



# FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSKULTUR

## I KLINISK PRAKSIS

Redigeret af  
Bibi Hølge-Hazelton

REGION  
SJÆLLAND   
*-vi er til for dig*



**Forsknings- og udviklingskultur  
i klinisk praksis**

Bibi Hølge-Hazelton (red.)  
*Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis*

1. udgave 2014

Region Sjælland  
Forskningsenheden  
Ny Østergade 12, 2.sal.  
4000 Roskilde  
[www.regionsjaelland.dk/forskning](http://www.regionsjaelland.dk/forskning)

ISBN: 978-87-92026-65-1

Copyright: Forfatterne

Illustration:

Billedkunstner Agnethe Blum, København: [www.agnetebloom.dk](http://www.agnetebloom.dk)

Grafisk produktion:

**WERK**s Grafiske HUS a|s,

Bjødstrupvej 2-4

8270 Højbjerg

Telefon 8627 5499

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 i klinisk praksis**

*Bibi Hølge-Hazelton (red.)*

Region Sjælland



# INDHOLD

	<b>Forfatterliste</b> .....	7
	<b>Forord og læsevejledning til bogen</b> .....	11
	<i>Bibi Hølge-Hazelton</i>	
<b>1.</b>	<b>Forskydnings- og udviklingskultur i klinisk praksis</b> – Etablering, opbygning og udvikling .....	17
	<i>Bibi Hølge-Hazelton</i>	
<b>2.</b>	<b>Opbygning af en udviklings- og forskningskultur i sygeplejen</b> – Strategiske overvejelser .....	27
	<i>Susanne Lønborg Friis</i>	
<b>3.</b>	<b>Evidens i klinisk praksis er multifacetteret</b> .....	35
	<i>Thora Grothe Thomsen</i>	
<b>4.</b>	<b>Implementeringsbarrierer i klinisk praksis</b> – Hvordan kan de forstås og håndteres? .....	49
	<i>Mette Kjerholt &amp; Ole Toftdahl Sørensen</i>	
<b>5.</b>	<b>Forhold af betydning for afsætning af udviklings- og forskningskompetencer i sundhedsvæsenet?</b> .....	65
	– Uddannelse og tid <i>Sanne Bjergskov Andersen &amp; Kristian Larsen</i>	

<b>6.</b>	<b>“Der har været mange andre opgaver, der har haft højere prioritet” – Erfaringer fra udvikling af et kursus i etablering af journal clubs . . . . .</b>	<b>87</b>
	<i>Rikke Faebo Larsen &amp; Bibi Hølge-Hazelton</i>	
<b>7.</b>	<b>Det skal også dokumenteres – Udvikling af et artikelskrivningskursus . . . . .</b>	<b>100</b>
	<i>Thora Grothe Thomsen &amp; Bibi Hølge-Hazelton</i>	
<b>8.</b>	<b>Potentialer og barrierer for videreuddannelse på master- og kandidatniveau hos sygeplejersker . . . . .</b>	<b>112</b>
	<b>– En spørgeskemaundersøgelse <i>Heidi Bergenholtz &amp; Bibi Hølge-Hazelton</i></b>	
<b>9.</b>	<b>Udviklingssygeplejersken i spændingsfeltet mellem kvalitet og udvikling . . . . .</b>	<b>127</b>
	<i>Mariane Bové &amp; Bibi Hølge Hazelton</i>	
<b>10.</b>	<b>Udfordringer ved etableringer af en udviklings- og forskningskultur blandt ortopædkirurgiske sygeplejersker . . .</b>	<b>135</b>
	<i>Charlotte Dyhrberg, Trine Hjetting &amp; Connie Böttcher Berthelsen</i>	
<b>11.</b>	<b>Opbygning af infrastruktur for udvikling i en kirurgisk afdeling . . . . .</b>	<b>146</b>
	<i>Thora Grothe Thomsen &amp; Birgitte Østergaard</i>	
<b>12.</b>	<b>Vejen skal ledes – når forskningskultur i sygeplejen skal udvikles . . . . .</b>	<b>160</b>
	<i>Karin Johansen</i>	



# Forfatterliste

---

*Sanne Bjergskov Andersen:*

Sygeplejerske, cand.cur. ph.d. studerende, Forskningskonsulent for de mellemlange videregående uddannede i Region Sjælland. Har været beskæftiget med forskningsadministration siden 2008, og næstformand (2005-08) i Forskningsråd ved Sygehus Syd, Region Sjælland.

---

*Heidi Bergenholtz:*

Sygeplejerske, cand.scient.san., ph.d. studerende på Roskilde-Køge og Holbæk Sygehus. Har særlig interesse i den basale palliative indsats på sygehuset og den palliative sygepleje af både patienter med og uden kræft.

---

*Connie Bøttcher Berthelsen:*

Sygeplejerske, cand. cur., ph.d. Klinisk sygeplejespecialist og post.doc. ved Ortopædkirurgisk Afdeling, Køge Sygehus samt adjunkt ved Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Aktiv indenfor praktiske, uddannelsesmæssige, udviklingsmæssige og forskningsmæssige del af den nationale og internationale sygeplejefaglige ortopædkirurgi siden 2007.

---

*Charlotte Dyhrberg:*

Sygeplejerske, Master i sundhedspædagogik. Klinisk udviklingssygeplejerske på Ortopædkirurgisk Afdeling, Køge Sygehus siden 2008. Medlem af VIDOKS (videnscenter for ortopædkirurgisk sygepleje).

---

*Mariane Bové:*

Sygeplejerske, cand. cur. Klinisk udviklingssygeplejerske ved Pædiatrisk Afdeling, Roskilde Sygehus. Har blandt andet arbejdet med udviklingstiltag i klinisk praksis i relation til den pædiatriske patient, sygeplejefaglig kompetenceudvikling samt dokumentationspraksis.

---

*Susanne Lønborg Friis:*

Sygeplejerske, MPM og har været ansat som vicedirektør på Roskilde og Køge sygehuse siden 2008. Har arbejdet indenfor ledelsesfeltet i mange år og har særligt beskæftiget sig med kvalitetsudvikling, uddannelsesområdet samt forskning og udvikling indenfor sygeplejen.

---

*Trine Hjetting:*

Ledende Oversygeplejerske, MPA (Master of Public Administration), Ortopædkirurgisk afdeling Roskilde Køge sygehus. Brænder for faglig ledelse og inklusion af forskning i praksis. Medlem af Det Videnskabelige Råd for Videnscenter for Ortopædkirurgisk sygepleje samt sidder i bestyrelsen for Fagligt Selskab for Ledende Sygeplejersker. Sidder med i Sundhedsstyrelsens specialgruppe for revidering af specialeplanlægningen for ortopædkirurgi.

---

*Bibi Hølge-Hazelton:*

Sygeplejerske, cand.cur., ph.d. Forskningsleder for de mellemlange videregående uddannede i Region Sjælland og forskningslektor ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet. Har forsket i patient- og professionsperspektiver i 15 år, med særlig interesse for ungdomsforskning, kvalitative metoder og forskningsledelse.

---

*Karin Johansen:*

Sygeplejerske, MPM (Master of Public Management), NLP master practitioner (Neuro-Linguistic Programming). Ledende oversygeplejersker i 15 år, de sidste 5 år på Kardiologisk Afdeling i Roskilde. Medlem af udviklings- og forskningsrådet, kvalitetsrådet og etisk komité på Roskilde og Køge sygehuse.

---

*Mette Kjerholt:*

Sygeplejerske, cand.cur., MLP, ph.d. Sygeplejespecialist Post.doc på Hæmatologisk afdeling, Roskilde sygehus. Har forsket i sundhedspersonalets kommunikation om, med og til kronisk syge patienter siden 1990'erne og har tillige fokus på implementeringsbarrierer ift at omsætte viden i og til praksis – ”hvorfør gør personalet ikke det de siger, de gør eller vil gøre”.

---

*Kristian Larsen:*

Sygeplejerske, Cand. Phil, ph.d. Professor MSO AAU, Professor 2 Højskolen i Oslo og Akershus. Viceinstituttleder Institut for Læring og Filosofi AAU, København, forskningsleder for forskningsgruppen læring og uddannelsesforskning, AAU, København. Forsker og underviser inden for temaerne videnskabshistorie, sociologiske og læringsteoretiske perspektiver på sundhedsområdet.

---

*Rikke Faebo Larsen:*

Fysioterapeut, cand.scient.san. Klinisk udviklingsterapeut i Ergo- og Fysioterapien Køge Sygehus og Roskilde Sygehus. Har siden 2009 arbejdet med opbygning af en udviklings- og forskningskultur i Ergo- og Fysioterapien, både strategisk og praktisk.

---

*Thora Grothe Thomsen:*

Sygeplejerske, cand.mag. i pædagogik og retorik, ph.d. Klinisk sygeplejespecialist og post doc. på Kirurgisk Afdeling på Roskilde og Køge Sygehuse samt post doc. på Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet. Har forsket i det palliative felt. Er i særlig grad optaget af sammenhænge mellem professionsudvikling og klinisk forskning. Gennemfører aktuelt et aktionsforskningsprojekt.

---

*Ole Toftdahl Sørensen:*

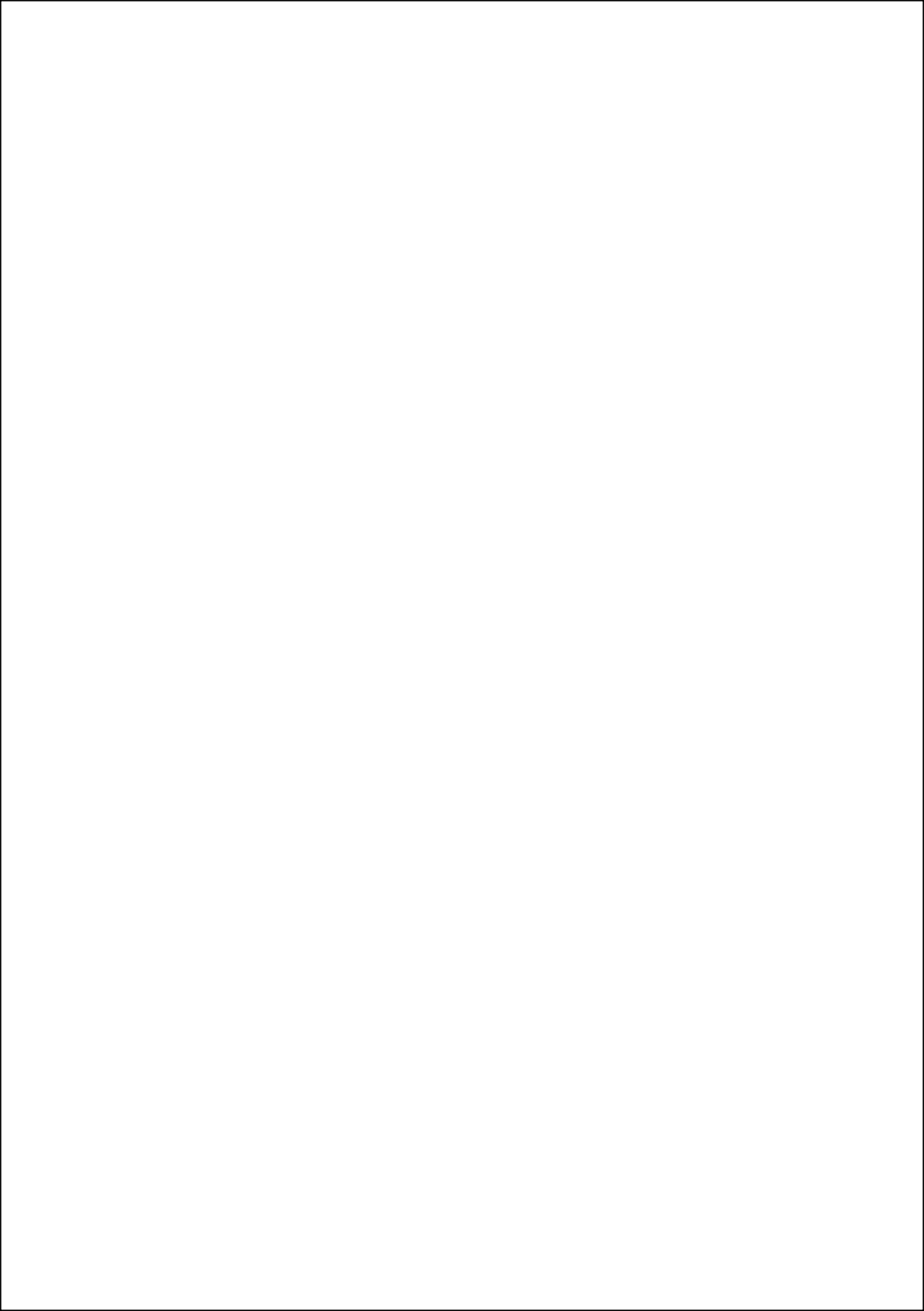
Sygeplejerske, Diplomuddannelse i Ledelse, Master Public Policy (MPP), Ledende oversygeplejerske Hæmatologisk Afdeling Roskilde-Køge Sygehuse. Aktiv i Dansk Sygepleje Selskab DASYS, bestyrelsesmedlem og medlem af DASYS forskningsråd. Medlem af faglig selskab for Ledende sygeplejersker og fagligt selskab for Kræftsygeplejersker. Ekstern underviser UCSJ.

---

*Birgitte Østergaard:*

Sygeplejerske. Flere videreuddannelser indenfor organisation, ledelse, projektledelse, coaching, økonomi og personligt lederskab. Ledende oversygeplejerske i 16 år, de seneste 10 år i Kirurgisk Afdeling, Roskilde og Køge Sygehuse. Medlem af bl.a. sygehusets kvalitetsråd. Har særlig interesse for organisationsudvikling både på sygehus- og afdelingsniveau, tværfaglig indsats til fremme af patientforløb, sundhedsfaglig kompetenceudvikling, sundhedsfaglig kvalitetsudvikling.

---



# Forord og læsevejledning til bogen

*Bibi Hølge-Hazelton*

Denne bog handler om arbejdet med forsknings- og udviklingskultur inden for sygeplejen og de øvrige mellemlange videregående professioner (MVU) i Region Sjælland. Dens drivkraft og røde tråd er ambitionen om en praksis, der i takt med tidens konstante flow af ny viden og krav om dokumentation, er omsorgsfuld, nærværende, velorganiseret og reflekteret. Dens afsæt er de overordnede politiske og ledelsesmæssige visioner og strategier om, at forskning bør indgå som et integreret led i aktiviteter som patientbehandling, uddannelse og undervisning, og at dette kræver opbygning af forskningskultur inden for MVU-området, der i et lokalt og historisk perspektiv er en ung kultur i forskningsverdenen.

Der er gode lokale eksempler på gennemførte og publicerede forsknings- og især udviklingsprojekter fra enkeltpersoner med MVU-baggrund, der ikke har uddannelse på akademisk niveau. Men generelt er der en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forskningsproduktion, i det mindste til og med forskeruddannelsesgraden (ph.d.), ligesom der ses en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og parathed til ledelsesmæssig involvering og prioritering af forskning.

Antallet af højtuddannede med en professions bachelorgrad i bagagen vokser, og det kan mærkes, særligt i de praksisser der har glæde af dem. Men antallet af højtuddannede med MVU-baggrund er ikke højt i Region Sjælland, ligesom der inden for regionen er store lokale forskelle på uddannelsesniveaet. Vi er med andre ord afhængige af at spotte og støtte de talenter, vi har i vores organisationer, og af at tiltrække kvalificerede medarbejdere fra andre regioner.

Det er således afgørende, at vi, der arbejder med forsknings- og udviklingskultur i Region Sjælland, stadig gør os umage med at sikre, at kulturen er så åben, dynamisk, visionær og højt kvalificeret, at den bliver attraktiv, kendt og opsøgt.

Vi er begyndt at se resultaterne af indsatsen. Vi får henvendelser fra dygtige folk, der har hørt om vores arbejde og som ønsker at arbejde sammen med os. Vi opfordres til at dele vores erfaringer med opbygning af forsknings- og udviklingskultur på temadage, symposier og konferencer. Bogen her er et bidrag til den sy-

stematiske og fokuserede proces, vi har startet for få år siden. Den er skrevet af forskere, forskningsstuderende, udviklingspsygeplejersker, udviklingsterapeuter, ledende oversygeplejersker og en enkelt vicedirektør.

Tilblivningsprocessen hvortil den er blevet til afspejler den kultur, vi arbejder med at opbygge: Vi kommer fra forskellige steder og positioner i organisationen; Vi arbejder med forskellige tematikker; Vi har vidt forskellige erfaringer med at skrive: fra ingen til omfattende, men fælles for os er at vi alle interesserer os for og har fokus på at bidrage til arbejdet med at understøtte og udvikle forsknings- og udviklingskulturen i klinisk praksis.

Alle forfatterne har reflekteret over følgende spørgsmål som baggrund for deres kapitler:

- Hvorfor arbejdes med forsknings- og udviklingskultur?
- Hvad får praksis ud af det?
- Hvor ser I barrierer og/eller udfordringer?

Forfatterne er i skriveprocessen blevet bedt om at give konstruktiv og fremadrettet kritik af hinandens kapitler, ved at være medlæsere på mindst et kapitel. På et fællesmøde blev medlæserne bedt om at fremlægge hvad det kapitel, de havde læst, handlede om, og hvor dets svagheder og styrker var. Ved fremlæggelsen kunne de øvrige forfattere stille medlæserne spørgsmål om kapitlet og i et begrænset omfang spørge forfatteren/forfatterne der lyttede og tog notater. Alle modtog herud over skriftlige kommentarer og spørgsmål fra redaktøren (BHH). På denne baggrund blev kapitlerne skrevet igennem en gang til. Herefter blev kapitlerne kommenteret og redigeret af redaktøren. Alle deltagere på fællesmødet gav udtryk for at de ville have ønsket, der var mere tid, at de gerne ville se artiklen igen og at de lærte meget ved at læse hinandens artikler, fordi det gav dem ideer til nye vinkler på deres eget arbejde eller til nye samarbejdsmuligheder forfatterne i mellem.

## **FORMÅL OG MÅLGRUPPER**

Bogen har flere formål og målgrupper.

For det første er den udtryk for et ønske om at dele de erfaringer, bogens forfattere har gjort i deres bestræbelser på at arbejde med at forstå, understøtte, udvikle og bidrage med viden om forsknings- og udviklingskulturen i klinisk praksis inden

for sygeplejen og de øvrige mellemlange videregående uddannelser i Region Sjælland. Der er bidrag, der ser på overordnede forhold og spørgsmål, og andre der arbejder meget praksisnært. Der er bidrag med forskellig metodisk og teoretisk tyngde. Der er bidrag, der beskriver succes historier og andre der beskriver vanskelighederne med at få de gode intentioner til at virke efter hensigten.

For det andet er bogen en måde at præsentere en række parallelle processer og projekter, der med forskellige organisatoriske afsæt og perspektiver, metodiske og teoretiske tilgange og forskellige bevæggrunde har det fælles formål at udvikle professionerne til gavn for de patienter og pårørende, der er afhængige af sundhedsvæsnets.

For det tredje skriver bogen sig ind i den aktuelle nationale debat om, hvordan sygeplejersker og andre ansatte i sundhedsvæsnets med mellemlange uddannelser kan skabe og indgå i nye og eksisterende udviklings- og forskningsmiljøer og samtidig bevare fokus på deres kerneydelser.

Målgruppen er således bred og henvender sig til en række læsere, hvoraf nogle vil have glæde af at læse bogen fra ende til anden, mens andre kan nøjes med at læse de kapitler, der tilbyder relevante perspektiver for dem. Det drejer sig om ledere på vicedirektør-, afdelingsledelses- og afsnitsledelsesniveauer, forskere med interesse for professions- og organisationsudvikling, uddannelses- udviklings- og forskningsansvarlige medarbejdere samt politikere, der er nysgerrige efter at forstå, hvordan vi har arbejdet med forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis i Region Sjælland.

## **LÆSEVEJLEDNING**

### *Kapitel 1: Forskydnings- og udviklingskultur i klinisk praksis*

#### *– Etablering, opbygning og udvikling*

... indkredser begrebet forskningskultur. Med udgangspunkt i konkrete erfaringer set fra en forskningsleders perspektiv beskrives, hvordan der gennem fire år har været arbejdet systematisk hen mod en konstruktiv, kreativ, inkluderende og synlig forskningskultur, dette først på Roskilde, Køge og Holbæk Sygehus (Sygehus Nord), og senere i hele Region Sjælland.

- Kapitel 2: Opbygning af en udviklings- og forskningskultur i sygeplejen*  
– *Strategiske overvejelser*  
... giver et sjældent indblik i nogle af de ledelsesmæssige og strategiske overvejelser, en topledere på hospitalsvicedirektørniveau har gjort sig i arbejdet med at udvikle MVU-gruppens forskningskultur.
- Kapitel 3: Evidens i klinisk praksis er multifacetteret*  
... er et vigtigt og kritisk bidrag til diskussionen om, hvad forskellige vidensformer i klinisk praksis er, hvordan de konkurrerer, interagerer og er afhængige af hinanden og ikke mindst, hvordan de alle bidrager til forsknings- og udviklingskulturen i klinisk praksis.
- Kapitel 4: Implementeringsbarrierer i klinisk praksis*  
– *Hvordan kan de forstås og håndteres?*  
... er et bidrag til den aktuelle diskussion om implementering. Der ses på sammenhængen mellem begreberne implementering, ledelse og læring. Dernæst præsenteres, hvordan forfatterne med udgangspunkt i en konkret praksis har arbejdet med implementering, og endelig diskuteres erfaringer set i lyset af de anvendte begreber.
- Kapitel 5: Forhold af betydning for afsætning af udviklings- og forskningskompetencer i sundhedsvæsenet?*  
– *Uddannelse og tid*  
... tager den vigtige og vanskelige diskussion om, hvorledes medarbejdere med mellemlang videregående uddannelse (MVU) selv ønsker og støttes i at implementere og omsætte det lærte på et kursusforløb. Udgangspunktet er et konkret kursus i forskningsmetodik.
- Kapitel 6: “Der har været mange andre opgaver, der har haft højere prioritet”*  
– *Erfaringer fra udvikling af et kursus i etablering af journal clubs*  
... beskriver, hvordan udviklingen, afholdelsen og erfaringerne med et kursus, der blev efterspurgt, ikke resulterede i de forventede ændringer i praksis. På baggrund af kursisternes evalueringer af kurset og efterfølgende spørgeskemaundersøgelse blandt lederne gives, med inspiration fra begrebet transfer, bud på, hvor og hvordan det gik galt samt overvejelser om, hvordan man kan tilrettelægge den type kursus fremover.



- Kapitel 7: Det skal også dokumenteres*  
– *Udvikling af et artikelskrivningskursus*  
... retter fokus mod udvikling af et tilbud, der støtter praktikere med lille eller ingen erfaring og vejledning i at skrive faglige eller videnskabelige artikler om gennemførte projekter. Kapitlet beskriver, hvordan kurset, med inspiration fra aktionslæring, løbende er udviklet i samspil med kursisternes behov og feedback samt hvordan kurset har dannet grundlag for udvikling af en model for denne slags kurser.
- Kapitel 8: Potentialer og barrierer for videreuddannelse på master- og kandidatniveau hos sygeplejersker*  
– *En spørgeskemaundersøgelse*  
... tager udgangspunkt i en undersøgelse blandt 540 sygeplejersker i Region Sjælland. Kapitlet viser, at der eksisterer en række velkendte, men også nye barrierer i forhold til videreuddannelse blandt sygeplejerskerne og kan bidrage til diskussionen om tilrettelæggelse og prioritering af videreuddannelse inden for MVU-området.
- Kapitel 9: Udviklingssygeplejersken i spændingsfeltet mellem kvalitet og udvikling*  
... undersøger udviklingssygeplejerskernes oplevelser af egne funktioner med det formål at skabe indblik i deres arbejde, fordi dette arbejde, herunder arbejdets vilkår, tilsyneladende er meget forskelligartet, selv inden for samme organisation. Udviklingssygeplejerskerne (og terapeuterne) er organisatoriske nøglepersoner for etablering af udviklings- og forskningskultur i klinisk praksis, og kapitlet bidrager med indsigt i de muligheder og dilemmaer, de befinder sig i, i dette arbejde.
- Kapitel 10: Udfordringer ved etableringer af en udviklings- og forskningskultur blandt ortopædkirurgiske sygeplejersker*  
... viser, hvordan man på en konkret klinisk afdeling arbejder med at fremme udvikling og forskning inden for sygeplejen med det formål, at det bliver et kerneområde på lige fod med pleje og behandling. Afdelingen har igangsat en række mindre forskningsprojekter, der involverer afdelingens sygeplejersker, ansat en klinisk sygeplejespecialist, post.doc i afdelingen og undersøgt sygeplejerskernes viden, interesse og motivation for forskning. Forfatteren beskriver deres erfaringer og perspektiver i forhold til arbejdet med de eksisterende udfordringer.

*Kapitel 11: Opbygning af infrastruktur for udvikling i en kirurgisk afdeling*

... er et andet eksempel på hvordan en konkret klinisk afdeling har grebet opgaven an med at skabe mere tydelige rammer for understøttelse af afdelingens sygeplejefaglige udviklings- og forskningskultur med inspiration fra aktionsforskning og aktionslæring. Kapitlet har særlig fokus på, hvordan man arbejder med at støtte infrastrukturen, blandt andet ved oprettelse af et afdelingsbaseret sygeplejefagligt udviklings- og forskningsudvalg. Samspillet mellem afdelingens kliniske udviklings- og forskningsudvalg, uddannelsesansvarlige sygeplejerske, kliniske sygeplejespecialist post.doc. samt oversygeplejersken i dette arbejde fremhæves også.

*Kapitel 12: Vejen skal ledes – når forskningskultur i sygeplejen skal udvikles*

... afrunder bogen med et bidrag, fra en ledende oversygeplejerske. Med teoretisk inspiration fra litteratur om ledelse og konkret erfaring fra egen afdeling stilles og besvares spørgsmålene: Hvordan bevæger man sig fra udviklingskultur til forskningskultur i sygeplejen? Hvorfor skal man forske i sygepleje? Og hvordan kan en ph.d. studerende i afdelingen få en afgørende betydning? Kapitlet giver en sjældent set indsigt i ledelsesmæssige refleksioner over, hvordan man kan legitimere og skabe opbakning i hele afdelingen til bevægelsen fra en overvejende udviklingsorienteret kultur til en forsknings- og udviklingskultur.

Bogen byder, som det fremgår af læsevejledningen, på et panorama af eksempler på, hvordan vi arbejder med at udvikle og løfte forsknings- og udviklingskulturen inden for sygeplejen og de øvrige MVU-grupper i Region Sjælland.

Vi har besluttet at trykke bogen i et ganske lille oplag og i stedet stille den gratis til rådighed via Den Regionale Forskningsenheds hjemmeside.

*God læselyst!*

# Forskydnings- og udviklingskultur i klinisk praksis

## – Etablering, opbygning og udvikling

*Bibi Hølge-Hazelton*

Forskningens kultur var tidligere primært noget, der hørte universiteterne til. Her havde de forskellige universiteter og fakulteter deres egne traditioner og kulturer, uden at det var noget, der nødvendigvis blev defineret eller ekspliciteret og slet ikke i samarbejde med omverdenen. I takt med videnssamfundets udvikling har kravene til forskerne på og uden for universiteterne ændret sig, blandt andet fordi viden betragtes som udgangspunkt for løsning af vigtige samfundsmæssige udfordringer. Dermed bliver samfundsudviklingen afhængig af den (forskningsbaserede) viden, der er tilgængelig, og derfor bliver forskningskultur og forskningsledelse fænomener, der ikke kan ignoreres (1,2).

Da jeg søgte stillingen som forskningsleder på Roskilde/Køge/Holbæk og Kalundborg Sygehus (Sygehus Nord) i Region Sjælland, stod der blandt andet i opslaget:

*Forskningslederens hovedopgave er at etablere, opbygge og udvikle en forskningskultur såvel inden for sygeplejefeltet som på tværs af fagkulturerne.*

Hvad denne kultur skulle indebære, og hvordan den skulle opbygges, var op til mig i samarbejde med ledere, udviklingsansvarlige og andre nøglepersoner i organisationen. Jeg kom fra en lektorstilling på universitetet og med mig i bagagen havde jeg blandt andet solid erfaring som leder af et stort forsknings- og udviklingsprojekt på Århus Sygehus (3). Projektets grundstruktur, der siden har vist sig bæredygtigt i efterfølgende projekter (4), byggede på praksisforskning og aktionslæring, hvis grundantagelser er, at for at forandring, læring og ejerskab kan finde sted og udvikles i praksis, skal praksis/praktikere involveres i den samlede proces fra ide og forskningsspørgsmål til validering (5,6)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Læs endvidere kapitel 3 og 4 i denne bog for uddybning og eksemplificering af begreberne praksisforskning, aktionsforskning og aktionslæring.

Læseren vil bemærke, at begrebet forskningskultur her udvides til forsknings- og udviklingskultur. Det skyldtes en grundlæggende opfattelse/ forståelse af, at viden udspringer fra flere kilder<sup>2</sup>, og at forskning og udvikling ses som et kontinuum, hvor det på forhånd kan være vanskeligt at forudse, hvor det ene starter, og det andet slutter. Et projekt, der defineres som et udviklingsprojekt uden det formål at producere selvstændig viden, udvikles somme tider til et forskningsprojekt. Omvendt er jeg flere gange stødt på projekter, der af projektlederen blev opfattet som et forskningsprojekt, men som ikke havde det tilstrækkelige indhold til et sådant. Begge dele udspringer ofte af en ide, en undren, eller af et konkret problem, som man sætter sig for at undersøge nærmere.

Sammen med et blik for nødvendigheden af en solid og tydelig forskningsledelsesindsats (7) blev dette udgangspunktet for processen med etablering, opbygning og udvikling af forskningskultur.

Da jeg var heldig at have dedikeret forskningstid selv, ønskede jeg at anvende noget af denne tid til at sikre, at så meget af arbejdet som muligt blev dokumenteret. Alt for mange organisatoriske initiativer og ændringer beskrives aldrig. Denne bog er et af resultaterne af denne prioritering.

## **DET VANSKELIGE KULTURBEGREB**

Kultur er et begreb, der som våd sæbe smutter mellem fingrene på os, når vi prøver at fasthold det. Alle ved, hvad der tales om, når man siger: Sæbe. Men om der er tale om flydende, fast eller spåner, parfumeret eller økologisk, glycerin, medicinsk, hampe- eller oliebaseret håndsæbe, intimsæbe eller opvaskesæbe afhænger af sammenhængen, det indgår i.

Nogle vil med rette kunne hævde, at det derfor er vanskeligt at tale om forsknings- og udviklingskultur i ental, når man favner så stor en organisation som et helt sygehus eller en hel region. Det enkelte sygehus, den enkelte afdeling eller det enkelte afsnit kan have sin egen særegne forsknings- og udviklingskultur. Det er rigtigt. Det er vanskeligt at definere kultur (eller forskningskultur), og begrebet har været genstand for akademisk diskussion gennem mange år. Det er måske grunden til at, begrebet sjældent defineres, når det anvendes.

---

<sup>2</sup> For uddybning, læs kapitel 3 om evidens i denne bog.

Jeg er selv inspireret af Lone Grøn et al.s arbejde med det ligeså vanskeligt definerbare begreb egenomsorg (8), som de med reference til Star og Griesemers arbejde (9) kalder et grænseobjekt. Det vil i denne sammenhæng sige, at forskningskultur er et begreb, der er karakteriseret ved både fleksibilitet og robusthed, og som fungerer mellem mange domæner, sektorer, organisationer og aktører. Således kan man sige, at forskningskultur som begreb bruges forskelligt af forskellige aktører ud fra deres egne fagtraditioner, tilgange og strategier, samtidig med der arbejdes ud fra en fornemmelse af at trække i samme retning som andre. Denne tilgang kan være et bud på at imødekomme noget af den modtand, der kan opstå, hvis man prøver at fastholde og standardisere et så vanskeligt begreb som forskningskultur. Der er dog stadig brug for det, Grøn et al kalder en 'lokal konkretisering' af begrebet, dvs. af den måde, hvorpå man forstår og griber opgaven an (8).

Jeg henter også inspiration hos Schein (10) i hans bud på en formaliseret definition af (organisations)kultur. Schein skriver:

*En organisation, eller dele af organisations kultur kan defineres som "et mønster af fælles grundlæggende antagelser, som gruppen lærte sig, mens den løste sine problemer med ekstern tilpasning og intern integration, og som har fungeret godt nok til at blive betragtet som gyldige og derfor læres videre til nye gruppemedlemmer som den korrekte måde at opfatte, tænke, og føle på i relation til disse problemer"*

*(Ibid:20).*

Sagt på en anden måde: Det er de eksisterende grundlæggende antagelser, både de lokale og mere overordnede, der skal søges afdækket, hvis ændringer skal finde sted, hvilket svarer godt overens med praksisforskningens blik for inklusion af alle dele af praksis.

## **DET KONKRETE ARBEJDE**

I dette afsnit vil jeg se tilbage på de sidste fire års arbejde med den hovedopgave at udvikle forsknings- og udviklingskultur inden for de mellemlangt videregående uddannede i Region Sjælland. De første tre år på det daværende Sygehus Nord (Roskilde, Køge, Holbæk og Kalundborg) og det sidste år for hele regionen.

## Det første år

I årsrapporten for 2010, efter første års arbejde, skrev jeg følgende:

*“Grundtanken i arbejdet er, at forskningskulturen skal være konstruktiv, kreativ, inkluderende og synlig på alle niveauer i Sygehus Nord. Arbejdet i det første år har hovedsagligt bestået i afdækning af ressourcer og behov, udvikling af samarbejde og initiering af en lang række tiltag” (11:6).*

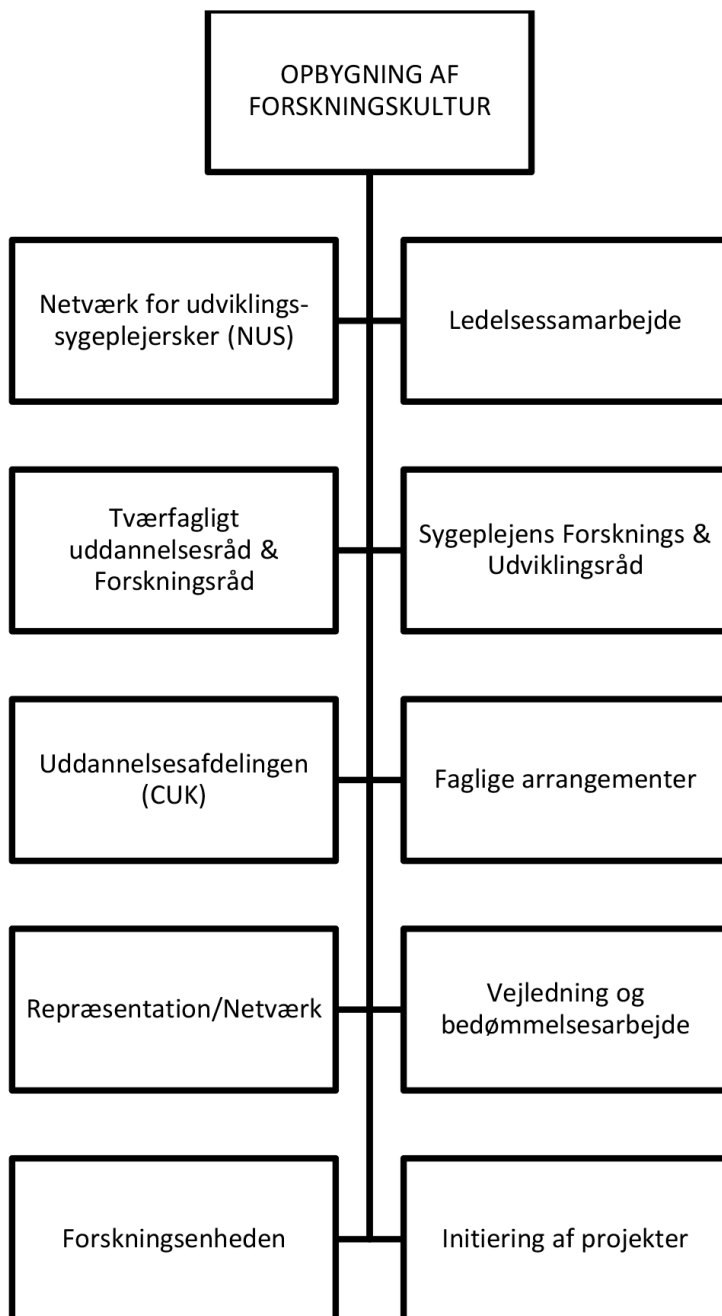
Dette er i overensstemmelse med Schein, der skriver, at man som ny leder skal ”være meget opmærksom på, hvor vigtigt det er for den pågældende at få et grundigt kendskab til kulturen, før der kan ske en vurdering, og måske ændring, af denne. Det er sandsynligvis nødvendigt med en læringsperiode på et år eller mere, hvis situationen tillader det” (10:358).

Denne proces og afdækning blev visualiseret i figuren på side 21, der viser, hvor komplekst og omfattende arbejdet var.

## Det andet år

I årsrapporten for 2011, det vil sige efter to års arbejde med dette fokus, skrev jeg:

*”I erkendelse af kulturændringers kompleksitet er der derfor i de sidste par år iværksat en række afdækninger og initiativer i Sygehus Nord på forskellige organisatoriske niveauer med henblik på at inkludere så mange niveauer som muligt. Disse beskrives som basis-, udviklings-, forsknings- og ledelsesniveau.(...) Der er etableret en række initiativer, som forventes at påvirke udviklings- og forskningskulturen på Sygehus Nord i yderligere positiv retning. Skal denne positive udvikling fastholdes, er det vigtigt, at princippet om at inkludere alle de omtalte niveauer (basis, udvikling, forskning og ledelse), fastholdes, så hele organisationen udvikler forskningskultur. Aktuelt er der ikke etableret det nødvendige system til at støtte denne proces tilstrækkeligt. Vi er godt på vej, og for at fortsætte det iværksatte arbejde med udviklings- og forskningskultur samt bevare og styrke vores potentialer, skal den eksisterende kapacitet inden for udvikling og forskning på MVU-området styrkes, koordineres og anvendes yderligere hensigtsmæssigt. Dette vil imødekomme de voksende opgaver, fastholde det eksisterende fagligt stærke miljø og endelig danne grundlag for rekruttering af de bedst mulige medarbejdere fremover” (12:4-6).*



Som det fremgår af citatet, var vi efter to års arbejde på vej, men også inde og se kritisk på de muligheder der eksisterede for forsat udvikling i retning af den konstruktive, kreative, inkluderende og på alle niveauer synlige forskningskultur, vi ønskede.

### Det tredje år

I årsrapporten for 2012, det vil sige efter tre års arbejde med dette fokus, skrev jeg:

*”Der går ikke en måned, uden jeg har modtaget en uopfordret ansøgning eller henvendelse vedrørende en eventuel udviklings- eller forskningsstilling i Sygehus Nord. Disse potentielle kandidater henviser til, at ”der sker noget” på Sygehus Nord, som de gerne vil være en del af. Hertil kommer en række invitationer til oplæg, foredrag og deltagelse i arbejdsgrupper inden for og udenfor Region Sjælland, vedrørende opbygning og understøttelse af forsknings- og udviklingskultur. Dette tolker jeg som udsagn for, at vi via vores fokus på og målrettede arbejde er ved at blive kendt som en spændende arbejdsplads, der kan tiltrække højt kvalificerede medarbejdere med MVU-baggrund.*

*Vi er kommet dertil ved at have fokus på flere niveauer i organisationen på samme tid. (...) Status er, at sygeplejen/MVU området i Sygehus Nord bidrager til udvikling og forskning af sygeplejen /MVU-området regionalt og nationalt. Vores arbejde med udviklings- og forskningskultur er synligt, og erfaringer herfra efterspørges. De nødvendige kompetencer for udvikling- og forskning er under opbygning og udvikling, så der er meget at være tilfredse med” (13:4).*

Tre års indsats havde sat frø, der havde spiret, men der var stadig meget at gøre. Efter disse tre år blev de lokale forskningsenheder i 2013 lagt sammen til én regional enhed, og målsætninger og erfaringerne fra de forskellige matrikler er søgt opsamlet i den regionale enhed, der har været initiativtager til en række regionale træf med fokus på forskning og et regionalt MVU-forskningsnetværk med deltagelse af forskere fra University College.

I det følgende afsnit præsenteres en række af de konkrete initiativer vi har arbejdet med i de foregående fire år med henblik på at udvikle en konstruktiv, kreativ, inkluderende og synlig forskningskultur. De beskrives på basis-, udviklings-, forsknings og ledelsesniveau, men skal forstås i en sammenhæng, da de alle er lige vigtige i forhold til forankring i praksis.



## **BASISNIVEAU**

Region Sjælland har ikke haft tradition for højtuddannede sygeplejersker/MVU ansatte, og da vi så sammenhængen mellem et vist uddannelsesniveau og initiativer til at drive udviklings- og forskningskulturen frem, undersøgte vi kvantitativt, hvilke barrierer og potentialer for videreuddannelse på master/kandidatniveau der var blandt 540 sygeplejersker. Resultater af afdækningen er beskrevet i kapitel 8 i denne bog.

Efter ønske fra de sygeplejefaglige vicedirektører i regionen oprettede vi i samarbejde med Center for Uddannelse og Kompetenceudvikling (CUK) et 1-årigt regionalt forskningstræningskursus på bachelorniveau. Da det var uvist, hvad medarbejdere og afdelinger får ud af at deltage i fx forskningstræningskurser, blev et ph.d. følgeforskningsprojekt sat i gang. Det er beskrevet i kapitel 5 i denne bog

På baggrund af en del henvendelser vedrørende projektsparring på både udviklingsprojekter og forskningsprojekter udarbejdede jeg, i samarbejde med kvalitetsenheden, en lokal retningslinje for faglig sparring til projektstart. Denne retningslinje er i 2014 blevet regional.

## **UDVIKLINGSNIVEAU**

Flere kliniske udviklingsprojekter og enkelte forskningsprojekter var gennemførte, men flere blev ikke dokumenteret i faglige eller videnskabelige artikler, da publiceringsprocessen syntes uoverkommelig for mange. På denne baggrund blev der etableret et regionalt skrivekursus i et samarbejde med CUK. Der er på nuværende tidspunkt udbudt fire kurser. Kapitel 7 beskriver udviklingen af kurset, desuden har vi skrevet en videnskabelig artikel og præsenteret erfaringerne med kurset på en international organisationsforskningskonference.

Nogle få afdelinger havde oprettet Journal Clubs, men vi manglede viden om, hvordan man bedst understøtter faciliteringen af disse. Derfor er der startet kurser i oprettelse af Journal Clubs i samarbejde med fagbibliotekarerne i Køge, Roskilde og Holbæk. Kapitel 6 beskriver de erfaringer, vi har gjort med dette initiativ. Herudover er en videnskabelig artikel om emnet under bedømmelse.

Udviklingssygeplejerskernes funktionsbeskrivelser og arbejde viste sig at være forskellige på tværs af matrikler og afdelinger. På den baggrund iværksatte vi projektet ”Hvad er en udviklingssygeplejerske?” Projektet gav anledning til mange spændende drøftelser, som vi gerne vil forfølge yderligere med fokus på de udvik-

lingsansvarlige inden for MVU-området. Projektet beskrives uddybende i kapitel 9 i denne bog.

Netværk for Udviklingssygeplejersker på Sygehus Nord blev først reorganiseret med henblik på at være et mere projektorienteret og arbejdende netværk. Herefter blev det ændret til at omfatte uddannelses- og forskningsansvarlige inden for hele MVU-området med henblik på at opnå synergi mellem uddannelse, udvikling og forskning. Dette arbejde pågår stadig og forventes beskrevet i en faglig artikel i 2014.

## **FORSKNINGSNIVEAU**

Da vi startede dette arbejde, var der ganske få ph.d. studerende inden for MVU-området. På Sygehus Nord var der ingen, i det tidligere Sygehus Syd (Næstved, Slagelse, Ringsted, Nykøbing) var der to, i psykiatrien også et par stykker. Der er i dag 14 medarbejdere med MVU-baggrund i introduktionsforløb eller i gang med forskeruddannelser i Region Sjælland Det er et stort løft. Men i erkendelse af, at ph.d. studerende i sig selv ikke kan løfte og sikre en forsat udvikling af forskningskulturer, iværksatte oversygeplejerskerne og Det Sygeplejefaglige Forsknings- og udviklingsråd på det daværende Sygehus Nord, et målrettet arbejde med fokus på karrieremuligheder for forskeruddannede sygeplejersker/MVU. Sygehuset har i dag tre post.doc. ansatte. Næstved-Slagelse/Ringsted, Nykøbing Falster og psykiatrien har også post.doc. ansatte og Holbæk Sygehus arbejder på oprettelse af tilsvarende stillinger. Næste skridt er udvikling af en plan for lektorer og professorer inden for sygeplejen/MVU-området.

RUC er regionens universitet, og man ønsker at øge samarbejdet. Derfor er der igangsat flere samarbejder med RUC med henblik på at udbygge mulighederne, fx ved at arbejde for oprettelse af fælles forskningsworkshops, projekter og stillinger. Der er herudover etableret samarbejde om stillinger på post. doc. /adjunkt-niveau med Syddansk Universitet og Århus Universitet. Ideen er at forskeruddannede medarbejdere med MVU-baggrund skal lektorkvalificeres, så vi kan få opbygget egne forskervejledningskompetencer, noget der er hårdt brug for.

## **LEDELSESNIVEAU**

At være leder for forskere er en ny opgave for mange MVU-ledere. Det er derfor afgørende, at der er modige, kloge og visionære ledere på vicedirektørniveau, afdelingsledelsesniveau og afdelingsniveau, der bakker op og tager opgaven på sig.

I Region Sjælland har vicedirektørerne banet vejen lokalt og regionalt ved strategiske indsatser. En af dem beskriver hvordan i kapitel 2 i denne bog.

De ledende oversygeplejersker og andre inden for MVU-området har flere steder sat forskning på dagsordenen og har for eksempel inviteret forskere indenfor. Tre af disse ledere er medforfattere til kapitler i denne bog, hvor indsatsen på afdelingsniveau beskrives, kapitel 10, 11 og 12.

Mange af de ledende medarbejdere på afdelingsniveau sparrer med mig (se fx kapitel 12 i denne bog). For at bakke yderligere op om den vigtige opgave lederne har med at understøtte forskningskultur, etablerede jeg i samarbejde med en ledende overlæge et uddannelsestilbud med fokus på dette. Kurset er afholdt to gange med fuldt hus. Efter den Regionale Forskningsenhed blev oprettet i 2013, har kurserne ikke været udbudt, og vi overvejer lige nu, hvordan vi fremad bedst løfter denne opgave.

Afdelingssygeplejerske/mellemlidergruppen er nøglemedarbejdere til understøttelse af et frugtbart udviklings- og forskningsmiljø i hverdagen. Ind til videre har der været afholdt en lokal temaeftermiddag om deres roller, og afdelingssygeplejerskegrupperne er lokalt blevet tilbudt besøg med fokus på disse roller. Deres betydning kan ikke overvurderes, og vi arbejder derfor aktuelt på at udvikle tilbud til denne gruppe.

## **AFRUNDING**

Selv for en redaktør er der en grænse for, hvor langt et kapitel i en bog kan være. Jeg er derfor glad for, at der er så mange gode kapitler i denne bog, jeg kan henvise til, for jeg har meget på hjerte.

Jeg har forsøgt at holde fast på ”sæben”, men kapitlet kan ikke siges at være fyldestgørende for alt det, der sker og er sket. Forskningskulturen udvikles i grænsefladerne mellem alle de beskrevne og ubeskrevne indsatser, antagelser, værdier, normer og artefakter på den enkelte afdeling og på det enkelte sygehus.

Tiden har været helt rigtig, og modstanden langt mindre end antaget. Man kan ikke forvente, at alle går med på samme tid, men strategien har været at gå ind der, hvor dørene stod på klem eller var åbne og ikke bruge tid og energi der, hvor dørene var lukkede.

Ting tager tid, og arbejdet med forskningskultur er et langt sejt træk, men det er givende, og jeg oplever stigende anerkendelse af vores indsats. Både fra skeptikere inden for egen række og fra vores tværfaglige kollegaer.

Meget er godt, men ikke alt får den opmærksomhed, anerkendelse og tid, det burde. Koblingen mellem uddannelse, udvikling og forskning er ikke stærk nok endnu. Får det ene forrang for det andet, risikerer balancen at tippe, rodfæstet i praksis løsnes og man glider i sæben.

Der er stadig meget at forstå, gøre og arbejde for.

