

Et udviklingsforløb med afsæt i problembaseret læring (PBL) medførte ændringer i plejen af patienterne og udvikling af kompetencer hos sygeplejerskerne med hensyn til videnskabelig tænkning og metode.

Når kompetenceudvikling, ledelse og implementering går hånd i hånd

Susan Munch Simonsen, Udviklingssygeplejerske, RN, MSP, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet; susan.munch.simonsen@regionh.dk
Hanne Baden Nielsen, afdelingssygeplejerske RN, MKS, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet
Kirsten Rud, oversygeplejerske RN, SD, DLS, Urologisk afdeling, Herlev Hospital

Patienternes overgang fra hospital til hjem er en fase, der kræver opmærksomhed. Er patienterne klar til at varetage egenomsorg efter udskrivelse? Et spørgsmål, sygeplejerskerne stillede sig selv, da de deltog i et kompetenceudviklingsforløb baseret på problembaseret læring (PBL) som omdrejningspunkt.

Denne artikel har fokus på, hvordan praksisforankret evidensbaseret udvikling, struktureret ledelsesinvolvering og et aktivt læringsmiljø understøtter implementeringen af resultater fra projekter udarbejdet i de enkelte afdelinger på hospitalerne til gavn for patienter og pårørende.

I dag er det at arbejde ud fra en evidensbaseret tilgang i sygeplejen ikke længere en mulighed, men et krav (1,2). Det forventes såvel nationalt som internationalt, at sygeplejen er baseret på en praksis, hvori der indgår videnskabelig evidens, og hvor såvel kontekst som kliniske præferencer inddrages, så sygeplejersken sammen med patient og pårørende kan træffe de bedste beslutninger til gavn for den enkelte (3). Det forudsætter naturligvis, at der eksisterer evidensbaserede retningslinjer til at understøtte de kliniske beslutninger, men også at den enkelte sygeplejerske har viden og kompetencer til at anvende og vurdere disse retningslinjer (4).

Accelererede operationsforløb (5) er implementeret inden for de store kirurgiske forløb på urologisk afdeling på Herlev Hospi-

” Det forventes såvel nationalt som internationalt, at sygeplejen er baseret på en praksis, hvori der indgår videnskabelig evidens, og hvor såvel kontekst som kliniske præferencer inddrages, så sygeplejersken sammen med patient og pårørende kan træffe de bedste beslutninger til gavn for den enkelte.

tal, og patienterne er indlagt i kort tid. Den faglige kvalitet under indlæggelsen er sikret via faglige kliniske vejledninger og patientforløbsbeskrivelser, men hvordan sikrer vi den videre udvikling af sygeplejen efter udskrivelse til gavn for patienterne?

Det spørgsmål stillede vi på Herlev Hospital, og vi fandt svaret i modellen ”8-trinsmodellen”, der er en videreudvikling af problembaseret læring som metodetilgang (1), se figur 1.

Metode

8-trinsmodellen er udviklet til klinisk praksis, hvor den integrerer og bygger bro mellem deltagerens professionelle praksisviden og tilegnelse af ny teoretisk viden ved at anvende videnskabelig tænkning som metode til kompetenceudvikling og evidensbaseret udvikling af en klinisk problemstilling. Lærings- og undervisningsformen tager udgangspunkt i deltagerens erfaringer og udfordrer dem både personligt og fagligt på en aktuel klinisk problemstilling fra deres egen praksis. Denne problemstilling bliver genstand for arbejdet med evidensbegrebet og evidensbaseret sygepleje, der er et krav til professionen (1,2).

