

Forord

Juliane Marie Centrets Kompetenceudviklingskatalog for Sygeplejersker udkommer nu i 3. udgave. Kataloget er opdateret i forhold til Region Hovedstadens strategi, og forskning & udvikling i sygeplejen i JMC.

Udgangspunktet er centrets mangeårige strategi, som har sit strategiske fokus på patienterne, formuleret i strategien:

”Det er resultatet for patienten, der tæller”

Vi arbejder efter denne målsætning og det betyder, at vi sætter fokus både på den faglige kvalitet i behandling og pleje, og på patientens og de pårørendes oplevelse af behandlings- og plejeforløbet.

Vi vil med dette udviklingskatalog skabe et fælles udgangspunkt for sygeplejersker i JMC, herunder det strategiske fokus på patient, forskning og uddannelse, som den overordnede ramme. Og dette med ambitionen om, at vi giver patienten og dennes familie sygepleje af højeste faglige kvalitet.

Som sygeplejersker i Juliane Marie Centret ønsker vi også, at:

- vi opleves som kompetente og som gode samarbejdspartnere både tværfagligt, monofagligt og for patienten og dennes familie.
- fokusere på sammenhænge for patienter og kolleger mellem visionen og dagligdagen og mellem ord, adfærd og handling.
- synliggøre og påvirke den sygeplejefaglige udvikling blandt andet gennem læring, uddannelse og forskning, hvor sygeplejersker i dagligdagen inspirerer og lærer af hinanden.
- prioritere handlinger, som styrker klinisk praksis.

Vi forventer at alle sygeplejersker uanset kompetenceniveau anvender udviklingskataloget som udgangspunkt for faglige drøftelser, ændringer og udvikling.

Udviklingskataloget er udviklet med bidrag fra mange sygeplejersker og sygeplejefaglige ledere i JMC, som skal have en stor tak for indsatsen med arbejdet.

God læselyst!

På vegne af de ledende sygeplejersker i JMC
Mette Friis
Centerchefsygeplejerske

Indholdsfortegnelse

1. PATIENT OG FAMILIECENTRERET BEHANDLING OG PLEJE.....	5
2 VISIONER OG VÆRDIER FOR SYGEPLEJEN I JMC	6
2.1 SYN PÅ SYGEPLEJE	6
2.2 EVIDENSBASERET SYGEPLEJEPRAKSIS	7
2.3 GUIDET EGEN-BESLUTNING GEB.....	9
2.4 DOKUMENTATION AF SYGEPLEJEN.....	10
2.5 FORSKNING.....	11
2.6 KLINISKE RETNINGSLINJER	12
2.7 KVALITETSUDVIKLING.....	13
3. KOMPETENCEUDVIKLING.....	15
3.1 VISIONER FOR KOMPETENCEUDVIKLING	15
3.2 KOMPETENCE OG KVALIFIKATIONER	15
3.3 KOMPETENCEUDVIKLING.....	15
3.4 KARRIEREVEJE OG STILLINGSSTRUKTUR.....	16
4. LÆRINGSMILJØ.....	18
4.1 VISIONER FOR LÆRINGSMILJØ.....	18
4.1.1 Læringsmiljø og kompetenceudvikling	18
4.2 NØGLEBEGREBER I LÆRINGSMILJØET	20
4.2.1 Anerkendelse.....	20
4.2.2 Nysgerrighed	21
4.2.3 Refleksion	21
4.2.4 Gode dialoger.....	22
4.2.5 Feedback.....	23
4.2.6 Undren / forstyrrelser.....	23
5. KOMPETENCEUDVIKLING I PRAKSIS.....	25
5.1 INDLEDNING	25
5.2. INTRODUKTION OG OPLÆRING	25
5.3 FORTÆLLINGER I DEN KLINISKE SYGEPLEJEPRAKSIS	25
5.4 SYGEPLEJEKONFERENCE.....	26
5.5 FAGLIGE FORA	26
5.6 HANDLINGS- OG REFLEKSIONSPRÆGET VEJLEDNING.....	29
5.7 SYSTEMISK SUNDHEDSFAGLIG SUPERVISION.....	29
5.8 PÆDAGOGISKE AUDITS	30
5.9 MEDARBEJDERUDVIKLINGS SAMTALE (MUS)	30
6. BILAG	32
BILAG 6.1 SYGEPLEJERSKE PÅ TRIN 1	32
BILAG 6.2 SYGEPLEJERSKE PÅ TRIN 2A OG 2B	33
BILAG 6.3 SYGEPLEJERSKE PÅ TRIN 3	34
BILAG 6.4 KARRIEREVEJE OG STILLINGSSTRUKTUR FOR SYGEPLEJERSKER.....	35
7. LITTERATURLISTE	36

1. Patient og familiecentreret behandling og pleje

I Juliane Marie Centret er patient- og familiecentreret pleje og behandling det overordnede værdigrundlag for sygeplejen. Patient- og familiecentreret pleje og behandling ser vi som en konkret handlingsanvisende referenceramme, hvor samarbejdet om behandling, pleje og klinisk beslutningstagen mellem patient, familie og det professionelle personale systematisk og målrettet styrkes ud fra respekt for den samlede familie. Patient- og familiecentreret pleje og behandling kan karakteriseres ved følgende 4-fire principper:

- Patienten og dennes familie behandles med værdighed og respekt
- Professionelle sundhedspersoner kommunikerer og udveksler information med patient og familie på en måde, som er brugbar og meningsfuld for patienterne
- Bevidst involvering af patienten og familien, deres erfaringer og ressourcer sigter mod at bevare og udvikle patientens og familiens oplevelse af kontrol og uafhængighed/selvstændighed i forløbet
- Kliniske retningslinjer, politikker og uddannelse, samt den daglige pleje og behandling udtrykker at samarbejdet med patient og familie er medtænkt i alle sammenhænge.

Referencerammen er baseret på et ønske om at styrke og arbejde med:

- Involvering. Forskellige former for involvering, fx at se samarbejdet med patient og familie som et partnerskab, hvor ansvaret deles i samarbejdet mellem det behandelende team og patienten og dennes familie.
- Miljøet på hospitalet med henblik på at sikre gode rammer for privatliv og intimsfæren for patienter og pårørende. Fx familiestuer, samtalerum, legestue.
- Tilbud om omsorgsfulde handlinger overfor familiemedlemmer
- Betingelserne for at arbejde målrettet hen imod patientens helbredelse, sundhedsfremme og rehabilitering, samt lindre patientens lidelse.

Med referencerammen ønsker vi at understrege vigtigheden af at imødekomme patientens og familiens valg og prioriteter og styrke patientens og familiens handlekraft og evner til at træffe kvalificerede valg vedrørende sundhed og sygdom. Patienten og familien kan således på et kvalificeret grundlag foretage det informerede samtykke om pleje- og behandling i henhold til Sundhedsloven.

2 Visioner og værdier for sygeplejen i JMC

2.1 Syn på sygepleje

I JMC ser vi sygepleje som en praksisdisciplin baseret på viden og erfaringer, og hvor sygeplejerskens kliniske kompetence gør det muligt konkret at kunne handle til patientens bedste. Denne praksis forstår vi som en interaktionel sygeplejepraksis, der med sit selvstændige sygeplejevidenskabelige område udvikler sig i spændingsfeltet mellem natur-, human- og samfundsvidenskab (Scheel 2004).

Vi bygger på patient- og familiecentreret pleje og behandling. I dialog og samarbejde med patienten, dennes familie og pårørende og sundhedspersonale skal sygeplejersken muliggøre, at patienten og familien kan tage vare på sig selv i forhold til sundhed og sygdom.

Professionel omsorg i sygeplejen forudsætter nærvær, forståelse, opmærksomhed, engagement, åbenhed og viden. Omsorg er et grundlæggende element i enhver menneskelig eksistens, idet mennesker lever i afhængighed af hinanden. Dette forstærkes i de situationer, hvor der forekommer sygdom, lidelser eller indskrænkning i menneskets funktionsevne.

Kommunikation og kompetent udførelse af praktiske handlinger er en vigtig del af omsorgen. Dette stiller krav til sygeplejersken om indlevelse i den konkrete situation, samt vurdering af hvilke konkrete handlinger situationen fordrer eller om situationen fordrer at stå til rådighed og være til stede. Denne faglige vurdering tager udgangspunkt i forståelse og respekt for patienten, barnet og forældrene og familien som helhed.

For at kunne udøve praksis og dermed honorere situationens krav om konkrete handlinger, skal vi som sygeplejersker beherske tre grundlæggende handlemåder, hvor normer, værdier og interesser er integrerede: moralsk-praktiske, kognitiv-instrumentelle og æstetisk-ekspressive:

- De moralsk-praktiske handlemåder rummer den etiske fordring altid at handle ud fra etiske overvejelser. Hvad er det gode liv for den enkelte patient? Det er afgørende, at sygeplejersken er bevidst om, hvad situationen forlanger af hende i relationen med patienten, dennes familie og kolleger. De etiske dilemmaer kan være store, og den etiske fordring er altid til stede i alle situationer, hvorfor den moralsk-praktiske handlemåde altid indgår i alle pleje- og omsorgssituationer.
- De kognitiv-instrumentelle handlemåder er baserede på viden fra naturvidenskab. Kognitiv betyder erkendende, og handlingerne bygger på eksakt viden. Handlingerne er aktive, indgribende, målrettede, og problemløsende og resultatorienterede. Handlingerne tilgodeser legemlige behov, instrumentelle og tekniske aktiviteter og effektiv indgriben i akutte situationer. Det er omsorg at handle effektivt og målrettet i situationer, hvor dette fordres, ligesom det er omsorg at kunne betjene det tekniske apparatur til det gode for patienten.
- De æstetisk-ekspressive handlemåder indeholder selvrefleksion, selvfortolkning,

selvforståelse og omverdensforståelse. Æstetisk betyder sansende – ekspressive betyder at give udtryk for. Sygeplejersken sanser sin omverden og sine medmennesker og er åben overfor, hvordan patienten og familien oplever situationen. Hun tolker det sansede og giver i sprog og handlinger udtryk for det indtryk, hun har modtaget. Sygeplejersken søger at komme til klarhed over, hvad der er betydningsfuldt i den enkelte situation ud fra forståelsen af sig selv og andre mennesker. Sygeplejersken søger at skabe sammenhæng og mening i situationen ud fra sine egne, patientens og familiens forståelse og forventninger. Denne handlemåde er særlig betydningsfuld for et kvalitativt godt samarbejde med børn og forældre samt med voksne patienter og deres pårørende.