## REFERENCER

1. Auken, S. Hjernedød – Til forsvar for det borgerlige universitet, Informations Forlag, København K; 2010.
2. Faye J, Pedersen DB (red.) Hvordan styres videnssamfundet? Demokrati, ledelse og organisering, Nyt fra Samfundsvidenskaberne, Frederiksberg C.; 2012.
3. Hølge-Hazelton B. (red.) Den Unge med kræft. Et praksisforskningsprojekt på onkologisk afdeling D. Århus Sygehus. <http://www.auh.dk/files/Hospital/AUH/Om%20AUH/Afdelinger/Onkologisk%20Afdeling%20D/pdf-filer/samlet%20bog%20til%20hjemmesiden.pdf>
4. Olsen, P.R. & Hølge-Hazelton, B. Under the same umbrella – A model for knowledge and practice development. Submitteret (under review).
5. Uggerhøj, L. What is Practice Research in Social Work – Definitions, Barriers and Possibilities. *Social Work & Society*. 2010, 9(1): 45-59.
6. McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A. and Seers, K. Getting evidence into practice: the meaning of 'context', *Journal of Advanced Nursing*. 2002, 38: 94-104.
7. Andersen O.S., Barlebo Rasmussen S. Sådan leder du medarbejdere, der er klogere end dig selv. Børsens Forlag 2007.
8. Grøn L. Egenomsorg- et grænseobjekt i kronikeromsorgen. *Klinisk Sygepleje*. 2011-4: 13-24.
9. Star S, Griesemer, J. Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*. 1989, 19 (3): 387-420.
10. Schein EH. Organisationskultur og ledelse. 2. udg. Valmuen, København; 1994.
11. Årsrapport. Udvikling i sygeplejen og MVU ved Sygehus Nord, Region Sjælland 2010 [www.regionsjaelland.dk/Sundhed/forskning/organisation/Documents/Bibi\\_0111.pdf](http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/forskning/organisation/Documents/Bibi_0111.pdf)
12. Årsrapport. Udvikling af sygeplejen og de øvrige områder inden for de mellemlange videregående uddannelser ved Sygehus Nord, Region Sjælland; 2011. [www.regionsjaelland.dk/Sundhed/forskning/organisation/Documents/Microsoft%20Word%20-%20C3%85rsrapport%202011%20udvikling%20af%20sygeplejen\\_070212.pdf](http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/forskning/organisation/Documents/Microsoft%20Word%20-%20C3%85rsrapport%202011%20udvikling%20af%20sygeplejen_070212.pdf).
13. Årsrapport. Udvikling af sygeplejen og de øvrige områder inden for de mellemlange videregående uddannelser ved Sygehus Nord, Region Sjælland; 2012. [www.regionsjaelland.dk/Sundhed/forskning/organisation/Documents/%C3%85rsrapport%202012.pdf](http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/forskning/organisation/Documents/%C3%85rsrapport%202012.pdf)

# Opbygning af en udviklings- og forskningskultur i sygeplejen

## – Strategiske overvejelser

*Susanne Lønborg Friis*

### **FRA DRIFTORIENTERING TIL OGSÅ AT HAVE ET UDVIKLINGS- OG FORSKNINGSORIENTERET FOKUS**

Sygehus strukturen i Region Sjælland har været under forandring siden 2008. Med nedsættelse af en strukturreform kommission i 2002 begyndte arbejdet med at nyorganisere arbejdet i kommuner og amter. Formålet med reformen var at sikre Danmark en stærk og fremtidssikret offentlig sektor, der skulle løse opgaverne med høj kvalitet og så tæt på borgerne som muligt. Borgerne skulle således opleve, at den offentlige service blev bedre og mere sammenhængende. På det organisatoriske plan var resultatet af reformen, at der blev dannet 98 relativt store kommuner, der fik overdraget en række opgaver, som tidligere var varetaget i amterne. Amterne blev nedlagt og man oprettede fem store regioner, hvis væsentligste opgave det var at forestå driften af sygehuse.

Kommunalreformen affødte betydelige strukturændringer i sygehusvæsenet, og der var behov for væsentlige investeringer i fysiske tilpasninger og nybyggeri, samt ny teknologi og apparatur for at realisere målsætningen om at sikre et tidssvarende sygehusvæsen baseret på sundhedsfaglig bæredygtighed. Som led i arbejdet udarbejdede Sundhedsstyrelsens en specialeplan, der beskrev hvilke krav og anbefalinger Styrelsen havde til afdelinger, der skulle varetage forskellige sundhedsfaglige specialer og specialbehandlinger. På baggrund af disse anbefalinger udarbejdede landets 5 regioner hver for sig specialeplaner som beskrev, hvilke funktioner, der skulle varetages på de enkelte sygehuse. Det overordnede formål dette arbejde var, at sikre en høj faglig kvalitet gennem en koncentrering af den specialiserede behandling og pleje, således at opgaverne blev samlet i større enheder, der bedre kunne håndtere erfaringsopsamling, oplæring og udvikling, herunder forskning.

Regions Sjællands sygehusplan blev vedtaget i 2010 og udmøntningen af planen gik straks i gang. Som led i dette arbejde udarbejdede vi indenfor sygeplejen på Holbæk, Køge og Roskilde sygehuse dokumenter, der beskrev vores vision og mål,

samt de strategier vi ville bruge til at udmønte vores forventninger. En central del af disse strategier var en markant satsning på at fremme og styrke udviklingsarbejdet og forskningen indenfor hele sygehuset, herunder også sygeplejeforskningen.

Klinisk udvikling og forskning har patienterne som omdrejningspunkt. Patienterne er målgruppen og der arbejdes for at frembringe ny viden, som direkte kan bruges i patientplejen eller på anden vis kan bidrage til at gøre patientplejen mere effektiv og sikker. Forskning i sygepleje skal være forankret i klinisk praksis og udføres af sygeplejersker, der har de nødvendige forskningskompetencer og -uddannelser.

I den nordlige del af Region Sjællands sygehusvæsen, nærmere betegnet Holbæk, Roskilde og Køge sygehuse, blev der i oversygeplejerskegruppen i 2009 udarbejdet vision, mål og strategier for sygeplejen, og det øvrige område for de mellemlange videregående uddannede (herefter benævnes med sygeplejen) således at man målrettet og struktureret kunne arbejde sammen om at opnå resultater. I en virksomhed, der som vores sygehuse er stærkt driftsorienterede, er det afgørende nødvendigt at opsætte mål og udarbejde strategier for udviklings- og forskningsområdet, hvis man vil undgå at disse områder helt falder i baggrunden. Og det har senere vist sig, at oversygeplejerskegruppens arbejde med mål og strategier har haft stor betydning for at organisationen relativt hurtigt og effektivt er ved at opnå de opsatte mål. Alle ledende oversygeplejersker tog del i arbejdet med formuleringer i og beslutninger om vision, mål og strategi for sygeplejen. Denne ledelsesforankringen i den første del af processen var vigtig, idet ledelsesforankringen og den fælles tilgang til arbejdet havde stor betydning for de resultater, der senere blev opnået.

Regionen og sygehusene havde allerede en formuleret vision, som arbejdet tog udgangspunkt i. Så man kan spørge, om det var nødvendigt at bruge tid og kræfter på at udarbejde lokale bud på vision, mål og strategi på et isoleret område som for sygeplejen og MVU området. I vores tilfælde var forskning i problemfelter indenfor sygeplejen stort set fraværende, og en evidensbaseret praksis i sygeplejen var tilfældig og manglede et fundament at udfolde sig på. Det var derfor nødvendigt at arbejde med vision, mål og strategier, som redskab til at få skabt en evidensbaseret praksis med udgangspunkt i en udviklings- og forskningskultur blandt sygeplejersker.

Visionsarbejdet var fra starten tænkt som et dynamisk arbejdsredskab for den ledende oversygeplejerskegruppe. Dette redskab skal med passende intervaller ju-

steres og revideres, afhængig af målopfyldelse og behov for ændrede eller supplerende strategier. Mål og strategier hænger sammen, vi har sat os som vision at: **Sygeplejen på Roskilde og Køge sygehuse er i top.**

Denne formulering markerer, at patienten er det centrale omdrejningspunkt og udgangspunktet er naturligvis, at patienterne får den bedst mulige sygepleje. Vi ønsker at udføre en sygepleje, der kvalitetsmæssigt kan måle sig med de bedste i landet og heraf følger naturligvis en høj brugertilfredshed i forbindelse med patientens oplevelse af den udførte sygepleje. Sygeplejens vision skal ses som en direkte forlængelse af såvel Region Sjællands vision som Roskilde og Køge sygehuses værdigrundlag. For at opnå dette har vi bl.a. opsat følgende mål og delmål:

Det overordnede mål er at sygeplejen i Roskilde og Køge sygehuse er evidensbaseret og bidrager til udvikling og forskning af sygeplejen nationalt og internationalt.

Delmål:

- At Roskilde og Køge sygehuse har en god udviklings- og forskningkultur.
- At der inden for den kliniske sygepleje findes de nødvendige kompetencer<sup>1</sup> for udvikling og forskning.
- At der inden for den kliniske sygepleje implementeres forskningsresultater/ny viden.

For at opnå vores vision – vores overordnede mål – om at yde sygepleje på topplan, er vores analyse således, at sygeplejen på vores sygehuse skal være evidensbaseret, og at vi skal initiere udviklings- og forskningsprojekter, som har betydning for patientforløbet, og som bidrager til den nationale og internationale udvikling af sygeplejen. Det siger sig selv, at ovenstående ambitioner ikke kan opfyldes fra den ene dag til den anden. Det er en proces som tager tid, og som udover engagerede medarbejdere og ledende sygeplejersker, der tør og vil, kræver støtte af personer med forskningsekspertise samt et organisatorisk set up til at understøtte og prioritere aktiviteterne.

---

<sup>1</sup> Begrebet Kompetence: I Bologna processens målsætninger beskrives slutkompetencer i en professionsbacheloruddannelse. Kompetencer er inddelt i tre kategorier: intellektuelle kompetencer, faglige kompetencer og praksiskompetencer. Kilde: Mod en dansk kvalifikationsnøgle for videregående uddannelser; 2003, tilgængelig på: [http://www.sygeplejerskeuddannelsen.dk/Toplinks/Om-os/Arkiv/~media/Files/Dok/TUNING\\_kvalifikationsnoegle\\_DK.ashx](http://www.sygeplejerskeuddannelsen.dk/Toplinks/Om-os/Arkiv/~media/Files/Dok/TUNING_kvalifikationsnoegle_DK.ashx)

## **ORGANISATORISK SET-UP FOR UDVIKLING AF FORSKNINGSKOMPETENCER**

Ved opbygning af en udviklings- og forskningskultur skal organisationen sikre, at de bærende kræfter med de rette kompetencer er tilstede. Det betyder, at der skal skabes mulighed og rammer for de medarbejdere der har potentiale og interesse for forskningsfeltet. Det skal derfor etableres en vifte af tiltag. I den forbindelse har vi taget følgende initiativer.

Region Sjælland har udviklet og afholdt et Regionalt Forskningsmetodikkursus for medarbejdere med en mellemlang videregående uddannelse, der strækker sig over et års tid. Formålet med kurset er at understøtte forsknings- og udviklingsaktive medarbejdere fra det kliniske område ved at give dem et indblik i de centrale problemer og overvejelser, der knytter sig til gennemførelse af et forsknings- og udviklingsprojekter. Deltagerne får i løbet af kurset redskaber til udvikling af deres kliniske praksis, de bliver undervist i blandt andet forskningsprocessen, videnskabsteori og forskningsetik, samt forskellige forskningsdesigns og metoder.

Desuden etableres der med passende intervaller skrivekursus med det formål at hjælpe medarbejderne til at publicere og dermed videregive deres resultater fra udviklings- og forskningsprojekter. Der er et stort behov for at resultater formidles. Formidlingen må gerne fokusere på, hvordan vores forskningsresultater kan eller har gavnet patienterne, herunder; hvordan er omsorg og pleje blev bedre, hvordan har det gavnet patienter, hvordan har det gavnet samfundet som helhed.

Et andet vigtigt element i opbygning af kompetencer er, at der på Sygehuset er etableret en overordnet uddannelsespulje. Roskilde og Køge sygehuse har en tværfaglige uddannelsespulje, hvor der 2 gange årligt bevilliges midler til videreuddannelse. Grundlaget for tildeling af midler til uddannelse tager udgangspunkt i Sygehusets strategi for prioriterede indsatsområder på uddannelsesområdet, som netop understøtter at forsknings- og udviklingskompetencer udvikles.

For at understøtte medarbejdernes lyst til videreuddannelse afholdes der årligt arrangementer, hvor medarbejdere, der har videreuddannet og taget kandidat, master eller ph.d. grader, holder oplæg om deres afgangsprojekt, specialer eller afhandlinger. Dette for at inspirere andre medarbejdere til at videreuddanne sig, samt at skabe klarhed over, hvad de forskellig uddannelser indebærer og har som kernefelter.



Journals clubs er etableret i en del afdelinger, således at basis sygeplejersken, også efter endt uddannelse, trænes og udvikler en naturlig tilgang til at arbejde evidensbaseret.

For tiden er der et udviklingsarbejde igangsat med henblik på at etablere et tilbud til de ledende oversygeplejersker om at deltage i journal clubs. Ledelsesforankringen er vigtig i forhold til, hvad der igangsættes i den enkelte afdeling.

Der er hen over de seneste 5 år skabt tradition for, at der årligt afholdes et tværfagligt symposium, hvor udviklings- og forskningsprojekter præsenteres for alle interesserede på Sygehuset. Der er altid fuldt hus og møderne inspirerer medarbejdere til selv at initiere forsknings- og udviklingsprojekter.

For at yderligere at styrke den sygeplejefaglige identitet og interessen for udvikling af sygeplejen, iværksættes der flere gange årligt store faglige arrangementer, hvor særlige eksperter og ildsjæle indenfor i aktuelle faglige område inviteres til at holde oplæg, hermed gives der mulighed for medarbejdere til at drøfte aktuelle faglige emner.

En af sygeplejens formulerede strategier, er at ansætte både ph.d. studerende og færdiguddannede forskere:

*”At der målrettet arbejdes for ansættelse af flere post. doc. og ph.d. studerende inden for MVU-området ved Roskilde og Køge sygehuse. Det betyder, at store og mellemstore afdelinger har en post doc. ansat senest i 2015, og at hver tredje afdeling i 2015 har en ph.d. studerende ansat. Det betyder, at forskning på dette niveau skal prioriteres og finansieres til og med 2015, hvorefter det forventes, at området er styrket og konkurrencedygtigt. Ansvarlig: Vicedirektør og ledende oversygeplejersker i samarbejde med det Sygeplejefaglige Forsknings- og Udviklingsråd. Desuden har de ledende oversygeplejersker ansvar for at tilvejebringe vilkår for ph.d.-studerende som en naturlig del af afdelingens drift.”*

En ting er at blive enige om ovenstående og formulere det, en anden er at omsætte det i praksis. For at understøtte udviklingen på området og fremme risikoviligheden hos de ledende oversygeplejersker i forhold til det økonomiske, var det nødvendigt at Sygehuset etablerede en central pulje, der hvert år finansiere 1/3

ph.d. stipendium til en medarbejder med en mellemlang videregående uddannelse. Det har været medvirkende til, at der de sidste 3 år er startet mindst en ph.d. studerende om året.

Det er vigtigt, fremadrettet at fastholde og ansætte sygeplejerskerne, i sygehuset, når de har erhvervet sig en ph.d. De skal ansættes i kliniske afdelinger tæt på patienterne, så de er med til at skabe en højere kvalitet til gavn for patienterne. Der blev derfor for et par år siden nedsat en arbejdsgruppe under sygeplejens forsknings- og udviklingsråd, som udarbejdede en stillingsstruktur for sygeplejen herunder stillings- og funktionsbeskrivelser for kliniske udviklings- og sygeplejersker og kliniske sygeplejespecialister post.doc. således at karrierevejene er tydelige for såvel ledere og medarbejdere

## **HVORDAN FORANSKRER FORSKNING OG UDVIKLING I ORGANISATIONEN?**

At opbygge en forsknings- og udviklings kultur kræver udover et organisatorisk set up, dygtige og ivrige medarbejdere og ledere, der kan medvirke til at omsætte strategierne på det operationelle plan. Tre faktorer har været afgørende i forhold til at omsætte strategierne i sygehusets daglige drift samt forankringen af en udviklings- og forskningskultur i organisationen:

- Ansættelse af en forskningsleder
- Ledelsesforankring
- Udvikling af et netværk for sygehusets udviklings- og sygeplejersker

Sygepleje er en gammel disciplin. Forskning i sygeplejen er derimod i Danmark relativt nyt. Et sygehus, der ikke har en forsknings tradition og ikke tidligere målrettet har arbejdet med forskning indenfor sygepleje, har typisk heller ikke sygeplejersker, der er eksperter på forskningsfeltet ansat. Det var også tilfældet på Holbæk, Køge og Roskilde sygehuse, derfor var det afgørende hurtigt at få ansat en forskningsleder med de rette kompetencer. I denne sammenhæng tænkes kompetencebegrebet bredt, således at vedkommende udover selv at være en dygtig og erfaren forsker med de rette uddannelser, også skulle besidde veludviklede samarbejdsevner til kunne opbygge netværk og etablere relationer. Det var af stor betydning i den opbyggende fase at vedkommende herudover viste sig at være en særdeles effektiv ildsjæl.

Ledelsesforankring skal ikke undervurderes, idet det er lederne, der skaber muligheder og rammerne for forskningen på den enkelte afdeling. Dette har afgørende betydning, når der skal etableres et udviklings- og forskningsmiljø, som samtidig skal balanceres med den daglige drift i den enkelte afdeling.

Rammer og muligheder indbefatter bl.a. beslutning om ansættelse af p.h.d. studerende og post. docs. ansættelser i afdelingen, herunder at identificere fokusområder af klinisk betydning. Det er et ledelsesansvar at planlægge forskningsmæssige indsatsområder. Desuden er det lederen, der i en travl driftsorienteret afdeling er afgørende for, om der skabes rammer for de enkelte medarbejdere i forhold til at varetage diverse udviklings opgaver og -projekter.

Ledelsesforankringen og commitment til opgaven, altså at få opbygget et udviklings- og forskningsmiljø, med det formål at patienterne ydes en god og evidensbaseret sygepleje, er fra starten kommet og vokset naturligt, idet de ledende sygeplejersker har ejerskabet, da det er dem, der har udarbejdet strategierne fra begyndelsen samt jævnlige har drøftet og diskuteret ændringer og justeringer af strategierne i visionen.

Ekspert sygeplejersker på forskningsfeltet var en mangelvare, men derimod rådede sygehuset over en del engageret og dygtige udviklingssygeplejersker. Deres kompetencer og deres væsentlige og betydningsfulde rolle i den enkelte afdeling, har haft stor betydning for at strategierne er blevet omsat på det operationelle niveau. Uviklingssygeplejerskerne og forskningslederen planlagde og opbyggede et godt og bærbart netværk for udviklingssygeplejersker, som arbejder indenfor forskellige områder af sygeplejen, og som er tænkt understøttende til iværksættelser af strategierne.

Netværket har i det seneste år udviklet sig fra et monofagligt til et tværfagligt netværk omfattende hele MVU-gruppens uddannelses, udviklings- og forskningsansvarlige medarbejdere.

Regionens hovedsygehus i Køge: Universitets Sygehuset Køge, står færdigt i 2020 med indflytning 2012. Dette er en glimrende milepæl for, at en etableret udviklings og forskningskultur har slået rødder.

I de kommende år skal vi have ansat og dermed skabt stillinger til de ph.d. studerende, vi får uddannet. Desuden skal vi sikre, at flere afdelinger får mulighed for

at får ansat p.hd studerende og sygeplejersker i post doc. stillinger. Det er afgørende, for at nå visionen: *Sygepleje i top*, at vi har veluddannede og højtuddannede sygeplejersker tæt på patienten og at forskningen udspringer af det , som for den udøvende sygeplejerske eller for patienten er væsentligt.

# Evidens i klinisk praksis er multifacetteret

Thora Grothe Thomsen

Indledningsvis i kapitlet bliver evidensbaseret af klinisk praksis beskrevet fra henholdsvis en samfundsmæssig og en medicinsk tilgang, hvilket giver anledning til at tydeliggøre nogle af de udfordringer, der synes at være forbundet med etablering af en sygeplejefaglig evidensbaseret klinisk praksis. Endvidere drøftes forskellige videnskabsteoretiske positioner, som begge har betydning i forhold til at etablere det bedste videnskabelige grundlag for at træffe beslutninger i klinisk praksis. Sidst i kapitlet præsenteres en nuanceret tilgang til evidensbaseret klinisk praksis, som giver anledning til at fremhæve sammenhæng mellem forskning og klinisk udvikling.

## ET EVIDENSBASERET SUNDHEDSVÆSEN

*”Et evidensbaseret sundhedsvæsen ses som en overordnet ramme for et tidssvarende sundhedsvæsen, og udtrykker bestræbelser på at skaffe et rationelt grundlag for beslutninger i sundhedsvæsenet – ikke kun de rent kliniske, men også beslutninger om prioritering, planlægning, styring, ledelse og praksis på alle planer” (1:27).*

Som citatet tydeliggør, har sundhedsvæsenet i de seneste årtier i stigende grad fokuseret på udvikling af en evidensbaseret praksis. Udviklingen har især været båret af et ønske om at øge kvaliteten af de behandlingsmæssige kerneydelser blandt andet ved at sikre, at beslutninger er baseret på et videnskabeligt grundlag (2). Budskabet har haft så stor gennemslagskraft, at begrebet ”evidensbaseret af klinisk praksis” i dag har spredt sig fra det medicinske felt til også at omfatte en række andre praksisfelter bl.a. det ledelsesmæssige fagområde (3).

En væsentlig styrke ved et evidensbaseret sundhedsvæsen er muligheden for at foretage prioriteringer, ikke mindst set i betragtning af den aktuelle situation, hvor der eksisterer flere tilbud om behandling, end der er ressourcer til. Dermed øges behovet for at sikre, at beslutningsgrundlaget i sundhedsvæsenet er alsidigt, systematisk og baseret på den nyeste viden. Det er imidlertid ikke længere til-

strækkeligt alene at fokusere på en klinisk funderet fordeling af ressourcer. På grund af stigende politiske krav om nulvækst i sundhedsvæsenet, er det i dag også nødvendigt at fokusere på sundhedsøkonomiske analyser i forbindelse med klinisk beslutningstagning. Derfor bliver det i årene fremover også nødvendigt at anvende og udvikle værktøjer, som i højere grad lægger op til økonomiske vurderinger som grundlag for kliniske beslutninger i sundhedsvæsenet. Ifølge Sundhedsstyrelsen vil Medicinsk Teknologi Vurderinger (MTV) sammen med Nationale Kliniske Retningslinjer indgå som væsentlige værktøjer, som hver på deres måde kan bidrage til kvalitetsudvikling og effektiv ressourceudnyttelse i danske sundhedsvæsen (4).

Beskrivelsen af en samfundsmæssig og dermed også økonomisk tilgang til evidensbaseret klinisk praksis åbner for en drøftelse af, hvordan øget kvalitetsudvikling og mere effektiv ressourceudnyttelse vil påvirke mulighederne for at opnå patientoplevelt kvalitet i forbindelse med konkrete kliniske sygeplejehandlinger. Drøftelsen bliver ikke mindre væsentligt, hvis man som professor i klinisk sygeplejevidenskab Charlotte Delmar forstår sygepleje som en praksis, der på en og samme tid tager afsæt i den individuelle patients specifikke helbredsbehov og problemer, og samtidig fremstår som en situationsbestemt praksis, der afhænger af tid, sted og kontekst (5). Drøftelsen trækker imidlertid også spor tilbage til en traditionel forståelse af evidensbaseret medicin.

## **EVIDENSBASERET MEDICIN**

Inden for det medicinske fagområde har begrebet ”evidensbaseret klinisk praksis” rødder tilbage til starten af 1900-tallet, hvor tre parisiske læger lagde normen for videnskabelig dokumentation i medicin-faget, bl.a. fordi de ønskede at udrydde det, de beskrev som ”medicinsk kvaksalveri” (6, 7). Det var dog først i starten af 1970’erne, at den britiske læge og epidimiolog Archie Cochrane (1909 – 1988) for alvor skabte gennembrud for diskussionen om kvalitet og dokumentation i sundhedsprofessionerne.

En af Cochranes store indsatser har været at pege på forskningsmetoden ”randomiserede kontrollerede forsøg” (på engelsk: Randomized Controlled Trials (RCT)), som den mest systematiske form for videnskabelig bevisførelse. Det førte bl.a. til, at RCT den dag i dag især i naturvidenskabelige fag, rangerer som den højeste form for videnskabelig evidens – se f.eks. Sundhedsstyrelsen hjemmeside (<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/3E5E326CD6E54D609575282C73F9F9F2.ashx>). Cochrane lagde imidlertid også vægt på, at den bedste behandling

ikke kun er betinget af foreliggende forskningsresultater, men også afhænger af den specifikke situation og af den specifikke patient (8). Denne pointe i Cochranes tilgang til evidensbaseret medicin synes imidlertid ofte at blive overses i den aktuelle debat om evidensbaseret klinisk praksis.

Cochrane bidrog endvidere til evidensdebatten med en massiv kritik af sine lægekolleger for ikke i tilstrækkeligt omfang at udnytte tilgængelige forskningsresultater, og han efterlyste systematiske sammenfatninger af forskellige behandlingsmetoders effektivitet (1). Det førte til grundlæggelsen af Cochrane Library, som i dag er en samling af databaser bl.a. Cochrane Database of Systematic Reviews også kaldet Cochrane Reviews. Et kendetegn Cochrane Reviews er, at den indeholder alle de peer-reviewed systematiske reviews og metaanalyser, som efter særlige retningslinjer samler og fortolker resultaterne fra velbeskrevne RCT-studier, hvorved resultaterne bliver tilgængelige som en væsentlig ressource for udvikling af evidensbaseret medicin – se endvidere: <http://www.cochrane.org/>.

En anden væsentlig stemme i udvikling af evidensbaseret medicin, er den canadiske professor David Sackett, som også er grundlæggeren af Center for Evidence Based Medicine i Oxford. Ifølge Sackett kan evidensbaseret medicin defineres som:

*... en samvittighedsfuld, eksplicit og velovervejede anvendelse af de foreliggende videnskabelige beviser, som inddrages i beslutningstagningen omkring behandling af patienter. Praktisering af evidensbaseret medicin betyder integrering af individuel klinisk ekspertise med de bedste tilgængelige eksterne kliniske beviser ud fra systematisk forskning (oversat fra 9: 433).*

I artiklen "Evidence based medicine: what it is and what it isn't" (6) uddyber forfatterne, hvordan de, som det også fremgår af citatet ovenfor, betragter evidensbaseret medicin (EBM) som tvedtelt, idet individuel klinisk ekspertise integreres med den bedst opnåelige eksterne kliniske evidens fra systematisk forskning. "Individuel klinisk ekspertise" refererer i denne sammenhæng til de færdigheder og vurderinger, som individuelle klinikere opnår gennem klinisk erfaring og praktik. Ifølge Sackett et al. viser individuel klinisk ekspertise sig ved mere effektive og præcise diagnoser, men også i gennemtænkt og medfølelse inddragelse af patienters dilemmaer, rettigheder og ønsker i forhold til at tage kliniske beslutninger om egen behandling. "Bedst opnåelige eksterne kliniske evidens fra systematisk forskning" refererer til klinisk relevant forskning, specielt grundlæggende medi-

cinsk forskning, men også patientcenteret klinisk forskning blandt andet nøjagtighed og præcision i diagnostiske tests, terapeutisk sikkerhed samt rehabiliterende og forebyggende regimer (Ibid.).

Det er imidlertid en afgørende pointe hos Sackett et al., at gode klinikere *både* anvender individuel klinisk ekspertise og bedst opnåelige ekstern evidens – alene er igen af tilgangene tilstrækkelige. Dermed pointerer Sackett et al., at EBM ikke er tænkt som en kagebog i medicin, blandt andet fordi det kræver en bottom-up tilgang at integrere individuel klinisk ekspertise med den bedst opnåelige eksterne kliniske evidens. Endvidere vil der med afsæt i Sackett et al.'s tilgang til EBM, og i en vis grad også i Cochrane's mere nuancerede men ofte oversete tilgang, nødvendigvis være kliniske relevante spørgsmål, som bedst besvares ud fra helt andre forskningstilgange end RCT-studier.

## EVIDENSBASERET SYGEPLEJE

På linje med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen, lægges der også i sygeplejefaget i stigende grad vægt på udvikling og etablering af en evidensbaseret klinisk praksis, som gør sygeplejersker i stand til at integrere individuel klinisk ekspertise med bedst opnåelig forskningsvidens (1). Udviklingen støttes af Dansk Sygeplejeråd, hvilket bl.a. fremgår af rapporten "Sygepleje og sygeplejerskens rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen" fra 2012. I rapporten skriver professor i sygepleje Mari Kirkevold blandt andet: "*For å sikre, at sykepleieutøvelsen er kunnskapsbasert, er forskning og fagutvikling avgjørende*" (10:8). Hermed lægges op til, at flere sygeplejersker som led i etablering af en evidensbaseret klinisk praksis tilegner sig de forskningsmæssige kompetencer, der er nødvendige for at gennemføre relevante sygeplejefaglige forskningsprojekter. Samtidig lægges op til en fornyet faglig drøftelse om linierne i en fremtidig fagudvikling. I drøftelsen indgår bl.a. en professions- og ledelsesmæssig stillingtagen til, hvilke kompetencer der fremover må forventes af sygeplejersker placeret i klinisk praksis, for at de f.eks. kan deltage i implementering af forskningsresultater, indgå i relevante kliniske udviklingsprojekter og udøve komplekse kliniske sygeplejehandlinger (11).

Et væsentligt element i etablering af en evidensbaseret klinisk sygeplejepsiksis er udvikling og implementering af nationale kliniske retningslinjer – se f.eks. (12). Hensigten med kliniske retningslinjer er, at der på baggrund af de bedst tilgængelige forskningsresultater udarbejdes systematisk udsagn (anbefalinger), som kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutninger om passende og korrekt sundhedsfaglige ydelser i specifikke kliniske situationer (<http://www>.



kliniskeretningslinjer.dk/media/343516/kommissorium\_-\_endeligt\_september\_2013.pdf).

I arbejdet med kliniske retningslinjer indgår ”Center for Kliniske Retningslinjer – Nationalt Clearinghouse for Sygepleje” som en væsentlig samarbejdspartner. Centreret blev dannet i 2008 efter en konsensuskonference. På konferencen blev det klart, at tidligere retningslinjer var af varierende kvalitet, samt at der ofte forekom forskellige handlingsanvisninger til samme problemfelt. Derfor var det påkrævet at iværksætte initiativer, som kunne øge kvaliteten af de kliniske retningslinjer samt at samle kræfterne for udvikling af retningslinjer, der kunne følges op af national udbredelse. Siden dannelsen af centeret har det været muligt at udvikle detaljerede manualer og skabeloner til brug ved udarbejdelsen af kliniske retningslinjer, hvilket til dato har resulteret i udgivelsen af 34 retningslinjer, samt 46 som er på vej. Endvidere er centret på forskellig vis behjælpelig med råd og vejledning i forhold til de implementerings-udfordringer, som har vist sig at følge i kølvandet på det stadig stigende antal kliniske retningslinjer (<http://www.kliniskeretningslinjer.dk>).

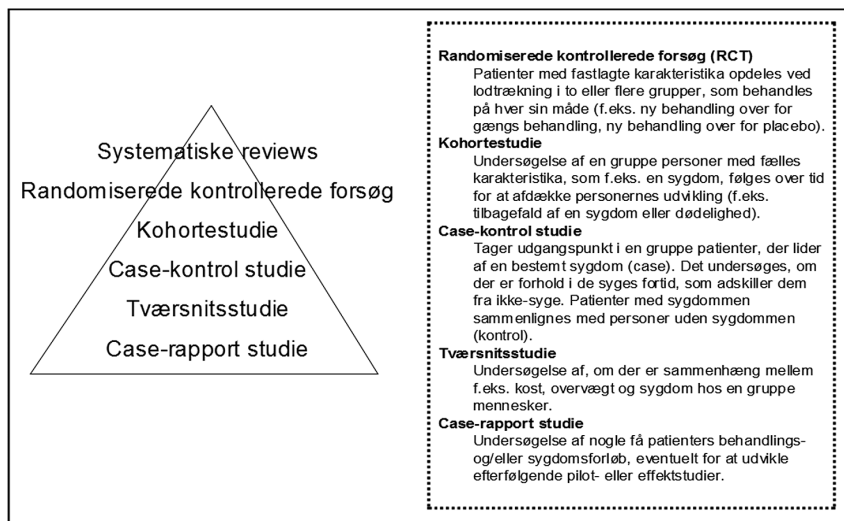
Udvikling og implementering af kliniske retningslinjer bidrager i høj grad til ”bedst opnåelige eksterne kliniske evidens fra systematisk forskning”, som er den ene af de to hovedkomponenter, der ifølge Sackett et al. (6) bør integreres i evidensbaseret praksis. Udvikling af den anden hovedkomponent ”individuel klinisk ekspertise” lægger imidlertid også op til, at der sideløbende med udvikling og implementering af kliniske retningslinjer samt andre forskningstunge indsatser, iværksættes helt andre former for evidensbaserende tiltag. Det drejer sig bl.a. om at dokumentere allerede gennemførte udviklingsprojekter f.eks. gennem skrivning af faglige artikler (13) – se endvidere kapitlet om artikelskrivning i denne bog – at skabe faglige miljøer, hvor der er plads til kollegial supervision og løbende kritisk refleksion (14) samt iværksætte lokalt forankrede udviklingsprojekter, som bearbejder relevante kliniske problemstillinger. En sådan supplerende tilgang til etablering af evidensbaseret sygeplejepraksis beskrives indgående i bogen ”Practice Development in Nursing and Healthcare” (15), hvor der gives konkrete bud, hvordan etablering af en evidensbaseret klinisk praksis også kan gribes an.

En anden væsentlig udfordring, som også har vist sig at være forbundet med etablering af evidensbaseret sygeplejefaglig klinisk praksis, bunder i en omfattende debat om, hvorvidt sygeplejefaglige beslutninger nødvendigvis tager afsæt i samme tilgang til ”bedste videnskabelige grundlag”, som det der hersker i det medi-

cinske felt (5,9,16). Debatten omhandler blandt andet anvendelsen af forskellige forskningsmetoder (5,17).

## KAMPEN OM EVIDENS

Inspireret af Sundhedsstyrelsens beskrivelse af forskningsmetoder er udarbejdet en oversigt over traditionelle naturvidenskabelige forskningsmetoder (figur 1) – se i øvrigt <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/medicinsk-teknologivurdering-mtv/litteraturvurdering>. Pyramideformen tilkendegiver hvilke metoder, der i denne forståelse anses for at frembringe de bedste videnskabelige beviser. Figuren viser, hvordan systematiske reviews ligger øverst i evidenshierarkiet, mens case-rapport studier rangerer lavest.



Figur 1: Oversigt som gengiver evidensniveauer i relation til biomedicinske forskningsmetoder.

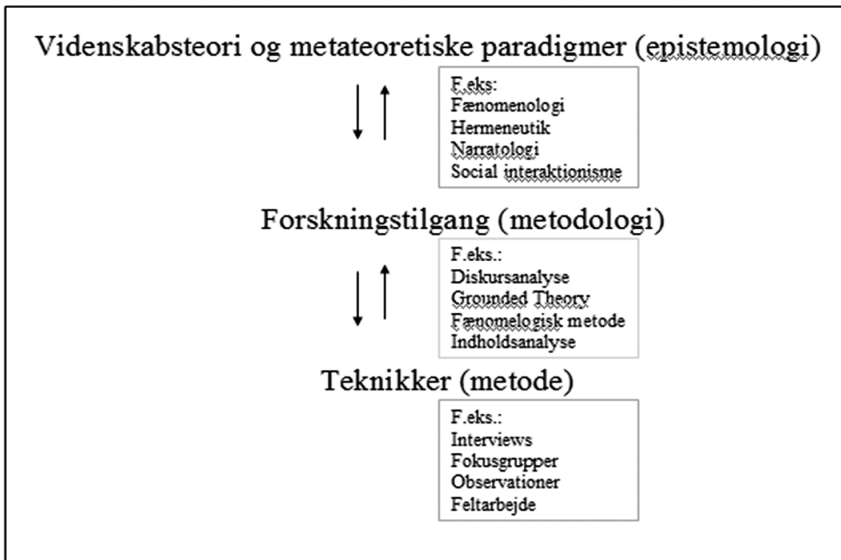
Undersøgelsesmetoder som traditionelt set indgår i naturvidenskabelig forskning betegnes ofte under et som kvantitativ forskning. Lødheden af kvantitativ forskning vurderes som udgangspunkt ud fra tre internationalt anerkendte grundlagskriterier, der hver for sig betragtes som essentielle i forhold til at vurdere, hvorvidt de generede resultater repræsenterer ”sande videnskabelige beviser”. Det drejer sig om henholdsvis:

- Generaliserbarhed, hvor målet er, at producere lovmæssigheder om menneskelig adfærd, der kan generaliseres universelt.
- Reliabilitet, hvor målet er at gennemføre undersøgelser, som giver de samme resultater, hvis de gentages.
- Validitet, hvor målet er, at metoden undersøger det, den har til formål at undersøge.

Såfremt de tre grundlagskriterier ikke er gennemskuelige eller ligefrem fraværende i gennemførte forskning, er der grundlag for at stemple forskningen som ikke veldokumenteret, hvilket giver god grund til at se bort de opnåede resultater (18). I øvrigt henvises til Center for kliniske retningslinjers hjemmeside, hvor der kan læses mere om de enkelte metoder samt findes checklister til dybdegående vurderinger af undersøgelser, som anvender de kvantitative forskningsmetoder. <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/manualer-og-skabeloner/checklister.aspx>

Den viste tilgang til at opnå *bedste videnskabelige beviser* repræsenterer imidlertid kun forskningsmetoder og grundlagskriterier, som fortrinsvis anvendes indenfor naturvidenskab. Indenfor humanvidenskab og samfundsvidenskab anvendes ofte helt andre metodetilgange – se f.eks. (19). Dermed opstår kimen til en efterhånden rimelig velbeskrevet ”kamp om evidens” (5, 20). Kampen opstår bl.a., fordi der i traditionel biomedicinsk forskning mangler anerkendelse af, at der f.eks. i et fag som sygepleje er brug for at stille spørgsmål, som ikke alene lader sig besvare med videnskabelig viden baseret på anerkendte biomedicinske forskningsmetoder. Hvad der også er brug for, er ifølge professor i klinisk sygeplejevidenskab Charlotte Delmar videnskabelig viden, som afhænger af tid, sted og kontekst (5).

Den metodetilgang, Delmar refererer til, kan under et betegnes som ”kvalitative forskningsniveauer” (se figur 2). Voldsomt forenklet dækker kvalitative forskningsniveauer som udgangspunkt over en række konkrete teknikker (metoder) f.eks. interviews og feltobservationer. De konkrete teknikker kan kædes sammen med forskellige overordnede forskningstilgange (metodologier), der igen kan forbindes med forskellige videnskabsteoretiske og metateoretiske paradigmer (epistemologier) – se f.eks. (21). Som vist i Figur 2 udgør ”kvalitative forskningsniveauer” dermed et komplekst puslespil af tilgange, som fodrer, at den enkelte forsker har et indgående kendskab til de konkrete forskningsmetoder, som indgår i et konkret forskningsprojekt (17).



Figur 2: Model som inspireret af Carter et al. (21) illustrerer sammenhæng mellem kvalitative forskningsniveauer.

Helt på linje med de beskrevne grundlagskriterier til biomedicinsk forskning, knytter der sig også en række grundlagskriterier til kvalitativ forskning, som hver for sig giver mulighed for at vurdere, hvorvidt der er grundlag for at betragte den gennemførte forskning som videnskabelig veldokumenteret og dermed ”sand”. Gennem årene har der imidlertid været heftig debat om, hvorvidt det overhovedet set giver mening at udnævne særlige grundlagskriterier til at omfatte al kvalitativ forskning. Debatten bunder i, at det omfattende puslespil, som tilsammen udgør kvalitative forskningsmetoder næppe lader sig indfange af fælles grundlagskriterier (22). Et interessant systematiske review fra 2011 (23) giver imidlertid et kvalificeret bud på 3 grundlagskriterier, som synes at favne et omfattende udsnit af de kvalitative metodetilgange. Det drejer sig om henholdsvis:

- Pålidelighed (dependability), som har fokus på, hvorvidt der er stringens i og mellem dataindsamling, analyse og resultatfremstilling.
- Troværdighed (credibility), som har fokus på hvorvidt resultaterne giver mening for andre – hhv. fagfolk og deltagere.
- Overførbarehed (transferability) som har fokus på, i hvilken grad er det muligt at overføre resultater til andre sammenhænge.

Ved at anvende de tre grundlagskriterier er det muligt at få et overblik over lødigheden i den gennemførte forskning. Til forskel fra kvantitativ forskning beror vurderingen af kvalitativ forskning imidlertid ikke alene på, hvorvidt grundlagskriterierne er til stede i studiet eller ej. Vurderingen beror også på en afvejning af, i hvilken grad grundlagskriterierne er til stede, og om det er tilstrækkeligt set i forhold til den konkrete forskningstilgang. Det fordrer imidlertid, at de personer, som vurderer forskningen, har et indgående kendskab til og overblik over kvalitativ forskningsmetodik (se figur 2). Se i øvrigt Malterud (24), som giver et bud på en mere omfattende vurdering af kvalitative studier.

En sådan sondring mellem vurdering af kvantitativ og kvalitativ forskning har været en af hovedkilderne til kampen om evidens (5). Kampen om evidens udgør imidlertid kun én indfaldsvinkel til debatten om hvilken viden, der udgør det bedste grundlag for at træffe evidensbaserede sygeplejefaglige beslutninger.

### **KLØFTEN MELLEML FORSKNING OG KLINISK PRAKSIS**

En anden indfaldsvinkel, som ikke alene har rødder i den videnskabsteoretiske arena, men også i en erkendelsesteoretisk tradition, tager udspring i den kendsgerning, at det tilsyneladende er mere komplekst end forventet at implementere forskningsbaseret viden i klinisk praksis. En forklaring på implementerings-trægheden, som ofte kommer til udtryk i sygeplejefaget, er ”gabet mellem teori og praksis” (25). Gabet – eller kløften – refererer blandt andet til de udfordringer, der synes at være forbundet med at ”overføre” mere eller mindre abstrakt og universel forskningsbaseret viden til en lokalt forankret klinisk kultur. Kløften kan være med til at forklare, hvorfor der i disse år i stigende grad investeres ressourcer i implementeringsforskning (26) samt i at beskrive og udvikle ”knowledge translation” – dvs. modeller og konkrete redskaber, som er i stand til at flytte viden fra én forståelsesramme til en anden (27, 28) – se også kapitel 6 om journal clubs i denne bog. Spørgsmålet er imidlertid, om det overhovedet er muligt at overvinde kløften mellem teori og praksis?

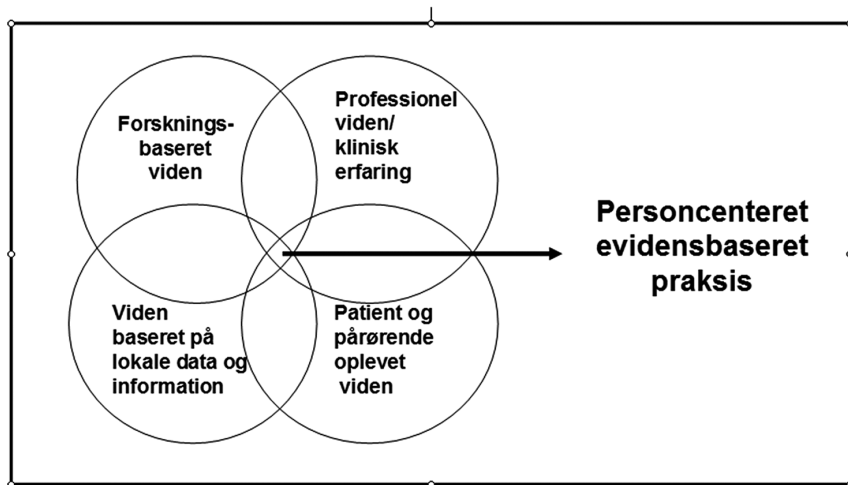
Set fra et erkendelsesteoretisk perspektiv baserer teoretisk videnskabelig viden og klinisk praktisk viden sig på to helt forskellige logikker. Derfor giver det blandt andet ifølge professor i pædagogik Kristian Larsen ikke mening at tale om en kløft eller et gab mellem forskningsbaseret viden og klinisk praksis (25). Derimod er det væsentligt at forstå, hvordan de to logikker påvirker hinanden og på den baggrund skabe forandringsprocesser, som involverer flere former for viden.

Uden denne forståelse for en eksisterende kundskabsmangfoldighed er det ifølge Larsen ikke muligt at evidensbasere klinisk praksis (se endvidere 29, 30).

### PERSONCENTRERET EVIDENSBASERET KLINISK PRAKSIS

Den samme forståelse af, at evidensbaseret praksis er funderet i flere former for viden, kommer til udtryk i adskillige artikler skrevet af et britisk forskernetværk (se f.eks. 16). Netværket har gennem de sidste 15 år arbejdet med udvikling og implementering af evidensbaseret kundskab især indenfor sygeplejefaget. En del af netværkets arbejde har bestået i at udvikle en nuanceret tilgang til personcentreret evidensbaseret klinisk praksis, hvor evidens – defineret som viden (knowledge) – udgår fra vidt forskellige ressourcerkilder.

Netværkets arbejde har bl.a. resulteret i en model, som har inspireret til figur 3. De fire cirkler i modellen afspejler fire forskellige ressourcerkilder til evidens henholdsvis *viden fra forskning, viden fra klinisk erfaring, viden fra patienter og pårørende samt viden fra den lokale kontekst*. Ved at inddrage den bedst dokumenterede viden fra hver enkelt af de fire ressourcerkilder bliver det ifølge netværket muligt at forme et robust grundlag for at udvikle en person-centreret evidensbaseret praksis (16).



Figur 3: Model som afspejler fire forskellige ressourcerkilder til evidens. Ved at inddrage den bedst dokumenterede viden fra hver enkelt af de fire ressourcerkilder formes et robust grundlag for at udvikle en person-centreret evidensbaseret praksis.

De fire former for ressourcerkilder, som er repræsenteret i modellen, rummer hver for sig en række karakteristika, hvoraf nogle få vil blive beskrevet her:

- *Viden fra forskning* bliver ofte prioriteret højere end andre kilder til evidens, bl.a. fordi forskning anses for at levere vandtætte svar på de spørgsmål, som stilles. En udfordring synes imidlertid at være, at evidensen sjældent opnå absolut sikkerhed og kan blive ændret, når ny forskning gennemføres (16).
- *Viden fra klinisk erfaring* relaterer sig til professionel praksis og livserfaring. Denne form for praksis kaldes i nogle sammenhænge også for ”professionel håndværkskundskab” eller praktisk ”know-how”. Undersøgelser viser, at denne form for kundskab primært opnås i lokale sammenhænge, bl.a. gennem brug af kollegaer, lokale udviklingsprojekter eller konkrete ”redskaber” (16, 25).
- *Viden fra patienter og pårørende* repræsenterer ”brugernes” erfaringer, synspunkter og ønsker. Denne ressourcekilde til evidens er bl.a. væsentlig at inddrage fordi ”god praksis” ikke kan adskilles fra de ofte uforudsigelige måder patienter og deres pårørende reagerer på, når de møder systemet for at gennemgå undersøgelser og behandling (16, 31).
- *Viden fra lokal kontekst* repræsenterer bl.a. informationer omkring organisationskultur samt de mennesker, der arbejder her. Ligeledes kan der være tale om informationer hentet fra audits eller utilsigtede hændelser eller information frembragt gennem forskellige feedbackredskaber (16).

Modellen lægger blandt andet op til, at viden og dermed evidens, som udspringer fra forskellige ressourcerkilder og dermed repræsenterer forskellige logikker, er i stand til at supplere hinanden, når det gælder om at etablere en person-cen- teret evidensbaseret klinisk praksis. Det betyder *ikke*, at viden fra forskellige res- sourcekilder kan afløse hinanden. RCT-studier må fortsat betragtes som de bedste videnskabelige beviser, f.eks. når det gælder om at finde frem til effekten af konkrete medicinske behandlingsformer. Forskning kan derimod ikke stå alene som ressourcekilde, når det f.eks. handler om at ændre en klinisk praksis, så syge- plejersker får mulighed for at gennemføre selvstændige sygeplejekonsultationer, der andre steder har vist sig at øge den patientoplevede kvalitet af sygeplejefaglige kerneydelser. Her handler det også om at gøre brug af velbeskrevne faglige ud- viklingsprojekter og lokalt forankrede data, som blandt andet kan være indhentet gennem brug af audits. Forskning kan imidlertid inspirere til ændringer i klinisk praksis, ligesom veldokumenterede faglige udviklingsprojekter kan inspirere til såvel naturvidenskabelige som human- og samfundsvidenskabelige forsknings- projekter.

Dermed er modellen med til at tydeliggøre, hvordan etablering af evidensbaseret praksis handler om mere end at integrere individuel klinisk ekspertise og bedst opnåelig ekstern evidens (6). Det handler lige så meget om at bygge bærende broer mellem lokalt forankret klinisk udvikling og klinisk forskning (15, 29, 30).

## VEJEN FREM

Som vist er evidensbasering af klinisk praksis langt fra en ensidig størrelse. Evidensbasering er både mangfoldig og multifacetteret og kan tilsyneladende føre vidt forskellige veje. Derfor er det væsentligt med en aktiv stillingtagen til den fremtidige udvikling af evidensbaseret klinisk praksis. Det gælder ikke mindst i et fag som sygepleje, hvor kerneydelser f.eks. også involverer kropslig viden, som ikke nødvendigvis lader sig beskrive, dokumentere og videreudvikle gennem etablerede forskningsmetoder (32).

En væsentlig essens i evidensbaseret klinisk praksis er integrering af bedst opnåelige eksterne evidens og individuel klinisk ekspertise (6), men evidensbasering fordrer mere end det. Det handler også om at få øje på, og holde fast i, sammenhænge mellem praksis udvikling og klinisk forskning (15). Derved bliver lokalt forankrede kulturændringer en væsentlig del af udviklings- og etableringsprocesserne. Det perspektiv giver bogen her en række uddybende eksempler på.

## REFERENCER

1. Willmann A., Stoltz P., Bathsevani C. Evidensbaseret sygepleje – en bro mellem forskning og den kliniske virksomhed. København: Gads Forlag, 2007.
2. Matzen P., Andersen I.B. (red). Evidensbaseret medicin. 2. udgave. København: Gads Forlag, 2007.
3. Mainz J. Der er behov for evidensbaseret ledelse i sundhedsvæsenet. Ugeskrift for læger, 2013; 50: 3088.
4. Sundhedsstyrelsen. Det Evidensbaserede Valg – om at prioritere i Sundhedsvæsenet. Hentet 03.01 2013 fra <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2010/mtv-konference-det-evidensbaserede-valg>.
5. Delmar C. Is it Evident That Evidence Shall Govern the Health System? International Journal for Human Caring, 2012; 16 (2): 64-69.
6. Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 1996; 312: 71.
7. Bang B., Martinsen B. Evidens i sygeplejen, Nordisk Sygepleje Forskning, 2013; 4: 219-235.