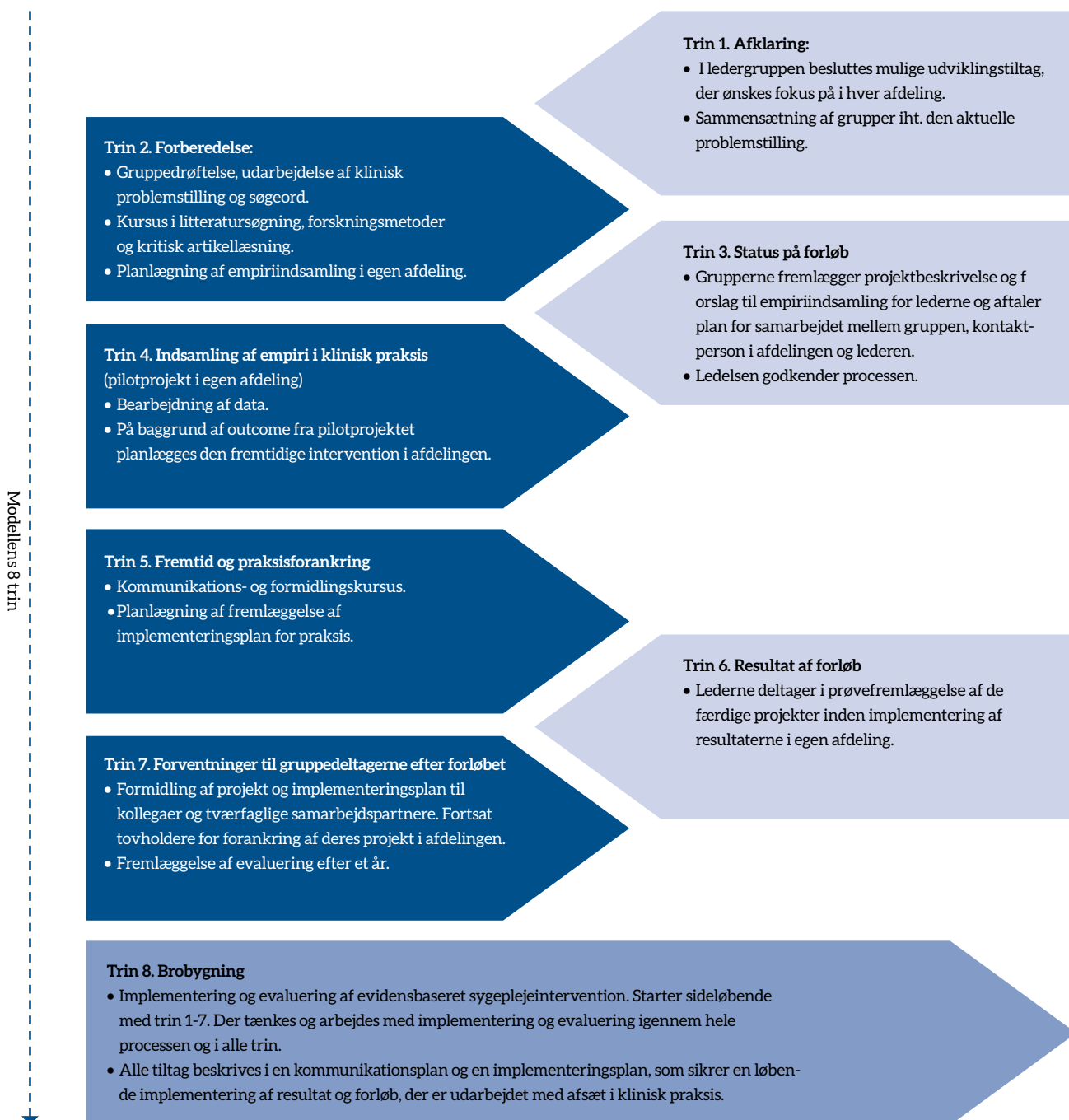
Lederen skal ønske at udvikle

Det er en kendt problematik, at der er store udfordringer i at sikre, at den sygeplejefaglige forskning forankres og anvendes af sygeplejersker i klinisk praksis. Ofte udføres sygeplejeforskning fjernt fra patienternes hverdag, og implementering af resultaterne forekommer tilfældig (6). Et sundhedsvæsen med knappe ressourcer og stramme økonomiske rammer og deraf øget fokus på produktion og drift kan være en hæmmende faktor for faglig udvikling.