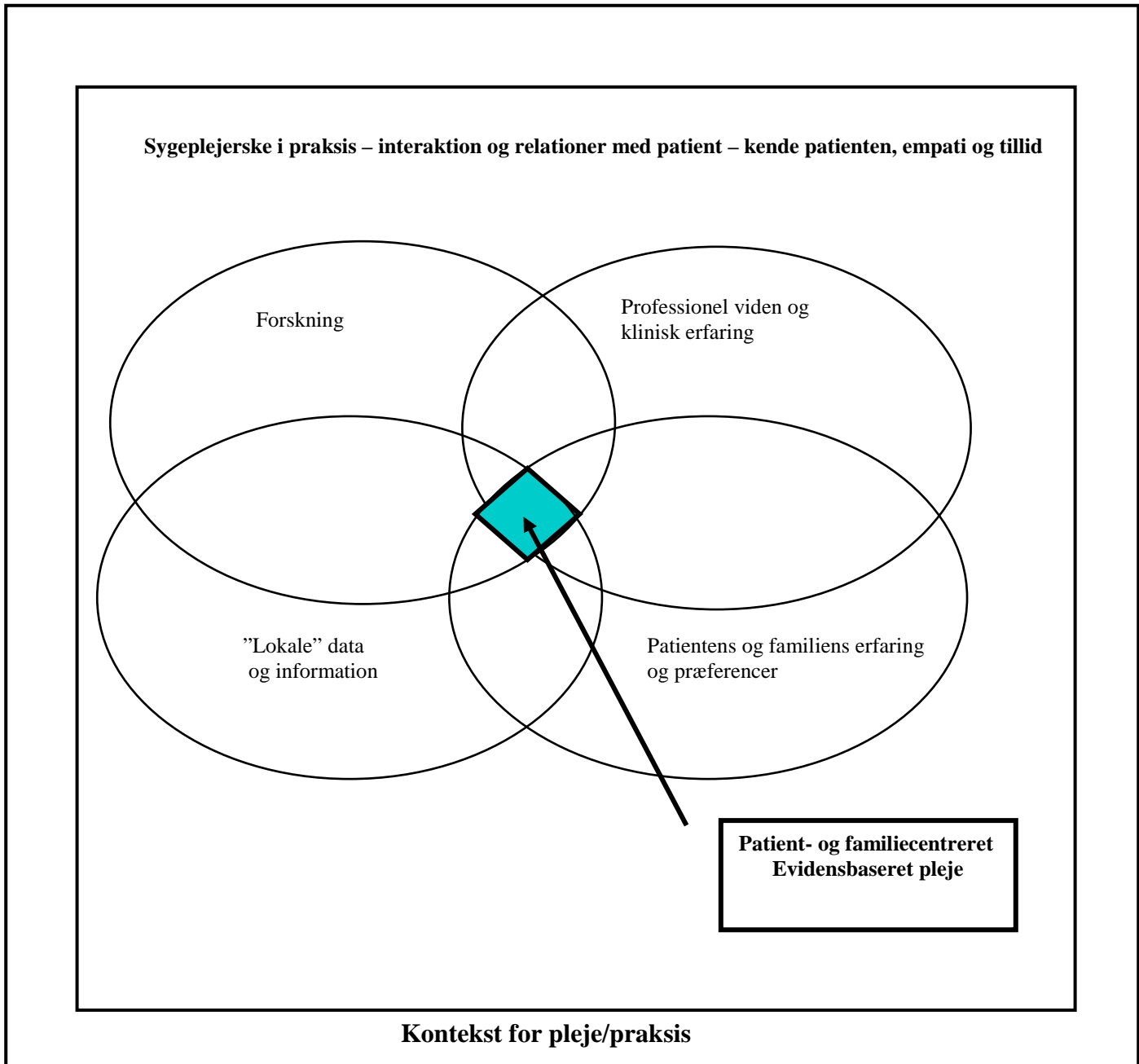
Handlemåderne indgår i et samspil med hinanden og må således tænkes sammen og nuanceres. Det er patientens konkrete problem, problemets aktuelle kontekst og betydning for patienten, der afgør hvilke handlemåder, der er mest fremtrædende i situationen.

2.2 Evidensbaseret sygeplejepraksis

Ordet evidens betyder at se, som er beslægtet med at vide, som igen kan betyde at se til, kende, erfare og ud fra dette få en åbenbar vished om noget (Eriksson 1999). I JMC ønsker vi at styrke udviklingen af en professionel sygepleje, der baseres på evidens og derfor ikke blot er tilfældig og ud fra den enkelte sygeplejerskes præferencer (Krøll 2011). Hensigten er at kunne tilbyde en pleje og behandling til den enkelte patient ud fra de bedste begrundelser for, hvad der er godt for dette menneske i netop denne situation (Jensen 2004).

I JMC anskuer vi evidensbegrebet som et humanvidenskabeligt og flerdimensionelt begreb, der kan udledes af flere kilder til viden (Rycroft-Malone 2004):

- Viden om, forståelse for og inddragelse af patientens og familiens præferencer og erfaringer.
- Sygeplejerskens professionelle viden og kliniske erfaring inddrages i beslutningen om hvilke handlinger, der skal iværksættes for den enkelte patients pleje og behandling i netop denne situation. Fx benyttes journal club og sygeplejekonferencer til refleksion og til begrundelser for god klinisk praksis (se kapitel 5 om Kompetenceudvikling i praksis).
- "Lokale" data og information. Fx kliniske vejledninger og retningslinjer, kvalitetsdata, lokale politikker, tilgængelige ressourcer (hvad vil være muligt i situationen).
- Forskning: Naturvidenskabelig forskning fx et randomiseret kontrolleret forsøg og humanvidenskabelig forskning fx det kvalitative interview.



Kilde (egen oversættelse):

Rycroft-Malone, J. et al. "What counts as evidence in evidence-based practice?" i: *Jr. of Advanced Nursing*, 47(1),81 – 90, 2009

Intentionen er, at patienten oplever sig mødt som menneske ved, at sygeplejersken har respekt for det enkelte menneskes mål, livsbetingelser og handlemuligheder - har viden om og forståelse for patientens sundhedsproblem, og den måde patienten reagerer på, - og hvilken betydning sygdom har i det enkelte menneskes liv (Wackerhausen 1994). På denne baggrund kan vi som sygeplejersker tilbyde en professionel sygepleje byggende på viden fra alle fire kilder til evidens.

I JMC er sygeplejersken forpligtet til at holde sig ajour med den nyeste forskning og udvikling indenfor de områder, arbejdet omfatter. Sygepleje af høj kvalitet fordrer, at sygeplejersken stiller sine handlinger til grund for kritisk refleksion sammen med kolleger f.eks. ved sygeplejekonferencen, i den kliniske situation, ved journal club eller ved refleksionsmøder. Patientens erfaringer og præferencer inddrages gennem dialog og feedback, og "lokale" data fremstilles og forbedres målrettet gennem systematisk udvikling.

2.3 Guidet Egen-Beslutning GEB

Guidet Egen-Beslutning er en metode til refleksion, samarbejde og forandring. Metoden er udviklet af professor Vibeke Zoffmann, som er ansat i Juliane Marie Centret.

Hvornår er der brug for GEB?

Der er især brug for GEB ved langvarige tilstande eller komplekse situationer, hvor det er svært at komme videre i håndtering af sygdom. Det kan gælde både for patienten og dennes pårørende, og også for de sundhedsprofessionelle, der gerne vil støtte dem, men har svært ved at finde brugbare løsninger. Med GEB kan man finde nye veje at gå og mobilisere et potentiale til forandring, som man ikke før kunne se.

Fleksibel og let at dosere til den enkeltes behov

GEB er baseret på empowerment, idet den oprindeligt er udviklet inden for kompleks diabetes til at overkomme barrierer, der hindrer empowerment i relationen mellem patient og professionel. GEB er siden tilpasset til en lang række kroniske eller langvarige sygdomme. GEB gør brug af refleksionsark, der udfyldes hjemme af patienten som forberedelse til dialog med den sundhedsprofessionelle. Patienten får herved indsigt i egne reaktioner, og bliver i stand til at udtrykke det der er svært eller udfordrende i dagligdagen med sygdommen. Det øger opmærksomheden på egne værdier, og mobiliserer nye muligheder for at gennemføre en ønsket forandring.

Digitalt understøttet på Sundhed.dk

GEB kan anvendes i papirformat eller digitalt understøttet, idet den siden januar 2018 er udviklet i digitalt format på Sundhed.dk. Den findes i en generisk version og ni versioner tilpasset diabetes, KOL, kræft, gigt, inkontinens, kroniske smerter, barnløshed, endometriose og overvægt. Den digitale GEB er let at håndtere, og giver i fleksibelt omfang afhængigt af behov og muligheder, f.eks. 1-4 samtaler eller kun med anvendelse af ét ark. Med den digitale GEB kan patienten drøfte de udfyldte refleksionssider face-to-face eller gøre det hjemmefra over video eller telefon, og derved undgå spildtid og transport.

Hvordan lærer man at anvende GEB?

Man kan som personale opnå kompetence i brug af GEB gennem kurser. Kurset består

af e-læring efterfulgt af to kursusdage, hvor man lærer at bruge GEB-værktøjer og tilhørende kommunikationsformer. Fortrolighed med brug af GEB i egen praksis opnår man gennem øveforløb med to patienter. Afslutningsvis kan man opnå certificering i GEB.

Hvor er GEB på vej til at blive implementeret?

Forskning, udvikling og implementering af GEB ledes af en forsknings- og implementeringsgruppe forankret i JMC Forskningsenheden Kvinders og Børns Sundhed. I JMC er en række afsnit i gang med at implementere metoden: I Gynækologisk klinik anvendes den til patienter med kræft, endometriose og seksuelle overgreb; I Neonatalklinikken til forældre med for tidligt fødte børn; I Fertilitetsklinikken til par i fertilitetsbehandling; I Klinik for Børn og Unge med Kirurgiske Sygdomme til børn og forældre i håndtering af kontinensudfordringer. GEB er ligeledes under implementering andre steder nationalt og internationalt.

2.4 Dokumentation af sygeplejen

Sygeplejersker i JMC arbejder målrettet med at fremme en evidensbaseret praksis gennem dokumentation af sygeplejefaglige vurderinger og ved skriftligt at ordinere sygepleje til den enkelte patient. Sygeplejerskers pligt til at dokumentere er beskrevet i ”Vejledning om Sygeplejefaglige Optegnelser” udstedt af Sundhedsstyrelsen i 2013.

Patientens journal indeholder informationer fra forskellige faggrupper. Sygeplejen er en integreret del af de sundhedsfaglige ydelser i et patientforløb, og dokumentationen af sygepleje indgår på lige fod med øvrige sundhedspersoners journalføring. Det primære formål med dokumentation er at sikre kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i sygeplejen. Dokumentationen skal afspejle patientens sundhedsproblemer og behov, de planer der er lagt for sygeplejen, hvordan den er udført og hvilke resultater der kom ud af det. Patientplaner, herunder plan for plejen, har sit udspring i sygeplejediagnoser og er medvirkende til at skabe kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i plejen. Det er patientens plejeansvarlige sygeplejerske der har det overordnede ansvar for at tilrettelægge sygeplejen. Dette sikres blandt andet ved at sygepleje dokumentationen systematiseres i Sundhedsplatformen, hvor patientens journal findes.

Sundhedsplatformen indeholder tværfaglig dokumentation af sundhedsdata. En meget lille del af journalen for enkelte patientgrupper findes stadig i papirform. Det er væsentligt at sikre respekten for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse. Derfor er patientens og dennes pårørendes perspektiv en vigtig forudsætning, når sygeplejen skal planlægges og udføres. Den indledende vurdering og patientplanerne er væsentlige bud på hvorledes patientens perspektiv og værdierne om patient og familiecentreret pleje kommer til udtryk. Gensidig forventningsafstemning og systematisk situationsbestemt medinddragelse skal sikre, at der foreligger opdaterede, konkrete og entydige samarbejdsaftaler, der sikrer patient og pårørende mest mulig indflydelse og ansvar.

I Sundhedsloven står beskrevet at patienten skal medinddrages i alle beslutninger og give informeret samtykke til pleje og behandling. Sygeplejersken skal dokumentere

hvorledes patienten og dennes pårørende ønskes medinddraget, hvilke samarbejdsaftaler der er indgået og hvilken forventningsafstemning der er sket for den pågældende vagt.

For sygeplejen som profession er dokumentation af sygeplejen en måde at synliggøre faget, og at systematisere og udvikle den kliniske beslutningsproces. Sygeplejen har behov for forskning og viden om patientens perspektiv, om det faglige perspektiv, om processen og naturligvis om resultaterne af plejen der binder det hele sammen. Dokumentation af sygeplejen er en forudsætning for kvalitetsudvikling og kan være en væsentlig kilde til forskning i sygeplejen.

Patienter over 15 år kan tilgå egen journal og egne sundhedsoplysninger via Sundhed.dk. Den unge over 15 år skal ikke give samtykke til at forældremyndighedsindehaver(e) kan få aktindsigt, men kan begrænse den. For patienter under 15 år gælder, at forældremyndighedsindehaver(e) har ret til aktindsigt i barnets journal, som barnet ikke kan modsætte sig. Barnet under 15 år, som vurderes modent til det, kan få aktindsigt, såfremt at forældremyndighedsindehaver(ne) ikke har nedlagt forbud. Det er ikke muligt for forældre med NemID, at se barnets fulde patientjournal, men udelukkende barnets medicinkort. Hvis forældremyndighedsindehaver(ne) ønsker aktindsigt i barnets journal, skal afdelingen kontaktes.

Patienters mulighed for aktindsigt fordrer en etisk forsvarlig dokumentation og formulering, hvor begreber som omtanke og ansvarlighed for hvad der dokumenteres skal være omdrejningspunktet i dokumentationen. Der forventes deslige en professionel imødekommenhed i forhold til at stille sin faglighed til rådighed, når patienter eller forældre skal have gennemgået journalen

2.5 Forskning

Vi medvirker til udvikling af sygeplejefaget som en selvstændig videnskabelig praksisdisciplin, hvor forskning ses som middel til at fremme og udvikle patient- og familiecentreret pleje og behandling.