8. Cochrane A.L. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. London: BMJ Publishing Group, 1989.
9. Rolfe G. Insufficient evidence: the problems of evidence-based nursing. *Nurse Education Today*, 1999; 19:433-442.
10. Dansk Sygeplejeråd. Sygepleje og sygeplejerskens rolle i dagens og fremtidens Sundhedsvæsen. Hentet 24.10.2012 fra [http://www.dsr.dk/Documents/Fag/Pjecer/12-57\\_debath%C3%A6fte.pdf](http://www.dsr.dk/Documents/Fag/Pjecer/12-57_debath%C3%A6fte.pdf)
11. Fagerström L. (red). *Avancerad klinisk sjuksjuksköterska Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur, 2011.
12. Rydahl-Hansen S., Mathiassen A.-K., Schmelling W. Kunsten at udvikle evidenskultur baseret på faglig ledelse. *Sygeplejersken*, 2012; 8:68-72.
13. Thomsen T.G., Hølge-Hazelton B. Developing evidence-based practice: documenting a tailored writing course for healthcare practitioners, accepteret af Vård I Norden feb. 2014, In Press.
14. Ward C., McCormack B. Creating an adult learning culture through practice development. *Nurse Education Today*, 2000; 20: 259-266.
15. McCormack B., Manley K., Titchen A. (red). *Practice Development in Nursing and Healthcare*, Second edition. Oxford: Wiley-Blackwell, 2013.
16. Rycroft-Malone J., Seers K., Titchen A., Harvey G., Kitson A., McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 47: 81-90.
17. Thorgård K. Patientperspektivets epistemologi. I: *Patientperspektivet. En kilde til viden*. Red: Martinsen B., Norlyk A., Dreyer P. København: Munksgaard, 2013: 31-48.
18. Kvale S., Brinkmann S. *InterView – Introduktion til et håndværk*, 2. udgave. Gylling: Hans Reitzels Forlag, 2009.
19. Brinkmann S., Tangaard L. (red) *Kvalitative metoder*. København: Gyldendal Akademisk, 2011.
20. Krogstrup H.K. *Kampen om evidens – Resultatmåling, effektevaluering og evidens*. København: Hans Reitzel Forlag, 2011.
21. Carter S. M., Little M. Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 2007; 17 (10): 1316-1328.
22. Rolfe G. Validity, trustworthiness and rigour: Quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 53 (3): 304-310.
23. Person A., Robertson-Malt S., Rittenmeyer L. *Synthesizing Qualitative Evidence*. Synthesis Science in Healthcare Series: book 2. Philadelphia: Lippincott-Joanna Briggs Institute, 2011.
24. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, 2. udgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
25. Larsen K.; Adamsen L.; Bjerregaard L; Madsen J.K. There Is No Gap 'Per Se' Between Theory and Practice: Research Knowledge and Clinical Knowledge Are Developed in Different Contexts and Follow Their Own Logic. *Nursing Outlook*, 2002;50:204-212.
26. Rycroft-Malone J.; Bucknall T. *Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to Action*. Oxford: Sigma Theta Tau International, 2010.

27. Grimshaw J. M., Eccles M. P., Lavis, J.N., Hill, S.J., Squires J. E. Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 2012: 7:50. Hentet 22.08.2013 fra <http://www.implementationscience.com/content/7/1/50>.
28. Estabrooks C.A., David S., Thompson, C.A., Jacque J., Lovely E., Hofmeyer A. A Guide to Knowledge Translation Theory. *The Journal of Continuing Education in Health Professions*, 2006: 26 (1):25-36.
29. Eriksson B.G., Hummelvoll J.K. Relevans og evidens. Praksisnær og brukerrettet kunnskabsdannelse innen psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 2012: 9(1):33-43.
30. Hummelvoll J.K. Handlingsorienteret forskningssamarbeid – teoretisk begrundelse og praktiske implikasjoner . *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2006: 8: 17-30.
31. Martinsen B., Norlyk A., Dreyer P. Patientperspektivet. En kilde til viden. København: Munksgaard, 2013.
32. Winther H. (red). *Kroppens Sprog I Professionel Praksis: om kontakt nærvær, lederskab og personlig kommunikation*. Billesø & Baltzer, 2012.

# Implementeringsbarrierer i klinisk praksis

## – Hvordan kan de forstås og håndteres?

Mette Kjerholt

Ole Toftdahl Sørensen

*”Why do so much education and training (...) and so many books and articles produce so little change in what managers and organizations actually do?” (1).*

Der er i sundhedsvæsenet behov for samt krav om en forandringsparat og innovativ kultur, blandt andet med det formål at sikre at plejen og behandlingen til patienter og borgere kontinuerligt er up to date og dermed kan levere sundhedsfaglige ydelser i topklasse. For at kunne indfri ovennævnte krav er det nødvendigt, at ny viden og nye tiltag kan implementeres succesfuldt i klinisk praksis.

Der findes ingen lette opskrifter på, hvordan man bedst implementerer viden i praksis; det er ofte en kompliceret, kompleks og udfordrende opgave og proces, som er afhængig af den aktuelle kontekst (2, 3, 4).

At implementering er et komplekst fænomen, som der ikke kan gives nogen simpel opskrift på, underbygges af Sundhedsstyrelsens (5) rapport om emnet. Rapporten omhandler resultaterne af et litteraturstudie om implementering af forskningsbaserede tiltag, og det konkluderes at ”der findes ikke meget god evidens for, hvad det er der præcist virker og ikke virker i implementeringsprocessen” (Ibid:7).

På trods af at der ofte er lang vej fra offentliggørelse af forskningsresultater, til disse er integreret i praksis, kan meget dog gøres for at opnå vellykket implementering, som kan fungere som bindeled mellem f.eks forskning og praksis og resultere i kvalitetsudvikling i/af praksis til gavn for patienterne.

Implementeringsprocesser og udfordringer forbundet med disse omhandler dog ikke kun implementering af forskningsviden i praksis, selv om den store mængde implementeringslitteratur fortrinsvis omhandler dette. I dette kapitel har vi

derfor ikke kun fokus på implementering af forsknings viden i praksis, men anskuer implementering i et bredere perspektiv, som kan omhandle alt fra implementering af en klinisk retningslinje, et screeningsredskab, en procedure, et nyt dokumentationsværktøj mm. – kort sagt implementering af ethvert tiltag i klinisk praksis.

## **FORMÅL**

Formålet med kapitlet er at give nogle bud på muligheder og barrierer for implementering af nye tiltag i praksis, herunder beskrive hvordan implementering i en konkret hospitalspraksis er organiseret og gennemføres.

Det gør vi på følgende måde:

1. Først sætter vi fokus på, hvordan vi ser sammenhængen mellem implementering, ledelse og læring som teoretiske begreber.
2. Dernæst præsenterer vi, hvordan vi har arbejdet med implementering i vores praksis.
3. Til sidst drøfter vi vores erfaring set i lyset af den anvendte teoretiske referenceramme.

## **REFERENCERAMME/BEGREBSAFKLARING**

I dette afsnit vil vi beskrive vores referenceramme samt foretage en kort begrebsafklaring i forhold til kapitlets temaer: Implementering, ledelse, læring og aktionsforskning.

## **IMPLEMENTERING**

Implementering forstås her som ”den proces, der går fra beslutningen om at iværksætte et nyt tiltag, til tiltaget er integreret i daglig praksis” (5: 7). Tiltag forstås i bred forstand og omfatter således både meget overordnede tiltag såvel som enkelte konkrete interventioner (Ibid).

En implementeringsproces er en forandringsproces, der indebærer organisatoriske læreprocesser, som både kan involvere ny formel viden og nye færdigheder på individuelt og organisatorisk plan.

Forandringsprocesser i organisationen sker igennem et samspil af organisationens aktører og deres værdier og subjektive forståelse af, hvad deres opgaver og roller er (6).

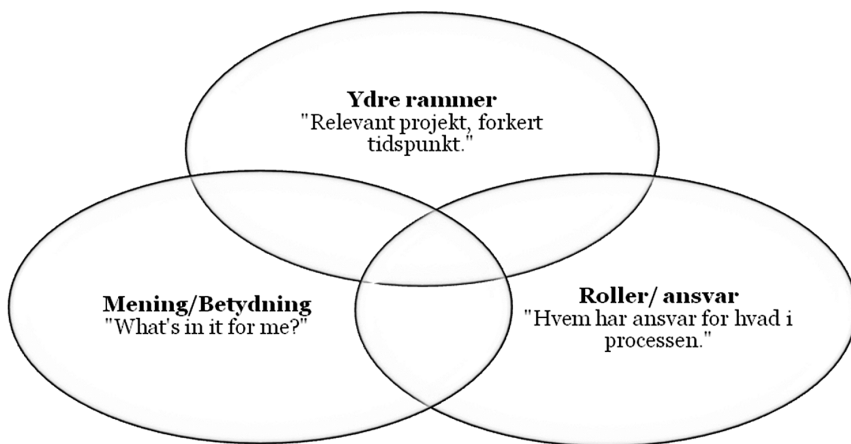
Både organisatoriske og kontekstuelle rammer har betydning for en vellykket implementeringsproces. Vores forståelse af organisatoriske rammer tager udgangspunkt i den amerikanske sociolog Richard Scotts beskrivelser af organisationer, hvor han fremstiller organisationer som mangfoldige og flertydige og ser dem i forskellige perspektiver (7). Scott har beskrevet organisations udviklingen gennem mange år og betegner den moderne organisation som sociale systemer med en tæt kobling til omgivelserne. Det er ifølge Scott ikke længere relevant at tale om organisationer som en stabil struktur, der kan adskilles fra omgivelserne. De politiske, økonomiske og teknologiske vilkår forandres kontinuerligt og med en gensidig afhængighed, hvilket har den konsekvens, at organisationer må forandre sig i samme takt.

Organisationen består af sociale strukturer, og disse struktureres af relationer mellem de enkelte aktører og omgivelserne. Det er disse strukturer og relationer, der udgør organisationens kontekstuelle ramme, i andre sammenhænge kaldes disse strukturer og relationer for kultur.

Ledelsen på både afdelings- og afsnitsniveau spiller en vigtig rolle i enhver implementeringsproces, da det er ledelsen, der skal sikre rammerne for implementeringen samt vise synlig opbakning til klinikerne. Klinikerne har ofte en høj grad af autonomi i deres arbejde, og ledelsens rolle er derfor at sørge for, at de får den nødvendige tid og får styrket deres kompetencer og ressourcer til at gennemføre de nye tiltag.

Det er velkendt, at der er en række udfordringer og barrierer, når der skal implementeres ny viden og tiltag i praksis (8, 1). Mange implementeringsprocesser i klinisk praksis er også blevet gennemført men har vist sig senere ikke at have forankret sig i organisationen, og dermed er udviklingen af organisationen på længere sigt status quo, og en masse energi og ressourcer er gået spildt (5).

I et dansk aktionsforskningsprojekt (2) blev klinikernes manglende implementering af planlagte initiativer afdækket ved hjælp af feltstudier. Analysen afdækkede tre hovedtemaer som årsager til manglende implementering: ydre rammer, mening/betydning og roller/ansvar (Ibid:46) (se figur 1 på næste side).



Figur 1: Årsager til manglende implementering af planlagte tiltag.

Alle implicerede fandt projektet relevant men angav samtidig, at der var så mange andre opgaver og projekter, der skulle/blev prioriteret højere end det konkrete projekt. Prioriteringen af opgaver skete fortrinsvis ud fra ledernes ønsker og krav, og hvis personalet ikke indfrie ledernes krav, var der både direkte og indirekte sanktioner forbundet med dette.

Tillige afdækkede undersøgelsen, at det ikke var manglende viden om faktorer, der havde indflydelse på implementeringsprocessen, men manglende omsætning af denne viden i praksis. Aktørerne pointerede, at hovedårsagen til deres manglende ansvar/medansvar for implementeringsprocessen var manglende tid, og at prioriteringen af deres tid var en politisk og ledelsesmæssig beslutning, som de ikke havde indflydelse på (Ibid: 47).

Figuren angiver således, at hvert tema selvstændigt kan være årsag til manglende implementering, men at temaerne også er indbyrdes forbundne således forstået, at de ydre rammer kan have indflydelse på om og på hvilken måde et givent projekt opfattes menings-/betydningsfuldt for den enkelte aktør, og på hvilken måde den enkelte aktør kan opfatte sin egen rolle og ansvar på i relation til både projektet og implementeringsprocessen.

Af ovenstående temaer kan udledes, at det er vigtigt at tage højde for de rammer, hvor en given implementering skal foregå – herunder om der er de nødvendige ressourcer til stede som f.eks. tid og personale. Det skal også give mening for de implicerede parter at implementere et nyt tiltag, og der skal være ledelsesmæssig opbakning til både projekt og implementeringsprocessen. Det er også vigtigt at have klare aftaler om rolle- og ansvarsfordelingen mellem de implicerede parter, så manglende implementering ikke skyldes ”den ene tror at den anden gør”.

En måde at tage højde for de angivne barrierer kan være ved at anvende en aktør-baseret tilgang til ledelse, læring, forskning og udvikling, da aktør tilgangen kan hjælpe aktørerne til at finde mening med og i de tiltag, der skal implementeres.

## **LEDELSE**

Ledelse er en afgørende faktor for at opnå en tilfredsstillende gennemførelse og forankring af nye tiltag (9, 10, 2). God ledelse med beslutningskompetence udgør en drivkraft for implementeringsprocessens gennemførelse og danner grundlag for involvering af de aktører, der deltager i processen.

Ledelse som udgør en barriere i en implementeringsproces, er ledelse, der kendetegnes ved beslutningstagen uden involvering af aktører og som udtrykkes i et magtrelateret forhold, hvor problemer anses for fejl og efterfølgende behandles som sådanne (10, 11).

## **AKTØRBASERET LEDELSE**

Aktørbaseret ledelse er en ledelsestilgang, der i forbindelse med udvikling og forandringer i praksis lader forandringen tage sit afsæt i selv samme praksis, og lader aktørerne i praksis erkende og definere, hvad der skaber den ønskede forandring. Lederen lader tillidsfuldt aktørernes egne vurderinger af og behov for, hvordan udviklingen og forandringen gennemføres være grundlaget for forandringsprocessen. Det er dette udgangspunkt for forandringsprocessen, der kendetegner og adskiller aktørbaseret ledelse fra mange andre ledelses tilgange (10).

Ifølge Jørgensen (10) består det primære ledelsesarbejde i forbindelse med forandringsprocesser i at skabe og lede kommunikationsrum. Kommunikationsrummene anvendes til primært at arbejde med to praksisformer; den koordinerende og den reflekterende praksisform. Den koordinerende er eksempelvis kendt i arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel, hvor rutinerede gøremål overvåges og

justeres. Den anden form, den reflekterende praksisform, er en form for struktureret praksis, som er reflekterende på et mere dybdegående niveau i forhold til komplekse organisatoriske problemer. Den reflekterende praksisform er i stand til at ændre grundlæggende opfattelser, som ligger til grund for, hvordan man anskuer organisatoriske problemstillinger. Det er de to praksisformer, der danner grundlag for en innovativ- og forandringsparathed i organisationen, og der skabes en kultur, der er kendetegnet ved, at medarbejderne forholder sig til egen praksis og er indstillet på at tilegne sig ny viden og/ eller forandre arbejdsgange.

Det er igennem kommunikationsrummene, lederen motiverer og inddrager aktørerne i de planlagte forandrings-/ udviklingstiltag. Lederen arbejder (sammen) med den enkelte aktør og gruppen, og lederen skal være villig til at foretage de nødvendige ledelsesmæssige konsekvenser, som arbejdet med den enkelte aktør og gruppen af aktører kommer frem til som nødvendige. Det er ved disse ledeshandlinger, at lederen viser aktørerne anerkendelse og giver feedback på de input, der er fremkommet i kommunikationsrummene. Der opstår en synlig sammenhæng mellem aktørernes betragtninger og refleksioner fra kommunikationsrummene og ledelsen, og det er her, ledelses arbejdet gør en afgørende forskel og har en motiverende virkning og medvirker til at minimere barrierer mod forandringer, blandt andet ved at understøtte aktørerne i at opleve kontrol over forandringsprocessen.

Aktørbaseret ledelse handler om at give aktørerne (=klinikerne) mulighed for at få afdækket og inddraget deres viden i de fælles beslutninger, som enhver organisation træffer dagligt. Det er denne aktive inddragelse, der er medvirkende til succesfuld implementering.

Ledelsesarbejdet vil i en implementeringsproces tillige fokusere på at skabe rammer og betingelser for læring og udvikling på alle niveauer.

Det syn man har på hvordan læring opnås, har betydning for den måde, man planlægger et givent læringsmiljø på.

## **LÆRING**

Læring kan ifølge Illeris (12) defineres som ”enhver proces, der hos levende organismer fører til en varig kapacitetsændring, og som ikke kan skyldes glemsel, biologisk modning eller aldring”(Ibid: 58).



Ifølge Illeris hersker der i det moderne samfund, trods mange forskelligartede læringsteorier, nogle væsentlige fælles træk vedrørende forståelsen af læring: Der er f.eks. gjort op med forestillingen om læring som ”påfyldning – tankpasserpædagogik”. Læring finder derimod altid sted ”i mødet mellem nye impulser og den viden, kunnen eller forståelse, der er etableret i forvejen” (Ibid: 7).

Der er tillige en fælles opfattelse af, at læring skal ansues indenfor en konstruktivistisk ramme – dvs. at det er de lærende selv, der gennem deres deltagelse, aktivitet og deres væren-i-verden producerer deres læring og derigennem konstruerer deres viden, kunnen, forståelser, holdninger, handlemuligheder mv.

Et andet fællestræk er, at læring ikke kun er et individuelt anliggende men også samtidigt et socialt og samfundsmæssigt forhold – at den sammenhæng læringen indgår i, ikke kun er en ydre ramme men altid også et integreret element i læreprocessen og læringens resultat.

Endeligt er det også et fællestræk, at den individuelle side af læringen ikke længere anses for at være et rent kognitivt (= fornuftsmæssigt) forhold men at følelser og motivation, ligesom det sociale og samfundsmæssige, altid indgår i selve læreprocessen og præger dens resultat.

En tilgang til læring i praksis, som involverer ovenstående fællestræk, er aktionslæring.

## **AKTIONSLÆRING**

Aktionslæring er en samlet betegnelse for praksisnære tilgange og metoder til at skabe læring i praksiskontekster, hvor man tager afsæt i den professionelle praksis og understøtter udviklingen af et udviklingsorienteret læringsmiljø på arbejdspladsen (13). Aktionslæring er ifølge Madsen kendetegnet ved: læring i fællesskab, gennem udsøgende undersøgelse og refleksioner i forhold til deltageres aktioner (projekter, handlinger, praksis, eksperimenter) og organiseret i særligt rammede læringsgrupper med frivillig deltagelse (14).

Aktionslæring har vist sig velegnet til at sikre holdbare implementeringstiltag:

*”Whilst traditional modes of learning often result in people slipping back into their previous behaviour patterns (...) action learning in this context enabled participants to overcome this tendency and develop sustainable learning and changes in behaviour” (15: 31).*

Ved at man i et ligeværdigt, anerkendende fællesskab med andre udforsker og udfordrer konkrete praksissituationer, kan man åbne for og blive bevidste om hindrens blinde pletter og dermed udvikle og styrke viden, færdigheder og kompetencer til gavn for patienterne.

Et begreb, som knytter sig tæt til aktionslæring, er læring anskuet som social praksis. Lave og Wenger (16) betragter læring i et praksisfællesskab som en integreret og uadskillelig del af social praksis, hvor læring opstår ved at deltage i forskellige situationer og ved at være i sociale relationer med andre mennesker. Læring forstås derved som social praksis, hvor de sociale relationer har afgørende betydning for den læring der opnås. Wenger (17) antager, at det er nødvendigt med denne læring for at kunne danne og indgå i det, han betegner som praksisfællesskaber. Med deltagelse forstås ikke blot deltagelse i bestemte aktiviteter men som en mere omfattende proces, som består i at være aktive deltagere i sociale fællesskabers praksisser og konstruere identiteter i relation til disse fællesskaber.

Begrebet praksis definerer Wenger som et handlingsfællesskab, der giver det, vi gør, struktur og mening. Praksis handler om mening som en hverdagserfaring, hvilket ifølge Wenger består af mening i en proces – meningsforhandling. Meningsforhandling er betegnelsen for den proces, hvorigennem vi oplever verden og vores engagement deri som meningsfuld (Ibid).

Aktionslæring er desuden tæt knyttet til begrebet Transformativ læring, hvor læring og identitet er indbyrdes forbundne. Illeris (18) definerer, med henvisning til Mezirov og Taylor, transformativ læring således: "Begrebet transformativ læring omfatter al læring, der indebærer ændringer i den lærendes identitet" (Ibid: 67). Ved transformation forstås en omdannelse, der indebærer en eller flere ændringer hos den lærende. Læring kan betragtes som mere end tilegnelse af viden og færdigheder. Transformativ læring handler også om at skabe mening i sin tilværelse. I transformativ læring indgår fire kerneelementer: 1) individuel erfaring, hermed menes hvad den enkelte tager med sig ind i forløbet og oplever igennem forløbet, – fører til kritisk diskussion/undersøgelse af de normative antagelser, der ligger bag den lærendes værdier og forventninger, 2) at fremme kritisk refleksion, hermed menes refleksion i forhold til indhold, proces og grundlaget, 3) dialog, hermed menes både dialog med sig selv og andre, og endeligt 4) et helhedsperspektiv, hvormed der menes erkendelsesmæssige, følelsesmæssige og samspilsmæssige dimensioner.

I anvendelse af transformativ læring skal der derfor lægges vægt på at udvikle et fællesskab og introducere nogle ritualer, der skaber samhørighed samt benytter sig af, at deltagerne udvikler og fortæller historier og gennemfører fælles undersøgelser.

Aktionslæring kan både anvendes som et selvstændigt pædagogisk værktøj men kan også anvendes som metode i aktionsforskning (15).

## **AKTIONSFORSKNING**

Aktionsforskning er en forskningstilgang, der grundlæggende er kendetegnet ved, at praktikere i samarbejde med forskere gennem forskning i egen praksis udvikler selv samme praksis (19, 2). I aktionsforskning forskes således sammen med, og ikke på eller om, andre mennesker. Aktionsforskning har ligeledes vist sig at være den forskningstilgang, der bedst kan sikre holdbare implementeringer i sundhedsfaglig praksis (20).

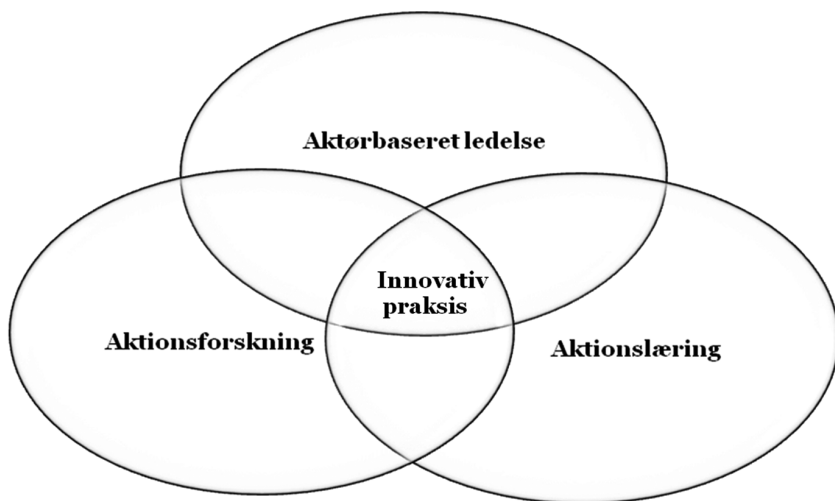
Sygeplejerske og ph.d. Loretta Bellman (9) beskriver, at sygeplejeledet forskning i praksis, som resulterer i forandring og udvikling, skal forstås og værdsættes af mange grunde ”It is patientfocused, collaborative, contributes to personal development and advances professional practice knowledge” (Ibid: 1).

Centralt i aktionsforskning er refleksion og dialog i og over praksis med det mål at ændre uhensigtsmæssige procedurer og arbejdsgange. Aktionsforskning bygger på den grundlæggende antagelse, at muligheden for at forankre forandringer i praksis bedst udvikles gennem dialog og praksisfællesskaber mellem de involverede parter (20).

Forskningsprocessen er kendetegnet ved kontinuerlige cykliske processer af ”Look, think, act, evaluate” i forhold til den praksis, der er genstand for forskningsprocessen.

Bellman beskriver, hvordan sygeplejersker opnår forandringer og udvikling i klinisk praksis gennem brug af aktionsforskningens eksplorative, kreative, innovative og empowerede proces: ”Nurses identified patient specific problems, challenged the status quo and systematically implemented an evidence-based change process using critical action research” (9: 2).

Som henholdsvis ledende oversygeplejerske og forsker supplerer vores ledelses-/ lærings-/forsknings referenceramme hinanden i daglig klinisk praksis ift. at udvikle en innovativ lærings/-implementeringskultur i afdelingen, illustreret i figur 2, og som vi har uddybet i en faglig artikel (21).



*Figur 2: Ramme for innovativ lærings- implementeringskultur.*

Hvordan vi omsætter referencerammen i klinisk praksis fremgår af følgende casebeskrivelse.

### **EN KONKRET CASEBESKRIVELSE**

Vores hæmatologiske afdeling blev etableret maj 2011, og fra starten var afdelingsledelsen enige om, at afdelingen bl.a skulle være kendetegnet ved en innovativ lærings-/implementeringskultur. Dette blev forsøgt imødekommet ved forskellige tiltag på både et strategisk (hvad ønsker vi at opnå), taktisk (hvordan vil vi opnå det) og operationelt (hvordan agerer vi konkret) plan:

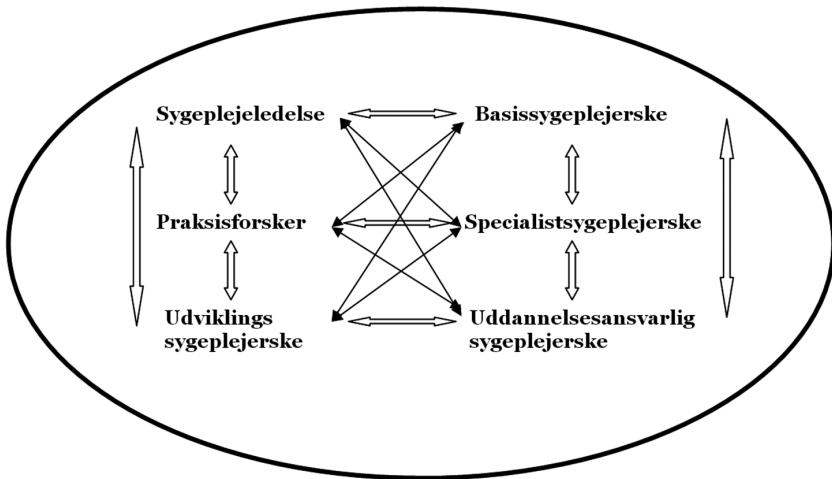
- Ansættelse samt videreuddannelse af personale med forskellige kompetencer både på akademisk, udviklingsmæssigt, læringsmæssigt og forandringsmæssigt niveau
- Kursus for ledere, udviklingssygeplejerske samt klinisk sygeplejeforsker i implementerings-/og forandringsstrategier

- Undervisning/temadage for alt personale i bl.a kommunikation, samarbejde, referencerammen for plejen og behandlingen på afdelingen.
- Organisering og strukturering af mødefora på kryds og tværs i afdelingen (se bl.a figur 3)
- Erfarings-grupper ift. udvalgte fokusområder af betydning for hæmatologiske patienter
- Fokus uger ift. udvalgte områder af betydning for hæmatologiske patienter (= struktureret oplæring og evaluering foretaget af specialist sygeplejerskerne ift. den øvrige personalegruppe)
- Kontinuerlige audits af patientjournaloptegnelser
- Aktionsforskningsprojekter omhandlende kontinuitet og brugerinddragelse i individuelt tilpassede hæmatologiske patientforløb
- Aktionsforskningsprojekt omhandlende formelle refleksionsmøder for al nyansat plejepersonale
- Udviklingsprojekt omhandlende formelle refleksionsmøder for den øvrige plejepersonale-gruppe
- Udarbejdelse af diverse lokale kliniske retningslinjer (både mono- og tværfaglige) byggende på evidensbaseret viden.

Ovenstående tiltag udfoldes på hver deres måde gennem dialogiske og kommunikative processer i afdelingen, hvilket foregår mange steder både formelt og uformelt/ad hoc, for eksempel på mono- og tværfaglige konferencer og konsultationer, tværfaglige tavlemøder, sygeplejemøder, teammøder, MED- møder, det hurtige møde i skyllerummet, på kontoret, på gangen, hos patienten. Ved alle møder finder meningsforhandlinger sted, og eventuelt nyt integreres i den daglige/faglige praksis. Et eksempel på det hurtige møde i skyllerummet kunne være en uformel drøftelse blandt sygeplejersker af, hvordan for eksempel CVK instruksen omsættes i praksis, hvor sygeplejerskerne får korrigeret hinanden og forhandlet sig frem til en fælles forståelse af, hvordan instruksen skal omsættes til handling.

Udover disse mødefora er også skriftligt materiale såsom patientjournalen, mødereferater, patientinformationer, patientfortællinger/-klager genstand for drøftelser i personalegruppen – alt sammen med det formål at sikre kvaliteten i plejen og behandlingen til patienterne.

Vi plejer at sige, at vi er den mest kommunikerende afdeling i landet, og vores formelle og uformelle kommunikations-/mødefora er mangfoldige, hvilket fremgår af figur på side 60:



Figur 3: Sygeplejefaglig kommunikations-/mødestruktur  
ift. ledelse-læring-forskning-udvikling.

Figur 3 viser kun kommunikations-/mødestrukturerne i det sygeplejefaglige felt, men lignende figurer kan udarbejdes for alle øvrige faggrupper i afdelingen som læger, terapeuter, sekretærer – så hvordan sikrer vi, at hele afdelingen får kendskab til hvad der rører sig af betydning for alle ansatte? Dette forsøges sikret både ved hjælp af ugentlige tværfaglige ledermøder samt Nyhedsbreve fra Afdelingsledelsen.

### KOMMUNIKATIONSSTRATEGIER VED NYE PROJEKTER

Når nye projekter iværksættes, vælges en projektleder blandt personalegruppen ud fra kriterier som blandt andet faglige og personlige kvalifikationer og interesser. Projektlederen får gennem hele projektperioden sparring af oversygeplejersken og forskeren, således at der også sker en kompetenceudvikling af projektlederen som projektleder.

Projektlederen afholder informationsmøder for alt personale og sender invitationer ud til de relevante personalegrupper, hvorefter den enkelte medarbejder giver en skriftlig tilbagemelding, hvis denne ønsker at indgå i det aktuelle projekt. I et samarbejde mellem alle projektdeltagerne (herunder også projektlederen) udarbejdes en mødeplan, hvad angår tidspunkt, form og indhold for møderne, og det er til disse møder, de individuelle erfaringer, værdier og forventninger inddrages

i projektet, erfaringerne bliver diskuteret og gruppen forholder sig kritisk til de normative antagelser, der kan ligge bag erfaringerne. Denne forholden sig til nuværende praksis og antagelser anvendes til at fremme kritisk refleksion og danner baggrund for skabelsen af den fremadrettede praksis.

Alle projektdeltagerne får også ved projektstart udleveret en såkaldt logbog, hvor de bliver bedt om at skrive alle deres refleksioner omkring projekt og proces. Disse logbogsoptegnelser inddrages ligeledes i de ovenfor nævnte fælles drøftelser.

Tillige er projektlederne meget synlige i den daglige kliniske praksis, og de er blæksprutter i forhold til de opgaver, som projektet medfører både på kort og langt sigt. Foruden deres rolle som overordnet projektleder er de også proceskonsulent, facilitator, mødeleder, informationsmedarbejder, sekretær og ikke mindst rollemønstre i den konkrete måde at varetage projektopgaven på – hvad enten det drejer sig om, hvordan en indlæggelsessamtale afholdes, hvordan plejepersonalet skal dokumentere, screene, udføre en konkret pleje-/ behandlingsprocedure med mere.

Undervejs gennem hele projektperioden udsendes Nyhedsbreve fra projektlederne, så alle medarbejdere kan følge processen, og alle projekter afsluttes med en evalueringskonference, hvor alle projektdeltagerne mødes og evaluerer både projekt og proces – herunder hvad der eventuelt skal ændres til næste gang, projekter iværksættes og implementeres.

## **MODSTAND MOD FORANDRINGER**

”Når forandringens vinde blæser, vælger nogle at bygge vindmøller, andre at bygge læhegn” (*kinesisk ordsprog, ukendt ophavsmand*).

Selv om vi planlægger og gennemfører forsknings- og udviklingsprocesser ud fra vores ledelses- lærings- og forskningsmæssige referenceramme, så oplever vi alligevel en gang imellem, at ikke alle klinikerne deltager engageret i de planlagte projekter og processer eller omsætter de planlagte aktioner i praksis. Hvad gør vi i disse situationer? – vi taler med dem og spørger dem direkte, hvad årsagerne er til deres manglende effektivering af planlagte og besluttede ændringer– og hvis det f.eks er manglende tid, hjælper projektlederne, eventuelt i samarbejde med afdelingens ledere, dem med at prioritere deres tid. Manglende implementering af et planlagt tiltag bliver med andre ord genstand for drøftelse i en ligeværdig, aner-

kendende og respektfuld tone mellem de direkte involverede, således at alle involverede føler sig hørt.

Hvis vi relaterer vores konkrete implementeringsstrategi/taktik i vores afdeling til den beskrevne litteratur i baggrundsafsnit og begrebsafklaring, har vi ved brug af en aktørbaseret tilgang forsøgt at tage højde for de organisatoriske, faglige, ledelsesmæssige og personlige udfordringer, der kan være i forhold til at sikre en vellykket implementering. Vi kan nu efter 2 års bevidst og målrettet indsats dokumentere, at vi er godt på vej til at få opbygget en innovativ implementeringskultur til gavn for både patienter, pårørende og afdelingens personale. Dette kommer blandt andet til udtryk ved en engageret, reflekterende og nysgerrig personalegruppe, som kontinuerligt kommer med forslag til nye tiltag, der ønskes implementeret i klinisk praksis. Det kommer yderligere til udtryk ved, at størstedelen af vores igangværende og afsluttede projekter enten er på vej til at blive eller allerede er integreret og forankret i den daglige kliniske praksis.

### **DET FORTSATTE ARBEJDE**

Trods et utal af implementeringsteorier der beskriver og forklarer implementeringens mange facetter, samt implementeringsmodeller der angiver, hvordan man kan sikre en vellykket implementering i klinisk praksis, så tyder den store mængde litteratur omhandlende implementeringsbarrierer på, at det er svært at omsætte teorierne og modellerne succesfuldt i praksis. Vi mener, at dette skyldes implementeringens kompleksitet, hvor man altid må tage hensyn til og højde for de aktuelle organisatoriske og kontekstuelle rammer for en given implementering, og disse rammer kan generelle teorier og modeller ikke "favne". Med andre ord er en vellykket implementering afhængig af *Hvad* der skal implementeres, *Hvorfor* et givent tiltag skal implementeres, *Hvornår* og *Hvordan* implementeringen skal gennemføres, *Hvem* der bestemmer hvad der skal implementeres.

Der skal både viden, vilje og mod til at ændre adfærd, men: meningsfulde ændringer af/i praksis kan lykkes, hvis både viden, vilje og kompetencer er til stede hos de implicerede – både medarbejdere og ledere – samt har organisatoriske rammer der understøtter ændringerne. På vores afdeling er der mange forskellige nøglepersoner med forskellige kompetencer og ansvarsopgaver ift. implementeringsprocesser, hvilket uden tvivl har stor betydning for "succesraten" af implementeringen af nye tiltag.



En vellykket og vedvarende implementering, hvad angår omsætning af forskningsbaseret viden til praksis, kræver desuden også tålmodighed:

*”It takes nine years, on average, for interventions recommended as evidence-based practices in systematic reviews, guidelines or textbooks to be fully implemented” (22: 174).*

På vores afdeling er vores erfaring dog, at det ikke behøver tage så lang tid, hvis der på afdelingen er opbygget en konstruktiv implementeringskultur, hvor nye tiltag opleves som spændende og udfordrende og ikke som problematiske og negativt forstyrrende.

## REFERENCER

1. Pfeffer J, Sutton RI. *The Knowing Doing Gap*. Harvard Business School Press, 2000. (Hentet 15.9. 2010). <http://www.amazon.com/Knowing-Doing-Gap-Companies-Knowledge-Action/dp/1578511240>.
2. Kjerholt M. Sammenhæng i ældre kronisk syges patientforløb – idealer og realiteter. Ph.d. afhandling, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet; 2011.
3. Pepler C, Edgar L, Frisch S, Rennick J, Swidzinski M, White C, Brown T, Gross J. Strategies to Increase Research-based Practice: interplay with unit culture. *Clinical Nurse Specialist* 2006; (20)
4. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet* 2003; (362).
5. Sundhedsstyrelsen. Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport. Sundhedsstyrelsen, København; 2010.
6. Jørgensen KM. Innovations- og forandringsledelse. Børsens ledelsehåndbøger, København; 2002.
7. Mejlby P. Introduktion til organisationsteori – med udgangspunkt i Scotts perspektiver. Forlaget Samfundslitteratur; 1999.
8. Rycroft- Malone J. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence in practice. *Journal of Clinical Nursing* 2004; (13).
9. Bellman L. *Nurse-led Change and Development in Clinical Practice*. Whurr Publishers, England; 2003.
10. Jørgensen KM. Innovation gennem aktørbaseret ledelse. *Ledelse og Filosofi* 2007; (20).
11. Kanter, RM. *The Change Masters – Innovation and entrepreneurship in the American corporation*. Simon & Schuster. New York; 1983.
12. Illeris K. *Læringsteorier – 6 aktuelle forståelser*. Roskilde Universitetsforlag; 2012.
13. Weinstein K. *Action learning*. Gower Publishing Limited og Dansk Psykologisk Forlag AS; 2008.

14. Madsen B. Aktionslæring som professionspædagogisk metode. Psykologisk Institut, Aarhus Universitet; 2008.
15. Wilson V, McCormack B, Glenice I. Developing healthcare practice practice through action learning: individual and group journeys. *Action Learning: Research and Practice*. 2008; (5).
16. Lave J, Wenger E. *Situated Learning – Legitim Peripheral Participation*. Cambridge University Press; 1991.
17. Wenger E. *Praksisfællesskaber – Læring, mening og identitet*. Hans Reitzels Forlag; 2004.
18. Illeris K. *Transformativ læring og identitet*. Samfundslitteratur; 2013.
19. Reason P, Bradbury H. *Handbook of Action Research: Participative Inquiry & Practice*. SAGE Publications, London; 2001.
20. McNiff J, Whitehead J. *Action research: Principles and Practice (2.nd.Edition)*. Routledge/Falmer, London and New York; 2002.
21. Kjerholt M, Sørensen OT. Forsker og leder udvikler praksis sammen. *Sygeplejersken* 2013; (9).
22. Green LW, Ottoson JM, Garcia C, Hiatt RA. Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization and integration in public health. *Annual Review of Public Health*; 2009 (30).

# Forhold af betydning for afsætning af udviklings- og forskningskompetencer i sundhedsvæsenet?

## – Uddannelse og tid

*Sanne Bjergskov Andersen*

*Kristian Larsen*

### INDLEDNING

Dette kapitel tager afsæt i en del af materialet fra ph.d.-studie, hvor 25 kursister på forskningsmetodikkursus<sup>1</sup> i Region Sjælland er fulgt over 2 år. Studiets hovedfokus er hvad der læres ved et sådan kursusforløb, samt hvilke implikationer det efterfølgende får for praksis når kursisterne vender tilbage til arbejdet, og hvor det som en del af forløbet er planlagt at gennemføre deres udarbejdede projektbeskrivelse. Erfaringer med 10 tidligere kursister, der har gennemført lignende kursusforløb, har været, at den udarbejdede projektbeskrivelse ikke efterfølgende bringes til gennemførelse. Derimod tyder det på, at kursistersnes arbejdsmæssige mobilitet øges og at de ansættes i særlige specialiststillinger på sygehusene, som for eksempel klinisk udviklingsterapeut eller specialeansvarlig. Hvorvidt disse ansatte gør mere brug af kompetencer inden for udvikling og forskning, er mere positivt stemt for udvikling/forskning, læser andre tidsskrifter, indgår i nye netværk osv. vides ikke – og dette var baggrunden for igangsættelsen af ph.d.-projektet. Kapitlet retter særligt fokus på to af de forhold, der har betydning for hvorledes medarbejdere med mellemlang videregående uddannelse (MVU) omsætter et kursusforløb i forskningsmetodik – uddannelse og tid.

### Baggrund

Politisk og samfundsmæssigt er der i disse år megen fokus på, at patienterne tilbydes den bedste og nyeste behandling. Et af de landspolitiske udspil er ”Dansk

---

<sup>1</sup>. Et-årigt kursusforløb med undervisning i forskellige forskningsmetoder, videnskabelige paradigmer og udarbejdelse af projektbeskrivelse under vejledning. Kurset er inspireret af et lignende kursusforløb ved Forskningsenhed på Rigshospitalet, UCSF.

sundhedsforskning – status og perspektiver”, som understreger forskning og anvendelse af forskning som betydningsfuld for denne udvikling (1). Der er kilder, der estimerer, at der er tale om et gab på mellem 10-15 år mellem produktion af viden til denne anvendes (2). Andre kilder afviser, at et 'gab' eksistere, og fremhæver at man må anerkende at praktik og videnskab producerer deres viden forskelligt, og afsætningen af denne viden sker i forskellige fora. Videnskabelig viden er for eksempel primært rettet mod forskningsmiljøernes videnskabeligt ansatte og videnskabelige tidsskrifter. Hvorimod praksis viden i denne optik må forstås som den viden, der opstår i relationen mellem en praksis (på hospitalet) og aktørens dispositioner (inkorporerede livsbetingelser for eksempel omsorgskompetence) – denne forklaringsmodel har gentagne gange været anvendt til forståelse af trægheden for forandringer i praksis. Praksis er derfor ikke anvendt videnskab, men en praksis præget af praktiske løsninger i tids- og handlepres, hvor praktikerens dispositioner (habitus) medvirker til passende handlinger i relation til konkrete problemstillinger og praktiske opgaver (3). For eksempel beskrives hvorledes patienterne optræder som læremestre for sygeplejestuderende, når det skal læres at anlægge en forbindelse (4).

Kravene om videnskabelig produktion og formidling er stigende overalt, også inden for MVU-området, og der er derfor et kraftigere fokus på, at uddannelse til videnskabeligt arbejde og anvendelse af forskning end tidligere. Professionsbacheloruddannelserne opruster tillige lærerstaben, så en stor del af underviserne erhverver formelle forskeruddannelser (ph.d.), og derved på den måde at styrke uddannelsernes forskningsbasering. I litteraturen viser for eksempel studier fra England, at tilstedeværelsen af ansatte på sygehusene med forskningskompetence medvirker til en øget anvendelse af forskning i praksis (5). Et større svensk studie konkluderer, at det vil være hensigtsmæssigt at tilbyde uddannelse i forskning og derved overkomme en væsentlig barriere for udnyttelse af forskningsresultater i klinikken (6). Flere udenlandske studier af sygeplejersker fastslår, at uddannelse i relation til forskning vil gøre holdningen til forskning mere positiv, samt at evnen til at gøre brug af forskningsresultater i den direkte behandling af patienterne vil øges som følge heraf (7). På denne måde forventes deltagelse i forskningskurser at øge kursisternes tilbøjelighed til at gøre brug af forskning (8), hvorved det antages, at efter- og videreuddannelse af medarbejdere med MVU medvirker til, at disse medarbejdere er mere søgende, nysgerrige og refleksive i relation til forskning, forskningsresultater og udvikling af praktikken. Der dokumenteres tillige positiv sammenhæng mellem evne til kritisk tænkning/refleksion og anvendelse af forskningsresultater (9).

Anvendelsen af forskningsresultater er overvejende blevet undersøgt blandt sygeplejersker vha. ”The BARRIERS to research Utilization Scale”<sup>2</sup>. I USA, Sverige, Canada og England har Barriers Scale medvirket til analyser af den manglende udnyttelse af forskning i klinikken. Væsentlige barrierer fra de seneste studier i Sverige (10) – ses i boks 1.

### **Boks 1 – Barrierer for anvendelse af forskning i praksis**

- Begrænsede ressourcer til rådighed til at omsætte forskning til praktik
- Begrænset autonomi i beslutningstagning i forhold til ændring i egen praktik
- Mangel på tid til at læse forskningsresultater
- Mangel på tid til at gennemføre nye ideer
- Forskningens betydning til praktisk anvendelse er ikke tydelig
- Den relevante litteratur er ikke samlet ét sted, som medvirker til at forskningsresultater er fysisk svært tilgængelige
- Manglende evne til at læse og forstå statistik
- Isolation fra forskningsuddannede kolleger med hvem man kan drøfte forskning
- Vanskeligheder ved at læse forskningsresultater/artikler på engelsk

Perspektivet om barrierer bygger videre på teorien om, at der er et gab mellem teori/videnskab og praktik, samt at uddannelse er den primære løsning på at overkomme barrierer. Denne undersøgelse angår ikke direkte spørgsmål om hvilke barrierer enkelte ansatte står overfor i forhold til at anvende forskningsviden i praksis, men det forventes at denne type barrierer kan være relevante også når fokus er på kursusdeltagelse og mulig implementering af projekter efterfølgende. Traditionelt har ansatte med MVU-baggrund ikke beskæftiget sig med forskning, og dette har kun sporadisk været efterspurgt fra klinikken. Hvorimod akademiseringsprocessen og udvikling af forskningskompetence initieres gennem uddannelse, kurser, grader (professionsbachelor mv.) samt opbygning af forskningsinstitutioner i de universitære miljøer i fx sygepleje, fysioterapi osv. Parallelt er den kliniske praksis præget af, at der gøres og handles i forhold til konkrete opgaver.

---

<sup>2</sup>. Barriers Scale er en spørgeskemaundersøgelse, der rummer en række udsagn inden for karakteristika for anvenderen (sygeplejersken), organisationen, udviklingspotentialet og kommunikation. Udsagnene scores på en Likert skala fra 1-4, samt en ”ingen mening” score.

Klinisk praksis er som tidligere beskrevet, overvejende båret af praktikerens dispositioner og langt mindre af rationelle videnskabelige overvejelser (11). Der er meget få MVU-ansatte i kliniske forskerstillinger og selve produktionen af videnskab i sundhedsvæsenet, har primært været varetaget af faggrupper, som har akademisk grunduddannelse (for eksempel læger), og som har længere tradition inden for forskningsbaseret, aktiv deltagelse i og ledelse af forskningsprojekter.

## FORMÅL

Formålet med dette kapitel er at beskrive og forklare, hvorvidt, hvordan og i givet fald hvorfor medarbejdere med mellemlang videregående uddannelse (MVU) omsætter et kursusforløb i forskningsmetodik. Der fokuseres på temaerne uddannelse og tid.

### Teoretisk inspiration til studiet

Det teoretiske afsæt er hentet hos den franske filosof og sociolog P. Bourdieu (1930-2002), i den danske sygeplejerske og uddannelsesforsker K. Larsens arbejder (3)(4)(12)(13)(14)(15) og i livsformsbegrebet, som de to danske etnologer T. Højrup og L. Rahbek Christensen præsenterer det (16).

Bourdieu, beskriver et felt, som et afgrænset mikro-kosmos, et socialt rum, der består af et netværk af sociale relationer mellem positioner af aktører, der er fastlagt i forhold til disses fordeling af den magt, kapital (ressourcer)<sup>3</sup>, der er anerkendt i det pågældende felt (17)(18). Man taler for eksempel om det akademiske felt, det kunstneriske felt og som her det medicinske felt. Det centrale i denne sammenhæng er, at MVU-fagenes historiske indtræden i det medicinske felt, skete på medicinens vilkår og på baggrund af idealet fra den borgerlige familie (19)(20)(21). Det medicinske felt rummer dominerede og dominerende positioner, hvor det dominerende er båret af en medicinsk logik, som materialiseres i personer (læger), specialer, diagnoser, organer mv., og i videnskabelig dominans af en

---

<sup>3</sup>. Økonomisk kapital: materiel rigdom. Social kapital: summen af eksisterende og potentielle ressourcer i form af ”forbindelser”. Kulturel kapital: findes i tre typer: 1) inkorporeret kropslig form (habitus), 2) objektiv form (bøger, teorier, teknikker, bygninger, biblioteker mv.) og 3) institutionaliseret form (diplomer, titler og uddannelser). Symbolsk kapital: symbolsk kapital er mere generel end de øvrige, og lægger sig som et ”lag” oven på de andre. Da det der rummer symbolsk kapital er bundet til hvad en given social gruppe genkender som værdifuldt og tillægges værdi (17)(21).

bestemt version af naturvidenskabelige metoder og forsøg. MVU-gruppen er placeret i en assisterende position til medicinen, og derved domineret (11)(12). Det er dog centralt, at aktørerne ikke 'vælger' en position, da de habituel gennem opvækst (dispositioner), skolegang og uddannelse mv. reproducerer praktikker, der matcher en position i et felt. At kende sin plads er inkorporeret i aktøren, og dette virker langt stærkere end rationelle strategier (22)(23). Flere kilder beskriver placeringen som mediært, hvilket betyder at MVU-gruppen ikke kun domineres, men den dominerer også andre grupper i feltet for eksempel social- og sundhedsassistenter inden for sygeplejen (24)(25). Konkret betyder det, for de kursister, der har været på kursus i forskningsmetodik, at deres projekter skal gennemføres i et felt som defineres af andre, hvor for eksempel visse naturvidenskabelige metoder tillægges størst værdi, og 'Guld'-standard udgøres af det randomiserede kontrollerede kliniske forsøg.