At ændre kurs til at have fokus på udviklingen af den kliniske praksis kræver, at lederen ruster sig til at skabe plads i den daglige drift til at frigøre de personer, der deltager i projektet. Endvidere kræver det viden om udvikling af klinisk praksis og vilje til at gen- ▶

Figur 1. 8-trinsmodellen

Modellen illustrerer forløbet, hvori kompetenceudvikling (mørkeblå kasser) og ledelsesinvolvering (lyseblå kasser) indgår som to ligeværdige dele (Inspireret af Nielsen og Simonsen 2014). (1.)



- nemføre den. Vi oplever, at der er en fin balance mellem drift og udvikling, hvor udviklingen har fokus på resultaterne for patienterne. Udviklingsprocessen er krævende for lederen i afdelingen, og det er derfor vigtigt, at vedkommende prioriterer det planlagte forløb og motiverer medarbejderen (7).

Organisering i afdelingen

Det er vigtigt, at både ledere og klinikere arbejder tæt sammen mod samme mål for at skabe plads til udvikling af sygeplejens kerneområder. Ledere og klinikere skal sammen finde tre kliniske problemstillinger, som de gerne vil have undersøgt. Hovedpointen med problemarbejdet er at søge forklaringer, finde sammenhænge og beskrive principper, som er virkningsfulde i forhold til den aktuelle problemstilling og bidrager til at forklare de fænomener og forhold, som indgår (1,8).

Tre grupper med tre sygeplejersker bliver sammensat fra både

” At gennemføre et udviklingsprojekt i egen afdeling kan være et mål i sig selv, men at skabe en kultur, hvor både ledere og medarbejdere finder det naturligt at anvende den videnskabelige metode på faglige problemstillinger, kræver en bevidst udviklingsstrategi.

sengeafdelingen og ambulatoriet, og den mest erfarne er tovholder for hver af grupperne. Forløbet strækker sig over seks måneder og indeholder henholdsvis fremmødedage, studiedage samt kurser i litteratursøgning, kritisk artikellæsning og formidling fordelt på ni planlagte dage. Til at vejlede og facilitere processen er der tilknyttet to faste undervisere, som har udviklet, beskrevet og afprøvet 8-trinsmodellen i lignende forløb fra egen afdeling (1).

Ved at arbejde med 8-trinsmodellen flytter forskningen ind i hverdagen i arbejdslivet, og dermed skabes motivation, ejerskab og medansvar for den evidensbaserede sygepleje hos deltagerne. Det er ikke blot den enkeltes viden om evidensbaseret praksis, men også den samlede personalegruppes holdninger, sociale normer, og arbejdsorganisering, som er interne faktorer, der styrker implementeringen af den evidensbaserede viden (9).

Deltagerne i kompetenceudviklingsforløbet starter i processen med at forholde sig til implementering af de kliniske resultater. De udarbejder en implementeringsplan, der fungerer som rettesnor for projektet og støtter deltagerne både i forhold til formidlingsstrategi, involvering af kollegaer og ved indsamling af empiri i egen praksis. Der er en vekselvirkning mellem teori og praksis,

som er med til at styrke den enkelte sygeplejerske i at arbejde evidensbaseret med den valgte problemstilling udenfor kursusdagene (10).

Kliniske resultater

Implementeringsstrategien er den røde tråd fra starten af udviklingsforløbet, og det bliver prioriteret at måle den faglige kvalitet for senere at kunne følge udviklingen i projekterne. Derfor blev der udarbejdet en baseline for hvert projekt. Se eksempler på kliniske problemstillinger i case 1 og 2.

Evaluerings af udviklingsforløbet

Som en del af evalueringen gennemfører vi et fokusgruppeinterview med de involverede klinikere og deres ledere. En sygeplejerske udtaler om opbakningen fra sin leder:

”Det er struktureret, og det er godt, at der er nogen, der holdt én til ilden.”