Vi prioriterer forskningsprojekter, der udspringer af hverdagens kliniske spørgsmål med udgangspunkt i patientens perspektiv. Systematisk arbejde med udgangspunkt i den kliniske hverdag bidrager til, at den enkelte sygeplejerske kan yde højt specialiseret og individuelt tilrettelagt sygepleje. Alle sygeplejersker i JMC forventes at deltage aktivt i udvikling af sygeplejen afhængig af eget kompetenceniveau og afsnittets udviklings- og forskningsaktiviteter.

En foretrukket metode til at evidensbasere sygeplejen er, at udvikle og arbejde efter kliniske retningslinjer.

Sygeplejefaget udvikler sig som praksisteori i et spændingsfelt mellem forskellige videnskaber (natur-, human- og samfundsvidenskab) og får herved en særlig og selvstændig viden om og forståelse for den menneskelige eksistens i sundhed og sygdom, samt om muligheder og begrænsninger i pleje- og omsorgshandlinger (Scheel 2004). Sygeplejeforskning handler om at frembringe ny viden, nye plejemetoder og ny indsigt i patientens perspektiv, og dermed sikre patienten den bedst mulige kvalitet. I JMC anvendes alle forskningstyper, og det enkelte forskningsprojekts design afhænger

af de aktuelle kliniske spørgsmål, der stilles.

Forskning i klinisk sygepleje på Rigshospitals- og centerniveau vil være koncentreret om visioner og strategier indenfor områderne:

- Klinisk forskning af høj kvalitet
- Anvendelse af forskningen – klinisk sygepleje baseres på evidens
- Attraktive forskningsmiljøer – med karriereforløb inden for klinisk forskning

Der er udarbejdet handleplaner for områderne, og de kan læses på centrets hjemmeside under forskning. Forskningsprojekter gennemføres af sygeplejersker med forskningsmæssig kompetence og med vejledning ved forskere på ph.d. og post.doc-niveau. Rigshospitalet og JMC har fokus på at sikre implementering af forskningen til gavn for patienterne gennem 3 indsatser, som er

- Ledelse og organisation – integration af forskning og klinik
- Aktiviteter til synliggørelse af forskningen
- Bedre rammer for den enkelte forsker

2.6 Kliniske retningslinjer

Formålet med kliniske retningslinjer er, at patienter og deres familie tilbydes en sundhedsfaglig ydelse, som er baseret på den bedste tilgængelige evidens. Dermed bliver kliniske retningslinjer et af de konkrete midler til at sikre og udvikle kvaliteten i sundhedsvæsenet(1). Forskning viser, at kliniske retningslinjer, som udvikles og implementeres, har gunstig effekt, da de forbedrer både det kliniske arbejde og resultatet for patienten (2;3;4). Juliane Marie Centret vægter udarbejdelse af kliniske retningslinjer.

En klinisk retningslinje defineres som:

”Systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer, samt patienter/borgere, som ønsker at få en større indsigt i forløbet” (5).

Ved udarbejdelse af en klinisk retningslinje udvælges en eller flere velafgrænsede problemstillinger. For hver problemstilling opstilles et ’fokuseret spørgsmål’, der danner baggrund for en systematisk litteratursøgning. De relevante studier evidensvurderes eksempelvis ved hjælp af værktøjerne AGREE¹ II, AMSTAR² og GRADE³. På baggrund af evidensvurderingerne udarbejdes anbefalinger for pleje og

¹ AGREE II (Appraisal og guidelines Research and Evaluation) er et værktøj til at vurdere kvaliteten af kliniske retningslinjer (5)

² AMSTAR (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews) er et værktøj til at vurdere kvaliteten af systematiske reviews (5)

³ GARDE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation System) er et internationalt brugt systematisk og transparent system til at vurdere kvaliteten af evidens og til at give anbefalinger (5)

behandling for hver af de udvalgte kliniske problemstillinger, samt mål for implementeringsgrad evalueres. (5) Center for Kliniske Retningslinjer er en institution, der samler, organiserer, filtrerer og vurderer viden og information, der er produceret af andre. Målet er at fastslå, hvad der kan regnes som kvalificeret viden til brug for forskere og klinikere (6). Udarbejdede kliniske retningslinjer er at finde på centrets hjemmeside: Kliniskeretningslinjer.dk.

2.7 Kvalitetsudvikling

I Juliane Marie Centret er kvalitetsudvikling en del af et overordnet forbedringsfokus på aktiviteter, processer og metoder, som fremmer kvaliteten af sundhedsydelser.

Kvalitetsudvikling er en kontinuerlig proces. Ved kvalitet forstås de egenskaber ved en sundhedsydelse, som gør ydelsen i stand til at opfylde fastsatte krav og forventninger (Kjærgaard et al. 2001).

Vi har særlig fokus på patientens og familiens oplevelser og reaktioner på aktuelle eller potentielle sundhedsproblemer samt livsprocesser. Kvalitetsudvikling kan udover patientperspektivet have et fagligt og organisatorisk perspektiv. Det er det kliniske spørgsmål, som afgør den konkrete vægtning af perspektiverne.

Patienterne skal møde en professionel organisation, som de kan have tillid til, og hvor den faglige indsats er af høj kvalitet. Vi prioriterer det, der giver mening for vores patientforløb og vil fokusere på at det er resultatet for patienten der tæller, og dermed patientens forløb der er styrende for sundhedsvæsenets aktiviteter.

Patientsikkerhed er en forudsætning for høj kvalitet, og skal derfor være en bærende værdi i kvalitetsarbejdet og omdrejningspunkt for alle forbedringsinitiativer.

Vi vil bidrage til at omsætte Rigshospitalets og JMC's forbedringspolitik til handlinger i et tværfagligt samarbejde. Det betyder, at vi gentænker arbejdsgange og bryder mønstre i forhold til, at den samlede organisation og forbedringskultur understøtter et sammenhængende patientforløb med optimal patientinddragelse, patientsikkerhed og kvalitet for øje.

Centrets kvalitetsarbejde skal medvirke til at opfylde Rigshospitalets og Region Hovedstadens kvalitetspolitik, samt centrets og klinikkernes egne kvalitetsmål og strategier.

Konkrete kvalitetsprojekter i Juliane Marie Centret er underlagt den samme stringente systematik og kvalitetskriterier som gælder for forskningsprojekter.

Forbedring og kvalitetsudvikling i JMC foregår oftest i tværfagligt samarbejde og det forventes at alle sygeplejersker deltager aktivt i kvalitetsarbejdet og i de metoder, der anvendes. En foretrukken metode er LEAN systematikken og herunder kvalitetscirklen. Kvalitetscirklen indeholder 4 trin (**P**lan **D**o **S**tudy **A**ct) til styring og implementering af ændrings- og forbedringsprocesser. Disse 4 trin gentages til det ønskede mål er opnået.

Der er en flydende grænse mellem forskning og kvalitetsudvikling. En sygeplejefaglig undren over et klinisk spørgsmål eller problem, som eksempelvis opstår under en sygeplejekonference, kan initiere til et konkret kvalitetsudviklingsprojekt. Omvendt,

kan resultater fra sygeplejeforskning betyde at der initieres til et konkret udviklingsprojekt, der sigter mod at få implementeret ny praksis.

Alle, der udarbejder et projekt i Juliane Marie Centret, er forpligtede til at videreformidle den erhvervede viden til kolleger, andre faggrupper lokalt eller til et større fora, i tidsskrifter, ved konferencer eller symposier. Det er især vigtigt, at projektarbejdets kliniske implikationer for praksis videreformidles, så flere kan få nytte af denne viden.

3. Kompetenceudvikling

3.1 Visioner for kompetenceudvikling

Den bedste måde at sikre patienten den bedst mulige sygepleje er, at der i Juliane Marie Centret er veluddannede og kompetente sygeplejersker, som superviserer hinanden, har et personligt råderum og får tydelig støtte fra deres leder. Det er vores mål, at alle sygeplejersker skal have mulighed for at dygtiggøre sig og finde nye udfordringer i centret. Der skal derfor være læringstilbud på alle niveauer indenfor de forskellige kliniske retninger, centret rummer og herunder fokus på læreprocesserne i den kliniske praksis (Se kapitel 4 om Kompetenceudvikling i praksis)

3.2 Kompetence og kvalifikationer

Vi forstår kompetence som det at bringe sine kvalifikationer og erfaringer i spil med andre mennesker. Kvalifikationer er som sådan kontekstafhængig viden (fx eksamensbeviser og kursusbeviser). Kompetence derimod vil sige, at kunne tage stilling på et kvalificeret grundlag, at kunne handle og formidle og derigennem skabe en kvalitativ forskel, der anerkendes af kolleger, ledere, patienter og pårørende. Kun gennem handling bliver kvalifikationer til kompetence.

En kompetent sygeplejerske er i stand til at handle og tilføre værdi og skabe resultater i samspil med andre. Man har brug for konkrete kvalifikationer for at være en kompetent sygeplejerske, men kvalifikationer i sig selv skaber ikke alene en kompetent sygeplejerske. Faglig identitet kommer til udtryk gennem handlinger, og er indlejret i de relationer, som vi har til andre mennesker. Eksempelvis vil det sige, at det er kompetent sygepleje både at håndtere et centralvenekateter korrekt efter hygiejneinstruksen om sterilteknik – som jo bygger på den kognitiv-instrumentelle handlemåde – og at sygeplejersken *samtidig* bruger den æstetisk-ekspressive handlemåde og den moralsk-praktiske handlemåde og reflekterer over, hvad der er betydningsfuldt, og det mest rigtige for netop denne patient i denne situation.

Når sygeplejersken kan integrere de tre handlemåder i den aktuelle kliniske situation på en måde, der gør en kvalitativ forskel, er der tale om kompetence. Det at være kompetent skal ses som en dynamisk proces, der hele tiden er under indflydelse af den enkeltes sygeplejerskes kvalifikationer, faglige og personlige erfaring, som foregår i tæt samspil med andre involverede – og er især afhængig af sygeplejerskens evne til at lære og udvikle sin kliniske praksis.

Sygeplejersken er i kraft af sin autorisation, selv forpligtiget til at holde sig ajour med den nyeste udvikling og forskningsresultater indenfor relevante områder. Som sygeplejerske har man et eget ansvar i forhold til egen udvikling, og derved også for kollegers udvikling. Det at være en kompetent sygeplejerske indbefatter også at bidrage til at andres kompetence øges, om det så er en kollega, en patient, en leder eller en pårørende.

3.3 Kompetenceudvikling

Vi ønsker, at sygeplejersker i Juliane Marie Centret tilegner sig en professionel identitet

ved at arbejde med udvikling af den kognitiv-instrumentelle, den æstetisk-ekspressive og den moralsk-praktiske handlemåde.

Vi prioriterer den kompetenceudvikling, der udspringer af hverdagens kliniske spørgsmål og patientens perspektiv, fordi læringsperspektivet herved bliver nærværende og vedkommende for den enkelte sygeplejerske. En vigtig del af kompetenceudviklingen består i at undre sig og reflektere over tilfældigheder i hverdagen og lade sig forstyrre og udfordre i sin vanetænkning. Mange ”spring” i kompetencer sker som led i at håndtere uforudsete problemstillinger. Engagement og intentionen om at gøre et godt stykke arbejde, er den væsentligste drivkraft for kompetenceudvikling hos den enkelte sygeplejerske.

I JMC arbejder vi ud fra tre kompetencetrin trin 1, 2 og 3 (bilag 1, 2 og 3). Alle trin består af to elementer:

- **tegn**, der beskriver hvorledes sygeplejerskens kompetenceniveau indenfor de valgte områder afspejler sig i praksis
- **læreprocesser**, der kan medvirke til at skabe kompetenceudvikling hos den enkelte sygeplejerske

Trinene danner basis for alle stillingsbeskrivelser indenfor sygeplejen i JMC. Den enkelte klinik har beskrevet, hvorledes trinene i den enkelte klinik afspejler sig. Nogle klinikker/afsnit har opdelt trin 2 i trin 2a og 2 b.