Livsformsbegrebet er en teoretisk konstruktion, der inddrages for at analysere forskellige måder hvorpå informanterne orienterer sig med hensyn til arbejde og fritid. Begrebet beskriver hvorledes forholdet mellem fritid og arbejde gør sig gældende i forskellige livsformer, hvor 1) arbejde kan være et middel og fritiden et mål – typisk bundet til lønarbejderlivsform, 2) arbejdet kan være et mål og fritiden et middel – karrierebundne livsform. Derudover arbejdes der i dette kapitel med en tillem্পning mellem livsformer (16)(26)<sup>4</sup>. Der beskrives nogle tendenser, hvor investeringen af tid indgår som betydningsfuld markør.

I følge Larsen er MVU-fagenes udfordring, at de befinder sig i et spændingsfelt i det medicinske, herunder mellem det akademiske og det ikke-akademiske. I en sociologisk analyse beskrevet som en skjult læreplan beskrives spændingsfeltet:

*“... Lad mig indlede med en beskrivelse af det modsætningsforhold, som professionerne som identitet, erhverv og uddannelse er udspændt mellem. Alt dette skal professionen lære sig, sådan skal den opføre sig, og den type spændinger skal den enkelte udøver bære og håndtere i krop og sjæl.*

---

<sup>4</sup> Derudover beskriver kilden den selverhvervede livsform, som dog ikke er relevant for nærværende analyse.

1. *Uvidenhed:* *De skal holdes i 'passende uvidenhed' – samtidigt med at alle skal og kan være 'evigt refleksevene'.*
2. *Selvundertrykkelse:* *De skal vide, at de ikke er så dygtige – samtidigt med at alle hele tiden er på vej og udvikler sig.*
3. *Udvikling:* *De skal vide, at praksisområdet er under hastig udvikling – samtidigt med at grundlæggende institutionelle forhold er uændrede ...*
4. *Faglig stolthed:* *De skal kende deres plads og være glade for den – samtidigt med herskende idealer om livslang uddannelse ...*
5. *Videnskabelighed:* *De skal tro, at viden, uddannelse og videnskab gør forskellen – samtidig med at skole og uddannelsessystemet cementere en arbitrær tildeling af magt og privilegier" (12 – s. 44).*

Det er dette spændingsfelt vi gennem de kommende afsnit vil uddybe yderligere. Det er centralt at forstå hvorledes spændingsfeltet fastholder i en 'fornemmelse' af at kunne avancere og forbedre sin position, at kunne uddanne sig, at kunne forske og på samme tid 'de facto' ikke rigtigt sprænge rammen.

Metodisk er der i projektet gjort brug af flere metoder til konstruktion af viden om feltet /empiri, heriblandt litteraturstudier, spørgeskemadata, observationsstudier af undervisningsforløb og praktisk arbejde på sygehus<sup>5</sup>, interview med kursister og deres nærmeste ledere knapt et år efter kursusforløbets afslutning.

## UDDANNELSE OG MVU

I vesten har uddannelse været anset som vejen til at forbedre individer og gruppers arbejds- og levevilkår gennem århundreder. Uddannelse forventes at bidrage til udligning af social ulighed fx ved, at alle i Danmark, formelt set, har 'lige og fri' adgang til uddannelse. Den 'lige og frie' adgang tyder dog på, at indeholde sin

---

<sup>5</sup>. Sygehus skal forstås i bred forstand, da de funktioner der har været observeret har været ganske forskelligartede fx en fødeklínik, et psykiatrisk ambulatorium eller en medicinsk sengeafdeling.



egen regulering, da det fortsat er primært børn af mellemlaget (middelklassen), der rekrutteres til blandt andet MVU<sup>6</sup>-uddannelserne, og børn af akademikerfamilier, der primært rekrutteres til de universitære uddannelser (15). Uddannelsesforskning dokumenterer statistisk, at uanset enhver forestilling om et 'frit' valg i relation til uddannelse og erhverv, er der et mønster mellem uddannelsesvalg og erhverv (27), som kan begrundes i et reproduktionsteoretisk perspektiv, hvor individet gennem dets opvækst og livsbetingelser inkorporerer forældrenes sociale mønstre, perception af verden og grundlæggende værdier.

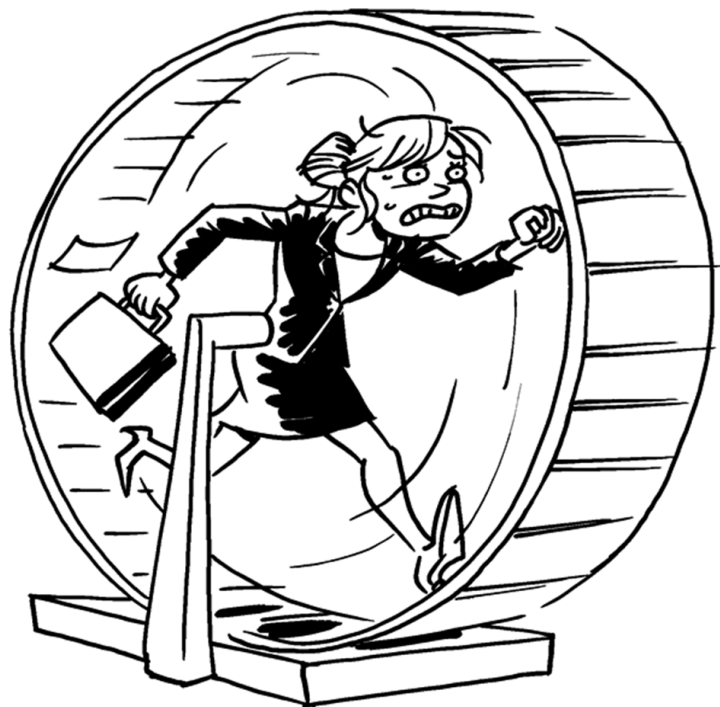
Derudover er MVU på grunduddannelsesniveau fastholdt i en distinktion<sup>7</sup> til de akademiske uddannelser i form af tildeling af en professionsbachelortitel – hvilket ikke udfordrer den bagvedliggende præmis fra de traditionelle strukturer om uddannelser inden for og uden for universitetet (28). Dette skyldtes, at professionsbachelor (som en særlig dansk konstruktion) ikke kan forveksles med en akademisk bachelor. En undersøgelse af indførelsen af professionsbachelorgrad i sygeplejerskeuddannelsen viser, at dette ikke har ført til fundamentale forskelle i fordeling af materielle og symbolske goder via uddannelsessystemet, men det efterlader en fornemmelse af 'dog at have fået noget' (28). Akademisering af MVU'ere sker langt overvejende gennem overbygningsuddannelser (master 60 ECTS og kandidat 120 ECTS), som adskiller sig fra den traditionelle universitære kandidatgrad som et samlet forløb over 5 år (300 ECTS). MVU-gruppen må 'nøjes' med en kortere akademiseringsproces, da der politisk er besluttet 'hvor kloge' gruppen bør blive! Det er en provokerende fremstilling, men hensigten er, at få fremskrevet en forståelse af at MVU-gruppen er 'bagud på point' som udgangspunkt.

---

<sup>6</sup>. Tine Rask Eriksen har vist at rekrutteringen over en generation har for sygeplejeuddannelsen ændret sin rekruttering, da der aktuelt rekrutteres fra grupper der i mindre grad har omsorgskompetencer fra opvæksten end tidligere. Informanterne i dette studie har godt halvdelen af agenternes fædre erhvervsfaglig uddannelse (52%), 16% MVU, og 16% ufaglært eller kortuddannet og 16% akademisk uddannelse. Mødrene er 24% erhvervsfagligt uddannet og 24% MVU, 44% er ufaglærte eller kort uddannede, kun 8% har akademisk uddannelse. Antallet af ufaglærte/kort uddannede (særligt i mødregruppen) kan skyldes et stort aldersspænd på ca. 30 år fra yngste til ældste informant, som derved får historisk sammenhæng med kvinders øgede deltagelse i uddannelse og arbejdsmarked.

<sup>7</sup>. En distinktion er en forskel, hvor den ene side anses er bedre end den anden (4)(21).

Børn uddannes generelt ofte højere end deres forældre, men det kan forklares ved en generel inflation i uddannelse (29). Inflation medvirker til at jo flere, der får adgang til højere uddannelser, jo mere mister de pågældende uddannelser værdi på arbejdsmarkedet – Der opstår en 'trædemølle', og afsætningsmulighederne svækkes – og den kulturelle værdi forringes.



Udlatant af: Arbejdsplacering nu APS

Uddannelse, som ikke følger den anerkendte vej i uddannelsessystemet, som for eksempel kurser i forskningsmetodik, udbudt af for eksempel universitetshospitaler i Danmark, kunne derfor forventes at have vanskeligere afsætning end legitim kulturel kapital – da sådanne kurser ikke er akkrediteret med ECTS points, og i denne sammenhæng ikke er en 'rigtig' uddannelse. Efter en kort introduktion til på uddannelse i generelt perspektiv vendes blikket mod hospitalet, hvor uddannelse som udgangspunkt anses som en forudsætning for at arbejde med udvikling og forskning.

Trods en del forandringer i uddannelsesreformer og professionsbachelortitler er der ikke sket store ændringer i hvordan for eksempel sygeplejersker, bioanalytikere eller radiografer er positioneret i forhold til hinanden og andre faggrupper i feltet.

Der er flere studier af praktikken på sygehusene, som ikke har fundet store forandringer i den konkrete praktik, til trods for underviseres akademiseringsproces, professionsbachelortitler, etablering af forskningsinstitutioner o.l. (21)(30) (31). Dette bekræfter, at en ting er hvad der sker i den akademiske verden, noget andet er det der sker i og former den praktiske verden. Meget tyder dog på, at massive transformationer af praktikken pågår aktuelt, men det er ikke en akademiseringsproces og det skyldes ikke en sådan. Forandringerne går i retning af en generel transformation af velfærdsstaten, dens institutioner, professioner og brugere (13), hvor styring, organisering, videnskrap/regimer (erfaring-evidens) bliver det nye mantra. Pointen er, at praksis faktisk ændres, men kun i meget lille grad mod det akademiske, og i langt højere grad mod og på grund af nye ledelsesformer og tilknyttede begreber som for eksempel New Public Management, incitamentsøkonomi (DRG), sygdomsklassifikationer (ICD10) og også nye krav om evidens, standarder, guidelines. Alle disse forhold virker ind på praktikken med stor styrke for eksempel gennem forkortede indlæggelsestid, standardiserede indlæggelsesprogrammer mv. Mange former for videnskabelige interesser er i spil i praksisområdet og det bliver endnu mere kompliceret når disse samtidig skal relateres til økonomiske og politiske interesser i at minimere udgifter, forkorte indlæggelsestider mv. (13)(32).

## **UDDANNELSE SOM KAPITAL – NÅR DER ER ET MARKED!**

Den institutionelle ideologi er, at sundhedsvæsenet skal være 'opdateret' og evidensbaseret – man skal forske og udvikle, der etableres forskningsenheder og medarbejderne sendes på kurser og uddannelser. Nærværende kursus i forskningsmetodik er et eksempel på dette. Generelt investeres der en del i uddannelse i sundhedsvæsenet for eksempel viser et andet kapitel i denne bog, at 2,5 % af sygeplejerskerne på Holbæk, Roskilde og Køge sygehuse er i gang med eller har gennemført en kandidat eller masteruddannelse, samtidigt udtrykker omkring 22 % interesse for at gennemføre master- eller kandidatuddannelse (33).

På det individuelle niveau var strategien langt mere rettet mod at forbedre sin position, og på at deltagelse i uddannelse skulle være meningsfuldt. I ph.d. studiet, viste det sig at investering i uddannelse blev oplevet meningsfuldt, når der var en omsætning af denne – altså et job, hvor kompetencen kunne anvendes.

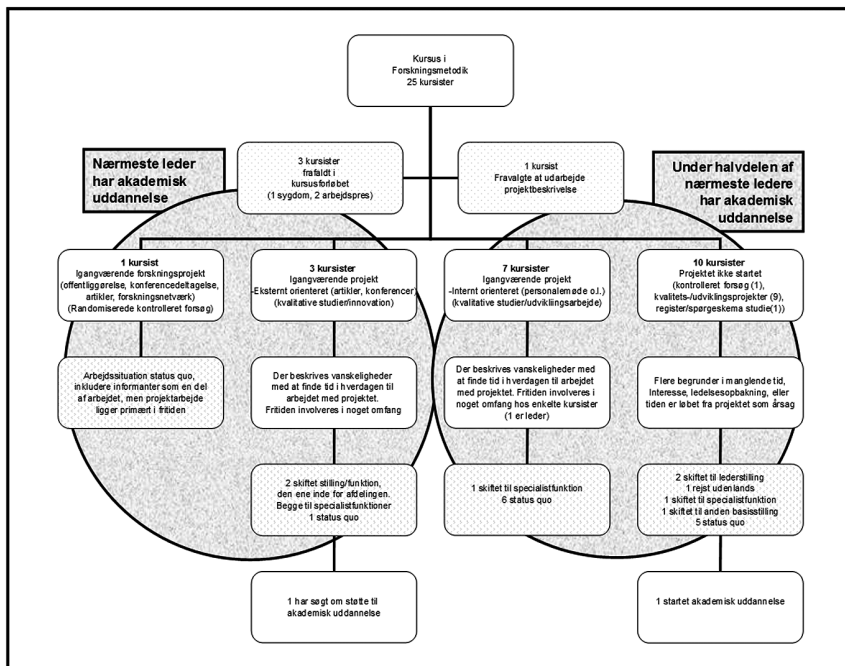
*”Informant: ... altså, jeg kan jo sagtens tage en uddannelse, men det kræver jo noget rent personligt og økonomisk. Men jeg skal ligesom have et arbejde at vende tilbage til som, hvor jeg kan bruge det. ... når du så er færdig, så kommer du tilbage her i xxx område (speciale slette for anonymisering), og så sørger du for, at det her xxx område bliver det bedste sted at være, fordi det er der medarbejderne er mest tilfredse, fordi I får udviklet praksis og udviklet medarbejderne. Hvis de kunne gøre det, så ville jeg være frisk med det samme, altså. Jeg skal kunne finde et eller andet sted. Det er ikke fordi jeg lige skal have en stilling eller et arbejde, jeg skal bare have noget at bruge det til”*

*(Kursist, som har begrænset efter- og videreuddannelse, og som har opgivet at gennemføre sit projekt).*

Af dette citat fremgår det tydeligt, at det var centralt at kunne omsætte de ny erhvervede kompetencer i et tilfredsstillende jobindhold. Kursusforløbet var planlagt til at løbe ud i et projektførløb, hvor den udarbejdede projektbeskrivelse blev gennemført – alle 25 kursister startede på kursusforløbet med forventningen om, at de ville gennemføre deres projekt efterfølgende. Alle projektideer var inden kursusstart godkendt af kursistens nærmeste leder, og med forventning om at der på baggrund af en udarbejdet projektbeskrivelse kunne gennemføres et projekt.

Alligevel var det knapt halvdelen af kursisterne, der efter kursets afslutning ikke havde påbegyndt deres projekter, og 50 % af disse havde skiftet job 1 år efter kursets afslutning (heraf 2 avanceret inden for egen afdeling). Af de, der havde igangsat et forsknings- eller udviklingsprojekt havde 27 % skiftet job (heraf en avanceret inden for egen afdeling). Kursisternes strategier er fremstillet i figur – 1. Figuren viser hvorledes kursisterne vej gennem forløbet har været, om projektet er igangsat, hvilken karakter projektet har haft (for eksempel klinisk forsøg eller udviklingsprojekt), hvilke udfordringer kursisterne har mødt i denne forbindelse, samt hvorvidt de har været arbejdsmæssigt mobile (skiftet job).

Kursisternes funktioner var opdelt i to grupper a) basis ansættelse og b) specialist ansættelse (for eksempel klinisk udviklingssygeplejerske, speciale ansvarlig, kvalitetskoordinator, ledelse mm.). Mængden af uddannelse står i forhold til den funktion kursisten varetog – af de 25 kursister var 13 ansat i specialiststillinger ved kursets start – 10 af disse havde mindst én videreuddannelse (diplom/master) versus kursister i basis ansættelse, hvor 3 ud af 12 havde dele af en diplomuddan-



Figur 1 – Kursisternes strategier

nelse. Kapital i form af uddannelse er på denne måde sat i forhold til funktioner/stillinger i MVU-gruppen, som et internt hierarki, hvor specialisten var den med mest uddannelseskapital.

Og jo mere uddannelse des længere væk var funktionen observerbart fra det område, der befolkedes af basis ansatte, hvilket ofte også var fysisk væk fra basis ansatte – på kontorer, i afsides områder af afdeling/enhed. Specialister som for eksempel indenfor kvalitetsarbejde eller uddannelseskoordinering af grunduddannelser (fx sygeplejerskeuddannelse) kumulerede uddannelse. Med kumulation af uddannelse forstås, at det forekom at kursisterne efter grunduddannelse havde gennemført en eller ofte flere videreuddannelser for eksempel havde 4 kursister, som var specialister både diplom- og masteruddannelse. Vejen til specialistfunktion kan være via uddannelse, og derved at uddannelse omsættes direkte til en anden funktion – og fremstår derved som kulturel kapital dvs. at uddannelse er en kendt vej til at øge arbejdsmæssig mobilitet. Men det modsatte forekom også i

et enkelt tilfælde – at ansættelse i en funktion genererer yderligere uddannelse for kursisten (1 kursist havde efter kursusforløbet ændret ansættelse i specialiststilling, og ad denne vej fået adgang til at søge om yderligere uddannelse).

Lederne beskrev inden for samme sygehus, at særlige funktioner krævede et bestemt uddannelsesniveau, idet der refereres til en fælles retningslinje på sygehuset vedrørende videreuddannelse af personale med MVU. Men det var dog ikke entydigt i empirien hvilket niveau af uddannelse, der forventedes til diverse funktioner for eksempel klinisk specialeansvarlig – om det var faglig specialuddannelse, sundhedsdiplom, masteruddannelse eller kandidatuddannelse, hvilke discipliner var tillige uklart – om det for eksempel var master i klinisk sygepleje eller voksenuddannelse. Der fremkom indenfor samme sygehusinstitution forskellige fortolkninger af det ønskede niveau. Trods et begrænset antal informanter i undersøgelsen<sup>8</sup> tydede det på, at der hvor ledelserne har erhvervet akademisk uddannelse var man strategisk mere orienteret mod at uddanne medarbejdere på akademisk niveau end for eksempel med diplomuddannelse. Derudover tyder det på, at der var sammenhæng mellem ledelsernes uddannelsesniveau og mulighederne for kursisterne at arbejde med udvikling og forskning:

*”... Interviewer: Du har så selv en master i klinisk sygepleje?*

*Informant: ... Ja ... Den blev jeg færdig med for 3 år siden.*

*Interviewer: Ja. Jeg tænker, tror du det har en betydning, at både du og Signe (afdelingsledelse) har akademisk uddannelse for, hvor I ligesom er nået til?*

*Informant: ... Ja. Vi taler nogenlunde samme sprog, altså fagsprog, og vi kan se også udviklingsmæssigt hvad der skal til. Ja, det tror jeg har en betydning...”*

*(Leder i afdeling, hvor kursisten på dette tidspunkt har ændret stillingsindhold, og støttes i at søge akademisk videreuddannelse, afdelingen har tillige en ph.d.-studerende (MVU) ansat som led i deres strategi for udvikling og forskning).*

---

<sup>8</sup>. 25 kursister og 12 ledere.

En ting er, at ledere medtænkte uddannelsesniveau parallelt med eget uddannelsesniveau, men analyse af materialet tyder tillige på, at der var en sammenhæng mellem ledernes uddannelse og kursisternes mulighedsbetingelser for at udfolde projektarbejde. Mulighedsbetingelser skal forstås som det spillerum, der efterlades den enkelte kursist som for eksempel uddannelsesmuligheder, mulighed for at ændre i sit arbejdsindhold, prioritering af projektarbejde mv. Som det fremgår af figur 1 er ledernes uddannelsesniveau højere for den gruppe af kursister, hvis forsknings- og udviklingsarbejder havde fokus på at publicere. Modsat var der i materialet afdelingsledelser, hvor det højeste uddannelsesniveau var påbegyndt diplomuddannelse, hvilket anses for at svare til professionsbachelorniveau. Her var prioriteringen af såvel uddannelse, som udvikling og forskning mere begrænset. Her var reduceret fokus på at arbejde med udvikling og forskning – ledere beskrev det samlede personale i afdelingen som ”slukket”, og at der ikke var overskud til opgaven, derved satte man ’overlæggeren lavere’, som det fremgår i nedenstående citat:

*Interviewer: Så det du siger det er, måske hellere sætte overlæggeren lidt lavere og så kunne nå målet?*

*Informant: ... Ja, og så få nogle succesoplevelser. Hele tiden være dygtig til være ... vi skal have fokus på udvikling på trods af vores trange kår. Og hvordan gør vi så det. Og der kunne jeg jo godt tænke mig meget mere ’drive’ fra hver enkelt ...”*

*(Leder der aktuelt er i gang med diplomuddannelse, afdelingen her beskrives af både leder som kursist som meget økonomisk presset, og at ’der ikke er tid til noget’).*

Det kunne tyde på, at ledernes uddannelsesniveau blandt andet har betydning for hvorvidt medarbejderne støttes i videreuddannelse, samt til at arbejde med udvikling og forskning, som nærværende kursus forventedes at afstedkomme. Dette gør sig særligt gældende når der er tale om fælles faglighed mellem kursist og ledelse dvs. sygeplejersken orienterede sig mod den sygeplejefaglige leder. Kun få orienterede sig mod feltets elite som for eksempel lægelige forskere og ledere, på trods af disse blev beskrevet af flere kursister som de ’rigtige’ forskere og producenter af viden. Kursisternes projektarbejde blev relateret særligt mod egen afdeling og egen faggruppe – én enkelt var orienteret mod lægegruppen. Projektindholdet havde formodentlig også betydning for orienteringen, da projekt-

beskrivelserne især omhandlede udviklings- og forskningsprojekter af kvalitativ karakter og kvalitetsudvikling, som er mindre fremtrædende i sundhedsvidenskab (lægevidenskab), hvor idealet om det kliniske forsøg råder. Som det ses af Figur 1 var ét af de igangværende projekter et kontrolleret forsøg, som for eksempel i sin styregruppe havde såvel læger og MVU-ledere. Dette projekt var tillige fundet støtteværdigt af en ekstern forskningsfond.

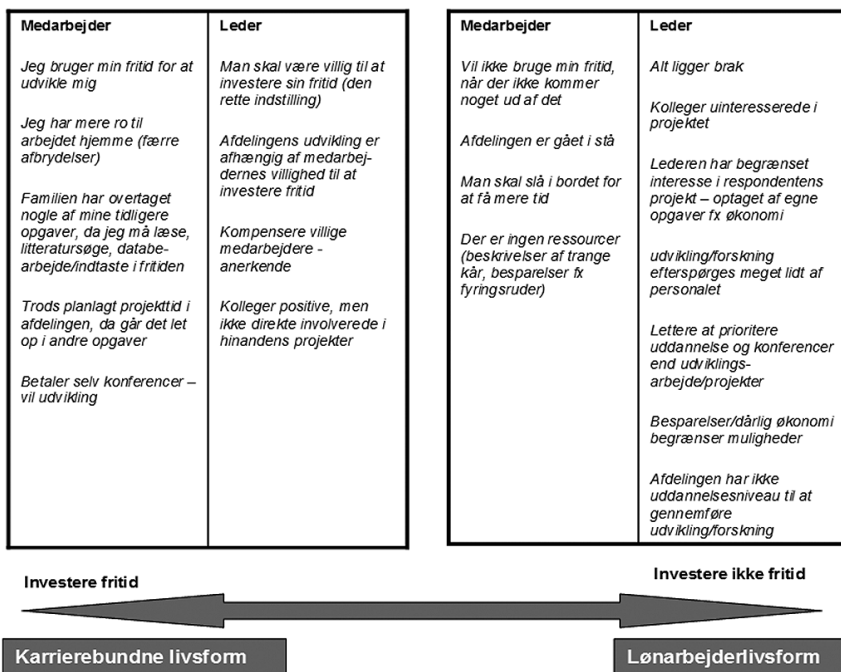
På baggrund af ovenstående kan det kort sammenfattes, at når MVU'ere gennemfører forskningsmetodiske kurser, kan dette omsættes på flere måder a) i en forskerlignende karriere, i denne sammenhæng tyder det på at forskning med brug af naturvidenskabelige metoder har størst gennemslagskraft, b) i stillingsskifte internt i afdeling, ofte mod opgaver af specialist karakter (karriereforløb), c) i stillingsskifte eksternt oftest mod specialist stilling (karriereforløb) og d) i mere uddannelse, for eksempel akademisk uddannelse.

## **DEN INVESTERINGSVILLIGE KURSIST**

Afsnittet her omhandler hvorledes tid optræder som en markør i feltet – villigheden til at investere sin tid, og kampene, der pågår om tid. Tid – eller snarere villigheden til at investere sin tid i blandt andet projektarbejde, er af afgørende betydning for om der arbejdes med udvikling og forskning i en afdeling. At man må investere sin tid er gensidigt anerkendt – altså både blandt ansatte og ledere. Den tid der refereres til er overvejende det man traditionelt ville kalde fritid (16) – altså den tid hvor en ansat kursist ikke forventes at være 'på arbejde'!

Kursisterne beskrev hvorledes praktikken på sygehus vanskeliggjorte litteratursøgning. Flere kursister fortalte i interviews, at litteratursøgning kun var noget de har gjort, da kursusundervisningen havde det på skemaet. Som en bekræftelse af studierne om barrierer (6)(10), var det ikke noget, der almindeligvis blev arbejdet med i afdelingen – der blev primært søgt i sygehusets eget dokumentsystem efter viden eller alternativt Google. Læsning af litteratur, databearbejdning og skriveproces var opgaver som der ikke er 'rum' til. Fravær af 'rum' betød både fysisk og mentalt rum, da der observerbart ikke var lokaler indrettet til disse opgaver, og da for eksempel pc'ere i vagtrum, med mange arbejdende fagpersoner, blev brugt til hurtige søgninger af for eksempel medicinordinationer og journalnotater – ikke til længerevarende søgninger. Rummene var præget af afbrud og forstyrrelser – alle kursister udtrykte litteratursøgning som en vanskelig opgave, og derved blev opgaverne eksporteret til fritiden (ofte i hjemmet). Således fremstod en del af kursisters projektarbejde som ekskluderet af sygehuset.





Figur 2 – Investering af tid

Empirien rummede særlig fokus på hvorvidt, der arbejdedes med de udviklings- og forskningsprojekter, som selve kursusforløbet lagde op til – og her tegner sig positioner som var valgt relateret til en tillempet udgave af livsformsbegrebet (16). I figur 2 blev vist, på baggrund af citater fra kursister, skematisk hvorledes der relateredes til investering af tid.

Der kunne konstrueres tre typer<sup>9</sup>:

### 1) Kursisten, der afstod fra at investere fritid – lønarbejderlivsform.

Her opgav kursisten igangsættelse af projektarbejdet allerede under kursusforløbet eller kort efter. Et par kursister udtrykte direkte, at de ikke ville bruge de-

<sup>9</sup>. 96 % af kursisterne er kvinder, som traditionelt har stort ansvar for familiesfærens forpligtelser.

Alle kursister har børn, men ikke alle hjemmeboende. Det er ikke entydigt, i nærværende studie, at mindre børn (før skolealder) er en forhindring for at investere fritid i sin arbejdsplads.

res fritid til at igangsætte projektarbejde, og her blev udtrykt utilfredshed med at ledere ikke prioriterede 'tiden' til projektarbejde, som en del af arbejdet. Derved fremstod skellet mellem fritid og arbejde klart hos denne type kursist, hvilket står i lighed med lønarbejderlivsformen (16). Andre kursister modificerede modstanden mod at investere fritid med, at deres familiære situation af forskellige årsager forhindrede dem i det. Det fremgik tillige, at investering af fritid bør få et direkte afkast i form af 'anerkendelse' i bedre arbejdsvilkår (funktioner), prioriteret projekttid, mere uddannelse og udvikling af netværk (for eksempel i relation til projektarbejdet). Investeringen blev opgivet, hvis den fremstod uden respons i afdelingen, og frekvensen af jobskifte var højest hos denne type kursist.

*"... Jeg tænker jo bare på det der med kurset, det fik man jo meget ud af, og man kunne jo få endnu mere ud af det, hvis det var man skulle bruge det til noget. Altså, jeg synes det var en rigtig rigtig god idé, og man skal måske nok næste gang gøre det mere klart, at man ligesom accepterede at det skulle bruges bagefter for ligesom at få det rigtige ud af det. Altså, jeg tror det kunne have givet meget mere, det kursus, i hvert fald..." (Kursist, som har begrænset efter- og videreuddannelse, og som har opgivet at gennemføre sit projekt).*

## **2) Kursisten, der investerede sin fritid – karrierebundne livsform.**

Kursisten igangsatte sit projektarbejde på trods af afdelingens situation for eksempel økonomiske begrænsninger. Fritiden blev investeret som et middel til at positionere sig i arbejdslivet, som hos den karrierebundne livsform (16). Der var ingen forventninger om, at afdelingen stillede 'tid' til rådighed for kursisten, dette blev naturligt modsvaret af lederens forventninger om villighed til at investere fritid. Nedenstående citat fra leder, på spørgsmål om projektarbejdet havde afstedkommet en særlig arbejdstilrettelæggelse i afdelingen:

*"... Nej, egentlig ikke. Og det er jo fordi Carina arbejder i xxx-funktion, og hun jo som udgangspunkt gør det i sin fritid. Og dvs. det var jo aldrig blevet til noget, hvis ikke det var fordi Carina havde det eget personlige drive, der er i det. Men omvendt kommer hun jo også til at sende et signal om, at det også godt kan betale sig at brænde for noget, for pludselig lykkes noget, ikke, altså. Det er ikke altid sådan at man kan sidde og vente på, at turbanen falder ned ... eller æblet falder i ens turban, og så sker der en hel masse dejligt. Nogle gange må man også selv investere, og så lykkes det i den anden ende. Og det er jo det Carina har gjort, som jeg ser det..." (Leder med akademisk uddannelse).*

Denne type kursist investerede ikke nødvendigvis kun fritid, men tillige økonomi, da for eksempel konferencedeltagelse o.l. finansieredes selv – derved kom arbejdspladsens og privatlivets økonomi til at flyde sammen, hvilket tillige kendetegnede den karrierebundne livsform (16). Kursisten deltog for eksempel i det nærværende kursusforløb (selve undervisningsdagene) i fritiden, afviklede elementer i det igangsatte projekt i fritiden bl.a. i udarbejdelse af fondsansøgninger, undervisning af kolleger i relation til interventioner i projektet. Men trods af, at investeringen blev det ikke forventet at blive kompenseret, da gav den dog afkast af anerkendelse for eksempel, at projektet tildeltes midler fra forskningsfonde (projektet er tildelt flere hundrede tusinde kroner i støtte), invitationer til afholdelse af oplæg ved konference og invitationer til indgåelse i netværk (eksterne netværk med bl.a. universitetshospitaler).

### 3) Kursisten, der indgår i et kompromis om fritid

Her igangsatte kursisten projektarbejde gennem kamp om sin fritid – hvor der søges et kompromis mellem lønarbejderlivsform og den karrierebundne livsform. Opgaver blev eksporteret til fritiden primært uden for hospitalet<sup>10</sup>, men delvist kompenseret senere i form af frihed på andre tidspunkter. Dette var en løsning, der kræver forhandlinger med ledelse:

*Interviewer: ... xxx (leder) havde givet dig nogle dage, hvor du havde hjemarbejdsdage, bliver det så sådan en slags kompensation eller er det så dage du sidder og arbejder med projektet?*

*Informant: Det har været lidt forskelligt. De to af dem jeg fik, da brugte jeg den ene og den anden som kompensation, for vi havde rimelig meget lige på et tidspunkt – fritid. Altså, så det ... det opvejer det ikke på nogen måder, men det var en lille kompensation. ... Men altså, jeg tror hvis jeg slår endnu mere i bordet, når vi nu skal til at analysere, så kan jeg godt få nogle flere dage, så det har jeg tænkt mig at gøre” (Kursist, som har efteruddannelse, en leder uden akademiskuddannelse).*

Denne type kursist var tillige orienteret mod afdelingens interne liv – mest fokus på at projektarbejdet var for afdelingens ’skyld’ – der var mindre fokus på at

---

<sup>10</sup>. Det ses også at der reserveres kontorer mv. på hospitalet, hvor kursisten arbejder isoleret fra hospitalets øvrige opgaver.

publicere, danne eksterne netværk osv. Jobskift i denne gruppe (se de to midterste spor i figur 1) blev begrundet blot for en kursists vedkommende i mislykket kompromis om tid til projektarbejde.

Kursisternes villighed til at investere sin tid blev genkendt af lederne med en gensidigt investeringsværdi – den medarbejder, der viste villighed til at investere sig selv/sin 'tid' var værd at investere i, men medarbejderens initiativ tydede på at være det centrale, og det der primært satte processen i gang. Det ser ud til, at den investeringsvillige medarbejder i højere grad kom igennem med projektarbejde/udvikling på trods af afdelingsbesparelser/trange økonomiske vilkår. Lederne spottede den investeringsværdige medarbejder på den ildhu, der blev lagt i at varetage (ekstra) opgaver i, men også særligt uden for arbejdstiden.

Kort kan sammenfattes, at der er tre måder at forholde sig til investering af sin fritid på arbejdspladsen a) at afstå fra at investere sin tid, b) at autonomt investere sin tid og c) at gå på kompromis mellem fritid og arbejdstid (kompensation).

## **SAMMENFATNING OG PERSPEKTIVER**

Uddannelse via kortere kursusforløb til MVU'ere optræder ikke uden videre som (kulturel) kapital i feltet, da der er et 'mismatch' mellem det der ideologisk formidles i form af krav om og interesse i uddannelse, versus det, der modsvarende efterspørges direkte i hospitalspraksis. De positioner, der ønskes formidlet til MVU-gruppen via det undersøgte kursus i forskningsmetodik fremstår i noget omfang som fraværende i hospitalsafdelingernes mulighedsbetingelser. Der er for eksempel ikke etableret egentlige forskningspositioner tilknyttet forskningsmiljøer, som kan indfri eller motivere til forskningsdispositioner. Når den undersøgte gruppe kun i ringe udstrækning "implementerer" deres forskningsprojekter, da skyldes det således kun delvist begrænsede ressourcer til rådighed til at omsætte forskning til praktik, begrænset autonomi i beslutningstagning i forhold til ændring i egen praktik osv. (10), men snarere savn af en egentlig forskningskultur med autonomi ift. for eksempel medicinsk forskning. Dog ser det ud til, at ledere med akademisk uddannelse skaber mere rum for at omsætte uddannelse i projektarbejde. Det kunne tænkes, at et øget fokus på uddannelse af ledere kunne medvirke til større omsætning af medarbejders uddannelsesaktiviteter for eksempel i konkrete udviklings- og forskningsprojekter.

Næsten halvdelen af kursisterne opgav at igangsætte deres projekter. Hovedparten af dem, der igangsatte projekterne måtte kæmpe for mulighederne herfor, da

en del af projektarbejdets opgaver var ekskluderet fra MVU'ers virke i hospitalet – og her blev investering af fritiden afgørende for projektets succes. Stor villighed til investering af fritid og konkret et projektindhold, som relateredes til medicinsk naturvidenskabelig forskning tyder på at nyde størst anerkendelse (genkendelse) i det medicinske felt – varetaget af den karrierebundne livsform. Det var langt fra entydigt, at uddannelse isoleret kan medvirke til mere udvikling og forskning i en afdeling. Men investering i uddannelsen medvirker til en øget arbejdsmæssig mobilitet, og derved til, at der søges mod nye jobs – dog en mobilitet isoleret internt i MVU-gruppen, og ikke mod for eksempel 'rigtige' forsker- eller projektlederstillinger. Det kunne formodes, at et særligt ledelsesmæssigt fokus på at spotte den investeringsvillige medarbejder, som ønsker en forskerlignende karriere (type 2) eller er villig til at gå på kompromis om investering af sin tid (type 3), som beskrevet oven for vil øge omfanget af arbejdet med udvikling og forskning.

Derudover tyder det på, at det er centralt, at projektindholdet er relevant og væsentlig for afdelingens virke, og at der kontinuerligt er ledelsesmæssig opbakning til såvel undervisningsforløb, efterfølgende gennemførelse og mulig implementering i afdelingen – da alene den forskerlignende karriere (type 2) fremstår som autonom (karrierebundne livsform)(16).

Sidst skal nævnes, at hospitalet i sin indretning ikke umiddelbart er tænkt til at favne alle projektarbejdets facetter, da for eksempel faciliteter til skrivearbejde og litteratursøgning er begrænsede.

I det medicinske felt indgår investering i videnskab som en helt central kapital, og der ses mønstre blandt de dominerende aktørers arbejde med forskning, hvor uddannelse, kurser og diplomer omsættes i forskningsprojekter og forskerstillinger. Parallelt er i dette studie fundet lignende mønstre i MVU-gruppen, hvor stillingerne blot afgrænses inden for gruppen selv, og derved forbliver mediært i feltet – dvs. rammen sprænges ikke for alvor. Dette hænger ikke mindst sammen med at der ikke i egentlig betydning er etableret forskningspositioner i de institutionelle sammenhænge med tilknyttede forskningsledere, forskningsbevillinger, konferencer mv. Men der er former for kulturel kapital, som bidrager til den enkelte aktørs progression, opretholdelse og akkumulation af en bedre position inden for MVU-gruppens mulighedsbetingelser i feltet, for eksempel som beskrevet i relation til jobskifte mod mere specialiserede funktioner.

På det individuelle plan må investeringen i uddannelse/kursus opleves værdifuld for den enkelte medarbejder, når det kan omsættes i et tilsvarende jobindhold/projektarbejde, og derved kan bidrage til en oplevelse af forbedret position – dog oftest inden for afdelingens og fagets rammer.

## REFERENCER

1. Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, Ledelsesforum for Medicinsk Sundhedsforskning, Forsknings- og innovationsstyrelsen, Sundhedsstyrelsen. Dansk Sundhedsforskning – status og perspektiver, 2008.
2. Nathalie P, Fiona T. Research-based practice: myth or reality? A review of the barriers affecting research utilisation in practice. *Nurse education in practice* 2[2], 99-108; 1-6-2002.
3. Larsen, K., Adamsen, L., Bjerregaard, L., Madsen, J. ”There Is No Gap ‘Per Se’ Between Theory and Practice: Research Knowledge and Clinical Knowledge Are Developed in Different Contexts and Follow Their Own Logic”. *Nursing Outlook* 2002;50:204-12.
4. Larsen K. *Praktikuddannelse – kendte og miskendte sider*. København, UCSF 1999.
5. Lacey EA. Research utilization in nursing practice--a pilot study. *J Adv Nurs* 1994 May;19(5):987-95.
6. Kajermo KN, Unden M, Gardulf A, Eriksson LE, Orton ML, Arnetz BB, et al. Predictors of nurses’ perceptions of barriers to research utilization. *J Nurs Manag* 2008 Apr;16(3):305-14.
7. Pearcey P, Draper P. Using the diffusion of innovation model to influence practice: a case study. *J Adv Nurs* 1996 Apr;23(4):714-21.
8. Lacey EA., Gerrish K. *Research and development in nursing*. In ‘The research process in nursing’, Editor: Lacey EA, Gerrish K. Wiley-Blackwell, 2010: 3-13.
9. Profetto-McGrath J. The relationship of critical thinking skills and critical thinking dispositions of baccalaureate nursing students. *J Adv Nurs* 2003. 43(6): 569-77.
10. Kajermo KN. *Research utilisation in nursing practice – barriers and facilitators*. Department of nursing, Karolinska Institutet, Stockholm 2004.
11. Bourdieu P. *Den praktiske sans*. København, Hans Reitzels Forlag 2007:130-156.
12. Larsen, K. En passende uvidenhed. *Gjallerhorn* 2009. Tilgængelig på : <http://www.viauc.dk/udvikling-og-forskning/enhed-for-professionsforskning/gjallerhorn/Sider/gjallerhorn.aspx>
13. Larsen K, Esmark K. *Velfærdstaten, sundhed og kroppe under forandring*. Praktiske Grunde, 2013: 5-14.
14. Larsen K. *Kreativitet I uddannelse*. Oplæg med Fagligsammenslutning af Undervisende Sygeplejersker, 4.-5./11.-2013. Tilgængelig på: <http://www.dsr.dk/fs/fs8/Sider/Artikler/Efter%c3%a5rs-konference-2013-Kors%c3%b8r.aspx>.

15. Bayer M, Larsen K. Speciallægeuddannelse i Danmark – en empirisk undersøgelse af tendenser indenfor speciallægeuddannelsen før implementeringen af den nye speciallægeuddannelse. Første delrapport fra forsknings- og udviklingsprojektet ”Reform af speciallægeuddannelsen i Danmark”, Sundhedsstyrelsen, Danmarks Pædagogiske Universitet, 2004. Tilgængelig på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2004/EFUA/Speciallaeger/Delrapport1SpeciallaegeuddannelsenDanmark.pdf>
16. Højrup, T, Christensen LR. Introduktion til livsformsanalysens grundbegreber. I: ’Livstykke, 12 studier af livsformer og vilkår’, Rahbek Christensen L (red.), Kulturbøger 1989.
17. Bourdieu P. Af praktiske grunde. København, Hans Reitzels Forlag 1997.
18. Bourdieu P og Loïc J. D. Waquant. Refleksiv sociologi – mål og midler. København, Hans Reitzels Forlag 1996.
19. Lommer A-G. Sygeplejersker i København – Uddannelse, arbejde og organisering 1863-1913. Københavns Universitet 1978.
20. Wærness K. Et Kvinneperspektiv på spenningen mellem husmorkulturen og den medicinske kulturen i den offentlige omsorgen. I Kirkevold M m.fl. (red). Klokskab og Kyndighed. Ad Notam Gyldendal, Oslo 1993.
21. Andersen S B. Feltstudie af sygeplejestuderendes praksis i studiegrupper. Speciale, Aarhus Universitet, 2003.
22. Lindgren L (red). Elsters utfordring – hvem vant? Temanummer om Pierre Bourdieus begreb ’ubevidst strategi’. Morgenbladet, Oslo. 2013.
23. Bourdieu P. Udkast til en praksisteori. København, Hans Reitzels Forlag 2005.
24. Larsen K. Observationer i et felt – Nogle muligheder og udfordringer. I Refleksiv sociologi i praksis. København, Hans Reitzels Forlag 2009: 37-61.
25. Larsen K. Sundhedsprofessionernes kamp – hvorfor opretholdes status quo over tid? – om stabiliserede faktorer i det medicinske felt. I Petersen KA, Høyen M. At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu. Forlaget HEXIS 2008: 295-21.
25. Bilfeldt, A. At være sej .... – en undersøgelse af kvinders arbejdsliv i nærings- og nydelsesindustrien. Ph.d.-afhandling, RUC, 2003.
26. Mattsson C, Munk M D. Social uddannelsesmobilitet på kandidat- og forskeruddannelser. SFI, 2008.
27. Halskov, G. Sygeplejerskeuddannelsen i Danmark – Reformforsøg, rekrutteringsmønstre og habituelle orienteringer. Uppsala Universitet 2013.
28. Hansen J E. Uddannelsessystemet i sociologisk perspektiv. Hans Reitzels Forlag, 1. e-bog, 1. oplag 2007.
29. Bjeld B B, Bjerre T. Akademisering af sygeplejefprofessionen – har det medført refleksive forandringer eller praksisændring. I Eriksen, T R., Jørgensen A M. Professionsidentitet og forandring. Akademisk Forlag. 2005: 114-130.
30. Bjørk I T. Hands-on nursing: new graduates practical skill development in clinical setting. Institut for Sygepleievitenskap, Oslo 2000.

31. Larsen K. Kreativitet I uddannelse. Oplæg med Fagligsammenslutning af Undervisende Sygeplejersker, 4.-5./11.-2013. <http://www.dsr.dk/fs/fs8/Sider/Artikler/Efter%20a5rskonference-2013-Kors%20b8r.aspx>.
32. Bergenholtz H, Hølge-Hazelton B. Potentialer og barrierer for vidreuddannelse på master – og kandidatniveau hos sygeplejersker. En spørgeskemaundersøgelse. Kapitel 8 i: Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis, Bibi Hølge-Hazelton (red.). Region Sjælland, 2014.



# “Der har været mange andre opgaver, der har haft højere prioritet”

## – Erfaringer fra udvikling af et kursus i etablering af journal clubs

*Rikke Faebo Larsen*

*Bibi Hølge-Hazelton*

Det er velkendt, at det er en kompleks opgave at arbejde med kulturændringer, og at der ikke findes en enkelt vej dertil. Ambitionen om at udvikle sygehusets forsknings- og udviklingskultur har derfor mange facetter, og etableringen af journal clubs er ét af flere initiativer. I dette kapitel rejser vi spørgsmålet: Understøtter kurser om etablering og afholdelse af journal clubs, at der oprettes og gennemføres journal clubs i klinisk praksis?<sup>1</sup>

### UDVIKLING AF KURSUS I AFHOLDELSE AF JOURNAL CLUBS FOR MVU-GRUPPEN

Da vi påbegyndte vores projekt, var journal clubs ikke noget nyt på sygehuset. Adskillige afdelinger havde journal clubs, primært monofaglige og overvejende for læger, dog med nogle undtagelser. Der blev flere steder fra rejst spørgsmål, om det kunne lade sig gøre at etablere journal clubs for medarbejdere med mellem-lang-videregående uddannelse (MVU), herunder for gruppen af kliniske udviklingssygeplejersker og andre med udviklingsfunktioner. På denne baggrund blev det besluttet at etablere et tilbud, til ansatte i MVU-gruppen med udviklingsfunktioner.

Formålet med kurset var at øge deltagernes kompetencer i forhold til at kunne facilitere journal clubs i egne afdelinger. Vores rationale var, at frem for at tilbyde afvikling af en eller to journal clubs for disse udviklingspersoner, kunne vi via undervisning og praktiske sessioner ”klæde dem på” og derved understøtte, at langt

---

<sup>1</sup> Kapitlet bygger på en videnskabelig artikel vi har skrevet (1). Heri uddybes dataindsamling, den teoretiske ramme og diskussionen.

flere journal clubs blev sat i gang i flere kliniske afdelinger. Det konkrete mål med etablering af journal clubs var at fremme anvendelsen af forskningsbaseret viden i klinisk praksis og dermed understøtte sygehusets udviklingskultur. Underviser på kurset var en erfaren journal club facilitator fra sygehuset (RFL).

Kurset kom til at forløbe over to eftermiddage á tre timer med 1½ måneds mellemrum, da vi ønskede at give deltagerne tid til at afprøve konceptet og returnere til kurset og drøfte fælles erfaringer. Indholdet i de to eftermiddage var dels at give deltagerne indsigt i, hvilke forhold der bør tages i betragtning, når en journal club skal etableres, ift. kompetencer, ledelsesmæssig opbakning, planlægning osv., samt at give dem konkrete anvendelige redskaber til afholdelse af journal club. I annonceringen blev der lagt vægt på, at kurset havde til formål at styrke den enkelte i at etablere en journal club i egen afdeling. Det blev meldt ud, at kurset også sigtede mod netværksdannelse internt på sygehuset, således at deltagerne kunne gøre brug af hinandens viden og erfaringer med at få etableret journal clubs, både under forløbet og efterfølgende. Sygehusets fagbibliotekarer var tidligt involveret i kurset og bidrog på kurset i form af en præsentation af fagbibliotekets tilbud i forhold til litteratursøgning.

Da vi iværksatte kurset, vidste vi, at vi ville beskrive vores arbejde med udvikling af kurset og evalueringen i en videnskabelig artikel. Denne er aktuelt under bedømmelse (1). Samtidig ønskede vi at afdække, om sådanne kurser var en anvendelig metode til at få etableret journal club i egen afdeling. Derfor bad vi deltagerne om at evaluere kurset skriftligt undervejs i forløbet samt 4 måneder efter sidste kursusgang, hvor de alle modtog et elektronisk spørgeskema. På baggrund af erfaringen om at ”ting tager tid”, besluttede vi undervejs endvidere at spørge deltagerne samt deres ledere om deres erfaringer i forhold til etablering af journal clubs 18 måneder efter kurset var afholdt. Dette foregik også via elektroniske spørgeskemaer.

## **EKSISTERENDE VIDEN**

Ifølge Honey (2) kan journal club ses som:

*”... a mechanism by which health care professionals can update their knowledge, promote critical thinking and research, assess the validity and applicability of the literature, improve skills in critical appraisal, increase the use of literature in clinical practice and to influence changes in care practices.”*

Journal clubs kan have flere formål, såsom at øge den enkeltes færdighed, metodiske forståelse samt fremme evidensbaseret praksis. Processen omkring evidensbaseret praksis kan beskrives i 5 trin; At stille det kliniske spørgsmål, at søge efter den bedste evidens, kritisk vurdere evidensen, vurdere om evidensen er tilstrækkelig og evaluere evidensens betydning (3). I denne proces kan journal club være et godt redskab.

