. (2002). *Nurse Led Change and Development in Clinical Practice*. Wiley.
- Berthelsen. (2020). A lack of allocated research time challenges the extent of the implementation of evidence-based practice—A three-year retrospective follow-up cohort study of Master of Science in Nursing graduates. *Journal of Nursing Education and Practice*, 10(8), Article 8. <https://doi.org/10.5430/jnep.v10n8p19>
- 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>
- Berthelsen, & Hølge-Hazelton, B. (2018). Caught between a rock and a hard place: An intrinsic single case study of nurse researchers’ experiences of the presence of a nursing research culture in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7–8), 1572–1580. <https://doi.org/10.1111/jocn.14209>
- Christensen, D. (1980). Den kliniske sygeplejespecialist—En tendens i sygeplejens udvikling. *Fokus På Sygeplejen, Årbog for Sygeplejersker, 1980*, 69–82. Munksgaard.
- Eizenberg, M. M. (2011). Implementation of evidence-based nursing practice: Nurses’ personal and professional factors? *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 33–42. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05488.x>
- Fulton, J. S. (2014). Evolution of the Clinical Nurse Specialist Role and Practice in the United States. In *Foundations of Clinical Nurse Specialist Practice* (2nd ed.). Springer Publishing Company.

- Harrington, L. (2010). From Talking the Talk to Walking the Walk: The Role of Nurse Leaders in Nursing Research. *Nurse Leader*, 8(1), 46–49. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2009.08.004>
- 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), 465–474. <https://doi.org/10.1111/jonm.12345>
- Hølge-Hazelton, B., Thomsen, T. G., Kjerhol, M., & Rosted, E. (2021). Implementing a vision of person-centredness across a new university hospital in Denmark. *International Practice Development Journal*, 11(1), 1–3. <https://doi.org/10.19043/ipdj.111.013>
- Jensen, A. L., Lindsman, A., & Espersen, B. T. (2010). Klinisk sygeplejespecialist—Arbejdsopgaver og kompetencer. *Sygeplejersken*, 2010(21), 62–66.
- Jokiniemi, K., Hølge-Hazelton, B., Kristofersson, G. K., Frederiksen, K., Kilpatrick, K., & Mikkonen, S. (2021). Core competencies of clinical nurse specialists: A comparison across three Nordic countries. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23–24), 3601–3610. <https://doi.org/10.1111/jocn.15882>
- Kilpatrick, K., Tchouaket, E., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2016). Structural and Process Factors That Influence Clinical Nurse Specialist Role Implementation. *Clinical Nurse Specialist CNS*, 30(2), 89–100. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000182>
- Kjerholt, M. (2018). Organisatorisk og faglig omstrukturering af specialist-sygeplejersker til kliniske sygepleje-specialister i klinisk praksis – en casebeskrivelse. *Forstyrrelsen*, 2018(1), 13–15.
- Kjerholt, M., & Sørensen, O. (2013). Forsker og leder udvikler praksis sammen. *Sygeplejersken*, 9, 76–79.
- Kjerholt, M., & Sørensen, OT. (2014). Implementeringsbarrierer i klinisk praksis—Hvordan kan de forstås og håndteres? In B. Hølge-Hazelton (Ed.), *Research- and Developmental Culture in Clinical Practice* (1–4, pp. 49–64). Region Zealand. http://werkproof.dk/oo-surf/proxy/alfresco-organicobject/api/node/content/workspace/SpacesStore/d4edf17a-ddf7-422e-8f4f-24a344d9f23c/f_og_u_kultur_i_klinisk_praksis_NY_pr040414.pdf

- 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.
- Munksgaard, M. E. (2017). Klinisk sygeplejefagligt lederskab. *Fagligt Selskab for Undervisende Sygeplejersker, Uddannelsesnyt*, 2017(1), 4–8.
- Petersen, M. C. (2018). Der hvor ideer fødes, viden genereres og fremtid skabes. In B. Hølge-Hazleton & T. G. Thomsen (Eds.), *Forsknings- og udviklingskultur: Forskere i klinisk praksis* (pp. 79–93). Forskningsstøtteenheden.
- Rasmussen, T. B., Berg, S. K., & Harder, I. (2012, March 8). Kliniske sygeplejespecialisters erfaringer med deres funktion—En interviewundersøgelse. *Sygeplejersken*, 2012(3), 83–94.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Scott, K., & McSherry, R. (2009). Evidence-based nursing: Clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing*, 18(8), 1085–1095. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02588.x>
- Sørensen, E. E., Bahnsen, I. B., Pedersen, P. U., & Uhrenfeldt, L. (2017). Sygepleje tilbage til det basale. *Fag & Forskning*, 2017(1), 52–57.
- Styrelsen for Patientsikkerhed. (2016). *Årsberetning 2015 Patientombuddet* (p. 43). Styrelsen for Patientsikkerhed. <https://stps.dk/da/nyheder/2016/patientombuddet-udgiver-sin-aarsberetning-for-2015/~media/33585E168E434F74B0165D6052A590D7.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2009). *Uddannelse og autorisation. Specialiseringer i sygeplejen—Udvikling af en fælles begrebs-ramme* (p. 52). Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/uddannelse/~media/EA7402B8B2964CAE80721E8381236E54.ashx>
- Thaysen, H. V., Lomborg, K., & Seibaek, L. (2019). Patient involvement in comprehensive, complex cancer surgery: Perspectives of patients, relatives and health professionals. *European Journal of Cancer Care*, 28(4). <https://doi.org/10.1111/ecc.13071>

- Thomsen, T. G., Kjerholt, M., Scheuer, P., & Rosted, E. (2021). Udvikling af personcentrerede praksiskulturer på et universitetshospital: Muligheder og udfordringer. *Forstyrrelsen*, 9–14.
- Voldbjerg, S. L. (2016). På spidsen: Det giver tryghed at indordne sig. *Fag & Forskning*, 3(67).
<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2016-3/paa-spidsen-det-giver-tryghed-at-indordne-sig>
- Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: A systematic review. *Human Resources for Health*, 15(1), 63.
<https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>

STRATEGI FOR, ERFARINGER MED OG REFLEKSIONER OVER ETABLERING AF ET SYGEPLEJEFAGLIGT UDVIKLINGS- OG FORSKNINGSMILJØ



Forfatter: *Lotte Kragh Nielsen, Ledende oversygeplejerske,
Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgisk Afdeling*

Jeg har været oversygeplejerske i Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgisk Afdeling (ØNHK) på Sjællands Universitetshospital siden 2002. Jeg er uddannet sygeplejerske i 1987 og har sygeplejefaglig diplomuddannelse med speciale i ledelse fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole fra 1998 og Master of Public Management fra Syddansk Universitet i 2011. ØNHK har udviklet sig fra at være en af flere Øre-Næse-Hals kirurgiske (ØNH) afdelinger i Region Sjælland til at være samlet som én afdeling i 2013. Yderligere er afdelingen blevet fusioneret med Tand-Mund-Kæbe Kirurgisk (TMK) Afdeling i 2014 og dækker dermed flere specialer og subspecialer. Afdelingen består af sengeafsnit, ØNH ambulatorium, ØNH operationsafsnit, TMK ambulatorium og TMK operationsstue på central operationsafsnit samt en søvnapnøklínik og et hørecenter med høreklinikker fire steder på Sjælland.

HVOR ER VI NU

I Øre-, Næse-, Hals- og Kæbekirurgisk Afdeling (ØNHK) har vi fået etableret en organisering, der har et klart sygeplejefagligt udviklings- og forskningsrettet fundament. Vi har ansat kliniske sygeplejespecialister i hvert afsnit, vi har ansat en sygeplejefaglig udviklings- og forskningsleder, og vi har en sygeplejefaglig ph.d.-studerende i gang med egen forskning og flere på vej. Det betyder, at vi nu er på forkant med forskningspotentialer og forskningsmuligheder; blandt andet har vi ansøgt om og modtaget

støtte til et stort internationalt projekt, hvor der vil indgå både monofaglig og fællesfaglig forskning. Ovenstående beskrivelse giver en indikation på, hvor vi er nået til.

HVORDAN ER VI KOMMET HERTIL

Hospitalet skiftede i 2014 profil fra at være et af Region Sjællands fire sygehuse, Roskilde og Køge Sygehuse, til at være et *"banebrydende universitetshospital med et unikt fokus på patienterne"*. Hospitalet beskrev ambitiøse visioner, herunder en ambition om en styrkelse af forskning *"... således at der frembringes væsentlig og ny viden til gavn for patienterne og til styrkelse af medarbejdernes faglige indsigt"* (Sjællands Universitetshospital, 2014).

Et afgørende element ved ændring fra at være et af flere regionssygehuse til at være et universitetshospital betød blandt andet, at der på flere niveauer blev sat mere fokus på forskning – også inden for sygeplejen. Derfor var det nødvendigt at udarbejde nye strategier. I den første strategi indenfor sygeplejen efter at Sjællands Universitetshospital (SUH) blev universitetshospital, *"Vision, mål og strategier for sygeplejen - Sygepleje i top"* (Roskilde og Køge Sygehuse, 2015), blev fokus ligeledes rettet mod udvikling af ny viden, og under overskriften *Udvikling, forskning og evidensbaseret sygepleje* var det overordnede mål:

"At sygeplejen i Roskilde og Køge sygehuse bygger på den bedst dokumenterede viden fra forskning, klinisk erfaring samt patienter og pårørende. Behandlingen og plejen er patientcenteret og tager udgangspunkt i den lokale kontekst"

Herunder stod blandt andet *"at der inden for den kliniske sygepleje findes de nødvendige kompetencer for udvikling og forskning"*.

På baggrund af strategien kom et øget fokus på udvikling og forskning i sygeplejen, blandt andet med ansættelse af flere sygeplejefaglige forskere rundt omkring på hospitalet.

På omtrent samme tidspunkt udarbejdede Dansk sygeplejeråd (DSR) et forskningsudspil, "Viden udvikler sygeplejen" (Dansk Sygeplejeråd, 2012). Her står blandt andet, at "*forskning i sygepleje bidrager med nødvendig viden for at udvikle nye og bedre sundhedsydelser*". Her var beskrevet, at forskning i sygeplejen er samfundsrelevant og til gavn for patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle, samt at forskning i sygepleje er en nødvendig del af sundhedsforskningen. Denne viden skal vi generere og udvikle for at styrke vores kompetenceområder og faget.

Både den regionale udvikling på SUH hen imod at blive et universitetshospital og det nationale fokus på at styrke faglige kompetencer viser, at udvikling og forskning i faget er kommet for at blive.

Denne udvikling er blevet fulgt meget nøje i ØNHK, og allerede tilbage i 2014 var det fra min side et udtalt ønske at bidrage på en måde, som gav mening både på hospitalet og i afdelingen for såvel patienter som for sygeplejersker. I afdelingen har vejen hertil, hvor vi er nu, været belagt med sten. Vi har måttet stoppe op, gå omveje, og der har ind i mellem været meget stejle trapper, der har skulle overvindes.

I det følgende vil jeg beskrive vejen frem til nu, med fokus på tre nedslagspunkter som beskriver, hvor vi i afdelingen oplevede, at det for alvor rykkede.

I første nedslagspunkt beskrives, hvad det betød, da de ledende sygeplejersker (ledende oversygeplejersker, chefsygeplejersken og forskningsleder) på hospitalet udarbejdede en strategi for sygeplejefaglig udvikling og forskning (Sjællands Universitetshospital, 2020). Det var ikke den første strategi for sygeplejen på hospitalet, men klart den hvor forskning var en fremhævet ambition. Det næste skelsættende i etableringen af afdelingens udviklings- og forskningsfundament var en sygeplejefaglig temadag i afdelingen, hvor sygeplejepersonalet fra afdelingens forskellige afsnit var samlet. Formålet med dagen var "*at skabe en kultur, hvor udvikling og forskning i sygeplejen er en integreret del*" (Roskilde og Køge Sygehuse,

2015). Sidste nedslagspunkt handler om min egen ledelsesmæssige udvikling af parathed, herunder betydningen og effekten af Journal Club¹ og fagligt netværk, herunder deltagelse i ERFA-grupper for ledere².

Kapitlet slutter med at beskrive betydelige udfordringer undervejs, hvilken læring jeg har draget af den samlede proces frem til nu, samt en perspektivering omkring den fortsatte udvikling af sygeplejeudvikling og -forskning i afdelingen. En proces der naturligvis aldrig slutter.

STRATEGI FOR SYGEPLEJEFAGLIG UDVIKLING OG FORSKNING

Da regionens to ØNH-afdelinger blev fusioneret i 2013, blev der ansat en udviklingssygeplejerske. På det tidspunkt havde afdelingen særligt fokus på arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel. Omkring samme tidspunkt ansatte SUH en sygeplejefaglig forskningsleder, og det blev mere tydeligt og legalt at ændre fra primært fokus på kvalitetsarbejde henimod en større bevidsthed om sygeplejefaglig udvikling og forskning. Dette kaldte på en anderledes prioritering og dermed en anden faglig organisering i afdelingen. Vi gennemførte flere gode forbedrings- og udviklingsprojekter, men det strukturerede og målrettede arbejde omkring udvikling af og fastholdelse i en egentlig udviklings- og forskningskultur manglede.

I forbindelse med omstillingsprocessen fra at have fokus på kvalitetsarbejde hen imod etablering af en udviklings- og forskningskultur, blev jeg som ledende oversygeplejerske blandt andet inspireret af kollegaer på SUH og andre hospitaler, som var i gang med samme proces. Gennem flere forskellige ledelsesnetværk fik jeg mulighed for at samles og udveksle erfaringer, som gav inspiration til at komme videre i omstillingsprocessen. Det førte blandt andet til, at jeg sammen med afdelingens daværende fire afdelingssygeplejersker, afdelingens uddannelsesansvarlige sygeplejerske og to udviklingssygeplejersker nedsatte en sygeplejefaglig

¹ Læs mere om Journal Club i bilaget

² Læs mere om ERFA-grupper for ledere i kapitel 2

styregruppe i afdelingen, hvor drøftelser af hvordan vi på baggrund af inspiration og erfaringer fra andre i ØNHK kunne etablere, fastholde og styrke en systematiseret tilgang til udvikling og forskning i afdelingen. Vi ønskede med styregruppen at skabe et solidt fundament i afdelingen og dermed også kunne leve op til hospitalets målsætning om udvikling og forskning.

Sammen udarbejdede vi i 2015 ”Strategi for udvikling og forskning i sygeplejen i ØNHK”. I arbejdsgruppen var vi enige om, at for at kunne etablere en egentlig udviklings- og forskningskultur, var det vigtigt, at afdelingens sygeplejersker skulle kunne ”se sig selv i det” (Manley, 2017). Det skulle være muligt for den enkelte - via egne refleksioner - at komme både med ideer til og være en del af udarbejdelsen af projekter samt implementeringen heraf, samtidig med at være sygeplejerske i afdelingen.

I det følgende afsnit fremgår, hvordan sygeplejerskerne i afdelingen reagerede på de tiltag, vi i styregruppen havde planlagt.

SYGEPLEJEFAGLIG TEMADAG I AFDELINGEN

Visionen skulle være udgangspunktet for etablering af en udviklings- og forskningsorienteret kultur i afdelingen. Den blev lanceret ved en sygeplejefaglig temadag i oktober 2015, herefter tilrettet og udgivet i sin endelige form.

Den sygeplejefaglige styregruppe havde sammensat et program til temadagen, som startede med en præsentation af afdelingens strategi og herefter et oplæg om muligheder og udfordringer indenfor sygeplejeudvikling og forskning. Dette oplæg blev holdt af en sygeplejefaglig forsker, der på det tidspunkt havde været ansat i en anden afdeling på SUH i et par år og derfor havde konkret erfaring fra egen praksis. Hun præsenterede blandt andet en velafprøvet projektbeskrivelseskabelon, hvoraf blandt andet undersøgelsesspørgsmål og baggrund for projektet fremgår.

Hensigten med dagen var at tage udgangspunkt i de strategier, der var besluttet - *hvorfor?* -, præsentere hvordan arbejdet mod opfyldelse af de strategiske mål kunne gøres - *hvordan?* -, og oplæg fra afdelingens egne sygeplejersker - *hvem?* -, og med det afsæt at fremlægge projekter, som sygeplejerskerne havde gennemført i afdelingen. Dermed blev det tydeliggjort for afdelingens sygeplejersker, at vi allerede var godt i gang. Og det blev understreget, at der var en reel mulighed for at arbejde med udvikling og forskning samtidig med den kliniske hverdag. Yderligere blev det synligt, at det var ikke en helt ny kultur der skulle skabes, men at et fundament var allerede lagt.

Herefter var programsat at de enkelte afsnits sygeplejersker skulle brainstorme på ideer til udviklings- og forskningsprojekter for efterfølgende at udvælge to-tre projekter, de ville arbejde videre med. Det, vi ønskede med brainstorming, var at vise sygeplejerskerne, at de havde mange ideer som udviklingspotentiale, at pirre deres lyst til at gå ind i arbejdet med udvikling og påbegynde systematisering af ideer ind i den generiske projektbeskrivelseskabelon, som den sygeplejefaglige forsker havde præsenteret os for. Vi har siden arbejdet videre på denne projektbeskrivelseskabelon, som vi forsat anvender, da vi benytter den som redskab til at sikre, vi kommer hele vejen rundt: fra nysgerrighed på noget til undersøgelse heraf samt at sikre formidling af den viden, vi har opnået.

Dagen igennem var der stor energi i lokalet, som blandt andet blev synlig gennem refleksioner og drøftelser om sygepleje og undringer, samt ønsker om forbedringer. Samtidig viste evaluering af dagen, at der var sket en markant positiv udvikling i forhold til motivationen til at arbejde videre med sygeplejefaglig udvikling i afdelingen, og at sygeplejerskerne så frem til at arbejde med de projekter, de selv havde været med til at indkredse i løbet af dagen.

Fremadrettet ville vi arbejde videre med de indsatsområder og værktøjer, der blev præsenteret på dagen – blandt andet en fælles skabelon til projektbeskrivelser. Skabelonen blev let accepteret af afdelingens sygeplejersker, der oplevede det som en rigtig god hjælp, når de skulle lave udkast til en projektbeskrivelse. Fremlæggelse for kollegaer i afdelingen var grænseoverskridende for nogle, men som alligevel oplevede det som et trygt sted at formidle den viden, et projekt havde genereret. De gik til opgaven med at udbrede deres viden via postere og mundtlige oplæg med ydmyghed og stolthed. Det gav en fantastisk fællesskabsfølelse og oplevelsen af, at vi også havde 'noget at byde ind med', hvilket var utrolig vigtigt for det udviklings- og forskningsfundament og den kultur, der for alvor udviklede sig i afdelingen.

Dermed blev det tydeligt, at grundlaget for at udvikle kulturen i en udviklings- og forskningsmæssig retning allerede var i afdelingen. Sygeplejerskerne formåede på denne dag at inspirere hinanden. Den synergi, der her blev skabt, har været en uvurderlig grobund for at "finde tilbage", når det blev svært i hverdagen. Lysten til at forbedre og udvikle voksede og udfoldede sig. Det, vi herefter måtte øve os på, var at være varsom med at have for mange projekter i gang på samme tid, så også evaluering og implementering af den nye viden, og de deraf følgende ændringer af arbejdsgange, blev en integreret del af processen (Manley, 2017).

Ved Tværfagligt Symposium på SUH i 2016 deltog afdelingen med tre poster og et oplæg, ligesom vi deltog med både oplægsholdere og poster til ØNH-symposium samt til årsmødet for ØNH-sygeplejersker. Dette var med til at understrege udviklingen, som afdelingen var inde i.

Efterhånden som den sygeplejefaglige udvikling og forskning i afdelingen tog fart, blev jeg som leder i afdelingen opmærksom på, at der var kompetencer i forhold til at lede udvikling og forskning, jeg ikke selv besad, og som vi på det tidspunkt ikke havde i afdelingen. Over tid blev det tydeligt,

at der var brug for en, der var i stand til at være både katalysator og facilitator.

I det følgende afsnit beskrives, hvordan jeg blev tydelig på, hvad og hvem der var behov for, for at opnå disse nødvendige kompetencer i afdelingen.

LEDELSESMÆSSIG UDVIKLING AF PARATHED

Et tredje nedslagspunkt, som har haft stor betydning for de ledelsesmæssige beslutninger, var min deltagelse i Journal Club (JC) i 2016 sammen med andre ledere i regionen med fokus på *ledelse af forskning og udvikling* (Kjerholt & Hølge-Hazelton, 2018).

Det medvirkede til, at jeg blev særligt opmærksom på og forstod betydningen af, at det for den videre udvikling i afdelingen ikke skulle være "en forsker på vej", men en uddannet forskers kompetencer, der var nødvendig. Et andet opmærksomhedspunkt, der blev tydeligt, var hvilken type forsker, afdelingen havde brug for.

I forbindelse med JC, mit netværk med de øvrige ledere, og ikke mindst de drøftelser, vi havde i afdelingens sygeplejefaglige styregruppe og afdelingsledelsen, blev det tydeligt, at min antagelse om, at én, der er under uddannelse til forsker, har rigeligt i at uddanne sig og ikke på samme tid kan tage ansvar for det, afdelingen havde brug for, nemlig en person der var i stand til at facilitere udviklings- og forskningsprojekter og -processer. Afdelingen havde i højere grad brug for en person, der kan drive udvikling og forskning, og samtidig skabe ændringer i praksis og dokumentere viden. Mine mange refleksioner førte frem til, at behovet var en færdiguddannet forskningsleder, der arbejder personcentreret og med praksisudvikling, har fokus på patientinddragelse samt har erfaring med at søge projektmidler.

Ud over ønsket om en forskningsleder var også behovet for, at udvikling og forskning skulle foregå blandt de kliniske sygeplejersker, helt tæt på

patienterne. Derfor indgik ligeledes i strategien en plan om at ansætte sygeplejersker med akademisk baggrund i stillinger som kliniske sygeplejespecialister, så de skulle være 50–60 % i klinisk arbejde og 40-50 % i udvikling/forskning. Det at de er akademisk uddannede gør dem i stand til at læse og forholde sig til litteratur, udarbejde projekter mv.

Denne proces fik ændret min og afdelingsledelsens indsigth i, hvilket behov for faglige kompetencer afdelingen havde på dette område. Vi besluttede at oprette en stilling som leder af udvikling og forskning i sygeplejen, når muligheden opstod, samt en klinisk sygeplejespecialist i hvert afsnit.

Selv om der nu er indkredset, hvad afdelingen har haft af planer i forhold til at styrke den sygeplejefaglige udvikling og forskning, har det vist sig, at sker ting undervejs, som man som leder også skal agere i. I det følgende afsnit beskrives nogle af de udfordringer, der har været undervejs.

UDFORDRINGER

Undervejs har der naturligvis været forskellige udfordringer. Der er særligt tre typer udfordringer, der har haft størst indflydelse på manglende fremdrift i afdelingens vision for sygeplejen og arbejdet med at integrere udvikling og forskning i kulturen, nemlig: budgettilpasninger, udskiftning af personale og håndtering af vakancer på lederniveau.

Der har været budgettilpasninger (besparelser) ad flere omgange. Hver gang med reduktion af den samlede sygeplejenormering til følge, hvilket naturligvis har haft stor betydning for, at fokus i flere perioder måtte være på de reaktioner og forandringer, det førte med sig i personalegruppen. Ikke kun blandt sygeplejersker, men i hele afdelingen. Det er utroligt indgribende i arbejdsmiljø, tryghed i ansættelse, ændrede måder at løse opgave på og meget mere. Det tager lang tid og al fokus på netop dette, at finde sig til rette i de ændrede forhold og acceptere den nye situation i afdelingen.

Også udskiftning blandt afdelingssygeplejersker har stor betydning for fremdriften af den sygeplejefaglige udviklings- og forskningskultur. Det er naturligt, at når der sker udskiftning blandt dem, der skal være kulturskabere og –bærere samt dem, der går forrest i deres afsnit med, hvad der er fokus på, så betyder det, at de nyeste ansatte ikke er lige så skarpe på vision og strategi som dem der rejste. Fællesforståelsen er væk, den forståelse der var skabt i ledergruppen forsvinder og skal genskabes/ny-skabes.

Bevidsthed om, at man som ledende oversygeplejerske skal støtte sine mellemledere på forskellige måder, blandt andet fordi de har forskellige kompetencer, er vigtig. Som ny afdelingssygeplejerske er fokus naturligt særligt rettet mod eget afsnit og mindre mod den samlede afdeling.

Der har også været længere perioder undervejs, hvor jeg har varetaget flere ledelsesfunktioner på baggrund af vakancer, for eksempel en lang periode uden ledende overlæge, og derved har det ikke været muligt at fastholde det nødvendige fokus. Medarbejdernes fokus er, hvor lederens fokus er.

Alle disse udfordringer flytter fokus i retning mod at få dagen til at hænge sammen; det bliver meget operationel ledelse frem for strategisk.

Det kræver vedholdenhed, risikovillighed og mod at fastholde strategien om at ansætte en forskningsleder, når nye afdelingssygeplejersker og sygeplejersker i afdelingen har oplevelsen af at mangle sygeplejersker til varetagelse af de patientnære sygeplejeopgaver. Men hvis vi som afdeling på et universitetshospital skal lykkedes med at leve op til regionens, SUH's og afdelingens vision om sygeplejefaglig udvikling og forskning, er det nødvendigt.

Den samlede afdelingsledelse og den sygeplejefaglige styregruppe medvirker til at fastholde de strategiske mål, hvilket var et vigtigt redskab til

at vende blikket på de opgaver, afdelingen også skal lykkedes med; i denne sammenhæng den sygeplejefaglige udvikling og forskning.

LÆRING

I 2016 fik vi ansat vores første kliniske sygeplejespecialist, i 2018 påbegyndte den første sygeplejerske sit ph.d.-projekt, og i 2019 fik vi ansat en sygeplejefaglig leder af udvikling og forskning. I 2021 fik vi flere millioner kroner til et stort internationalt projekt, hvor afdelingens sygeplejefaglige leder af forskning skal være leder af projektet.

Ansættelse af kliniske sygeplejespecialister og en forskningsleder løser ikke alt. Da ansættelsen af en sygeplejefaglig forskningsleder blev en realitet, var det i en periode med mange brydninger i afdelingen. Det var ikke nogen nem periode for hende at skabe relationer og accept i afdelingen. Der kan derfor være en ensomhedsfølelse i en stilling som forskningsleder, da staben i en klinisk afdeling omfatter meget få personer, og de har ingen særlige arbejdsfællesskaber. Det krævede mange drøftelser for at sikre en fælles forståelse, en tæt relation og enighed om vejen, som afdelingen skulle gå.