3.4 Karriereveje og stillingsstruktur

I forbindelse med etablering af Region Hovedstaden som ét virksomhedsområde har gruppen af hospitalsdirektører og vicedirektører med sygeplejefaglig baggrund ønsket at have en fælles stillingsstruktur for den kliniske sygepleje. Denne stillingsstruktur gælder ligeledes for sygeplejersker i JMC. Formålet er at understøtte, at den kliniske sygepleje overfor patienterne leveres på et højt fagligt niveau og efter den bedst tilgængelige evidens og/eller praksis. Stillingsstrukturen skal være funderet i klinisk praksis, således at alle funktioner er tilknyttet klinikken. Sygeplejens virksomhedsområder (bilag 6.4) omfatter:

- **Klinisk sygepleje** – omhandler de aktiviteter der knytter sig til den direkte patientkontakt. Der er stillinger på 3 niveauer:
 1. Sygeplejerske (basisfunktion)
 2. Sygeplejerske med specialfunktion
 3. Klinisk sygeplejespecialist

I JMC er man som sygeplejerske indplaceret på kompetencetrin 1, 2a, 2b og 3 (bilag 6.1, 6.2 og 6.3)

- **Ledelse** – assisterende afdelingssygeplejerske og afdelingssygeplejerske.

I Region Hovedstaden ses ledelsesudvikling som en tværfaglig disciplin. Derfor er den ikke beskrevet i en monofaglig kontekst, men det understøttes at den faglige ledelse er vigtig for, at den grundlæggende og specialiserede sygepleje ydes inden for den givne ramme, hvor der tages hensyn til patienternes præferencer, fagets udvikling, rammer og vilkår, såsom økonomi i organisationen.

- **Klinisk forskning** – karrierevej inden for forskning har 5 niveauer:

1. Projektsygeplejerske/sygeplejerske med specialfunktion
2. Phd-stipendiat/videnskabelig assistent
3. Post.doc./forsker
4. Seniorforsker
5. Professor

Strategien i JMC har gennem mange år været at oprette en stilling som professor inden for sygeplejefaget. Strategien er lykket, og i april 2018 fik centret en professor.

Sygeplejersker kan samtidigt have en universitær tilknytning som adjunkt eller lektor.

- **Uddannelse** – præ – og postgraduat, samt klinisk understøttelse af specialuddannelserne. Inden for den pædagogiske karrierevej er der stillinger på flg. niveauer:

Prægraduat

1. Kliniske vejledere og daglige vejledere
2. Kliniske undervisere
3. Adjunkt/lektor (delestillinger med professionshøjskoler)

Postgraduat

1. Sygeplejevejleder
2. Uddannelsesansvarlig sygeplejerske

Flere af stillingskategorierne rummer flere elementer, eksempelvis vil man som klinisk sygeplejespecialist ofte have både et forskningsmæssigt og et udviklingsmæssigt sigte i integrationen af forskning og klinisk praksis, og understøttelse af udviklingen af evidensbaseret sygepleje.

De formelle uddannelsesmæssige krav til en stilling som klinisk sygeplejespecialist, klinisk underviser og uddannelsesansvarlig sygeplejerske er som udgangspunkt en kandidatgrad. I en ansættelse som forsker forudsættes en ph.d.-grad og etablering af post.doc forløb.

Karrierevejene skal ses som fleksible muligheder for at dygtiggøre sig i forskellige retninger afhængig af den enkeltes og klinikkens behov.

4. Læringsmiljø

4.1 Visioner for læringsmiljø

Vi er en professionel organisation, hvor sygeplejersker arbejder målrettet med at udmønte centrets strategier og hvor teori, praktisk læring og vidensdeling er indlejret i hverdagen. Det er vigtigt for læreprocessen, at der er en åben dynamisk og nysgerrig kultur i afsnittet som fremmer, at den enkelte sygeplejerske deltager i forskellige sygeplejeopgaver og problemløsninger. Et godt læringsmiljø er til stede, når den enkelte sygeplejerske udtrykker arbejdsglæde, anvender feedback, undrer sig konstruktivt og oplever indflydelse på egen kompetenceudvikling. Sygeplejersken skal opleve at nysgerrighed, kreativitet og personligt mod styrkes, og at centrets kultur bærer præg af en glæde ved at dele viden.

Vi ønsker en forandringskultur i centret, som fremmer nytænkning for at skabe forbedringer og herunder forventer vi, at sygeplejersker er positive over for ny viden.

4.1.1 Læringsmiljø og kompetenceudvikling

I JMC er et læringsmiljø en kultur, hvor læringens elementer, værdier og antagelser støtter fagkollektivet og den enkelte sygeplejerskes ønsker og behov for kompetenceudvikling på en måde, der også tilgodeser hele afsnittets samlede udvikling.

Et læringsmiljø skabes af de mellemmenneskelige relationer på arbejdspladsen, og mange ideer bliver ikke ført ud i praksis, fordi de strider imod gængse forestillinger, billeder, modeller eller tankegange. Forholdet til os selv og andre har betydning for graden af indre frihed, evnen til at lytte og forandre os.

I JMC ønsker vi at skabe et læringsmiljø, hvor kvaliteten af de faglige ydelser danner rammen for læring i centret – uanset om læring foregår internt i afsnittet eller eksternt. Meningsfuld læring er viden og erfaring, der tilegnes på en måde, så den kan bruges både i kendte sammenhænge på en ny måde og i nye sammenhænge og derved øge de enkelte sygeplejerskers handlekompetence.

Vores arbejde med at fremme en evidensbaseret sygeplejepraksis i centret fordrer, at alle sygeplejersker ansat i JMC til stadighed har mulighed for at kunne dygtiggøre sig, finde nye faglige udfordringer og lade sig udfordre i sin kliniske praksis.

Læringsmiljø

Man bliver først en kompetent professionel, når man anvender sin faglige viden i forhold til de krav, der ligger i de ofte komplekse og uforudsigelige praksis-situationer (Illeris 2001; Wahlgren & Aarkrog 2012). Den professionelle kompetence omfatter erfaringer og handlingsbåren kundskab udviklet i praksis sat i spil med teoretisk viden (Wackerhausen 2008; Wahlgren & Aarkrog 2012). Læring i klinisk praksis er helt nødvendig for udvikling af høj faglig og professionel kompetence (Wackerhausen 2008). Her lærer den professionelle gennem løsning af opgaver og udvikler dermed erfaringer. Ureflekterede erfaringer kan dog medføre fastholdelse af en erfaringsbåren kundskab, der hverken er kundskab, ønskelig eller optimal (Wackerhausen 2008). Derfor er refleksion og analyse af erfaringer et væsentligt element for udvikling af professionel kompetence i praksis (Wackerhausen 2008; Wahlgren & Aarkrog 2012). Gennem refleksion over, hvad der sker, når man gør noget, bliver man bedre til at forstå

og bedre til at handle.

Forskning fra Joyce og Showers peger på, at kompetenceudvikling skal bestå af både teori, demonstration, øvelse og tilbagemelding/sparring, hvis den skal skabe en forandring konkret i praksis. Det betyder, at eksempelvis enkeltstående kursusdage ikke nødvendigvis skaber praksisforandring og derfor heller ikke bedre læringsmiljøer.

Resultater af forskellige former for kompetenceudvikling

Komponent	Resultater		
	Indholdsforståelse	Anvendelsesevne	Anvendelse i klasselokalet
Præsentation	10 %	5 %	0 %
+ Demonstration	30 %	20 %	0 %
+ Praksis	60 %	60 %	5 %
+ Coaching/ Data feedback	90 %	95 %	95 %

Kilde: Joyce & Showers, 2002

Figuren viser, hvordan forskellige former for kompetenceudvikling påvirker vores indholdsforståelse, vores evne til at anvende det lærte – og den faktiske anvendelse.

For at få gavn af det, man lærer på kursus og uddannelse, skal man overføre viden og kunnen fra én sammenhæng til en anden – en pædagogisk problematik betegnet som Transfer. Det er vist at kun 10-15 % af det, der læres på efteruddannelser, anvendes i praksis (Wahlgren og Gringer 2009). Derfor er det vigtigt at medtænke transfer som en del af læreprocessen. Der er forhold hos såvel medarbejderen som undervisningen og arbejdspladsen, der har stor betydning for transfer – herunder:

- Medarbejderens motivation – evnen til at sætte målsætninger for sig selv og tro på egne evner spiller en vigtig rolle i forhold til transfer
- Undervisning, der inddrager praksis – jo mere elementer fra anvendelsessituationen inddrages jo højere transfer
- Organisatoriske forhold og personlige relationer kan fremme eller stå i vejen for transfer – støtte fra kolleger og ledere fremmer transfer

Metoder til at fremme læring i praksis

- Mentor ordning, eller makkerpar med erfarne kolleger for at få sparring og konkret feedback
- Refleksion over praksis
- Supervision
- Udvikling af sociale og faglige fællesskaber skaber et godt læringsmiljø

Et godt læringsmiljø indeholder således flere forskellige læringskilder, derfor arbejder vi systematisk med forskellige læreprocesser – både internt og eksternt i klinikken/afsnittet. (Se kapitel 5 om Kompetenceudvikling i praksis).

Alle sygeplejersker i JMC forventes at deltage aktivt i læringsmiljøet afhængig af eget kompetenceniveau og afsnittets aktuelle læringsaktiviteter. Et særligt ansvar for udvikling af læringsmiljøet findes hos afsnittets ledere og i stillingerne som sygeplejevejledere, kliniske sygeplejespecialister og assisterende afdelingssygeplejersker. Eksempelvis er:

Lederen er ansvarlig for, at:

- kompetenceudviklingen foregår med kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser, som styrende element
- udvikle og udfordre kulturen i afsnittet og centret, og derved sikre et godt læringsmiljø
- skabe grundlag for at medarbejdere i hverdagen kan anvende ny viden fra en indlæringsituation direkte i forlængelse heraf
- skabe rammer, så hver enkelt medarbejder kan fremlægge sit eget personlige udviklingsplan for sine kolleger
- støtte og vejlede medarbejderen i at indhente den viden, som er nødvendig for at kunne sætte retning og ambitionsniveau for sin egen udvikling
- tage initiativ til, og afholde medarbejderudviklingssamtaler

Medarbejderen er selv ansvarlig for at:

- sætte retning for og handling bag egen kompetenceudvikling, herunder løbende at indsamle feedback fra samarbejdspartnere, klienter og patienter, og nedfælde dette i et udviklingsprogram
- videreformidle sin personlige udviklingsplan til sine kolleger
- tage initiativ til medarbejdersamtale ved behov
- tage initiativer til at styrke kollegernes kompetence fx ved at give og efterspørge feedback
- anvende fortællinger fx videreformidler erfaringer om succeser og fejltagelser
- medvirke til planlægning af undervisningssituationer
- medvirke til at udvikle og udfordre kulturen i afsnittet og centret, og derved sikre et godt læringsmiljø
- holde sig opdateret om nyeste viden og forskningsresultater inden for fagligt felt

4.2 Nøglebegreber i læringsmiljøet

I JMC arbejder klinikkerne med kompetenceudvikling ved at have fokus på 6 nøglebegreber: anerkendelse, nysgerrighed, gode dialoger, feedback, undren/forstyrrelser og refleksion.

4.2.1 Anerkendelse

Anerkendelse er en grundide i JMC og er derved implicit i anvendelsen af de øvrige nøglebegreber. Vi ser anerkendelse som kernen i den menneskelige kommunikation og som Løgstrup anfører, er det fundamentale i al kommunikation at vove sig frem og blive imødekommet (Løgstrup 1956).

Når et menneske skal vove sig frem, komme på banen, lære noget nyt, indgå aktivt og have sig selv med i en proces, turde det ukendte eller bevæge sig videre i livet, så er den

etiske forudsætning ifølge Løgstrup, at dette kun kan ske i et rum af imødekommenhed, forståelse for andre og anerkendelse og respekt for den andens motiver for handling. Det betyder, at sygeplejersker i hverdagen i klinikkerne skal skabe en adfærd, hvor alle oplever, at deres handlinger har værdi og tillægges værdi af andre. Vi skal kunne vise hinanden, at vi tager andres situationer, tanker og ideer alvorligt, også selv om vi ikke er en del af handlingen.

4.2.2 Nysgerrighed

At være nysgerrig betyder at være interesseret i noget og derfor gerne vil vide mere om det. Sygeplejerskerne i JMC arbejder med udvikling af en nysgerrig holdning såvel i samspillet og dialogen med patienterne og familierne, som i samspillet og dialogen med kolleger og samarbejdspartnere. Når vi udviser nysgerrighed og engagement, har det til formål at patienten, familien, sygeplejersken og kollegaen skal opleve sig set og forstået på sine egne præmisser.