Som deltager i en udviklingsproces kan det også indimellem være svært at holde fokus: En sygeplejerske siger:

”Det giver mening at arbejde med en klinisk problemstilling, men det er et stort arbejde.”

En anden udtaler: ”Det er godt med muligheden for fordybelse.”

Selv om det giver mening og er spændende, giver flere udtryk for, at det kan være svært at holde sporet i processen i en travl hverdag. Det er essentielt med opbakning og forståelse fra kolleger, hvis processen skal lykkes. I fokusgruppen giver flere sygeplejersker udtryk for, at der er god opbakning fra kollegaerne. En af sygeplejerskerne udtaler: ”Det kan til tider være hårdt og irriterende, når man ikke kan nå det hele i den tid, der er afsat.”

Alligevel er hun den første, der melder sig som deltager i endnu et udviklingsforløb efter principperne med problembaseret læring. Samlet set føler deltagerne en faglig tilfredshed ved både at gå i dybden med kliniske problemstillinger og ved at opnå viden om videnskabelig metode, hvilket giver dem lyst til at fortsætte med at udvikle sygeplejen.

Fremadrettede justeringer

De tre grupper synes, det er relevant og giver mening at deltage i udviklingsprocessen. Dog er der områder, der skal have større fokus ved de næste forløb. Tovholderne fra grupperne nævnte: ”Støtte fra kontaktpersoner tæt på afdelingen,” og ”tid mellem de planlagte dage – det skriftlige kan ikke nås i den planlagte tid.”

Det bliver fremhævet, at der fremover skal afsættes mere tid til litteratursøgning og formulering af de kliniske spørgsmål. Disse ændringer er tænkt ind i næste forløb. I afdelingen aftaler vi fremadrettet, at de sygeplejersker, der var tovholdere i deres projekt, bliver kontaktpersoner for de næste projektdeltagere.

Fastholdelse af udviklingskulturen

At gennemføre et udviklingsprojekt i egen afdeling kan være et mål i sig selv, men at skabe en kultur, hvor både ledere og medarbejdere finder det naturligt at anvende den videnskabelige metode på faglige problemstillinger, kræver en bevidst udviklingsstrategi.

Ledernes bevidsthed om værdien af kernen i faget og deres evne til at kunne udstikke retning for at udvikle den er helt essentiel. Samtidig skal lederen være klar på fordelene ved at udvikle i egen afdeling i stedet for at sende medarbejderen på eksterne kurser. Dette medfører en fin balance i prioriteringen mellem drift og udvikling i den daglige arbejdsplanlægning. Set med økonomiske briller kan det godt betale sig at uddanne sygeplejerskerne i egen praksis. Den økonomiske udgift er aflønning af eksterne undervisere/vejledere ud over frigørelsen af sygeplejersker, som deltager i udviklingsforløbet. Gevinsten er tilfredse medarbejdere, som synes, det er spændende at arbejde med udvikling af praksis til gavn for patienterne, og som er parate til at gøre det igen.

For medarbejderne er det vigtigt, at de får indsigt i og opnår kompetencer i den videnskabelige metode, samtidig med at de anvender den på relevante og meningsfulde problemstillinger fra deres hverdag. Desuden er det vigtigt, at medarbejderen udfordres i præsentation af projekterne og efterfølgende kan deltage i en faglig diskussion både mono- og tværfagligt. Denne udfordring skaber et fælles fagligt sprog, der styrker det tværfaglige samarbejde.

I afdelingen udfordrer vi de sygeplejersker, der er tovholdere i projekterne, til at være kontaktperson/konsulent for de sygeplejersker, som indgår i de næste projekter (8).

Perspektiver for videreudvikling

For at sikre fremdriften af de enkelte projekter indkalder oversygeplejersken både klinikere og deres respektive ledere til et møde om planlægning af den fremtidige implementeringsplan. Her bliver lagt en plan for, hvem der gør hvad hvornår, og der bliver aftalt en tidsramme for implementering af den nye sygeplejeintervention samt plan for den næste kvalitetsmåling. Oversygeplejerskens interesse og viden om faglig udvikling samt vilje til at holde fast i udviklingsprocessen har således betydning for fremdriften af de enkelte projekter.