Vi er fortsat i proces med at lande den rigtige organisering og de bedste arbejdsgange. Mine forventninger til den nuværende organisering er, at vi må træde stien efterhånden, som vi går. Vi må skabe og lære af egne erfaringer.

Foreløbig er jeg dog overbevist om, at den rigtige model er den, som vi nu har skabt, hvor de kliniske sygeplejespecialister er ansat i afsnittene og også har kliniske patientnære funktioner, og ikke ansat i stabsfunktion i afdelingen. Vi har ikke set det fulde potentiale endnu, men vi arbejder med bevidstheden om sammenhæng mellem afsnit og afdelingen i en erkendelse af, at der er projekter, der går over afsnitsgrænser, og projekter, der følger patientens forløb.

Vi har arbejdet på at finde de gode løsninger omkring, hvordan vi bedst muligt gøre brug af de kliniske sygeplejespecialisters kompetencer. Vi er klar over, at der i nogle situationer kan opstå tvivl om, hvad der besluttet fra afdelingssygeplejersken, og hvad der besluttet fra forskningslederen. Derfor afprøver vi, om det giver mening at spørgsmål som 'hvad', 'hvornår' og 'hvor længe' rammesættes fra afdelingssygeplejersken, og 'hvordan' og 'hvorfor' spærres med forskningsleder. Vi kan se værdien i at have fælles opmærksomhed på at holde fokus på sammenhængen mellem vores styregruppe (nu kaldet SUUF - Sygeplejefaglig Uddannelse, Udvikling og Forskning) og de enkelte afsnit og at bringe den enkelte kliniske sygeplejespecialists kompetencer for forbedrings- og kvalitetsarbejde i spil til gavn for hele afdelingen. Det afstedkommer mange spændende drøftelser, herunder uenigheder der skal afstemmes. Det er at være i et arbejdsfællesskab på den rigtig gode måde – det, der også udvikler os.

Vi har fået skabt et solidt fundament og er på vej op ad en efterhånden lige så solid trappe, der understøtter og styrer den sygeplejefaglige udviklings- og forskningskultur. Yderligere er der en ambition om, at "bygge bro" til andre faggrupper, både udviklings- og forskningsmæssigt. Det håber vi bliver en realitet i det kommende internationale projekt.

Hvad kan det føre til? Det vil jeg kort beskrive i næste afsnit.

PERSPEKTIVERING

Lige nu er fokus på de faglige strategier for udvikling og forskning af sygeplejen, men det næste, der naturligt må komme, er strategier for den samlede afdeling. Hvordan, hvornår og hvilken indflydelse det vil få bliver spændende at være en del af. Afdelingen vil høste mange erfaringer i den kommende tid. Jeg er dog helt sikker på, at hvis vi har skabt et godt monofagligt rodnet, har vi meget mere at byde ind med i en flerfaglig strategi.

Et vigtigt skridt på den videre vej for den sygeplejefaglige udvikling og forskning er, at flere udviklingsopgaver skal faciliteres af kliniske sygeplejespecialister i de enkelte afsnit, herunder også nogle af de tværgående projekter, og hermed frigive forskningslederen til de forskningsrettede opgaver, herunder selv at forske, vejlede og formidle viden gennem publikationer og ved nationale og internationale konferencer. Målet er flere sygeplejefaglige ph.d.-studerende tilknyttet afdelingen, da der er så mange vigtige sygeplejefaglige områder, der er behov for større viden om. Det kan og vil vi bidrage til.

Sidst skal pointeres, at arbejdet med implementering af ny viden, og den læring det beriger os med, er også en opgave, der vedvarende skal være fokus på. Den viden, vi genererer, skal altid skabe værdi for patienten, og det gør den først, når den er implementeret.

Der vil blive ved med at være nye vinkler, nye udfordringer og nye perspektiver. Det kan ses som et kalejdoskop, hvor bevægelser skaber brud af gamle mønstre, men kort efter skaber nye smukke sammensætninger af mønstre og farver. Og de vil blive ved med at ændre sig.

REFERENCER

- Dansk Sygeplejeråd. (2012). *Viden udvikler sygeplejen – til gavn for patienter, borgere, profession og samfund* (p. 12) [Forskningsudspil]. Dansk Sygeplejeråd.
- Kjerholt, M., & Hølge-Hazelton, B. (2018). Cultivating a culture of research in nursing through a journal club for leaders: A pilot study. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 42–49.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12518>
- Manley, K. (2017). An overview of practice development. In B. McComack & T. McCance (Eds.), *Person-Centred practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice* (pp. 133–149). Wiley Blackwell.
- Roskilde og Køge Sygehuse. (2015). *Vision, mål og strategier for sygeplejen*.
- Sjællands Universitetshospital. (2014). *Patienten er alt* [Strategi]. Sjællands Universitetshospital.
- Sjællands Universitetshospital. (2020). *Sjællands Universitetshospital I TOP: Vision, mål og strategier for MVU-området, frem mod 2025*. Forskningsstøtteenheden for MVU-uddannede.

AFDELINGSSYGEPLEJERSKENS ROLLE I VIDENDELING PÅ ET UNIVERSITETSHOSPITAL



Forfatter: *Patricia Vallebo Lindhardt, Afdelingssygeplejerske, Medicinsk Afdeling*

Jeg er uddannet sygeplejerske i 1998 og har erfaring fra geriatrisk, kardiologisk og endokrinologisk speciale. Jeg har været afdelingssygeplejerske siden 2005 og har en diplomuddannelse i ledelse fra 2011 samt en Master of Business Administration fra 2018.

I dette bogkapitel tager jeg udgangspunkt i mit masterprojekt fra 2018 og relaterer det til min daglige praksis i 2020-2021. Det overordnede formål er at beskrive mine ledelsesmæssige refleksioner, handlinger og visioner i forhold til at udvikle forsknings- og udviklingskulturen i praksis. Jeg har valgt perioden 2020-2021, da COVID-19 udfordrede ledelsesfeltet på en måde, jeg ikke havde oplevet før, dels under et ualmindeligt stort tidspres og dels for medarbejdere, som ikke nødvendigvis havde valgt at arbejde med patienter med COVID-19. COVID-19 blev også en ny kontekst for mig, hvori jeg som afdelingssygeplejerske skulle agere.

HVORFOR ER DET VIGTIGT FOR MIG AT ARBEJDE MED VIDENDELING?

På min masteruddannelse blev jeg optaget af ledelse; mere præcist hvordan menneskelige interaktioner influerer på organisatoriske målsætninger. I mit masterprojekt (Lindhardt, 2018) beskæftigede jeg mig med videndeling og hvilke forudsætninger, der skal til for at fremme videndeling

på et universitetshospital set ud fra et ledelsesperspektiv. Min arbejdsplads havde skiftet funktion fra et lokalt sygehus til et universitetshospital. Som ansat på et universitetshospital forventes der en udviklende og forskningsfokuseret tilgang samt anvendelse af den bedste og nyeste viden. Mængden af viden er enorm, så hvordan sikres et bredt kendskab til den nye viden blandt lederens medarbejdere til at skabe inspiration og støtte til praksisudvikling og måske forskning i hverdagen?

Da jeg skrev mit masterprojekt, var jeg afdelingssygeplejerske for et sengeafsnit med tilhørende ambulatorium, hvilket betød at mine medarbejdere havde skiftende vagter. Dette kunne være en udfordring i forhold til effektivt at videndele og sikre, at relevant viden og udvikling indenfor sygepleje kunne formidles til alle, hvilket jeg vender tilbage til senere i kapitlet.

Med denne baggrund satte jeg mig for at undersøge nærmere, hvad videndeling er, hvordan viden deles bedst, samt hvilke ledelsesmæssige overvejelser man bør gøre sig i forhold til dette. I masterprojektet fordybede jeg mig mere teoretisk, men her i kapitlet ønsker jeg at fokusere på en bestemt slags viden, nemlig den der kommer ind i en afdeling i form af instrukser, retningslinjer og strategiske målsætninger, dvs. når viden er systematiseret af andre, som den blev i forbindelse med COVID-19. Der er altså ikke tale om viden, der direkte efterspørges af medarbejdere, men viden som organisationen ønsker implementeret i praksis. Det gør jeg fordi denne type viden og anvendelse af denne vidensform har været højaktuel i forbindelse med håndtering af viden under COVID-19, hvor en vigtig ledelsesdimension er at agere som facilitator af ny viden for at sikre best practice, hvilket er essentielt i forhold til pleje og behandling af patienterne.

Kapitlet er opbygget ud fra følgende struktur:

- I. Funktioner af viden
- II. Videndeling som proces
- III. Barrierer ved videndeling
- IV. Yderligere refleksioner over afdelingssygeplejerskens rolle

Hvor det giver mening, relateres kapitlet til mine erfaringer som afdelingssygeplejerske under COVID-19 pandemiens første bølger. Teoretisk trækker jeg på Christensens bog *Bedre Videndeling* (Christensen, 2016). For de, der er interesserede i yderligere referencer, henviser jeg til mit masterprojekt (Lindhardt, 2018).

I: FUNKTIONER AF VIDEN

Viden er kompleks og kan opdeles i forskellige funktioner: den faglige, den koordinerende og den sociale funktion (Christensen, 2016). Funktionen af viden er vigtig for at afdække hvilken videndeling, der er behov for, og hvor.

I den *faglige funktion* er viden erfaringsbaseret og er oftest karakteriseret som implicit viden, som kan omsættes til eksplicit viden med de rette sociale relationer (Christensen, 2016). I forbindelse med mit masterprojekt undersøgte jeg blandt andet hvilke faktorer, der er vigtige for medarbejderne for at kunne omsætte implicit viden til eksplicit viden. Begreber som tillid, tryghed og kendskab til hinanden er gennemgående for, at den faglige funktion for viden bliver aktiveret. At have en social relation er vigtig for medarbejderne for at kunne anvende den faglige funktion.

Den *koordinerende funktion* omfatter viden om arbejdsopgaver og processer i organisationens mindre enheder og skal struktureres, så de opgaver, individet udfører, giver mening for den enkelte samt for helheden (Christensen, 2016).

Den *sociale funktion* ved viden er at sikre et tilhørsforhold til kolleger og leder, samt at medarbejdere er orienteret om organisationens mål og strategier (Christensen, 2016).

Den faglige funktion bringer jeg i hverdagen i spil blandt medarbejdere og kolleger, hvor min erfaring bliver til eksplicit viden ved supervision og undervisning. I forhold til mine medarbejdere anvendes den faglige funktion, når jeg observerer udførelse af sygeplejen og spørger ind til deres faglige overvejelser bag sygeplejehandlingen. Det er refleksion over min og deres sygeplejepraksis.

I forbindelse med COVID-19 blev der i en periode næsten dagligt udsendt nye instrukser. I forbindelse med instrukserne anvendte jeg den faglige funktion, da jeg superviserede afdelingens sygeplejersker, både de fastansatte samt indlånede sygeplejersker. Jeg oplevede også selv, hvordan den faglige funktion blev bragt i spil ved at modtage undervisning i nyt udstyr og derefter selv undervise afdelingens personale. Instrukserne omhandlede viden om arbejdsopgaver og hvordan de i nogle henseender skulle løses, hvorved den koordinerende funktion indenfor viden blev bragt i spil. Vi udarbejdede for eksempel en opgavebeskrivelse ved modtagelse af COVID-19 patienten som sikrede, at det tydeligt fremgik, hvem der gjorde hvad og hvornår. Det var lige fra blodtryksmåling, podning til trachealsug. Vi havde stor fokus på at optimere det tværfaglige samarbejde omkring patienten med COVID-19, så vi samtidig udnyttede alle ressourcer bedst muligt.

Den sociale funktion sikrer jeg gennem personalemøder og teammøder, hvor der er fokus på samarbejde og fælles kultur, og hvor strategiske budskaber formidles. På personalemøder og teammøder styrkes den sociale relation, hvorved denne funktion af viden bliver bragt i spil, og dermed øges muligheden for videndeling i organisationen. Under COVID-19 indførte jeg fælles præsentationsrunde i vagtovergangene, hvor hver enkelt sagde sit navn, uddannelse, ansættelsessted og erfaring. Dette havde stor

betydning for samarbejdet i løbet af vagten, hele perioden, samt invite-rede til dialog blandt alle. Jeg oplevede under COVID-19 og i min daglige ledelse, at min evne til at anvende de tre funktioner havde betydning for at medarbejderne fik den relevante viden.

II: VIDENDELING SOM PROCES.

Videndeling er en proces, som foregår mellem mennesker. Teknologier kan fremme og understøtte videndeling, da viden nemt kan kopieres, og teknologi kan hjælpe med at distribuere viden til mange mennesker på én gang. Viden er en vigtig ressource, og videndeling er med til at løfte den organisatoriske effektivitet, da organisationen når sine mål gennem fællesskab og samarbejde. Derfor er det vigtigt, at medarbejdere arbejder sammen om at videndele den bedste praksis. Videndeling handler både om den viden, organisationen og individet har, samt hvordan denne viden bedst muligt kommer individet og organisationen til gode. Videndeling kræver dermed en indsats fra alle individer i organisationen. Denne indsats afhænger særligt af den motivation, den enkelte medarbejder har. Psykologiske faktorer, som øger den interne motivation, er meningsfuldhed, ansvarlighed og feedback (Christensen, 2016; Mullins & Rees, 2013). I forbindelse med videndeling beskrives der tre processer: Identificering af viden, overførelse af viden og anvendelse af viden.

IDENTIFICERING AF VIDEN

I forhold til den form for viden, jeg fokuserer på her, betyder denne proces, at jeg som afdelingssygeplejerske skal være bevidst om og reflektere over hvilken viden, jeg er kommet i besiddelse af, når jeg orienteres om, at der er kommet nye retningslinjer. Er det en viden, som personalet eller patienter kan have glæde af? Kan den have betydning for andre? Og hvem kunne de andre være? Er det mit personale, mine kolleger eller min leder? Det jeg konkret gør ved identificering af ny viden, for eksempel en retningslinje, er at læse den igennem flere gange, blive klar på, hvad formålet betyder, hvad arbejdsgangen er og hvem retningslinjen henvender sig til. Dette gør mig i stand til at vurdere, om der er tale om en ændring

i forhold til den aktuelle praksis, og i givet fald hvordan og for hvem dette får betydning.

OVERFØRELSE AF VIDEN

Overførelse af viden, der kommer udefra i form af for eksempel retningslinjer, afhænger i min hverdag af, hvilken viden det handler om, og hvem disse retningslinjer er målrettet til. Min formidling af viden er baseret på den identifikation af viden, jeg har foretaget. Et konkret eksempel er fra foråret 2020, hvor COVID-19 rullede ind over landet, og hvor der kom nye retningslinjer hyppigt, nogle gange dagligt. Det var meget vigtigt, at denne viden kom ud til medarbejderne hurtigt, på et tidspunkt hvor hverdagen var præget af, at medarbejderne ikke fik læst deres mails. Derfor gennemgik jeg i starten de nye retningslinjer i fælles forum ved vagtskifte om morgenen og eftermiddagen, så alle havde mulighed for at stille uddybende spørgsmål, og så vi kunne sikre, at alle var informeret. Senere i forløbet uddelegerede jeg opgaven. Jeg foretog en tilpasning af viden, det vil sige at jeg identificerede hvilken ny viden, der var tale om, hvorefter jeg overførte viden via forskellige formidlingsmetoder, som omfattede nyhedsbreve med den relevante viden, mundtlig overlevering og eventuelt visualisering af brugen af udstyr. Dermed sikrede jeg, at alle fik viden til rette tid og på rette måde, samt klarlagde om der var behov for uddybning af viden, og få afklaret eventuelle misforståelser hurtigt.

Min erfaring er, at videndeling til andre ledere ofte kan formidles ubearbejdet, men til medarbejdere kræver overførelse af viden væsentlig flere overvejelser for at viden kan anvendes i den konkrete kontekst og herunder omsættes i operationel praksis.

ANVENDELSE AF VIDEN

I forhold til processen i forbindelse med anvendelse af viden kan det være problematisk, da det, der fungerer et sted, kan være vanskeligt at få til at fungere et andet sted. Det kan være manglende tilpasningsmuligheder,

da viden er kompleks og man derfor kan ikke kan forvente at "*one size fits all*" (Brown et al., 2010; Christensen, 2016; Rycroft-Malone, 2004).

Denne del af videndeling, *anvendelse af viden*, mener jeg er vigtigt som leder at forholde sig kritisk til i forhold til, om viden er brugbar i den konkrete afsnit/afdeling. Der kan ofte være behov for lokale tilpasninger for at viden giver mening i hverdagen. For giver den ikke mening, så kan der ske en dekobling hos medarbejderne, så medarbejderne ikke tager den nye viden til sig og ubevidst ignorerer viden, hvis de ikke kan se meningen med denne. Derved bliver den nye viden ikke anvendt i praksis.

Ny viden, såsom retningslinjer og instrukser, påvirkes af den enkelte sygeplejerskes værdier og kompetencer i samspil med patientens værdier og præferencer, når sygeplejen tager udgangspunkt i patientens behov for omsorg. Dette handler om sygeplejerskens interne motivation og meningsskabelse i hverdagen; noget man som leder kan stimulere ved at give sygeplejersken feedback på udførelse af sygeplejehandlinger (Brown et al., 2010; Rycroft-Malone, 2004).

I forbindelse med COVID-19 kunne der være behov for i hver vagt at demonstrere, hvordan udstyr, værnemidler og lignende fungerede i praksis. Demonstrationen involverede alle tre processer i videndeling. Praksisgennemgang blev brugt som et effektivt supplement i videndeling. Dette medførte også, at alle medarbejdere fik den nyeste viden, uanset om de lige havde haft fri eller været i vagt.

Min opfattelse er, at når jeg som leder videndeler retningslinjer, instrukser mv., både med medarbejdere og andre ledere, så har jeg mulighed for at bidrage positivt i processen omkring videndeling, så budskabet faciliteres i praksis med udgangspunkt i modtagernes kompetencer og behov. Særligt når jeg er kommet godt igennem de tre processer omkring videndeling, kan succesen ses i udførte handlinger blandt medarbejdere og kolleger. Jeg håber, at tilgangen til videndeling spredes som ringe i vandet,

og inspirerer andre til at videndele effektivt med en reflekterende indgangsvinkel til facilitering af "best practice", da dette er vigtigt for, at vi som organisation lykkes med den bedste pleje og behandling af vores patienter.

III: BARRIERER VED VIDENDELING

Der er ifølge teorien tre barrierer ved videndelingsprocessen, som man skal være opmærksom på: individet, ledelse og teknologien (Christensen, 2016).

De *individuelle barrierer* dækker over personlighedstræk. Det vil sige, at introversion og ekstroversion har betydning for, hvad man skal være opmærksom på i forhold til videndeling. Dette omfatter, at lederen skal kunne forstå og indtænke medarbejdernes personlighedstræk i planlægning af videndeling i organisationen. De individuelle barrierer påvirker ligeledes, hvordan det relationelle samspil kan være mellem medarbejderne i en organisation, og relationen kan udgøre en barriere for videndeling i organisationen (Christensen, 2016). Introverte personer kan for eksempel opfatte ekstroverte som frembrusende og fylde meget, hvilket kan påvirke det relationelle samspil, så forholdene for videndeling ikke er optimale.

Processen omkring overførelse af viden dækker ligeledes over formidlingen af viden. I min hverdag gør jeg mig overvejelser i forhold til medarbejdernes personlighedstræk. Mine ekstroverte medarbejdere giver respons på viden og formidlingen af den med det samme, hvorimod mine introverte medarbejdere er mere tilbageholden med deres mening og opfattelse/forståelse. Det gør, at jeg i hverdagen ofte vender tilbage til den introverte medarbejder for at sikre, at budskabet er forstået. Derudover så indgår min vurdering af mine medarbejders personlighedstræk også i udvælgelse af opgaver. Det kan være undervisning af kolleger i større fora, hvor den ekstroverte befinder sig godt i rollen, og den introverte befinder sig bedst i rollen, når man bruger sidemandsoplæring. Denne

proces vurderer jeg er vigtig, så man som leder kan støtte medarbejderne bedst muligt i videndeling.

De *ledelsesmæssige barrierer* ved videndelingen beskrives i teorien som værende manglende overskud i hverdagen til at reflektere over praksis, søge ny viden, dele ny viden eller skabe ny viden (Christensen, 2016). Som ledere er vi ansvarlige for at vi når konkrete driftsmål. Mange er tilbøjelige til at sætte lighedstegn mellem opnåelse af driftsmål og optimal udnyttelse af alle ressourcer. Denne lidt ensidige tankegang har jeg også haft, men jeg er den sidste årrække begyndt at anskue verden lidt anderledes, så jeg får skabt rum for videndeling og dermed interesse og nysgerrighed på udvikling og forskning. Denne ændrede tankegang er sket i takt med mit udviklingsforløb som afdelingssygeplejerske ud fra ledelseserfaring samt uddannelse.

Som afdelingssygeplejerske er det mit ansvar at kunne tilrettelægge/skaffe de nødvendige rammer, så den nødvendige videndeling kan finde sted blandt medarbejdere for at bidrage til, at organisationen når sine mål samt medarbejderens mål. Dette er et råderum, man skal turde tage som afdelingssygeplejerske. Jeg forsøger at planlægge jævnlige møder for at skabe rammen for videndelingen, hvor viden kan omfatte blandt andet behandlingsstrategi og arbejdsprocesser.

Videndeling skal betragtes som en investering, dvs. en udgift her og nu, men giver mulighed for et større værdi i fremtiden for organisationen og for individerne i den.

Sagt med andre ord så er den ledelsesmæssige udfordring at kunne balancere mellem leadership og management. Leadership-delen fokuserer på udvikling, motivering af medarbejdere, den sociale relation, facilitering af videndeling, så opgaveløsningen stemmer overens med organisationens strategi (Christensen, 2016). Management-delen er fokuseret på driften dag til dag og at nå deadlines samt sikre, at de nødvendige res-

sourcer er til stede til at løse opgaverne (Christensen, 2016). Management indikerer målbare parametre, men viden og videndeling er ikke et målbart parameter, da man ikke kan måle på kvaliteten af videndeling, hvilket jeg som afdelingssygeplejerske skal kunne argumentere for og kunne fastholde vigtigheden af, selvom kvaliteten af videndeling ikke kan måles objektivt.

De *teknologiske barrierer* omfatter brugen af IT-systemer og manglende oplæring, som kan bidrage til en modvilje mod IT-systemer. Vi overvurderer ofte mulighederne for videndeling gennem teknologi. Det er vigtigt at etablere et socialt miljø, videngrupper, som stimulerer til videndeling. Videresending af mails er ikke ensbetydende med, at mailen er læst og forstået som tiltænkt. Det kræver en kritisk vurdering af anvendelse og overførelse af viden (Cabrera & Cabrera, 2002; Christensen, 2016).

De teknologiske barrierer kom frem under COVID-19, da nye indlånede sygeplejersker ikke var vant til de skærbilleder, som anvendes under indlagte patientforløb. Men barriererne blev hurtigt elimineret, da sygeplejerskerne var motiverede for at lære en ny måde at dokumentere og finde informationer på.

IV: YDERLIGERE REFLEKSIONER OVER MIN ROLLE SOM AFDELINGSSYGEPLEJERSKE I VIDENDELING, HERUNDER HVORDAN DETTE KAN UNDERSTØTTE UDVIKLINGSKULTUREN I MIN AFDELING

Som afdelingssygeplejerske sætter jeg rammerne for, hvordan den viden, der kommer udefra i form af retningslinjer eller instrukser, skal deles i hverdagen, også på tværs af vagter. I den forbindelse ser jeg teknologien som en del af løsningen, da den kan sikre/bidrage til, at alle får samme viden/information samtidig, men teknologien kan, som beskrevet, ikke stå alene.

Min erfaring er, at det ofte hjælper på forståelsesprocessen at den skriftlige videndeling, der finder sted via e-mail, følges op med efterfølgende

mundtlig drøftelse og/eller sidemandsoplæring. Dette afhænger af modtageren, og det kræver, at man kender sit personale godt. Personale, som føler sig trygge og kender hinanden, er også mere tilbøjelige at bruge hinanden til at drøfte den nye viden og bruge hinanden i en eventuel fortolkning og få en fælles forståelse af ny viden.

Vigtigheden af begrebsafklaring blev tydelig for mig i forbindelse med mit masterprojekt, som blandt andet viste, at der blandt personalet herskede usikkerhed omkring, hvad der var forskellen på begreberne sygeplejefaglig forskning og sygeplejefaglig udvikling, og om forskning kan adskilles fra udvikling.

Det medførte, at jeg fik startet drøftelser om begreberne, som har bidraget til refleksioner i hverdagen blandt medarbejdere og kolleger. Jeg oplever, at det har medført en større opmærksomhed omkring sygeplejefaglig udvikling inklusive videndeling, samt evidensbaseret viden. Jeg har sygeplejersker som kommer med idéer til udviklingsprojekter i forhold til de aktuelle patientforløb. Vi har desuden etableret sygeplejekonference, hvor sygeplejerskerne præsenterer patientcases og inddrager relevante behandlingsvejledninger og retningslinjer.

Som leder skal du være bevidst om, hvordan du ønsker, at forsknings- og udviklingskulturen skal være i din afdeling. Du skal være opmærksom på, hvordan medarbejdere kan inddrages i forskning og udvikling, da det giver stort engagement, faglighed og arbejdsglæde. Som afdelingssygeplejerske har jeg et stort ledelsesansvar for at sikre sammenhæng mellem medarbejderne og organisationens vision for forsknings- og udviklingsområdet, at bidrage til opbygning af en meningsfuld forsknings- og udviklingskultur. Dette er et arbejde, som jeg finder utroligt spændende, udfordrende og i tråd med strategisk ledelse.

EFTERORD JULI 2024

Det er 3 år siden, at jeg skrev mit bogkapitel omhandlende afdelingssygeplejerskens rolle i videndeling på et universitetshospital.

Grundlaget for videndeling er tryghed og relationer, hvor rollen som facilitator er af forskellig karakter alt afhængig af, hvor i driften, du som leder befinder dig. Under COVID var der meget videndeling direkte i driften (direkte interaktion med alle medarbejdere).

Nu, hvor der er normale omstændigheder, personalegruppen er den samme, og hvor der er kendskab til og tryghed i opgaverne, handler det om at facilitere og skabe øget tryghed. Herved bliver der overskud til at være nysgerrig på andre måder at tilgå sygeplejeopgaverne og at videndele på tværs af regionen og landet i stedet.