Nysgerrighed fører til udforskning og opfindelse af alternative synsvinkler og handlinger, og omvendt afføder forskellige handlinger og synsvinkler nysgerrighed (Cecchinn 1987)

Når sygeplejersker stiller spørgsmål til hinandens praksis ved fx sygeplejekonferencer, gives mulighed for at se nye forbindelser og mønstre og dermed skabe nye forståelser af sygeplejeproblemets sammenhænge, som igen kan give nye handlemuligheder.

Den interaktionelle sygeplejepsiksis fordrer, at sygeplejerskerne har en nysgerrig holdning i interaktionen med patienterne. Den nysgerrige holdning kommer også til udtryk ved, at sygeplejersken til stadighed opsøger ny viden. Denne holdning danner grobund for, at sygeplejersken udfører de handlemåder, der gavner den enkelte patient bedst i den kontekst, vedkommende befinder sig i. (Se kapitel 2.2 Evidensbaseret sygeplejepsiksis)

4.2.3 Refleksion

At reflektere betyder ”at overveje, at grunde over, genspejle, tilbagekaste” (Kristoffersen 1998). Gennem erfaringer fra egen praksisudøvelse har sygeplejersken mulighed for at kunne udvikle og nuancere sin kliniske kompetence. En sådan erfaringslæring kræver imidlertid refleksion og bearbejdelse af erfaringen, hvis denne viden skal blive bevidst.

I den æstetisk-ekspressive handlemåde ligger netop selvrefleksion og selvfortolkning.

Refleksion er en indre aktivitet hos sygeplejersken før, under og efter en handling, hvor handling er det sygeplejersken gør, altså en udadrettet aktivitet. Refleksion er også, når sygeplejersken vender tilbage til den erfaring, hun har gjort, den situation hun har været i eller det hun har oplevet. Sygeplejersken lærer af sine handlinger ved både selv og sammen med andre at reflektere over sine kognitiv-instrumentelle, æstetisk-ekspressive og moralsk-praktiske handlemåder.

Ligeledes finder refleksion sted når sygeplejersken gennemtænker og tager stilling til noget, der er blevet fortalt eller noget, der er blevet formidlet gennem undervisning eller ved kommunikation med andre. Når sygeplejersken reflekterer aktiveres både tanker og følelser. Gennem refleksion udvikler og fornyer sygeplejersken til stadighed sine

handlemåder og herved sygeplejepraksis.

4.2.4 Gode dialoger

Det at kunne stille nuancerede spørgsmål er en vigtig kompetence for en profession. Det gælder både i forbindelse med mere planlagte dialoger så som medarbejderudviklings-samtaler, og i dagligdagen i omgangen med patienter og kolleger. Når sproget og spørgsmålene har stor betydning for vores evner til at skabe gode dialoger og kommunikative forbindelser, er det derfor vigtigt at give spørgsmål og spørgsmålstyper opmærksomhed. (Hornstrup et al 2005).

Forskellige spørgsmålstyper giver mulighed for at belyse situationen fra forskellige vinkler og derved give nye ideer og indsigter for de involverede. Det vil sige, måden man stiller spørgsmålet på har afgørende betydning for, hvad og hvordan modparten tænker og svarer. Som spørger har man måske i forvejen kendskab til situationen og dermed en forforståelse for situationens sammenhæng, mulige problemer og løsninger, hvorfor neutraliteten er betinget af, at man som spørger skaber rum og muligheder ved at være en nysgerrig og udfordrende interviewer.

Spørgsmålstyper:

Anvendelsen af forskellige typer af spørgsmål må sammentænkes med spørgsmålets hensigt: afklarende (lineære) eller perspektiverende (cirkulære). For det andet af tidsdimensionen, der ønskes ”undersøgt” ved spørgsmålet: nutid i relation til fortid eller om det handler om: nutid i relation til fremtid (Hornstrup et al 2005).

Spørgsmålstyperne kan inddeles i to hovedgrupper, lineære og cirkulære spørgsmål:

Lineære spørgsmål retter sig mod at få afklaret og defineret problemstillingen. At få skabt klarhed over situationen ved at stille uddybende spørgsmål til problemstillingens elementer. Endvidere benyttes lineære spørgsmål til at få afklaret handlinger og konklusioner. Lineære spørgsmål tager ofte udgangspunkt i anvendelse af hvem, hvad og hvornår – eksempelvis:

- ”Hvad er der sket, hvad skete først og hvornår skete det?”
- ”Hvem tog handling på problematikken?”
- ”Hvornår skal vi aftale, at du...?”
- ”Hvilken hjælp er der brug for... og fra hvem?”

Cirkulære spørgsmål retter sig mod at udvide og perspektivere forståelsen for problemstillingen. Cirkulære spørgsmål har til hensigt, at få personen, der får stillet spørgsmålet, til at se problemstillingen i en anden sammenhæng, i et andet perspektiv, og derved skabe refleksion og se nye muligheder. Eksempler på cirkulære spørgsmål kan være:

- ”Hvis du spørger din kollega, hvad vil hun så sige?”
- ”Hvilke sammenhænge og forskelle kan du få øje på?”
- ”Hvad vil gøre dette muligt for dig?”
- ”Hvilke ønsker og forventninger har du til dine kolleger for at kunne ændre praksis?”
- ”Hvordan kan I blive endnu bedre til at...?”

De lineære og cirkulære spørgsmål indgår i stort set alle samtaler og fordelingen heraf

er afhængig af konteksten. Det er herudover betydningsfuldt, at spørgeren er bevidst om sin egen hensigt med at stille spørgsmålene, og den faktiske effekt de har. Sammenfattende kan man sige, at de forskellige spørgsmålstyper er medvirkende til, at skabe rammerne for en konstruktiv og reflektiv dialog.

JMC's kommunikationsstrategi suppleres af en værktøjskasse med redskaber til, at understøtte arbejdet med kommunikation i centret, herunder en række kommunikationskurser og tilbud til medarbejdere.

4.2.5 Feedback

Ordet Feedback stammer fra det engelske sprog og betyder direkte oversat "Giv føde til min bagside". Altså: "Sæt lys på det jeg ikke selv ser". Feedback handler om at få andres øjne på de sider af dig selv, du ikke selv ser eller er bevidst om. Feedback er (Øiestad 2006):

- At få øje på noget ved en anden person
- At formidle det, du ser, til den pågældende

At *give* feedback er at anerkende nogle sider ved den anden. At *få* feedback er at blive bekræftet og få mulighed for at vokse. Feedback skal gives på en ordentlig måde, og det kræver oplæring, øvelse og mod. Kunsten ved feedback er at give en gave, som modtageren kan og har lyst til at bruge.

Ved at bede om feedback opnår du følgende (Øiestad 2006):

- Du tager dig selv alvorligt og anerkender dine behov
- Du handler på vegne af dig selv, du er aktør i dit eget liv
- Du stimulerer ønsket om og viljen til at give feedback hos den, du spørger
- Ordene virker, du får det, du ønsker – følelsen af at blive set, anerkendt og værdsat.

Feedback er et vigtigt element i en anerkendende kommunikation. Med feedback tilkendegiver vi vores reaktion og interesse for hinanden på en sådan måde, at vi giver hinanden oplevelsen af at være set, anerkendt og bekræftet. Vi vil fremme et læringsmiljø, hvor vi både giver og modtager feedback som en naturlig del af kommunikationen, og hvor vi desuden selv beder om feedback fx før medarbejdersamtaler og som makkerpar i hverdagen. Feedback fremmer særligt selvrefleksion og selvfortolkning og derved udvikles sygeplejerskens æstetisk-ekspressive handlemåde.

Feedback er grundlæggende både for udvikling af vores selvopfattelse og bidrager positivt til at styrke læringsmiljøet og det psykiske arbejdsmiljø. Ved at have opmærksomhed på hinandens handlinger og give feedback, tager vi ansvar for og giver hinanden indsigt i vores kompetencer og fremmer den gode sygepleje. Derved har alle et ansvar for egen og et medansvar for kollegers kompetenceudvikling.

4.2.6 Undren / forstyrrelser

En vigtig del af kompetenceudviklingen består i, at undre sig over tilfældigheder og lade

sig forstyrre i sin vanetænkning. Dette kalder vi kompetent improvisation (Vestergaard 2001).

Det betyder at den enkelte sygeplejerske er den, som løbende tager initiativ til at lære nyt: nye ideer, metoder og handlemønstre afprøves i praksis. Man kan ifølge Vestergaard sige, at man vender antagelsen: ” Vi skal vide, før vi kan handle” om til ”vi skal gøre noget, før vi kan vide noget”.

Vi har en hverdag som er i konstant bevægelse, og sygeplejersker skal derfor kunne mestre at improvisere. Udvikling sker således i ”spring” og ofte som et ”svar” på og i uventede situationer (Vestergaard 2001). Mange ”spring” i kompetencer sker som led i at håndtere uforudsete problemstillinger. Fx når en kollega er syg, dråbetælleren opfører sig mærkeligt etc. medfører det, at der i situationen skal findes alternative løsninger. Disse kan efterfølgende vise sig at indeholde potentialer til en vedvarende forbedring fx ved omlægning af arbejdsopgaver eller viden om en anden måde at betjene dråbetælleren på. Andre ”spring” sker ved at uforudsete muligheder udnyttes i farten: Fx et møde blev aflyst og gav anledning til, at to sygeplejersker fik en time til at udveksle erfaringer og dele deres bekymringer, som de ellers aldrig ville have været åbne om. Det førte fx til en ændring af møderutiner eller til justering af en eksisterende vejledning.

Da ny viden og kompetence således kan opstå ud fra en tilfældighed, er det en vigtig del af sygeplejerskers kompetenceudvikling, at vi efterspørger og udfordrer hinandens vanetænkning. Det kan gøres ved at fokusere på undtagelser og afvigelser fra et forventet patientforløb fx ved at stille spørgsmål ved sygeplejekonferencer eller til en fortælling.

5. Kompetenceudvikling i praksis

5.1 Indledning

Vi har i forrige afsnit beskrevet nøglebegreberne, og hvad der ligger i disse begreber. I dette afsnit har vi fokus på, hvordan nøglebegreberne anvendes i praksis i hverdagen. Vi beskriver og giver eksempler på, hvordan man i klinikkerne /afsnittene arbejder med nøglebegreberne ved at anvende: Fortællinger i den kliniske sygeplejepraksis, Sygeplejekonferencer, Faglige input, Handlings- og refleksionspræget vejledning og Systemisk sundhedsfaglig supervision. Det synliggøres, hvordan vi kommer fra begreb til handling i hverdagen.

5.2. Introduktion og oplæring

Nye medarbejdere gennemgår den generelle introduktion til Rigshospitalet og til JMC, hvorefter den nyansatte sygeplejerske følger de enkelte klinikkers/afsnits introduktionsprogram.

Oplæringsprogram og mål er udarbejdet i de enkelte klinikker /afsnit. Varigheden af oplæringsperioden vurderes ud fra den nyansatte og afdelingens behov.

Der er forskellige modeller i JMC's klinikker for tilknytning af kontaktpersoner / tutor/ mentor i forbindelse med den nyansatte medarbejders oplæring.

5.3 Fortællinger i den kliniske sygeplejepraksis

Fortællinger skaber helhed i tænkning og handling, så en situation kan opleves som sammenhængende og meningsfuld. Helhedsforståelse er et omdrejningspunkt i sygeplejen, hvor alle aspekter af betydning for patientens sundhed og sygdom medinddrages. Vi benytter derfor fortællingen som et perspektiv i den kliniske sygeplejepraksis, i sygeplejeforskningen og i undervisningssammenhænge (Kristoffersen 1999).

Fortællingen giver mulighed for øget refleksion ved:

- at få sat ord og begreber på egne tanker med henblik på en analyse af praksis
- at give eksempler på den gode sygepleje og sætte ord på det der er værdifuldt
- at bringe nye idéer ud til gruppen efter en meningsfuld undren
- at fremhæve eksempler når der arbejdes med feedback.
- at anvende fortællinger til at fremme fagligheden i hverdagen.

I den kliniske sygepleje er fortællingen ikke et ukendt fænomen. Vi er vant til at tale med hinanden om, hvad vi har observeret, hvordan vi har handlet, og hvordan vi har evalueret. Fortællingen formidler relevante og vigtige oplysninger om subjektive forhold og særlige situationer af vigtighed for pleje og omsorgen, men fortællingen formidler også ideologier og værdier. Det er derfor vigtigt at arbejde bevidst og konstruktivt med fortællingen i den kliniske sygeplejepraksis. Dette kan foregå i forskellige faglige fora.