Metoden problembaseret læring, herunder 8-trinsmodellen (1), er efterfølgende introduceret som metode til kompetenceudvikling for mellemlange videregående uddannelser, MVU, på Herlev-Gentofte Hospital i Region Hovedstaden med start i 2015.

Litteratur

1. Nielsen H, Simonsen SM. Fra klinisk problem til evidensbaseret praksis gennem PBL. *TFDS* 2010;2-2013:31-6.
2. Andersen I. *Evidensbaseret medicin*. København: Gads forlag; 2007.
3. Pearson A et al. A Re- Consideration of What Constitutes "Evidence" in the

- Health Professions. *Nursing Science Quarterly* 2007;(20):85-8.
4. Price A et al. Problem-based learning in clinical practice facilitating critical thinking. *J of Nurs in Staff Development* 2000;(16):20-4.
5. Kehlet H. Fast-track surgery – an update on physiological care principles to enhance recovery. *Langenbecks Arch Surg* 2011;(396):585-90.
6. Nielsen LD, Pedersen PU. Barrierer for anvendelse af forskning blandt kliniske sygeplejersker. *Sygeplejersken* 2008;(5):50-4.
7. Haslebo ML, Haslebo HH. *Anerkende følgeskab – Når organisationer lykkes*. København: Dansk Psykolog forlag; 2014.
8. Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Schultz A. Transforming healthcare from the inside out: Advancing evidence-based practice in 21st century. *J Proff Nurs* 2005;(21):335-44.
9. Linton MJ, Prasun MA. Evidence-based practice: Collaboration between education and nursing management. *J Nurs Management* 2013;(21):5-16.
10. Ellström PE. *Two logics of learning*. Antonacopoulou IE et al. *Learning, working and living*. London: Palgrave Macmillan; 2006.

English abstract

Simonsen SM, Nielsen HB, Rud K. Når kompetenceudvikling, ledelse og implementering går hånd i hånd. *Sygeplejersken* 2015;(6):xx-xx.

At arbejde med metoden problembaseret læring i forhold til en aktuell klinisk problemstilling gav resultater for patientplejen og faglig tilfredshed blandt sygeplejersker.

Metode:

En ottetrins model blev udviklet til klinisk praksis, hvor den integrerede og byggede bro mellem deltagernes professionelle praksisviden og tilegnelse af ny teoretisk viden ved at anvende videnskabelig tænkning til sikring af evidensbaseret udvikling af sygeplejen.

Resultater:

Nefrostomi: I 2013 blev 56 patienter indlagt med komplikationer relateret til nefrostomianlæggelse. Gennemsnitlige indlæggelsesdage 3,14 dage (1-15).

Urostomi: Patienterne følte sig trygge; median tryghed på 7,5 (0-10). Dog oplevede specielt kvinderne sig lidt usikre i at måle stomiomfang og klippe pladen til, så den passede til stomien.

Kateterpleje efter radikal prostatektomi: Den mundtlige og skriftlige information var generelt acceptabel. Fokus rettes mod optimering af hygiejne, og hvor patienterne skal henvende sig.

Betydning for sygeplejen

Den gevinst, man fik, var tilfredse medarbejdere, som syntes, det var spændende at arbejde med udvikling af praksis til gavn for patienterne, og som var parate til at gøre det igen.

Nøgleord: Problembaseret læring, kompetenceudvikling, urostomi, kateterpleje.

CASE 1

Cystektomi med urostomi

Af Kimmie Jæger og Liselotte Vitoft, sygeplejersker

Baggrund

50-60 patienter får årligt foretaget cystektomi på urologisk afdeling, Herlev Hospital, heraf halvdelen med urostomi. Patienterne er siden 2009 bliver opereret med robotassisteret laparoskopisk kirurgi og har et kort perioperativt forløb, hvor der stiles mod udskrivelse på 5. postoperative dag (POD) (1).