Det handler i høj grad om at skabe rammerne for at kunne mødes, og tiden har gjort det virtuelle møderum til en naturlig del af vores hverdag. Dette gør det nemmere at skabe og fastholde relationer på tværs af Region Sjælland og de andre regioner. Virtuelle møderum og webinar har i den grad vundet ind de sidste par år i forhold til videndeling, hvilket giver nye overvejelser til ledelse af videndeling i den virtuelle verden. Dog er fysiske fællesskaber fortsat meget vigtige i forhold til videndeling, og virtuelle fællesskaber bør benyttes som et supplement.

Mit ledelsesfokus vil være at bevare overblikket, da viden nu deles langt hurtigere end for tre år siden. Samtidig ønsker jeg at bruge den enorme virtuelle viden, der er lettere tilgængelig, konstruktivt i vores lokale fællesskaber og relationer for at sikre, at alle deltager i videndelingen.

REFERENCER

- Brown, C. E., Ecoff, L., Kim, S. C., Wickline, M. A., Rose, B., Klimpel, K., & Glaser, D. (2010). Multi-institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13–14), 1944–1951. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03184.x>
- Cabrera, A., & Cabrera, E. F. (2002). Knowledge-Sharing Dilemmas. *Organization Studies*, 23(5), 687–710. <https://doi.org/10.1177/0170840602235001>
- Christensen, P. H. (Ed.). (2016). *Bedre videndeling*. Hans Reitzels Forlag.
- Lindhardt, P. (2018). *Videndeling—En kortlægning før rejsen mod universitetshospital*. Niels Brock Executive.
- Mullins, L. J., & Rees, G. (2013). *Management and Organisational Behaviour*. Pearson.
- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework—A framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297–304.

LEDELSE – LAD MEDARBEJDERNE TALE OG BLIVE HØRT



Forfatter: *Britta Louise Schack, Afdelingssygeplejerske, Hæmatologisk Afdeling*

Mit navn er Britta Louise Schack, jeg er afdelingssygeplejerske på
Hæmatologisk Afdeling, afsnit M.

Jeg blev uddannet sygeplejerske i maj 2002 og fik mit første arbejde som sygeplejerske på Hæmatologisk Afdeling på Rigshospitalet. Det var drømmejobbet, og jeg sagde tit "jeg skal bæres ud med benene først". Alligevel valgte jeg at søge andre udfordringer, da jeg i juni 2011 fik den enestående mulighed at være med til at opbygge en ny-etableret Hæmatologisk Afdeling i Region Sjælland. Som den ledende overlæge sagde: "Vi skal bygge en Storebæltsbro", og det skal jeg lige love for, at vi har fået gjort.

I 2011 startede jeg som souschef, og 1½ år senere blev jeg ansat som afdelingssygeplejerske for det, som senere skulle være - og i dag er - afsnit M. I afsnittet er der ansat 40 medarbejdere fordelt på et sengeafsnit, ambulatorium og dagafsnit.

Jeg har en diplom i ledelse fra 2015 og er nu i gang med en Master of
Public Governance.

"Den æstetiske/ekspressive fornuft handler om forståelse. Forståelse for sig selv, andre mennesker, omverdenen og sociale sammenhænge. Den er ikke rettet mod opnåelse af resultater, men sigter derimod mod indbyrdes forståelse af og i en samtale" (Scheel, 1994)

INDLEDNING

Denne fortælling handler om, hvordan jeg som afdelingssygeplejerske - og person - er inspireret af Merry Scheels teori om "interaktionel sygeplejepraksis" (Scheel, 1994) og det at have en aktørinvolverende og personcentreret tilgang til såvel ledelse som forskning, udvikling og læring. Den handler også om, hvordan jeg har inddraget og anvendt denne tilgang i etableringen af en lærende og udviklende kultur i afdelingen.

Merry Scheels teori om "Interaktionel sygeplejepraksis" er en praksisdisciplin, hvilket betyder, at teori og praksis er nært forbundne og indbyrdes påvirker og udvikler hinanden. Teorien udspringer af praksis, og praksis kan forandre teorien, som således er en cirkulær proces. Praksis er derfor en teoretisk velbegrundet praksis = en interaktionel praksis (Scheel, 1994).

At have en aktørinvolverende og personcentreret ledelsestilgang er en unik mulighed for at udvikle praksisnært. Men det er også en udfordrende og svær tilgang, da ledelsesrummet er mangfoldigt og ikke givet på forhånd. Fejl er ud fra denne tilgang spændende, og sårbarhed og åbenhed er en styrke. I sygeplejen - i hvert fald i ledelsen af den - er vi ofte vant til det modsatte. Fejl bliver betragtet som en falliterklæring, og sårbarhed, åbenhed og manglende viden er lig med dårlig og mangelfuld ledelse. Jeg har en tese om, at det er lige præcis modsat, da denne tilgang fordrer ansvarlighed, engagement, læring, udvikling, arbejdsglæde, fællesskab og trivsel. Jeg kan se det i min egen afdeling i form af få opsigelser, høj social kapital, meget lavt fravær (1,74 %), høj faglighed og meget stor patienttilfredshed. Jeg har lært meget af tilgangen og vil meget gerne dele ud af mine erfaringer. Men først skal vi ca. 11 år tilbage; vi skal tilbage til 2011, hvor det hele startede.

MIN BAGGRUND & BEGYNDELSEN

Jeg startede på Hæmatologisk Afdeling, på hvad der dengang hed Sygehus Nord og sidenhen blev til Sjællands Universitetshospital, Roskilde, den 1. juni 2011 – først halvandet år som souschef og efterfølgende nu ni år som afdelingssygeplejerske. Inden da var jeg ansat som basissygeplejerske på et hospital i Region Hovedstaden. Min hverdag var struktureret og fortrinsvis givet på forhånd. Værdier, strategier og visioner var udarbejdet og nedskrevet af ledelsen. Det var ofte også ledelsen, som fik ideerne til udvikling, og ledelsen som bestemte og organiserede strukturen. Jeg stillede ikke de store spørgsmålstegn ved måden, arbejdsgangene var organiseret på, da jeg ikke vidste eller troede, at andet var muligt.

Da jeg kom til Roskilde, var der i afdelingen ingen nedskrevne værdier eller strategier for sygeplejen. Jeg spurgte flere gange min daværende oversygeplejerske, hvad det var vi/jeg skulle, hvortil han svarede: "Det skal vi finde ud af sammen". Jeg kan huske, at jeg syntes, at det var et mærkeligt svar. Det skulle han jo finde ud af. Det var jo ham som bestemte og skulle fortælle, hvad vi skulle gøre. Men han ønskede, at vi, sygeplejegruppen, sammen skulle opbygge en personcentreret, aktørinvolverende og innovativ lærings-, udviklings-, forsknings- og praksiskultur (Kjerholt & Sørensen, 2013; Sørensen & Kjerholt, 2013). Vi skulle udvikle en humanistisk funderet praksiskultur, hvor det enkelte menneskes egne holdninger, værdier, ønsker og behov blev anerkendt og inddraget i beslutninger vedrørende pleje og behandling. Samtidig skulle vi også udvikle en kultur, der virkede inspirerende og som fik medarbejderne til at opleve og føle, at de havde indflydelse på deres arbejdsmæssige rammer og vilkår samt at de fik lyst til at tage ansvar for at være med til at udvikle deres egen praksis (Kjerholt & Sørensen, 2013). Praksis skulle være relevant for aktørerne/medarbejderne, patienterne mv., og derfor var det essentielt, at ideer til udvikling og forskning skulle udspringe fra og i praksis og af praktikere, samt at vi sammen kvalificerede, skabte og udfordrede processerne undervejs i processen.

Men vi kunne ikke gøre det alene. Vi manglede viden. Derfor blev der ansat en sygeplejeforsker/postdoc med en skarp profil inden for aktionsforskning og praksisudvikling (Kjerholt & Sørensen, 2013).

Efter ansættelsen blev der afholdt flere fælles dialogmøder med hele sygeplejegruppen, hvor både baggrund, formål og referenceramme for den ønskede praksisudvikling blev præsenteret og drøftet. Vi drøftede bl.a., hvordan vi i fællesskab skulle opbygge den ønskede praksiskultur, hvad de enkelte begreber betød, hvad vi hver især forstod ved referencerammen mv. I fællesskab udarbejdede vi et logo for opbygning og udvikling af den aktørinvolverende praksiskultur, som vi ønskede at skabe.



Figur 1 Logo for Enhed for Sygeplejeforskning/Udvikling (Kjerholt, 2020)

Logoet illustrerer, at "sammen finder og går vi vejen". Det illustrerer også, at mens vi finder og går vejen, vil vi støde på uforudsete begivenheder (illustreret ved regn, skyer, bakker og regnbue), som vi i fællesskab forholder os til og agerer ud fra (Kjerholt, 2020). Vi anvender i dag logoet med stolthed på alle projektrapporter, årsrapporter, poster, fremlæggelser mv.

Jeg kan huske, at da jeg første gang blev præsenteret for begreberne aktionsforskning, læring og udvikling og aktørbaseret ledelse, tænkte jeg: "Hvad er det dog for noget pjat, det kan man jo ikke, det virker som laissez faire". Jeg forstod det ikke og var bange for det nye, da jeg ikke kunne kontrollere det. Tænk, hvis jeg skulle sige "det ved jeg ikke", så ville jeg udstille mig selv som uvidende og gøre mig sårbar.

Det var rigtig svært i starten, da jeg skulle "give slip" og acceptere, at jeg ikke vidste alt og heller ikke skulle vide alt. Lederen er selv aktør, og det er aktørerne i fællesskab, som konstruerer virkeligheden (Kjerholt & Sørensen, 2014). Gennem ugentlige en-til-en samtaler med oversygeplejersken og mange dialogmøder i sygeplejegruppen lærte og følte jeg hurtigt, at det var den "rigtige" ledelsestilgang for mig. Det er nemt at kontrollere og bestemme over andre. Det er sværere at dele ansvar og ledelse, være sårbar, uddelegere opgaverne og vente på at blive budt op til dans. I dag er jeg dedikeret til aktørbaseret ledelse, det er en del af mit DNA. Det er stadig super svært. Jeg vil måske vove at påstå, at det er den sværeste ledelsestilgang, der findes. Jeg lærer nyt hver dag, fordi jeg ikke er fejlfri og ved ikke alt. Ja, jeg dummer mig, falder i hullerne, træder ved siden af, og hver gang bliver jeg klogere og klogere.

SYGEPLEJEFAGLIG LEDELSE OG TIDENS UDFORDRINGER

Ledelse og ledelsesbegrebet har gennem de sidste 100 år udviklet sig fra en autoritær ledelsesstil, hvor opfattelsen af ledelse var, at det var ejeren af en virksomhed, typisk en mand, som havde eneretten på ledelse. De gjorde, hvad de skulle gøre, nemlig at få maskineriet til at køre ved at lede og fordele arbejdet. Medarbejderne var et middel til at nå målet. Man kunne ikke uddanne sig til leder, men lærte af sin "mester", og ellers gjorde man, som man plejede. Til i dag at have en demokratisk ledelsestilgang, hvor medarbejderne har en større grad af indflydelse, og det er kvaliteter som respekt, ligeværdighed, fællesskab, medinddragelse, der vægtes. Ledelse kan i dag opfattes som et slaraffenland – og, for nogle,

kaotiske tilstande af - forskellige ledelsesstile/retninger, ledelsesværktøjer, teorier mv., samt utallige muligheder for uddannelse (Johnsen, 1999). Meget tyder også på, at transformationen af den offentlige sektor med New Public Management (NPM) - som mange ikke mener er "død" - og at ledelse med tiden er blevet mere og mere kompleks, har gjort det til en udfordrende disciplin at være leder. Ledelse medfører ofte frustrationer over, at alverdens viden ikke kan forberede én på de ledelsesmæssige udfordringer og den kompleksitet, man som leder møder i hverdagen. Det er ofte svært og kræver mod at være leder og turde stå fast ved den ledelsesstil og leder, som man gerne vil være (Dencker & Viereck, 1999).

Ifølge Karen Marie Dencker lever vi i tilskuerbevidsthedens tidsalder, som er karakteriseret ved, at tilværelsen opfattes på samme måde som en film. Fremtidens sygeplejeleder skal have en evne til at kunne medvirke i et "improvisationsteater" med evne til at kunne håndtere pludselige og uforudsete forandringer i organisationen (Dencker & Viereck, 1999).

New Public Management har de sidste 30-40 år været det foretrukne styringsregime i den offentlige sektor i Danmark - og er det nok stadig. Det kom til verden for at skabe større effektivitet, øge kvaliteten, give strategisk ledelse og en større gennemsigtighed (Gjørup et al., 2007). Men har vi fået det? Ifølge Rasmus Willig bliver vi målt og vejlet i alt, hvad vi foretager os, og alt hvad der ikke kan følge en standard eller er inden for en given ramme, er kritisabelt. Men hvor er det enkelte individ? Hvor er medarbejderens, patientens og den pårørendes stemme blevet af? Der findes i dag standarder for standardens skyld, og det er dem, som styrer, regerer og fortæller, hvordan man skal udføre sit arbejde (Willig, 2012). Med New Public Management er den offentlige sektor blevet båndlagt med kontrolforanstaltninger, og konstruktiv kritik er blevet til et kontrolmiddel, hvilket er mærkværdigt, da ideen med NPM netop var at tilføre den offentlige sektor fornyelse.

De udfordringer, som samfundet og den offentlige sektor i dag står over for at skulle løse, er næsten de samme udfordringer som dem, NPM skulle løse. Der er mange bud på, hvordan man kan løse disse "nye"/gamle udfordringer bl.a. ved hjælp af LEAN og præstationsledelse¹. Kenneth Jørgensen mener ikke, at LEAN er løsningen (Jørgensen, 2007).

""Det er imidlertid svært at se, at LEAN skulle kunne bidrage til mere grundlæggende forandringer. LEAN forudsætter nemlig standardisering af mål, procedurer og arbejdsgange (...) Det er rigtigt at der kun er tale om et værktøj, men det er stadigvæk et dårligt værktøj"
(Jørgensen, 2007, s. 3)

I stedet for at tænke i standarder råder Jørgensen offentlige organisationer til at spørge sig selv om, hvad der skal til, for at man kan løse komplekse og unikke situationer.

Ledelse er en afgørende faktor for, at man kan opnå en tilfredsstillende implementering af nye forandrings- og udviklingstiltag. Det betyder, at der er behov for at gentænke ledelse i den offentlige sektor, og at man tænker individ før organisation og ikke - som i dag - organisation før individ. Ved at tænke sidstnævnte glemmer man, at organisationer er opbygget af individer, som har deres egne interesser og intentioner. Ledelse i en kombination af den aktørbaserede tilgang og den positivistiske tilgang tilgodeser de enkelte individers interesser og intentioner, hvilket fordrer innovation og giver velmotiverede, ansvarsbevidste og kompetente medarbejdere (Jørgensen, 2007).

Ifølge Kenneth Jørgensen kan man ikke lede, ...

¹ Dagens store nyhed mandag d. 5. januar 2015 i Politiken, var "præstationsledelse". Finansminister Bjarne Corydon roste dette nye tiltag, hvor politiet, skolelærere og de statsansatte skulle måles og vejes, og hvor løn og forfremmelse hang sammen med præstationer. Det var "piskerodet og guleroden".

"(...) hvis man ikke føler sympati og omsorg for dem, man skal lede. Ellers bliver det blot ledelse i formel forstand og betinget af primitiv magtudøvelse." (Jørgensen, 2007, s. 7)

Jeg arbejder tillidsfuldt og anerkendende med aktørernes (= medarbejdernes) egne vurderinger af, og behov for, hvordan udvikling og forandring af en given proces bedst gennemføres, og lader det være grundlaget for nødvendige ændringer. Sygeplejersker er dedikerede og ambitiøse på fagets vegne, hvilket forpligter mig som leder til at lytte, se og høre dem, samt til at skulle skabe de bedst mulige rammer for den enkeltes udfoldelsesmuligheder i forhold til at indfri ydre krav samtidig med sygeplejerskernes egne faglige ambitioner.

ORGANISERING AF HÆMATOLOGISK AFDELING

"Praksis er ikke isolerede individuelle færdigheder, det er en socialt organiseret fælles aktivitet" (Scheel, 1994)

Jeg er afdelingssygeplejerske på tværs af afdelingen, hvilket betyder, at jeg har ledelsesansvar for både et sengeafsnit, ambulatorium og dagafsnit. Denne opdeling på tværs er et meget bevidst valg fra afdelingsledelsen. Strukturen skal være med til at understøtte og sikre kontinuiteten både for patienten og de pårørende samt for medarbejderne. Integreerede afsnit giver mulighed for at planlægge sygeplejersken til at følge en patient i hele forløbet. Denne fleksibilitet er for mange sygeplejersker en anderledes måde at være organiseret på og kræver træning og nytænkning både i vagtplanlægningen, men også i den enkelte sygeplejerskes opfattelse af tilhørsforhold. Alle sygeplejersker, uanset om man er ansat med primær funktion i sengeafsnittet, ambulatorium eller dagafsnit, oplæres i at kunne varetage alle funktioner i hele afsnittet.

PATIENTEN & ”KRÆFTSYGEPLEJERSKEN”

Patienter med en hæmatologisk sygdom har et komplekst sygdomsbillede præget af livstruende fysiske, psykiske, sociale og åndelige problemstillinger. Hverdagen ændres ofte pludseligt og meget markant. Hverdagens rutiner erstattes ofte af angst for fremtiden og alt det ukendte. Dagligdagens selvfølgheder, rutiner og vaner brydes, og hverdagen bliver pludselig uforudsigelig pga. sygdom, behandling, bivirkninger og (sen)følger. Der er et stort behov for øget fokus på rehabiliteringsindsatser rettet mod senfølger (Sundhedsstyrelsen, 2017).

At kunne agere med høj faglighed og professionalisme over for patienter med kræft – ja, det gælder alle typer patienter - stiller store krav til den enkelte sygeplejerskes faglige, sociale og organisatoriske kompetencer og derved også til muligheder for udvikling af disse kompetencer.

Sygeplejersken skal ikke være ekspert på alle områder, men vedkommende skal have en stor viden og besidde mange kompetencer, så vedkommende kan ”gennemskue” patientens sygdomsbillede og som følge heraf patientens mange-facetterede behov.

LAD SYGEPLEJEN TALE OG BLIVE HØRT

Som mange andre afdelinger har vi udarbejdet kompetenceprogrammer, vi afholder hæmatologiske grundkurser, mono- og tværfaglige konferencer, har erfaringsgrupper mv. Som hjælp til sygeplejeplejegruppens faglige udvikling har vi etableret forskellige dialogrum, hvor sygeplejerskerne mødes for sammen at reflektere og skabe læring i og over egen praksis. Disse dialogrum er vigtige, da de hjælper til at styrke den enkelte sygeplejerskes indsigt i eget kompetencefelt, og er også en ledelsesmæssig gevinst i forhold til at sikre, at de ønskede kompetencer er til stede i afdelingen.

Bevidstheden om eget kompetencefelt giver sygeplejersken mulighed for at indtage en nøgleposition i spændingsfeltet mellem det standardiserede og det individualiserede forløb. Det kræver sygeplejefaglige og organisatoriske kompetencer at skabe kontinuitet i dette felt, og det kræver indgående kendskab til den enkelte patient for at kunne skabe sammenhængen. For at alt det kan lade sig gøre, er det vigtigt, at man som leder tør lade sine medarbejdere tale, samt at man lytter ydmygt, anerkendende og nysgerrigt til, hvad de siger.

For at kunne organisere, strukturere og udvikle sygeplejen til patienter med kræft, er det vigtigt, at man som leder i samarbejde med sine medarbejdere er nysgerrige på at finde ud af, hvad visionen, missionen og målet er ift. udvikling af sygeplejen. Hvad drømmer medarbejderne om? Hvordan skal udviklingsarbejdet prioriteres? Hvem har hvilke kompetencer og hvilke kompetencer mangler? Hvilke ressourcer er tilgængelige? Hvem kan (og skal) hjælpe med at udføre opgaven? m.m. Det er også vigtigt, at planlægning, bearbejdning, evaluering og implementering sker i praksisfællesskabet.

Ønsker man som leder at udvikle eller forandre en eksisterende praksis, kan man anvende kompetencebroen som metode til at skabe visionen, styre processen og til at bevare overblikket over aktuelle aktiviteter og fremgang (Danelund & Jørgensen, 2002).

I kompetencebroen er den centrale dimension fremtidsscenariet og den fokuserede nu-situation, hvor man stiller sig i fremtiden og ser på nutiden i datid for derefter at bygge bropiller og brofag og endelig stå med en komplet bro. Et andet centralt element ved kompetencebroen er kompetencerelationerne, hvor man ved hjælp af forskellige samtalepositioner bl.a. italesætter tavs viden og for-forståelser, samt at der fokuseres på ressourcetænkning og fremtidsorientering frem for mangeltænkning (Danelund & Jørgensen, 2002).

I arbejdet med kompetencebroen er det vigtigt hele tiden at blive i fremtiden – at se fremtiden som nutid og nutiden som datiden - også som leder, og måske endda specielt som leder. Som leder skal man nemlig formå at have overblikket, være motiverende og vise vejen. Det kan være udfordrende i en travl hverdag, men ved hele tiden at agere i fremtiden, lader man sig ikke styre af begrænsningerne i nutiden, når man støder på forhindringer og modstand. Der findes ikke et forandrings- eller udviklingsarbejde uden ”bump på vejen”.

Ved at arbejde på denne måde, holdes der fast i den vision, der er skabt i fællesskabet om en ønsket fremtid samtidig med, at der dannes overblik over, hvilke arbejdsopgaver/delmål og aktiviteter, der hele tiden skal tages fat på for at nå målet. I arbejdet med at udvikle visionen arbejdes der med anerkendende dialog og reflektive spørgsmål. Medarbejderne skal medinddrages i arbejdet med at nå målene, hvilket giver dem ansvar, ejerskab, fællesskab og indblik i, hvordan der arbejdes med processer for at nå en given vision eller proces (Danelund & Jørgensen, 2002).

I løbet af vinteren 2012/13 introducerede jeg sygeplejegruppen for begrebet ”kompetencebroen”. Vi snakkede om de forskellige begreber, hvad de betød, og hvordan vi hver især forstod dem. Alle var med på ideen om, at vi i fællesskab skulle skabe en drøm for ”vores” afsnit. Det var en varm forårsdag i 2013. Vi havde besluttet at holde et personale-møde hjemme i haven hos en medarbejder. Jeg præsenterede igen teorien, og så gik vi ellers i gang med at drømme. Men det var på ingen måder let, faktisk var det rigtig svært, i hvert fald i starten. I sygeplejen er vi ikke vant til at drømme. Når vi gør det eller forsøger, lader vi os ofte begrænse af de umiddelbare rammer og begrænsninger. Det skete også her. De første 20 minutter var der flere, der sagde: ”Jeg drømmer om ... men det kan vi nok ikke, fordi vi mangler/fordi der ikke er plads/fordi, fordi ... ”.

Hver gang fiskede jeg dybere og var nysgerrig på, hvad lå der i drømmen. På den måde begyndte alle medarbejdere at drømme og glemme begrænsningerne. Der blev drømt stort og småt. Vi drømte i cirka to timer. Vi grinede, og jo mere vi grinede og var trygge, desto mere drømte vi. Alle medarbejdere bidrog med deres drømme, tanker og forestillinger om, hvor vores afsnit skulle hen. Drømmene kategoriserede vi efterfølgende under relevante overskrifter: kompetenceudvikling, arbejdsmiljø, kommunikation, tværfagligt og tværgående samarbejde mv. Herefter lavede medarbejderne en prioritering over, hvad de gerne ville arbejde med først.

Der begyndte at tegne sig et billede af en bro mellem fremtiden og nutiden... Og ja, der var et stort hul mellem det, vi drømte om, og det, der var vores aktuelle hverdag. Men vi var tændte. Alle de grupperede overskrifter blev sat ind i broen som bropiller. Arbejdet gik nu ud på at få gjort bropillerne så stærke, at vi kunne gå på broen sammen. Vi blev enige om, at kompetenceudvikling skulle være den første bropille, som vi ville arbejde med. Men hvordan skulle vi gøre det? Hvem skulle og kunne hjælpe os? Hvad kunne andre bidrage med? Hvordan? Hvor mange? Hvornår ville målet være nået?

Drømmen døbte vi "Afsnit Ms drøm", og vi arbejder stadig med og efter den. Til hvert personalemøde - fire gange årligt - eller når vi oplever eller føler, at vi/sygeplejegruppen er på vej ud ad en tangent, tager vi drømmene frem for at få en anerkendende og reflektiv dialog om, hvor vi er, hvad der arbejdes med, og hvad der skal arbejdes med. Hvad skal justeres? Hvem er med af eksterne og interne samarbejdspartnere? Mangler der nogen? Har vi den nødvendig viden? Hvis ikke, hvad gør vi så? Hvordan skal vi arbejde videre mv.

Bevidst og ubevidst arbejder vi os gennem de drømme, som vi kategoriserede i foråret 2013. Alle tager ansvar og ejerskab. Drømmene har ud-

viklet sig og er blevet til flere, for eksempel mange spændende udviklingsprojekter om blandt andet hjemmebehandling til patienter med en hæmatologisk kræftsygdom. Dette kapitel er også en del af kompetencebroen.

Mange gange tænker personalet ikke over, at det, vi gør, er et skridt på vejen til at nå vores drøm. Når vi taler om det til personalemøder, sygeplejemøder, tværfaglige møder, tavlemøder mv. siger medarbejderne ofte ”ja, det er rigtigt”, og kan se sammenhængen og meningen. Specielt i meget travle perioder, hvor man kan føle, at vi er en ”pølsefabrik”, og at der ikke er retning eller hoved og hale i det, som vi gør, så tager jeg drømmen frem og siger ”se, hvad betyder det? Kan I se, hvor vi er på vej hen?”. Det giver energi og viser vejen.

Personalet har taget ejerskab, og såvel jeg som patienterne og deres pårørende mærker tydeligt deres engagement. Er der ting som mangler, er tvetydige, forkerte eller lignende, tager medarbejderne selv affære, udveksler erfaringer, søger ny viden og forsøger at løse opgaverne. Denne proces er på en og samme tid krævende men også givende, og er hele tiden med til at organisere og strukturere samt udvikle en højt specialiseret kræftsygepleje til patienter med en hæmatologisk sygdom.