Sygeplejersken, der fortæller historien, er i centrum og kollegerne anvender forskellige spørgsmålstyper for at udvide konteksten og fremme forståelsen (Se kapitel 4.2.4 om

Gode dialoger). Kollegerne anerkender sygeplejersken og dennes oplevelse af situationen. Kollegerne indtager en neutral og nysgerrig holdning og stiller nye spørgsmål med udgangspunkt i de svar, der er givet. Sygeplejersken får tid til at reflektere over spørgsmålene og har mulighed for at bede om gode råd fra kolleger. Efter fortællingen opsummerer sygeplejersken, hvad denne er blevet klogere på.

5.4 Sygeplejekonference

Sygeplejekonferencen er et rum, hvor sygeplejepraksis herunder patient- og familiesituationer og sygepleje problemer drøftes og reflekteres sammen med andre kolleger i afsnittet for, at få nye perspektiver på praksis og derved udvikle nye handlemuligheder. Den konkrete kontekst for situationen udforskes ved, at have fokus på de forskellige typer af evidens i situationen: hvilken forskningsevidens er der, hvilke faglige skøn og vurderinger er gældende, hvad oplever patienten og familien og hvilke rammer og vilkår er gældende (Se kapitel 2.2 Evidensbaseret sygeplejepraksis). Efterfølgende får de plejeansvarlige sygeplejersker mulighed for i samarbejde med patienten at justere sygeplejediagnoserne og de tilknyttede handlinger.

Alle afsnit afholder sygeplejekonferencer mindst en gang om ugen efter principperne for systemisk sundhedsfaglig supervision. Deltagerne har ansvaret for at medbringe sygeplejefaglige fortællinger og problemstillinger til konferencen. Deltagerne forholder sig anerkendende og nysgerrige til fortællingen ved hjælp af de forskellige spørgsmålstyper. Nysgerrigheden fører til udforskning og fremmer alternative synsvinkler og handlinger. Sygeplejerskernes æstetisk-ekspressive og moralsk-praktiske handlemåder styrkes herved, og sygeplejen i en patient- og familieorienteret kontekst bliver udfordret.

5.5 Faglige fora

Faglige input:

Vi afholder planlagte faglige input i afdelingerne af ca. 10 min varighed fx i forbindelse med sygeplejekonferencer og morgenmøder. Alle medarbejdere inkl. studerende forbereder og fremlægger en faglig problemstilling fx en artikel, en fortælling med en faglig pointe, et fagligt dilemma. Formålet er at øve fremlæggelse af faglige emner i en tryk kreds, og herved styrke sygeplejerskernes pædagogiske kompetencer, samt at højne det faglige fokus i afdelingen.

Færdigheds – og scenarietræning:

Færdighedstræning på alle niveauer er med til at sikre patientsikkerheden og den faglige kvalitet. Centrets strategi er, at alt hvad der kan trænes skal trænes.

Der afholdes færdighedstræning på center, klinik og afsnitsniveau, og dette både mono- og tværfagligt. Vi anvender færdighedstræning/scenarietræning, rollespil, uvarslede øvelser, samt læring på fantomer og simulatorer.

Det er centrets intension at udvikle uddannelsesstilbud på et struktureret og så vidt muligt på evidensbaseret grundlag.

Journal Club

Definition

Journal Club består af en gruppe fagkollegaer, der jævnligt mødes for kritisk at vurdere og diskutere ny forskning, som publiceres i videnskabelige tidsskrifter (Milbrandt EB, 2004)

Formål

Formålet er, i fællesskab med kolleger, at reflektere over egen og andres praksis.

Mål

Målet er, at sikre patienten den bedste pleje og behandling ved anvendelse af nye forskningsresultater i praksis. Endvidere at udvikle og vedligeholde høj sygeplejefaglig kvalitet, samt øge den enkeltes kompetencer ved at:

- blive introduceret til sundhedsfaglig forskning
- opnå viden om kvalitative og kvantitative forskningsmetoder
- lære kritisk at vurdere sundhedsfaglig forskning
- opnå viden om litteratursøgning
- højne kvaliteten af patientplejen på baggrund af evidensbaseret sygepleje
- inspirere til udvikling og anvendelse af forskning i egen praksis f.eks. til evidensbaseret af VIP'er

En gruppe startes typisk med støtte og sparring fra en akademisk uddannet person eller anden sundhedsperson med kendskab til vurdering og bedømmelse af evidensbaseret materiale og forskningslitteratur. En eller flere mødeledere er ansvarlige for organisering af Journal Club. Det kan være en sygeplejerske med videreuddannelse eller interesse i afsnittet.

Afholdelse af Journal Club

Den aktuelle artikel fremlægges af mødelederen i henhold til IMRaD-principperne. *I* står for Introduktionsafsnittet, *M* står for Metodeafsnittet, *R* står for Resultatafsnittet *a* står for and og *D* står for Diskussionsafsnittet

Man gennemgår artiklen ud fra en checkliste/skema fra Center for Kliniske Retningslinjer (CKR). På den måde lærer man CKR at kende.

Journal Clubs afholdes enten i en lukket gruppe eller i en åben gruppe, og kan fungere forskelligt i klinikkerne.

Den lukkede gruppe består af faste deltagere, som mødes cirka 8 gange årligt af minimum 1½ times varighed pr. gang. Det kan foregå i eller udenfor arbejdstiden. Gruppen kan i fællesskab udpege litteraturen der skal læses, eller det kan gå på skift blandt gruppens medlemmer. Temaet og emnet som litteraturen omhandler, kan variere fra gang til gang. Det er også muligt at fastholde det samme tema over flere gange, og belyse emnet gennem flere forskellige forskningsartikler. Der opfordres til at fortælle om diskussionen på de respektive afdelinger, evt. ved sygeplejekonferencerne, så den viden der opnås til Journal Club udbredes.

I den åbne gruppe afholdes Journal Club i afdelingen, således at så mange som muligt kan deltage. Den afholdes på et fast tidspunkt f.eks. hver uge til en sygeplejekonference. Man gennemgår så meget man kan nå den enkelte dag, og fortsætter hvor man slap

næste gang. Derfor vil den samme artikel kunne diskuteres i en til to måneder. Sygeplejerskerne kommer med forslag ud fra hvad der optager dem. Derefter vælger den ansvarlige for Journal Club en artikel der er rettet mod egen praksis.

Artikler læses hjemme eller i arbejdstiden.

I den åbne gruppe udfylder man checklisten/skemaet sammen over et par gange indtil man har gennemgået hele artiklen. Skemaet kan vises med projektor, og udfyldes samtidig med gennemgangen. Ofte når man ikke mere end et par punkter ad gangen, og man fortsætter, hvor man slap sidste gang. Skemaet gemmes i en mappe på fælles-drev sammen med checklister, som alle kan have adgang til. Det er en diskussion af indhold og metode, med vægt på metode. I den lukkede gruppe, som har længere møder, gennemgås hver artikel som hovedregel på kun et møde.

For at skabe refleksion over egen praksis er det afgørende, at gruppen relaterer litteraturen og dens temaer til egen hverdag. Hermed skabes der grobund for at læsning af forskningslitteratur bidrager til udvikling af sygeplejen og kernefeltet.

Problem Baseret Læring/PBL-forløb:

PBL er en lærings- og undervisningsform, der tager udgangspunkt i deltagerens erfaringer, som udfordrer deltagerne personligt og fagligt, og som er kompetenceudviklende (Peterson 1999).

PBL er også en metode til at "lære at lære", hvor læreprocessen bygger på tre grundprincipper: Problembearbejdning, gruppeprocesser og selvstyret læring. Gruppens forskellige forudsætninger medfører forskellige behov for, at arbejde med og studere det faglige stof.

Vi arbejder med PBL-principper i forhold til kliniske udviklingsprojekter, hvor målet med forløbet er, at opøve evnen til at praktisere evidensbaseret sygepleje i det daglige arbejde. Forløbet tager afsæt i en aktuell klinisk problemstilling, som udvælges fra deltagerens praksis, og der arbejdes med evidensbegrebet og evidensbaseret sygepleje. Hovedpointen med problemarbejdet er at søge forklaringer, finde sammenhænge og beskrive principper, som er virkningsfulde i forhold til den aktuelle problemstilling, og som bidrager til at forklare de fænomener og forhold, som indgår.

PBL forløbet giver deltagerne mulighed for at gå i dybden med og reflektere over en faglig problemstilling og metoden stimulerer til analytisk, problemløsende og kritisk tænkemåde.

Et forløb kan strække sig over måneder, med henholdsvis fremmødedage, studiedage og litteratursøgningskursus.

Der udarbejdes 5 sideres projektbeskrivelse og en implementeringsplan, som skal danne grundlag for den videre proces.

For at sikre implementeringen, knytter denne sig op på tilbagevendende fokusedage, som kan afholdes én gang årligt i klinikken. Dagene afholdes afsnitsvis mhp. at skabe en kontinuitet i forhold til fastholdelse af nye arbejdsgange, og derved skabe den bedste mulighed for at indarbejde nye fælles tiltag i patientforløbene.

Psykisk førstehjælp – defusing og debriefing

Defusing er en kortvarig og semi-struktureret samtale mellem de medarbejdere, der har været involveret i en traumatisk hændelse. Vi anvender defusing ved hændelser, der ud over det sædvanlige påvirker en eller flere sygeplejersker. Formålet med en defusing er, at skabe en fælles forståelse af det, der er sket, at dæmpe oplevelsen af angst og kaos og forebygge udvikling af selvbebrejdelse hos de involverede medarbejdere. Defusing foregår som en uformel snak om indtryk, tanker og oplevelser omkring den traumatiske hændelse. En defusing bør gennemføres umiddelbart efter oplevelsen, og inden de involverede medarbejdere forlader arbejdspladsen.

Debriefing er et formaliseret møde med de involverede parter. Det er lederens ansvar hurtigst muligt og maksimalt 2-5 døgn efter hændelsen at skabe rum for, at de berørte medarbejdere får mulighed for fælles refleksion, og dermed skabe baggrund for læring og forbedringer. Det kan eventuelt være under ledelse af en psykolog fra Krisepsykologisk Enhed. Under mødet tales tanker, følelser og reaktioner grundigt igennem – enten enkeltvis eller i gruppe.

5.6 Handlings- og refleksionspræget vejledning

Vi anvender handlings- og refleksionspræget vejledning (Lauvås et al. 2006). Formålet er at stimulere sygeplejersken til refleksion over sine handlemåder, øge sin bevidsthed om egen sygeplejepsikis og herved udvikle sin handlekompetence.

Ved vejledning bliver sygeplejersken udfordret af fx sygeplejevejleder, kollega eller leder, som stiller spørgsmål til sygeplejerskens praksis. Dette får sygeplejersken til at reflektere over sine værdier, holdninger, adfærd, sin teoretiske viden og sine praktiske handlinger i sygeplejen. Sygeplejerskens æstetisk-ekspresive handlemåde udfordres særligt herved, da selvrefleksion og selvfortolkning er centralt.

5.7 Systemisk sundhedsfaglig supervision

Systemisk sundhedsfaglig supervision er en tilrettelagt proces, hvor refleksion over egen praksis stimulerer deltagernes faglige lærings- og vækstproces. Samtalen i sundhedsfaglig supervision er i metaperspektiv til de medbragte fortællinger fra praksis, hvorved man sammen med kolleger kan drøfte og fordybe sig i disse situationer uden samtidig at skulle handle. Praksis kan ses i et nyt lys og der kan udvikles nye ideer og muligheder - samtidig kan værdier, vaner, procedurer og generelle opfattelser udfordres.

Supervision kan foregå i grupper på 6–8 personer og processen faciliteres af en faglig vejleder/supervisor. Grupperne kan være sammensat i afsnittet, på tværs af afsnit, klinikker eller centre. Gruppen mødes for eksempel fem til seks hele dage fordelt over et halvt år eller otte til ti eftermiddage af to til tre timers varighed hver anden uge.

At supervisionen foregår ud fra et systemisk grundlag betyder, at den bygger på en cirkulær tænkning, hvor fokus er forskellige faktoreres stadige indbyrdes indvirkning på hinanden. Med andre ord kan en situation eller handling ikke betragtes løsrevet fra den sammenhæng den indgår i – alting skal forstås ud fra sin kontekst. Enhver handling og hændelse er påvirket af et utal af faktorer og vil igen påvirke et utal af faktorer. Den systemiske tilgang fordrer, at enhver sag eller historie ses fra flere forskellige udgangspunkter. Der er således også flere sandheder knyttet til den enkelte historie – det

kaldes multivers i stedet for univers.