Grundet det korte postoperative forløb er der mindre tid til rådighed for stomioplæring. I sengeafdelingen er der indført ansvarlige ressourcepersoner, som sikrer, at patienterne får den nødvendige oplæring inden udskrivelsen. Alligevel er der opstået tvivl, om patienterne selv kan håndtere deres urostomi efter udskrivelsen.

Formålet

Formålet med projektet er at klarlægge, hvorvidt patienterne føler sig trygge og oplever at kunne mestre deres urostomi efter udskrivelsen.

Spørgsmål: Hvordan fungerer det standardiserede oplæringsforløb som arbejdsredskab set i forhold til ensrettet arbejdsgang, information og dokumentation?

Spørgsmål: Hvordan kan den cystektomerede patient lære at mestre sin urostomi, så at han føler sig tryk efter udskrivelsen?

Metode og resultater

Litteratursøgning: Et dansk studie omhandler et valideret måleredskab til at vurdere patientens egenomsorg efter anlæggelse af urostomy (2).

Studiebesøg: Studiebesøg i Skejby mhp. at observere fysiske rammer for stomioplæring.

Kontakt til egne patienter: Telefoninterview. Patienternes fokus under indlæggelsen var primært på kræftsygdommen og muligheder for helbredelse, sekundært på den praktiske oplæring i urostomi, som forløb uden særlige forventninger til oplæringen.

Pilotprojekt: Telefoninterview på baggrund af valideret spørgeskema (2) seks patienter indgik (n = 6) fire mænd og to kvinder. Retrospektivt konsekutivt inkluderet i forhold til inklusionskriterierne; indlæggelse < 7 POD, har en kræftdiagnose og har deltaget i præoperativ stomisamtale/oplæring.

Konklusion i relation til spørgsmål

Fokus rettes på ansvarlige ressourcepersoner, forenklede vejled-

ninger og informationsmateriale og på at styrke samarbejdet mellem ambulatorie og sengeafsnit.

Resultater fra pilotprojekt: Patienterne følte sig trygge; median trykthed 7,5 (skala fra 0-10), dog oplevede specielt kvinderne sig lidt usikre i at måle stomiomfang og klippe den omgivende plade til.

Perspektiver

Følgende tiltag gennemføres og er klar den 1. april 2015:

- Systematisering og forenkling af oplæring/dokumentationsredskaberne i urostomi
- Kompetenceudvikling af ressourcepersoner i urostomipleje
- Forbedring af de fysiske rammer for stomioplæring
- Særligt fokus på patientkompetencer i forhold til at måle stomiomfang og klippe pladen korrekt. Samtidig øges opmærksomheden på patientens kræftdiagnose.

Implementering

- Opfølgning på patientkompetencer gentages
- Kvalitetsmålingen med valideret spørgeskema på alle patienter, der får anlagt urostomi ud fra de samme kriterier: < 7 POD, kræftdiagnose og gennemført præoperativ samtale. Start den 1. april 2015, slut 1. oktober 2015.

Yderligere information om projektet fås hos Liselotte Vitoft; Liselotte.vitof@regionh.dk

Litteratur

1. Kehlet H. Fast-track surgery – an update on physiological care principles to enhance recovery. *Langenbecks Arch Surg* 2011; 396:585-90.
2. Kristensen SA, Lausten S, Kiesbye B, Jensen BT. The Urostomy education scale – A reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;(40):611-17.

CASE 2

Information om kateterpleje

Information om kateterpleje til patienter, som har fået foretaget radikal prostatektomi

Af Jannie de Fondaumiere, Lillian Føns, Gry Christensen Medonos, sygeplejersker

Baggrund

200 patienter får årligt foretaget radikal prostatektomi på urologisk afdeling Herlev Hospital. Indlæggelsestiden er faldet fra 5,78 (2006) til 1,94 (2013) dage. Patienterne udskrives med uretral-kateter i 7-10 dage. Patienterne modtager megen information på den korte indlæggelsestid, hvor de er i et uvant miljø umiddelbart efter operation med anæstesi. Vi stillede os selv det spørgsmål, om patienterne følte sig fortrolige med at håndtere kateterplejen efter udskrivelse.