Når man udarbejder en vision, er det vigtigt, at man også ser på, hvilke forhindringer, der ligger på en vej. Der vil altid være bump på vejen såvel eksternt som internt, og det er vigtigt, at man kommer over disse bump, ellers vil man aldrig nå visionen og missionen: Drømmen vil mislykkes og skabe demotivation. Det er vigtigt, at der er mulighed for en gang i mellem at dømme ”timeout” og bruge denne til at lave en kritisk vurdering af situationen. Vi har haft mange bump på vejen: At der sker for mange ting på en gang, at implementeringen ikke lykkedes i første omgang, at lægerne ikke forstår, hvad vi laver, og synes, at det er noget pjat og vi skal bare passe patienterne, at det kan være svært at følge med, at vi ikke er nok hænder, at man ikke føler sig tilstrækkeligt informeret, at man ikke

kan se meningen med en instruks og lignende. Alligevel formår medarbejderne at fokusere på afsnit Ms drøm og kerneopgaven: at organisere og strukturere sygeplejen til patienter med hæmatologiske kræftdiagnoser, så det giver mening for både patienterne, deres pårørende og dem selv som sundhedsprofessionelle.

EFTERORD

At udvikle en kompetencebro og holde den kørende kræver rigtig meget mod og ledelse. Mod til at turde at høre sygeplejegruppens stemme og lade sig lede/guide af medarbejderne. Det er en rigtig spændende og unik følelse at mærke og se sine medarbejdere vokse både personligt og fagligt, se dem tage ansvar og lede sig selv, hinanden og mig, se dem smile, komme glad på arbejde og gå glad hjem. Som leder er det også en dejlig følelse ikke at være alene. Jeg ønsker ikke at bestemme og dirigere alt, jeg vil gerne skabe de bedst mulige rammer, vise vejen/kursen og koordinere, så det giver muligheder og åbner døre og på den måde får medarbejderne til at committe sig til at yde deres bedste samt giver dem lyst til at være med til at udvikle sygeplejen.

At den daværende sygeplejeledelse valgte den aktørbaserede tilgang, og at den nuværende sygeplejeledelse holder fast, er godt, men har givet og giver stadig udfordringer. Vi arbejder i en naturvidenskabelig organisation, hvor alt skal være evidensbaseret og kunne vejes og måles til 100 %. Når sygeplejen søsætter et forsknings- eller udviklingsprojekt, er det kvalitativt og ud fra en aktørbaseret tilgang, hvor alles erfaringer sættes i spil. Et sådant projekt fremkommer ikke med resultater, som kan vejes og måles, hvilket står i kontrast til lægernes positivistiske tilgang. Det er tydeligt at mærke, at der fra forskellige sider og sundhedsprofessionelle ikke er en forståelse for den aktørbaserede tilgang, hvilket betyder, at sygeplejens forsknings- og udviklingsprojekter har sværere ved at blive anerkendt og respekteret af "naturvidenskabelige personer". Men der er hel-

digvis også mange, som finder den aktørbaserede tilgang spændende, lærerig og meningsfuldt, hvilket giver både mig og personalet lyst og mod til fortsat at arbejde ud fra denne tilgang.

EFTERORD JULI 2024

Hvad er der sket siden jeg har skrevet bogkapitlet "*Ledelse – Lad medarbejderne tale og blive hørt*"?

Ved at lade mine medarbejdere tale og blive hørt, hører og ser jeg også mig selv som leder. Jeg kan mere end nogensinde før mærke mig selv. Jeg er ikke bange for at erkende, at jeg kan tage fejl eller ikke er vidende om alt. Jeg har modet til at bede om hjælp. Jeg bliver ikke pinligt berørt over, at en af mine medarbejdere skal forklare eller vise mig noget nyt. Faktisk bliver jeg kun stolt over at mærke og se, at de har modet til også at lede opad.

Jeg reflekterer rigtig meget, går mange ture i skoven, ved stranden, på havnen og skriver rigtig meget dagbog. Jeg har mange samtaler med mig selv: hvorfor, hvorfor, hvorfor. Det har medført, at jeg er blevet meget mere modig, åben og sikker på, hvem jeg er som leder og som person, og hvad mine værdier og normer er. Jeg hviler i at lede efter mine etiske værdier.

Jeg er som leder også blevet mere modstandsdygtig over for personer, som er uenige i måden, jeg leder og udvikler sygeplejen på. Når jeg er på gyngende grund, finder jeg hurtigt fodfæste igen. Jeg lytter nysgerrigt og med undren til det, som vedkommende siger, og håber at vi sammen kan blive klogere. Er vedkommende ikke interesseret i at forstå, hvorfor jeg gør, som jeg gør, er det helt okay. Jeg står fast i sagens tjeneste, og forventer at blive respekteret og anerkendt for den leder og person, som jeg er.

Det er lykket mig at opbygge en personcentreret kultur, hvor man bliver set, hørt og kan tale frit og modigt. Jeg kan mærke det ved, at vi ser hinanden i øjnene på gangen, siger godmorgen, ser hinanden, når der er frokost, beder hinanden om hjælp og hjælper også hinanden, uden at der bliver bedt om hjælp. Selv i hektiske perioder, som f.eks. en sommerferie, kommer medarbejderne og siger tak for en god uge... Hvad har gjort det til en god uge? Det har været hyggeligt, der har været et stærkt arbejdsfællesskab, samhørighed, rart at være og ingen fravær. For 2 år siden var fraværsprocenten for juni 6,99 %, for 1 år siden 4,84 % og nu i 2024 er den 1,17 %.

Jeg bliver hele tiden klogere og klogere på mig selv, og jeg er stolt over at være den, jeg er. Jeg er heller ikke blind for, at der stadig og altid vil være udfordringer, hvor vi ikke kan bryde muren ned, møder manglende forståelse, anerkendelse, respekt og nysgerrighed på, hvorfor vi gør, som vi gør. Men jeg/vi står fast, da det at have en personcentreret tilgang gør en ubeskrivelig positiv forskel for både mig som leder, for personalet jeg er leder for, og for patienter og pårørende.

REFERENCER

- Danelund, J., & Jørgensen, C. (2002). *Kompetencebroen: Strategisk reflekterende kompetenceudvikling i systemteoretisk og diskursteoretisk perspektiv*. Forlaget Metropol.
- Dencker, K. M., & Viereck, E. (1999). *Ledelse og sygepleje*. Gad.
- Gjørup, J., Hjortdal, H., Jensen, T., Lerborg, L., Nielsen, C., Refslund, N., Suppli, J., & Winkel, J. S. (2007). Tilgiv os—Vi vidste ikke, hvad vi gjorde. *Poiltiken*.
- Johnsen, E. (1999). Dansk ledelse i det 20. Århundrede. *Ledelse i dag*, 35.
- Jørgensen, K. M. (2007). *Innovation gennem aktørbaseret ledelse* (p. 9). Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi, Aalborg Universitet. https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/18785771/20-innovation_gennem_akt_rbaseret_ledelse.pdf
- Kjerholt, M. (2020). Opbygning af en personcentreret udviklingskultur i en lokal hospitalskontekst – aktionsforskning med en small scale tilgang. In S. Winther & Høgsgaard (Eds.), *Aktionsforskning i sundhedsvæsenet: Idéer til kommunikative og innovative forandringer i en sundhedsfaglig praksis* (pp. 174–197). Aalborg Universitetsforlag. https://www.saxo.com/dk/aktionsforskning-i-sundhedsvaesenet_susanne-winter_pdf_9788772103013
- Kjerholt, M., & Sørensen, O. T. (2013). Forsker og leder udvikler praksis sammen. *Sygeplejersken*, 2013(9), 76–79.
- Kjerholt, M., & Sørensen, O. T. (2014). Implementeringsbarrierer i klinisk praksis—Hvordan kan de forstås og håndteres? In B. Hølge-Hazelton (Ed.), *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis* (1–4, pp. 49–64). Region Sjælland. <chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcgcle-findmkaj/https://app-rsidxp-cms-prod-001.azurewebsites.net/media/zqxdmi4o/forsknings-og-udviklingskultur-i-klinisk-praksis-bog-1.pdf>
- Scheel, M. E. (1994). *Interaktionel sygeplejepraksis: Vidensgrundlag—Etik og sygepleje*. Munksgaard.
- Sørensen, O. T., & Kjerholt, M. (2013). Når ledelse og forskning går hånd i hånd. *Sygeplejersken*, 5, 63.

Sundhedsstyrelsen. (2017). *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*. Sundhedsstyrelsen.

Willig, R. (2012). Dødsstødet til new public management. *Politiken*. <https://politiken.dk/debat/kroniken/art5480222/D%C3%B8dsst%C3%B8det-til-new-public-management>

UDVIKLINGSKULTUR UNDERSTØTTES LEDELSESMÆSSIGT VIA REFLEKSIONSSAMTALER MED NYANSATTE I SYGEPLEJEN



Forfatter: *Birgitte Mortensen, Ledende oversygeplejerske, Neurologisk Afdeling*

Siden 2012 har jeg været ledende oversygeplejerske i Neurologisk Afdeling på Sjællands Universitetshospital.

Jeg blev uddannet sygeplejerske i 1989, har efterfølgende blandt andet haft 10 års erfaring fra det intensive speciale, før jeg i 2000 blev ansat i Neurologisk Afdeling først som souschef for afdelingssygeplejerske, senere som uddannelsesansvarlig og klinisk udviklingssygeplejerske.

Neurologisk Afdeling har godt 230 medarbejdere fordelt på 10 forskellige faggrupper i to sengeafsnit, et ambulatorium, et neurofysiologisk center, et center for funktionelle lidelser, et regionalt videnscenter for demens, et sekretariat og en forskningsenhed.

Min efteruddannelse består i en Master i Voksenundervisning fra 2002, og for øjeblikket er jeg i gang med en Master i Public Governance.

Lad det være sagt med det samme: Ansættelse, kompetenceudvikling og fastholdelse af sygeplejersker er blandt mine primære fokusområder som oversygeplejerske. Manglen på sygeplejersker kræver stor ledelsesmæssig opmærksomhed i sundhedsvæsenet, også i Neurologisk Afdeling. Dette kapitel er derfor en beskrivelse af, hvordan jeg, først som klinisk udviklingssygeplejerske og siden som leder, har arbejdet med afdelingens udviklingskultur ved brug af refleksionssamtaler med nyansatte i sygeplejen med henblik på kompetenceudvikling og fastholdelse. Refleksion skal her forstås som "spejling", udviklingskultur skal forstås som en positiv forandring og faglig udvikling for den enkelte, men også for afdelingen som

helhed og i sidste ende til gavn for patienterne. Kapitlet inddrager min teoretiske inspiration, som jeg gør brug af til at understøtte, at det fortsat giver mening for mig at afholde refleksionssamtaler. Refleksionssamtalerne kan ligeledes imødekomme det foranderlige sundhedsvæsen, som er et vilkår, når man ansættes som sygeplejerske på et hospital. Det, den enkelte har lært fx under sin uddannelse, er ikke altid det, der kan lade sig gøre i dagligdagen, og her kan refleksionen hjælpe. Den mere usikre medarbejder, der måske betvivler egne evner, og den mere erfarne vil med sparring forhåbentlig kunne gribe nye opgaver uden at føle sig alene eller forkert.

Jeg vil derfor i det følgende forsøge at illustrere to ting:

1. Hvordan refleksionssamtaler anvendes som et ledelsesmæssigt værktøj til at genspejle den kliniske virkelighed, den nyansatte skal agere i med henblik på, at den nyansatte tilegner sig kompetencer.
2. Hvordan jeg som leder bliver opmærksom på mulige forbedringer.

TILPASSET (ADAPTIV) LEDELSE I EN TEORETISK RAMME

Funktionen som oversygeplejerske kunne fint fyldes ud med rent administrative opgaver, men for mig er der gode argumenter for, så vidt muligt, at kombinere disse med deltagelse i plejen.

For det første er der ved travlhed brug for alle hænder. Jeg er leder men også sygeplejerske, og derfor kan jeg give en hånd med i en travl hverdag; desværre har jeg ikke mulighed for det så ofte, som der er behov for det. For det andet er der et par gange om måneden planlagt ambulante patienter i fremmøde til mig, hvilket aflaster de andre sygeplejersker i sygeplejeambulatoriet. Når det administrative kombineres med at deltage i sygeplejeopgaver, giver det mig både mulighed for at anvende min sygeplejefaglige viden i mødet med patienten og vedligeholde mine kliniske

kompetencer, men det giver også mulighed for en bedre indsigt og muligheden for at opretholde en form for anerkendelse, når afdelingens ansatte på personalemøder vender faglige spørgsmål og problemstillinger, fordi de ved at jeg også kender til problemstillingerne "på egen krop". I sidste ende ønsker jeg at signalere til personalet, at vi uanset uddannelse og job har det samme mål: At vi er her for patienten, og det mener jeg kun, vi kan være, hvis vi samarbejder og hjælpes ad med alle opgaver knyttet til patientplejen.

I min optik er det offentlige sygehusvæsen presset både af omverdenens kompleksitet og foranderlighed med krav om optimal drift med begrænsede ressourcer, og dermed også presset af et behov for innovation. Derfor har følgende to inspireret mig i mit lederjob. Den første er Mary Uhl-Bien (Uhl-Bien & Russ, 2009), professor i lederskab, der forholder sig til forskellen i komplekse og komplicerede problemstillinger samt anvendelsen af adaptiv lederstil i forhold til det. Den anden er Ronald Heifetz, amerikansk universitetslektor i offentligt lederskab, der i sin teori om adaptiv ledelsestilgang beskriver forskellige måder at udfordre sin egen ledelsestil, når der er et pres fra omverdenen med krav om optimal drift med begrænsede ressourcer (Heifetz et al., 2009).

Mary Uhl-Bien skelner mellem komplicerede (tekniske) problemstillinger og komplekse (innovative) problemstillinger. Uhl-Bien mener, at man som leder bør forbinde det komplicerede og det komplekse med en adaptiv lederstil ved at sikre, at der er plads til forskelligheder, og at de kan sammenkobles. Man bør styrke en stil, hvor de ansatte lader sig udfordre på erfaringer, dilemmaer og konflikter. Uhl-Bien påpeger, at nogle ledere forsøger at løse komplekse problemstillinger med "befalinger" og direktiver for at skabe systematik og genoprette orden. Mange mennesker finder det, ifølge Uhl-Bien, anstrengende at skulle løse arbejdsmæssige udfordringer på nye måder. At tilpasse sig til en ny virkelighed, man ikke kender, kræver meget af den enkelte; det er det, der forventes af én, når

man starter på et nyt job. Nogle mennesker kan bedst lide at have kontrol, og vil gerne tilbage til den følelse og dermed undgå at få for mange nye udfordringer/problemstillinger.

En adaptiv ledelsesstil kan ses som det at gøre det muligt at etablere et kollektivt læringsrum, hvor medarbejderne kan bevæge sig uden for den vante tryghedssfære og tage risici og improvisere. Som leder kan man her forsøge at håndtere udfordringer ved at stille spørgsmål og reflektere over egne evner, men også begrænsninger. Ronald Heifetz beskriver i *The Practice of Adaptive Leadership* (Heifetz et al., 2009), hvordan man kan agere som leder i en institution, der konstant skal forholde sig til nye udfordringer, som fx i sundhedsvæsenet. Ifølge Heifetz kan man anvende en adaptiv ledelsestilgang ved at stille spørgsmål og reflektere, afprøve umiddelbare løsningsmodeller og atter reflektere over udfaldet og eventuelt ændrer strategi. Der kan være samtidige krav fra medarbejderne om at genskabe orden og forudsigelighed i organisationen, selv om man som leder gerne vil "udforske lidt mere". Hurtig etablering af orden og forudsigelighed skaber, ifølge Heifetz, ikke så megen nytænkning. Som leder, men også som medarbejder i sundhedsvæsenet, er det vigtigt, at der er mulighed for at blive udfordret på dilemmaer, erfaringer og konfliktmæssige problemstillinger. Det er i dette rum, der er gevinst – det er her, der er rum til udvikling som fagperson. Det er dette rum, der opstår, når jeg reflekterer sammen med nyansatte medarbejdere. Det er her vi sammen opdager, at der er noget vi som afdeling ikke har fået øje på før, eller noget medarbejderen sammen med afdelingen skal arbejde med for fx at kunne holde til at arbejde under de rammer, et presset sundhedsvæsen kan tilbyde.

På et universitetshospital er der både fokus på uddannelse og oplæring af personale og behov for forandringer og nytænkning. Det at være innovativ handler om at komme på nye ideer til løsning af opgaver, og det samtidig med, at der er konstante krav om drift/resultater. Innovation og drift kommer ofte til at stå som modpoler, men begge poler er vigtige.

Spændingsfeltet mellem innovation og drift betegnes af Uhl-Bien som *"the adaptive space"*. Spændingen mellem de to poler gør det besværligt at implementere nye tiltag, men det er netop i dette spændingsfelt, nye idéer og tiltag opstår, som skal adapteres og implementeres i en hospitalsafdelings strukturer og daglige drift.

Når det lykkes at få modpolerne til at hænge sammen, så er det det, Uhl-Bien kalder *"connection"*. På dansk kan det oversættes til *"forbundethed"*. Når vi forbinder, så er det, vi indarbejder nye idéer og strukturer i vores faglighed og daglige drift (Uhl-Bien & Russ, 2009).

At skabe denne form for forbundethed er en af mine ledelsesmæssige målsætninger. Derfor prioriterer jeg både at deltage i plejen og at skabe rum for refleksion sammen med det ny-ansatte personale.

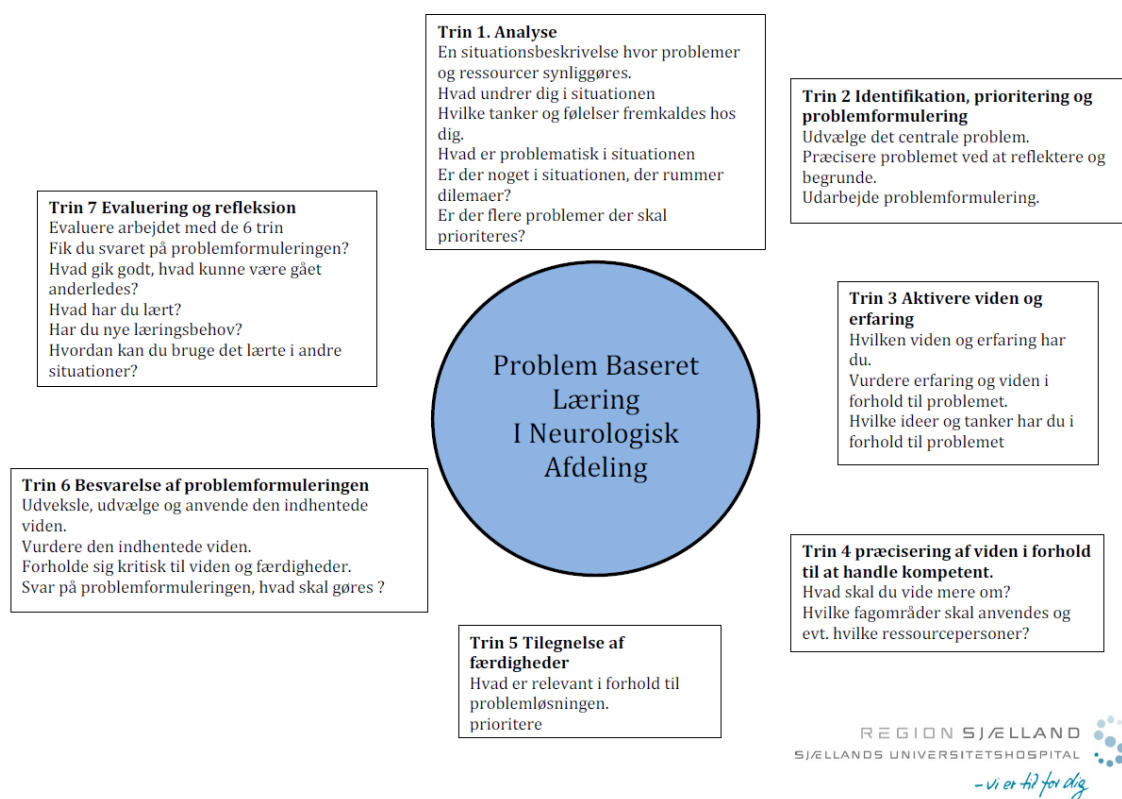
EN SKRIFTLIG REFLEKSIONSOPGAVE FOR NYANSATTE

Det er min erfaring, at man som nyuddannet sygeplejerske, ofte har brug for kontrol, og ikke for mange udfordringer oveni hinanden. Dette stemmer overens med det, som Patricia Benner beskriver i sin bog *"Fra Novice til Ekspert"* (Benner, 1984) om, hvordan den nyuddannede sygeplejerske er afhængig af procedurer og regler, og at historiefortællingen og refleksioner er adgangsnøglen til den kliniske kompetenceudvikling.

Alle nyansatte med plejeopgaver informeres om, når de starter, at de efter 3-6 måneders ansættelse skal udarbejde en skriftlig refleksionsopgave på baggrund af en undren, de har haft som nyansat, samt at de skal sende refleksionen til mig. De får udleveret et skriftligt oplæg, som indeholder en model, jeg har udviklet på baggrund af problembaseret læring – se figur 1. Problembaseret læring (PBL) dækker over et læringssyn, der især fokuserer på to aspekter: At problemstillinger er udgangspunkt for læringen, og at undervisningens deltagere (elever/studerende) selvstændigt varetager at finde løsningen på disse problemer. PBL kombinerer altså problemorientering og deltagerstyring. Problembaseret læring har sin

oprindelse i USA og Canada (Andersen & Larsen, 2004). I Norden er PBL især blevet anvendt i professionsuddannelserne og i social- og sundhedsuddannelsen (Pettersen, 2001).

Modellen er nem at forstå og følge, og stiller relevante spørgsmål til problemformuleringen. Det betyder at alle kan skrive "et eller andet". Opgaven taler godt ind i det rum, hvor drift og innovation/udvikling mødes.



Figur 1: Problembaseret Læring i Neurologisk Afdeling, frit fortolket efter Roar C. Pettersens model (Pettersen, 1999)

Opgaven skal højst fylde 1-2 sider. De nyansatte får at vide, at det er refleksionen, der er det vigtigste og udgangspunkt for samtalen, ikke formatet. Opgaven kan omhandle en praktisk opgave i forbindelse med en patient, men det kan også omhandle kommunikation og samarbejde med patient, pårørende eller kolleger. Opgaven bruges som oplæg til en drøf-

telse mellem medarbejderen og mig om, hvad der er vigtigt for den enkelte medarbejder i dagligdagens arbejde. Jeg lægger særligt vægt på tre forhold: 1) Teorien om problembaseret læring, som anvendes som baggrund for opgaven; 2) Den nyansattes refleksioner over komplekse og komplicerede arbejdsopgaver, og 3) Ikke mindst, den tillid, som utallige sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter gennem årene har vist mig ved at dele deres refleksion over det at være ny i Neurologisk Afdeling.

Den skriftlige opgave og samtalen håndteres i et fortroligt rum, og en eventuel beslutning om at dele opgaven eller efterfølgende refleksioner med andre, er den enkelte medarbejders egen beslutning.

Der har i alle årene altid været refleksioner om problemstillinger, som ikke kan løses i det fortrolige rum, og hvor det bliver aktuelt at aftale, hvordan problemstillingen kan tackles i fællesskab. Fokus i samtalen er ikke på en bestemt løsning, for løsningen afhænger af, hvad den nyan-satte har lært både af sine skriftlige refleksioner, og hvordan disse bringes i spil i samtalen. I fællesskab finder vi frem til, hvordan refleksioner fra opgaveskrivningen og samtalen bruges fremadrettet for den enkelte, og måske også for afdelingen.

Samtalen er en god mulighed for mig til at få hilst personligt på nye medarbejdere, og en mulighed for at høre om introduktionsperioden, hvad den enkelte oplever som godt i afdelingen, hvad der ikke fungerer og hvad der kan gøres bedre. Ofte har medarbejderen konkrete forslag og ideer, hvor jeg tilskynder til at afprøve ideerne, gerne sammen med andre. Måske virker det, og hvis ikke det gør, så opstår der måske en ny ide, der kan afprøves.

Personligt synes jeg også det er fagligt spændende at afprøve nye løsninger uden at vide, om ideerne fungerer i virkeligheden. Det er for mig selve meningen med adaptiv (tilpasset) ledelse at få mulighed for at "gå med" sammen med en nyansat på kanten af spændingsfeltet mellem ro/orden

og uforudsigelighed, og måske få ændret eller tilføjet noget i et af sengeafsnittene, som ikke var sket, hvis ikke en nyansat havde delt sine refleksioner.

Jeg spørger altid medarbejderen, hvordan det har været at arbejde med refleksionsopgaven, og jeg bliver ofte mødt af udsagn som: "Først var det lidt hårdt at skulle skrive opgave igen, men så opdagede jeg, at det var en god måde at få gennemtænkt problemet" og "det har været godt at arbejde oplevelsen i skriveprocessen, det gør det nemmere næste gang, jeg står i situationen".

Igennem årene er der i Neurologisk Afdeling blevet udarbejdet 166 refleksionsopgaver. I forbindelse med udarbejdelsen af dette kapitel har jeg opdelt dem i disse seks overordnede temaer:

1. Kommunikation til gavn for patienten
2. Gode sygeplejersker kræver god oplæring
3. Faglig udvikling trods fejl, forglemmelser og konflikter
4. Udvikling af plejen i fællesskab med andre grupper.
5. Fokus på arbejdsglæde
6. Moralske og etiske dilemmaer i dagligdagen

I boks 1 ses et eksempel på en opgave der falder inden for kategori nr. 1, men som man også sagtens kunne argumentere for kunne høre under nr. 2 og 6. Andre opgaver omhandler undren over kollegers håndtering af sygeplejeopgaver eller ideer til andre måde at organisere sygeplejen på, eller noget så konkret som de fysiske rammer. Nogle opgaver er meget oplagte at opfordre den nyansatte til at tage med videre til et personalemøde eller til sin afdelingssygeplejerske, de fleste har efterfølgende en samtale med afdelingssygeplejersken, hvor de eksempelvis aftaler et punkt til næste personalemøde, der har udgangspunkt i refleksionsopgaven.

Boks 1: Eksempel på refleksionsopgave

En sygeplejerske beskriver en vagt, hvor hun kommer forbi en stue, hvor hun fra gangen kan høre at patienten græder voldsomt. Hun går ind til patienten og kommunikationen besværliggøres af, at patienten på grund af sin neurologiske sygdom har svært ved at kommunikere. Sygeplejersken forsøger sig med stoveplade, til sidst skubber patienten det hele til side og skriver på et stykke papir: "Du – holde i hånd- tid? "

Sygeplejersken beskriver i sin opgave sin egen oplevelse af utilstrækkelighed. Trods kort tid i afdelingen har hun en følelse af manglende viden og manglende tid til at erhverve sig ny og nødvendig viden. Heldigvis har hun allerede reflekteret med kolleger over, at vi som sygeplejersker kan forfalde til at tænke i problemløsning og glemmer at løsningen kan være bare at være til stede. Netop det at være til stede kræver tid, som ikke altid findes.