To systematiske reviews (2;4) har fokuseret på, hvordan en effektiv journal club kan gennemføres. Dette kan sammenfattes til følgende anbefalinger:

- Der skal være ledelsesmæssig opbakning i forhold til at etablere en journal club.
- Det er at foretrække at deltagerne har samme professionelle baggrund eller samme interesse, for at fremme diskussioner som giver mening for alle deltagerne.
- Det overordnede formål med journal clubs og formålet med hver enkelt journal club møde skal være tydeligt.
- Fremmøde forventes og registreres, selvom det er frivilligt at deltage. Regelmæssige møder (f.eks. månedligt) af 1 times varighed og på et passende tidspunkt i løbet af arbejdsdagen er at foretrække. Incitamenter for at deltage, f.eks. lidt at spise har vist at være med til at øge fremmødet.
- Effektiviteten af en journal club er øget, hvis der er en, som faciliterer den. Øvelse, f.eks. i forhold til metodisk eller statistisk forståelse, er vigtigt for at sikre, at journal club facilitatoren har kompetencerne til at facilitere journal club. Facilitatoren skal også identificere og vælge artikler. Det behøver ikke være den samme, der er journal club facilitator hver gang.
- Den valgte artikel skal være af interesse for alle deltagerne og i tråd med det overordnede mål for den pågældende journal club. Det skal være drevet af et spørgsmål udsprunget af klinisk praksis. Artiklen skal distribueres til deltagerne i passende tid forud for mødet, så den kan blive læst inden mødet, f.eks. en uge før. Det er en god idé, at distribuere den elektronisk.
- For at lede en journal club effektivt kan det være gavnligt at bruge et redskab til kritisk vurdering eller et struktureret arbejdsblad, og det er vigtigt at konkludere og relatere til klinisk praksis.
- Det kan være hensigtsmæssigt at evaluere en journal club, formelt eller uformelt.

Disse systematiske reviews giver anbefalinger, og selvom Harris et al. (5) har påvist positive resultater i forhold til læsevane, mere fortrolighed med kritisk vurdering af litteratur og forbedret evne til at anvende fundene i klinisk praksis, så er betydningen af journal clubs i forhold til at fremme evidensbaseret praksis ikke tydelig (2;5).

Ovenstående anbefalinger peger på flere vigtige aspekter, men det har i litteraturen ikke været muligt at identificere, hvordan implementering af anbefalinger sikres, og hvordan potentielle barrierer kan overvindes. Sådanne barrierer kan være manglende tid, ingen autoritet i forhold til at gennemføre eller samarbejde omkring ændringer, svært ved at forstå statistik eller at resultaterne ikke kan generaliseres (6).

Kursets indhold adresserer på forskellig vis identifikation af potentielle barrierer, samt hvordan der kan arbejdes med disse.

## **DE KONKRETE KURSER**

Alle medarbejdere med en MVU-baggrund og med en udviklingsfunktion i deres nuværende stilling, herunder gruppen af kliniske udviklingssygeplejersker blev tilbudt at deltage i kurset. Den enkelte leder kunne også opfordre medarbejdere i lignende stillinger til at deltage.

På den første kursus eftermiddag blev det defineret, hvad henholdsvis journal club og evidensbaseret praksis er, samt forholdet imellem de to. En række potentielle barrierer og succeskriterier blev identificeret og diskuteret, og deltagerne blev præsenteret for nogle konkrete værktøjer til, hvordan der kunne arbejdes med disse barrierer, samt hvordan disse kunne medvirke til, at journal club blev en succes.

Desuden blev der med afsæt i PICO (7;8) sat fokus på at stille et klinisk spørgsmål. Fagbibliotekaren præsenterede en række forskellige databaser, og afslutningsvis blev der i fællesskab foretaget en litteratursøgning ud fra et konkret klinisk spørgsmål.

På den anden kursus eftermiddag gav hver deltager, på baggrund af udleveret statusark, en kort status på, hvor langt de var i processen med at få etableret en journal club. Dette ledte til en diskussion af generelle udfordringer i denne proces, også selvom det ikke var alle, som var kommet videre i processen siden første kursus eftermiddag.

Anden kursus eftermiddags hovedfokus var kritisk vurdering af videnskabelige artikler (9-11). Det blev præsenteret og diskuteret med udgangspunkt i et kvantitativt studie (randomiseret kontrolleret studie) og et kvalitativt studie, hvor specifikke redskaber til kritisk vurdering (Critical Appraisal Tools, CAT) blev anvendt

(12;13). Denne metode blev valgt for at eksemplificere gennemførelsen af en journal club, samt for at gøre den enkelte deltager opmærksom på egne styrker og svagheder ift. at gennemføre en journal club. Afslutningsvis blev vigtigheden af at evaluere en journal club (ift. dennes formål) pointeret.

Ved begge kursus eftermiddage var der tid til diskussion af barrierer, og hvordan disse kunne overvindes, status på journal club i deltageres egne afdelinger samt fremtidige behov i forhold til at få journal clubs implementeret og faciliteret. På den måde indeholdt kurset samlet set både undervisning og praktik.

## **EVALUERING AF KURSET**

Inden kurset udfyldte deltagerne et spørgeskema vedrørende professionel baggrund, motivationen for kurset samt refleksioner i forhold til forventninger til deres deltagelse i kurset.

Mellem første og anden kursus eftermiddag skulle deltagerne udfylde et statusark, i forhold til hvor de var i processen omkring at få etableret en journal club. Udover at denne status fungerede som en del af evalueringen, blev statusarket også brugt aktivt i selve kurset (som beskrevet i afsnittet omkring de konkrete kurser). 4 måneder efter kursets afslutning blev deltagerne via elektroniske spørgeskemaer igen spurgt til processen omkring etableringen af journal clubs; Havde de fundet deltagere til deres journal club, havde de fundet artikler, havde de gjort brug af bibliotekarens hjælp, havde de gennemført en journal club – og hvis dette var tilfældet, havde de så anvendt tjeklister, og endelig blev de spurgt, om de havde haft kontakt til andre kursusdeltagere.

Efter 18 måneder blev deltagerne via elektroniske spørgeskemaer spurgt, om der var blevet etableret en journal club eller ej. Hvis det var lykkedes, hvilke erfaringer havde de gjort sig i forhold til at få den etableret og afholdt, og i fald at en journal club ikke var etableret, hvad de så som mulige årsager til dette.

Ved opfølgningen 18 måneder efter kursets afslutning, fik lederne til de 30 medarbejdere, som oprindeligt havde tilmeldt sig kurset, tilsendt et elektronisk spørgeskema. De blev spurgt, hvem der havde taget beslutning om at sende medarbejderen af sted, om der var etableret en journal club eller ej, betydningen af at etablere en journal club i lige præcis deres afdeling samt om de, i deres egenskab som leder, så det som deres ansvar at følge op på kurser generelt (for uddybning af dataindsamlingen henvises til Faebo Larsen og Hølge-Hazelton in review (1)).

## DELTAGERNES SVAR

Der var 30 kvindelige deltagere med en MVU-baggrund, som meldte sig til kurset. Der var 24 sygeplejersker, 4 jordemødre, og 2 radiografer. Omtrent halvdelen af dem havde minimum en masteruddannelse.

Til den første kursus eftermiddag fremmødte 28 deltagere (2 fortalte efterfølgende, at de havde glemt dagen). Til den anden kursus eftermiddag mødte 19 deltagere op (8 meldte afbud af forskellige årsager, og de resterende 3 deltagere mødte bare ikke op).

Der var 12 deltagere, som havde udfyldt statusarket (mellem første og anden kursus eftermiddag). De var alle i den indledende planlægningsfase omkring strukturen i deres journal club. Der var kun 4 som på dette tidspunkt angav, at de havde ledelsesmæssig opbakning. To angav, at rammen for journal club generelt var på plads, og 2 angav, at rammen delvist var på plads. Kun få havde gjort sig overvejelser om, hvordan journal klubben skulle gennemføres i forhold til emne, litteratursøgning og brug af tjeklister.

4 måneder efter besvarede 14 deltagere spørgeskemaet. Der var kun 2, som havde afholdt en journal club. Derudover var der 2, som havde erhvervet eller var ved at erhverve deltagere, og der var en som havde fastsat datoen, men endnu ikke gennemført journal club.

Størstedelen (12 deltagere) havde ikke haft kontakt til nogle af de andre kursusdeltagere, og havde heller ikke planer om det. To havde haft kontakt og havde planer om at have det i fremtiden. En deltager kom med følgende uddybning:

*“...det har inspireret til faglige grupper, som vi forsøger at få i gang.”*

De årsager der blev angivet til, at journal club ikke var blevet etableret var; Mangel på tid og ressourcer, men også langtidssygemelding blev nævnt.

Deltagerne havde forud for kurset reflekteret over deres fremtidige rolle som journal club facilitator. Der blev reflekteret over deres kompetencer omkring det at facilitere en journal club:

*”Spekuleret på, hvad jeg selv skal være god til/kunne, for at være tovholder på en journal club.”*

*“...det kan være en spændende udfordrende rolle...det kræver stor viden.”*

Kurset viste sig at have betydning for deres kompetencer, men manglende kompetencer blev også tydelige:

*”Jeg har fundet ud af hvad en journal club er...” og “Jeg synes, det gav indblik og systematik, men jeg mangler noget statistik.”*

Der blev også reflekteret over den ledelsesmæssige opbakning, specielt i forhold til prioritering:

*“...en udfordring i at få et effektivt samarbejde med afdelingssygeplejerskerne til at fungere – ikke af modvilje fra deres side, men der skal et vist drive til i hverdagens travlhed for at forfølge plan og mål. Jeg taler af erfaring i forbindelse med afholdelse af fast ugentlig sygeplejefaglig undervisning.”*

Denne bekymring viste sig at være en reel barriere:

*“Inspirerende men der er ikke ressourcer lige nu til at etablere journal club.”*

Samtidig var der også en bekymring om, at der kunne blive en ressourcemæssig udfordring:

*“Jeg tænker, at sygeplejerskernes forberedelse...vil blive en udfordring...”*

Desuden forventedes det, at det ville kræve styring at få etableret en journal club:

*”...kræver, at der holdes godt fast i tovet og trækkes i et roligt tempo, så alle der har lyst kan deltage.”*

Dette blev for nogle bekræftet:

*“Der har været planlagt 2 dage til afholdelse af journal club, som har måttet aflyses på grund af travlhed i afdelingen.”*

Dette afspejles også i, at der efter 18 måneder kun var blevet etableret 3 journal clubs, som et resultat af kursusdeltagelsen. Det var forskelligt, hvor nemt det havde været at erhverve deltagere (1 havde oplevet det meget nemt, 1 nemt og 1 svært).

De 3 deltagere gav udtryk for, at der var god ledelsesmæssig opbakning i forhold til at afsætte tid til at afholde journal club, men de nævnte også, at det kunne være svært at finde tid til planlægning og forberedelse. Det at finde litteratur og få styr på hele formen omkring journal club, var en udfordring for journal club facilitatoren. Selve rollen som facilitator krævede: "...en balance mellem at være aktiv styrende og tilbagelænet..." og en oplevede, at det var facilitatoren, som havde det overordnede ansvar for implementeringen.

I de tilfælde, hvor der ikke var etableret en journal club, angav deltagere flere årsager til dette, som alle kan relateres i henhold til litteraturen, og til de refleksioner de gjorde sig inden kurset; Tid, prioritering, ledelsesmæssig opbakning og forståelse. Nogle nævner også manglende interesse fra medarbejdergruppen, og endda også fra deltageren selv "...manglende interesse både fra kollegaer og fra egen side."

## **LEDERENS SVAR**

Ud af de 30 adspurgte ledere var der 11, som svarede.

Blandt de få afdelinger, hvor der var etableret en journal club, svarede lederne, at journal klubben havde givet professionelt teoretisk input, ny indsigt og nye udfordringer i forhold til kritisk vurdering og implementering af ny viden. De fremhævede også, at regelmæssige møder og engagement var afgørende for succes. Ved opfølgningen 18 måneder efter, angav en af lederne, at årsagen til, at en journal club ikke var blevet etableret i hendes afdeling var, at:

*"De to medarbejdere, der blev sendt af sted brændte ikke nok for opgaven."*

Udover travlhed, blev det også forklaret med, at der var meget nyt personale, der:

*"...koncentrerer sig om at tilegne kompetencer til brug i det kliniske arbejde"*



Nogle ledere så det ikke som deres arbejde at sikre en opfølgning, når en medarbejder har været på kursus. Nogle så det som afdelingssygeplejerskens ansvar:

*“...i de fleste tilfælde er det afdelingssygeplejerskens opgave at følge op på kursusaktivitet...”*

Det gælder dog ikke alle, en leder svarede:

*”[det er] en af de naturlige og grundlæggende ledelsesopgaver.”*

## **DISKUSSION**

Intentionen bag vores kursus var at understøtte den spirende udviklings- og forskningskultur på sygehuset blandt sygeplejersker og andre med en MVU-baggrund. På trods af vi havde fokus på hjælp til litteratursøgning, konkrete redskaber, netværksdannelse blandt deltagerne med mere, var der 18 måneder efter kursets afslutning kun etableret 3 journal clubs.

Dette giver grund til refleksion og diskussion af kursets indhold, relevans og udviklingsmuligheder set i et læringsperspektiv i forhold til transfer af viden (14-16) (se endvidere Faebo Larsen og Hølge-Hazelton in review (1) for uddybning). Transfer er betinget af faktorer knyttet til den individuelle læring, til selve undervisningen (læringssituationen) og til arbejdsstedet (anvendelseskonteksten) (15;16). Diskussionen tager derfor afsæt i disse tre overordnede faktorer for transfer; Individuelle faktorer samt faktorer i forhold til henholdsvis undervisning og arbejdssted.

## **INDIVIDUELLE FAKTORER**

De mest betydningsfulde individuelle faktorer er motivation, evnen til at sætte mål for det konkrete arbejde samt ”self-efficacy”, altså den enkeltes tro på og selvsikkerhed i forhold til deres evne til at overføre de nye færdigheder til arbejdsstedet (15;16), altså i denne situation at etablere en journal club.

Nogle af deltagerne reflekterede over deres egen rolle, motivation og kompetencer, og de syntes at kurset havde givet dem indsigt i, hvad en journal club er og hvad det kræver at facilitere en, og bekræfter derfor kursets grundlæggende relevans. Alligevel lykkedes det ikke for de fleste at få etableret en. Hvis disse individuelle faktorer sættes i forhold til spørgsmålet, som deltagerne blev stillet inden kurset; ”Hvilke overvejelser har du gjort dig i forhold til din kommende funktion

som tovholder for en journal club?” samt spørgsmålet som de blev stillet efter 4 måneder omkring det samlede udbytte af at have deltaget i kurset (herunder også en uddybning), kan manglende fokus på disse individuelle faktorer, både i deltagerens egen bevidsthed og i kursets struktur, give nogle mulige forklaringer på, at det ikke er lykkedes at etablere flere journal clubs.

Vi kunne også, forud for kurset have undersøgt deltagerens motivation og kvalifikationer yderligere, og på den måde måske have styrket deltagerens individuelle målsætninger.

De 3 deltagere, som lykkedes med at få etableret en journal club, havde alle en masteruddannelse bag sig, hvilket giver anledning til at overveje betydningen af uddannelsesniveaulet hos facilitatoren. Der er dog også andre kompetencer, der kan være i spil for eksempel viden om litteratursøgning samt kritisk litteraturlæsning.

## **UNDERVISNINGSMÆSSIGE FAKTORER**

Faktorer i forhold til undervisning og læring omhandler at sikre, at det lærte er så vellært, at den enkelte er i stand til at anvende det (16).

Deltagerens evaluering antyder, at de fleste ikke følte sig trygge ved selv at skulle facilitere en journal club og der henvises til at dette ikke har været en del af arbejdet som udviklingsansvarlig hidtil.

Selvom størstedelen af deltagerne havde en stilling indeholdende en udviklingsfunktion, var der kun to af dem, som tidligere havde deltaget i en journal club. Der er derfor relevant at overveje om dette burde have været en forudsætning for at deltage i kurset. På den anden side ville det formentlig have betydet, at der ville have været ganske få tilmeldte, og vi tolker, at det at så få har prøvet et være i en journal club, indikerer behovet for at få flere etableret.

På trods af fokus på de enkelte kursisters proces og fælles drøftelser af udfordringer og barrierer, herunder hvordan disse kunne overvindes, blev der kun etableret få journal clubs, pegende på ikke tilstrækkeligt fokus på transfer.

Vi kunne have udvidet kurset med flere kursusftermiddage, hvor deltagerne kunne have øvet sig i selv at facilitere journal clubs med hjælp fra en erfaren journal club facilitator til at guide igennem processen samt give feedback. Vi kunne også have sat yderligere fokus på formidling og diskussion af det lærte fra kursis-

sterne til deres kollegaer og ledelse, og vi kunne have indbygget yderligere praktiske øvelser med kollegaer eller de øvrige kursusedtagere undervejs i forløbet. Kursisterne i dette projekt blev kun opfordret til at etablere sådanne tiltag, med opfordringen blev ikke fulgt op af deltagerne.

## **ARBEJDSSTEDS FAKTORER**

De vigtigste faktorer i forhold til arbejdssituationen er mulighederne for at anvende det lærte i et støttende miljø på arbejdspladsen (16).

Det er en ledelsesmæssig udfordring at sikre medarbejdernes muligheder for kurser og uddannelse, herunder ressourcer. Men én ting er muligheden for at deltage, noget andet er at være sikker på, at den enkelte medarbejder er oprigtig interesseret og motiveret. Derudover er der en ledelsesmæssig opgave i at følge op på kurser og skabe det støttende miljø, hvor de øvrige medarbejdere bliver gjort nysgerrige på den nye viden. Dette kan ske på meget forskellig vis, og for nogle ledere er det formentlig en opgave, der traditionelt ikke er arbejdet fokuseret med.

Både deltagere og ledere pointerede, at mangel på ressourcer, specielt tid var et problem, hvor medarbejdere og ledere hele tiden er oppe i mod at lave den rette prioritering.

En deltager udtrykte det således:

*“Der har været mange andre opgaver, der har haft højere prioritet.”*

En leder gav denne forklaring:

*“[Der er] ikke mulighed for forberedelse i arbejdstiden – personalet ønsker ikke at anvende fritid.”*

Muligheden for at skabe transfer til arbejdssituationen kan være vanskelig i en travl hverdag, især hvis der ikke sker en planlægning, ansvarsfordeling og prioritering af implementering af det lærte efter, at medarbejderen har været på kursus. Sådanne ledelsesmæssige aspekter vurderer vi er vigtige i forhold til kursus- og uddannelsesaktiviteter. Aspekter, som vi mener, har stort potentiale til at sikre langt bedre udnyttelse af de kompetencer og den viden, medarbejdere tilegner sig via uddannelse og kurser.

## KONKLUSION

Kurser omkring etablering og afholdelse af journal club, baseret på teoretisk og praktisk undervisning, kan ikke i tilstrækkelig grad understøtte oprettelse og gennemførelse af journal clubs i klinisk praksis. Selvom vi på kurset rettede opmærksomhed på udfordringer og barrierer i forhold til at etablere og afholde journal clubs, var det efter 18 måneder kun lykkedes for 3 ud af de 30 deltagere at få etableret en journal club i deres afdeling.

Det giver derfor god mening at se på kursets opbygning og indhold i en bredere forstand med input fra teorier om transfer af læring i forhold til individuelle faktorer samt faktorer i forhold til henholdsvis undervisning og arbejdssted.

Det vil formentlig være gavnligt for etableringsprocessen at tage højde for deltagerens personlige kvalifikationer og motivation, kurset struktur samt overvejelser omkring relevante tiltag som en del af kurset eller efter kurset. Behovet for ledelsesmæssig opbakning i bred forstand, det være sig opbakning og prioriteringen, er essentielt, hvis målet er implementering.

Ved at gøre dette, tror vi fortsat, at sådanne kurser kan medvirke positivt til at øge medarbejdernes kompetencer, færdigheder og evner til at læse, kritisk vurdere og inddrage relevant litteratur, til gavn for både patienten og for organisationen som helhed.

## REFERENCER

- (1) Faebo Larsen R, Hølge-Hazelton B. Establishing a course in how to facilitate journal clubs. Opportunities and barriers. *Submitted and under review*.
- (2) Honey CP, Baker JA. Exploring the impact of journal clubs: a systematic review. *Nurse Educ Today* 2011 Nov;31(8):825-31.
- (3) Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Schultz A. Transforming health care from the inside out: advancing evidence-based practice in the 21st century. *J Prof Nurs* 2005 Nov;21(6):335-44.
- (4) Deenadayalan Y, Grimmer-Somers K, Prior M, Kumar S. How to run an effective journal club: a systematic review. *J Eval Clin Pract* 2008 Oct;14(5):898-911.
- (5) Harris J, Kearley K, Heneghan C, Meats E, Roberts N, Perera R, et al. Are journal clubs effective in supporting evidence-based decision making? A systematic review. BEME Guide No. 16. *Med Teach* 2011;33(1):9-23.

- (6) O’Nan CL. The effect of a journal club on perceived barriers to the utilization of nursing research in a practice setting. *J Nurses Staff Dev* 2011 Jul;27(4):160-4.
- (7) Aslam S, Emmanuel P. Formulating a researchable question: A critical step for facilitating good clinical research. *Indian J Sex Transm Dis* 2010 Jan;31(1):47-50.
- (8) da Costa Santos CM, de Mattos Pimenta CA, Nobre MR. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007 May;15(3):508-11.
- (9) Walker J. WCPT Keynotes. EBP: Critical appraisal skills. Reading tips for the clinician. How to tell whether an article is worth reading. 2013. [http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/KN-Critical\\_Appraisal-reading.pdf](http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/KN-Critical_Appraisal-reading.pdf).
- (10) Walker JM. WCPT Keynotes. EBP: Critical appraisal skills. Reading tips for clinician 2. Criteria for the clinician 2. Criteria for deciding the quality of an article. 2013. [http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/KN-Critical\\_Appraisal-quality.pdf](http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/KN-Critical_Appraisal-quality.pdf).
- (11) Walker JM. WCPT Keynotes. EBP: Critical appraisal skills. Reading tips for the clinician 3. Are study results good enough to be generalised? 2013. [http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/KN-Critical\\_Appraisal-study\\_results.pdf](http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/KN-Critical_Appraisal-study_results.pdf).
- (12) Public Health Resource Unit E. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Making sense of evidence. 10 questions to help you make sense of qualitative research. 2006. [http://www.civilservice.gov.uk/wp-content/uploads/2011/09/Qualitative-Appraisal-Tool\\_tcm6-7385.pdf](http://www.civilservice.gov.uk/wp-content/uploads/2011/09/Qualitative-Appraisal-Tool_tcm6-7385.pdf).
- (13) Sundhedsstyrelsen. Checkliste 2: Randomiserede, kontrollerede undersøgelser. 2013. Sundhedsstyrelsen. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/medicinsk-teknologivurdering-mtv/litteraturvurdering/checkliste-2-randomiserede-kontrollerede-undersogelser.aspx>.
- (14) Holton EF, Bates RA, Ruona WE. Development of a generalized transfer system inventory. *Human Resource Development Quarterly* 2000;11(4):333-60.
- (15) Merriam SB&LB. Learning transfer: A review of the research in Adult Education and training. *Journal of Lifelong Learning* 2013;14:1-24.
- (16) Wahlgren B. Transfer mellem uddannelse og arbejde. 1-27. 2009. Nationalt Center for Kompetenceudvikling. [http://www.uvm.dk/Uddannelser-og-dagtilbud/Uddannelser-til-voksne/Fakta-om-uddannelser-til-voksne/VEU-raadet/~media/UVM/Filer/Udd/Voksne/PDF10/100324\\_Transfer\\_mellem\\_uddannelse\\_og\\_arbejde%20\\_Bjarne\\_Wahlgren%20\\_NCK%20\\_august\\_2009.ashx](http://www.uvm.dk/Uddannelser-og-dagtilbud/Uddannelser-til-voksne/Fakta-om-uddannelser-til-voksne/VEU-raadet/~media/UVM/Filer/Udd/Voksne/PDF10/100324_Transfer_mellem_uddannelse_og_arbejde%20_Bjarne_Wahlgren%20_NCK%20_august_2009.ashx).

# Det skal også dokumenteres

## – Udvikling af et artikelskrivningskursus

*Thora Grothe Thomsen*

*Bibi Hølge-Hazelton*

I denne artikel beskrives, hvordan et skrivekursus rettet mod medarbejdere, der har gennemført et udviklings- eller forskningsprojekt, men ikke har beskrevet det i en faglig eller videnskabelig artikel, er udviklet, afviklet og videreudviklet til en dynamisk model inspireret af aktionslæring.

### BAGGRUND

I 2010 blev den ene af os (BHH) ansat som sygeplejefaglig forskningsleder på det daværende Sygehus Nord (bestående af Køge, Roskilde, Holbæk og Kalundborg Sygehus). Som en del af introduktionsforløbet var der planlagt møder med afdelingsledelser. Under denne møderunde blev det blandt andet tydeligt, at der inden for de mellemlange- videregående uddannede (MVU) i flere afdelinger var gennemført udviklings- eller mindre forskningsprojekter, som aldrig var blevet publiceret. Forklaringerne på hvorfor dette ikke havde fundet sted, på trods af der somme tider var blevet anvendt mange ressourcer på projekterne, varierede. Nogle fremhævede manglende tid som en væsentlig faktor, hvilket blandt andet viste sig ved, at når projektet var afsluttet og for eksempel fremlagt på et personalemøde, fagligt seminar eller andet, så var der ikke afsat mere tid og dermed heller ikke flere ressourcer til skriveprocessen. Andre fremhævede manglende tradition for at formidle i artikelform, hvilket betød, at man ikke havde tænkt over at stille det som et mål for projekter udført i egen afdeling. De fleste sagde dog, at det var manglende kompetencer, der var årsagen. At gennemføre et projekt og fremlægge det for kollegaerne eller for eksempel udarbejde en pjece eller andet, var ofte en udfordring, men det at skrive artikler virkede helt uoverskueligt.

Denne indsigt førte til drøftelser i det sygeplejefaglige udviklings- og forskningsråd, og senere fremlæggelse i oversygeplejerskerådet, og det blev besluttet, at kliniske projekter fremadrettet altid bør have en formidlings- og publiceringsplan. Dette ville også understøtte sygehusenes strategi for forskning og udvikling på alle faglige niveauer, herunder at få dokumenteret og formidlet resultaterne af denne indsats (1). En ting er imidlertid at sætte overlæggen højere og anbefale alle at

publicere deres projektresultater og erfaringer til glæde for andre. En anden ting er at få det til at ske. Tidligere erfaringer i Sygehus Nord med skrivekurser havde ikke resulteret i mange konkrete publikationer, så vi besluttede at udvikle et helt artikelskrivningskursus.

## **OVERORDNET TILGANG TIL KURSUSUDVIKLING**

Vores ærinde var, at vi ønskede at udvikle et tilbud til sundhedsprofessionelle, som var ansat et af sygehusene i regionen. Disse medarbejdere skulle have gennemført et fagligt eller videnskabeligt projekt, som ikke tidligere var publiceret.. Der skulle heller ikke være direkte adgang til vejledning i skriveprocessen. Før vi påbegyndte udviklingen af kurset, undersøgte vi både i nationale og internationale databaser om, hvorvidt der tidligere var beskrevet lignende initiativer, som vi kunne trække på. På pågældende tidspunkt fandt vi primært kurser, der var introducerende til artikelskrivning og kurser rettet mod forskerstuderende (2). Vi fandt ingen beskrivelser af kurser, der understøttede skriveprocessen over flere måneder, hvilket vi på forhånd havde besluttet skulle være en hjørnesteen i kurset. Vi måtte derfor starte udvikling af kurset fra bunden.

Som et led i den overordnede strategi med at styrke udviklings- og forskningskulturen på hele Sygehus Nord, besluttede vi fra starten at dokumentere processen med udvikling af kurset ved at gennemføre et følgeforskningsprojekt, herunder selv formidle proces og resultater i videnskabelige sammenhænge (2). Fordi vi gerne ville udvikle en ny og fleksibel kursusmodel med høj grad af deltagerinvolvement og indflydelse, valgte vi at gøre brug af en aktionsforskningstilgang. En væsentlig antagelse i aktionsforskning er, at ændringer og implementering af nye interventioner bedst forankres i det kliniske felt ved at involvere de personer, som er direkte berørte af implementeringsprocessen (3). Ydermere antager aktionsforskning en cyklisk natur baseret på handlinger, evalueringer, analyse og refleksion, hvor dialog og deltagelse er essentielt (4, 5). Dermed lagde vi op til, at vi gennem hele udviklingsprocessen ville involvere deltagerne i de ændringer og justeringer, som løbende blev foretaget, hvilket kursisterne blev orienteret om allerede i opslaget af det første kursus.

Som udgangspunkt for kursustilrettelæggelsen var vi inspireret af aktionslæring, der er en samlet betegnelse for praksisnære tilgange og metoder til at skabe læring i praksis kontekster, og som på afgørende punkter kan sammenstilles med aktionsforskning (6). I aktionslæring anskues mennesket som et handlende væsen, der indgår aktivt i at skabe egne læreprocesser i en vekselvirkning med omver-

denen. Samtidig forstås læring som en social aktivitet, der naturligt skabes i kraft af menneskers sociale samspil med omverden (Ibid.). Hermed giver aktionslæring anledning til at benytte gruppebaseret feedback, som vi fra starten anså for at være en værdifuld læringsmetode, blandt andet fordi det giver mulighed for at få deltageres artikeludkast belyst fra flere perspektiver. Aktionslæring anvendes ofte i forbindelse med organisationslæring og professionsudvikling (Ibid.), hvilket også var en grund til at inddrage denne form for læring som inspirationskilde, idet vi som led i at etablere en nuanceret evidensbaseret praksis i Sygehus Nord (jf. kapitlet om evidens i denne bog), gerne ville skabe rum for drøftelser om muligheder og udfordringer forbundet med at dokumentere henholdsvis udviklings- og forskningsprojekter.

Vi var også inspirerede af Lotte Rieneckers et al.s arbejde med publicering af såvel faglige som videnskabelige artikler, som er velbeskrevet i bogen ”Skriv en artikel: om videnskabelige, faglige og formidlende tekster” (7). Ifølge Rienecker et al. er en videnskabelig artikel blandt andet karakteriseret ved at bidrage med ny viden til et forskningsfelt, samt ved at have gennemgået en reviewsproces, hvori den videnskabelige lødighed er vurderet af andre forskere. Faglige artikler er blandt andet karakteriseret ved at gengive viden, holdninger og forståelse, som er produceret i en lokal professionel sammenhæng. Vores begrundelse for at inkludere skrivning af begge typer af artikler på samme kursus var at styrke deltageres indsigt i og refleksion over de forskelligartede kilder til viden, som tilsammen udgør evidensbaseret praksis herunder forskningsbaseret viden og viden fra klinisk erfaring (8) – endvidere kapitlet om evidens i denne bog. Vi ønskede også at øge deltageres forståelse af klinisk udvikling og klinisk forskning som lige væsentlige at dokumentere, fordi robuste og fagligt stærke udviklingsprojekter kan føre til væsentlig klinisk forskning og omvendt (9).

Med afsæt i disse overvejelser formulerede vi følgende formål:

- at etablere et fagligt miljø, hvor sygeplejersker og andre med en MVU baggrund får mulighed for at diskutere tilgange til dokumentation af evidensbaseret klinisk praksis.
- at den enkelte deltager får mulighed for at skrive enten en videnskabelig eller en faglig artikel.

## **KURSUSFORLØB UNDER FORSAT UDVIKLING**

I perioden fra efteråret 2010 til vinteren 2014 har vi i samarbejde med det regionale center for uddannelse og kompetenceudvikling (CUK) gennemført 4 artikel-



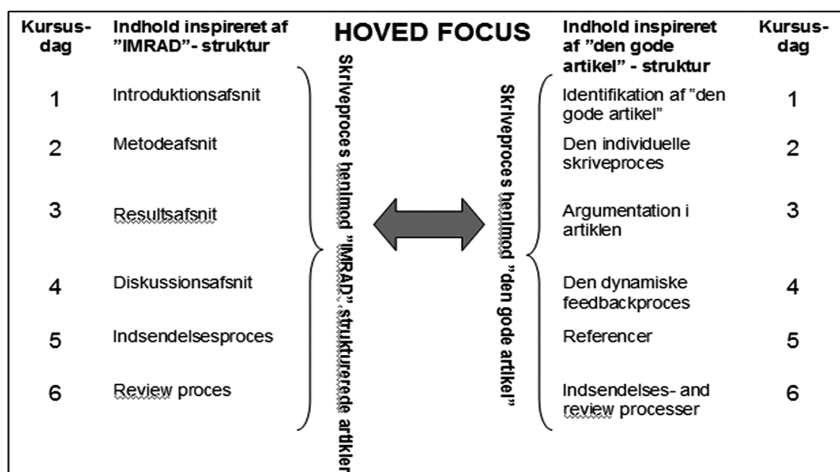
skrivningskurser med 6 -8 deltagere på hvert kursus afhængig af, hvorvidt nogle ønskede at være flere skribenter på den samme artikel. Alle kurserne har bestået af 6 kursusdage med ca. 3 uger mellem hvert kursus, hvorved hvert kursus har strakt sig over gennemsnitligt. 5 måneder. Som følge af løbende evalueringer fra deltagerne er det blevet en del af kursuskonceptet, at hver kursusdag består af en fælles formiddag, hvor den gennemgående facilitator (TGT) holder et mindre oplæg om et specifikt tema (se tabel 1, som er hentet fra (2)), og hvor der er mulighed for at få gruppebaseret feedback på deltagerne artikeludkast. Eftermiddagen er forbeholdt individuel skrivning. Derudover er skabt mulighed for yderligere to skrive dage, som placeres i samråd med den enkeltes deltagers nærmeste leder.

Før hvert kursus har deltagerne kort beskrevet det udviklings- eller forskningsprojekt, som ligger til grund for deres artikelskrivningsproces. Beskrivelsen danner grundlag for, at vi sammen med kursusafdelingen forud for kurserne kan sikre, at der på hvert kursus så vidt muligt indgår såvel faglige som videnskabelige artikelskrivningsprocesser. Samtidig giver beskrivelserne mulighed for at vurdere, hvorvidt de projekter, der ligger til grund for artiklerne, har en faglig og/eller videnskabelig stringens og tyngde, der gør dem velegnede til at dokumentere gennem artikelskrivning.

Som udgangspunkt henvendte kurserne sig til sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle med en mellemlang videregående uddannelse. Læger og andre ansatte med akademisk baggrund kom ikke i betragtning, fordi vi vurderede, at de i modsætning til sundhedsprofessionelle med en MVU-baggrund, og som led i deres karriereforløb, havde gode muligheder for relevant vejledning til at skrive artikler. I forbindelse med det andet kursus skete der imidlertid en fejl i forbindelse med kursusopslaget, hvilket bevirkede, at læger også fik mulighed for at søge kurset. Som en følge heraf har vi efterfølgende optaget i alt 3 læger på artikelskrivningskurserne, blandt andet fordi vi blev opmærksomme på manglen af vejledningmuligheder til unge læger, som allerede har deltaget i udviklings- eller forskningsprojekter, men som endnu ikke indgår i etablerede introduktions- eller ph.d. -stillinger. Derudover ser vi med optagelse af en læge eller to på hvert kursus en mulighed for at skabe øget dynamik i tværfaglige drøftelser om muligheder og barriere forbundet med at etablere en evidensbaseret klinisk praksis på sygehuse i regionen.

Vores oprindelige ide var at opbygge kurset, så det indholdsmæssigt fulgte især naturvidenskabelige artiklers struktur (IMRAD), så første kursusdag havde fo-

kus på Introduktion, næste på Metode, herefter Resultater, Diskussion (10) samt til sidst proceduren omkring indsendelse til tidsskrift og reviewprocessen. Dette, fordi vi i litteraturen kunne se, at flere internationale artikler omkring artikel-skrivning lagde op til en tilsvarende opbygning (f.eks. 11), og fordi vi mente, at en stram artikelstruktur kunne støtte deltagerne i at dokumentere evidensbaseret praksis. Løbende evalueringer fra deltagerne, samt egne refleksioner før og efter hver kursusgang gjorde det dog tydeligt, at vores valg af indholdsstruktur primært understøttede skrivning af videnskabelige artikler frem for *både* faglige og videnskabelige artikler. Inspireret af Rienecker et al. (7) valgte vi derfor allerede på det andet skriv kursus at ændre indholdet, så hovedfokus blev skrivning af ”den gode artikel” (se figur 1, som er hentet fra 2).



Figur 1:

To forskellige tilgange til indholdsstruktur, hvor ”den gode artikel”-struktur har vist sig både at understøtte skrivning af faglige og videnskabelige artikler i modsætning til IMRAD-strukturen, der især understøtter skrivning af videnskabelige artikler.

Et kendetegn ved ”den gode artikel” er overbevisende argumentation (7), hvorfor argumentationsteori er blevet et centralt omdrejningspunkt på vores artikelskrivningskurser. En væsentlig pointe er imidlertid, at der som oftest er forskel mellem overbevisende argumentation i videnskabelige og faglige artikler (7, 12). I de fle-

ste videnskabelige artikler er det overbevisende element en tydeliggørelse af den systematiske og refleksive proces, som har ført til skabelse af ny viden, herunder beskrivelse af studiets validitet, reliabilitet og gennemskuelighed, (7, 13). Denne tilgang til argumentation kan betragtes som argumentationens metadiskurs (12). I faglige artikler det overbevisende element derimod en tydeliggørelse af den systematiske og refleksive proces, som har ført til udviklingen af faglige procedurer, holdninger og forståelser, hvilket kan betragtes som argumentationens emnediskurs (12). Som optakt til gennemgående drøftelser af sammenhæng og vægtning af metadiskurs og emnediskurs i deltagerne individuelle artikelskrivningsprocesser, blev alle forud for kursusstart bedt om at finde og medbringe en artikel, som i sin opbygning svarede til den artikeltype, deltageren ønskede at skrive. Derudover skulle alle formulere mindst tre væsentlige grunde til at vælge den pågældende artikeltype set i forhold til at dokumentere et allerede gennemførte udviklings- eller forskningsprojekt. En kort præsentation af de medbragte artikler samt begrundelserne for valg af artikeltype gav anledning til indledende drøftelser om styrker og svagheder ved de to argumentationsformer, hvilket senere blev fulgt op af oplæg fra facilitator (se figur 1).

Et andet centralt omdrejningspunkt i kurserne, har været et ønske om gennemgående deltagerbaseret feedback suppleret af mulighed for individuelle kommentarer fra facilitator. På det første kursus valgte vi forud for kursusopstart at inddele deltagerne i par, som skulle give hinanden tilbagemelding på deres ufærdige artikeludkast. Tilbagemeldinger fra deltagerne viste imidlertid, at denne tilgang til deltagerfeedback ikke fungerede optimalt, blandt andet fordi den var for sårbar i forhold til afbud fra partner, eller fordi kemien mellem de to deltagere ikke altid fungerede optimalt. Vi besluttede derfor at ændre konceptet, så feedbacken blev givet i hele gruppen baseret på deltagerne forudgående læsning af hinandens artikeludkast. Samtidigt blev det over tid tydeligt, at vi manglede et redskab som sikrede, at deltagerfeedback tog afsæt i de behov, den enkelte skribent havde for tilbagemeldinger, frem for de øvrige deltagers oplevelse af kendetegn ved den gode artikel. Fordi vi ikke kunne finde et velegnet redskab i litteraturen, valgte vi i samarbejde med deltagerne på et af skrivekurserne, at udvikle en response-guide (se figur 2, på næste side, som er hentet fra 2).

Response-guiden er inspireret af ”reflekterende processer” (14), hvor kursisten stilles reflekterende spørgsmål af en person, og hvor der samtidig indlægges mulighed for at få refleksioner og kommentarer fra medkursister i det omfang, skribenten selv ønsker det. Som det fremgår af figur 2 består responsguiden af to

## Response-guide

### A. Forberedelses - fase:

#### **Guide til nærlæsning af tekst (frøperspektiv):**

Fremgår det klart af teksten:

Hvorfor temaet er interessant?

Hvilke undersøgelser/projekter, der tidligere er lavet på området?

Hvilken teoretiske evt. videnskabsteoretiske tilgange der ligger til grund for undersøgelsen/projektet?

Hvad formålet med undersøgelsen/projektet er?

Hvad formålet med artiklen er?

Hvordan undersøgelsen/projektet er gennemført?

Om den anvendte metode er gennemskuelig og evt. reproducerbar?

Hvad nyt der er kommet frem gennem undersøgelsen/projektet?

Hvordan fund eller forandringer hænger sammen med fund eller forandringer fra tidligere undersøgelser/ projekter?

Hvilke styrker, svagheder eller udfordringer der har været forbundet med gennemførelsen undersøgelsen/projektet?

Hvilken relevans resultaterne har for klinisk praksis?

Om sproget henvender sig til læsergruppen?

#### **Guide til at få overblik over teksten (fugleperspektiv):**

Hvad er hovedbudskabet i teksten?

Er der sammenhæng i teksten? (systematik, argumentationsform, hovedoverskrifter, figurer, tabeller og referencer)

Kan opbygningen af teksten med fordel ændres? Hvordan og hvorfor?

Hvad er efter din mening det væsentligste at arbejde videre med på nuværende tidspunkt i skriveprocessen?

### B. Feedforward- fase:

#### **Guide som kan hjælpe forfatteren videre i skriveprocessen:**

Hvad ser du selv som det væsentlige budskab i teksten?

Hvor ser du selv, at du kan arbejde videre med teksten?

Hvad vil du først tage fat i og hvorfor?

I forhold til hvilke afsnit har du særligt brug for at få kommentarer fra medkursister?

Er du interesseret i yderligere kommentarer fra medkursister udover det, du har fået kommentarer på?

Figur 2:

*Response-guide udviklet i tæt samarbejde med deltagere på et af artikelskrivningskurserne. Response-guiden er bl.a. kendetegnet ved både at indeholde en feedback-fase og en feedforward-fase.*

faser. Fase A repræsenterer forberedelse hjemmefra, hvor alle gennemlæser det konkrete artikeludkast inspireret af en række fastlagte spørgsmål. Hensigten er, at artiklen indledningsvis nærlæses fra et ”frøperspektiv”. Herefter samles alle iagttagelser ud fra et ”fugleperspektiv”, hvilket giver læseren mulighed for at få et både velbegrundet og overordnet indtryk af det ufærdige artikeludkast. Fase B repræsenterer en feedforward-proces (15), som finder sted, når hele gruppen er samlet. Her vælges en interviewer, som indledningsvis stiller skribenten en række fastlagte spørgsmål, der hver for sig giver anledning til refleksion hos skribenten. Intervieweren har mulighed for at stille opfølgende og supplerende spørgsmål, ligesom der indimellem lægges op til, at de øvrige kursister kommer med refleksioner og kommentarer på baggrund af det, de har forberedt i fase A. Løbende evalueringer fra deltagerne viser, at kontinuerlig anvendelse af respons-guiden gør den gruppebaserede kritikproces gennemskuelig og mindre ”farlig” for den enkelte delta-

ger. Derudover giver den anledning til væsentlige diskussioner og styrker derved motivationen for at fortsætte skriveprocessen både hos den skribent, hvis artikel er ”på” og hos de øvrige deltagere. Det kræver imidlertid stor disciplin fra såvel interviewer som fra øvrige kursusdeltagere at lade skribenten styre, hvornår den samlede response-proces er tilstrækkelig.

## **ERFARINGER FRA AFVIKLING AF KURSERNE**

I løbet af de 4 afviklede artikelskrivningskurser har været iværksat i alt 24 artikelskrivningsprocesser, hvor af der til dato er publiceret eller indledt redaktionel proces/reviewproces på 15 artikler. Evalueringer samt opfølgende samtaler med en del af deltagerne viser endvidere, at adskillige gennem fællesskabet på kurserne har fået langt større indblik i sammenhæng mellem udvikling og forskning i klinisk praksis, end de havde før kursusdeltagelse. Endvidere har kendskab til andres udviklings- og forskningsprojekter øget forståelsen for bredden i evidensbaseret praksis samt behovet for ledelsesmæssig støtte til synliggørelse og dokumentering af fagligt solide udviklings- og forskningsprojekter.

En opgørelse af antallet af publicerede artikler, sammenholdt med akademiske kompetencer hos den enkelte skribent tyder på, at akademiske kompetencer ikke i sig selv baner vejen for publicering af hverken faglige eller videnskabelige artikler. Det afgørende synes at være, at det tilgrundliggende udviklings- eller forskningsprojekt er baseret på veldokumenterede faglige udviklingsprincipper (16) eller gennemskuelige videnskabelige grundlagskriterier (13), der gør projektet velegnet til dokumentation i artikelform. Dertil kommer, at skribenten er åben over for både at få og give gruppebaseret feedback, hvilket for den uøvede skribent i første omgang kan forekomme både frustrerende og forstyrrende. Over tid viser det sig imidlertid ofte, at samme feedback har givet større overblik over egen skriveproces og dermed har motiveret til videre skrivning. Vores erfaringer understøttes af et studie af Sanderson et al. (17), hvori det blandt andet beskrives, hvordan anvendelse af gruppebaserede refleksionsgrupper synes at styrke deltagerne evne til at håndtere personlige reaktioner på kritiske tilbagemeldinger, under forudsætning af at tilbagemeldingerne foregår på basis af hensigtsmæssige læringsmetoder.

En afgørende barriere i forhold til at færdiggøre en artikel har vist sig at være tid: Tid til at strukturere skriveprocessen, tid til reflektere over skriveprocessen og tid til at skrive. Som udgangspunkt har det især været mere uerfarne skribenter uden akademiske skrivekompetencer, som er blevet overrasket over, hvor lang tid det tager at skrive en sammenhængende og velargumenterende tekst, men også øvede

skribenter med akademiske skrivekompetencer er blevet indfanget af hverdagens effektivitetskrav. Lignende iagttagelser er gjort i en række internationale studier (se f.eks. 18), hvorfor vi har erkendt behovet for, at alle deltagere, uden hensyn til tidligere skriveerfaringer, ved hvert fremmøde i plenum opstiller klare, præcise og realistiske mål, som detaljeret redegør for, hvor langt hver enkelt ønsker at være kommet i skriveprocessen frem til næste gang, gruppen mødes. Målene skrives ind i en skabelon udarbejdet i samarbejde med en gruppe kursusdeltagere og sendes efterfølgende til alle deltagere. På følgende kursusdag beretter hver enkelt deltager i plenum, hvor lagt vedkommende er kommet i sin skriveproces set på baggrund af de opstillede mål. Vi har endnu ikke tilstrækkeligt materiale til at vurdere, hvorvidt eksplicite mål fremmer skriveprocessen, men foreløbige evalueringer og erfaringer peger i retning af, at eksplicite mål over tid øger deltagerens motivation for at skrive, eftersom der tilsyneladende ligger en form for ”social magt” (17, 19) indlejret i gruppefællesskabet.

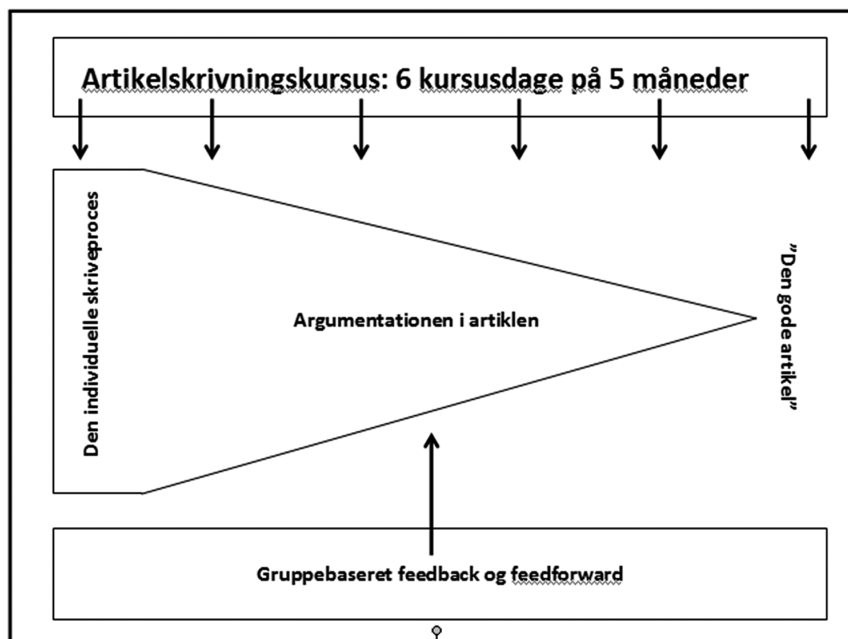
Beslutning om at iværksætte et følgeforskningsprojekt, som ud fra en aktionsforskningstilgang dokumenterer udvikling, afvikling og videreudvikling af en ny form for artikelskrivningskurser, har vist sig både at være krævende og yderst lærerig. Krævende, fordi processen har fordret et stort metodeoverblik samt en fælles arbejdsindsats blandt andet i forhold til skrivning af en videnskabelige artikel, som dokumenterer udviklingen af kurset (2). Lærerig, fordi vi foranlediget af stor deltagerinvolvering i udviklingsarbejdet er blevet konstant udfordret på vores forståelse af et ”godt” artikelskrivningskursus, hvilket har betydet, at vi i udviklingsarbejdet flere gange har valgt at følge andre veje, end vi havde forestillet os, da vi startede kurserne tilbage i 2010. Et eksempel er, at selvom vi hele tiden har haft et mål om, at kurset skulle understøtte etablering af en nuanceret udviklings- og forskningskultur i regionen, ved at inkludere såvel faglige som videnskabelige artikler, så er det først qua den løbende deltagerinvolvering, at vi har fået øje på det væsentlige i, at der gives god plads til fælles drøftelse om den kliniske betydning af forskellige former for udviklings- og forskningsprojekter. Betydningen i følge deltagerne er, at de gennem sådanne drøftelser har fået indblik i helt forskellige tilgange til evidensbaseret klinisk praksis. Endvidere har flere deltagere efterfølgende meldt tilbage til os, at de blandt andet qua de faglige drøftelser på kurset, er blevet inspireret til at gå i gang med nye, udfordrende udviklings- og forskningsprojekter, som involverer andre metoder end dem, de tidligere har anvendt (se også kapitel 3 om evidens i denne bog).

Følgeforskningsprojektet har endvidere givet anledning til præsentationer på konferencer både i indland og udland, hvor vi har konstateret stor interesse for artikelskrivningskurser, som understøtter etablering og dokumentation af en nuanceret evidensbaseret klinisk praksis. Ydermere er vi blevet opfordret til at lade den udviklede response-guide (se figur 2) indgå som feedbackaktivitet i et internet-baseret SDU-katalog over anvendelige læringsmetoder i universitetspædagogik på SDU ([http://www.sdu.dk/om\\_sdu/institutter\\_centre/c\\_unipaedagogik/konsulentydelse\\_og\\_raadgivning/vuf](http://www.sdu.dk/om_sdu/institutter_centre/c_unipaedagogik/konsulentydelse_og_raadgivning/vuf)). Hermed er vi blevet bekræftet i, at dokumentation af evidensbaseret praksis kan være med til at åbne et vindue til verden omkring os.