I den systemiske tankegang søger man at finde de handlinger, meninger og relationer, der skaber mønstre som igen, ud fra den cirkulære tankegang, skaber nye mønstre med sin egen logik. For at finde disse mønstre er neutralitet et centralt begreb i vores tilgang til supervision. Neutralitet forstået som en tilstand af nysgerrighed, hvor vi respektfuldt uden at inddrage egne meninger og holdninger får så mange aspekter af historien frem. I sundhedsfaglig supervision rettes opmærksomheden mod hvilke faktorer vi selv kan påvirke og hvordan det igen vil påvirke resten af systemet (se kapitel 3.2.5 om Feedback).

Forandring skal ske hos den enkelte gennem selvrefleksion og sprogliggørelse. Denne forandring kan finde sted gennem forstyrrelse - ved at stille spørgsmål til praksis. (Se kapitel 3.2.4 om Gode dialoger). Konstruktiv forstyrrelse skaber ny forståelse med nye muligheder, der kan løfte historien ud af en fast position. Der må ikke være tale om en for kraftig forstyrrelse, da man derved kan risikere, at den vejledte lukker sig endnu mere om sin allerede formulerede forståelse. Forstyrrelsen skal ej heller være for lille således, at der slet ikke tilføres nyt perspektiv.

For at skabe udvikling og læring skal supervisionen foregå i en anerkendende tone. Hvis tonen er kritisk, ikke-ankerkendende og derved negativt definerende overfor den vejledtes handlinger, tanker og ideer er det vanskeligt at opnå udvikling. Man kan ikke udvikle sig, hvis man føler sig negativt defineret.

Principperne i metoden kan anvendes i en anden kontekst fx sygeplejekonferencer, faglige fora, tværfaglige konferencer.

5.8 Pædagogiske audits

De pædagogiske audits kan foregå i en gruppe på 3–5 sygeplejersker med det mål, at deltagerne arbejder refleksivt og målrettet med et udvalgt patientforløb. Sygeplejersker træner herved udarbejdelsen af plejeplaner og ved interviews af patienter, trænes at lytte og inddrage patienter i plejeforløbet

Vi anvender pædagogiske audits af sygeplejedokumenter med og uden patientinterview med det formål, at skabe vedkommende og meningsfuld læring hos sygeplejersker i relation til patientforløb. *Læringsspørgsmålet er:* Hvordan kan den faglige dokumentation, afspejle sygeplejens vision om højt specialiseret sygepleje, der tager udgangspunkt i patientens reaktion på og oplevelse af egen sundhedstilstand og med inddragelse af patientens præferencer?

De pædagogiske audits planlægges i de enkelte afsnit af dokumentationsnøglepersoner og/eller sygeplejevejledere, og foregår som en struktureret proces. Processen og metoden der anvendes, tager hensyn til klinikkernes forskellige patientforløb.

5.9 Medarbejderudviklings samtale (MUS)

Vi anvender MUS i JMC for at give den enkelte medarbejder de bedst mulige betingelser for, at drøfte sin faglige og personlige udvikling med sin nærmeste leder. MUS er en forberedt, struktureret og fremadrettet samtale mellem medarbejder og leder. MUS er et kommunikationsredskab, der tager udgangspunkt i dialog og fortrolighed

mellem leder og medarbejder.

MUS er en naturlig del af medarbejderens kompetenceudvikling og en af lederens vigtige opgaver. Gennem dialogen i MUS bliver der mulighed for ledelsesmæssig opmærksomhed på den faglige udvikling, trivsel og arbejdsmiljø. Formålet med samtalen er udvikling af den enkelte sygeplejerskes unikke sider, med drøftelse af ønsker og behov for kompetenceudvikling og karrieremuligheder. Ligeledes skal samtalen fokusere på, hvordan den enkelte medarbejder bidrager til et godt arbejdsmiljø, og hvordan den enkeltes udvikling forventes at bidrage til afsnittets og klinikkens samlede faglige udvikling. Vi arbejder ud fra nøglebegreberne i Social kapital – tillid, retfærdighed og samarbejde. Social kapital handler om, hvordan relationerne gør os i stand til at løse kerneopgaven bedst muligt. Effektivt, innovativt og med høj kvalitet (Anerkendende Følgeskab – når organisationer lykkes, M.L Haslebo og H.M Haslebo, 2012).

Medarbejderudviklingssamtalen erstatter naturligvis ikke den løbende dialog i hverdagen. Ved MUS foregår der også en dialog omkring medarbejderens opfyldelse af stillingsbeskrivelsen, og om der skal foretages evt. ændringer og tiltag. Samtidig skal lederen og medarbejderen foretage en kvalifikationsevaluering, og med baggrund i denne udarbejde en udviklingsplan for medarbejderen.

For at få udbytte af samtalen er det et krav, at begge parter har forberedt sig. Det vil sige, at medarbejderen har været ude og efterspørge feedback fra kollegaer, patienter og deres familier. Ligeledes at forberedelsen forud for MUS, tager udgangspunkt i det udviklingsskema vi anvender i JMC, der tager udgangspunkt i dette udviklingskatalog. Udviklingsskemaet og den gensidige feedback og dialog mellem leder og medarbejder, skal være medvirkende til, at sætte retning og handling bag den enkeltes videre kompetenceudvikling. Skemaet til medarbejderudviklingssamtalen kan findes under personalefunktionen på JMC's hjemmeside.

Medarbejderudviklingssamtaler afholdes mindst 1 gang årligt og efter behov/ønske. Samtalen er fortrolig og tager ca. 1 time, og forgår i et roligt lokale uden forstyrrelser. Medarbejderen indkaldes mindst 14 dage før afholdelse af samtalen, i denne periode skal medarbejderen indhente feedback og forberede sig. Udviklingsplanen aftales ved samtalen, og medarbejderen udfylder medarbejderudviklingsskemaet og opbevarer dette i sin kompetencemappe/port folio.

Leder og medarbejder aftaler ligeledes, hvilke punkter af udviklingsplanen, som medarbejderen ønsker at fremlægge/formidle for kollegerne; Dette kan fx foregå ved en sygeplejekonference eller på en temadag. Kollegerne er medansvarlige for, at den enkeltes udviklingsplan realiseres.

6. Bilag

Bilag 6.1 Sygeplejerske på trin 1

Styrker fagligheden ved fx følgende læreprocesser:	<ul style="list-style-type: none">• Introduktionsprogram og oplæringsprogram• Undervisning i afdeling• Sygeplejekonferencer• Faglige fora: temadage, temamøder og faglige input• Makkerpar/sparringspartner• Sundhedsfaglig supervision• Tilegnelse af teori
Tegn på kompetencer :	<p>Er bevidst om udviklingskatalogets visioner og værdier for patient- og familiecentreret sygepleje og hvordan disse udmøntes i praksis i egen afdeling. Forstår betydningen af det flerdimensionelle evidensbegreb</p> <p>Reflekterer over handlemådernes (den moralsk-praktiske-, kognitivt-instrumentelle og æstetisk-ekspressive) betydning for den gode sygepleje og arbejder med at kunne beherske disse.</p> <p>Varetager sygeplejeopgaver som plejansvarlig sygeplejerske for patientforløb i henhold til den enkelte kliniks vejledning.</p> <p>Dokumenterer sygeplejen i Sundhedsplatformen</p> <p>Arbejder med nøglebegreberne: Gode dialoger, nysgerrighed, anerkendelse og feedback overfor patienter, pårørende og kolleger.</p> <p>Deltager aktivt i sygeplejekonferencer og faglige diskussioner – fremlægger fortællinger til refleksion og byder ind med faglige input.</p> <p>Deltager i interne kurser og anvender den nye viden i praksis.</p> <p>Formidler viden i mindre grupper indenfor fagligt interessefelt.</p> <p>Udviser fortrolighed med interne og eksterne arbejdsgange i egen afdeling samt på center og RH-niveau.</p> <p>Udviser ansvarlighed for egen læring:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Anvender afdelingens læreprocesser➤ Opsøger relevant viden fx PVI, artikler, bøger, kolleger, nøglepersoner <p>Opdaterer egen portfolio:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Udarbejder udviklingsplan i forbindelse med MUS➤ Tilføjer sammen med lederen særlige funktioner i stillingsbeskrivelsen

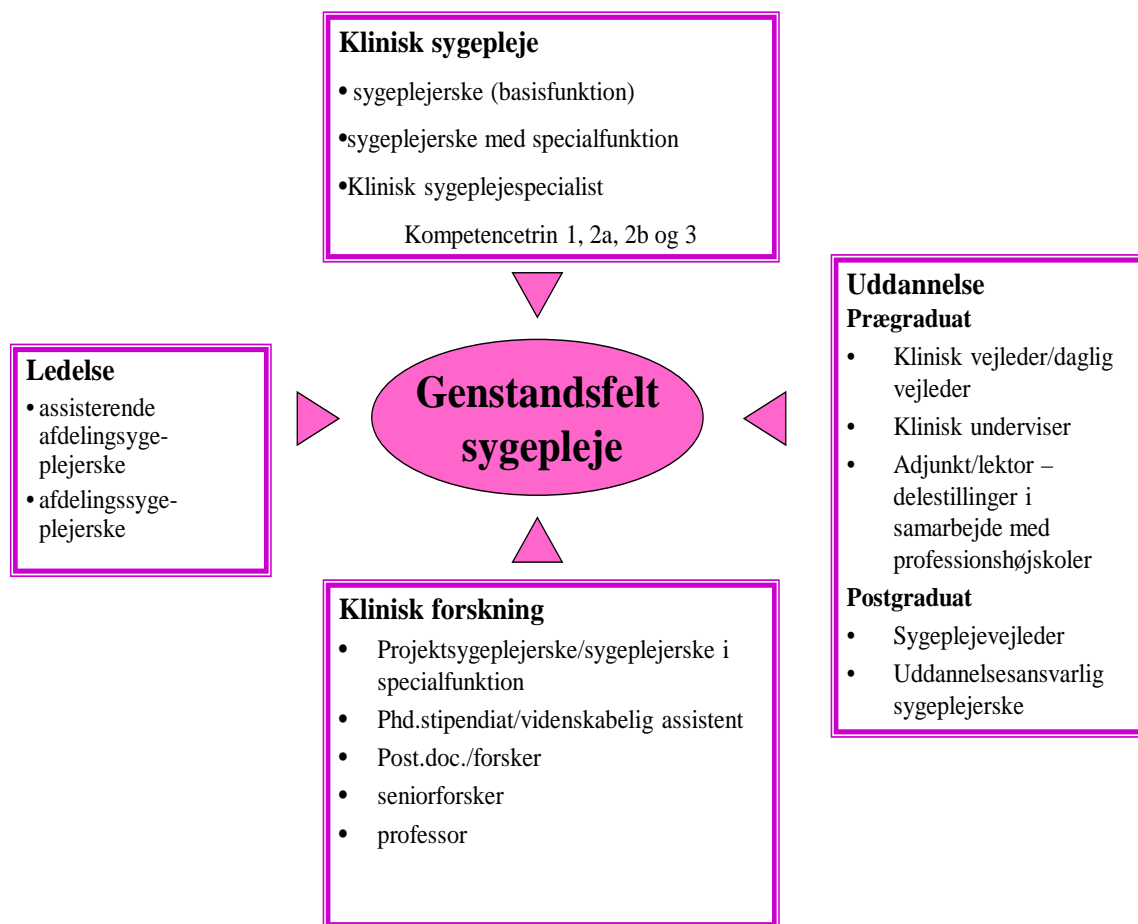
Bilag 6.2 Sygeplejerske på trin 2A og 2B