I samtalen gennemgår vi hendes oplevelse af situationen, og hun giver en beskrivelse af vagten generelt, hvad hun gjorde i situationen og hvad hun har tænkt over siden. En væsentlig ting er at nå frem til, hvad hun kan gøre, næste gang en lignende situation opstår, hvor hun føler sig magtesløs. Jeg spørger ind til, om hun ved hvilke ressourcepersoner, der findes i afdelingen, som kunne være relevante for hende at gøre brug af. Anerkendelse af det hun gjorde i situationen og vigtigheden af at hun har skrevet om det og delt det med mig, men også med kollegerne i afsnittet. At dele oplevelsen med mig og kolleger og formå at reflektere sig frem til, hvad man kan gøre en anden gang i en lignende situation, har betydning for, hvor meget episoden kommer til at fylde og fjerner forhåbentlig følelsen af at være utilstrækkelig. Til sidst er der fokus på, om afdelingen kan gøre noget anderledes. Her skal nærmeste leder, afdelingssygeplejerske og souschef, formentlig inddrages.

OPSAMLLENDE REFLEKSIONER OG IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Min funktion i dag er ledende oversygeplejerske i samme afdeling, som jeg begyndte i som klinisk udviklingssygeplejerske. Trods dette skifte har jeg valgt at fastholde refleksionssamtaler med nyansat plejepersonale, da jeg som leder gennem disse samtaler både har mulighed for at have en finger på pulsen i forhold til afdelingens udvikling, og kan vise den enkelte nye medarbejder støtte. Dette giver mig en klar følelse af "forbundet-hed".

I forbindelse med at skulle skrive dette kapitel er jeg blevet spurgt, om der ikke er et dilemma i forhold til, at jeg som oversygeplejerske har valgt at fortsætte med at have refleksionssamtalerne med de nyansatte. Jeg har derfor spurgt afdelingssygeplejerskerne, og de svarede uden tøven, at de overhovedet ikke så det som dilemmafyldt. Den ene tilføjede, at det snarere var en fin ting i den allerede planlagte introduktion, og at det giver god energi i afsnittet, at de nyansatte taler sammen om deres opgaver og emner, og gladelig deler deres refleksioner med kolleger og hende. Den anden afdelingssygeplejerske supplerede, at for hende var det en naturlig ting, da hun altid har været vant til at jeg afholdt disse samtaler, også før hun selv blev afdelingssygeplejerske. Den kliniske udviklingssygeplejerske er en del af afdelingens onboarding gruppe (onboarding oversættes med modtagekultur, og her handler det om den gruppe i afdelingen, der planlægger, hvordan nye kolleger skal modtages og introduceres), det betyder at hun er med til at planlægge programmet for de nyansatte og tage imod dem på deres første dage. Udviklingssygeplejersken finder det derfor naturligt og nødvendigt, at afdelingssygeplejersker, souschefer og også jeg er en del af introduktionen og dermed sikrer synlighed af ledergruppen.

Det adaptive ledelsesperspektiv bidrager til min rolle som leder i sundhedsvæsenet. Ved at være adaptiv leder gøres det, jf. teorien, muligt at etablere et kollektivt læringsrum mellem mennesker. I praksis betyder det, at jeg, gennem sygeplejerskernes opgaver, etablerer et fællesskab om sygepleje, hvor vi i fællesskab kan drøfte oplevelser og løsninger ud fra vores erfaringer og forskellig faglige værdisæt.

Det adaptive opstår, når sygeplejerskerne tager mod til sig, og bevæger sig ud i at drøfte andre nye løsninger, end de eksempelvis tidligere har hørt om på sygeplejeskolen eller afprøvet i klinisk praksis. Det kræver, at jeg som leder også skaber et trygt miljø til samtaler med mine medarbejdere, således at de har rammerne for at kunne "bevæge" sig ud ad nye veje i relation til deres sygeplejepraksis.

Jeg har erfaret, at adaptiv ledelse ikke er let. Som leder skal man forsøge at håndtere udfordringer ved at stille spørgsmål og reflektere over evner, men også begrænsninger. Dette kræver blandt andet god tid samt mod til at acceptere en vis mængde kaos, når den nyansatte skal finde sin vej, og en pædagogisk og venlig tilgang. Den tid prioriterer jeg, fordi jeg mener, at de bedste resultater som oftest er, når det er muligt at få lov at reflektere sig frem til en løsning, afprøve den og evt. justere, fuldstændig som kvalitetsmodeller inden for sundhedsvæsenet foreskriver.

Refleksionssamtalerne med nyansat plejepersonale er et eksempel på, at lederskab kan være mere end uddelegering og beslutninger. Refleksionssamtalerne er et supplement til introduktionen og de samtaler og evalueringer, der afholdes sammen med afdelingssygeplejersken. Basis for en god og patientsikker drift tror jeg på kan opnås med fokus på de nyansattes introduktion og kompetenceudvikling for alle sygeplejersker.

I dagligdagen er der ikke i plejegruppen megen tid til refleksion over sygeplejeopgaver, hverken alene eller sammen med kolleger. Det gør, at den enkelte alt for ofte lades alene med refleksioner over egen sygeplejefaglige praksis. Når man er nyuddannet og nyansat, så er det min oplevelse, at den enkelte er opsat på at vise, at han/hun er dygtig og det hele værd, men mine erfaringer peger på, at man alene let kan komme til at tvivle på sig selv. Mit fokus er på at skabe et fortroligt rum baseret på anerkendelse af den enkelte, og hvor det er muligt at skabe plads til samtale og refleksion. Der er naturligvis et ulige magtforhold, når den ene er den andens leder, og jeg ved derfor, at det kan være, at jeg ikke bliver delagtig gjort i alt, men det italesætter jeg og beder den nyansatte vælge andre at reflektere med, om det der fylder og påvirker selvtilliden negativt, hvis ikke vedkommende mener, at jeg er den rette. Dette for at det kan blive minimeret til noget, der kan arbejdes med. I det hele taget italesætter jeg vigtigheden af at reflektere og sparre med andre, så man opretholder sin faglige energi og entusiasme. Hvis man tvivler på sig selv personligt, så er det rigtig vigtigt at gøre brug af sin leder, fordi hun kan

hjælpe med at få tankerne om utilstrækkelighed manet til jorden eller sikre, at den enkelte kan få faglig sparring ved udførsel af kliniske opgaver, fx fra den kliniske udviklingssygeplejerske. Hvis det handler om mere faglig undring, oplever jeg, at det ofte er optimalt at undre sig sammen med mere erfarne kolleger. Her kommer forskellige faglige betragtninger frem i lyset, som den enkelte kan sammenligne med egen viden og læring.

Så længe vi i sygehusvæsenet mangler sygeplejersker og tid til at yde den ideelle sygepleje i de komplekse og komplicerede patientforløb, så er disse refleksionssamtaler et lille bidrag til at yde sparring til den nyansatte og i særdeleshed at hjælpe den enkelte til at udvikle egen sygeplejefraksis gennem refleksioner. Man kan derved blive klogere på egen praksis. Samtidig bliver jeg, og til tider også afdelingssygeplejersken, til stadighed mindet om, hvad der har betydning, når man er ny. Forhåbentlig bliver fortællingerne og refleksioner en af nøglerne til kompetenceudvikling i en både kompleks og til tider kompliceret hverdag og resulterer i, at den enkelte vælger Neurologisk Afdeling til for en lang periode.

REFERENCER

Andersen, O. D., & Larsen, V. (2004). *Problem Baseret Læring: En anden måde at tænke uddannelse på*. Danmarks Erhvervspædagogiske Læreruddannelse.

Benner, P. (1984). *From Novice to Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing.

Heifetz, R. A., Linsky, M., & Grashow, A. (2009). *The Practice of Adaptive Leadership* (1st ed.). Harvard Business Review Press. <https://www.academicbooks.dk/da/content/practice-adaptive-leadership>

Pettersen, R. C. (2001). *Problembaseret læring* (1st ed.). Dafolo A/S.

Uhl-Bien, M., & Russ, M. (2009). Complexity Leadership in Bureaucratic Forms of Organizing: A Meso Model. *The Leadership Quarterly*, 20, 631–650. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2009.04.007>

AT SÆTTE FRØ OMKRING UDVIKLING OG FORSKNING I EN TRAVL DRIFTSORIENTERET AFDELING – OG SIKRE SPIRING!



Forfatter: *Jytte Hykkelbjerg Bruhn, Ledende oversygeplejerske, Kardiologisk Afdeling.*

Jeg er ledende oversygeplejerske i Kardiologisk Afdeling på Sjællands Universitetshospital (SUH). Jeg har bevæget mig op igennem de forskellige ledelseslag inden for sygeplejen, hvor jeg startede som basissygeplejerske, og derefter har jeg stille og roligt uddannet mig til det ledelsesniveau, hvor jeg befinder mig nu. Fra basissygeplejerske til specialuddannelse som intensiv sygeplejerske, klinisk ansvarlig og souschef på Intensiv, diplomuddannelse i Sundhedsformidling og klinisk uddannelse. Afdelingssygeplejerske, konsulent i Kvalitetsafdelingen og nu ledende oversygeplejerske. Jeg har en Master i offentlig ledelse, der blev færdiggjort i januar 2020. Jeg har nu været ansat i min nuværende stilling i 2 år.

BAGGRUND OG FORMÅL MED KAPITLET

Jeg har haft en lang karriere, som har været med til at forme mig som person, men også til den leder jeg er i dag. At jeg i dag har en stilling som ledende oversygeplejerske, er kommet ret naturligt som en udvikling af at have været afdelingssygeplejerske og ønsket om at udvikle min ledelsesstil, men også at have arbejdet med kvalitetsarbejde og så naturligvis at tage en Master i offentlig ledelse. Herefter fik jeg lyst til at udvikle mine ledelsesmæssige kompetencer på det niveau, hvor jeg er nu. Måske primært fordi jeg altid har kunnet lide at gå forrest og være med til at gøre en forskel. Faglig udvikling har altid haft min interesse og har fulgt mig i

alle mine år som sygeplejerske. Jeg har ofte selv været en del af udviklingsprojekter, og især som leder har det været et vigtigt pejlemærke for mig, da det er med til at udvikle ikke bare sygeplejen, men også de personer, der arbejder med udvikling.

2015 startede jeg på CBS for at tage Master i Public Governance, og denne færdiggjorde jeg i januar 2021. En noget lang proces, men på grund af jobskifte flere gange så tog det den tid, det tog.

Omdrejningspunktet for min afsluttende master-opgave (Hykkelbjerg Bruhn, 2020) var min nysgerrighed i forhold til at drive udvikling og forskning i en travl, driftsorienteret afdeling – og specifikt min egen rolle i forhold til dette. Da jeg blev spurgt, om jeg ville skrive et kapitel til denne bog, tænkte jeg, at det var en oplagt mulighed for at få mine refleksioner skrevet ned og gerne delt ud til andre.

Min vision i forhold til udvikling og forskning er helt klart, at jeg ønsker, at vi bevæger os hen imod at blive det kardiologiske faglige fyrtårn i Region Sjælland. Dette skal være med til at sikre rekruttering og fastholdelse blandt medarbejderne, men primært skal det være medvirkende til at sikre den bedst mulige behandling og pleje til vores patienter. De skal hele tiden være vores omdrejningspunkt og vores ledetråd i forhold til hvilken vej, vi skal bevæge os. Det kan vi kun gøre ved hele tiden at blive bedre til at inddrage dem i egen pleje og behandling og planlægge deres forløb ud fra vores faglige viden, men også ud fra et menneskesyn om, at ethvert menneske er unikt og skal være selvbestemmende i forhold til, hvordan de gerne vil behandles og plejes.

Det er vigtigt i min funktion som ledende oversygeplejerske, at jeg hele tiden har fokus på uddannelse, udvikling og forskning, rekruttering og fastholdelse af dygtige medarbejdere, for ellers kan vi ikke opretholde det høje serviceniveau, vi ønsker, til gavn for vores patienter. Alligevel oplever jeg ofte, at denne ambition udfordres af den daglige drift, hvor en

benhård prioritering af, hvordan personaleressourcerne skal fordeles, finder sted. Skal disse gå til plejemæssige opgaver ude hos den enkelte patient, eller til at en kollega kan bruge tiden på administrative opgaver til gavn for udvikling og forskning. Jeg savner ikke inspiration i forhold til, hvor vi skal bevæge os hen. Men det er i langt højere grad rammerne og ydre vilkår for udvikling og forskning, der har trange kår, og som jeg skal kæmpe for.

KARDIOLOGISK AFDELING

Kardiologisk Afdeling har været en selvstændig afdeling siden 2009. I dag har vi to sengeafsnit med 24 patienter på hver, kardiologisk laboratorium med fem operationsrum og et tilhørende observationsafsnit med 12 senge. Vi har et stort ambulatorium. Herudover har vi ledelsesmæssigt ansvar for Karkirurgisk Afdeling som ambulatorium og sengeafsnit. Sidst, men ikke mindst, har vi en klinisk forskningsenhed (KFE) og projektafdeling. Til KFE er der tilknyttet 4-5 ph.d.-lægestuderende og 6 projektsygeplejersker. I alt har vi 300 medarbejdere ansat, heraf ca. 170 sygeplejersker.

Fra 2009 til 2018 var der fokus i Kardiologisk Afdeling på at udvikle sig og ekspandere størrelsesmæssigt ved bl.a. at hjemtage regionsfunktioner indenfor en stor del af det kardiologiske speciale. Det var en tid uden det store pres. Rekruttering af personale var ikke et problem, ej heller at fastholde kompetente medarbejdere.

Afdelingen i år 2021 ser noget anderledes ud. Vi var igennem en sparerunde i 2018, hvor vi blev bedt om at lukke et afsnit, hvilket har medført stor travlhed og en dagligdag, hvor vi ofte har overbelægning. Der har været stort ledelsesskifte, hvor der både er kommet en ny afdelingsledelse og nye afdelingssygeplejersker i alle afsnit. Hertil kommer, at vi de sidste par år, som mange andre afdelinger, også har udfordringer med at rekruttere medarbejdere. Dog er vi heldige, at vi fortsat har været gode til at fastholde kompetente medarbejdere, så vi ser ikke, at der er stor

udskiftning i personalegruppen. Det er en vigtig pointe, da det betyder, at der er en høj faglig standard, som sygeplejerskerne ikke ønsker at gå på kompromis med – men som samtidig kan være et stressmoment, når der måske ikke altid kan opnås den samme kvalitet som ønsket på grund af travlhed.

ORGANISERING AF FORSKNING OG UDVIKLING I KARDIOLOGISK AFDELING

Kulturen i afdelingen er præget af et stort ønske om udvikling og forskning. Det gælder alle lag af sygeplejersker. Det er meget vigtigt at der afsættes tid til denne opgave, for gøres det ikke, vil daglig drift tage over og blive det styrende element. Det ses bl.a. i CAPAN Survey (Forskningsstøtteenheden, 2019), en undersøgelse af holdninger og viden omkring udvikling og forskning¹. Følgende citater kan understøtte et ønske om udvikling og forskning:

”Forskning er vigtigt for at udvikle praksis, men det er vigtigt med synlig ledelse af forskning”.

”Forskning er med til at holde fokus på udviklingen af sygeplejen”

”Det er en opgave at sikre at strategien for udvikling og forskning ikke drukner i drift, især når der er meget travlt i klinikken og vi mangler folk. Men der skal være en kultur for, at selvom vi har travlt, så skal der bruges tid på strategi og udvikling!”

På udviklings- og forskningsområdet er vi i gang med en proces for at skubbe vores afdeling i den rigtige retning. Vi læner os op af de overordnede strategier og visioner for området, både på regionalt plan (Region Sjælland, 2019) og på hospitalsniveau i form af strategi for Akademisk Råd og Strategisk Lederforum 2020-2024 samt Strategi for MVU-området på SUH (Sjællands Universitetshospital, 2020).

¹ Læs mere om CAPAN-undersøgelsen i kapitel 1.

Vision, mål og strategier for sygeplejen er formuleret som et ønske om suveræn kvalitet – sygepleje i top og endvidere:

”At sygeplejen på SUH bygger på den bedst dokumenterede og tilgængelige viden, der kommer fra forskning og udvikling, klinisk erfaring samt patienter og pårørende. Behandlingen er personcentreret og tilpasses den lokale kontekst, således at denne viden bliver relevant og anvendelsesorienteret”
(Sjællands Universitetshospital, 2020, s. 2)

I 2016 lavede afdelingen en strategi for sygeplejen i Kardiologisk Afdeling (Kardiologisk Afdeling, 2018). Den læner sig op ad den overordnede Sygeplejefaglige Strategi på SUH og bliver fornyet hver fjerde år. Strategien bruger vi som et mål for sygeplejen, men som mange andre strategier og visioner er der en tendens til, at den ikke kommer ud og leve i organisationen. I afdelingen kender alle på mellemliderniveau strategien – de ved i hvert fald, at den findes. Men ingen af de nuværende afdelingssygeplejersker var ansat, da strategien blev udviklet. I arbejdet med min masteropgave blev det klart for mig, at mine nuværende afdelingssygeplejersker ikke føler ejerskab for strategien, da de ikke har været med i tilblivelsen af den. Ved introduktionen af nye sygeplejersker i afdelingen fortæller jeg altid om strategien og stiller dem i forventning, at vi arbejder strategisk, og at der er stort fokus på den faglige udvikling og gerne forskning. Dog viste CAPAN II-undersøgelsen, at der var mange blandt det kliniske personale, der ikke var bevidste om, at vi havde en sygeplejefaglig strategi. De af sygeplejerskerne, der dog er klar over, at vi har en strategi, beskriver det i CAPAN på flg. måde:

”Strategien er med til at synliggøre, hvad vi gerne vil arbejde henimod i forhold til overordnede emner som ledelse, forskning, udvikling og uddannelse”.

”At vi har et overordnet mål og tanker for hvad vi vil med vores sygepleje, hvor vi gerne vil udvikle os på og bevæge os hen

med fokus på både den faglige og praktiske udvikling af faget”.

Jeg fornemmer, at sygeplejerskerne hurtigt opsluges af dagligdagen, og der bliver ikke brugt tid på at lære strategien at kende og derved heller ikke at bruge den efter hensigten. De frø, jeg forsøger at plante ved introduktionen, de får ikke sat rod, og det skal der gøres noget ved.

Jeg ønsker, at alle sygeplejersker skal vide, at der findes en sygeplejestrategi i afdelingen. Men det vigtigste er, at der hele tiden er fokus på den faglige udvikling og forskning i afdelingen. Det er en vigtig del af vores arbejde, at vi kombinerer drift og faglighed, og det kan strategien bruges til. Min hypotese er klar: det er med til at rekruttere og fastholde personalet. Det giver arbejdsglæde og ansporer til, at vi leverer den ypperste behandling og pleje til vores patienter.

Derfor er vi i foråret 2021 startet med at revidere vores strategi. Alle der har ledelses-, uddannelses- og udviklingsmæssige opgaver i alle afsnit er med i processen, en flok på 20 mennesker, ledet primært af vores kliniske udviklingssygeplejerske og mig, hvor vi har endevendt den gamle strategi og sat nye fremtidige mål op mod 2025. Det er meget vigtigt, at netop denne gruppe har et ejerskab over det, som de skal være med til at implementere ude i eget afsnit. Ved udgangen af 2021 er den sygeplejefaglige strategi skrevet færdig, og vi har planlagt en strategidag med de samme involverede, hvor vi taler om implementering og videre proces. I 2022 skal vi have en halv temadag for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (SSA'er), hvor hovedtemaet bliver, hvordan strategien skal indarbejdes i alle afsnit. Det vigtigste er, at den skal ud i afsnittene og leve. Det bliver en lang og kontinuerlig proces, men som jeg er sikker på også vil være medvirkende til, at alle bliver oplyste og vidende omkring, hvilken vej vi skal i forhold til mål for sygeplejen. På den måde bliver det synligt, hvad det er, der prioriteres i vores afdeling, og da der har været så mange med i processen, er det mit håb, at vi lykkes med opgaven.

Det betyder også, at der skal prioriteres tid til udvikling og forskning, hvilket ikke må nedprioriteres. Det er mellemlidernes opgave at prioritere tiden dertil. Min opgave som oversygeplejerske er det konstante fokus på primært rekruttering og fastholdelse af medarbejdere, så der er tid til både drift og udvikling/forskning. Min opgave er at være specifik omkring, hvordan der også afsættes økonomiske ressourcer til opgaven, da der i min optik politisk sættes mange ord på, hvor vigtigt det er, at vi udvikler og forsker i sygeplejen, men der mangles en klar strategi for, hvordan vi så får pengene til opgaven. Det er min klare holdning, at hvis vi skal øge vores udvikling og forskning, og det også er et ønske på sygehusledelsesplan og regionalt plan, så er det min opgave hele tiden at holde fokus på også at skubbe til denne del. Altså hele tiden være specifik i, at der ikke kan laves store projekter ud af ingenting, men at det skal prioriteres af alle, både hvad angår tid og økonomi. Der har vi stadig et stort hængeparti – nemlig at det italesættes, at der skal ske forskning, men økonomien er ikke prioriteret på samme måde. Det er meget problematisk og er ofte med til at stoppe innovation og nytænkning.

MEDARBEJDERE

Jeg oplever en let stigende tendens til, at der kommer sygeplejersker ind i afdelingen, der har taget hele - eller dele af - master- eller kandidatuddannelser. Vi har f.eks. indenfor det sidste halve år ansat to sygeplejersker, der har kandidatuddannelse, hvor det ikke er efterspurgt i de stillinger, de har søgt, men det er medarbejdere med potentialer, som der måske kan udvikles på ved at tilbyde dem inddragelse i forskellige nye udviklings- og forskningstiltag. Det er ikke en opgave, jeg kan stå med alene, og derfor har jeg stort brug for og gavn af mine kvalificerede medarbejdere.

Til at understøtte sygeplejefaglig udvikling i afdelingen er der ansat en klinisk udviklingssygeplejerske i kardiologisk stab, der har det overordnede ansvar for udvikling og kvalitetsarbejde på alle afsnit. Hun er en meget vigtig brik i forhold til at holde processer i gang ude i afsnittene, og

hun er en gennemgående person i alt fra dokumentation i Sundhedsplatformen til nye udviklingsprojekter, hvor der er brug for guidning til det kliniske personale til alt omkring strategiarbejde.

Hun har desuden netværksmøder med de kliniske specialister i afsnittene. Aktuelt er der ansat kliniske specialister i tre ud af fem afsnit. Planen er, at der skal være ansat kliniske specialister i alle afsnit, og at de skal have uddannelse svarende til enten master- eller kandidatniveau. Foreløbig er der en sygeplejerske med en kandidat; en anden er startet i år på en 4-årig erhvervskandidat, og den sidste sygeplejerske vil gerne starte en master, som nok først startes op i 2022. På de andre to afsnit er der ansat sygeplejersker i specialfunktioner, og der er vi i gang med en proces for, hvordan vi skal have kliniske specialister som i de andre afsnit. I alle afsnit er der et tæt samarbejde mellem kliniske specialister, afdelingssygeplejersken og souschef – og med den overordnede kliniske udviklings-sygeplejerske på sidelinjen. Herudover har vi ansat en ph.d.-uddannet sygeplejerske, der er en erfaren kardiologisk sygeplejerske. Hun er i fuld gang med sit projekt og forventes færdig medio 2022.

Til at understøtte den sygeplejefaglige forskning er vi ved at ansætte en lektor/forskningsleder for sygeplejen. Vedkommendes primære opgave vil være at sætte fokus på forskningen i afdelingen. Vi er stadig novicer i forhold til forskning, og mellemlederne giver klart udtryk for, at hvis vi skal opfylde et mål om at være aktive i forskning i sygeplejen, så er der stort behov for en person, der kan skubbe i den rigtige retning. Som leder er det vigtigt at jeg, sammen med forskningslederen, arbejder for at skabe rum og inkludere viden og kompetencer i afdelingen som et springbræt til videre forskning.

Ledelsesmæssigt har vi som afdelingsledelse (AL) et stort ønske om, at forskning er en prioriteret opgave på tværs af fag. Vi har i 2021 dannet Kardiologisk Forskningsråd (KFR), som er tværfagligt og med deltagelse af

os som AL og vores lægefaglige professor som faste medlemmer. Derudover deltager den sygeplejefaglige ph.d., en sygeplejefaglig lektor (på sigt), to forskningsaktive læger samt en sekretær. Rådet mødes en gang om måneden, hvor vi både har fokus på den forskning, der er i gang, og kommende projekter, men også har fokus på strategisk at se fremad – hvad vi skal satse på de næste år. Det er også vigtigt, at vi gør det gennemsigtigt, hvad der foregår i rådet, ved at fortælle alle ansatte i afdelingen, hvad der sker på udviklings- og forskningsområdet. Til denne opgave er der en læge, der har som opgave at sende nyhedsmails ud i afdelingen, da det er vigtigt at gøre det synligt, hvad der egentlig foregår, da det kan være medvirkende til andre og nye projekter og for det kliniske personale at se, at forskning ikke er en umulighed. Det har været et stort ønske fra mig, at vi skulle danne dette råd, primært for at få fokus på forskning generelt, men også at give sygeplejen en stemme på linje med lægefagligheden. Ved at jeg som oversygeplejerske sidder med i rådet, kan jeg være med til at sikre, at sygeplejen tales ind i de projekter, vi gerne vil have i gang.

Gennemsigtigheden af, hvad der egentlig sker ud i alle kroge af afdelingen, er en anden vigtig faktor. Det har vi slet ikke været gode nok til, og det blev meget åbenlyst for mig, da jeg lavede fokusgruppeinterview til min masteropgave: Primært klinisk frontpersonale var meget uvidende om, hvad der egentlig var af forskningsaktivitet i afdelingen, men også hvad der egentlig rører sig ude i afsnittene. Det er meget vigtigt at sørge for, at alle får en fornemmelse af alt, hvad vi laver i afdelingen. Derfor vil vi lave disse nyhedsbreve, som skal beskrive både udvikling og forskning tværfagligt, men også ned i de enkelte afsnit. Vi har i efteråret 2021 haft en temadag, der er lukket til udvikling og forskning i alle afsnit. Der kom de enkelte afsnit med input til, hvad der rører sig, og det var blandt andet alt fra store medicinstudier til små lokale projekter til gavn for vores patienter, men også med fokus på arbejdsglæde for medarbejderne. Til foråret 2022 er der forskningsweekend i støbeskeen, som udbydes til alle medarbejdere, men hvor fokus naturligvis vil ligge på at få et view på,

hvad der rører sig omkring forskning i Kardiologisk Afdeling, og planen er, at det skal være en tilbagevendende begivenhed.