## PERSPEKTIVERING:

### FORSAT UDVIKLING AF EN FLEKSIBEL KURSUSMODEL

Udvikling, afvikling og videreudvikling af i alt 4 artikelskrivningskurser har givet grundlag for at udarbejde en dynamisk model, som tydeliggør sammenhængen mellem grundelementerne i det udviklede kursus (se figur 3).



Figur 3:  
Sammenhæng mellem væsentlige elementer i det udviklede artikelskrivningskursus.

Modellen viser, hvordan det primære formål med artikelskrivningskurset er, at individuelle skriveprocesser fører til publikation af gode og dermed velargumenterende faglige og videnskabelige artikler. Endvidere tydeliggør modellen, at den individuelle skriveproces understøttes af struktureret, deltagerorienteret og gruppebaseret feedback og feedforward (15).

Udover de viste kursuselementer indgår også individuelle skriftlige kommentarer fra facilitator, som sendes til de enkelte kursusedeltagere forud for den gruppebaserede feedback og feedforward. Når dette element ikke direkte fremgår af modellen, er det fordi facilitatorrollen – og dermed også betydningen af de skriftlige kommentarer fra facilitator – endnu ikke er belyst i en grad, som har givet anledning til kritiske refleksioner og forandringer i kursusforløbet. Bl.a. på baggrund af løbende deltagerevalueringer men også fra litteraturen (20) har vi dog en formodning om, at facilitatorfunktionen spiller en afgørende rolle for deltagerens motivation for at fortsætte artikelskrivningsprocessen, især når skriveprocessen forekommer udfordrende og kræver tid, der ikke altid er til rådighed. Derfor finder vi det nødvendigt, at vi på kommende kurser og sammen med deltagerne udforsker og belyser, hvordan facilitatorrollen kan være med til at understøtte deltagerens individuelle skriveprocesser, samtidig med at der opretholdes en nødvendig professionel distance mellem deltager og facilitator.

Som konklusion kan vi konstatere, at den udviklede kursusmodel både fører til publicering af faglige og videnskabelige artikler, og giver anledning til gruppebaserede og tværfaglige drøftelser om det nødvendige i at anvende flere forskellige tilgange til dokumentation af evidensbaseret klinisk praksis. Samtidig har kurserne vist sig at give genlyd i organisationen som et betydningsfuldt element i et generelt og nødvendigt kompetenceløft. Hvor vidt det skal prioriteres fremadrettet, er en ledelsesmæssig beslutning og diskussion, som vi med dette kapitel, har leveret uddybende materiale til.

## REFERENCER

1. Regionsjællands Forskningsstrategi, downloaded 30.12.2013 på <http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/dagsordener2012/documents/1438/1753536.pdf>.
2. Thomsen T.G., Hølge-Hazelton B. Developing evidence-based practice: documenting a tailored writing course for healthcare practitioners, accepteret af Vård I Norden feb. 2014, In Press.
3. McCormack B., Kitson A., Harvey G., Rycroft-Malone J., Titchen A., Seers K. Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *Journal of Advanced Nursing*, 2002: 38: 94-104-



4. McNiff J., Whitehead J. *Action Research: Principles and Practice*. London: Routledge/ Falmer, 2002.
5. Hummelvoll J.K. *Handlingsorienteret forskningssamarbeid – teoretisk begrundelse og praktiske implikasjoner*. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2006; 8: 17-30.
6. Fagbevægelsens Interne Uddannelsessystem's Udviklingsenhed. *Aktionslæring. – viden og perspektiver I fagbevægelsen – survey over litteraturstudie*. København: Ambios, 2009.
7. Rienecker L., Stray P., Gandil M. *Skriv en artikel: Om videnskabelige, faglige og formidlende tekster*. København: Forlaget Samfundslitteratur, 2009.
8. Rycroft-Malone J., Seers K., Titchen A., Harvey G., Kitson A. and McCormack B. *What counts as evidence in evidence-based practice?* *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 47: 81-90.
9. McCormack B., Manley K., Titchen A. *Practice Development in Nursing and Healthcare – second edition*, Oxford: Wiley-Blackwell, 2013.
10. Wu J. *Improving the writing of research papers: IMRAD and beyond*. *Landscape Ecology*, 2011: 26:1345-1349.
11. Fowler J. *Writing for professional publication. Part 1: Motivation*. *British Journal of Nursing*, 2010;.19 (16): 1062.
12. Jensen L.B. *Fra logos til patos – videnskabsretorik for begyndere*. Roskilde: Roskilde Universitets Forlag, 2007.
13. Kvale S. *An Introduction to Qualitative Research Interviewing*, Thousand Oaks: Sage Publication, 1996.
14. Andersen T. *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne*. København: Dansk Psykologisk Forlag, 1996.
15. Dysthe O. 'What is the Purpose of Feedback when Revision is not Expected?' *A Case Study of Feedback Quality and Study Design in a First Year Master's Programme*. *Journal of Academic Writing*, 2011: 1: 135-142.
16. McCormack B., Kitson A., Harvey G., Rycroft-Malone J., Titchen A. Seers K. *Getting evidence into practice: the meaning of 'context'*. *Journal of Advanced Nursing*, 2002: 38:. 94-104.
17. Sanderson B.K., Carter M., Scheussler J.B. *Writing for Publication: Faculty Development Initiative Using Social Learning Theory*. *Nurse Educator*, 2012; 37 (5): 206-210.
18. Salas-Lopez D., Deitrick L., Mahady M.A., Moser K., Gertner E.J., Sabino J.N. *Getting Published in an Academic-Community Hospital: The Success of Writing Groups*. *Journal of General Internal Medicine*. 2011; 27 (1): 113-116.
19. Phillips L., Kristiansen M., Vehviläinen M., Gunnarsson E. *Knowledge and Power in Collaborative Research*. New York: Routledge, 2013.
20. Baldwin C., Chandler G.E. *Improving Faculty Publication Output: The Role of a Writing Coach*. *Journal of Professional Nursing*. 2002; 18 (1): 8-15.

# Potentialer og barrierer for videreuddannelse på master- og kandidatniveau hos sygeplejersker

## – En spørgeskemaundersøgelse

Heidi Bergenholtz

Bibi Hølge-Hazelton

*”Jeg er sygeplejerske. Altså en der plejer de syge”*

*(Sygeplejerske, kvinde 46-55 år).*

En velkendt faktor i tilgangen til udvikling- og forskning i klinisk praksis er kompetenceudvikling og uddannelse (1). På denne baggrund blev der foretaget en undersøgelse af uddannelsesniveaet, forstået som master- og kandidatuddannelser blandt sygeplejersker, på Roskilde, Køge, Kalundborg og Holbæk Sygehus (tidligere Sygehus Nord i Region Sjælland). Undersøgelsen viste, at lidt over 2 % af medarbejderne med MVU-baggrund havde/ eller var i gang med uddannelse på master- eller kandidatniveau ( Bilag 1 viser vejen til master- og kandidatuddannelse).

I arbejdet med at styrke udviklings- og forskningskulturen på sygehuset, herunder at opruste uddannelsesniveaet, ønskede sygehusets Sygeplejefaglige Forsknings- og Udviklingsråd at afdække, hvilke barrierer og potentialer sygeplejerskerne oplevede i forhold til at uddanne sig på dette niveau. Dette blev iværksat i november 2010 som en spørgeskemaundersøgelse blandt sygehusets sygeplejersker. Undersøgelsen blev opgjort i januar 2011, og herefter anvendt i en intern rapport på sygehuset. Det er med udgangspunkt rapporten, at denne artikel er blevet til.

## BAGGRUND

I flere internationale studier (2-6) har man set en række barrierer beskrevet for sygeplejersker for at deltage i videreuddannelse<sup>1</sup>. Sammenfattende for disse studier er, at der ses en tendens til, at sygeplejersker ser positivt på videreuddannelse men, at der eksisterer en række barrierer for at dette gennemføres, herunder tid, børn, hjemlige forpligtigelser, økonomi, manglende opbakning fra ledere og kolleger og geografi<sup>2</sup>.

I et review af Grisciti & Jacono (2006) konkluderes også, at arbejdsgiverne skal skabe tid og økonomi således, at det er arbejdstid som bruges til videreuddannelse. Det er herudover vigtigt, at sygeplejerskerne har en deltagende rolle i deres videre uddannelse og, at uddannelsesstilbuddene opleves som realistiske og opnåelige (7).

Sammenfattende for tidligere studier så ses videreuddannelse som udvikling af faglige kompetencer, som også arbejdsgiver har interesse i, hvorfor man ønsker dette honoreret på den måde, at det er arbejdsgiverne der skal skabe tid og økonomi og ikke sygeplejerskerne selv, der skal investere penge og fritid i dette.

Det påpeges, at der mangler viden om dette felt, hvorfor denne undersøgelse kan ses som et vigtigt bidrag til et væsentligt område.

## METODE

For at belyse potentialer og barrierer hos sygeplejersker for videreuddannelse, blev en spørgeskemaundersøgelse udsendt til sygeplejersker på sygehuset med i alt 540 besvarelser ud af 1964 ansatte sygeplejersker, hvilket gav en svarprocent på 27 %. Undersøgelsen foregik i SurveyXact som blev sendt ud til alle over- og udviklingssygeplejersker på Sygehus Nord som distribuerede videre til sygeplejerskerne i afdelingerne. Data blev trukket og analyseret i januar 2011.

---

<sup>1</sup> Uddannelsessystemer er forskellige i alle lande, hvorfor resultater fra et land ikke kan overføres direkte til lokale forhold i et andet.

<sup>2</sup> Det skal bemærkes at videreuddannelse ikke defineres som master- kandidatuddannelse i litteraturen, men beskrives bredt som uddannelse efter sygeplejerskeuddannelsen.

## HVAD VISTE RESULTATERNE?

Resultaterne er inddelt i fire dele:

1. Generelle data om alle respondenter
2. Gruppen som er i gang med master-/ eller kandidatuddannelse
3. Gruppen som gerne vil begynde en master-/ eller kandidatuddannelse
4. Data vedrørende hvilke barrierer respondenterne selv fremhævede som væsentlige; dette besvaret i en åben kategori.

## GENERELLE DATA OM RESPONDENTERNE

I alt 540 besvarede spørgeskemaet hvoraf 98 % var kvinder. I alt 86 % var gift/samlevende, og 89 % havde 1 eller flere børn. Aldersspredningen ses i tabel 1:

*Tabel 1:*

Aldersgrupper	Respondenter	Procent
0-24 år	8	1,5%
25-35 år	81	15,0%
36-45 år	188	34,8%
46-55 år	382	70,7%
56+ år	69	12,8%
I alt	540	100,0%

## RESPONDENTER SOM ER I GANG MED UDDANNELSE

I alt 2,2 % var i gang med en master- eller kandidatuddannelse. Dette udelukkende kvinder. Alderen på de som var i gang lå ligeligt fordelt i aldersgrupperne 36-45 og 46-55, og deres uddannelse blev finansieret fuldt af arbejdspladsen for 67 % og delvist finansieret for 25 %. 8 % modtog SU. Civilstatus var, at 83 % var gift/samlevende og alle havde mellem et og flere børn.

Motivationen for at påbegynde disse uddannelser var både et ønske om ny viden, personlig og faglig udvikling. Eksempler på dette i besvaret i en åben kategori med ordlyden ”Hvad motiverede dig til at videreuddanne dig?” lyder således:

*”Behovet for udvikling. Behov for øget udvikling af akademiske kompetencer, til brug i den direkte patientpleje”*

*(Kvinde fra gruppen 36-45 år)*

*”Forskning i egen afdeling, muligheder for at lave gode projekter til gavn for patienterne”*

*(Kvinde fra gruppen 46-55 år)*

*”Ønske om ny viden og personlig udvikling.”*

*(Kvinde fra gruppen 46-55 år)*

*”Interessen for at udvikle mig”*

*(Kvinde fra gruppen 46-55 år)*

Gruppen af sygeplejersker som allerede var i gang med et uddannelsesforløb var altså kvinder i alderen 36-55 med børn og som for de flestes vedkommende havde en eller anden form for finansiering fra arbejdspladsens side. Deres motivation for at starte denne var både faglig og personlig udvikling.

## **RESPONDENTER SOM ØNSKER UDDANNELSE**

Rettes fokus mod de, som ønskede at påbegynde en master- eller kandidatuddannelse var dette i alt 22,4 %. I en kønsfordeling var dette 22,5 % af kvinderne og 18,2 % af mændene (tabel 2). Disse fordelt i alle aldersgrupper. Gruppen af 56+ år overvejede kun i mindre omfang uddannelse (tabel 3).

**Tabel 2. Overvejer du at påbegynde en Master/Kandidatuddannelse  
Krydset med: Dit køn**

	Kvinde	Mand	I alt
Jå	22,5%	18,2%	22,4%
Nej	77,5%	81,8%	77,6%
I alt	511	11	522

**Table 3: Overvejer du at påbegynde en Master/Kandidatuddannelse**  
**Krydset med: aldersgrupper**

	0-24 år	25-35 år	36-45 år	46-55 år	56+ år	I alt
Jå	25,0%	29,6%	25,6%	24,7%	1,5%	22,5%
Nej	75,0%	70,4%	74,4%	75,3%	98,5%	77,5%
I alt	8	81	180	364	68	521

I forhold til finansiering så ønskede de fleste, både mænd og kvinder, (tabel 4) at finansiere dette med fuld- og delvis kompensation fra arbejdspladsen eller SU.

**Table 4. Hvordan vil du finansiere din uddannelse**  
**(der kan sættes flere krydser)**  
**Krydset med: Dit køn**

	fuld kompensation fra arbejdspladsen	delvis kompensation fra arbejdspladsen	statens uddannelsesstøtte	vikararbejde /fritidsjob	andet	I alt
Kvinde	72	30	25	15	12	100
Mand	2	0	1	0	0	2
I alt	74	30	26	15	12	102

Det som denne undersøgelse blandt andet viste var, at der eksisterede et relativt højt antal af sygeplejersker (22,4 %) blandt respondenterne, som ønskede videreuddannelse. Derfor var det vigtigt at se på de barrierer, som var angivet for, at dette kunne blive en realitet.

## **BARRIERER FOR VIDREUDDANNELSE**

Barriererne for videreuddannelse blev fundet gennem en åben kategori med spørgsmålene: ”Hvad afholder dig fra at gå i gang med uddannelsen?” og ”Hvad skal der til for, at du vil overveje at påbegynde en master-/kandidatuddannelse?”. Svarene blev kondenseret til 8 kategorier og disse var: økonomi, hjemmeliv, tid, alder, manglende opbakning fra arbejdsgiver, manglende kompetencer, uklar

fremtid og andet. Under hver kategori angives et par citater fra spørgeskemaet for at understøtte forståelsen af disse.

## **ØKONOMI**

Kategorien økonomi handler om, at man ikke kan få økonomisk støtte fra arbejdspladsen, hvilket hænger sammen med, at de fleste ønsker fuld- delvis kompensation fra arbejdsplads til uddannelse.

*”Pengekassen er lukket”*

*(Kvinde 36-46 år).*

*”Har ikke fået støtte økonomisk til uddannelsen trods jeg har søgt flere gange”*

*(Kvinde i fra gruppen 46-55 år).*

*”Hvis jeg skulle påbegynde en ny master uddannelse, vil jeg forvente at få delvis eller helt finansieret den af arbejdsstedet. Hvis delvis ville jeg ønske at afdelingen vil få tilsvarende kompensation for mit fravær så det vil være muligt at ansætte vikar”*

*( Kvinde fra gruppen 56+ år ).*

*”God løn under uddannelsen”*

*(Mand fra gruppen 46-55 år).*

## **HJEMMELIV**

Hjemmelivet er en barriere i den forstand, at uddannelse sig ”koster” tid på hjemmefronten, og det er svært at kombinere med det familieliv og uddannelse.

*”Familielivet skal passe bedre ift. at jeg skal investere meget af min tid et andet sted”*

*(Kvinde fra gruppen 25-35 år).*

*”Jeg skal have mere overskud på hjemmefronten,  
svært at overskue med 2 små børn”*

*(Kvinde fra gruppen 25-35 år)*

*”Børnene skal være ældre.  
De er kun 5 og 7 år og kræver meget af en når man har fri”*

*(Kvinde fra gruppen 36-45 år).*

## **TID**

Tid er i tråd med hjemmelivet, idet man ikke har tiden til både arbejde, studie og familieliv. Man ønsker, at den tid som skal gå til uddannelse, tages fra arbejdstid således, at fritiden bliver skånet.

*”Kan ikke lade sig gøre pga. arbejdstiderne samt,  
at uddannelsen strækker sig over flere formiddage  
og kan ikke tages om aften eller ved siden af..”*

*(Kvinde fra gruppen 36-45 år).*

*”Tidspres – det skal kunne gå hånd i hånd med mit job,  
der i forvejen kræver tilstedeværelse på min 45-50 timer om ugen.  
Jeg skal også have tid til mine børn,  
der fortsat kræver min tilstedeværelse”*

*(Kvinde fra gruppen 46-55 år).*

*”Er ikke interesseret i at anvende fritid på uddannelse  
indenfor mit arbejdsområde”*

*(Kvinde fra gruppen 36-45 år).*

## **ALDER**

Nogle mener også, at alder er en barriere, idet det ikke ”kan betale sig” at uddanne sig, og man ønsker at lade de unge få chancen i stedet.



*”Et nyt liv! jeg er blevet for gammel til at det kan betale sig!”*

*(Kvinde fra gruppen 56+ år).*

*”Jeg skulle være 10 år yngre, og have udsigt til en ordentlig løn efter en Masteruddannelse”*

*(Kvinde fra gruppen 56+ år).*

*”Jeg ville meget gerne, men min alder gør nok, at jeg mener det er for sent”*

*(Kvinde fra gruppen 46-55 år).*

*”Jeg ønsker at blive uddannet behandlersygeplejerske. Min alder er nok en begrænsende faktor i forhold til dette”*

*(Mand fra gruppen 46-55 år)*

## **MANGLENDE OPBAKNING FRA ARBEJDSGIVER**

Manglende opbakning fra arbejdsgiver er en barriere i den forstand, hvorvidt den enkelte afdeling skaber et miljø med mulighed for uddannelse og hvor der stilles ressourcer til rådighed til at den enkelte medarbejder kan undværes i afdelingen.

*”.... det er op til afdelingssygeplejersken om hun synes jeg er værd at ofre uddannelse på... mange, som bliver opfordret til at videreuddanne sig før mig”*

*(Kvinde fra gruppen 56+år).*

*”Ved ikke om der er ressourcer til det i afdelingen  
– hverken økonomisk eller personalemæssigt.  
Kan heller ikke helt se om det ville gavne afdelingen at jeg fik den  
– om de ville kunne bruge den ekstra kompetence?”*

*(Kvinde fra gruppen 25-35 år).*

*”Jeg møder ingen opbakning til at dygtiggøre mig.  
I min afdeling er der INGEN penge til kurser eller uddannelse...”*

*(Mand fra gruppen 46-55 år).*

*” At der på nuværende tidspunkt ikke er  
økonomiske ressourcer fra arbejdsgiver”*

*(Kvinde fra gruppen 46-55 år).*

## **MANGLENDE KOMPETENCER**

Manglende kompetencer handler om, at man ikke har de evner/kompetencer, som man mener der kræves for optagelse på et studie.

*”Optagelseskraevne, som er ved at blive ændret  
(og ikke til min fordel, da jeg ikke er bachelor)”*

*( Kvinde fra gruppen 25-35 år).*

*”Jeg har gennem de sidste par år gerne villet i gang  
med en masteruddannelse, og har søgt RUC 2  
gange hvor jeg begge gange fik afslag...”*

*(Kvinde fra gruppen 36-45 år).*

*” Jeg er ikke god til at skrive opgave og er meget påvirket  
under skrivningen” (...) ”og så er jeg ikke sikker på  
at mit engelske er godt nok til at læse faglitteratur”*

*(Kvinde fra gruppen 46 – 55 år).*

## **UKLAR FREMTID**

Fremtiden kan virke som en barriere, idet man skal kunne se formålet med at videreuddanne sig. Man vil gerne se hvad man får ud af dette i form af karrieremuligheder, øget ansvar og løn.

*”...tvivl om hvad jeg vil kunne bruge den til  
– fremtidige jobmuligheder...”*

*(Kvinde fra gruppen 36-45 år).*

*”Kunne bruge uddannelsen i arbejdet som ”menig” sygeplejerske  
eller at rammer/ressourcer kan prioriteres så uddannelsen  
bruges i afdelingen”*

*(Kvinde fra gruppen 46-55 år).*

*”Jeg er ikke helt klar over, hvilke muligheder det vil åbne  
for mig fremover. Ledelsen har aldrig givet udtryk for, at de ønsker  
at jeg skulle uddanne mig på denne måde. Tror ikke det på sigt  
vil give mig bedre arbejdsvilkår, eller øget indtægt”*

*(Kvinde fra gruppen 46-55 år).*

## **ANDET**

Kategorien andet, dækker over alle andre udsagn som informanterne kommer med, blandt andet en modstand mod akademiseringen af sygeplejefaget. Desuden også manglende motivation og andre personlige barrierer.

*”Noget der gjorde jeg ikke kunne arbejde  
som almindelig sygeplejerske. Jeg er ikke en ”teoretisk-sygeplejerske”  
men er en udpræget ”praktisk-sygeplejerske”*

*(Kvinde fra gruppen 36-45 år).*

*”At det bliver mindre akademisk og dermed mere  
direkte relevans for mit nuværende arbejde”*

*(Kvinde fra gruppen 46-55 år).*

*”Synes ikke om teorierne og at skrive, så intet kunne få mig til det”*

*(Kvinde fra gruppen 36 – 45 år).*

Der ses altså en række barrierer beskrevet af sygeplejersker for at gå i gang med en kandidat- eller masteruddannelse, som både knyttes til hjemlige- og arbejdsmæssige forhold, kompetencer, alder og en uklar fremtid.

### **HVOR ER POTENTIALERNE OG BARRIERERNE?**

Baggrunden for denne undersøgelse var at identificere både barrierer og potentialer for uddannelse på master-kandidatniveau for sygeplejersker på Sygehus Nord. Som tidligere beskrevet, har man i internationale studier fundet faktorer som tid, børn, hjemlige forpligtigelser, økonomi, manglende opbakning, geografi, som de væsentligste barrierer.

Denne undersøgelse giver primært indsigt i de barrierer der er for, at flere uddanner sig på det konkrete sygehus blandt de deltagende sygeplejersker. Selvom der kun deltog 27 % af det totale antal ansatte sygeplejersker, gør undersøgelsens sample (n=540), at den kan bidrage med perspektiver til et felt, med manglende viden. Den understøtter tidligere internationale resultater på området og supplerer med, at både alder og manglende kompetencer kan virke som en barriere. Manglende kompetencer kan være en national faktor idet den undersøgte population både er sygeplejersker som blev uddannet før og efter uddannelsesreformen i 2001 hvor man i Danmark gjorde sygeplejerskeuddannelsen til en professionsbachelor. Dette er en væsentlig faktor, idet der i den undersøgte populationen også er sygeplejersker som ikke har forudsætningerne for at videreuddanne sig på kandidatniveau.

Undersøgelsen viste, at 22,4 % gerne vil begynde en master- kandidatuddannelse. Dette set i forhold til kun 2,2 % har videreuddannelse. Potentialet for videreuddannelse er derfor, at der eksisterer et ønske hos en del af sygeplejerskerne om videreuddannelse. Barriererne for at indfri dette potentiale bliver dermed vigtige, hvis man som sygehus skal skabe et miljø, som kan understøtte disse ønsker hos personalet. Ønsket er blandt andet, at uddannelsestiden skal tages fra arbejdstiden således, at man ikke skal investere sin fritid. Herudover også, at man bliver fuldt- eller delvist kompenseret økonomisk fra arbejdspladsen. At skabe karriereveje efter en endt uddannelse er også en ledelsesmæssig vigtig beslutning, da man som sygeplejerske gerne vil kunne se en fremtidig vej for karriere efter et uddannelsesforløb.

Diskussionen om hvorvidt videreuddannelse skaber forsknings- og udviklingskultur på sygehuset er også vigtig at nævne i forhold til undersøgelsens resultater.

Undersøgelsen er lavet med udgangspunkt i et generelt ønske om at styrke denne kultur på sygehuset, velvidende, at uddannelse ikke kan stå alene men, at en lang række andre faktorer indgår. At det drejer sig om et komplekst felt, fremgår også af denne bogs øvrige artikler.

En videre udforskning og rangering af de 8 kategoriserede barrierer kunne være interessant. Ligeledes kunne en afdækning af hvordan de enkelte afdelingsleders roller, i forhold til at støtte videreuddannelse hos deres medarbejdere, fungere som et supplement til hvordan disse barrierer både nedbrydes og opstår.

## **KONKLUSION**

En lille andel (2,2 %) af sygeplejerskerne på Sygehus Nord var på undersøgelsestidspunktet i gang med en master- eller kandidatuddannelse, 22,4 % af deltagerne i undersøgelsen ønskede at påbegynde en sådan.

Undersøgelsen viste, at faktorer som økonomi, hjemmeliv, tid, alder, manglende opbakning fra arbejdsgiver, manglende kompetencer og klar fremtid i en dansk kontekst er de barrierer sygeplejerskerne selv angiver for ikke at vælge videreuddannelse.

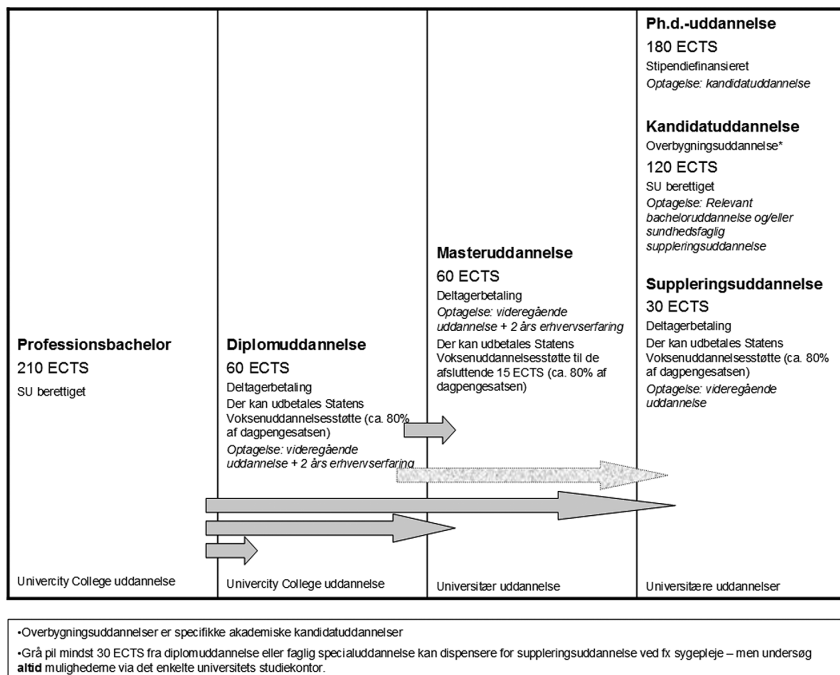
Undersøgelsen bidrager således med viden et sygehus kan trække på, hvis man ønsker at udvikle strategier til at imødekomme sygeplejerskernes behov for videreuddannelse og deres barrierer imod dette. Begrænsningerne ved studiet er generaliserbarheden. Dette både internt på sygehuset samt eksternt. Dette forstået således, at svarprocenten på 27 % gør, at vi ikke kan vide om samme resultater vil være opnået hvis svarprocenten havde været højere. Herudover er undersøgelsen lavet lokalt på et regionssygehus, hvorfor det ikke nødvendigvis vil være samme forhold gør sig gældende andre steder i landet. Resultaterne fra internationale studier og dette underbygger dog hinanden hvilket kunne tyde på, at de barrierer og potentialer for videreuddannelse vi har fundet er generelle også i et internationalt perspektiv.

## **TAK**

Mange tak til konsulent Mette Moesgård Ravnholt for hendes store hjælp med SurveyXact. Og tak til forskningskonsulent og ph.d. studerende Sanne Bjergskov Andersen for hendes bidrag til redegørelsen af vejen til master og kandidatuddannelser for sygeplejersker, skitseret i bilag 1.

## Bilag 1. Vejen til master- og kandidatuddannelse for sygeplejersker

Dette bilag er en redegørelse for sammenhængen mellem sygeplejerskeuddannelsen og det videregående uddannelsessystem i Danmark. Dette demonstreres i figur 1.



Figur 1.

Figuren viser adskillelsen mellem de videregående uddannelser der udbydes på University College og hvilket der udbydes på universitetet. Nedenfor beskrives både diplom-, master- og kandidatuddannelser. Da rigtig mange sygeplejersker er i færd med at gennemføre diplomuddannelser er denne også medtaget.

1. Diplomuddannelse: Disse uddannelser har i flere år været særligt attraktive videreuddannelser for sygeplejersker. En væsentlig katalysator for dette har været Statens Voksenuddannelsesstøtte, som har tilbudt refusion svarende til ca. 80 % af dagpengesatsen. Diplomuddannelsen sidestilles i niveau med professionsbachelor. Diplomuddannelsen kan kun i begrænset omfang anvendes som 'adgangskort' til de akademiske uddannelser, da kun enkelte kandidatuddan-

nelser godkender diplomuddannelse (dele af diplomuddannelse, dog mindst 30 ECTS) i stedet for suppleringsuddannelse fx kandidat i sygepleje. I bekendtgørelsen står om diplomuddannelsen: ”§ 3. Uddannelsens videngrundlag er erhvervs- og professionsbaseret samt udviklingsbaseret”.<sup>3</sup> Hvilket modsvares af suppleringsuddannelse på følgende måde: ”§ 7. Suppleringsuddannelsen skal udbygge de studerendes sundhedsfaglige indsigt og øge deres teoretiske og metodiske kvalifikationer inden for det sundhedsvidenskabelige område”<sup>4</sup> – altså mere målrettet mod det videnskabelige. Diplomuddannelse sigter mere imod at arbejde i specialiserede kliniske funktioner.

2. Master- og kandidatuddannelse: En masteruddannelse har følgende formål: ”§ 1. Masteruddannelser er forskningsbaserede videregående uddannelser inden for videreuddannelsessystemet for voksne, der har til formål at give studerende med praktisk erhvervs erfaring og en forudgående uddannelsesbaggrund en videregående uddannelse inden for et specialiseret område eller i et bredere perspektiv på et fagligt eller flerfagligt område”.<sup>5</sup> En masteruddannelse er opgjort til 60 ECTS<sup>6</sup>. I sundhedsvæsenet har der været en tendens til at sidestille master- og kandidat- uddannelse, men der er nogle væsentlige forskelle, som vil blive ridset op nedenfor. Derudover er det værd at bemærke, at optagelsekravene til diplom og masteruddannelse er identiske (dog kan diplomuddannelse også optage studerende fra korte videregående uddannelser). Endvidere kvalificerer en masteruddannelse ikke til forskeruddannelse (ph.d.-uddannelse). Master of Public Health er en undtagelse, da det indtil videre har været praksis på universiteterne at indskrive disse studenter i ph.d.-skoler inden for sundhedsvidenskab. Masteruddannelser er rettet mod et arbejde som klinisk ekspert, hvorimod kandidatuddannelse sigter bredere indenfor både ledelse, undervisning og forskning. Kandidatuddannelse udelukker dog ikke fra at fungere som klinisk ekspert, men de erhvervede uddannelsesmæssige kompetencer er mere vidt favnende end det kan forventes via en masteruddannelse. Aktuelt erfarer en del sygeplejersker i Danmark, som har valgt masteruddannelse, at de afskæres fra videre uddannelse på forskerniveau, da de mangler ECTS. På næste side (Tabel 1) ses skematisk de forskelle der eksisterer mellem master og kandidatuddannelse.

---

<sup>3</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=142784#Kap1>

<sup>4</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=137998>

<sup>5</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=127798#K4>

<sup>6</sup> Med undtagelsen af Master of Public Health, som er på 90 ECTS

<b>Masteruddannelse i sygepleje</b> 60 ECTS	<b>Kandidatuddannelse i sygepleje</b> 120 ECTS
<p>Uddannelsen forbereder dig til at virke som klinisk ekspert. Du får kompetencer til at sikre sammenhæng mellem den kliniske forskning og den kliniske sygeplejepraksis.</p>	<p>Kandidatuddannelsen bygger videre på bacheloruddannelsen i sygepleje og giver dig en solid, teoretisk baggrund for at arbejde med ledelse, uddannelse og forskning inden for sygepleje.</p>
<p>Du lærer at analysere kliniske problemstillinger og udføre forskningsprojekter samt at forholde dig til bl.a. etiske sider af klinisk sygepleje.</p>	<p>Uddannelsen er teoretisk, og du får bl.a. undervisning i faglig argumentation, vidensøgning og klinisk beslutningstagning.</p>
<p>Uddannelsen henvender sig til dig, der fx arbejder som sygeplejerske og ønsker at videreudanne dig.</p>	<p>Du lærer desuden om forskningsmetoder og professionsudvikling.</p>
	<p>Som færdiguddannet kandidat kan du varetage specialiserede opgaver inden for sygeplejeområdet. Du kan fx komme til at arbejde med ledelse og formidling eller beskæftige dig med klinisk sygeplejepraksis.</p>

*Tabel 1.*

Det er nu skitseret i korte træk hvorledes uddannelserne hænger sammen, og hvilken praksis de rettes i mod. Det er vigtigt at kende formålet med den uddannelse man som sygeplejerske vælger da et ”forkert” valg kan betyde omveje til målet. Det er altid en mulighed at søge vejledning på de udbydende uddannelsesinstitutioner.

## REFERENCER

- 1 Brown CE, Ecoff L, Kim SC, Wickline MA, Rose B, Klimpel K, et al. Multi institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses. *J Clin Nurs* 2010 Jul;19(13-14):1944-51.
- 2 Chang WY, Tseng IJ, Hsiao FH, Wang MY. Continuing education needs and barriers for public health nurses in Aboriginal townships in Taitung, Taiwan. *J Nurs Res* 2003 Dec;11(4):295-302.
- 3 Gould D, Drey N, Berridge EJ. Nurses’ experiences of continuing professional development. *Nurse Educ Today* 2007 Aug;27(6):602-9.
- 4 Johnson A, Copnell B. Benefits and barriers for registered nurses undertaking post-graduate diplomas in paediatric nursing. *Nurse Educ Today* 2002 Feb;22(2):118-27.
- 5 Keating SF, Thompson JP, Lee GA. Perceived barriers to the sustainability and progression of nurse practitioners. *Int Emerg Nurs* 2010 Jul;18(3):147-53.
- 6 Schweitzer DJ, Krassa TJ. Deterrents to nurses’ participation in continuing professional development: an integrative literature review. *J Contin Educ Nurs* 2010 Oct;41(10):441-7.
- 7 Griscti O, Jacono J. Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review. *J Adv Nurs* 2006 Aug;55(4):449-56.



# Udviklingssygeplejersken i spændingsfeltet mellem kvalitet og udvikling

*Mariane Bové-Christensen*

*Bibi Hølge-Hazelton*

Kapitlet<sup>1</sup> sætter fokus på udviklingssygeplejerskers oplevelser af egne funktioner på det daværende Sygehus Nord (Kalundborg, Holbæk, Roskilde og Køge Sygehuse) i Region Sjælland. Baggrunden var et udviklingsprojekt, der blev iværksat med henblik på at skabe større viden om og indsigt i udviklingssygeplejerskers arbejde, fordi dette arbejde, herunder arbejdets vilkår, tilsyneladende er meget forskelligartet, selv inden for samme organisation.

Sygehus Nord omfattede fire sygehuse på fire matrikler spredt over et større geografisk område på Sjælland. Sygehuset, der havde fælles ledelse, blev etableret i forbindelse med oprettelsen af de danske regioner i 2008. I forlængelse af dette etableredes et netværk for de sygeplejersker, der var ansat som kliniske og/eller kvalitetsudviklingsygeplejersker. De to af sygehusene havde på det tidspunkt en funktionsbeskrivelse for klinisk udviklingsygeplejerske, men der forelå ikke en samlet formel funktionsbeskrivelse for udviklingsygeplejersker på Sygehus Nord. I netværkets kommissorium blev udviklingsygeplejersken defineret som ”en person, hvis hovedbeskæftigelse er sygeplejefaglig udvikling og/eller foretager kvalitetsarbejde, og forskningstiltag i sygeplejen, og som er ansat i en stabsfunktion til afdelingsledelsen/sygehusledelsen”.

I 2010 fik netværket behov for at ændre karakter i retning af en mere projektorienteret organisering, og her blev det tydeligt, at det at være udviklingsygeplejerske ikke betød det samme på de enkelte afdelinger eller matrikler. Der opstod derfor et behov for at afdække, hvad det konkret betød at være udviklingsygeplejerske på Sygehus Nord.

---

<sup>1</sup> Kapitlet er en let omskrivning af en artikel udgivet i *Sygeplejersken* 2012;(3) 96-99.

## **AFDÆKNING AF DEN KONKRETE PRAKSIS**

Via orientering i litteraturen fandtes, at den stillingsbetegnelse, der ofte anvendes, når der er tale om sygeplejersker, der har udvikling, kvalitetsarbejde og forsknings-tiltag som hovedbeskæftigelse, er klinisk sygeplejespecialist, men at der ikke er konsensus, hverken når det vedrører titlerne, indholdet eller kravet til de specifikke kompetencer, disse sygeplejersker skal have (1,2). Dette skaber ”forvirring om hvilke funktioner, man som klinisk sygeplejespecialist forventes at kunne varetage” (3).

På Sygehus Nord blev alle medlemmerne af netværk for udviklingssygeplejersker inviteret til at bidrage til at beskrive deres praksis, 14 ud af 24 valgte at deltage. Metoden bestod af en egen beskrivelse af arbejdet som udviklingssygeplejerske samt to dages notering af de arbejdsopgaver som den enkelte udviklingssygeplejerske fandt mest væsentlige i den udvalgte uge, herunder med en opfordring til at uddybe hvorfor det netop var disse opgaver, vedkommende valgte at beskrive. Ud over dette beskrev den enkelte udviklingssygeplejerske uddannelsesår, job titel, efter/videreuddannelse, samt hvorvidt der var tale om en fuldtids- eller deltidsfunktion.

Som analytisk ramme blev Pattersons Shifting Perspectives Model anvendt som inspiration (4). Modellen er oprindeligt udarbejdet til at beskrive livet med kronisk sygdom som en kompleks og konstant skiftende proces, der veksler mellem at have sygdommen i forgrunden og i baggrunden. I dette tilfælde hentede vi inspiration til at beskrive, hvilke af udviklingssygeplejerskernes mange og forskellige arbejdsopgaver inden for udvikling, kvalitetsudvikling og forskningstiltag, der var henholdsvis i forgrunden og i baggrunden i deres beskrivelser og uddybninger af det væsentlige i deres funktioner.

## **RESULTATER**

De 14 deltagere var alle erfarne sygeplejersker med mellem 10 og 40 års erfaring. Alle havde videreuddannelsesbaggrund, dog varierende fra diplomuddannede, Danmarks Sygeplejerskehøjskole 2. del til master/masterstuderende og kandidatuddannelser. Jobtitlerne varierede fra klinisk udviklingssygeplejerske, kvalitets- og udviklingssygeplejerske til udviklings- og uddannelses sygeplejerske. De fleste var ansat på fuld tid i funktionen. Tabel 1 viser en oversigt over deltagerne.

Tabel 1:

Oversigt over deltagere, herunder uddannelsesår, vidreuddannelsesniveau, jobtitel, funktionsbeskrivelser, primært jobmæssige fokus og deltid/fuldtid i forhold til udviklingsfunktionen.

Nr	Uddannet	Videre-uddannelse	Jobtitel	Funktionsbeskrivelse	Primært fokus	Deltid/fuld tid
1	1986	Diplom	Kvalitets- og udviklingssygeplejerske	-	Kvalitetsarbejde (ønsker sygeplejeudvikling)	Fuld tid
2	1980	Ledelses Master studerende	Kvalitetsudviklings-sygeplejerske	-	Kvalitetsarbejde	Fuld tid
3	1989	Pædagogisk Master	Klinisk udviklingssygeplejerske	+	* Uddannelse Sygeplejeudvikling	Deltid (32 t.)
4	2001	Klinisk Master	Klinisk udviklingssygeplejerske	+	* Uddannelse Sygeplejeudvikling	Fuld tid
5	1992	Pædagogisk Master studerende	Klinisk udviklingssygeplejerske	+	Sygeplejeudvikling	Fuld tid
6	1971	2. del DSH	Klinisk udviklingssygeplejerske	+	Sygeplejeudvikling	Fuld tid
7	1991	Diplom	Udviklings- og kvalitetssygeplejerske	-	Kvalitetsarbejde	Fuld tid
8	1980	Cand. Cur	Klinisk udviklingssygeplejerske	+	Sygeplejeudvikling *	Deltid (32 t.)
9	1990	Pædagogisk Master	Klinisk ansvarlig underviser/uddannelses og udviklingssygeplejerske	-	Uddannelse	Fuld tid
10	1980	Cand. Cur.	Klinisk udviklingssygeplejerske	+	Sygeplejeudvikling	Fuld tid
11	1995	Professions Master	Kvalitets- og udviklingssygeplejerske.	-	Kvalitetsarbejde	Deltid (28 t.)
12	1990	Klinisk Master	Kvalitets- og udviklingssygeplejerske	-	Kvalitetsarbejde	Fuld tid
13	1987	Pædagogisk Master	Udviklings- og uddannelsessygeplejerske	+	Uddannelse Sygeplejeudvikling	Fuld tid
14	1985	Pædagogisk Master	Kvalitetsudviklings- og kvalitetssikrings-sygeplejerske	-	Kvalitetsarbejde	Fuld tid
* Kliniske udviklingssygeplejersker, som primært har sygeplejefaglig udvikling som fokusområde, men tillige varetager en funktion som kvalitetskoordinatorer						

Halvdelen af sygeplejerskerne i undersøgelsen havde sygeplejefaglig udvikling som deres primære fokusområde. Det var overvejende de sygeplejersker, der havde titlen klinisk udviklingssygeplejerske. Den anden halvdel havde kvalitetsarbejde/udvikling som primært fokusområde. Flere af de kliniske udviklingssygeplejersker varetog samtidig funktionen som kvalitetskoordinator i deres afdelinger. En udviklingssygeplejerske med kandidatbaggrund havde iværksat forskning i klinisk praksis.

I analysen af de indsendte beskrivelser blev det tydeligt, at der var et vist sammenfald mellem jobtitel, tilstedeværelse/fravær af en veldefineret funktionsbeskrivelse, og om sygeplejerskens primære fokus var den sygeplejefaglige udvikling. De udviklingssygeplejersker, der havde titlen klinisk udviklingssygeplejerske som grundlag for deres arbejde, havde generelt den sygeplejefaglige udvikling som deres primære fokus. Dog var det også tydeligt at kvalitetsperspektivet var konkurrerende i deres daglige arbejde. Dette kan hænge sammen med, at størsteparten af udviklingssygeplejerskerne også havde rollen som kvalitetskoordinator i deres afdeling.

## **PERSPEKTIVSKIFTE MELLEM FAGLIG UDVIKLING OG KVALITETSUDVIKLING**

På trods af at nogle af jobtitlerne signalerede både kvalitetsudvikling og sygeplejefaglig udvikling pegede besvarelserne på, at udviklingssygeplejerskerne generelt skulle agere i en dynamisk proces, hvor deres perspektiv skiftede mellem sygeplejefaglig udvikling og kvalitetsarbejde. Neden for illustreres dette perspektivskifte med citater fra udviklingssygeplejerskernes besvarelser.

### **KVALITETSUDVIKLING I FORGRUNDEN**

I perioder var kvalitetsperspektivet således det dominerende og blev det centrale fokus for udviklingssygeplejersken. En af sygeplejerskerne skrev f.eks.

*”Mine opgaver i dagligdagen udspringer af min funktion som akkrediteringsnøgleperson og levner dermed ikke meget tid til udvikling af sygeplejen”.*

En anden udtrykte sig således:

*”For nuværende anvender jeg 80-85 pct. af arbejdstiden på implementering af Den Danske Kvalitetsmodel...”.*

Det er tydeligt, at kvalitetsperspektivet her trængte arbejdet med udvikling af den kliniske sygepleje i baggrunden. En tredje udviklingssygeplejerske beskrev et skisma i relation til kvalitetsarbejdets position:

*”En stor del af mit arbejde de sidste par år har bestået i at kigge på sygeplejen i afdelingen gennem Den Danske Kvalitets Models briller... Det, jeg synes, jeg ser, er, at med tiden er sygepleje blevet meget styret af retningslinjer, effektivitet og målrettethed. Vi er nødt til at være effektive, for vi har ikke råd til at yde den ideelle sygepleje... At ændre pleje og behandling i forhold til nogle retningslinjer sikrer på sigt en ensartet kvalitet. Men jeg tror, vi mister noget i nærheden og omsorgen, det vi også burde være gode til”.*

Ovenstående citater illustrerede situationer, hvor kvalitetsarbejdet indtog forgrundspositionen og trængte den sygeplejefaglige udvikling i baggrunden. Men samtidig var der andre sygeplejersker, der beskrev, at deres primære funktion konkret var rettet mod kvalitetsarbejdet. Dvs. at kvalitetsudviklingen altid havde en forgrundsposition.

En sygeplejerske skrev f.eks.:

*”Hos os er jeg, ud over at være kvalitetsudviklingssygeplejerske også superbruger i D4 (Sygehusets dokumentstyringssystem) samt patientsikkerhedssagsbehandler i afdelingen. Alle områder hænger sammen og går godt i tråd med hinanden. Patientsikkerhed er i dag blevet en stor del af Den Danske Kvalitets Model, monitorering af tendenser via sagsbehandling af de indberettede hændelser samt efterfølgende udvikling af retningslinjer og instrukser til implementering er en stor del af mit arbejdsområde. Tovholder for handleplaner på afdelingsniveau der skal sikre udvikling og fremgang er også mit område, selvfølgelig i samarbejde med afdelingens kvalitetsteam. Mellemand for afdelingen og kvalitetsenheden i Nord – indhente ny viden til implementering. Som ekstra bonus er jeg også arbejdsmiljørepræsentant i afdelingen, set med andre briller giver det mulighed for at observere og indhente data, der er til gavn for alle ansatte”.*

Her ser det ud til at sygeplejerskens primære funktion var målrettet kvalitetsarbejdet, og at dette var meningsfuldt for hende.

## SYGEPLEJEFAGLIG UDVIKLING I FORGRUNDEN

*”Dagene er aldrig ens, og i planlægningen af en arbejdsdag skal der altid skabes luft til det uforudsete. En af mine funktioner er nemlig, at lade mig forstyrre af spørgsmål, ideer og/eller opgaver, der kan komme både fra personale og ledelse. I det daglige forsøger jeg at have antennerne ude og opfange signaler på dagligdagens undren, ønsker om ændringer eller andet, som kan føre til spirende projekter og/eller udviklingstiltag. Min primære opgave vil så være at igangsætte, følge med i, følge op på, samt at komme med input- både konkrete og også ud fra et større perspektiv, det såkaldte helikopter-perspektiv”.*

Denne udviklingssygeplejerske var tilsyneladende tilstede i praksis med det formål at gribe, udfordre og udvikle den kliniske sygepleje. Udviklingsperspektivet trådte i forgrunden.

En anden sygeplejerske påpegede vigtigheden af ledelsesopbakning:

*”en vigtig forudsætning for at udviklingsarbejdet får succes er ledelsesopbakning. Her oplever jeg stor opbakning både på afsnits- og afdelingsniveau og i forhold til at inddrage mit arbejdsområde, hvor det er relevant. Ugentlige afdelingspsygeplejerskemøder med deltagelse af kvalitetsmedarbejder og oversygeplejersken sikrer mulighed for at diskutere igangværende og kommende udviklingstiltag og opretholdelse af højt informationsniveau omkring aktiviteter på sygehuset, hvor den udviklende vinkel kunne komme i spil. Dette engagement i ledelsesgruppen har en afsmittende virkning på det daglige arbejdsmiljø, og jeg opfatter det som et privilegium at kunne arbejde under sådanne rammer.*

Det at ledelsen engagerede sig i den sygeplejefaglige udvikling havde stor betydning for at udviklingsperspektivet kunne positioneres i forgrunden.

En tredje udviklingspsygeplejerske beskrev, at funktionen som udviklingspsygeplejerske ind i mellem kunne være meget kaotisk:

*” ... er sammen med mange i det udviklende arbejde, lever til tider i kaos, men med et godt blik ud mod målet – med fokus på patienten. Jeg oplever, jeg har gjort og stadig gør en forskel sammen med personalet”.*

Det fremgår her, at udviklingsperspektivet var i forgrunden med såvel personale og patient som det helt centrale omdrejningspunkt.

### **I SPÆNDINGSFELTET MELLEM KVALITET OG UDVIKLING**

Netværket for udviklingssygeplejersker samlede de sygeplejersker, der arbejdede med den sygeplejefaglige udvikling og/eller foretager kvalitetsarbejde og forskningstiltag i sygeplejen på sygehuset. Vores undersøgelse peger på, at disse sygeplejersker har forskellige jobfunktioner og forskelligt udgangspunkt for deres arbejde. Derfor vil de uvilkårligt også have forskelligt fokus. Hos nogle er arbejdet som kvalitetskoordinator det fremherskende perspektiv, og for andre er det udvikling af faget sygepleje. Nogle af sygeplejerskerne skifter mellem perspektiverne af egen fri vilje, mens andre oplever, at kvalitetsudviklingsperspektivet presses frem af ydre krav. Det er tankevækkende, at kun én sygeplejerske havde iværksat sygeplejefaglig forskning.