Formålet

Formålet med projektet var at vurdere den nuværende information og oplæring i kateterpleje.

Spørgsmål: At undersøge, om patienterne oplever, at den nuværende information og oplæring vedrørende kateterpleje er fyldestgørende og giver tilstrækkelig viden og færdigheder til at håndtere kateterplejen efter udskrivelse?

Spørgsmål: Belyse, om der er behov for at tilrettelægge informationer og oplæring i kateterpleje anderledes?

Metode og resultater

Studiebesøg i egen afdeling: Informationen til patienten havde fokus på forløbet, præoperativ forberedelse og begrænset information om postoperativ kateterpleje.

Litteraturgennemgang: Et studie viste, at den præoperative undervisning i kateterpleje havde effekt på bekymring og fortrolighed med kateterpleje, og støttede anbefalingen om, at patienterne bør gennemgå individuel/holdundervisning mhp. håndtering af kateterpleje forud for operation (1). Et andet studie viste, at et telefonopkald kan være støttende for patienterne, efter at de er kommet hjem. Det kan formentlig reducere patienternes behov for at benytte andre sundhedsfaglige instanser efter udskrivelsen (2).

Spørgeskema: På baggrund af valideret spørgeskema (1) udarbejdede vi et lokalt spørgeskema, der tog udgangspunkt i formålets spørgsmål. 30 skemaer blev udleveret, 27 returnerede, heraf blev ni ekskluderet i forhold til kriterierne: Ikke tidligere bruger af kateter og kunne tale og forstå dansk. Herefter indgik 18 besvarelser (n = 18).

Håndtering af kateter: De områder, hvor der var mindst fortrolighed med håndtering, var hygiejne (fire patienter) og viden om henvendelse (syv patienter), og der var ingen forskel på, om patienten udskrives 1. eller 2. postoperative dag. Fem patienter hen-

vendte sig til sengeafdelingen efter udskrivelse, heraf fire henvendelser fra 1.-4. postoperative dag. Fire patienter havde ikke fået svar i det skriftlige materiale. Syv patienter svarede, at de godt kunne have haft glæde af yderligere information forud for operationen. Fem patienter vil gerne have en støttende telefonsamtale efter udskrivelsen.

Konklusion

Det vurderes, at den mundtlige og skriftlige information generelt er acceptabel, dog rettes fokus mod at optimere informationen om hygiejne og angivelse af, hvor patienterne skal henvende sig ved problemer.

Informationsmaterialet bør suppleres med illustrationer om håndtering af hygiejnen. Samtidig skal plejepersonalet undervises i anvendelsen af de eksisterende, skriftlige standardplejeforløb, som kan sikre ensartet information til patienterne.

Perspektiver

Følgende tiltag gennemføres og er klar den 1. marts 2015:

- Tilretning af det skriftlige patientinformationsmateriale
- Billedserie, der illustrerer håndtering af hygiejnen efter radikal prostatektomi.

Implementering

Opfølgning med gentagelse af spørgeskemaundersøgelse efter ca. seks uger fra midt april, hvor 30 patienter indgår efter de samme kriterier.

Yderligere information om projektet fås hos Gry Christensen Medonos; Gry.christensen.medonos@regionh.dk

Litteratur

1. Inman DM, Jakobsen TM, Maxson PM, Wang H, Lohse C. Effects of urinary catheter education for patients undergoing prostatectomy. *Urol Nurs* 2013;(33/6):289-98.
2. Inman DM, Maxton PM, Johnson KM, Meyers RP, Holland DE. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding Value In-low margin activities. *Urol Nurs* 2011;(31/2):81-91.