LÆRINGSMILJØ

Vores læringsmiljø generelt i afdelingen vil jeg betegne som rigtig godt. Der er i alle afsnit planlagte undervisningsseancer ugentligt, både som sygeplejekonferencer men også decideret faglig undervisning, 5 faglige minutter og refleksionstid. Det aflyses helst ikke. Der prøves ihærdigt på at sørge for, at den undervisning, der foregår, også kan nå ud til aften- og nattevagter, så alle bliver opdateret på ny viden eller information, enten ved hjælp af mail eller opslag, og på sigt også videooptagelser. I hele afdelingen har vi en planlagt morgenkonference for alle faggrupper, hvor vi starter med at synge morgensang som en del af det sociale – hvilket er mit initiativ. Jeg udvælger altid sange, som jeg ved, de fleste kan, og har allieret mig med tre sygeplejersker, der er gode til at synge og vant til kor! Jeg er overbevist om, at det relationelle i forhold til at synge sammen, også har en effekt udi at engagere sig i den faglige udvikling. Det faglige indspark er skiftevis mellem faggrupperne, og det eneste kriterium for oplægget er, at der skal tænkes bredt, så alle får noget ud af det.

Rent uddannelsesmæssigt for sygeplejerskerne har vi basisuddannelse i kardiologi, kardiologisk efteruddannelse og efteruddannelse for de erfarne sygeplejersker. Min opgave som leder er at udfordre medarbejdere, der ønsker kurser/uddannelser at spørge ind til, hvordan de ser, det kan være med til at udvikle ikke bare enkeltpersoner, men hele afdelingen. Den forventning kender mine mellemledere også og er gode til at sikre rammerne for, at den nye viden bliver delt og debatteret.

Vi har en overordnet strategi om, at alle medarbejdere, der kommer retur fra uddannelse, det kan være diplommoduler eller faglige konferencer, så er det en forventning, at man deler ud af ny viden. Det er for at dele oplevelsen ud til alle, især til dem, der vælger at blive hjemme og passe afdelingen, mens en kollega er ude og lære nyt. Min opgave i det er hele

tiden at udfordre, når medarbejdere ønsker kurser/uddannelser at spørge ind til, hvordan de ser, det kan være med til at udvikle afdelingen, sådan at de ved, at det ikke er for egen vindings skyld, men at de er en del noget større, som skal deles ud til alle. Den forventning kender mine mellemledere også, og de er gode til at skubbe bagpå i den rigtige retning.

INDDRAGELSE AF PATIENTER OG PÅRØRENDE

Jeg synes, at vi fortsat mangler at inddrage patienterne meget mere, end vi gør i dag i forhold til udvikling og forskning. Det er klart, at vi hele tiden har dem i tankerne, når vi taler udvikling og forskning, men sådan helt ned i detaljen, hvor patienten sidder med ved bordet, det har vi ikke på plads endnu. Vi inddrager patienter og pårørende i forhold til fokusgruppeinterview, samt opringninger til små kvalitetsprojekter, og det er da en start. Men min vision er, at vi skal blive meget bedre til at spørge patienterne og inddrage dem i egen behandling og pleje, men også hvordan vi kan blive bedre til at udvikle os ud fra deres synspunkt. Sygehusledelsen har en strategi på SUH-niveau, hvor jeg bl.a. er del af en taskforcegruppe, der netop har stort fokus på, hvordan vi bliver bedre til at inddrage patienter og pårørende i behandling og pleje. Det er et arbejde, vi er startet på, og som vil komme til at præge alt strategiarbejde fremadrettet, og som bliver en meget spændende proces. Derudover kan nævnes at i Strategi for MVU-området på SUH-niveau (Sjællands Universitetshospital, 2020) er en personcentreret vision. Det vil sige, at den bygger på en tilgang til praksis, som etableres gennem pleje- og behandlingsmæssige relationer mellem alle sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende, og at der både er fokus på patienter og pårørende og de sundhedsprofessionelle. Det skal gerne afspejles i vores egen strategi i Kardiologisk Afdeling.

PERSPEKTIVERING

Jeg synes, at vi er godt på vej i min egen afdeling i forhold til udvikling. Jeg synes, at vores organisation overordnet set - på hospitalsniveau - dog

bærer præg af, at vi er novicer på forskningsområdet. Vi sidder som ledende oversygeplejersker meget alene omkring opgaverne og måske især ideerne til, hvordan vi skal lave en struktureret plan og strategi for, hvordan vi skal skubbe vores egen organisation frem, så vi lever op til de overordnede mål, der er for udvikling og forskning. Men der er gode takter i gang. Primært fordi vi på hospitalsniveau har en forskningsleder og professor på SUH, samt vores sygeplejefaglige vicedirektør, som er store drivkræfter i forhold til at hjælpe os på vej. Deres rolle i forhold til, at vi i hver afdeling har mulighed for sparring, betyder meget i forhold til at være strategisk og visionær omkring opgaverne. Flere af os er også med i diverse netværk, og disse tiltag er vigtige for at skabe et samarbejde på tværs, men også en slags idebank, hvor vi får gode ideer til, hvordan vi kan udvikle vores egen afdeling. Jeg tror dog, at vi skal blive meget bedre til at tænke tværfagligt. Det ligger lige for, at vi kan finde inspiration hos lægerne indenfor forskning, da de har et mangeårigt erfaringsgrundlag for, hvordan det bygges op. Hvis vi skal have en stærk forskningskultur, så er vi som faggruppe nødt til at tænke i samme baner. Det er også en af grundtankerne i vores egen afdeling, med vores nye forskningsråd og en bevidst handling at medlemmerne i rådet skulle være ligeligt fordelt mellem faggrupperne.

Der er dog stadig meget at ønske i forhold til at nå de regionale mål og også på SUH-niveau. Der er eksempelvis lagt en klar plan for, hvor mange professorer, der skal være på SUH inden 2025, men når det bliver specifikt, og vi spørger ind til, hvordan vi skal finansiere dette, så mangles der realistiske handleplaner. Jeg mener, at regionen har et stort ansvar i forhold til at afsætte økonomi til opgaven, da vi ikke selv kan trække det ud af vores lønbudgetter. Forskning bliver på denne måde diffus, hvis der er et ønske om, at vi skal prioritere det som afdelingsledelser, men ikke med hvilke midler. Når jeg f.eks. får et spørgsmål om, om vi kan finansiere løn til en sygeplejerske i et halvt år, er det jo ikke manglende vilje til at gøre det, men pengene skal tages et sted fra i vores egen drift, og det er problematisk.

Derfor er de ledelsesmæssige udfordringer størst på det overordnede plan, og som jeg som oversygeplejerske og os som afdelingsledelse er ansvarlige for, at der sker handling på.

I min egen afdeling er der rigtig mange gode tanker og ideer, og jeg er fortrøstningsfuld i forhold til, at vi udvikler os. Det er min ledelsesmæssige udfordring at sikre, at der er synlig ledelse i forhold til, hvor vi skal hen som afdeling. Det er i hvert fald blevet meget åbenlyst for mig qua min master, at hvis mellemledere og medarbejdere ikke har føling og viden om, hvor vi skal hen på udvikling og forskningsområdet, så driver det i hver sin retning. Så klar og tydelig ledelse er meget vigtigt, samtidig med gennemsigtighed omkring, hvad der egentlig sker i hele afdelingen. Det bliver alt for diffust, hvis der ikke bruges tid på at fortælle om det, der foregår i afdelingen, samtidig med at det kan være med til at give andre blod på tanden i forhold til at udvikle på de spirende ideer, der er blandt medarbejderne. Det er vigtigt, at der bruges tid og ressourcer på at udanne medarbejdere og på at ansætte relevante forskningstunge medarbejdere med kompetencer, der kan være med til at igangsætte og drive udviklingen. Forskning kommer ikke ind i afdelingen hen over natten, det skal bygges op fra bunden og lige så stille udvikle sig på sigt, og på den måde skal vi nok blive det faglige fyrtårn, som vi har en ambition om at opnå at være.

EFTERORD JULI 2024

At sætte frø omkring udvikling og forskning i en travl driftsorienteret afdeling – og sikre spiring.

Ved udgivelsen af en 2. udgave af denne bog, er der opstået en mulighed for at lave en status på, hvor langt vi er kommet i Kardiologisk afdeling Roskilde siden bogkapitlet blev skrevet i sin tid – for snart 3 år siden.

Min vision på daværende tidspunkt var et stort ønske om at være det kardiologiske faglige fyrtårn i Region Sjælland. At sikre fortsat rekruttering og tilknytning til afdelingen – ud fra fokus på uddannelse, udvikling og forskning. Den vision og de tilhørende strategier, synes jeg, vi er kommet i mål med – eller i hvert fald er vi rigtig godt på vej. På daværende tidspunkt var mit mål, at vi skulle i gang med at udarbejde en ny og revideret udgave af vores sygeplejefaglige strategi.

Det mål har vi nået til fulde. Vi arbejder i dag målrettet med vores sygeplejefaglige strategi. I den er der beskrevet tre overordnede fokusområder: Klinisk sygepleje, uddannelse og ledelse. Indenfor hvert fokusområde er der udarbejdet mål og handlinger, som vi arbejder med løbende i alle afsnit.

At have strategien gør, at vi arbejder fokuseret kontinuerligt. Den sygeplejefaglige strategi har udviklet sig fra at være et støvet dokument i chefsygeplejerskens skuffe til at blive en levende og dynamisk ressource, der anvendes aktivt af både mellemledere og medarbejdere til at fremme udvikling, uddannelse, kvalitet og forskning i afdelingen.

Et af målene er at sikre den faglige udvikling, og at vi arbejder evidensbaseret. Til den opgave er det nødvendigt at have medarbejdere med høje kompetencer, som kan være med i det kliniske arbejde og samtidig have erfaring indenfor projektarbejde. Afdelingen deltager i SUH's pilotprogram TEKS (Team Erhvervskandidat i Klinisk Sygepleje), som er et partnerskab med Syddansk Universitet, og erhvervskandidatuddannelsen bidrager til at imødekomme medarbejdernes ønsker om faglig udvikling.

Målet er, at vi i 2029 har 2 kliniske specialister i hvert afsnit, hvilket vil sige mere end 10 kandidatuddannede sygeplejersker i afdelingen. De kliniske specialister vil sammen med vores kliniske udviklingssygeplejerske være grundstenen til at sætte frøene til spiring! Allerede nu kan vi mærke en forskel i afdelingen, hvor de sygeplejersker, der er startet i TEKS for et år siden, tager opgaver og driver dem ude i afsnittene. Det skaber faglig stolthed over, at ens kollegaer sætter stor pris på, at der er nogen, der griber de ideer, der trods stor travlhed, hele tiden popper op. Disse ideer er netop som frø, der spirer. Men der er stor forskel på, om frøene får næring til at gro.

Fortsættes næste side >>>

Det gør de nu, da en undring over et eller andet, bliver trukket højere op og diskuteres. Herved bliver det, der før kunne være en undring, som ofte blev til en frustration, nu til en undring og en ændring på sigt. Det er interessant, især når man betragter det fra sidelinjen, at selvom det kræver ressourcer at sende medarbejdere på uddannelse, så tager det overraskende kort tid, før man kan se resultaterne af denne hårde prioritering.

Dog er det meget vigtigt, at der er ledelse bag – og der er mellemlederne uvurderlige i processen!

I afdelingen er der siden 2021 blevet ansat en lektor i sygepleje, der har tilført afdelingen et fokus på forskning i sygeplejen. Dette fokus har medført, at vi i dag har 1,5 ph.d.-studerende i afdelingen, samt en meget aktiv postdoc-sygeplejerske. Deres fokus er konstant på den kardiologiske sygepleje, hvorved vi sikrer, at den kardiologiske patients pleje og behandling er evidensbaseret.

At sætte frø er i overført betydning blevet et mantra i afdelingen, hvor de forandringer, der sker konstant, ofte bliver fulgt af spørgsmål fra sygeplejerskerne. Spørgsmål, der kunne være ideer til netop at udvikle og forske.

Det vidner om, at vores fokus i afdelingen er et stort ønske om netop at bruge forandringer, både de gode og måske de knap så gode, som springbræt til at skabe læring for alle. Dette er også med til at vi stadig i afdelingen kan rekruttere og tilknytte vores medarbejdere.

Derfor har vi også udarbejdet en karrierevej for sygeplejersker i afdelingen (og også snart en for SSA'erne). Jeg har en tro på, at vi i dag skal gøre os 'lækre' – brande os – og vise, at hvis du søger som sygeplejerske/SSA i kardiologisk afdeling, så er der forskellige veje at gå. Det handler også om at sætte frø allerede fra en start af ansættelse!

REFERENCER

- Forskningsstøtteenheden. (2019). CAPAN SURVEY II - En undersøgelse af viden og holdninger om udvikling, forskning og rammer for personcentreret praksis blandt—Rapport med resultater for Sjællands Universitetshospital sygeplejersker i Region Sjælland. Sjællands Universitetshospital.
- Hykkelbjerg Bruhn, J. (2020). Er vi i kardiologisk afdeling klar til udvikling og forskning og hvad kræver det? Copenhagen Business School.
- Kardiologisk Afdeling. (2018). Sygeplejefaglig Strategi for Kardiologisk afdeling, 2018 – 2021. Sjællands Universitetshospital.
- Region Sjælland. (2019). Forskning på forkant—Region Sjællands Politik for Sundhedsforskning 2019-2022. <https://www.regionsjaelland.dk/forskning>
- Sjællands Universitetshospital. (2020). Sjællands Universitetshospital I TOP: Vision, mål og strategier for MVU-området, frem mod 2025. Forskningsstøtteenheden for MVU-uddannede.

FRA OVERVEJELSER TIL IMPLEMENTERING – CAMINOEN – VEJEN MOD FORSKNING.



Forfatter: *Karen Marie Ledertoug, Ledende oversygeplejerske, Plastikkirurgisk og Brystkirurgisk Afdeling*

Da jeg blev spurgt, om jeg ville skrive et kapitel om processen, vores afdeling har været i vedrørende ansættelse af en sygeplejerske med en ph.d.-grad, og samtidig komme med mine overvejelser i forhold til baggrunden for denne ansættelse, var jeg ikke i tvivl om mit svar. Et ubetinget ja funderet i en glæde og stolthed over, at processen endelig var sat i gang.

Jeg er ledende oversygeplejerske på Plastikkirurgisk og Brystkirurgisk Afdeling med diplomuddannelser i sygepleje og ledelse samt en mastergrad i hospitalsmanagement fra SDU. Jeg har været ansat på Sjællands Universitetshospital (SUH) siden 1997, hvor jeg blev ansat som afdelingssygeplejerske på operationsgangen på SUH Køge. Her var jeg frem til december 2008, og jeg tiltrådte min nuværende stilling i januar 2009.

Min uddannelsesvej har haft sit fokus på ledelse. Min største erfaring med forskning har været mit masterprojekt, der havde fokus på ledelse over to matrikler med sammenlægning af forskellige kulturer, integration af et nyt speciale, implementering af ny ledelse, optimering af arbejdsgange og processer samt mindre udviklingsprojekter i afdelingen.

Der var ikke tale om, at afdelingen havde et decideret forskningsmiljø, og den primære forskning som udkom fra afdelingen bestod i lægefaglige studier, publikationer og rapporter. I sygeplejen arbejdede vi med små projekter, der havde til hensigt at optimere patientforløb og arbejdsgange.

Vi er som afdeling bundet op på at have en Klinisk Forskningsenhed, og denne har i lang tid mest eksisteret i form af navn. Mit håb var at vi, i et tvær- og monofagligt forum, kunne være med til at styrke denne funktion, udbygge den og gøre den levende.

PROCESSENS KONTEKST

Plastikkirurgisk og Brystkirurgisk Afdeling på Sjællands Universitetshospital (SUH), Roskilde, som danner kontekst for dette kapitel, er en kompleks organisation. Plastikkirurgi og Brystkirurgi har længe eksisteret som to selvstændige afdelinger med forskellig beliggenhed i regionen, men fusionerede i 2015. Det brystkirurgiske afsnit lå på Ringsted Sygehus, og det plastikkirurgiske afsnit var på SUH, Roskilde. Der var således tale om to matrikler, som hver især havde egen historik og kultur. For begge afsnit er arbejdet med kræftpatienter et vigtigt omdrejningspunkt. Det plastikkirurgiske afsnit har regionsfunktion i forhold til patienter med modermærkekræft og andre former for hudkræft. For det brystkirurgiske afsnit er omdrejningspunktet primært kvinder med brystkræft.

Vi er endeligt ”flyttet” fysisk sammen på SUH Roskilde i september 2020. Denne fysiske sammenlægning blev en meget vigtig kontekst for ansættelsesprocessen samt det indledende ansættelsesforløb af en ny klinisk sygeplejespecialist. Ved sammenlægningen overgik det kirurgiske forløb for de brystkirurgiske patienter til dagkirurgisk afsnit under Anæstesiologisk Afdeling. Det betyder, at patienterne nu møder ind til operation på dagkirurgisk afsnit og udskrives herfra samme dag. Patienter, der ikke kan gennemgå sammedagskirurgi, indlægges i det plastikkirurgiske sengeafsnit.

Afdelingen havde ved tidspunktet for fusioneringen ansat en udviklings- sygeplejerske med en sundhedsfaglig kandidatuddannelse og lang plastikkirurgisk erfaring til varetagelse af kvalitet og udvikling.

Plejepersonalet i afdelingen består primært af sygeplejersker, men der er også ansat social- og sundhedsassistenter i afdelingen.

Den ledende overlæge og jeg ønskede på sigt at blive en del af forskningsstrategien for SUH, der beskriver målet om at have ansat mindst en for-

skeruddannet med MVU-baggrund på alle afdelinger (Sjællands Universitetshospital, 2021). Vores udviklingssygeplejerske var ikke der i sit arbejdsliv, hvor et ph.d.-forløb var realistisk, så da hun af hensyn til egen work-life balance rejste fra afdelingen, var det for afdelingen tid til det næste skridt mod visionen.

I hele fusionsprocessen var det brystkirurgiske afsnit i meget nær kontakt med Styrelsen for Patientsikkerhed grundet den i medierne meget omtalte 'Ringstedsag', der omhandlede mangelfuld undersøgelse af kvinder med mulig brystkræft. Der blev iværksat et 360-graders eftersyn af brystkræftforløbene på SUH, og dette skulle vise sig at have en positiv affødt effekt, idet kravene om forbedring førte til ansættelsen af vores kliniske sygeplejespecialist.

Endelig hører det også med til afdelingens kontekst, at vi har stillet seks sengepladser til rådighed for Gynækologisk Afdeling, da denne, grundet besparelser 2018, blev nedjusteret i sygeplejefagligt personale. Det plastikkirurgiske plejepersonale har således fået en hjælpende funktion, vi kalder det et arbejdsfællesskab, i forhold til gynækologiske patienter som fysisk er placeret på samme gang som plastikkirurgisk og brystkirurgisk sengeafdeling.

Region Sjællands ønske om at optimere den medicinske patients forløb har også haft indvirkning på afdelingen, idet vi stiller tre sengepladser til rådighed for kvinder med diagnosen 'urinvejsinfektion', som er indlagt via Akutafdelingen på SUH Køge. Patienterne indlægges under gynækologisk behandlingsansvar og med plastikkirurgisk plejeansvar. En ansvarsfordeling og patientkategori, som kan skabe pragmatiske udfordringer og ofte ledte til spørgsmålet om, hvad den plastikkirurgiske og brystkirurgiske sygepleje egentligt vægtede i afdelingen.

Plastikkirurgisk og Brystkirurgisk Afdeling ansatte i 2019 en ny ledende overlæge, som har et meget stort fokus på forskning og udvikling. Den ledende overlæge delte til fulde ønsket om at styrke den sygeplejefaglige forskning, hvilket var en ubetinget vigtig faktor for ansættelsesprocessen af afdelingens kliniske sygeplejespecialist. Vores ønske var at ansætte en sygeplejerske med forskningskompetencer, og vi gik målrettet efter en kandidat med en ph.d.-grad. En anden vigtig facilitator for processen var, at afdelingens ledende overlæge havde kendskab til patient-reported outcome measures (PROM) (Krogsgaard et al., 2020), herunder redskabet BREAST-Q (Pusic et al., 2017), og talte meget varmt for implementeringen af dette i afdelingen.

BREAST-Q er et specifikt brystkirurgisk PROM-redskab, der kan understøtte og monitorere på patienters egen oplevelse og vurdering af det kirurgiske resultat samt patienters opfattelse af livskvalitet såvel før forløbet som brystkirurgisk patient som efter.

IGANGSÆTTENDE OVERVEJELSER

At tage skridtet frem til en endelig ansættelse af en ph.d.-uddannet sygeplejerske skulle ikke kun være baseret på mine overvejelser, men også tage sit udgangspunkt i plejepersonalet, for det er, i min optik, i denne kontekst forskningen skal leve, udvikle sig og sætte aftryk. Men som nævnt ovenfor var det af stor vigtighed, at der i afdelingsledelsen var konsensus i forhold til den påtænkte ansættelse. Som supplement til de igangsættende overvejelser kom der en proces med refleksion, tvivl, behov for råd og vejledning, overbevisning og endeligt at turde tage springet – som, måske, at beslutte sig for at gå pilgrimsvandring på Caminoen.

PERSONALETS OVERVEJELSER

I 2019 udkom CAPAN Survey II¹, en undersøgelse af viden og holdninger om udvikling, forskning og rammer for personcentreret praksis blandt sygeplejersker i Region Sjælland (Forskningsstøtteenheden, 2019). Følgende citater fra plejepersonalet i afdelingen, finder jeg, understøttede ønsket om den forskningsbaserede vej frem:

"At der fortsat er en kvalitetssygeplejerske/udviklingssygeplejerske/klinisk sygeplejespecialist i afdelingen der sammen med evt. en post.doc kan hjælpe plejepersonalet til let adgang til og hjælp til forbedring af arbejdsgange. "

"Afdelingen er i en fase hvor vores udviklingssygeplejerske stopper, men vi har et stort ønske i afdelingen om at komme i gang med forskning og udvikling på et højere plan, som jeg ikke ved om vi har kompetencerne til. "

"Behov for én i afdelingen med en forskningsbaggrund til at hæve niveauet af det forbedringsarbejde vi i forvejen er i gang med."

EGNE OVERVEJELSER

For at blive mere distinkt i forhold til egne overvejelser var jeg, ud over centrale aktører i egen afdeling, i tæt dialog med professor Bibi Hølge-Hazelton og deltog i møder med min ERFA-gruppe² under ledelse af vores professor, bestående af fem kolleger, og hvor fokus var på ledelse af forskning og udvikling i vores respektive afdelinger. Møderne var og er til meget stor inspiration, for det er her, vi kan dele såvel vores begejstring, vores drømme og ideer, men også vores frustrationer samt få den nødvendige sparring, vi har brug for, når vi skal arbejde med forskere og forskning. Jeg søgte desuden inspiration i bogen "Forsknings- og udviklingskultur: Forskere i klinisk praksis" (Hølge-Hazelton & Thomsen, 2018).

¹ Læs mere om CAPAN-undersøgelsen i kapitel 1

² Læs mere om ERFA-grupper i kapitel 2

I bogen første kapitel oplistes otte spørgsmål til overvejelse, når en forskningsuddannet sygeplejerske skal ansættes. Jeg har her valgt at uddybe mine egne refleksioner i forhold til fire af de opstillede otte spørgsmål.

ER DET VÆSENTLIGT, AT FORSKEREN HAR KLINISK ERFARING INDEN FOR AFDELINGENS SPECIALE?

Nej, det væsentlige var at få en sygeplejerske med forskningskompetencer. At klæde forskeren på til afdelingens specialer så jeg som en ledelsesopgave i tæt samarbejde med afdelingssygeplejersken og den ledende overlæge. Der blev lagt et introduktionsprogram med studiedage i såvel ambulatorier som sengeafsnit. Opnåelse af klinisk erfaring kan komme mange steder fra, og en af tilgangene hos os er opnåelse gennem forskning. Når forskningen tilsiger kendskab til egen klinisk erfaring, så må den hentes ind. Det kan være gennem deltagelse i daglig praksis, dialog med plejepersonalet, gennem litteratur – ja, kun fantasien sætter grænser. At vi allerede havde BREAST-Q forskningsprojektet med afsæt i vores brystkirurgiske patienter, så jeg som en absolut styrke til opnåelse af klinisk indsigt og forståelse. Dog var der her en mulig faldgrube, idet fokus kunne blive for ensidigt på den brystkirurgiske del af afdelingen, men da vi var beviste herom, forventede vi ikke at falde i.

Vi valgte bevidst at give vores forsker kontorplads sammen med vores kvalitets- og forløbskoordinator, således at der var mulighed for dialog, faglig sparring og derigennem indsigt i afdelingens specialer set fra andre perspektiver. Kontoret ligger i umiddelbar forlængelse af vores sengeafsnit, og dette var i sig selv et signal om, at forskning og udvikling er tæt knyttet til daglig praksis.

Som jeg tidligere har skrevet, var det pågående 360-graders eftersyn samt ønsket om implementeringen af BREAST-Q to vigtige parametre for forskerens introduktion til afdelingens speciale.

Det faldt naturligt, at forskeren var en del af den gruppe, der løftede 360-graders evalueringen, idet denne indebar en grundig revision af eksempelvis arbejdsgange og instrukser, og dette bidrog med indsigt i afdelingens 'DNA'.

FORVENTES FORSKEREN AT VÆRE SYNLIG I DAGLIG PRAKSIS?

Ja, men det forudsætter at der er enighed om ordet 'synlig'. Jeg har valgt at vægte stillingen som 100 % forskning, naturligvis afklaret med vores afdelingssygeplejerske og den ledende overlæge samt forskeren, men der vil i sagens natur være forskning, der kræver deltagelse i daglig praksis. Forskeren, jeg har ansat, har kompetencerne til selv at administrere dette. Endelig vil der kunne opstå force majeure situationer, hvor deltagelse i klinisk praksis kan være påkrævet. COVID-19 beredskabet viste sig som en sådan situation.

Forskeren skal vise sig synlig gennem formidling af et teoretisk og praktisk grundlag for udviklingen af vores sygepleje og klinisk praksis ved at medvirke til at tilvejebringe ny viden og implementere kompetenceudvikling, ved at initiere og drive forskning, såvel selvstændigt samt ved at inddrage det personale, der arbejder i den daglige praksis. Men også ved at gå aktivt ind og støtte udviklingsprojekter og uddannelse i afdelingen. Endelig skal forskeren være synlig gennem et stort fokus på den tværfaglige forskning og arbejdet hermed.