Man kan sige, at begge perspektiver har patienten som omdrejningspunkt, men forskellige tilgange. Når kvalitetsperspektivet er fremherskende, er det med fokus på en mere generel kvalitetssikring af patientforløbet, mens det handler om faget sygepleje og selve sygeplejepsikis i et patientcentreret perspektiv, når perspektivet er sygeplejeudvikling og forskning. Begge områder er vigtige i et samlet overordnet perspektiv, men der kan opstå problemer, hvis udvikling og forskning i faget sygepleje må vige for det mere magtfulde kvalitetsperspektiv.

### **KONSEKVENSER FOR PRAKSIS OG PERSPEKTIVER FOR FORSKNING**

Undersøgelsen viste, hvordan der i en konkret praksis gemmer sig både meget forskelligartede arbejdsopgaver og kompetencer bag titlen som udviklingsygeplejerske. Nogle har udviklingsperspektivet i forgrunden, andre kvalitetsudvikling. Nogle skifter mellem perspektiverne af egen fri vilje, mens andre oplever, at kvalitetsudviklingsperspektivet presses frem af ydre krav. Det uklare indhold i stillingskategorien og de bagvedliggende formelle kompetencer er i overensstemmelse med litteraturen på området, hvilket kalder på større forskningsprojekter inden for denne vigtige del af sygeplejen.

Undersøgelsen har derfor understøttet behovet for at klargøre funktionen, herunder anbefalede kompetencekrav. Med inspiration hentet fra blandt andet Århus Universitetshospital (3) og Skeiby Sygehus (5) har oversygeplejerskerådet derfor efterfølgende (i efteråret 2011) godkendt en funktionsbeskrivelse i stillingskate-

gøren klinisk udviklingssygeplejerske med muligheder for lokale vægninger af kvalitetsarbejde og udviklingsarbejde.

## REFERENCER

1. Abildgaard Hansen O. Betydningen af den kliniske sygeplejespecialists roller og interventioner for klinisk praksis- gør hun en forskel? Speciale. Århus Universitet. 2008.  
Se [www. http://folkesundhed.au.dk/sygeplejevid/uddannelse/publikationer/kandidatspecialer/](http://folkesundhed.au.dk/sygeplejevid/uddannelse/publikationer/kandidatspecialer/)
2. Sundhedsstyrelsen. Specialiseringer i sygeplejen – udvikling af en fælles begrebsramme Uddannelse & Autorisation. København. Sundhedsstyrelsen 2009.
3. Lunde Jensen A, Lindman A, Espersen BT. Klinisk Sygeplejespecialist – arbejdsopgaver og kompetencer. Sygeplejersken 2010;110 (21): 62-66.
4. Patterson BL. The Shifting Perspective Model of Chronic Illness. Journal of Nursing Scholarship 2001 (33): 21-26.
5. Organisationsstruktur i Sygeplejen, Århus Universitetshospital Skejby, 2010-2012. Tilgængelig på: <http://www.skejby.dk/files/Hospital/Skejby/For%20fagfolk/Filer/Organisationsstruktur.pdf>



# Udfordringer ved etableringer af en udviklings- og forskningskultur blandt ortopædkirurgiske sygeplejersker

*Charlotte Dyhrberg*

*Anne-Katrine Hjetting*

*Connie Böttcher Berthelsen*

Ortopædkirurgiske patienter er ofte skrøbelige både inden og efter operation, hvilket betyder deres rehabilitering er afhængig af, at der tilbydes den bedst mulige sygepleje baseret på evidensbaseret viden. På Ortopædkirurgisk Afdeling på Køge Sygehus er det vores ønske, at sygeplejefaglig udvikling og forskning skal være et kerneområde på lige fod med pleje og behandling. Vi ønsker at være kendt for et dynamisk sygeplejefagligt miljø, hvor en undren i dagligdagen fører til både udviklings- og forskningsprojekter. Vi vil gerne fastholde og rekrutterer dygtige sygeplejersker, der har lyst til uddannelse og samtidig er medinitiativtagere til og aktivt deltagende i afdelingens projekter, herunder generering af ny viden både udenfor men også i egen afdeling. Disse ønsker er i overensstemmelse med, at der gennem de sidste to årtier har været et stigende fokus på sygeplejeforskning i nationale, regionale og lokale sammenhænge i Danmark, herunder også i ortopædkirurgisk sygepleje. Studier har vist, hvordan basis sygeplejersker, i forskellige specialer, er motiverede til at anvende sygeplejeforskning i deres daglige arbejde, men at de ofte føler sig presset af tidsmangel og manglende kompetencer (1, 2, 3). Det betyder, at man i en række lokale og strukturelle udfordringer skal være opmærksom på, når man ønsker at skabe en udviklings- og forskningskultur på sin egen afdeling.

I denne artikel ønsker vi, med udgangspunkt i vores egen afdeling, at beskrive hvordan vi har igangsat en række tiltag for at styrke en udviklings- og forskningskultur i afdelingen.

## **AFDELINGEN FØR OG NU**

Ortopædkirurgisk afdeling har gennem de sidste fem år været igennem en række strukturelle forandringer, fordret af forskellige regionalpolitiske beslutninger. Dette betyder, at afdelingen har ændret sig fra at bestå af 103 sygeplejersker (op-

gjort i fuldtidsstillinger) fordelt på tre sengeafsnit, et ambulatorium med en dagkirurgisk enhed og to skadestue/modtagelser fordelt på to matrikler, til i dag at bestå af 76 sygeplejersker (opgjort i fuldtidsstillinger) fordelt på to store sengeafsnit og et ambulatorium med en dagkirurgisk enhed nu samlet på én matrikel. I 2011 overtog afdelingen akutfunktionen fra Næstved sygehus, og i 2013 afgav ortopædkirurgisk afdeling plejen af patienter (over 65 år) med hoftefrakturer til et andet afsnit under en anden ledelse. Ud over den akutte ortopædkirurgi varetager afdelingen i dag pleje og behandling af en række planlagte patientforløb såsom knæ- og hoftealloplastikker, i såkaldte Joint Care forløb, skulder alloplastikker, artroskopiske indgreb samt hele regionens rygkirurgi. Afdelingens såkaldte produktion, har ikke ændret sig markant på trods af de ovennævnte ændringer. I 2008 blev der ansat to kliniske udviklingssygeplejersker, der tilsammen skulle varetage den kliniske udvikling i afdelingen med fokus på faglig udvikling, primært for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samt kvalitetsarbejdet knyttet til Den Danske Kvalitets Model. De kliniske udviklingssygeplejersker fik til opgave at identificere afdelingens igangværende projekter og fordele projekterne mellem sig.

Det viste sig, at der var iværksat flere projekter, hvis primære formål var at implementere forskellige patientforløb eller var rettet mod at forbedre det mono- og/eller tværfaglige samarbejde. Kendetegnet for disse projekter var, at de var rettet mod arbejdsgange, at de ikke var systematiserede, at de ofte havde overlappende fokusområder, at de ikke nåede at blive implementeret eller led under manglende opfølgning i implementeringsfasen. Det bevirkede, at flere gode initiativer ikke blev fuldt integrerede i den ortopædkirurgiske pleje, behandling og arbejdsgang. Af sygeplejefaglige udviklingsprojekter var der ingen, og af forskningsprojekter var der kun ganske få blandt det lægefaglige personale. Sygeplejerskernes opgaver var her at være behjælpelig med indsamling af data, men indgik ellers ikke aktivt i forskningen.

De to kliniske udviklingssygeplejersker blev udnævnt som tovholdere for en række af afdelingens projekter. Det viste sig, at det var vanskeligt at overholde en projektplan, da projekterne ofte blev nedprioriteret på grund af travlhed i afdelingen. Endvidere viste det sig, at det ikke var alle projekter, som havde det fornødne potentiale til at fortsætte. På grund af den manglende systematik, utydelige fokusområder samt manglende opfølgning, var det vanskeligt at nedlægge et projekt på grund af manglende fremdrift. Ligeledes var det svært at igangsætte nye og decideret sygeplejefaglige projekter. Disse initiativer blev ofte nedprioriteret til fordel

for afdelingens øvrige arbejde, og afdelingsledelsens produktionstænkning efterlod derfor ikke plads til en udviklings- og forskningstænkning.

I 2009 blev der ansat en oversygeplejerske, hvis mærkesag var den sygeplejefaglige udvikling og forskning. Et af de første tiltag, der blev sat i værk, var at opdele funktionen mellem de to kliniske udviklingssygeplejersker. Dette betød, at afdelingen fik en kvalitetskoordinator, hvis primære funktion var at understøtte afdelingen i kvalitetsarbejdet, og en klinisk udviklingssygeplejerske, hvis primære opgave var at fremme den sygeplejefaglige udvikling. Til hver stilling blev der knyttet en funktionsbeskrivelse, der beskrev opgaver og karrierevej<sup>1</sup>. Formålet med opdelingen var at styrke hvert indsatsområde, men også sikre et tæt samarbejde mellem de nu to forskellige funktioner.

Det næste tiltag var at sætte fokus på sygeplejegruppens kompetencer. Social- og sundhedsassistenterne var den største personalegruppe, og blandt sygeplejerskerne var en stor del relativt nyuddannede. Endvidere viste det sig, at det ikke var almindeligt, at personalet blev tilbudt efter- og videreuddannelser ud over en mindre gruppe af afdelingens praktik- og kliniske vejledere. For at løfte uddannelsesniveaut i afdelingen blev der lagt en uddannelsesstrategi, der betød at den kliniske udviklingssygeplejerske påbegyndte en Masteruddannelse og afdelingens souschefer diplomuddannelse i ledelse. Afdelingssygeplejerskerne påbegyndte ligeledes forskellige kurser inden for forskning og økonomi. Herudover tog oversygeplejersken initiativ til og var med til at tilrettelægge en efteruddannelse for ortopædkirurgiske sygeplejersker, hvor i alt syv sygeplejersker fra afdelingen deltog på de følgende efteruddannelseshold. På nuværende tidspunkt er der flere sygeplejersker, der er i gang med diplomuddannelser.

I samarbejde med den kliniske udviklingssygeplejerske indførte oversygeplejersken sygeplejefaglige eftermiddage, der i dag udbydes hver anden måned, og har til formål at tydeliggøre sygeplejerskens fagidentitet og profession gennem eksterne oplægsholdere og faglige debatter. En af eftermiddagene bruges til vidensdeling, hvor sygeplejersker, der har afsluttet en uddannelse, fremlægger deres eksamensopgaver. Der arbejdes på, at denne dag bliver tværfaglig og dermed for alle

---

<sup>1</sup> Funktionsbeskrivelser kan rekvireres ved henvendelse til Oversygeplejerske Anne-Katrine Hjetting, ortopædkirurgisk afdeling, Køge Sygehus.

faggrupper i afdelingen, så personalet får en indsigt i afdelingens kompetencer og videns ressourcer, der kan anvendes i forskellige projekter. Fremmødet på disse eftermiddage er varierende, men ofte sparsomt. Dog er det besluttet at fastholde eftermiddagene med det formål, at deltagelsen i eftermiddagene bliver en integrerede del af det at være ansat som sygeplejerske i afdelingen.

Næste tiltag var at rette fokus på ledelsesgruppen, da denne er bærende for, at udvikling og forskning kan blive et kerneområde på lige fod med afdelingens øvrige arbejdsopgaver. Afdelingssygeplejerskerne der er såkaldte bannerførere for deres personale, blev inviteret til og deltager nu i planlægnings- og strategimøder, der skal understøtte arbejdet med at styrke afdelingens udviklings- og forskningskultur. På møderne debatteres visioner for den ortopædkirurgiske sygepleje samt de forventninger, der er til sygeplejerskens deltagelse i udvikling og forskning. Planlægnings- og strategimøderne er stadig under udvikling og tænkes som det organ, der skal sikre en sammenhæng mellem projekter, indholdet i de sygeplejefaglige eftermiddage samt at støtte sygeplejerskernes ideer, tiltag til og medvirken ved udvikling og forskning.

Med henblik på at støtte afdelingen i denne proces samt at igangsætte mindre forskningsprojekter, der involverer afdelingens sygeplejersker, blev det i 2012 muligt at ansætte en klinisk sygeplejespecialist med en afsluttet ph.d. grad, i afdelingen for en treårig periode.

## **AFDÆKNING AF SYGEPLEJERSKERNES VIDEN, INTERESSE OG MOTIVATION FOR FORSKNING**

Et af de første initiativer fra den kliniske sygeplejespecialist, var igangsætning af et projekt, der skulle etablere en grundlæggende forståelse for sygeplejerskernes viden om og interesse for forskning samt deres motivation til at lære om og deltage i forskning. En beskrivende spørgeskemaundersøgelse blev derfor foretaget med det formål at danne baggrund for en intervention til at understøtte udviklingen af en udviklings og forskningskultur blandt sygeplejerskerne.

Undersøgelse blev gennemført mellem februar og juni 2013. Spørgeskemaet blev udviklet til formålet samt testet for sproglig forståelse hos to ortopædkirurgiske sygeplejersker fra et hospital i Region Hovedstaden. Det endelige spørgeskema var opdelt i 24 spørgsmål, som bestod af generel information om sygeplejerskernes køn, alder og uddannelse, sygeplejerskernes viden om sygeplejeforskning generelt, sygeplejerskernes interesse for forskning og sygeplejerskernes motivation til at

forbedre deres teoretiske og praktiske viden om forskning. Spørgeskemaet blev uddelt til de i alt 87 sygeplejersker i afdelingen ved afdelingens daglige morgenmøder. Efter to uger blev sygeplejerskerne påmindet af afdelingssygeplejerskerne til at huske at udfylde og aflevere spørgeskemaerne. Da spørgeskemaerne var indsamlet, blev data heri analyseret gennem beskrivende statistik.

43 af de 87 ortopædkirurgiske sygeplejersker besvarede spørgeskemaet. Resultaterne viste, at sygeplejerskerne følte, de havde høj grad af viden om metodologi, kvalitative metoder og analyser, hvorimod de havde svært ved kvantitative metoder og statistik. Sygeplejerskerne oplevede derudover, at deres praktiske forskningskompetencer lå i at påbegynde projekter, få ideer og skabe forskningsspørgsmål. Samtidigt evaluerede de deres kompetencer i forhold til at evaluere og skrive videnskabelige artikler som mindre gode. 32 ud af de 43 deltagende sygeplejersker havde stor interesse for forskning og var motiverede for at lære mere om teoretisk og praktisk forskningsanvendelse.

I undersøgelsen viste det sig også, at selvom sygeplejersken oplevede motivationsfaktorer i forhold til indre motivation samt støtte fra kolleger og afdelingsledelse som vigtige, var der også barrierer for deres deltagelse. Den indre barriere i forhold til selv at afsætte tid til at gå fra plejen samt den ydre barriere omkring manglende accept for deltagelse af andre var store for sygeplejerskerne. Ved planlægningen af en række undervisningsdage om forskning blev afdelingssygeplejerskerne inddraget i forhold til at facilitere muligheden for, at sygeplejerskerne kunne deltage samt at vurdere, hvilket tidspunkt der var bedst på ugen til at afholde undervisningen.

Resultaterne bidrog derefter som udgangspunkt for et interventionsstudie, hvor undervisning og vejledning skulle fokusere på at øge sygeplejerskernes viden, interesse og motivation for at forske som et led i at understøtte en udviklings og forskningskultur.

## **INTERVENTIONSSTUDIE**

Interventionsstudiet blev iværksat for systematisk og inspirerende at kunne udvikle sygeplejerskernes teoretiske viden om og praktiske kompetencer til at udføre sygeplejeforskning. De 32 sygeplejersker, der havde angivet i spørgeskemaundersøgelsen, at de var motiverede for forskning blev inviteret til at deltage. Interventionsstudiet bestod af afholdelse af seks *forsknings-fredage*, der hver bestod af to timers undervisning om kvalitative og kvantitative forskningstilgange. Sideløben-

de med interventionsstudiet skulle det ligeledes være muligt at iværksætte sygeplejefaglige projekter i afdelingen, som sygeplejerskerne selv udpegede som interessante og relevante.

## **SYGEPLEJEFAGLIGE PROJEKTER**

Gennem spørgeskemaundersøgelsen var sygeplejerskerne blevet spurgt, om de havde en ide til et projekt, om de var i gang med et projekt, og/eller om de kunne tænke sig at deltage i et projekt. Projekterne kunne enten have en udviklings- eller en forskningsmæssig tilgang. Dette var ikke afgørende, da tanken bag var at bidrage til, at sygeplejerskerne begyndte at tænke på muligheder for forbedringer i plejen til patienterne gennem udvikling og forskning. Efter at have gennemgået alle spørgeskemaer, blev seks projekter præsenteret for de 32 sygeplejersker (Figur 1).

### **De seks sygeplejefaglige projekter**

1. Fokus på amputationspatienter: Om patienten bag amputationen
2. Sår patienter: Helhedspleje og medinddragelse af patienten i pleje og behandling
3. Tilfredshed hos patienter med nyindsat hofte
4. Anvendelse af smertedagbøger til evaluering af smerteniveauet hos patienter med nyindsat hofte eller knæ
5. Urinretention hos patienter der gennemgår rygoperation
6. Intervention til forbedring af ventetiden i ambulatoriet

*Figur 1: De sygeplejefaglige projekter der var planlagt på ortopædkirurgisk afdeling.*

Den kliniske sygeplejespecialist opfordrede sygeplejerskerne til at vælge det projekt, de gerne ville tilknyttes. Der blev lagt stor vægt på 'ét projekt per person', selvom den enkelte sygeplejerske kunne være interesseret i flere. Begrundelsen var, at den enkelte sygeplejerske skulle opnå en oplevelse af både fordybelse i og et ejerskab for projektet, hvilket blev vurderet som vanskeligt, hvis sygeplejerskerne skulle arbejde med flere projekter på samme tid. Der viste sig en stor interesse for projekterne, alligevel var der to sygeplejersker, som ikke fandt samhørighed eller interesse for de udvalgte projekter. Eftersom seks projekter er meget ambitiøst,

var det ikke muligt at igangsætte flere, hvilket der var stor forståelse for. De to sygeplejersker overvejede efterfølgende at medvirke ved et lægefagligt projekt om kompressionsbehandling.

## OPSTART AF SYGEPLEJEFAGLIGE PROJEKTER

Forberedelserne af projekterne blev igangsat sideløbende med *forsknings-fredage*, og sygeplejerskerne fra hvert projekt blev inviteret til et møde med den kliniske sygeplejespecialist, med henblik på at finde ideer til problemfelt, formål og design af projektet. De seks projektgrupper skulle herefter, med støtte fra den kliniske sygeplejespecialist, skrive en projektbeskrivelse for deres projekt. Når denne var udarbejdet og beskrevet, kunne sygeplejerskerne gå i gang med selve projektet. Hele processen skulle foregå i tæt samarbejde med den kliniske sygeplejespecialist og den kliniske udviklingssygeplejerske, der skulle fungere som ressourcepersoner for de seks projektgrupper. Sygeplejerskerne blev endvidere gjort opmærksom på muligheden for at deltage ved et internt litteratursøgningskursus på Køge Sygehus, hvor de kunne få kvalificeret deres litteratursøgning med støtte af bibliotekaren. Interessen til dette kursus var ikke stor, og det var kun den kliniske sygeplejespecialist der deltog. Endvidere blev kun ét ud af de seks projekter realiseret, idet der ikke var henvendelser fra de øvrige projektgrupper med ønske om at påbegynde deres projekt.

## FORSKNINGSFREDAGE

Undervisningen blev planlagt til at forløbe over seks *forsknings-fredage*, og indholdet blev baseret på de ønsker, de 32 sygeplejersker havde beskrevet på spørgeskemaet (Figur 2).

*Figur 2:  
Oversigt over  
undervisnings-  
indholdet  
ved de seks  
forskningsfredage.*

### Oversigt over forskningsfredagene

1. Fredag d. 19. april kl. 13 – 15  
Introduktion til forsknings-fredage, projekter og forskning generelt
2. Fredag d. 3. maj kl. 13 – 15  
Videnskabsteori og tilgange
3. Fredag d. 17. maj kl. 13 – 15  
Kvalitative forskningsdesign og metoder
4. Fredag d. 31. maj kl. 13 – 15  
Indsamling og analyse af kvalitative data
5. Fredag d. 14. juni kl. 13 – 15  
Kvantitative forskningsdesign og metoder
6. Fredag d. 28. juni kl. 13 – 15  
Dataindsamling og statistiske analyser af kvantitative data

Efter hver undervisning blev sygeplejerskerne bedt om at bruge fem minutter på at evaluere undervisningen i et LEARN-skema (4). LEARN-skemaet er udviklet med fokus på evaluering af læringsprocessen og består af otte spørgsmål. De første fem spørgsmål er åbne så deltagerne kan beskrive deres evaluering: 1) Hvad var det vigtigste du lærte i dag? 2) Hvad er stadig ikke klart? 3) Hvad vil du gerne lære mere om? 4) Hvilken viden vil du benytte i fremtiden? 5) Hvordan oplevede du dagens undervisning? De sidste tre spørgsmål skal evalueres på en fire-points skala (i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke) og lød: 6) Skal forskning være en central del af min arbejdsdag? 7) Er du interesseret i forskning? 8) Er du motiveret for at lære mere?

Fremmødet til de seks *forsknings-fredage* viste samme tendens som deltagelsen i de sygeplejefaglige projekter. Første *forsknings-fredag* fremmødte 10 sygeplejersker. Ved anden *forsknings-fredag* fremmødte 11 sygeplejersker. Ved tredje *forsknings-fredag* fremmødte to sygeplejersker, hvorfor denne blev aflyst, og ved fjerde *forsknings-fredag* fremmødte fire sygeplejersker. Femte og sjette *forsknings-fredag* blev aflyst på grund af den manglende tilslutning.

I stedet blev der iværksat en evaluering af interventionsprocessen herunder deltagelsen ved *forsknings-fredagene* og de sygeplejefaglige projekter for at forbedre undervisningen fremover med det formål at inspirerer flere sygeplejersker til at deltage og påbegynde deres projekter.

## **EVALUERING AF INTERVENTIONSPROCESSEN**

Procesevalueringer udføres ofte i forbindelse med interventionsstudier for at undersøge, hvordan fremgangsmåden har medvirket til at opnå resultater eller hvilke årsager, der kan identificeres ved en mislykket intervention (5). Det vil sige, hvor effektiv interventionen har været. Målet var derfor at udføre en proces evaluering af interventionen, som var de 32 ortopædkirurgiske sygeplejerskers deltagelse i *forsknings-fredagene* og de sygeplejefaglige projekter i forhold til at øge en viden om sygeplejerskernes manglende deltagelse, trods en stor interesse var beskrevet i spørgeskemaundersøgelsen. Dette skulle undersøges ved først at beskrive den ortopædkirurgiske sygeplejerskes deltagelse i *forsknings-fredagene* gennem forskningsspørgsmålet: 1) Hvordan evaluerede sygeplejerskerne undervisningen efter deltagelsen? Dernæst at beskrive den ortopædkirurgiske sygeplejerskes oplevelse og barrierer gennem interventionen ved at stille forskningsspørgsmålene: 2) Hvilke barrierer oplevede sygeplejerskerne for deltagelse ved undervisningen? 3) Hvordan blev de ortopædkirurgiske sygeplejerskers deltagelse influeret af bar-



rierer? Data til beskrivelsen af hvordan sygeplejerskerne evaluerede undervisningen var indsamlet i form af LEARN-skemaerne, som sygeplejerskerne havde udfyldt ved undervisningen. Disse skemaer gav en ide om, hvordan sygeplejerskerne havde vurderet undervisningen samt givet råd om mulige ændringer, hvilket var mere diskussion i undervisningen og større relation til klinisk praksis.

Næste opgave var at indsamle data, om hvilke barrierer sygeplejerskerne oplevede imod at deltage ved undervisningen, samt hvordan de oplevede undervisningens relevans. Barriererne blev inddelt i tre kategorier: Relevans af undervisning, indre barrierer for deltagelse og ydre barrierer for deltagelse. Til denne opgave blev et spørgeskema på 21 komponenter udviklet på baggrund af Funk et al. (6) 'The BARRIERS to Research Utilization Scale' med fokus på de tre kategorier. Det viste sig dog, at udfordringerne ved sygeplejerskernes deltagelse ved denne dataindsamling var de samme som ved spørgeskemaundersøgelsen og ved undervisningen. Ud af 32 udleverede spørgeskemaer angående sygeplejerskernes oplevede barrierer blev 18 afleveret i udfyldt stand over en periode på 5 uger trods personlige opfordringer fra den kliniske sygeplejespecialist, afdelingssygeplejerskerne og oversygeplejersken. De foreløbige resultater fra denne dataindsamling har vist, at sygeplejerskernes største barrierer imod deltagelse i interventionen var, at de ikke kunne lide at forlade deres arbejde i afdeling, ikke kunne bruge undervisningsemnerne i deres hverdag og ikke oplevede at der var tid til forskning på deres afdeling.

Som en opfølgning på sygeplejerskernes oplevede barrierer, der var indkommet via spørgeskemaerne, blev der forsøgt planlagt et fokusgruppeinterview med ca. 10 sygeplejersker for at få italesat og uddybet de tre kategorier for barrierer. Fælles for deltagerne skulle være, at de var blandt de 32 sygeplejersker, der havde tilkendegivet ved første spørgeskemaundersøgelse, at de havde interesse for forskning. Ved skriftlig opfordring til deltagelse ved fokusgruppeinterview meldte to sygeplejersker deres ønske om deltagelse. Dette gav anledning til, at afdelingssygeplejerskerne påtog sig opgaven at udpege og aftale deltagelse med de sygeplejersker, for hvem det var relevant at deltage i de to fokusgruppeinterviews. Fokusgruppeinterviewene er nu blevet planlagt til 2014.

## **TANKER OM DET VIDERE ARBEJDE**

I spørgeskemaundersøgelserne blev det tydeligt, at sygeplejerskerne havde en indre motivation for at lære mere om forskning. Dog var det indre barrierer i forhold til selv at afsætte tid til at gå fra plejen, da de ikke kunne lide at forlade deres arbejde samt ydre barrierer omkring manglende accept for deltagelse af andre

kollegaer og en oplevelse af, at der ikke var tid til forskning på deres afdeling overskyggende for sygeplejerskerne. De næste skridt i udviklingen af en udviklings og forskningskultur på ortopædkirurgisk afdeling, vil være med fokus på de barrierer, som sygeplejerskerne oplever imod at deltage i forsknings og udviklingsinitiativer. En øget ledelsesopbakning vil være et væsentligt element i at fremme en udviklings og forskningskultur, da sygeplejeledelse danner en vigtig akse i ændring og udvikling af sygeplejefaglige kulturer (7). Processen er dog langt fra i mål, hvilket tydeliggøres af udfordringerne ved et sparsomt fremmøde ved de sygeplejefaglige eftermiddage, projektgruppernes manglende tilslutning til at igangsætte deres projekter og *forsknings-fredagene* samt evalueringen af interventionsprocessen. Der er således et gab mellem det sygeplejerskerne ytrer ønsker om, og det der faktisk sker.

For at komme disse barrierer nærmere er det et ønske at få indblik i de faktorer, der både er væsentlige for det sygeplejefaglige fællesskab, der som socialt fællesskab er formet efter normer, men også for sygeplejerskens fagidentitet. Heri kan der være mekanismer, der er betydningsfulde for sygeplejerskens oplevelse af ikke at kunne afse tid samt manglede accept fra andre kollegaer til at forlade afdelingens arbejde med det formål at deltage i udvikling og forskning. Sygeplejersken er både præget af normkulturen i fællesskabet, men samtidigt dannet til at tænke sig selv og sit fag på en bestemt måde, der i den aktuelle proces udfordres af og samtidig udfordrer en udviklings- og forsknings diskurs. At skabe en udviklings- og forskningskultur er således afhængig af, at sygeplejersken udfordres både som individ og som gruppe til ikke blot at se sig selv som den fagperson, der udfører pleje til patienten her og nu, men også som en vigtig facilitator for at udvikle plejen til de ortopædkirurgiske patienter som et koncept gennem udvikling og forskning.

Under alle omstændigheder er det nødvendigt med et forsæt fokus på den igangværende proces på ortopædkirurgisk afdeling, for at fremme udvikling og forskning med det formål, at det bliver et kerneområde på lige fod med pleje og behandling.

## REFERENCER

- 1 Breimaier HE, Ruud JH, Lohrmann C. Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *J Clin Nurs* 2011; 20: 1744-1756.
- 2 Brown CE, Ecoff L, Kim SC et al. Multi-institutional study of barriers to research utilization and evidence-based practice among hospital nurses. *J Clin Nurs* 2010; 19: 1944-1951.
- 3 Roxburgh M. An exploration of factors which constrain nurses from research participation. *J Clin Nurs* 2006; 15: 535-545.
- 4 Hølge-Hazelton B, Tulinius C. Beyond the specific child. What is "a child's case" in general practice? *BJGP*. Jan. 2010; 9-13.
- 5 Forskningsenheden for Almen Praksis i København, Center for Sundhed og Samfund, Copenhagen University, 2008.
- 6 Hulscher ML, Laurant MH, Grol RM. Process evaluation on quality improvement interventions. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 40-46.
- 7 Funk SG, Champagne MT, Wiese RA et al. BARRIERS: The barriers to research utilization scale. *Appl Nurs Res* 1991; 4: 39-45.
- 8 Akerjordet K, Lode K, Severinsson E. Clinical nurses' attitudes towards research, management and organisational resources in a university hospital: part 1. *J Nurs Man* 2012; 20: 814-823.

# Etablering af en udviklings- og forskningskultur i en stor klinisk afdeling

*Thora Grothe Thomsen*

*Birgitte Østergaard*

Kirurgisk Afdeling, Roskilde og Køge sygehuse, er en stor arbejdsplads med kliniske funktioner på to sygehuse. Indenfor de seneste 10 år er der blevet etableret et aktivt lægefagligt forskningsmiljø. Derudover har afdelingsledelsen gennem tiden haft øje for ligeledes at styrke sygeplejefaglig udvikling og forskning og dermed intensivere indsatsen for en evidensbaseret klinisk praksis.

I 2006 blev der ansat en klinisk udviklings- og sygeplejerske og en uddannelsesansvarlig sygeplejerske, og i 2011 dukkede en mulighed op for at ansætte en forskningsuddannet sygeplejerske med interesse for udvikling af klinisk sygepleje, hvor afdelingsledelsen slog til. Det blev startskuddet på en rejse mod mere tydelige rammer for understøttelse af afdelingens sygeplejefaglige udviklings- og forskningskultur.

I dag, små to år senere, er processen i fuld gang. Vi må erkende, at der er lang vej, til vi er, hvor vi gerne vil være, men vi gør hele tiden fremskridt. Det er konkrete resultater, udfordringer og erfaringer fra denne proces, vi vil præsentere i dette kapitel.

## **FOKUS PÅ FAGLIGE FORBEDRINGS- OG FORANDRINGSPROCESSER**

Vi etablerede tidligt i processen en styregruppe, som bestod af afdelingens ledende oversygeplejerske, den kliniske udviklings- og sygeplejerske, den uddannelsesansvarlige sygeplejerske samt den forskningsuddannede sygeplejerske. Indledende drøftelser i denne gruppe pegede i retning af, at de mål, vi over tid stilede mod, var at:

- Udvikle en udviklings- og forskningskultur, som har konstant opmærksomhed på muligheder for faglige forbedringer i forbindelse med udøvelsen af patientrelateret sygepleje.
- Synliggøre alle væsentlige forbedringer og forandringer gennem forskellige tilgange til dokumentering.

I gruppen drøftede vi forskellige måder at gribe opgaven an på og konkluderede, at vi nødvendigvis måtte anvende flere strategier samtidig – bl.a. systematisere organiseringen af udvikling og forskning i afdelingen (1), sikre facilitering af alle små og store udviklings- og forskningsprojekter (2) være ekstra opmærksomme på kompetenceudviklingsbehov i de enkelte afsnit (3), styrke mulighederne for kritisk refleksion over egen praksis (4, 5) samt opfordre til, at alle små og store projekter dokumenteres f.eks. ved oplæg på temadage og konferencer eller gennem skrivning af faglige eller videnskabelige artikler (6).

Denne tilgang til forbedring og forandring af sygeplejefaglig klinisk praksis lå i direkte forlængelse af den metodemæssige tilgang i et aktionsforskningsprojekt, som den forskningsuddannede sygeplejerske tog med sig ind i ansættelsen, og som aktuelt gennemføres i afdelingen. Hensigten med aktionsforskning er at producere praktisk viden, som er brugbar for mennesker i deres daglige liv (7). Heri ligger en væsentlig antagelse om, at mulighederne for at forankre forandringer i praksis bedst udvikles gennem dialog og praksisfællesskaber mellem de direkte involverede og berørte parter (8, 9). Ved at benytte os af indsigt og erfaringer fra aktionsforskningsprojektet ønskede vi over tid at iværksætte en kulturforandrende proces i hele afdelingen med sigte på at fremme praksisforankret udvikling, implementering og evaluering af evidensbaseret sygepleje (10).

Vi erfarede hurtigt, at en særlig udfordring for os er afdelingens størrelse og struktur med 6 sygeplejerskebemandede afsnit fordelt på to matrikler med ca. 25 km imellem. Organisatorisk er der tale om én afdeling med samme afdelingsledelse, men alligevel hersker der i flere sammenhænge forskellige traditioner, kulturer og procedurer på de to matrikler og i de enkelte afsnit. Vi blev derfor i styregruppen enige om, at vi nødvendigvis måtte gå roligt og systematisk til værks.

Et indledende skridt blev at afdække, hvilke store og små sygeplejeorienterede udviklingsprojekter, der aktuelt var i gang i de enkelte afsnit, samt hvilke der havde tilstrækkelig substans til at blive defineret som udviklingsprojekt. Den forskningsuddannede sygeplejerske tog derfor på rundtur i alle afsnit, hvor hun gennem samtaler med afdelingssygeplejerskerne noterede sig karakteren af de projekter, der allerede var i gang. Endvidere fik hun et billede af hvilke projekter, der kunne ønskes iværksat i fremtiden. På den baggrund blev der udarbejdet en skematisk oversigt, som afspejlede stor motivation for at iværksætte faglig udvikling og med tiden også forskningsprojekter, men tidspres og knebent kendskab til hensigtsmæssige rammer for klinisk udviklingsarbejde vanskeliggjorde arbejdet med

projekterne. Fordi ingen af os i styregruppen havde dybdegående erfaring med etablering af udviklings- og forskningsrammer i en stor klinisk afdeling, prioriterede vi at starte udviklingsprocessen med at vælge en referenceramme, som skulle hjælpe os med at navigere i et ukendt farvand fyldt med udfordringer, som vi nok kunne ane men endnu ikke gennemskue.

## TEORETISK INSPIRATION

Vores valg faldt på den tilgang til praksisudvikling, som kommer til udtryk i flere artikler skrevet af et britisk forskningsnetværk (se f.eks. 11), og som i 2013 blev suppleret af bogen ”Practice Development in Nursing and Healthcare” (10). I bogen beskrives praksisudvikling som en kontinuerlig proces, der først og fremmest sigter mod at udvikle kulturer, hvor den enkelte patient oplever god pleje og omsorg. Dette sker ved at:

- Sigte mod en patientoplevet helhedsorienteret og personcentreret pleje og omsorg.
- Have fokus på det miljø og den sammenhæng den personcentrerede pleje og omsorg foregår i.
- Have tilstrækkelig viden om konkrete aktiviteter, teknikker og redskaber, som understøtter personcentreret pleje og omsorg.
- Have fokus på de forudsætninger, som er nødvendige hos klinikerne for at udføre en personcentreret pleje og omsorg (10: 9-11).

Denne tilgang til praksisudvikling er valgt, fordi den med al tydelighed viser, at praksisudvikling langt fra er en lineær proces, som primært er baseret på implementering af forskningsbaseret viden. Der er derimod tale om en yderst kompleks proces, som på den ene side involverer flere forskellige former for viden (12) og derfor også flere forskellige former for projekter – (se endvidere kapitel 3 om evidensbaseret viden i denne bog). Samtidig er det en fortsat proces, der er betinget af kritisk refleksion og konstant læring som bærende elementer i forståelsen af faglighed (4). Set fra et udviklings- og forskningsperspektiv er der altså ikke alene tale om iværksættelse af top-downstyrede implementeringstiltag og større eller mindre udviklings- og forskningsprojekter. Der er derimod tale om en start på en fælles deltagerforankret ”udviklingsrejse”, som starter med at identificere fælles værdier og holdninger til pleje og omsorg, som følger en nøje tilrettelagt udviklingsplan kendt af alle involverede og som løbende evalueres, revideres og fejres (10:57-65).

En anden grund til, at vi valgte at tage afsæt i denne tilgang til praksisudvikling, var, at vi gennem artikler og ”grundbog” fik foræret en række velformulerede

spørgsmål (tabel 1), som gav anledning til at reflektere over den virkelighed vi var – og er – en del af (13).

Dermed blev det efterhånden tydeligere for os, i hvilken retning vi ønskede at gå. Desværre blev vi også mere og mere klar over, at vi måske havde grebet processen uhensigtsmæssigt an, i og med at vi – som selvbestaltet styregruppe – tog foringen i afdelingens udviklingsrejse uden i tilstrækkelig grad at involvere afdelings-sygeplejersker og medarbejdere i afdelingen. Denne indsigt, samt en erkendelse af, at drift og effektiviseringskrav uhyggeligt nemt overtrumfer alle gode intentioner om etablering af en sprudlende udviklingskultur, førte til flere nyttige og indimellem ret ivrige drøftelser om sammenhæng mellem overordnet afdelingsledelse, projektfacilitering, kvalitetsudvikling samt tilgang til udvikling og læring. Vi har nu erkendt, at selvom sådanne drøftelser kan forekomme både langhårede og udmarvende, så er de en helt nødvendig grundsten i den udviklingsrejse, vi har kastet os ud i. Samtidig begynder vi at indse, at hvis udviklingsrejsen skal lykkes, er det afgørende at skabe tydelige og eksplicite rammer for udvikling og forskning, som ikke kun er beskrevet på glittet papir i form af en driftsaftale, men også lever deres eget synlige liv i afdelingen.

**Ændring af sammenhæng og kultur:**

Hvordan er udviklings- og evalueringskulturen på din arbejdsplads?

**Værdier og holdninger:**

Hvilke værdier og holdninger er for dig at se væsentlige at arbejde hen imod i din afdeling?

**Læring i og fra praksis:**

Hvordan bruger du refleksion i din praksis og sammen med andre for at hjælpe dem med at lære?

**Systematiske tilgange til ændring:**

Hvilke former for evidens har du til rådighed i din afdeling, som kan bruges som afsæt for forandringer?

*Tabel 1: Eksempler på spørgsmål som gav anledning til udviklingsdrøftelser i afdelingen – inspireret fra (13).*

## **SYGEPLEJEFAGLIGT**

### **UDVIKLINGS- OG FORSKNINGSUDVALG**

Som støtte og basis for at skabe tydelige rammer for sygeplejefaglig udvikling og forskning erstattede vi den første styregruppe med et mere konsolideret udvalg, Sygeplejefagligt Udviklings- og Forskningsudvalg (SUF). I kommissoriet for SUF er lagt vægt på at skabe og styrke et frugtbart udviklings- og forskningsmiljø for sygeplejersker i Kirurgisk Afdeling på Roskilde og Køge sygehus. Udvalget bidrager f.eks. til at understøtte igangsættelse, gennemførelse og evaluering af såvel små som store sygeplejefaglige udviklings- og forskningstiltag i afdelingen. Udvalget skal endvidere medvirke til, at de fornødne rammer og vilkår for udviklings- og forskningsprojekterne er til stede i afdelingen, hvilket sker sammen med afdelingssygeplejerskerne. Endelig skal SUF medvirke til facilitering af konkrete udviklingstiltag. Dette sker bl.a. ved at skabe og vedligeholde overblik over sygepleje-relevante udviklings- og forskningstiltag i afdelingen, at medvirke til at resultater dokumenteres, implementeres og om muligt evalueres; samt at medvirke til at alle relevante udviklings- og forskningstiltag faciliteres af kompetente personer.




SUF består af den ledende oversygeplejerske, den kliniske udviklingssygeplejerske, den uddannelsesansvarlige sygeplejerske samt den forskningsuddannede sygeplejerske. Styrken i denne sammensætning ligger i, at det er de samme personer, som p.t. har kvalifikationer til at facilitere igangværende udviklings- og forskningsprojekter, og SUF-møderne giver en naturlig anledning til at drøfte de ledelsesmæssige og faciliteringsmæssige udfordringer, som kan opstå i et projektforløb. Samtidig kan sammensætningen af medlemmer opfattes som et udtryk for en uhensigtsmæssig top-down styring af den igangværende praksisudviklingsproces. Det har vi imidlertid været fuldt ud bevidste om, og har alligevel fundet det nødvendigt at holde udvalgets sammensætning på få hænder i den indledende fase. I skrivende stund er vi imidlertid så langt i processen, at vi genovervejer sammensætningen af SUF, så udvalget udvides med afdelingssygeplejersker samt særligt interesserede udviklings- og forskningsmindede sygeplejersker.

### **ERFARINGER FRA UDVIKLINGSPROCESSEN**

Arbejdet med at etablere en udviklings- og forskningskultur i Kirurgisk Afdeling er langt hen ad vejen forløbet som ringe i vandet, i og med ét tiltag ofte har afstedkommet nye behov og åbnet for nye muligheder. Dermed har vi flere gange stået i situationer, hvor det har vist sig nødvendigt at finde frem til redskaber eller iværksætte tiltag, som kunne støtte os i den proces, vi er i gang med.



Bla. indså vi ret hurtigt behovet for et konkret redskab, som bidrager med struktur og overblik over udviklings- og forskningstiltag i alle afdelingens 6 afsnit. Vi gik på jagt efter egnede redskaber, men endte med selv at udvikle en projektportefølje (Tabel 2). Som vist i eksemplet, lægger vi vægt på, at der i tilknytning til hvert projekt både er en lokal ansvar og en facilitator, som kommer fra et andet afsnit, og som har de fornødne kompetencer til at iværksætte og motivere til fortsat progression i et udviklingsprojekt. Dette, fordi vi på linje med Ward og McCormack (4) mener, at læring og kritisk refleksion som bærende elementer i praksisudvikling bedst understøttes af løbende input ”udefra”. En farvekode tydeliggør, hvordan den aktuelle fremdrift i projektet er – rød viser, at projektet er gået i stå (eller kan være et kommende projekt); gul tilkendegiver, at projektet af en eller anden grund er sat i bero og grøn angiver, at projektet forløber som forventet.

Projektportefølje								
Projekt navn	start	Ansvar	Facilitator	Evaluer.	status	Ny status	PS	Link til "projektbeskrivelse" (PS)
<i>liste</i>	<i>dato</i>	<i>navn</i>	<i>navn</i>	<i>dato</i>	<i>farve</i>	<i>dato</i>	<i>ja/nej</i>	<i>hyperlink</i>
<b>Afdeling 4</b>								
Medicineringsprojekt	0104-2012	HT	Ulla				Ja	nej
Pt. sikkerhedsrunde	1205-2012	BH	Hanne				Ja	ja
Evaluering stomskole	0103-2012	AG.	Sofie	0506-12			Nej	nej

Tabel 2: Eksempel på udfyldt projektportefølje, som på nem og overskuelig vis giver mulighed for at bevare overblik over fremdrift i udviklings- og forskningsprojekter i samtlige afsnit i afdelingen. De 3 gråmønstrede felter i kolonnen ”status” illustrer farvekoden rød, gul og grøn – se tekst.

Ydermere viste det sig nødvendigt at udarbejde en skabelon til projektbeskrivelse (Tabel 3). Hensigten har været at gøre det nemt at lave en beskrivelse af projektet, således at der skabes overblik over formål, retning, ønskede resultat og udførelse af projektet. Projektbeskrivelsen godkendes af afdelingssygeplejersken og sendes derefter til SUF, der vurderer, om beskrivelsen af projektet passer ind i den overordnede udviklingsplan, som er udarbejdet for hele afdelingen. Endvidere vurderer SUF, om projektbeskrivelsen er fyldestgørende, eller om det evt. kan være hensigtsmæssigt at revidere, hvem der vil være egnet som facilitator på projektet,

samt hvorvidt der evt. skal bevilliges eller søges om økonomiske midler til projektet. Som det ses i skabelonen lægger vi også vægt på, at der helt fra begyndelsen af processen reflekteres over, hvordan og hvornår resultatet af udviklingsprocessen evalueres og dokumenteres, idet vi mener synlig evaluering og dokumentation er afgørende praksisudviklingstiltag, ikke mindst når det helt overordnede sigte er at skabe blivende forbedringer og forandringer i klinisk praksis (14).

<b>Indledende "projektbeskrivelse" til udviklingstiltag og udviklingsprojekter</b>	
Titel på projekt	
Projektgruppe	
Baggrund	
Formål	
Handleplan	
Evalueringsplan	
Tidsplan	
Litteraturliste	
Forventet ressourceforbrug	
Forventet læring i afdeling	

*Tabel 3: Skabelon til projektbeskrivelse. Hensigten er bl.a., at deltagerne i et udviklingsprojekt helt fra starten af projektet er enige om retningen i projektet samt har gjort sig nogle overvejelser om forventet ressourceforbrug.*

Som et led i praksisudviklingen besluttede vi ret tidligt i udviklingsprocessen at oprette Journal Clubs (JCs). Hensigten var at etablere lærings- og refleksionsrum, der gav anledning til fælles drøftelser om sygeplejefaglighed, evidensbasering og praksisudvikling. Formålet blev:

- At få overblik over kendetegn ved forskellige typer af tekster/artikler.
- At få kendskab til argumentationsteori
- At få overblik over forskellige former for evidens
- At få øvelse i at vurdere faglige og videnskabelige artikler ved hjælp af konkrete vurderingsredskaber/læseguides
- At blive i stand til at stille konkrete faglige spørgsmål, som giver grundlag for at søge litteratur om emnet samt i værksætte mindre udviklingsprojekter.

Formålet tydeliggør, at vi i modsætning til mange andre etablerede JCs (jf. kapitel om etablering af Jorunal Clubs) ikke i første omgang har lagt vægt på vurdering af videnskabsbaserede forskningsartikler, men derimod ønsker at systematisere sygeplejerskernes mange erfaringer og holdninger f.eks. gennem læsning af faglige artikler.

Tilgangen er baseret på en erkendelse af, at ikke alle sygeplejersker har forudsætningerne for at vurdere videnskabelige artikler, endsige engelske artikler. Vi forventer derimod, at alle sygeplejersker i afdelingen læser og forholder sig til faglige artikler samt over tid tilegner sig kompetencer, der gør dem i stand til at forholde sig til relevante udsnit af videnskabelige artikler. Naturligvis vil vi med tiden også etablere JCs, hvis hensigt er vurdering af videnskabelig litteratur. Det er bare ikke behovet i afdelingen lige nu.

Efter grundige overvejelser iværksatte vi 2 JCs – en for kliniske vejledere og en for afdelingssygeplejerskerne. Begrundelsen var, at vi dermed henvendte os til fagpersoner, der i deres daglige arbejde kan være med til at inspirere kolleger til deltagelse i udviklingsarbejde. Begge JC har nu fungeret i mere end et år med stor succes. Evalueringerne viser, at der er skabt en form for fælles sprog, som giver anledning til mere omfattende faglige drøftelser. Endvidere giver fællesskabet anledning til at undersøge og drøfte kliniske udfordringer på en saglig måde. Med afsæt i de positive erfaringer fra de to JC overvejer vi på opfordring fra flere basissygeplejersker i afdelingen at iværksætte endnu en JC, der har fokus på et specifikt fagligt tema.

Over tid er vi endvidere blevet opmærksomme på behovet for at styrke afdelingssygeplejerskerne som daglige tovholdere og ledere af udviklingsprocesser – jf. drøftelse senere i afsnittet. Derfor planlagde og gennemførte SUF en temadag om praksisudvikling, som gav anledning til at drøfte forskellige tilgange til evidensbaseret (se kapitel om evidensbaseret) samt læringssyn i afdeling (4). Derudover fik deltagerne mulighed for i mindre grupper at drøfte, hvad de ser som styrker og udfordringer i forbindelse med at iværksætte større eller mindre deltagerforankrede udviklingsprojekter i en travl hverdag med stigende krav om implementering af kliniske retningslinjer og andre kvalitetsstyringsredskaber. Gruppernes besvarelser blev samlet i en ”wordcloud”, som efterfølgende er brugt som inspiration i drøftelser, om hvorvidt der fortsat er ressourcer (tid og økonomi) til samt mening i at gennemføre deltagerforandret praksisudvikling i en afdeling som vores (figur 1).



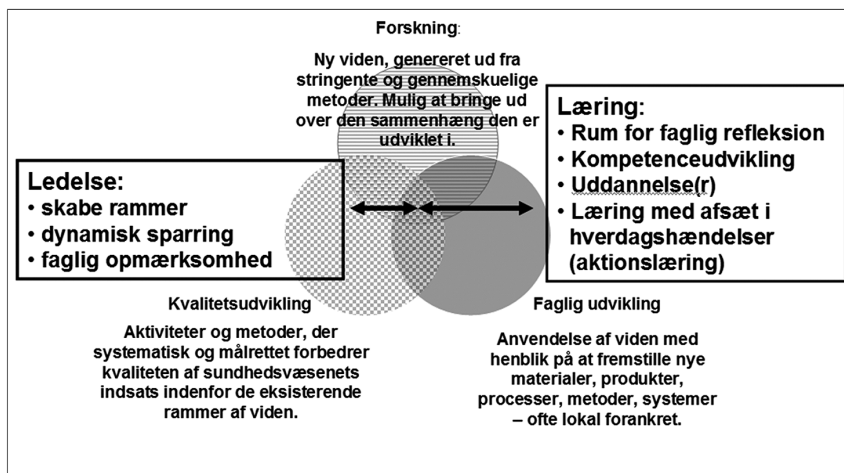
Figur 1: Eksempler på hvorfor vi i kirurgisk afdeling mener, det giver god mening at iværksætte deltagerforankret praksisudvikling..