<p>Øger specialkundskaben ved fx følgende læreprocesser:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fordybelse i valgt område indenfor afdelingens specialer. • Kvalitetsudvikling • Supervision af kolleger og rådgivning/supervision af mindre grupper • Eksterne og interne kurser / efteruddannelser, herunder litteratursøgningskursus, læring i praksis – 3 dages kursus i pædagogik • Studiebesøg • Sygeplejefaglig vejledning
<p>Tegn på kompetencer:</p>	<p>Udfører sygeplejen i overensstemmelse med visioner og værdier for patient- og familiecentreret sygepleje og arbejder bevidst med flere kilder til evidens</p> <p>Arbejder bevidst og målrettet med mestring af den kognitiv-instrumentelle, æstetisk-ekspressive og moralsk-praktiske handlemåde, og efterspørger feedback med henblik på styrkelse af handlemåderne fra patienter og kolleger</p> <p>Videreudvikler dokumentationspraksis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Afholder pædagogiske audits med kolleger og patienter ➤ Udnytter Sundhedsplatformens rammer for standardiserede plejeplaner og sygeplejediagnoser <p>Udviser overblik og ansvarlighed for afvikling af planlagte og akutte sygeplejeopgaver i afdelingen</p> <p>Viser medansvar for læringsmiljøet og udviklingskulturen i afdelingen og styrker læreprocesserne og læringsmiljøet i afdelingen. Er opsøgende, nysgerrig og anerkendende</p> <p>Er nøgleperson indenfor valgt område</p> <p>Udvikler praksis ud fra kritisk forholden sig til evidens</p> <p>Fordyber sig i et valgt emne, og udvikler undervisningsmateriale og /eller informationsmateriale. Underviser/formidler viden til kolleger i faglige interesseområder.</p> <p>Holder øje med det flow af ideer og meningsfulde forstyrrelser, der tilflyder afdelingen, og arbejder aktivt for fornyelser.</p> <p>Deltager i interne og eksterne kurser og/ eller studiebesøg og bringer ny inspiration til afdelingen</p> <p>Tager initiativ til og deltager i udviklingsarbejde fx projektarbejde</p> <p>Sikrer afholdelse af sygeplejekonferencer og arbejder bevidst med fortællinger.</p> <p>Skaber gode dialoger med patienter, kolleger og tværfaglige samarbejdspartnere.</p> <p>Anvender eksempler på den gode sygepleje som forbilleder for læring og udvikling</p> <p>Giver og opsøger feedback fra kolleger, patienter, samarbejdspartnere og ledere</p> <p>Fokuserer på muligheder frem for begrænsninger</p>

Bilag 6.3 Sygeplejerske på trin 3

<p>Medvirker i læreprocesser ved fx at:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Være medansvarlig for afholdelse af kliniske konferencer • Supervisere kolleger • Rådgive og vejlede flere kolleger • Arbejde aktivt med læreprocesser i klinisk praksis– stimulerer til initiativ fra kolleger og inviterer selv • Arbejde aktivt med kvalitetsudvikling • Blive uddannet i kommunikation bl.a. med henblik på etablering af reflekterende team og konfliktløsning • Fordybe sig i udvalgt område på tværs af sektorer og geografiske regioner • Påbegynde ekstern og/eller intern videreuddannelse • Beskrive og etablere projekt m. ekstern vejledning eller medvirker ved klinisk projekt
<p>Tegn på kompetencer :</p>	<p>Motiverer og inspirerer kolleger til realisering af visioner og værdier for patient- og familiecentreret sygepleje i praksis</p> <p>Behersker de kognitiv-instrumentelle, æstetisk-ekspressive og moralsk praktiske handlemåder i samspil således at frigørende handlekompetence opnås. Udfører evidensbaseret interaktionel sygeplejepraksis og efterspørger feedback fra patient- og familier, som en naturlig del af interaktionen</p> <p>Belyser og reflekterer over handlemådernes udtryk i praksis ved konferencer, supervision etc.</p> <p>Udvikler arbejds materiale til kolleger og brugere indenfor eget nøglefelt</p> <p>Tager initiativ til, planlægger og afholder nationale og internationale kongresser og symposier.</p> <p>Deltager aktivt i udadrettede aktiviteter knyttet til patient/pårørende relationer</p> <p>Underviser kolleger i feedbackkompetencer, litteratursøgning, evidens, handlemåderne mm fra udviklingskataloget</p> <p>Bliver ofte opsøgt af kolleger og studerende, mht. spørgsmål og tvivl i sygeplejefaglige og specialrelaterede problemstillinger</p> <p>Har efter-/videreuddannelse indenfor klinisk område og fungerer som sygeplejerske med særligt ansvar for en specialfunktion</p> <p>Er projektleder eller aktiv deltager på klinisk projekt i afdelingen</p>

Bilag 6.4 Karriereveje og stillingsstruktur for sygeplejersker



Inspiration fra notat vedr. Stillingsstruktur og karriereveje i klinisk sygepleje i Region Hovedstaden, 2014. Udarbejdet af hospitalsdirektører og vicedirektører med sygeplejefaglig baggrund, Region Hovedstaden. Notatet er vejledende.

7. Litteraturliste

Baggrundslitteratur og anvendt litteratur:

- Andersen, Hellen Bernt et al, notat 2014, ”Stillingsstruktur og Karriereveje i Klinisk Sygepleje i Region Hovedstaden”, Region Hovedstaden 2014
- Bydam, J. 2004, ”Evidens – dialog med Kari Martinsen”, *Klinisk sygepleje*, 18. årg. nr. 1.
- Cecchin, G. 1987, ”Gensyn med hypotesedannelse, cirkularitet og neutralitet: En invitation til nysgerrighed”, *Family Process*, 26, 405-413.
- Dall, M. et al. 2001, *Slip anerkendelsen løs*, Frydenlund.
- Davies, B., Edwards, N. og Ploug, J. & Virani, T. *Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospital and community settings*. BMC Health services research, Febr. 2008
- Ehnfors, M. et al, 1998, *Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. VIPS-boken*, Stockholm, Vårdförbundet, FoU 48, 2nd ed.
- Erikson, K. 1999, *Den trojanska hästen*. Vasa Åbo Akademi, Institutionen for vårdvetenskap.
- French, P. 2002, “What is the evidence on evidence-based nursing? - An epistemological concern”, *Journal of Advanced Nursing*, 37 (3), 250 – 257.
- Hamer, S. et al, 2003, *Evidensbaseret praksis – grundbog for sundhedspersonale*, Kbh.: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Haslebo, M.L, Haslebo M.H, 2012 *Anerkendende Følgeskab – når organisationer lykkes*, Dansk Psykologisk Forlag
- Honneth, A. 2006, *Kampen om anerkendelse*, Hans Reitzels Forlag.
- Hornstrup C. et al, 2005, *Systemisk ledelse – den reflektive praktiker*, Dansk psykologisk Forlag.
- Hounsgaard, L. 2002, *Læring i sundhedsvæsenet*, Kbh.: Munksgaards Forlag.
- H:S Hovedstadens Sygehusfællesskab, 2003, *Standarder for hospitaler*, Officiel dansk oversættelse. Joint Commission International.
- Humble, A. 1993, *En samtale – to vindere. – Sådan håndterer du vanskelige samtaler med medarbejdere*, J.H. Schultz Information A/S, 2. udg. 6. opl. 1999.

- Illeris K (2001) Læring og læreprocesser; pp 13-24. I: *Læring – aktuel læringsteori i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx*. 1. udgave, 5. oplag, Roskilde Universitetsforlag
- Jensen, U. J. 2004, *Evidens, viden og sundhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv – eller faren ved at være mere katolsk end paven*
- Joyce BR & Showers B (2002). Student achievement through staff development (3rd ed.). Alexandria, VA: Association for Supervision & Curriculum Deve (ASCD).
- Kitson, S. 2002, "Recognising relationships, reflections on evidence based practice", *Nursing Inquiry*, Vol. 9, Issue 3, p. 179.
- Kjærgaard, J et al, 2001. *Kvalitet i sundhedsvæsenet*, Kbh.: Munksgaards Forlag.
- Kjærgaard, J. & Hansen, M.N *Kvalitetsudviklingsprocessen: begreber og terminologi*, Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Munksgaard Danmark 2008, s.21-32
- Kristoffersen, N. 1999, *Almen sygepleje 1. Fag og funktion. Udvikling, værdier og viden*, Kbh.: Gads forlag, 1 udg. 2 opl.
- Krøll, V. Centrale begreber i arbejdet med kliniske retningslinjer. *Kliniske Retningslinjer – Hvordan og Hvorfor*, Munksgaards Forlag 2011, 1.udg., s.11-24
- Kvale, S. 2000. *Interview- en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag.
- Launsøe, L et al, 2000, *Forskning om og med mennesker*, Nyt Nordisk Forlag.
- Lauvås, P et al, 1990, *Vejledning & praktisk fagteori*, Forlaget Klim,1997.
- Lyngå, J. 1998, *Sygepleje, Fag, Refleksion og Handling*, Kbh.: Munksgaards Forlag.
- Løgstrup, K.E. 1956, *Den etiske fordring*, Kbh.: Gyldendal, 1999, 2.udg. 4. opl.
- Martinsen, K. 2003, "Talens åbenhed og evidens – dialog med Jens Bydam", *Klinisk sygepleje*, 17. årg. Nr. 4.
- Melgaard, E. et al, 1999. *Læring og kultur 1 & 2*, Udviklings- og uddannelsesafdelingen, Kbh.: Bispebjerg Hospital.
- Nielsen, H & Simonsen S. M 2010 *Fra klinisk problem til evidensbaseret praksis gennem PBL*. TFDS 2-2013 s. 31-36
- Nielsen, K. et al, 1999, *Mesterlære- læring som social praksis*, Hans Reitzels Forlag.
- Nortvedt, M. 2001, "Evidensbaseret sygepleje", *Sygepleien*, 89(16): 59 – 61.

- Olsen, H. 2002, *Dansk kvalitativ interviewforskning - Kvalitet eller kvaler?* Kbh.: Socialforskningsinstituttet.
- Region Hovedstaden, 2007. *Internationale Standarder for hospitaler*. 3. udg. Region H.
- Region Hovedstaden, 2007. *Patientsikkerhed i Region Hovedstaden handlingsplan 2008-2010*, Region H.
- Rycroft-Malone, J. et al. 2004, "What counts as evidence in evidence-based practice?", *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81-90.
- Sackett, D. L. et al. 1996, "Evidence based medicine: what it is and what it isn't", *British Medical Journal*, 312: 71 – 72
- Scheel, M. 2005 *Interaktionel sygeplejefrågspraksis*, Kbh.: Munksgaards Forlag.
- Simonsen, S.M. & Nielsen, H. *Når kompetenceudvikling, ledelse og implementering går hånd i hånd*. Sygeplejersken Nr. 6 (2015)
- Thomas, L. og McColl, E. & Collum, N. *Clinical Guidelines in Nursing, midwifery and the therapies: a systematic review*. *Journal of Advanced Nursing* 1999, s.40-50
- S
Thompson, C. 2003, "Clinical experience as evidence in evidence based nursing" *Journal of advanced Nursing*, 43 (3), 230 – 237.
- Vestergård, A. 2001, *Kompetenceudvikling på kant med tiden – aktuelle tendenser*, Kommunikations Forum.
- Wackerhausen, S. 1994, "Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme" i: Jensen, U.J. & Andersen, P.F.(red.): *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*. Philosophia.
- Wackerhausen S (2008) Erfaringsrum, Handlingsbåren Kundskab og Refleksion. *Refleksion i praksis; 1, pp1-21*, Institut for Filosofi og Idéhistorie, Aarhus Universitet
- Wahlgren, B. 2009 "Transfer mellem uddannelse og arbejde" Nationalt Center for Kompetenceudvikling (www.ncf.dk)
- Wahlgren A & Gringer B (2009) Transfer kræver træning. *Asterisk*, 49, pp10 - 13. DPU, Aarhus Universitet
- Wahlgren A & Aarkrog V (2012) *Transfer – Kompetence i en professionel sammenhæng*. Aarhus Universitetsforlag.
- Øiestad, G. 2006, *Feedback*, Psykologisk Forlag A/S.

Hjemmesider

Den Danske Kvalitetsmodel, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, 2007 www.kvalitetsinstitut.dk,

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, Sundhedsstyrelsen, 2013 www.sst.dk.

Sundhedsstyrelsen. *Model for udarbejdelse af Nationale Kliniske Retningslinjer Metodehåndbogen version 2.0 (on line)*, februar 2014.
<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nkr/metode/~media/B57174DDF809475799DF899BBB1EEA11.ashx>

Center for Kliniske Retningslinjer 2009 *Center for Kliniske Retningslinjer (on line)*
<http://kliniskeretningslinjer.dk/images/file/statusdokument.pdf>

Rigshospitalets Intranet om Arbejdsmiljø

<https://intranet.regionh.dk/rh/personale/arbejdsmilj%c3%b8-og-trivsel/vold-og-trusler/Sider/psykisk-foerstedjaelp-og-defusing.aspx>