HVILKEN ROLLE FORVENTER LEDEREN AT HAVE I FORHOLD TIL DEN FORSKNING DER GENNEMFØRES?

For mig er forskerens rolle som en integreret funktion i afdelingen af stor betydning – vores forsker skal være en del af dagligdagen, forskeren skal være synlig. Som et eksempel kan nævnes, at vi meget hurtigt tog vores forsker med ved ansættelsessamtaler i forhold til plejegruppen. Vi får således gjort opmærksom på, at vi har en forsker, at vi som afdeling vil forskning, og alt ansat personale skal have et kendskab til dennes virksomhedsområder, men samtidig får forskeren også mulighed for at

danne sig et indtryk af den mulige kommende medarbejder og dennes erfaring med - eller lyst til - forskning og udvikling. Det giver et indblik i afdelingens ressourcer.

Lederen skal være med til at sætte rammer, der gør forskningen mulig. Det kan være rammer af økonomisk karakter, rammer for formidling af igangværende og kommende forskning, en støttende ramme såvel når forskningsprocessen er "ukompliceret", men måske især der, hvor forløbet er knapt så enkelt. Endelig har deltagelse i personalemøder høj prioritet.

At være sendebud, ikke kun internt i afdelingen men også i forhold til resten af organisationen, for de tiltag, forskningen arbejder med, anser jeg som en vigtig rolle. At kunne være med til at formidle, støtte og forklare. Ligeledes rollen som dialog- og sparringspartner, strategisk og økonomisk formidler vægter jeg højt. Det er indenfor disse felter, en stor del af mine kompetencer ligger, og jeg ser dem som et supplement til de kompetencer, som vores forsker kommer med.

En meget vigtig del i forhold til ovenstående er for mig den gensidige forventningsafstemning mellem forsker og leder, og at den forventningsafstemning foregår kontinuerligt. Vores roller, erfaringer og kompetencer ændrer sig over tid, og forventningerne kan derfor skifte karakter.

FORVENTES FORSKEREN AT VÆRE ANSVARLIG FOR INITIERING, FACILITERING OG LEDELSE AF FORSKNING OG UDVIKLING I PRAKSIS?

Forskeren forventes at have et meget stort ansvar for ovenstående, men det står ikke alene. Forskningen skal være en integreret del af afdelingen såvel monofagligt som tværfagligt, og derfor er alle ledelsesniveauer nødvendige som et støttende, initierende og vejledende organ. Som et middel hertil nedsatte vi i afdelingen en lille gruppe bestående af afdelings-sygeplejersken, kvalitets- og forløbskoordinatoren, forskeren, vores sygeplejefaglige forskningsassistent samt den ledende oversygeplejerske. I

gruppen drøftes emner som igangværende og mulig kommende forskning, kvalitetsudvikling, strømninger i plejegruppen, mulige barrierer for forskning. Det er tanken, at vi gennem vidensdeling og sparring kan styrke vores forskellige roller og sikre integration mellem roller og arbejdsområder. Gruppen er bevidst monofaglig og relaterer sig i forhold til de emner, der tages op relateret til plejepersonalet. Samarbejdet mellem forskeren og afdelingssygeplejersken er i min optik et meget vigtigt omdrejningspunkt, da afdelingssygeplejersken er et direkte bindeled til plejepersonalet, og implementering af forskningen skal være forankret mellem disse to.

Visioner, mål og strategier for MVU-området frem mod 2025 beskriver den vej, SUH ønsker at gå i forhold til at understøtte forskning, udvikling, uddannelse samt at fastholde og rekruttere medarbejdere (Sjællands Universitetshospital, 2021). Der skal derfor arbejdes målrettet, blandt andet ved at ansætte sygeplejersker med en ph.d.-grad. Denne strategi ønskede jeg som sygeplejefaglig leder at understøtte og implementere i egen afdeling, og de overvejelser, personalet gav udtryk, for samt egne overvejelser bekræftede, at den igangsatte proces var den helt rigtige.

LÆRINGSMILJØ

Læringsmiljøet i afdelingen har været kendetegnet ved en mængde gode intentioner men manglende implementering i praksis, hvilket genspejles i følgende citat fra CAPAN II-undersøgelsen, hvor der bliver givet udtryk for ønsker og mangler:

"Jeg kunne godt ønske mig et ugentligt sygeplejefagligt møde, hvor der tages et sygeplejefagligt emne op. Dette for at gøre sygeplejerskerne mere vidende og forbedre sygeplejen. Det som kunne tages op til disse møder, kunne være ny viden aktuel for afdelingens patientgrupper, faglige samtaler/diskussion om forskellige sygeplejefaglige problematikker, svære patientforløb i afd. Yngre personale lærer af mere erfarne kollegaer. Jeg oplever nogle gange at der er kommet ny viden, men

den når ikke ud til personalet og bliver derfor ikke brugt/implementeret”

(Forskningsstøtteenheden, 2019, p. 23).

Afdelingen har, i den bedste intention, nedskrevet regler for kursusdeltagelse og den forpligtigelse, der ligger i at videregive nyerhvervet viden og erfaring, men ovenstående citat afspejler den manglende kobling til praksis. Implementering af ny viden kommer ikke af sig selv og skal ikke bero på den enkelte medarbejder. Der ligger et stort ansvar på den sygeplejefaglige ledelse for at skabe rum til denne formidling og eventuelle implementering.

Afdelingen vægter kompetenceudvikling gennem erhvervelse af ny viden, eksisterende erfaringer og daglig klinisk praksis højt, dette såvel monofagligt som tværfagligt, og det er en klar præmis, at ønsket om uddannelse skal kunne relateres til afdelingens kerneopgaver, her forstået som de sygeplejefaglige handlinger, afdelingens patientgrundlag retter sig imod.

Læringskulturen blandt afdelingens plejepersonale er generelt præget af et stort ønske om at tilegne sig ny viden og kompetencer, hvilket er en stor force for afdelingen, og derfor understøttes dette ønske også i videst muligt omfang. Som eksempel herpå har vi en, som er i gang med specialuddannelsen i kræftsygepleje, og en sygeplejerske der netop har afsluttet uddannelsen som sorgrådgiver. Gældende for begge forløb har været undervisning af kolleger, og der er lagt en strategi for implementeringen af nye tiltag. Endvidere har vi to sygeplejersker, som i august 2021 er påbegyndt masterforløb i kvalitet og ledelse på SDU.

En del af det sygeplejefaglige læringsmiljø har været præget af omstruktureringerne relateret til de tidligere nævnte forpligtelser omkring det gynækologiske arbejdsfællesskab samt afdelingens forpligtelser for kvinder

med urinvejsinfektion. For at imødekomme det faglige kompetencebehov relateret til pleje og behandling af de gynækologiske patienter, blev der i afdelingen planlagt undervisning af såvel tværfaglig som monofaglig karakter, og der blev planlagt sidemandsoplæring for at opkvalificere plejepersonalets kompetencer. Patienterne som er indlagt grundet urinvejsinfektion viste sig dog at være noget mere komplekse i deres behov for sygepleje, hvilket er blevet afdækket over tid. I den sygeplejefaglige ledelse har vi været i tæt kontakt med plejepersonalet for at afdække, hvor de identificerede manglende kompetencer, og jeg er i kontakt med den ledende oversygeplejerske for det medicinske område, hvor vi planlægger kompetenceøgning gennem eksempelvis arbejdet med skills stations, der tager sit udgangspunkt i de områder, plejepersonalet har identificeret.

Inddragelse af patientperspektivet/patientoplevelser har været præget af sporadiske projekter, som dog hver især har bidraget med viden til bedre forståelse for vores kliniske praksis og i sin delvise implementering har bevirket, at patienterne i større grad er blevet inddraget i deres forløb. Konkret har vi arbejdet med sygeplejefaglig telefonisk kontakt i udvalgte patientspor før og efter et kirurgisk forløb i afdelingen.

Det oplagte forbedringspotentiale i relation til ovenstående er en vigtig del af den kliniske sygeplejespecialists arbejdsfelt. Den umiddelbare tilgang har været en indledende fælles gennemgang af CAPAN II, således at vi gennem formidling af dens resultat til plejegruppen og gennem dialog får implementeret ønsker og intentioner samt lagt en fælles strategi for et løft af vidensdeling og implementering af ny viden.

PERSPEKTIVERING

Efter de første 13 måneder med vores kliniske sygeplejespecialist i afdelingen tegner der sig helt nye perspektiver for forskning såvel tværfagligt som monofagligt, læring, kompetenceøgning og fokus på sygeplejen. Jeg

er overbevist om, at overvejelserne og beslutningen i forhold til ansættelsen af en klinisk sygeplejespecialist har været rigtige.

Afdelingen har:

- Ansat en klinisk sygeplejespecialist med en ph.d.-grad, som er påbegyndt en postdoc-ansættelse mellem afdelingen og universitetet.
- Fået en forskningsstrategi for sygeplejen, hvor den kliniske sygeplejespecialist, sammen med mig, forpligter os til en anvendelsesorienteret forsknings- og udviklingstilgang mod evidensbaseret sygepleje. Som et led i implementeringen af ovenstående har vi sat en undervisningsrække i gang, hvor forskningsstrategien formidles, udbredes og relateres til vores kontekst. Strategien skal indenfor sygeplejen medvirke til, at plejepersonalet bidrager til innovation, der kan skabe positive forandringer for patienter og pårørende.
- Påbegyndt de første forskningsprojekter.
- Lagt en struktur for sygeplejefaglig undervisning og vidensdeling.
- Styrket den tværfaglige forskningsenhed.
- Styrket allerede eksisterende udviklingsprojekter i afdelingen.
- Fået ansat en sygeplejefaglig forskningsassistent.
- Styrket vores fokus på patientinddragelse og en personcentreret tilgang.
- Indledt arbejdet med at integrere CAPAN II-resultaterne i den fællesfaglige dialog om forskning og udvikling.

Jeg har:

- Fået en sparringspartner, mentor og underviser.
- Styrket min egen bevidsthed i forhold til sygepleje og forskning.

- Fået en medarbejder der kan styrke mine ledelseskompetencer og skærpe egen indsigt.
- Fået et betydeligt mere stringent ståsted og en mere afklaret indsigt i egen rolle.

Forskning og faglig udvikling betragtes nu som ligeværdige indsatsområder for afdelingen, idet synergi mellem forskning, udvikling og praksis er blevet grundlaget for opbygningen af en forskningskultur og et læringsmiljø i afdelingen, som ikke tidligere har arbejdet med forskning i evidensbaseret sygepleje. Den fælles forståelse af evidensbaseret sygepleje er her, at viden kommer fra forskning, klinisk erfaring, patienter og pårørende samt afdelingens lokale kontekst (Sackett et al., 1996; Sackett & Rosenberg, 1995). Vi er, som Annesofie Lunde Jensen beskriver, *"(...)således nødt til at trække på et bredt spektrum af viden for at kunne yde en evidensbaseret sygepleje."* (Handberg & Jensen, 2021, p. 80). Derfor er tilgangen nu, at forsknings- og udviklingsprojekter udspringer af afdelingens praksis, og vi vil herigennem kunne udvikle og forbedre praksis på baggrund af systematiske, videnskabeligt anerkendte forskningsmetoder til undersøgelse af praksis. Vi vil i den praktiske udførelse forske sammen med brugerne (patienter/pårørende, plejepersonalet og vores læger), hvilket skal understøtte læring og udvikling individuelt, kollektivt og organisatorisk.

Endelig har vi som afdeling været heldige. Ikke kun har vi ansat en forsker, der har forstået at glide ind i afdelingen, men også det faktum at vi stod med et ønske om at implementerer BREAST-Q skulle vise sig at være et vigtigt parameter. Ikke kun faldt det i tråd med vores forskeres kerneområde, men det skulle funderes primært hos plejepersonalet og blev derfor et uundværligt redskab i forhold til introduktionen af vores forsker og dennes specialiserede forskningsfelt. Det interkollegiale kendskab begynder at spire og give mening. Andre mindre udviklingsprojekter kom hur-

tigt ind som en del af vores forskningsområde, fik nyt liv og nye perspektiver, og blev således et tæt bindeled mellem forskning og klinisk praksis/udvikling.

Vores kliniske forskningsenhed er vokset og styrket. Forskning på tværs tænkes ind i eksisterende og nye projekter, og vi har været så heldige at kunne projektansætte en forskningsassistent med sygeplejefaglig baggrund.

I en klumme skriver vores kliniske sygeplejespecialist: *"Det at blive ansat som ny klinisk sygeplejespecialist er et tæt samarbejde, som kan sammenlignes med en pardans"*. Klummen afsluttes med: *"Status for pardansen er, at vi har fundet dansetakten sammen, og at vi er i gang med opbygningen af en forsknings- og udviklingskultur"* (Thestrup Hansen, 2021).

Mit store håb er, at den kommende CAPAN-spørgeskemaundersøgelse vil afspejle, at de overvejelser, afdelingen samlet har gjort sig, og som manifesterede sig i ansættelsen af en ph.d., viste sig at være de rigtige.

Fik jeg gået Caminoen? Ja, trods det ikke var i sin fysiske form, kom jeg igennem alle aspekterne ved en pilgrimsvandring.

REFERENCER

- Forskningsstøtteenheden. (2019). CAPAN SURVEY II - En undersøgelse af viden og holdninger om udvikling, forskning og rammer for personcentreret praksis blandt—Rapport med resultater for Sjællands Universitetshospital sygeplejersker i Region Sjælland. Sjællands Universitetshospital.
- Handberg, C., & Jensen, A. L. (2021). 5. Den sundhedsprofessionelle forsker. In *Interpretive Description: En anvendelsesorienteret forskningsmetodologi*. Aarhus Universitetsforlag.
- Hølge-Hazelton, B., & Thomsen, T. G. (Eds.). (2018). *Forsknings- og udviklingskultur—Forskere i klinisk praksis*. Region Sjælland.
- Krogsgaard, M. R., Brodersen, J., Christensen, K. B., Siersma, V., Kreiner, S., Jensen, J., Hansen, C. F., & Comins, J. D. (2020). What is a PROM and why do we need it? *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 0–2. <https://doi.org/10.1111/sms.13892>
- Pusic, A., Klassen, A., & Cano, S. (2017). BREAST-Q™ Version 2.0 (Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia Patent). <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/breast-q>
- Sackett, D. L., & Rosenberg, W. M. (1995). The need for evidence-based medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88(11), 620–624.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Sjællands Universitetshospital. (2021). Vision, mål og strategier for MVU-området, frem mod 2025 (p. 15). Sjællands Universitetshospital.
- Thestrup Hansen, S. (2021). Ansæt til opbygning af forsknings- og udviklingskultur i Plastikkirurgisk og Brystkirurgisk Afdeling: Nyt fra forskningsnetværket. *Fokus På Kræft Og Sygepleje*, 41(1), 36–37.

HAR VI HER (EN DEL AF) LØSNINGEN PÅ AT SKABE FREMTIDENS BÆREDYGTIGE SUNDHEDSVÆSEN?



Forfatter: *Søren Barlebo Rasmussen, managing partner Mobilize Strategy Consulting (tidligere forsker på Copenhagen Business School i forsknings- og innovationsledelse)*

Søren Barlebo Rasmussen har været konsulent i mere end 15 år og arbejdet med strategisk udvikling og ledelse i forskningsorganisationer såsom universiteter, professionshøjskoler og hospitaler. Søren har skrevet en lang række bøger og artikler om disse emner. Tidligere har han været forsker, underviser, forskningsleder, institutleder og dekan på CBS.

Det er interessant - men ikke overraskende – at denne antologi har fået international opmærksomhed. Hele verden er ved at omstille deres sundhedsvæsen og dets måde at skabe værdi for patienterne på. Der er mange grunde til dette. I Danmark taler vi lige nu særligt om ”den dobbelt demografiske udfordring”: at der kommer flere og flere ældre (ikke mindst de 80+årige), og samtidig er arbejdsstyrken stagnerende. Fremtidens sundhedsvæsens udfordringer løses således IKKE ved at lave mere af det samme. Det er simpelthen ikke muligt at ansætte flere sundhedsprofessionelle. De findes ikke i samfundet.

Dette problem har internationalt været kendt i mange år. For eksempel har man i UK i mindst 20 år skrevet om det (Morgan, 2022). Man har i denne periode også skrevet utroligt meget om løsningen: mere innovation og udvikling af sundhedsvæsenet. Gerne forskningsbaseret udvikling og innovation, da det foretrækkes, at sundhedsvæsenets behandlinger er belagt med evidens hvis muligt. Den foretrukne internationale løsning på

dette kaldes ofte "Academic Health Science Centers" (AHSC). Samarbejdskonstruktioner, hvor universiteter med et stærkt medicinsk fakultet indgår i tætte strategiske alliancer med et eller flere hospitaler (eller hospitalsgrupper). Kendte universiteter og hospitaler som The Mayo Clinic, Johns Hopkins University og Carolinska er f.eks. AHSC'er. I Danmark er denne konstruktionstype også blevet brugt til at etablere Greater Copenhagen Health Science Partners (Region Hovedstaden, Region Sjælland, Københavns Universitet og Danmarks Tekniske Universitet) og Human First (Region Midt, Århus Universitet, VIA og kommunerne i Region Midt). Ideen er, at disse samarbejdskonstruktioner kan styrke den forskning, der laves i sundhedsvæsenet og dermed skabe et godt grundlag for innovationen af sundhedsvæsenet.

Der er nu snart 15-20 års internationale erfaringer med denne måde at lave innovation og udvikling i sundhedsvæsenet på. Erfaringer som f.eks. blev delt i Århus i juni 2024 på konferencen "The future of health care systems - supporting clinical-academic integration for health system sustainability". Her var der deltagere fra UK, Holland, Singapore, Sverige, Norge og Danmark, og man var samlet for at evaluere erfaringerne med at arbejde med AHSC'er. Der var rigtigt mange styrker ved disse konstruktioner, men der var også en del udfordringer – og det er tre af disse udfordringer, som jeg nu vil fremhæve.

For det første er AHSC-konstruktioner bedst til at lave den form for gradvis innovation, hvor man forbedrer den eksisterende måde at gøre tingene på. Hvordan kan man lave en eksisterende behandlings faglige kvalitet endnu bedre? Det er ikke lige så nemt at lave mere radikal eller disruptiv innovation, hvor man med udgangspunkt i borgerens/patientens behov (som man arbejder på at forstå endnu bedre) kan lave helt nye måder at behandle på. Sat lidt hårdt op kan man sige, at AHSC'er er bedst til at innovere med udgangspunkt i fagpersonens (og typisk en læges) forståelse af situationen – og ikke så meget i borgeren/patientens eller systemets forståelse af situationen og innovationsbehovet.

For det andet er det slet ikke så nemt at få innovationen til at ske i AHSC'er. Innovation er, når noget nyt og nyttigt nyttiggøres. Der er ingen tvivl om, at forskningen i AHSC-konstruktioner nok skal sikre, at der er en masse ny og nyttig viden. Men den samme forskning har vanskeligt ved at sikre, at forskningen kommer i spil – bliver nyttiggjort – i klinikken. Uden meget tydelig ledelse og organisatorisk arbejde, så bliver AHSC'er bedre til at lave forskning end til at lave innovation. Fokus bliver nemt på at få finansieret og realiseret nye spændende forskningsprojekter – og ikke så meget, hvordan den frembragte viden kommer i spil efterfølgende. Og innovation er ikke kun at udvikle den nye og nyttige viden. Det er også at modne denne viden, så den kan komme i spil i driften. Det er ikke nok, at den nye nyttige viden er der, den skal også kunne bruges i store driftsorganisationer, som hospitaler er. Organisationer med produktionskrav og budgetter, som skal overholdes. Organisationer som i fremtiden vil få endnu større problemer med at rekruttere nok personale.

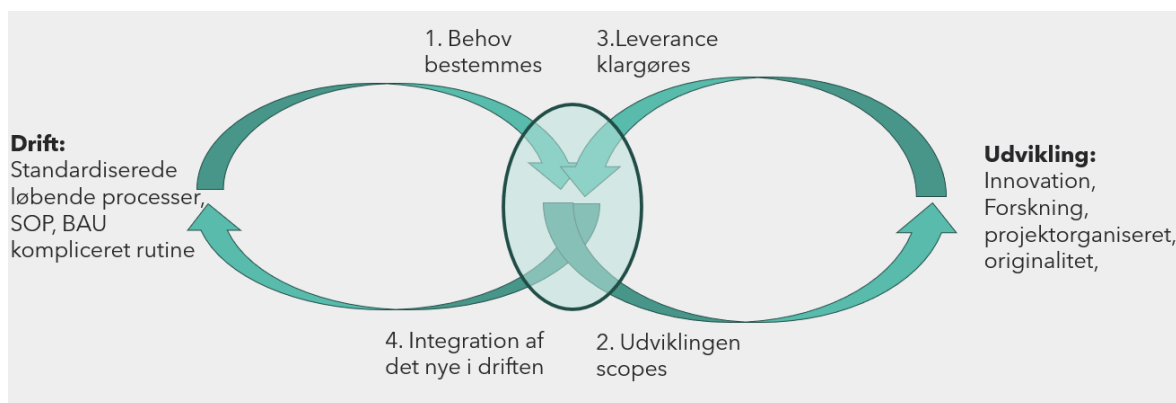
For det tredje er det et tydeligt problem, at AHSC'er opbygger forsknings- og innovationskapacitet der, hvor der allerede er forskningskapacitet i forvejen. Inden for videnskabssociologien taler man om, at forskningens markante fokus på excellence skaber en "Mathæus-effekt" – at dem, der allerede har, skal gives endnu mere. Der bygges således kapacitet tæt på universitetsmiljøerne og i de kliniske miljøer, hvor der allerede er en del forskning og ansatte, som gennem dobbeltstillinger har deres gang på universitetet. Der bygges ikke så megen forsknings- og innovationskapacitet på de almindelige driftsorienterede kliniske afdelinger. Det er netop denne mangel, som gør det vanskeligt at modne og sprede den nye og nyttige viden. Organisationens "absorptive capacity" – det vil sige dens evne til at finde ny viden, assimilere og anvende den – er ikke højnet gennem AHSC-konstruktioner. Måske er den (ubevidst) tværtimod blevet forringet, fordi personer, kompetencer og ressourcer, der kunne bruges på at bygge absorberende kapacitet, i stedet bruges på at lave endnu mere og bedre forskning.

Nu er vi fremme ved denne antologi, og hvorfor den får international opmærksomhed. For antologien viser en tydelig anden vej at gå. I stedet for at skabe store og stærke forskningsmiljøer nogle få steder, har man i stedet arbejdet gennem en del år med at skabe forsknings- og innovationskapacitet ude i flere af de almindelige kliniske miljøer. Man har trænet kliniske afdelingsledere i at skabe en forsknings- og innovationskultur, hvor man langsomt og sikkert bygger evnen til at undre sig, forske og innovere midt i den kliniske hverdag. Også med fagligheder, der har fokus på patientens behov og samlede livssituation. På denne måde har man bygget innovationskapacitet bottom up.

Centralt er det også i udviklingen på Sjællands Universitetshospital (SUH), at man har opnået vilje, mod og kompetence hos afdelingslederne til at arbejde med dette - og til at dele erfaringer mellem sig. For det er ikke simpelt eller nemt at transformere driften i en klinisk hospitalsafdeling. Transformationsledelse er både at drive driften hver dag – samtidig med at man udvikler den hen over månederne. Som Erik Jylling, lægefaglig koncerndirektør i Region Hovedstaden, siger det: Det er som at cykle og lappe dæk samtidig. Det kræver finesse og mod.

Nedenstående figur beskriver minimum fire opgaver som en transformationsledelse skal have fokus på, hvis man vil innovere driften. Man skal for det første bestemme driftens fremtidige behov for udvikling. Her er det f.eks. vigtigt at tage bestik af fremtidens samfundssituation – ikke mindst den dobbelte demografiske udvikling. For det andet skal man scope udviklingen: hvilket udviklingsprojekt har vi egentlig behov for? Hvor megen forskning skal vi bruge? Hvor dyrt kan det være? Hvem skal være med i projektet (hvilke faggrupper)? Her er det centralt at have fokus på, at projektet skal svare på bestillingen – driftens behov. Så forskernes engagement i særlige problemstillinger ikke trækker projektet i en anden retning. For det tredje skal viden ikke bare udvikles, den skal også modnes og gøres parat til en driftssituation. Her skal der være ressourcer til at træne klinikere i det nye. Det er ikke nok med ny viden. Den skal

konceptualiseres og pakkes ind, så den kan leveres ind i en travl driftshverdag. Og som det sidste og fjerde skal det nye – leverancen – integreres i driften. Det kræver en velfungerende drift, hvor man kan håndtere at blive forstyrret af det nye i en periode – før det nye er blevet til den daglige praksis. Som vi så med integrationen af Sundhedsplatformen, er dette ikke simpelt og uden problemer.



Figur 1 Transformationsmodellen: Koblingen mellem drift og udvikling - transformationsledelsens centrale fokus.

Med alle fire typer opgaver er det vigtigt, at transformationsledelsen ikke overlader dette til forskerne selv. Mange funktioner og roller skal repræsenteres og inddrages, når de fire opgaver skal laves: forskellige professioner fra driften, forskere med forskellige fagligheder, undervisere, sygeplejespecialister osv. Det er for eksempel ikke nok, at de kliniske undervisere f.eks. inddrages, når leverancen skal klargøres. De skal minimum også med, når projektet scopes, så udviklingsprojektet fra starten har for øje, at den nye viden på et tidspunkt skal lede til nye kompetencer gennem en eller anden form for undervisning.

Transformationsledelse er således ikke let. Det er en yderst krævende lederopgave, der kræver megen læring undervejs. Man skal forstå forskningen, men man skal også forstå, hvordan forskningen bliver til innovation ved at bygge kapacitet i det kliniske driftsmiljø. Antologien fra SUH viser, hvordan man kan bygge et læringsfællesskab, hvor ledere hjælper hinanden med at komme i gang med transformationsopgaven, som fremtidens sundhedsvæsen har så stærkt brug for. Antologien fra SUH viser også,

hvordan AHSC-konstruktionerne kan videreudvikles i fremtiden, så al den gode og nyttige forskning i endnu større grad nyttiggøres. Derfor er det så vigtig en antologi. Godt, at den får international opmærksomhed.