Vi er også blevet opmærksomme på det væsentlige i at dokumentere gennemførte udviklingsprojekter f.eks. gennem faglige artikler, rapporter eller præsentationer på temadage, seminarer og konferencer, både fordi dokumentation er første skridt på vejen mod effektiv evaluering af sygeplejen i afdelingen (14), og fordi dokumentation kan være med til at synliggøre, hvordan vi anvender faglige ressourcer i afdelingen. Det har imidlertid vist sig, at netop dokumentationsdelen af et udviklingsprojekt udgør en særlig udfordring, bl.a. fordi mange sygeplejersker mangler de nødvendige skrivekompetencer (6), men også fordi dokumentation er tidskrævende proces, der ofte ikke er tid til i dagligdagen. Afdelingsledelsen har derfor prioriteret at sende flere sygeplejersker, der alle har gennemført solide udviklingsprojekter, på et skrivekursus i regionen, hvilket til dato har resulteret i 3 faglige afdelingsforankrede artikler, samt flere der på vej (jf. kapitel 7, om skrivekursus i denne bog).

## UDFORDRINGER I ETABLERING AF EN UDVIKLINGS- OG FORSKNINGSKULTUR

I vores arbejde med at etablere en udviklings- og forskningskultur er vi stødt på udfordringer, som på den ene side har været besværlige, men på den anden side har givet anledning til at stoppe op, reflektere over og argumentere for, hvad vi har sat i gang i afdelingen.

Vi er blandt andet blevet opmærksomme på, hvordan udvikling af en deltagerforankret klinisk praksis adskiller sig fra henholdsvis forskning og kvalitetsudvikling, idet hensigten hverken er at frembringe ny viden og indsigt (forskning) eller systematisk og målrettet at sikre kvaliteten af kerneydelser (kvalitetsudvikling). Hensigten er derimod at anvende eksisterende viden på nye måder med henblik på at skabe hensigtsmæssige faglige forandringer i konkret klinisk praksis og dermed til gavn for vores patienter (figur 2). En konsekvens er, at deltagerforankrede udviklingsprojekter ofte tilrettelægges ud fra helt andre principper end traditionel biomedicinsk forskning, bl.a. ved at anvende andre metoder og evalueringsredskaber (10). Dermed åbnes for spændende tværfaglige diskussioner om grundlaget for forandringer i klinisk praksis, valg af metodetilgange samt hvilke kompetencer, der er nødvendige for at iværksætte og evaluere faglige forandringsprocesser.



Figur 2: Model, som på den ene side tydeliggør forskelle mellem forskning, faglig udvikling og kvalitetsudvikling. På den anden side viser modellen, hvordan ledelse og læring tilsyneladende repræsenterer væsentlige komponenter i arbejdet med at etablere en udviklings- og forskningskultur i kirurgisk afdeling.

Samtidig er det blevet tydeligt, hvordan udviklingsprojekter kan være med til at afdække behovet for at iværksætte forskning – både traditionel biomedicinsk forskning og kvalitativ forskning (15) – og kvalitetsprojekter. For eksempel kan

registrering af utilsigtede hændelser give anledning til faglige udviklingsprojekter, som udmøntes i forbedringer i klinisk praksis, ligesom udviklingsprojekter kan afdække behovet for ny viden på området og dermed danne afsæt for tværfaglige forskningsprojekter. En sådan dynamisk bevægelse mellem forskning, udvikling og kvalitetsudvikling fordrer imidlertid et indgående metodisk og videnskabsteoretisk overblik, hvilket er et af vores argumenter for, at vi over tid gerne vil ændre sammensætningen af SUF, så vi får endnu større mulighed for gøre brug af indsigt fra alle afdelingens metode- udviklings- uddannelses- og kvalitetskyndige sygeplejersker.

Vi har endvidere fået øjnene op for, at ledelse udgør en væsentlig komponent i arbejdet med at etablere en udviklings- og forskningskultur i vores afdeling. Det har bl.a. vist sig i behovet for løbende at drøfte og præcisere, hvilke rammer og ressourcer (tid og økonomi), der er til rådighed både som samlet afdeling og i de enkelte afsnit. Dermed er det også blevet tydeligt, at ledelsesforankring skal ske både hos afdelingssygeplejerskerne og i afdelingsledelsen samt at konstant dialog og samarbejde mellem de to ledelsesniveauer er afgørende for, at udviklings- og etableringsprocessen finder sted.

Den anden hovedkomponent i etablering af udviklings- og forskningskultur har vist sig at være læring (se figur 2). Læring handler i denne kontekst bl.a. handler om, at der qua arbejdet med deltagerforankret udvikling og forskning, som udgangspunkt arbejdes med problemstillinger, som undrer sygeplejerskerne, eller har vist sig at være nødvendige at vide mere om samt at forandre for at yde sygepleje af høj kvalitet i veltilrettelagte behandlingsforløb. En sådan tilgang til faglig udvikling fordrer imidlertid, at der i hverdagen både skabes rum og tid for refleksion, åbne dialog (4) og skabes mulighed for kompetenceudvikling både i afdeling og i form af relevante efter- og videreuddannelse tilbud, der giver mening for såvel afdelingen, som for den enkelte medarbejder (3).

Sidst men ikke mindst er vi blevet opmærksomme på, hvordan det både kræver mod og risikovillighed at satse målrettet på deltagerforankret udvikling og forskning i klinisk praksis, hvor stigende krav til implementering af forskningsresultater – for eksempel formidlet via nationale kliniske retningslinjer -, stigende krav om klinisk kvalitetssikring, akkrediteringskrav samt besparelser præger hverdagen. Uden tydelige signaler og konstant faglig opmærksomhed og nærvær fra de to ledelsesniveauer er det næppe muligt at foretage de ønskede kulturændringer. Vores erfaring er, at afdelingssygeplejersker i dagligdagen arbejder intenst for at imøde-

komme forventninger både fra ”systemet” og fra personalet i afsnittet. Det er derfor nødvendigt at støtte afdelingssygeplejerskerne som daglige tovholdere og ledere af udviklingsprocesser. I den forbindelse ser vi løbende supervision, deltagelse i temadage og netværk samt Journal Clubs for afdelingssygeplejersker som væsentlige rum for at drøfte muligheder og udfordringer forbundet med at satse på udvikling og forskning. Uden tiltag som disse vil etablering af udviklings- og forskningskultur uden tvivl fremstå som yderligere oppe- og udefra kommende krav, hvilket *ikke* er den tilgang til deltagerforankret udvikling og forskning, hverken vi eller vores afdelingssygeplejersker ønsker at sætte på dagsordenen – jf. figur 1.

## FREMTIDSPERSPEKTIVER

På vejen mod etablering af en sygeplejefaglig udviklings- og forskningskultur i Kirurgisk Afdeling har vi nået et punkt, hvor vi så småt begynder at se frugten af vores arbejde især i forhold til sygeplejefaglig udvikling. Flere udviklingsprojekter er allerede gennemført og dokumenteret gennem rapportskrivning og artikler – se f.eks. (16 og 17). Vi har deltaget i både nationale og internationale konferencer og seminarer, og vi er godt på vej med at etablere udviklings- og forsknings samarbejde med relevante faglige miljøer i ind og udland. Men først og fremmest har vi formået at give adskillige sygeplejersker i afdelingen oplevelsen af, at det kan være sjovt, berigende og lærerigt at deltage i faglige udviklings- og forskningsprojekter. Mange flere skal have samme oplevelse, før vi kan sige at være i mål, men langsomt begynder vi at kunne se videre frem, og vi oplever, at den enkeltes oplevelser breder sig som ringe i vandet.

I det perspektiv overvejer vi, om ikke tiden er ved at være inde til også at tilknytte en ph.d. studerende til afdelingen, hvor opgaven bliver at undersøge en relevant klinisk problemstilling, der skaber ny sygeplejefaglig indsigt. Vores forventning er, at en sådan ny indsigt åbner for yderligere relevante udviklingsprojekter og over tid afstedkommer flere veldokumenterede og deltagerforankrede kliniske forandringsprocesser.

Aktuelt er vi i færd med at udvikle og etablere innovationsprojekter i samarbejde med University College Sjælland, hvorved det bliver muligt for sygeplejestuderende at udarbejde en eller flere relevante empiribaserede opgaver som en del af deres uddannelsesforløb. Gevinsten for os er, at vi med afsæt i de udarbejdede opgaver får anledning til drøftelse og justering af vores kliniske praksis. Desuden er det vores intention at indgå i flere tværfaglige og tværsektorielle udviklings- og forskningsprojekter, hvilket ligger lige for.

Vejen til vores mål har vist sig at være en lang, fantastisk spændende vej, som undertiden er belagt med brosten og kantet med mudrede rabatter. Vi må også erkende, at ting tager tid. Heldigvis har vi allerede nået en del, samtidig med at vi er blevet underholdt vældig godt undervejs. Den erkendelse giver os ro og sikkerhed til at fortsætte vores udviklingsrejse.

## REFERENCER

1. Manley K., Titchen A., McCormack B. What is Practice Development and What are the Starting Points? In: Practice Development in Nursing and Healthcare, Ed: McCormack B., Manley K., Titchen A. Second edition, Oxford: Wiley-Blackwell, 2013:45-65-
2. Harvey G., Loftus-Hills A., Rycroft-Malone J, Titchen A., Kitson A., McCormack B., Seers K. Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 2002; 37:577-588.
3. Fagerström L. (red). Avancerad klinisk sjuksjuksköterska Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis. Lund: Studentlitteratur, 2011-
4. Ward C., McCormack B. Creating an adult learning culture through practice development. *Nurse Education Today*. 2000; 20: 259-266.
5. Titchen A., McMahon A. Practice Development as Radical Gardening: Enabling Creativity and Innovation. In: Development in Nursing and Healthcare, Ed: McCormack B., Manley K., Titchen A. Second edition, Oxford: Wiley-Blackwell, 2013:212-232.
6. Thomsen T.G., Hølge-Hazelton B. Developing evidence-based practice: documenting a tailored writing course for healthcare practitioners. Submittert/ i reviewproces.
7. Reason P., Bradbury H (Ed.). *Handbook of Action Research: Participative Inquiry & Practice*. London: SAGE Publications; 2001.
8. McNiff J., Whitehead J. *Action Research: Principles and Practice*. London: Routledge/ Falmer. 2002.
9. Hummelvoll, J.K. Handlingsorienteret forskningssamarbeid – teoretisk begrundelse og praktiske implikasjoner . *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2006; 8: 17-30.
10. McCormack B., Manley K., Titchen A. (Ed.). *Practice Development in Nursing and Healthcare*. Second edition, Oxford: Wiley-Blackwell, 2013.
11. Rycroft-Malone J., Kitson A., Harvey G., McCormack B., Seers K., Titchen A. & Estabrooks C. (2002) Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health-Care*; 11: 174–180.
12. Rycroft-Malone J., Seers K., Titchen A., Harvey G., Kitson A., McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 47: 81-90.



13. Manley K., Solman A., Jackson C. Working towards a Culture of Effectiveness in the Workplace. In: Practice Development in Nursing and Healthcare, Ed: McCormack B., Manley K., Titchen A. Second edition, Oxford: Wiley-Blackwell, 2013:146-168.
14. Hardy S., Wilson V., McCance T. Evaluation Approaches for Practice Development: Contemporary Perspectives. In: Practice Development in Nursing and Healthcare, Ed: McCormack B., Manley K., Titchen A. Second edition, Oxford: Wiley-Blackwell, 2013: 169-189
15. Malterud K. Kvalitative metoder i medicinsk forskning: en innføring. 3. udgave. Oslo: Universitetsforlaget 2011.
16. Strandfeldt P. Ingen evidens for brug af brokbind efter ventrikelherniotomi. Klinisk Sygepleje 2013; 2: 40-47.
17. Olsen A.G. Stomiskole giver nyt liv, Sygeplejersken 2011; 21:78-81.

# Vejen skal ledes

## – når forskningskultur i sygeplejen skal udvikles

*Karin Johansen*

I kapitlet bidrages med ledelsesmæssige perspektiver på spørgsmålet: ”Hvordan bevæger man sig fra udviklingskultur til forskningskultur i sygeplejen og hvordan kan en ph.d. studerende i afdelingen få en afgørende betydning?”

Det at integrere en ph.d. studerende i en afdeling kræver ledelsesmæssig opmærksomhed, investering og opfølgning, samtidig med at en række forudsætninger skal være til stede. Man skal blandt andet have gjort sig klart, hvad man vil have ud af at have en ph.d. studerende i klinisk praksis, hvilke forventninger der kan være til samarbejdet samt gøre sig overvejelser i forhold til det videre forløb i afdelingen, efter ph.d. studiets afslutning. Endvidere er det en god ide at overveje, hvordan det at være leder af en forsker, kan være en ny lederrolle med særlige udfordringer.

Kapitlet er inspireret af mit arbejde med min masterafhandling i offentlig ledelse (1), der omfattede strategisk ledelse og – kommunikation, hvor indfaldsvinklen var, at undersøge hvad der kendetegner ledelse, der lykkedes. Herudover er jeg inspireret af nyere indfaldsvinkler på forandringsledelse og ledelse af forskere. Det er med disse afsæt, og med udgangspunkt i den proces min egen afdeling har været igennem, jeg ønsker at tilføre læseren indsigt i følgende spørgsmål, man som leder med fordel kan stille sig selv:

- Hvorfor skal man forske i sygeplejepsiksis?
- Hvordan opbygger man en kultur, der muliggør forskning i sygepleje?
- Hvad kan en ph.d. studerende bidrage med?
- Hvordan kan man ledelsesmæssigt, strategisk, kommunikativt og praktisk håndtere integration af en ph.d. studerende i en afdeling, således at udvikling af en forskningskultur hjælpes på vej?

## TEORETISK INSPITATION

Ledelsestilgangen er helt afgørende, når forandringer skal ske. Det gælder også, når udviklingskultur skal forankres og når forskningskultur skal integreres. Ledere skal være rollemodeller, historiefortællere og visionære strateger. Ledere er i deres handlinger både kulturbærere og – skabere og er især de personer, der skal omsætte organisationens værdier i praksis. Ledelse er dynamisk og ændrer sig efter de krav og forventninger, der er til stede. Jeg er inspireret af Annemette Digmanns ph.d.afhandling om ledelse i det offentlige, som har titlen: Ledelse med vilje (2). Digmann understreger heri, at ledelse skal tages alvorligt og at man skal udøve ledelse, fordi man vil det og fordi man prioriterer det. Ledelseskvalitet har afgørende betydning for, om der bliver tale om en succes eller en fiasko i enhver proces eller ethvert forløb.

Andre forskningsprojekter, herunder særligt Helle Petersens ph.d. afhandling og efterfølgende bog, om forandringskommunikation (3) dokumenterer, at lederen tættest på medarbejderne har afgørende betydning for implementering. Helle Petersen konkluderer, at det ikke er mængden af kommunikation, der er udfordringen, men måden der kommunikeres på. Medarbejdere er helt afgørende for udøvelse af de strategier, der ønskes implementeret. Hvor vidt det så lykkedes, handler om måden der kommunikeres på af nærmeste leder, fordi det her er muligt at give svar på, hvilken betydning en kommende ændring vil få for den enkelte medarbejder.

I den masterafhandling jeg selv var med til at udarbejde i 2005(1,4), undersøgte vi, hvad der kendetegner ledelse, der lykkedes. Her var en af konklusionerne, at afdelingsledelsen har en helt afgørende betydning i forhold til at italesætte ledelsesstrategier på de forskellige ledelsesniveauer. Afdelingsledelsen bliver den platform, hvorfra der skal skabes det fælles ledelsesprog, som er med til at sikre at budskaberne når videre ud i organisationen.

Hele fundamentet for at skabe en organisation, som er forandringsparat, motiveret, engageret og som **vil** ledelse og **vil** opgaven, kommer tilsyneladende fra, at have en grundlæggende fælles kultur og et fælles sprog samt fra at turde bruge de fælles værdier, som et reelt styringsredskab(5).

Hermed kommer ledelse afgørende til at handle om kommunikation, i tale og handling. Derfor bliver meningskabende kommunikation en væsentlig indfalds-

vinkel og i stedet for at tale om traditionel forandringsledelse, vil det være nærliggende at interessere sig for forankringsledelse, som er beskrevet af Quinn & Weick allerede i 1999 (6). Deres tilgang til forandringer er på mange måder i overensstemmelse med det, man kan kalde social konstruktivistisk (7), hvor virkeligheden skabes gennem sprog, kommunikation og de relationer, vi indgår i. Det vil sige, at forandringer og forandringsparathed ikke er noget der finder sted periodevist. Ændringer i vores hverdag og arbejdsliv er et kontinuerligt vilkår, hvor det ene tiltag ikke slutter, før det næste begynder. Strømmen af initiativer, input og forholdene sig til, er konstant tilstedeværende og foregår emergerende (8), det vil sige i en jævn og kontekstafhængig strøm, hvor noget siver ind i eksisterende praksis samtidig med andet forkastes og noget siver ind i én sammenhæng og ikke i en anden. Det helt afgørende er ifølge Quinn & Weick (6), hvorvidt impulserne til forandring giver mening og om lederne er i stand til at skabe overblik, gennemsigtighed og fælles mentale billeder af, hvor medarbejderne skal hen, i en fælles og synlig strategi.

Med disse teoretiske inspirationer forekommer det særligt relevant at tænke strategisk over ledelse af ledelsesprocesser, idet oversygeplejersken og afdelings-sygeplejersken får en væsentlig og helt afgørende betydning i forankring af en udviklingskultur og skridtet videre i retning af etablering og integrering af en forskningskultur i sygeplejen. Jeg er således blevet inspireret til den ledelsestilgang, der er gennemgående for den retning og de tiltag, der har været praktiseret og som fortsat vil præge udviklingen i kardiologisk afdeling mod at integrere en forskningskultur inden for sygeplejen.

## **HVORFOR SKAL MAN FORSKE I SYGEPLEJE?**

Spørgsmålet: ”Hvad får vi ud af, at der skal forskes i sygepleje?” blev relevant stillet, da jeg introducerede forskningsbegrebet for sygeplejerskerne, for et par år siden, i Kardiologisk Afdeling på Roskilde Sygehus. For mig var det indlysende, at en afdeling med regional højt specialiseret funktion, på vej til at opnå status som hjertecenter i Danmark, skulle have en forskningsprofil. Både for sygeplejerskerne som for lægegruppen, der i årevis havde haft en forskningskultur. Allerhelst ser jeg forskningen er tværfagligt eller tværsektorielt, så det i højere grad er patientforløbet og ikke faget, der kommer i fokus. Den viden, der genereres via forskning skal i sidste ende være til gavn for patienterne i praksis. Hvis jeg bare skal give tre begrundelser for, hvorfor kardiologisk afdeling skal forske i sygepleje, vil svarene være:

- Det er kendt for de fleste specialer i sygehusvæsnet, således også for kardiologisk afdeling, at vores formåen langt overgår vores kapacitet. Vi kan det mest utænkelige fagligt og vi ønsker for vores patienter inddragelse, patientundervisning, rehabiliteringsforløb, uden at vi gør os klart, hvad der er bedst for patienterne og hvad de i grunden ønsker og forventer af os. Vi har behov for i højere grad at kunne prioritere, så vi tilbyder det væsentlige set fra et patientperspektiv og det fagligt mest velbegrundede ud fra forskningsresultater.
- Sygeplejen har haft status som en videnskabelig praksisdisiplin i mange år, hvor vi fordrer at praksis er teoretisk velbegrundet og om muligt evidensbaseret. Således uddanner vi også professionsbachelorer. Desværre genkendes det endnu ikke i tilstrækkelig grad i klinisk praksis i hverdagen. At være fagligt blandt de mest kompetente sygeplejersker indenfor et speciale, behøver ikke at betyde, at man arbejder ud fra en videnskabelig tilgang, hvor det at forholde sig til teori og evt. forske i sit fagområde, er en del af hverdagen. Som en sygeplejerske udtrykte det: ”Du taler om at de nye sygeplejersker, der bliver ansat i vores afdeling, skal kunne anvende deres teoretiske tilgang i praksis, men vi forstår ikke deres sprog”. Så der er et skisma mellem på den ene side, at have eller rekruttere veluddannede sygeplejersker, der har engagement og vilje til at udvikle og forske og på den anden side, den praksis de møder og skal kunne agere i.
- Kvalitetsbegrebet er kommet for at blive og kvalitetsudvikling hænger nøje sammen med forskning, hvor man kan sige, at det ene er det andets forudsætning. Kliniske retningslinjer baseres på evidensbaseret viden. Bedømmelsen af retningslinjerne, såvel som implementering i praksis, kræver at man tilgår retningslinjerne videnskabeligt. For hver af de mange retningslinjer, der udkommer og skal implementeres, skal man spørge sig selv: ”Hvordan er man kommet frem til anbefalingerne, er der overensstemmelse mellem det retningsgivende, målgruppen og relevansen for vores praksis?” Det er nødvendigt at sygeplejerskerne i praksis har en tilgang til kvalitetsudvikling, hvor de kan stille kvalificerede spørgsmål.

Kardiologisk Afdelingen havde allerede i nogle år, arbejdet med først værdigrundlag, siden målsætning for sygeplejen. Arbejdet havde forløbet parallelt med, at der blev udviklet mål og vision for sygeplejen på sygehuset. Den overordnede vision lagde således op til, at sygeplejen på sygehuset var evidensbaseret og bidrog til udvikling og forskning af sygeplejen nationalt og internationalt. Medarbejderne i kardiologisk afdeling var inddraget i den lokale proces med såvel værdiarbejde

som målformulering. I samme seance ansatte afdelingen en klinisk udviklings- sygeplejerske, der skulle hjælpe med at få sygeplejefagligheden sat på dagsordenen.

Udviklingskulturen blomstrede. Mange småprojekter blev sat i søen og med udviklings- sygeplejerskens hjælp indførtes sygeplejekonferencer, hvor der blev drøft- et sygeplejefortællinger. Kompetenceudvikling blev en realitet og systematiseret i kompetenceprogrammer og udviklingsplaner. Flere sygeplejersker søgte videre- uddannelse og studiesparring og karrierecoaching blev tilbudt. Sygeplejersker- ne bød efterhånden ind med oplæg på sygeplejesymposier. Stillingsstrukturen og mødekulturen i afdelingen blev bygget op mhp at støtte udviklingskulturen og der blev prioriteret ansættelse af basissygeplejersker med klinisk specialistfunk- tion i hvert afsnit.

På den ene side lykkedes det afdelingen at opbygge en udviklingskultur, på den anden side var der begrænsninger i forhold til at hæve niveauet videnskabeligt. Når udviklings- sygeplejersken forsøgte at motivere til artikellæsning og drøftelse eller litteratursøgning i relation til opstartede projekter blev det ofte fravalgt med begrundelserne, at det er besværligt, tidskrævende og vanskeligt. Når småprojek- ter blev sat i gang, var det ofte ud fra spontan motivation. *Vi ser det her som en ide, kaster os ud i at gøre det, får evt. en lægelig sparring på en interviewguide og så kører det.* Uden grundigere overvejelser om, hvad indebærer det at designe et pro- jekt oplæg, med problemformulering, litteratursøgning, metodevalg, analysemo- del og tanker om publicering eller overvejelser om, hvor vidt det kunne føre til sygeplejeforskning.

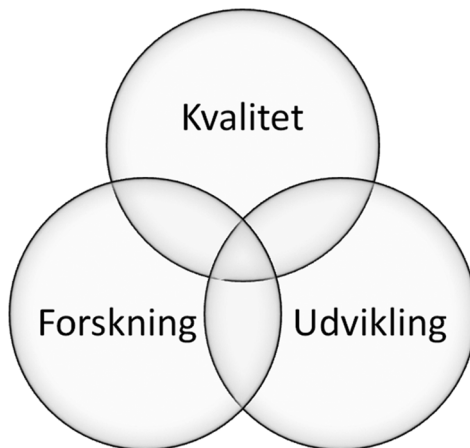
Ledelsesmæssigt var afdelingssygeplejerskerne og souscheferne optaget af drift og organisering af hjemtagne specialepatienter, således at udvikling af faget i høj grad blev delegeret til de sygeplejersker, der var ansat med henblik på at skabe fag- lig udvikling. Holdningen til fagudvikling var endvidere meget specialerelateret, således at kardiologiske sygdomme og behandling primært var i fokus, når ud- viklingsprojekter blev sat i søen. Der var mange initiativrige og engagerede syge- plejersker og ledere i afdelingen. Driftsledelse havde dog haft overtaget i en lang periode, hvor afdelingen havde udvidet eksplosivt og sygeplejefaglig ledelse havde været mindre i fokus.

## **HVORDAN OPBYGGER MAN EN KULTUR, DER MULIGGØR FORSKNING I SYGEPLEJE?**

Processen i afdelingen, frem mod en forskningskultur, forløb som beskrevet af Quinn og Weick(6).

Flere input indtraf efter hinanden og noget blev tilfældigt sammenholdt med, om det nu var overensstemmende med den overordnede men uskrevede strategi og tilmeningen i forhold til, hvad der ellers var af tiltag i afdelingen.

Mange drøftelser gik på, hvornår noget kendetegnes ved at være udvikling, kvalitetsudvikling og hvornår kan man tale om egentlig forskning. Samtidig med at de fleste ved, hvad der kendetegner begreberne hver for sig, blev vi enige om, at en klar skelnen er der ikke. Noget kan være et oplagt udviklingsprojekt, der viser sig at have stor involvering med kvalitetsudvikling. Noget starter som et lille spirende udviklingsprojekt og viser sig, at gå i retning af et decideret forskningsprojekt. Så det giver god mening at arbejde med alle begreber hver for og sig og involverende hinanden i en udviklings- og forskningskultur (Fig.1).



*Figur 1*

Det var klart for mig, som overordnet leder, at der skulle beskrives en vision og en strategi for den kliniske sygepleje og for udvikling og forskning i sygeplejen. Der skulle tegnes det mentale landkort, som kunne give os det fælles sprog og den fælles retning, at styre efter i afdelingen, samtidig med at det skulle hjælpe til overblik og gennemsigtighed. Det var også helt afgørende, at det skulle udarbejdes af gruppen af sygeplejersker med ledelses-, uddannelses- eller udviklingsfunktion og med input fra medarbejdere. Vigtigt var det nemlig i den fremtidige strategi, at der var overensstemmelse mellem initiativer indenfor sygeplejens kerneområder, uddannelse af studerende og udvikling. Vi skabte en gruppe af ledende, uddannelsesansvarlige og udviklingsansvarlige sygeplejersker, der to gange om året afsatte en halv dag til sygeplejefaglige drøftelser, som skulle udmunde i en sygeplejefaglig strategi. Da vi gik i gang, var der endnu ikke ansat en forsker i afdelingen, men vi begyndte at introducere begrebet forskning og forholdt os til grænsefladerne mellem kvalitetsudvikling, sygeplejefaglig udvikling og – forskning.

Det blev også meget klart, at vi havde behov for et kompetenceløft. Interessen for udvikling og nu også forskning spirede og der måtte suppleres med uddannelse. Forinden måtte vi afdække sygeplejerskernes interesser og kompetencer i afdelingen og eventuelle spirende forskningsprojekter. Sygeplejerskerne fik tilbudt forskningskursus, kurser i artikelskrivning og litteratursøgning. Enkelte søgte master og kandidatuddannelse og blev tilbudt studiesparring ved afdelingens udviklings-sygeplejerske og karrierecoaching ved oversygeplejersken, med det formål at hjælpe til klarhed om eventuelle fremtidige karriereveje.

Med viden om afdelingssygeplejerskernes helt afgørende betydning, valgte vi at prioritere i første omgang diplomuddannelse til alle afdelingssygeplejersker, med henblik på at løfte ledelsesniveauet. Der ud over fik alle vores mellemledere kursus i personlig ledelsesstil og persontype identifikation ud fra teori om Enneagram(9). For at arbejde mod en fælles sygeplejefaglig strategi og indsats, indførte vi gruppe udviklingssamtale(GRUS), mellem de fire afdelingssygeplejersker og oversygeplejersken, hvor jeg indtog rollen som facilitator for mødet og efterfølgende tilbød individuel opsamling og coaching på ledelsesarbejdet i praksis. Vi deltager herefter på et årligt lederseminar mhp. at styrke fællesskabet, lederskabet og sygeplejefaglig udviklings- og forskningsstrategi.

Efterhånden var mulighederne indskrænkede og tiden var inde til næste skridt, nemlig at invitere en forsker indenfor i afdelingen. Opslag blev udarbejdet og skæbnen ville, at samtidig med at vi tænkte tanken, bankede der én på døren og



vi indgik aftale med en sygeplejerske om at være ph.d. studerende hos os. På det tidspunkt var det oplagt for os i afdelingen, at udvikle os sammen med en ph.d. studerende. For os var det den rette vej, frem for at ansætte en færdiguddannet forsker/ post. doc. og dermed springe direkte til evt. forventning om forskningsdeltagelse fra sygeplejerskerne. Processen skulle stadig modnes, vi skulle stadig opdyrke kompetencer og arbejde med meningsdannelse og det var vores overbevisning, at her kunne en ph.d. studerende have en strategisk vigtig betydning.

### **HVORDAN KAN MAN LEDELSESMÆSSIGT, STRATEGISK, KOMMUNIKATIVT OG PRAKTISK HÅNDBERE INTEGRATION AF PH.D. STUDERENDE I EN AFDELING**

Forberedelse er vigtig, når man inviterer en person indenfor i en afdeling, særligt når det er en med en markant anden profil, helt anden tilgang til faget og med en noget anden rolle end de øvrige medarbejderen. Igen blev spørgsmål stillet af sygeplejerskerne: ”Hvad kan vi få ud af en ph.d. studerende, hvad kan hun bidrage med i vores praksis?” og fra ledelsesside blev spørgsmålet: ”Hvordan kan vi sikre, at hun får den tilstrækkelige vejledning og netværksdannelse i et forskningsmiljø, når vi endnu ikke har fået det etableret i afdelingen?”

Det var ikke muligt at finde meget litteratur vedrørende ledelse af forskere. Der kan dog hentes meget inspiration i litteratur vedrørende, det at være vejleder eller mentor for ph.d. studerende (10). Der ud over er der meget ledelseslitteratur, der beskriver det at være leder i videnstunge miljøer og det at lede højt specialiserede kreative medarbejdere (11).

At være ph.d. studerende, i en klinisk afdeling, er på mange måder noget særligt. De nære vejledere vælges typisk ud fra det faglige område for forskningen eller metodevalget. Således kan den faglige vejleder være fysisk til stede et andet sted, uden organisatoriske beføjelser og vejledning foregår typisk også i det universitetsmiljø, som den studerende er tilknyttet. Ofte vil den studerende forske i samarbejde med andre kliniske afdelinger eller tværsektorielt, således at der bliver mange kontakter og tråde der trækker i den studerende, der selvfølgelig også selv skal holde fast i alle enderne og prioritere tid og ressourcer i forhold til mange interesser (Fig.2).

Selv om det forventes at disse højt uddannede og kreative personer er selvledende og studerende på meget selvstændigt niveau, er der ingen tvivl om, at den studerende har behov for ledelse og at en tillidsvækkende relation til lederen får rigtig

stor betydning for forløbet. Set fra lederens side, bliver der flere væsentlige vinkler, at tage højde for.

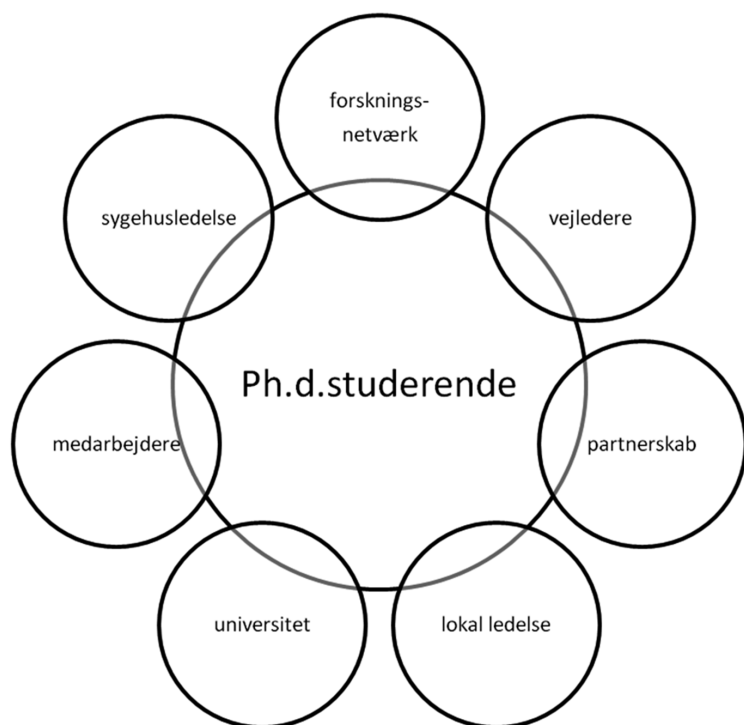
Først og fremmest er der ledelse af en forsker, hvor lederen ikke nødvendigvis selv har kompetence i forhold til forskning, ej heller nødvendigvis et uddannelsesniveau på kandidatniveau. Omvendt har forskeren ikke nødvendigvis den organisatoriske kompetence, der egentlig er behov for, i forhold til at være meget selvstændigt og ofte ensomt fungerende i en afdeling, hvor man måske er eneste forsker. Det bliver væsentligt for udbyttet i afdelingen, at lederen aktivt deltager i valg af forskningsemne og tilgang, således at man sikrer sig, at forskningen har relevans for klinisk praksis. Vigtigt er det også, at man klart forventningsafstemmer med den ph.d. studerende vedrørende øvrige indsats i afdelingen og behov for ledelsesstøtte.

Der ud over er der ledelse af mellemledere og afdelingens personale mono- og tværfagligt, i forhold til at modtage forskeren og at indgå i og bidrage til et forskningsmiljø. Her bliver oversygeplejersken den væsentlige formidler mellem forsker og afdelingens mellemledere og udviklingsmedarbejdere.

Endelig, afhængig af den studerendes emnevalg og evt. udbredelse til andre relevante afdelinger, kan der blive tale om at lederen skal indgå i et forskningspartnerskab eller samarbejde med andre organisationer. Under alle omstændigheder er det vigtigt, man tænker sig selv og sin afdeling, som en del af et større fællesskab, hvor den ph.d. studerende kommer til at bidrage i netværk eller med undervisning andre steder end i egen afdeling.

Det kræver meget af en ph.d. studerende, at håndtere de mange krav og forventninger og afhængig af erfaring og baggrund, er der brug for ledelsesstøtte i varierende omfang. Der er mange interessenter, som den ph.d. studerende ikke nødvendigvis kan have overblik over fra starten (Fig.2).

Som i andre sammenhænge mellem medarbejder og leder er relationen som nævnt helt afgørende imellem forsker og leder. Det er vigtigt at arbejde på, at relationen bliver tillidsvækkende og respektfuld. At invitere den studerende indenfor i sit ledelsesrum, det vil sige give plads til at drøfte succeser, såvel som kriser, der **må** komme i et stort projekt som en forskeruddannelse og et ph.d.forløb udgør.



Figur 2

## ANBEFALINGER TIL KONKRETE TILTAG

Af konkrete ledelsestiltag, når en ph.d. studerende skal integreres i en afdeling, kan anbefales:

*Interessentanalyse og involvering:* Der er ingen tvivl om, at der er flere interessenter, der har forskellige holdninger, til det at få en sygeplejefaglig forsker i praksis. Der er både et hensyn til interesser, der kan være i konflikt men også i harmoni. Det er en god ide, at danne sig overblik over hvem, det kan få betydning for. Fra sygehusledelse, til udviklingssygeplejerske, sekretærer og læger. Kan nogen føle sig truet på evt. faglighed og økonomi? Kan nogen have gavn af, at kunne sparre med en forsker, når det f.eks gælder dataanalyse osv. Som oversygeplejerske kortlagde jeg interessenter og involverede de pågældende med henblik på at afstemme forventninger. Som sparringspartner brugte jeg sygehusets forskningsleder.

*Budget:* Der er flere sider af de økonomiske overvejelser. For det første skal man være modig og risikovillig, som leder, hvis noget går galt i finansieringen. Man kan søge, hvor der er mulighed, for at få finansieret sit projekt, ved at være åben mod omverdenen og de skiftende vilkår, ikke mindst være opmærksom på politiske indsatser og afledte puljer, samt diverse forskningspuljer. Man planlægger sammen med den studerende et budget og den studerende udarbejder regnskab hen af vejen, så begge i samarbejde styrer budgettet.

*Forskningsemne og design:* Som leder skal man gøre sig klart indenfor hvilke områder, man ønsker der forskes og om der er forskellige vinkler, man ønsker belyst. Ud over faglige, kunne det være organisatoriske eller økonomiske, patientinvolverende eller andet. I afdelingen havde vi aftalt et overordnet tema, som det mentale landkort, her omtalt som paraplyen over de mange småprojekter og indsatser, store som små, udvikling som forskning, der skulle være retningsgivende hos os i en periode. Det overordnede store tema på vores afdeling blev: Patientuddannelse, – rehabilitering og patientinvolvering.

*Forberedelse af organisationen og timing:* Det er en klog strategi, at sørge for at der er talt med alle fora, hvor der er interessenter i forhold til forskerens arbejdsområde. Det gælder interne fora i afdelingen samt eksterne samarbejdspartnere. Alle skal huskes. En god ide er det også at klargøre formålet med at have en ph.d. studerende. Hvad skal forskeren konkret bidrage med i afdelingen? Hvad vil det betyde for det kliniske arbejde? Skal der tænkes i fremadrettede stillinger mhp. det videre forløb?

Man skal være opmærksom på som leder, at legitimere den nye rolle i organisationen, blandt andet ved meningsdannelse, således at der skabes accept af forskerens arbejde på linje med patienttydelser og uddannelse.

Konkret hos os, blev der talt om ph.d. studerende og vedkommendes rolle og opgave, på alle møder, fra MED udvalg til ledermøder. På tværfagligt rehabiliteringsmøde. Samarbejds møde med kommuner i henhold til rehabilitering. Projektsygeplejersker i afdelingen, der arbejder med lægefaglige forskningsprojekter. Temaet blev kommunikeret ved, at skrive det ind i afdelingens driftsaftale og informere i organisationen via nyhedsbreve. Den ph.D. studerende blev foreslået, at udarbejde en kommunikationsstrategi, som en del af projektoplægget.

*Ansættelse og ankomst:* Som med alle andre nye medarbejdere skal ankomsten forberedes. Allerede ved ansættelsessamtalen afstemmes forventninger ud fra funktionsbeskrivelse og der planlægges introduktionsprogram. Det er vigtigt, at den nye ph.d. studerende forventes at indtræde i jobbet på samme betingelser som andre ansatte. Med andre ord, bliver en del af os. Det lige fra uniformsvaner til sociale forhold som morgenkafferutiner samt have kendskab til og arbejde efter kvalitetsretningslinjer. Det er også vigtigt, at den studerende hurtigt kan føle sig hjemme og i praksis forholdsvis hurtigt kan gøre noget konkret, der viser synlighed og resultater. Det vil sige en arbejdsplads, PC, netadgang, introduktion til litteratursøgning, er et must næsten fra dag et. Har man en udviklingssygeplejerske kan det være strategisk klogt, at vedkommende tilrettelægger og introducerer den nye kollega. For mange udviklingssygeplejersker vil der være overlappende interesser, og et godt og nært samarbejde vil være en forudsætning for praksisudvikling i en mere forskningsorienteret retning, ligesom det vil være kompetenceudviklende for begge parter.

*Forventningsafstemning:* Som tidlige nævnt kan den ph.d. studerende have mange tråde, der trækker, specielt når man er en del af et forskningssamarbejde med andre sygehuse. Der er behov for at aftale rammer som mødedage, hjemmearbejde, indsatsområder i afdelingen, opsamlende samtaler med leder, og vejledere. Logbog med status for projektet, regnskabsopfølgning og kalenderføring, så andre kan få indblik i, hvor vedkommende befinder sig. Der skal prioriteres kursus- og kongresdeltagelse, samt meldes tilbage til afdelingen. Der aftales MUS samtale, udarbejdes udviklingsplan og afholdes opfølgningssamtaler, ligesom sparring eller coaching bør være et stående tilbud.

*Spredning i afdelingen:* Den studerende skal introduceres til afdelingen og ud i alle hjørner for at hilse på og danne sig et overblik over den verden, hun skal til at være forsker i. Der er to vinkler på det. Dels at blive set og hilse på. Dels at vise anerkendelse og respekt for praksis, ved at vise interesse for hverdagslivet. Besøgene gælder alle faggrupper. Særligt vigtigt bliver det at mødes med de ledende sygeplejersker, ud fra tidligere antagelser om, at det her er helt afgørende for, hvordan den studerende inviteres indenfor i praksis. Af opgaver ud over egen forskning, som vi har aftalt med den ph.d. studerende, kan nævnes:

- Bistå projektarbejde i Kardiologisk Afdeling, dvs. vejledning vedr. projektopstilling/ business case, budget, statistisk analyse m.m.
- Være behjælpelig med ansøgninger om projektmidler, bl.a. fondsansøgninger, puljeansøgninger m.m.

- Bistå ved publicering, dvs. artikelskrivning, posters og anden formidling af udviklings- og forskningsresultater.
- Indgå i sygehusets netværk for forskningsaktive sygeplejerske.

Konkret mødtes den ph.d. studerende, afdelingssygeplejerskerne, udviklingssygeplejersken og oversygeplejersken, efter at introduktion til afdelingen havde fundet sted og prioriterede sammen, de indsatsområder, der var kommet fokus på ved besøgene ude i de forskellige områder. Der blev prioriteret tre indsatsområder, svarende til ca. én arbejdsdag om ugen for afdelingen, som den ph.d. studerende sammen med udviklingssygeplejersken skulle arbejde med. De første emner var at etablere journal club i afdelingen, hjælpe en sygeplejerske med en artikel på baggrund af et implementeringsprojekt, der havde fundet sted i afdelingen og hjælpe med at beskrive et udviklingsprojekt evt. på sigt forskningsprojekt vedrørende anvendelse af IPAD i patientundervisning. Disse tre indsatsområde blev meldt ud i afdelingen mhp. synliggørelse af den ph.d. studerendes indsats.

*Opfølgning:* Sidst men ikke mindst er det vigtigt at følge op på alle aftaler, indsatser og forskningsprojektet.

Det er tidligere nævnt og som beskrevet flere steder i litteraturen, kan det være ensomt, at være forsker. Det er meget afgørende for fremdriften i projektet, at den ph.d. studerende mødes med interesse for hendes arbejdsområde og ikke mindst processen og resultater. Det er også vigtigt at evt. publikationer bliver set, læst og kommenteret. Det er ikke en selvfølge, at vejledere altid kan dække det behov, selv om det er hensigten langt hen af vejen. Det i sig selv taler for, at selvfølgelig skal forskere have en leder, der ser, anerkender, giver feedback og støtter, ligesom alle andre medarbejdere i en organisation.

## **HVOR BEFINDER VI OS I UDVIKLINGEN AF EN SYGEPLEJEFAGLIG FORSKNINGSPROFIL I KARDIOLOGISK AFDELING I DAG?**

Generelt vurderer vi, at vi er godt på vej, samtidig med at vi har visioner for en fremtidig forskningsprofil. Vi har taget højde for ledelse af ledelsesprocesser, ved at oversygeplejersken og den kliniske udviklingssygeplejerske har været bannerfører og inddraget afdelingssygeplejersker og souschefer aktivt i udarbejdelse af en sygeplejefaglig strategi omhandlende kerneopgaven, uddannelse, udvikling og forskning. De ledende sygeplejersker har sammen erkendt, at det gør en afgøren-

de forskel, at de selv sætter sig for bordenden, når der skal udarbejdes mål og strategier for sygeplejen. At de som nærmeste ledere viser vilje og vej, taler om det, vi skal opnå, så det giver mening i den praksis, de er ledere for. På den måde skaber vi et fælles sprog, så det bliver tydeligt for enhver, i hvilken retning vi bevæger os, relateret til hverdagen og samtidig prioriteres der rammer til arbejdet.

Der er udarbejdet en sygeplejefaglig strategi af ledende sygeplejersker, uddannelsesansvarlige sygeplejersker og udviklingsansvarlige sygeplejersker i fællesskab (12). Strategien er udarbejdet på baggrund af lokale drøftelser og udarbejdelse af mål for sygeplejen, lokalt for hvert afsnit i afdelingen med involvering af medarbejderne.

Vores overvejelser om forskningsprofil omhandler flere vinkler og vi er blevet mere bevidste om, hvad det vil sige at arbejde ud fra en evidensbaseret tilgang. Ud over egen forskning som sygeplejersker, er vi blevet bevidste om også at bidrage med assistance på andres forskningsprojekter, som en del af profilen. At arbejde evidensbaseret omfatter også deltagelse i udvikling af og bedømmelse af kliniske retningslinjer. Endelig omfatter en forskningsbaseret tilgang også implementering af andres forskningsresultater, hvilket vi i højere grad skal arbejde mod.

Ph.d. projektet er nu forløbet over et år og det skrider planmæssigt fremad. Det har foreløbigt resulteret i en posterfremvisning på den Europæiske kardiologiske kongres af den ph.d. studerende sammen med en sygeplejerske fra afdelingen. Ud over afhandlingsarbejdet er den studerende medforfatter på flere artikler samt en del af et forskningsnetværk i Region Sjælland.

Det er lykkedes at indføre journal club, hvor afdelingens kliniske udviklingssygeplejerske sammen med den ph.d studerende gennemfører forløb, der omfatter kvantitativ og kvalitativ metodetilgang og tilsvarende artikler gennemgås. Forløbet er evalueret positivt og sygeplejerskerne efterspørger udvidet forløb. Vi planlægger at gennemføre et forløb med en journal club for de ledende sygeplejersker, med henblik på. at klæde dem på til i højere grad at kunne sætte sig ind i forskningsbaseret praksis.

Flere sygeplejersker har fået anerkendt abstracts på udviklingsprojekter, og formidler på symposier eller landskursus, ligesom faglige artikler er blevet godkendt til publicering.

Hvad fremtiden angår planlægges det, at ansætte en post.doc. sygeplejerske med forskning forankret i klinisk praksis, senest 2015. Dette indgår som en del af den fælles udarbejdede strategi.

Afdelingen vil frem over have tilknyttet mindst én ph.d. studerende i sygepleje eller sundhedsforskning kontinuerligt.

Vi arbejder i højere grad ud fra en tilgang til udvikling og forskning, hvor vi har erkendt og accepteret, at vi skaber vejen, mens vi går. Vi ser forandringer, som en kontinuerlig proces, hvor input og inspiration tages ind, bearbejdes og implementeres eller forkastes afhængig af hvor meget mening det giver for vores praksis og hvor vidt lederne er i stand til at skabe overblik og gennemsigtighed, samt i tale og handling vise vejen.

#### **FAKTA OM KARDIOLOGISK AFDELING, ROSKILDE SYGEHUS:**

Kardiologisk afdeling På Roskilde sygehus har eksisteret som selvstændig afdeling, siden 1. januar 2009. Afdelingen har regional funktion på en række specialiserede procedurer og behandlinger, blandt andet invasiv kardiologi. Der er i dag ca. 200 ansatte.



## REFERENCER

1. Johansen K, Sørensen A. Ledelseskommunikation – fra dekobling til samspil. Masterafhandling MPM. Syddansk Universitet; 2005.
2. Digmann A. Ledelse med vilje, offentlig ledelse i nyt perspektiv. København; Børsen; 2004.
3. Petersen H. Forandringskommunikation. København; Samfundslitteratur; 2000.
4. Johansen K, Sørensen A. Når ledelse lykkes, hænger det ofte sammen med succesfuld kommunikation. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen. 82. årgang; 2; 2006.
5. Johnsen E. Ledelse af ledelsesprocessen. Frederikshavn; Dafolo; 1992.
6. Høpner J, Jørgensen T.B. m.fl. Ledelse af forandringsprocesser – forandring eller forankring? Århus; Academica; 1999.
7. Haslebo G. Relationer i organisationer. København; Dansk Psykologisk Forlag A/S; 2004.
8. Lynch R. Corporate strategi. Essex; Person Education; Prentice Hall. Third Edition; 2003.
9. Riso D.R, Hudson R. Enneagrammets visdom. Humlebæk; Indsigt; 2005.
10. Due J m.fl. At lede vejen. Ikke dateret publikation, Københavns Universitet. Til rådighed på: <http://phd.ku.dk/pdf/KU-god-vejledning-web.pdf>
11. Kostovich C, Saban K, Collins E. Becoming a Nurse researcher: The importance and mentorship. Nursing Science Quarterly; 2010, Vol 23 no 4; 281-286.
12. Johansen K. Sygeplejefaglig strategi. Kardiologisk afdeling, Roskilde Sygehus; 2014.





# I FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSKULTUR

**I KLINISK PRAKSIS** beskrives de erfaringer en række udviklingsansvarlige, ledere og forskere har gjort, i deres bestræbelser på at arbejde med at forstå, understøtte, udvikle og bidrage med viden om forsknings- og udviklingskulturen i klinisk praksis inden for sygeplejen og de øvrige mellemlange videregående uddannelser i Region Sjælland. Der er bidrag der ser på overordnede forhold og spørgsmål, og andre der arbejder meget praksisnært. Der er bidrag med forskellig metodisk og teoretisk tyngde. Der er bidrag der beskriver succes-historier og andre der beskriver vanskelighederne med at få de gode intentioner til at virke efter hensigten.

Bogen præsenterer en række parallelle processer og projekter, der med forskellige organisatoriske afsæt og perspektiver, metodiske og teoretiske tilgange og forskellige bevæggrunde, har det fælles formål, at udvikle professionerne til gavn for de patienter og pårørende der er afhængige af sundhedsvæsenet.

Bogen skriver sig ind i den aktuelle nationale debat om hvordan sygeplejersker og andre ansatte i sundhedsvæsenet med mellemlange uddannelser kan skabe og indgå i nye og eksisterende udviklings- og forskningsmiljøer, og samtidig bevare fokus på deres kerneydelser.