REFERENCER

Morgan, B. (2022). *NHS Staffing Shortages: Why Do Politicians Struggle To Give The NHS The Staff It Needs?* (p. 33). The King's Fund and Engage Britain. <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/nhs-staffing-shortages>

STYRKELSE AF EN SYGEPLEJEFAGLIG FORSKNINGSKULTUR VED HJÆLP AF JOURNAL CLUBS FOR LEDERE: ET PILOTSTUDIE

Mette Kjerholt, forskningsleder og Bibi Hølge-Hazelton, professor og forskningsleder

Dette bilag er en forkortet, let omarbejdet og oversat version af en videnskabelig artikel publiceret i Journal of Nursing Management i 2017.

INTRODUKTION

Udviklingen af klinisk forskningskapacitet betragtes som en vigtig faktor i arbejdet med en evidensbaseret praksis inden for sygeplejen, og tiltrækning af højt kvalificeret personale er et af succeskriterierne (Severinsson, 2014). Internationalt er begrebet 'Magnet-hospitaler' et eksempel på, hvordan formel anerkendelse af sygeplejefaglig ekspertise, forskning og innovation spiller en vigtig rolle (Stimpfel et al., 2014). I Danmark er det dog kun i de seneste årtier, at sygeplejeforskning og integration af akademisk uddannede sygeplejersker i kliniske stillinger er igangsat (Hølge-Hazelton et al., 2015). Dette finder ikke altid sted uden udfordringer, og er i litteraturen blandt andet beskrevet som at nogle sygeplejerskers gruppe-mentalitet kan undertrykke kollegaers lyst til forskning og udvikling (Berthelsen, 2015), eller at sygeplejefaglige ledere ikke har de tilstrækkelige kompetencer til at lede eller opbygge en sygeplejefaglig forskningskultur (Hølge-Hazelton et al., 2015).

Denne artikel beskriver en intervention, som havde til formål at udvikle sygeplejefaglige lederes kompetencer til at udvikle og supportere forskning i klinisk praksis. Interventionen fandt sted i Region Sjælland, hvor udviklingen af forskning i sygeplejegruppen og andet sundhedspersonale med en mellemlang videregående uddannelse (MVU) var i et tidligt stadium. Region Sjælland har fire hospitaler fordelt på syv matrikler/byer.

Som i de fleste lande (Corchon et al., 2011; Segrott et al., 2006; Wilkes et al., 2013) er sundhedssystemet i Region Sjælland drevet af en generel opfordring til opbygning af forskningskapacitet, herunder sygeplejeforskning (Thomsen & Hølge-Hazelton, 2014). Både regional-politisk og fra den administrerende hospitalsledelse er der et klart signal om, at forskningskulturen inden for sygeplejen¹ skal opbygges og styrkes (Region Sjælland, 2015).

I front af denne udvikling arbejder en gruppe oversygeplejersker fra et af regionens hospitaler, som på deres månedlige møder diskuterer og deler deres erfaringer vedrørende udviklingen af den sygeplejefaglige forskningskultur².

Interventionen blev igangsat på et af disse møder, hvor lederne debatterede deres egen formelle såvel som uformelle kvalifikationer i forhold til at understøtte sygeplejeforskning. Ingen af lederne havde formel forskningserfaring, men var derimod primært lederuddannet på master-niveau. Debatten førte til identifikation af et behov for vejledning og kvalificering i relation til at lede og supportere forskningskultur i klinisk praksis. Det førte også til en enighed om, at denne vejledning skulle være eksklusivt for oversygeplejersker og foregå i et fortroligt læringsforum. Lederne foreslog dernæst, at en Journal Club for ledere (JCL) kunne være første skridt i den rigtige retning.

En forskningsleder med sygeplejefaglig baggrund (Bibi Hølge-Hazelton) blev bedt om at initiere processen og hjælpe med at udpege en kompetent JCL-facilitator (Mette Kjerholt).

Da det var lederne selv, der tog initiativet til interventionen, blev aktionslæring, med en partecipatorisk tilgang, valgt som pædagogisk metode (McCormack et al., 2008; Wilson et al., 2008).

¹ Og de øvrige mellemlange videregående uddannelseområder.

² Se endvidere kapitel 2 i denne bog om ERFA-grupper for ledende oversygeplejersker

Målet med interventionen var, inden for rammerne af en journal club, at supportere de ledere, som havde ingen eller kun begrænset erfaring med forskning, og at styrke dem til at føle sig mere kompetente i arbejdet med kapacitetsopbygning, forskning og understøttelse af sygeplejefaglig forskningskultur. Fordi der ikke blev fundet nogle studier, der kobler journal clubs for sygeplejeledere med aktionslæring, blev det besluttet, at interventionen skulle betragtes som et pilotstudie og derved indbefatte evaluering og dokumentation.

NØGLEBEGREBER

JOURNAL CLUB

Journal clubs er i denne artikel defineret som 'et forum, hvor sygeplejefagligt personale kan opdatere deres viden, fremme kritisk tænkning og forskning, lære at vurdere validiteten og anvendeligheden af litteratur, forbedre deres kompetencer i kritisk vurdering, øge brugen af litteratur i klinisk praksis og påvirke til ændringer i klinisk praksis' (Honey & Baker, 2011). Journal clubs for sygeplejersker har vist at kunne være en effektiv undervisnings- og læringsstrategi (Lachance, 2014). Desuden har Duffy et al. (2011) fundet ud af, at journal clubs for sygeplejefaglige ledere kan være med til at fremme synligheden af forskning inden for sygeplejefaglig ledelse, understøtte ledelsesudvikling og forbedre kompetencerne for vurdering af forskningsresultater.

KOMPETENCE

Ifølge Roach (1987) kan sygeplejefaglig kompetence defineres som det at have den viden, dømmekraft, færdigheder, energi, erfaring og motivation, som er påkrævet for at kunne reagere tilfredsstillende på kravene, som er inkluderet i ens faglige ansvar. Denne definition inkluderer både personlige og faglige færdigheder, hvilket netop er i overensstemmelse med målene for JCL.

OPBYGNING AF FORSKNINGSKAPACITET

Dette begreb betragtes som 'forbedring af et individ eller en professionel gruppe, inden for en bestemt disciplin, og deres evne til at udføre forskning på højt niveau og muliggøre tilhørende aktiviteter' (Lode et al., 2015). Opbygning af forskningskapacitet er et vigtigt element i styrkelse af en kontekstfølsom sygeplejefaglig forskningskultur.

SYGEPLEJEFAGLIG FORSKNINGSKULTUR

På trods af, at det ofte understreges, at udviklingen af en forskningskultur er vigtig for at styrke den evidensbaserede viden i sygepleje i klinisk praksis (Back-Pettersson et al., 2008; Segrott et al., 2006), er begrebet *sygeplejefaglig forskningskultur i klinisk praksis* ikke beskrevet grundigt i litteraturen. Vores tilgang bygger på Berthelsen og Hølge-Hazelton's (2017) analyse af begrebet 'sygeplejefaglig forskningskultur'. De fastslår, at en sygeplejefaglig forskningskultur må karakteriseres som en tilgang, der fremmer og tilskynder til undersøgelse og kritisk tænkning. Kritiske spørgsmål fra patienter, studerende og fra både nyuddannet og erfarent personale skal hilses velkomne og ses som et middel til udvikling. Sygeplejersker bør ikke føle sig truet af forskning i sygepleje eller af personale, der er veluddannet inden for forskning (Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2017).

AKTIONSLÆRING

Aktionslæring er velkendt inden for klinisk sygepleje, hvor det bruges som en tilgang i udviklingen af praksis (Olsen & Hølge-Hazelton, 2016) og kompetencer (Young et al., 2010). Aktionslæring er en samlet betegnelse for praktiske tilgange og metoder til at skabe læring i klinisk praksis, og hvor læringen er baseret på den professionelles praksis. Aktionslæring er karakteriseret ved læring i frivilligt fællesskab og ved refleksioner i relation til deltagernes arbejde, såsom deres handlinger og deres praksis (Wilson et al., 2008). Gennem de sidste 50 år har både internationale grupper og enkeltpersoner rapporteret om gode erfaringer med deres anvendelse af

aktionslærings-programmer til at løse problemer og udvikle ledere (Leonard & Marquardt, 2010). Facilitatorens rolle i aktionslæringsprocessen er at skabe et trygt forum, hvor det ikke kun er sikkert at reflektere over praksis, men også et forum, hvor refleksionerne rent faktisk opstår (Wilson et al., 2008). Facilitatoren forventes også at sikre en anerkendende tilgang, hvor gensidig respekt og respekt for andres perspektiver er essentiel (Wilson et al., 2008).

FORMÅL

Det overordnede formål for dette pilotstudie var at beskrive, hvorvidt deltagelse i en aktionslæringsinspireret JCL kunne føre til forbedrede kompetencer hos en gruppe ledere med henblik på at understøtte og udvikle en forskningskultur i klinisk sygeplejepsiksis. Forskningssspørgsmålene er: 1) Hvordan oplevede oversygeplejerskerne det at deltage i JCL? 2) Resulterede deltagelsen i JCL i, at oversygeplejerskerne følte sig mere kompetente i at understøtte en sygeplejefaglig forskningskultur i deres afdelinger?

INTERVENTIONEN

Vi havde begge erfaring med aktionslæring og valgte, i tråd med aktionslæringsprincipperne, at facilitatoren (Mette Kjerholt) skulle basere sin rolle på inklusion og involvering af deltagerne i læringsprocessen, og at hun skulle sikre en tryk og tillidsfuld atmosfære på møderne, så deltagerne kunne føle sig godt tilpas med at "udstille" deres egen uvidenhed og sårbarhed, både for sig selv og for andre deltagere (Wilson et al., 2008). Derudover skulle facilitator sikre, at deltagerne følte, at JCL var tilpasset deres ønsker og behov, så processen og deres deltagelse var meningsfuld for dem.

Formen og indholdet af møderne var en kombination af analyse og fælles diskussioner af udvalgte tekster (videnskabelige tekster, professionelle

artikler og bogkapitler) og undervisning i en række temaer, som deltagerne selv udvalgte på baggrund af teksterne, og som de ønskede at høre mere om, såsom forskningsmetoder og implementeringsbarrierer.

MØDERNE

Der blev afholdt i alt fire møder i gruppen. Da deltagerne egne refleksioner er en vigtig del af aktionslæring, blev de bedt om at skrive deres refleksioner før, under og efter hvert JCL-møde og indsende dem som e-mail eller logbog. Deltagerne blev også, før det første møde, bedt om at beskrive deres egne personlige mål og mål for deltagelse. Disse beskrivelser dannede grundlaget for en fælles diskussion på første møde.

Alle deltagere havde en klar forventning om, at indholdet og formen af møderne ville afspejle deres individuelle læringsbehov og give dem muligheden for at 'sparre' med ligesindede. Dette kunne betyde, at alle de på forhånd opstillede formelle mål, som var udarbejdet af Den Regionale Uddannelsesafdeling og af facilitatoren, måske ville ikke blive nået.

Ved det fjerde og afsluttende møde blev der evalueret på fordelene ved deltagelse, og hvorvidt deltagerne havde forøget deres viden om og kompetencer til at lede forskere og forskning i klinisk praksis.

RESULTATER

HVORDAN OPLEVEDE LEDERNE DELTAGELSEN I JCL?

Generelt viste deltagerens evalueringer fra hvert møde og den endelige evaluering, at erfaringerne var meget positive, både i forhold til indhold og format.

Allerede på det første møde påpegede deltagerne, at de ikke ønskede, at møderne skulle fokusere på metodologiske aspekter i diskussionerne af artiklerne, men om relevansen og overførbarheden af indholdet til den kliniske ledelsespraksis. Deltagerne udtrykte det sådan:

"Jeg skal få noget ud af teksterne"

"Hvad står der til mig som leder, når jeg læser denne tekst? "

Det var deltagernes opfattelse, at de valgte tekster var relevante og til tider næsten direkte overførbare til deres egen praksis:

"De artikler, vi har haft, er virkelig gode i forhold til forskning, forskningsledelse og forskere"

"Nogle af teksterne er næsten opskrifter på, hvordan man etablerer en forskningskultur i ens egen afdeling, og jeg fik virkelig noget ud af det "

Arbejdet åbnede for diskussioner om andre ledelsesrelaterede udfordringer, som ikke blev direkte behandlet i teksterne:

"JCL har været en katalysator til refleksioner og diskussioner om alle mulige aspekter af ledelse"

"De faglige aspekter, som vi har drøftet på møderne er deres vægt værd i guld"

Trods enighed fra starten om betydningen af nedfældede refleksioner om JCL, skrev ingen af deltagerne logbøger. Deltagerne sagde, at umiddelbare ledelsesudfordringer og -opgaver havde optaget deres bevidsthed mere mellem møderne end refleksioner om JCL.

"Når jeg går ud af døren, er jeg færdig med JCL og tænker allerede på den næste ting, jeg er nødt til at løse ... så det kan ske, at tanker (om JCL) dukker op undervejs, men jeg skubber dem i baggrunden indtil vores næste møde"

Hvad angår det formelle formål med JCL versus deltagernes individuelle mål for deltagelse, gav deltagerne udtryk for det, at de havde opfyldt deres egne mål:

"Jeg tror, at den individuelle tilgang betyder meget mere for mig, end at jeg opfylder det formelle mål for JCL "

Deltagerne understregede også betydningen af at være i en gruppe, hvor de følte sig trygge nok til at turde vise deres egen sårbarhed og manglende kompetence:

"For mig betyder det også meget at være i en lille gruppe med ligesindede, hvor jeg ikke behøver at fastholde en facade, fordi jeg er leder - hvis det ikke havde været sådan, ville jeg ikke have valgt at deltage".

RESULTEREDE DELTAGELSE I JCL, I AT OVERSYGEPLEJERSKERNE FØLTE SIG MERE KOMPETENTE I AT UNDERSTØTTE OG UDVIKLE EN SYGEPLEJEFAGLIG FORSKNINGSKULTUR I DERES AFDELINGER?

Deltagerne understregede, at den aktionslæringsbaserede tilgang var et godt valg i forhold til JCL's formål og mål, og som ledere var de vant til at reflektere over deres praksis og tage beslutninger og tage ansvar. De sagde, takket være de dialogiske processer, at de havde opdaget flere blinde vinkler i deres egen praksis og dermed havde opnået både individuel og kollektiv læring i gruppen og åbnet muligheden for organisatorisk læring:

"De spørgsmål, facilitatoren stillede, var spot on, og det var altid muligt at knytte litteraturen til hverdagens praksis "

"Det, der er så godt ved denne JCL og denne gruppe er, at reflektere sammen om et tema - jeg mener, pladsen til refleksion i JCL, det er som en slags fristed, og det har vi ledere brug for"

Deltagerne udtrykte, at JCL havde gjort dem mere opmærksomme på deres kompetencer og ansvar for at udvikle og støtte en sygeplejefaglig forsknings- og udviklingskultur i deres afdelinger:

"Jeg tror, at jeg er blevet mere opmærksom på rigtig mange ting i relation til sygepleje og forskning".

Flere af deltagerne gav udtryk for, at de havde haft svært ved at argumentere for betydningen af forskning i sygepleje, men at artiklerne og dialogerne med andre deltagere havde hjulpet til dette:

"Jeg kan gå herfra med noget i relation til at indgå i dialogen med lægerne om for eksempel de ressourcer sygeplejen skal give til lægernes forskning på bekostning af vores egen forskning - jeg tror bestemt, at vores evne til at forholde os kritisk til dette er forbedret".

På trods af deltagernes enighed om, at JCL havde gjort dem mere opmærksomme på, hvordan de kunne støtte en sygeplejeforskningskultur i deres afdelinger, udtrykte alle også, at de gerne ville fortsætte med JCL:

"Jeg tror, at denne journal club kun er begyndelsen, og jeg vil meget gerne have, at den fortsætter, så vi kan blive endnu skarpere på at lede forskning og forskere"

I forhold til evaluering af facilitatorens rolle og færdigheder udtrykte deltagerne:

"Jeg synes, at lederen af en journal club skal være en facilitator, netop fordi den skal være handlingsbaseret - der skal være interaktion, noget aktivitet, og hvis det blev ledet på en anden måde, for eksempel som formel forelæsning, ville det føre i en anden retning"

"Ja, facilitatorrollen er en god idé – jeg har hørt, at i andre journal clubs er der en lærer, som står og siger, hvad du skal gøre og ikke gøre, og som leder er det ikke noget jeg har brug for".

DISKUSSION

Resultaterne viser, at JCL ud over at være et læringsnetværk også fungerede som et lederforum, supervisionsforum og sparringsnetværk for deltagerne, hvad angår de udfordringer, lederne står overfor i ledelsen af forskning og udvikling i deres respektive afdelinger. Aktionslæring blev anset for at være en velfungerende pædagogisk metode i at understøtte dette.

Deltagerne angav, at et af de mest fordelagtige resultater af deltagelse i JCL var, at det gav mulighed for med ligesindede at diskutere deres aktuelle praksis og problemer/udfordringer. Det kan fortolkes sådan, at det ikke er nok, at ledere bare læser og diskuterer udvalgte tekster, men at de har brug for input fra andre ledere og en facilitator til at drage fordel af andre(s) perspektiver på et specifikt spørgsmål eller problemområde og dermed afdække blinde vinkler og ukendte områder (Bondas, 2010). Resultaterne kunne også indikere, at de vigtigste aspekter for lederne, med hensyn til at øge deres viden og bevidsthed om styring og understøttelse af forskning i klinisk praksis, er muligheden for at deltage i et fortroligt og anerkendende læringsmiljø med ligesindede, hvor de bliver udfordret og får bearbejdet deres forudindtagede meninger. Denne tilgang understøttes af andre undersøgelser (Wilson et al., 2008).

Med hensyn til facilitatorrollen angav deltagerne, at den supporterede den ønskede proces i modsætning til en traditionel og autoritativ lærerrolle, hvor læreren underviser deltagerne i forhold til forud definerede temaer. Deltagerne angav, at de havde brug for en dialogpartner, der havde ekspertise i både ledelse og forskning foruden kompetencerne som facilitator.

Deltagerne reflekterede generelt ikke mellem møderne om de diskussioner, der opstod på JCL, selvom de sagde, at diskussionerne var både relevante og væsentlige. De oplyste, at de løste en opgave ad gangen og reflekterede i forbindelse med møderne, enten lige før eller under mødet.

Årsagen til dette er formodentlig det faktum, at de dagligt skal udføre adskillige meget forskelligartede opgaver, og forsknings og udvikling ikke er øverst på prioriteringslisten (Kanste et al., 2007). I et læringsperspektiv (Faebø Larsen et al., 2015; Holton et al., 2000; Merriam & Leahy, 2005), er det problematisk, at der i arbejdspladsens læringskultur ikke inkluderes plads til refleksion. Det kan derfor være nødvendigt at adressere og tage hensyn til ledernes arbejdsomængder og praksis i planlægning og implementering af journal clubs for ledere (Lachance, 2014).

Denne JCL havde et andet formål end en traditionel journal club. Deltagerne havde valgt at opbygge denne JCL som en ramme, indenfor hvilken de kunne udvikle deres kompetencer i at understøtte sygeplejefaglig forskningskultur. Pilotprojektet viste, at deltagelse antog en form, der er kendt fra klinisk supervision, og som er kendetegnet ved at være 'et sted for komplekse følelser og tanker' (Bondas, 2010). Både i klinisk supervision og i aktionslæring er facilitatorens kompetencer den afgørende faktor for et vellykkede resultat for deltagerne.

KONKLUSION OG PERSPEKTIVER TIL PRAKSIS

En aktions-læringsinspireret JCL kan være nyttig og meningsfuld for oversygeplejersker. I dette tilfælde gjorde deltagelse i JCL lederne mere selv-sikre i deres kompetencer i at understøtte en sygeplejefaglig forsknings- og udviklingskultur i deres afdelinger. Især den anerkendende interaktion, dialoger mellem deltagerne og facilitatorens kompetencer blev fremhævet som nøglefaktorer i relation til udvikling af deltagernes lederkompetencer. Denne pilotundersøgelse har vist vigtige aspekter, som med fordel kan inkluderes, når en organisation ønsker at etablere og implementere en JCL. Desuden forbandt dette studie JCL med aktionslæring, hvilket viste sig at resultere i synergier og positive resultater i relation til udviklingen af oversygeplejerskernes personlige og faglige kompetencer.

Fem år senere: Efterskrift

Dette bilag er skrevet på baggrund af en journal club vi holdt for ledende sygeplejersker i 2016 og beskrev i en videnskabelig artikel i 2017. Ved gennemgangen nu i 2022 og den samtidige læsning af bogens kapitler, er det stærkt at se, at flere af forfatterne refererer til deltagelsen i denne journal club, og i ERFA-grupperne, som noget der har haft afgørende betydning for ledernes udvikling i retning af at tage ansvar for forskning og udvikling.

REFERENCER

- Back-Pettersson, S., Hermansson, E., Sernert, N., & Bjorkelund, C. (2008). Research priorities in nursing—A Delphi study among Swedish nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 221–231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02083.x>
- Berthelsen, C. B. (2015). When it comes to nurses utilization of research: Never underestimate the power of the dark side of nursing culture. *Journal of Nursing & Care*, 4(1), 232. <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000232>
- 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>
- Bondas, T. (2010). Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: A paradoxical practice. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 477–486. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01085.x>
- Corchon, S., Portillo, M. C., Watson, R., & Saracíbar, M. (2011). Nursing research capacity building in a Spanish hospital: An intervention study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2479–2489.
- Duffy, J. R., Thompson, D., Hobbs, T., Niemeyer-Hackett, N. L., & Elpers, S. (2011). Evidence-based nursing leadership: Evaluation of a Joint Academic-Service Journal Club. *The Journal of Nursing Administration*, 41(10), 422–427. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31822edda6>

- 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. <https://doi.org/10.1177/0107408314560322>
- 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. *Journal of Nursing Management*, 24(4), 465–474. <https://doi.org/10.1111/jonm.12345>
- Holton, E., Bates, R. A., & Ruona, W. E. (2000). Development of a generalized learning transfer system inventory. *Human Resource Development Quarterly*, 11(4), 333–360.
- Honey, C. P., & Baker, J. A. (2011). Exploring the impact of journal clubs: A systematic review. *Nurse Education Today*, 31(8), 825–831. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.12.020>
- Kanste, O., Kyngäs, H., & Nikkilä, J. (2007). The relationship between multidimensional leadership and burnout among nursing staff. *Journal of Nursing Management*, 15(7), 731–739. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00741.x>
- Lachance, C. (2014). Nursing journal clubs: A literature review on the effective teaching strategy for continuing education and evidence-based practice. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(12), 559–565. <https://doi.org/10.3928/00220124-20141120-01>
- Leonard, H. S., & Marquardt, M. J. (2010). The evidence for the effectiveness of action learning. *Action Learning: Research and Practice*, 7(2), 121–136. <https://doi.org/10.1080/14767333.2010.488323>
- Lode, K., Sørensen, E. E., Salmela, S., Holm, A. L., & Severinsson, E. (2015). Clinical Nurses' Research Capacity Building in Practice—A Systematic Review. *Open Journal of Nursing*, 5, 664–667. <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.57070>
- McCormack, B., Henderson, E., Boomer, C., Collin, I., & Robinson, D. (2008). Participating in a Collaborative Action Learning Set (CAL): Beginning the journey. *Action Learning: Research and Practice*, 5(1), 5–19. <https://doi.org/10.1080/14767330701880184>
- Merriam, S. B., & Leahy, B. (2005). Learning transfer: A review of the research in adult education and training. *PAACE Journal of Lifelong Learning*, 14(1), 1–24.

- Olsen, P. R., & Hølge-Hazelton, B. (2016). Under the same umbrella: A model for knowledge and practice development. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(2), 95–102. <https://doi.org/10.1177/2057158515626344>
- Region Sjælland. (2015). *Policy of Health Research in Region Zealand 2015—2018 [in Danish]* (p. 23). <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/forskning/organisationogpolitik/Documents/Politik%20for%20sundhedsforskning%20i%20RS%202015-2018.pdf>
- Roach, S. (1987). *The Human Act of Caring—A Blueprint for the Health Professions*. The Canadian Hospital Association.
- Segrott, J., Mclvor, M., & Green, B. (2006). Challenges and strategies in developing nursing research capacity: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 43(5), 637–651. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.07.011>
- 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>
- Stimpfel, A. W., Rosen, J. E., & McHugh, M. D. (2014). Understanding the Role of the Professional Practice Environment on Quality of Care in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 44(1), 10–16. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000015>
- 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.
- Wilkes, L., Cummings, J., & McKay, N. (2013). Developing a Culture to Facilitate Research Capacity Building for Clinical Nurse Consultants in Generalist Paediatric Practice. *Nursing Research and Practice*, 2013(2013), 8. <https://doi.org/10.1155/2013/709025>
- Wilson, V., McCormack, B., & Ives, G. (2008). Developing healthcare practice through action learning: Individual and group journeys. *Action Learning: Research and Practice*, 5(1), 21–38. <https://doi.org/10.1080/14767330701880226>
- Young, S., Nixon, E., Hinge, D., McFadyen, J., Wright, V., Lambert, P., Pilkington, C., & Newsome, C. (2010). Action learning: A tool for the development of strategic skills for Nurse Consultants?

Journal of Nursing Management, 18(1), 105–110. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01059.x>

FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSKULTUR

– Når ledere har vilje og mod

er en bog, hvor ledere på Sjællands Universitetshospital – fra mellemlidelse til direktionsniveau – fortæller om, hvordan de har arbejdet med at etablere og udbygge en forsknings- og udviklingskultur.

”Forfatterne af denne bog viser os, hvordan vi kan komme ud over sterile og uproduktive processer ved at anvende en helhedsorienteret tilgang til integration af sygeplejeforskning i et sundhedssystem.”

Brendan McCormack, professor i sygepleje.

”Jeg tager hatten af for SUH's ledelsesteam. For det arbejde, de allerede har udført, det arbejde, de fortsætter med, og delingen af deres fortællinger i denne bog”

Shaun Cardiff, seniorforsker

Sjællands Universitetshospital har over en årrække bevidst arbejdet med at udvikle en evidensbaseret praksis. Dette har blandt andet resulteret i ansættelse af flere forskere med MVU-baggrund samt i opbygningen og udviklingen af lokale sygeplejefaglige forskningsmiljøer. Denne udvikling stiller nye krav og tilfører yderligere kompleksitet til ledelsesrollen.

I denne 2. udgave af bogen beskriver ni ledere på Sjællands Universitetshospital deres konkrete erfaringer og refleksioner i forhold til denne ledelsesopgave.

Bogen er den 4. i en serie om arbejdet med forsknings- og udviklingskultur i Region Sjælland, og den skriver sig ind i en aktuel diskussion om, hvordan man opbygger kapacitet, udvikler en professionskultur og får forskning og udvikling til at fylde i en travl hverdag.

ISBN: 978-87-93639-28-7